

247-411

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala - U.N.A.M.**



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

MIRIAM LETICIA SANTOS NAJERA

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

TEMA	PAGINA
Protocolo	1
CAPITULO I	
Anatomia	
Paladar	4
Vestibulo	6
Proceso alveolar inf.	10
CAPITULO II	
Topografia	
Alveolares	15
Vestibulares	17
Palatinas	18
CAPITULO III	
Etiologia	
Lesiones traumáticas ; aparatos protesicos- con camara de succión y mediante instrumen- tos o armass	20
Secuelas de operaciones sobre el maxilar - que se han realizado sin la tecnica ni el - cuidado correspondiente	21
Afecciones especificas ; Sifilis y tuber - culosis	34
Lesiones congenitas; fisuras alveolopala - tinas	38

T E M A

PAGINA

Afecciones inflamatorias del maxilar superior; osteitis y ostiomielitis	39
---	----

CAPITULO IV

Tratamiento

Protésico ; aparatos de prótesis	45
Quirúrgico; colgajos marginales	46
colgajos pediculados	46
colgajos apuente	48

Conclusiones	80.
--------------------	-----

PROT O C O L O
- COMUNICACIONES BUCOSINUSALES -

Tomando en cuenta la importancia de accidentes que suceden con frecuencia en la practica de la exodoncia, y recordando las experiencias vividas en la clínica de mi querida escuela.

Me querido elaborar el presente trabajo haciendo **hincapie** en que no se trata de un ejemplar de crítica o de establecer un programa básico en el tema, sino por el contrario. Su fin primordial es únicamente servir de guía a los futuros estudiantes de la carrera de Odontología.

Se trata de la recopilación de la enseñanza de muy **queridos** profesores y la exposición de mi propia **experiecia** adquirida y que espero sea de utilidad a quienes va **dirigido**; los futuros Cirujanos Dentistas.

Es un tema al cual le hemos dado poca importancia durante nuestro curso de Cirugía Bucal, siendo este tan importante como la exodoncia o la Cirugía de terceros molares; el tema se refiere a Comunicaciones Bucosinusales - que con frecuencia se realizan al extraer una pieza del **Maxilar Superior**, También trataré de abarcar el aspecto **de estas comunicaciones a Cavidad Nasal** las cuales son **po co** frecuentes.

Será una guía fácil de comprender abarcando lo esencial del tema, como son las causas que lo originan:

- 1.-**LESIONES TRAUMATICAS:** Aparatos protésicos con cámara de succión y mediante instrumentos o armas.
- 2.-**SECUELAS DE OPERACIONES SOBRE EL MAXILAR SUPERIOR:** que se han realizado sin la técnica ni el cuidado correspondiente.

3.- AFECCIONES ESPECIFICAS: SIFILIS.- Es sabido que el goma sifilítico tiene su sitio de elección - en la boveda palatina, de ahí la consecuente perforación al seno.

TUBERCULOSIS.- Esta afección - localizada sobre la boveda o el velo suele dar perforaciones sobre estas regiones anatómicas.

4.- LESIONES CONGENITAS: Trataré sobre las fisuras Alveolo palatinas como lesión primaria o como consecuencia de intervenciones.

5.- AFECCIONES INFLAMATORIAS DEL MAXILAR SUPERIOR: Abarcare la osteitis y la Osteomelitis.

Así como las regiones más frecuentes que son:

- 1.- Alveolares
- 2.- Vestibulares
- 3.- Palatinas

Y su tratamiento que puede ser a base de:

- 1.- Mediante la construcción de Protésis.
- 2.- Tratamiento Quirúrgico generalmente a base de colgajos los cuales pueden ser a) Colgajos Marginales
b) Colgajos Pediculados
c) Colgajos a Puente.

Estas causas, esta Topografía y el tratamiento son - descubrimientos y técnicas de médicos que se han dedicado a esta labor, y creo sería difícil encontrar otra técnica u otra causa, ya que analizando los textos y teniendo un poco de práctica me doy cuenta que los doctores están en lo cierto.

De esta forma quisiera colaborar para que los futuros profesionistas egresados de la carrera de odontología logren ser verdaderos cirujanos, teniendo un conocimiento - más profundo de las técnicas utilizables, en caso de accidentes, principalmente en comunicaciones Bucosinusales, e-

liminando así total o parcialmente la necesidad de acudir a un especialista.

Al final de este sencillo y modesto protocolo quiero - expresar con satisfacción y gratitud sincera que presento - este trabajo, dedicado a mis maestros, amis compañeros y - muy especialmente a mi asesor.

REGION PALATINA

La región palatina es la pared superior y posterior de la cavidad bucal, constituye una zona de alto interés para el odontólogo y el cirujano oral, por ser el sitio hacia el cual, con extraordinaria frecuencia, hacen su desarrollo e invasión los procesos de origen dentario consta de dos porciones la anterior, denominada boveda palatina y la posterior, denominada velo del paladar.

Este conjunto tiene la forma de una boveda limitada anterior y lateralmente por la arcada dentaria, concava en todos sus sitios, la profundidad de la boveda es variable, en los distintos individuos y en consonancia con la forma nasal y con la dirección del tabique. La boveda palatina se compone de tres capas - la membrana mucosa, - el esqueleto oseó, vasos y nervios.

La membrana mucosa íntimamente adherida al periostio subyacente, forma con él una membrana única, que se denomina la fibromucosa palatina, su espesor es variable, en el rafe medio del paladar es muy delgada y puede ser muy fácilmente perforada a este nivel al desprenderse del hueso con fines quirúrgicos, en los costados del paladar es más gruesa, aproximadamente 5mm. de espesor.

La fibromucosa palatina, contiene en su espesor y a los lados de la línea media, una espesa capa glandular que son glándulas salivales, análogas a las de los labios. Al desecarse el paladar manteniendo un poco la boca abierta, o realizando anestecias sobre la boveda, se ven afluir gotas de saliva, producidas por estas glándulas.

Esta fibromucosa palatina se desprende con relativa

facilidad del hueso subyacente por intermedio de instru —
Ad-hoc.

Debido a su elasticidad puede ser desplazada, en trozos de tamaños diversos, a sitios diferentes, donde fijan su nuevo asiento sirviendo para plasticas. Al ser repuestas sobre su lugar primitivo, despues de desplazada para operar sobre el hueso del paladar adquiera pronto su fijesa y relación.

Por la capa profunda de la fibromucosa, y en contacto con el esqueleto corren los vasos palatinos.

El esqueleto óseo palatino está costituido por las dos apofisis palatinas de los maxilares superiores, que se sueldan en la línea media, y las dos apofisis horizontales de los palatinos que también se sueldan entre sí. Además de las suturas bimaxilares y bipalatinas, se encuentra en dicha boveda la sutura entre las apofisis de los palatinos y de los maxilares, es la sutura maxilopalatina, estas cuatro suturas forman en conjunto una disposición crucial.

La boveda puede ponerse en relación con el seno, por el divertículo sinusal palatino. Como accidente anatómico de importancia es digno de notarse el orificio del conducto palatino anterior, zona de importancia y que debe ser considerada en el curso de las intervenciones del paladar óseo y los orificios de los conductos palatinos posteriores que estan situados en el ángulo diedro formado por la apofisis horizontal y la arcada alveolar y proxima al tercer molar; por ellos emergen la arteria palatina superior, rama interna del maxilar, y el nervio palatino posterior.

Las arterias de la boveda palatina provienen de dos fuentes: Las que emergen del conducto palatino posterior y las del palatino anterior. La arteria superior, rama —

importante del maxilar, interna, sale por el conducto palatino posterior, y recorre la bóveda proxima a la arcada alveolar, en compañía de las venas y nervios, y se anastomosan con la arteria esfenopalatina que sale por el agujero palatino anterior, en su trayecto da numerosos ramos - que se distribuyen por la bóveda mucosa y alveolos dentarios. Es fundamental recordar el trayecto de los vasos palatinos con el fin de no seccionarles en el curso de una operación sobre la bóveda.

En las plasticas donde se utilizan colgajos palatinos, estos deben estar convenientemente irrigados para evitar su estacelo, por lo tanto han de llevar un vaso palatino importante para conservar su vitalidad.

Las venas de la bóveda palatina corren paralelas a las arterias, desembocan en varios troncos venosos; el plexo venoso pterigoideo, las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de las amígdalas.

Linfáticos: Desembocan en los ganglios profundos de cuello. Los nervios son de dos ordenes, motores y sensitivos, los primeros estan destinados a la motilidad del velo del paladar.

Los nervios sensitivos provienen del ganglio esfenopalatino.

REGION LABIAL O VESTIBULAR.

Esta región forma la pared anterior de la cavidad bucal, está constituida por los labios, repliegues y musculos membranosos que se encuentran a la entrada de la boca. Los limites de la región labial están dados, arriba, por la extremidad superior del subtabique, el borde de las ventanas nasales y el surco labiogeniano; abajo, por el surco

mentolabial que los separa de la importante región mentoniana y afuera por el surco labiogeniano.

La región labial está formada por los siguientes planos, la piel, el tejido celular subcutáneo, la capa muscular, la capa glandular, la mucosa, la submucosa y los dos huesos maxilares.

La piel, cubierta de bello en el labio superior está intimamente adherida a la capa muscular y con ella se mueve.

El tejido celular subcutáneo, de escaso espesor en varias partes de la región labial no existe estando la piel adherida a la capa muscular.

La capa muscular formada por el orbicular de los labios que se dispone alrededor del orificio bucal consta de dos porciones, el semiorbicular superior que está situado en el labio superior y el semiorbicular inferior que ocupa el labio inferior. A este musculo van a unirse una serie de otros musculos que se disponen como los rayos de una rueda como son: el mirtiforme que se inserta en la fosa mirtiforme y en la eminencia canina; está situado debajo del semiorbicular superior; el elevador común del ala de la nariz y del labio superior, que se inserta en la apófisis ascendente del maxilar superior; el canino, que tiene su inserción en la fosa canina; por debajo del agujero suborbitario, entre la apófisis sigomática y la eminencia alveolar del canino; los sigomáticos mayor y menor, el risorio de Santorini, el triangular de los labios, el cuadrado del mentón y el bucinador, capa glandular situada entre la capa muscular y la mucosa, hay una cantidad de glándulas salivales, que constituyen una capa continua, esta capa glandular es perceptible como pequeñas masas palpando la cara interna del labio, por debajo de la mucosa labial.

Mucosa Labial: cubre la cara interna de los labios y se continua con la mucosa de la región geniana y de la región gingival, en la línea media forma un repliegue fibroso que se inserta en la línea de soldadura de los dos maxilares; es el frenillo labial. Su hipertrofia, inserción baja o anormal, causa trastornos.

Vasos y Nervios: Las arterias son las coronarias ramas de la arteria facial, son dos una coronaria superior y otra inferior, las cuales se anastomosan con las del lado opuesto en la línea media, estas arterias corren cerca de la mucosa y proximas al borde libre de los labios.

Las venas de los labios terminan en las venas faciales y submentales.

Linfáticos.- Proceden de dos redes, la red mucosa y la red cutanea. Los linfáticos van a desembocar en los ganglios submaxilares y submentonianos.

Nervios: Son motores y sensitivos; proceden los primeros del facial, los segundos del infraorbitario, y del mentoniano.

El musculo buccinador forma la pared externa del vestibulo bucal extendiendose desde el maxilar superior al inferior, se inserta en una forma de herradura, de concavidad anterior que se inicia en el maxilar superior en su prolongación alveolar, a nivel del primer molar, esta base de inserción sigue hacia atras paralela a la arcada dentaria hasta la tuberosidad del maxilar a la cual contornea y llega hasta la cara inferior de la apófisis piramidal, toma luego inserción en el gancho del ala interna de la apofisis pterigoides en el ligamento ptergomaxilar y siguiendo la rama de la herradura a que se hizo mención, va a insertarse en la prolongación alveolar del maxilar infe-

rior, llegando hasta el tercer molar, o sobrepasando sus límites, y por delante, en ocasiones, hasta la altura del primer premolar desde su base de inserción, las fibras musculares, del buccinador se dirigen hacia adelante en procura a la comisura de los labios, terminando en la cara interna de esta.

Capa Submucosa; mucosa bucal y periostio.- La Mucosa bucal cubre la cara interna del buccinador, en sus límites superiores e inferiores, se refleja sobre si misma y cubre la cara externa de ambos huesos maxilares.

La cara o pared interna está formada por la porción externa o testibular de la arcada alveolar con sus respectivos planos que se mencionan adelante.

REGION GINGIVODENTARIA.

Esta región es campo de la mayor parte de nuestra patología quirúrgica, consta de tres elementos en íntima relación con la cirugía bucal, que son: la encía, el hueso y los dientes.

1.- La Encía: Tejido gingival que cubre las arcadas alveolares y la bóveda palatina, se continua sin límites de demarcación precisos con la mucosa de la cavidad bucal, diferenciándose de esta última, detalles histológicos - Historia de la Encía; el tejido gingival está formado por dos porciones, la porción mucosa y la submucosa.

La Mucosa Gingival pertenece al tipo de tejido epitelial pavimentoso estratificado, dicha capa mucosa consta de cuatro partes: La capa cornea, la capa lúcida, la capa granulosa y la capa generatrix. La capa cornea, negada por muchos autores, quienes sostienen que la mucosa humana no se corneifica, está constituida por células grandes poliedri

cas aplastadas, con núcleo apenas marcado, en continua remoción debido al contacto con los elementos externos.

La Capa Lúcida: es una entidad histológica de caracteres poco marcados, está compuesta por células oscuras con espacios translucidos entre ellas.

La Capa Granulosa: está formada por varias hileras de células aplastadas.

La Capa Generatriz o de Malpighi, constituida por una sola hilera de células cúbicas, en ocasiones más altas que anchas, con núcleo grande y en plena multiplicación cariocinética; esta capa generatriz no está trazada con línea recta, sino que se encuentra levantada en relieves originados por las papilas de la submucosa.

La Submucosa está constituida por tejido conjuntivo - denso, en algunas regiones está íntimamente adherida al periostio subyacente, formando de tal modo una capa única: - "La Fibromucosa Palatina". En otras regiones está separada del periostio por cantidades variables de tejido conjuntivo laxo.

Esta Submucosa está formada por dos capas: La capa de las papilas que limita con la capa mucosa es sumamente irregular, debido a la presencia de éstas papilas, ellas - contienen los vasos sanguíneos y la capa reticular, esta - capa está formada por fibras elásticas en una disposición variada y se encuentra en vecindad con periostio.

"ARCADA ALVEOLAR"

En el borde inferior del maxilar superior y en el borde superior del maxilar inferior se hallan implantados los arcos alveolares, prolongaciones en forma de arcada de concavidad posterior los cuales contienen las cavidades llama

das alveolos dentarios. Estos alveolos dentarios y los dientes contenidos en ellos, se ponen en relación anatómica con los organos vecinos: seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, fosa pterigomaxilar, los del maxilar superior, y conducto, dentario los del inferior. El conocimiento de estas relaciones nos explica la marcha, desarrollo y evolución de los procesos de origen infeccioso y t_m moral.

Los alveolos dentarios son considerados, y presentan en general, una base y cuatro caras.

Los ángulos que unen estas caras son redondeados; - el vertice está atravesado, por uno o varios orificios, - por los cuales pasan los vasos y nervios dentarios. Las - caras o paredes alveolares pueden clasificarse en primarias y secundarias. Las principales son la externa ó cara vestibular y la interna, denominada cara palatina. Estos nombres corresponden cuando nos referimos al maxilar superior, para el maxilar inferior se denomina cara lingual - la interior. Las paredes secundarias se denominan como la anterior o mesial y la posterior o distal. Estas paredes alveolares están constituidas por tejido oseó compacto de gran densidad el cual se halla unido por tuberculos oseos al tejido esponjoso vecino.

Este tejido oseó alveolar tiene su nítida identificación radiológica.

El hueso alveolar goza de una relativa elasticidad a cuyas expensas es posible realizar las maniobras quirúrgicas de la extracción dentaria.

ARCADA ALVEOLAR SUPERIOR

Es un arco de concavidad posterior fuertemente unido

al macizo maxilar superior y sin línea de demarcación precisa.

Existen relaciones de los alveolos y los dientes del maxilar superior como es con las fosas nasales, los dientes contraen relaciones con las fosas nasales; el incisivo central y el lateral, pero la distancia entre los ápices - de dichos dientes y el piso de las fosas nasales varia tanto en cada caso que solo se puede dar a sus dimensiones medias, la mayor o menor altura de la porción infranasal del maxilar superior, es la que da la mayor o menor distancia entre los ápices de los incisivos y el suelo de las fosas nasales; en individuos de cara ancha o chamaerrosopos, la distancia es pequeña, mientras que en los leptorrosopos, o de cara estrecha la distancia llega a ser considerable, no solo influye el tipo de cara en esta variabilidad de la relación entre los ápices y el suelo nasal, sino que la mayor o menor longitud de las raices de estos dientes hace - que sea variable la distancia mencionada.

En algunos casos se observan distancias mínimas no estando separados los apices de estos dientes del piso de las fosas nasales, más que por escasos milímetros; en otros, - la distancia es de 10 a 12 mm.

Galea, dá una distancia media de 5 a 15 mm, dichas mediciones coinciden con los autores consulatados.

Sean visto raices haciendo relieve en el piso nasal - y algunas distantes -12mm-. El incisivo lateral, más pequeño que el central y en algunas ocasiones desviado su eje - hacia el lado palatino o condilaceración radicular, dista un poco más su ápice del piso nasal.

Al incisivo lateral le corresponde grán parte de la patología de la boveda palatina. Se debe este hecho a dos -

razones, la primera razón depende del diente ya sea por la inclinación del eje de este diente, o por la dilatación de su ápice que en algunos casos hace que éste ápice esté más próximo a la bóveda palatina que a la tabla externa; la segunda razón depende de la anatomía de la porción infranasal y del espacio esponjoso existente entre el piso de las fosas nasales y el techo de la bóveda palatina. Este espacio esponjoso de sección triangular de base anterior y de dimensiones variables, depende de la forma del paladar.

En los paladares elevados y que descienden bruscamente para encontrarse con la tabla interna, este espacio es pequeño; en cambio cuando la transición entre la tabla interna y la bóveda palatina es suave, queda entre el techo de la bóveda y el piso de las fosas un amplio espacio relleno de tejido óseo esponjoso.

En este espacio se desarrollan y hacen su expansión los procesos quísticos provenientes sobre todo de los incisivos laterales. Por otra parte la bóveda palatina se deja impresionar fácilmente por el avance de las tumoraciones y el descenso de la bóveda palatina es frecuente.

El canino puede tener en algunas ocasiones relación directa con las fosas nasales, esto ocurre en individuos de fosas nasales anchas, en los cuales el ápice del canino por la longitud de este diente, puede estar vecino a los límites externos del piso de las fosas; la relación puede también establecerse con la pared externa de la cavidad nasal. La profundidad del alveolo del canino y la dirección de su eje, que se dirige de arriba hacia abajo, y de adentro afuera, permite al ápice de relacionarse con los planos más externos de las fosas nasales.

Este diente también en algunas ocasiones se relaciona

na con el seno maxilar, en aquellos casos en que esta da-
vida se prolonga hacia adelante. Por otra parte el canino
 también se halla próximo al conducto nasal y a la fosa or-
 bitaria.

Es digno de ser considerado lo que Sicher denomina pi-
lar canino que es esa masa osea que iniciándose en el cani-
 no del alveolo asciende a lo largo del borde lateral de la
 abertura periforme, llegando más arriba hasta la apofisis
 ascendente del maxilar superior. El pilar canino actúa me-
 canicamente y es un límite entre las fosas y el seno maxi-
 lar.

Otras de sus relaciones es con la bóveda palatina, an-
 tes mencionamos que al incisivo lateral, le corresponde -
 gran parte de la patología de la bóveda palatina, pero no
 tiene la exclusividad; por su proximidad con la pared osea
 del paladar otros dientes, también tienen relaciones, y las
 tumoraciones provienen de ellos o los procesos infecciosos
 se habren camino en esa dirección.

Tales dientes son el primer premolar, el cual por su -
 raíz palatina, está a solo escasos milímetros de la tabla -
 osea; primero y segundo molar cuyas raíces palatinas están
 también muy próximas a la bóveda, y el tercer molar, el -
 cual puede tener una o varias raíces, en las vecindades del
 paladar. También sabemos que la invasión palatina es muy
 frecuente en los procesos quísticos del maxilar superior y
 que casi no se han encontrado tumores de esta especie, por
 lo menos en períodos de exteriorización hacia la tabla in-
 terna, que no produzcan descenso y abovedamiento del pala-
 dar oseo. Los caninos cuando se encuentran retenidos mar-
 can generalmente, su relieve en la bóveda palatina, los -
 quistes que envuelven su corona, se exteriorizan pronta-
 mente hacia esta región de la cavidad bucal.

Relación con el seno maxilar: El seno maxilar es una cavidad anexa a las fosas, ocupa la parte central del hueso maxilar superior.

Embriología; en el sexto mes de vida intrauterina, se inicia embriológicamente el seno maxilar; la primera manifestación es un hundimiento de la mucosa nasal, el cual aumenta en profundidad y en todos sus diámetros. Este crecimiento del seno se realiza muy lentamente. En el recién nacido el seno maxilar no existe como esbozo de lo que será el futuro seno maxilar, solo se puede encontrar una excavación cuyos diámetros se extienden desde el surco lagrimal hasta el alveolo del segundo molar y lateralmente hasta el canal infraorbitario. Esta cavidad está revestida por una mucosa de gran espesor y contiene en su interior mucus y células epiteliales. La porción restante del maxilar está ocupada por tejidos esponjosos y por los germenos dentarios.

Al mismo tiempo que se desarrolla el maxilar el seno aumenta sus diámetros; a los dos años alcanza la parte media de este cornete; a los nueve años penetra en la apofisis molar adquiriendo de esta manera su forma definitiva, pero solo llega a su completo desarrollo cuando han hecho erupción los molares permanentes.

" T O P O G R A F I A "

Cualquiera que sea la etiología de la comunicación entre la boca y las cavidades vecinas, la perforación puede ocupar tres sitios; la arcada dentaria, el vestibulo bucal y la boveda palatina.

En estos tres tipos de perforaciones pueden presentarse dos contingencias distintas, de las cuales depende el planeo del procedimiento para obturarlas además si el maxilar es desdentado ó tiene dientes. Desde luego la presencia de dientes solo interesa a nivel de la perforación.

Cora Eliseth, clasifica las fístulas bucales de la siguiente forma, de las comunicaciones bucosinusales las podemos localizar como; alveolares, vestibulares y palatinas.

Respecto a las relaciones alveolares con el seno maxilar se ha escrito y publicado mucho y no hay duda de que las relaciones topográficas de los dientes y el seno maxilar adquieren desde el punto de vista anatomico clinico y radiográfico extraordinaria importancia.

La distancia entre el piso del seno y los ápices dentarios es variable y depende como ya dijimos antes, de las distintas formas, del piso sinusal y de la conformación de la porción osea que separa los ápices del seno región sinusal. Por eso la relación del seno con los dientes es distinta, y es variable en cuanto al número de dientes vecinos al seno, y a la distancia alveolosinusal. Eceptuando los casos raros de dimensiones exageradas del seno maxilar, en que este puede llegar hasta el incisivo lateral o canino, las relaciones más frecuentes se inician con el primer premolar. Zucker Kandl, ha encontrado relacionado al seno con el primer premolar trece veces sobre veintiseis casos. Mientras -

Sicher y Tandler, sostienen que solamente en algunos casos de un exagerado desarrollo del divertículo alveolar en su parte inferior, puede el seno maxilar encontrarse próximo al ápice del primer premolar, pero separados según estos autores por una capa esponjosa de tres a cuatro milímetros de espesor. Galea hace algunas apreciaciones y encuentra diferencias entre la distancia alveolosinusal, a nivel del primer premolar, distancias que llegan a oscilar entre cuatro y once milímetros.

Esta variabilidad de las relaciones, también depende del número de raíces del primer premolar. En los uniradiculares la relación es más manifiesta con la pared vestibular. En los birradiculares la raíz palatina puede estar colocada debajo del suelo del seno ó ubicada entre la pared del seno y la lámina palatina.

Segundo Premolar: La relación del seno con el segundo premolar es muy íntima. En un número de casos, la raíz de este diente está situada por debajo del suelo sinusal, siendo variable el espesor de la capa ósea que puede oscilar entre uno y hasta diez milímetros, en cuyo caso ya hay diploe óseo.

La relación depende, como en todos los casos de las dimensiones del seno mismo; en términos medios la distancia entre el extremo apical del premolar y del suelo sinusal es de dos a tres milímetros de espesor. Puede existir cupula alveolar, aunque se presente en menor número que las del primero o segundo molar.

Primer Molar: Los ápices del primer molar se encuentran muy vecinos al seno, la distancia es variable pero nunca es muy importante, son más las ocasiones en que algunas de las raíces hacen elevación en el piso sinusal, estando recubiertas por delgadísima capa ósea, en ciertos

casos entre las raíces divergentes del primer molar, se in sinua el borde inferior del seno. Se a visto en algunas - ocaciones, presentarse este divertículo hasta muy cerca - del ángulo de separación de las raíces, también se pueden encontrar maxilres en los cuales la distancia alveolo-sinu sal y por lo tanto la porción osea subsinusal es de alguna consideración. En sus mediciones Galca ha encontrado espesores de cuatro a seis milímetros. El divertículo alveolar al insinuarse entre las raíces divergentes del molar, en - la radiografía parece que estuvieran introducidas en el se no, pero se trata solo de superposición de planos.

Segundo molar: El segundo molar es tal vez el diente más proximo al seno, por lo menos en nuestras investigaciones así nos ha parecido y esta es la opinión de la mayor - parte de los autores, siendo un diente que se presenta la mayoría de las veces con sus raíces fusionadas y por hallar se en el punto probablemente más profundo del piso sinusal son muy frecuentes las cupulas alveolares.. Por otra parte, dada la gran variabilidad del tamaño del seno y de las dimensiones de la región subsinusal, en muchas ocaciones - la distancia entre los ápices y el piso y más aun entre el ángulo intraradicular y el piso del seno suele ser de algu na consideración; cinco y seis milímetros y catorce y die siseis milímetros respectivamente. En los casos de amplia- separación radicular y de divertículo alveolar profundo, - el aspecto radiofrá ico que se ve para el primer molar tam bién se observa.

Tercer Molar: Las relaciones del tercer molar con el seno son variables, pero siempre interesantes, en casi todos los casos la distancia es pequeña. Dada la gran varia- bilidad que presenta la porción radicular del tercer molar en cada caso, son distintas las relaciones dentosinusales.

Fero en general en los terceros molares, que presentan sus raices funcionadas y convergentes, la distancia es mínima, en los casos en que el tercer molar tiene sus raices separadas, divergentes o dilaceradas hacia distal, la distancia puede ser mayor.

Es interesante recordar los terceros molares en parcial o total retención. Su alveolo puede encontrarse en vecindad, no solo alveolo sinusal sino alas paredes posterior o externa.

Aquellos terceros que tienen sus raices incompletamente calcificadas (germenes del tercer molar) poseen por encima del crater radicular una masa de tejido blando, - que va a originar los tejidos dentarios adultos. Esta masa blanda se identifica radiográficamente por una imagen radiolucida, que separa la imagen del seno, de la porción radicular calcificada.

Estos terceros molares superiores, que poseen un saco pericoronario grueso; ejercen presión en su afán eruptivo sobre la línea dentaria, (accidente mecánico de la erupción); deben por lo tanto ser extraídos, por razones ortodóncicas. En tales oportunidades el estudio radiográfico de las relaciones del diente retenido con el seno debe - ser proligamente realizado, con fines quirúrgicos, y para evitar accidentes operatorios, tales como la lapenetración - del tercer molar al seno maxilar.

" E T I O L O G I A "

El seno maxilar tiene mayor importancia para el dentista, por su relación con el desarrollo y la erupción - de los dientes del maxilar superior, con dientes despla- zados y con dientes que tengan que ser extraídos. Además este seno ofrece una vía para la extensión de una infec- ción odontógena. Las infecciones y los tumores malignos- que emergen en los senos maxilares; con frecuencia se - abren directamente dentro de la cavidad bucal o se ex - tienden a través de la nariz y de la faringe nasal a la- faringe bucal, y los tejidos que los rodean, donde pueden ser descubiertos por el dentista. Las fracturas y compli- caciones relacionadas con las extracciones de dientes - del maxilar superior también pueden afectar al seno maxi- lar.

El seno maxilar puede tener soluciones de continui- dad ósea, completas o parciales, que pueden ser vistas - en placas dentales periapicales o de oclusión . Las ex - tenciones de quistes o lesiones granulomatosas desde los apices se puede alterar la configuración del seno maxi- lar. Ocasionalmente polipos mucosos, o mucosales desa- rrollados a partir de la cavidad antral, pueden producir cambios notables en las placas de dientes, de cualquier- modo tanto las placas dentales como las panorámicas de - los huesos peribucles, son inadecuados para el diagnós- tico preciso de los problemas que afectan a los senos.

Las comunicaciones patológicas entre cavidades ve- cinas, como la cavidad bucal con el seno maxilar y las - fosas nasales, que como ya se mencionó están separadas - por tabiques anatómicos, obedecen a factores de distinto orden.

Un sintoma frecuente de infección del seno maxilar, es la odontología, los nervios alveolares superiores tienen trayecto bastante largo por las paredes del antro. Están contenidos junto con vasos sanguíneos y linfáticos, en conductos delgados que se anastomosan a veces. La expansión progresiva de los senos en personas mayores, invariablemente causa resorción de las paredes internas de uno o varios conductos, y el tejido conjuntivo que cubre su contenido queda en contacto directo con el tejido conjuntivo del mucoperiostio antral. Esto causa ataque de los nervios dentales, cuando se inflama el seno el dolor a veces se asemeja al de una pulpitis. El examen adecuado de los dientes por estimulación con frío, revelara que no solo un diente sino un grupo y muchas veces todos los dientes superiores están hipersensibles.

Los factores que se tomarán en cuenta son los de tipo traumático o lesiones traumáticas pueden considerarse dentro de estas lesiones, las que originan los aparatos de prótesis con cámara de succión de goma aunque solo algunos autores mencionan este factor pero la mayoría no tienen referencias de tal caso, además de ser poco usados estos aparatos en nuestro medio.

Sin embargo con instrumentos, armas u objetos de distinta índole, pueden perforar la tabla vestibular, la bóveda palatina, ó la arcada alveolar en cualquier momento, dejando establecida una comunicación entre la boca y nariz o seno. Algunas de estas comunicaciones traumáticas, curan espontáneamente, obturándose por lo tanto la brecha es temporaneamente; otras no cierran más, pues sus bordes se epitelizan y queda establecida la comunicación entre dichas cavidades. Algunas veces ocurre aplastamiento del seno en las fracturas del maxilar superior. En ocasiones después -

de impacción traumática del arco sigomático, este penetra en el seno y puede producir infección aguda por la retención de sangre en el seno.

SECUELAS DE OPERACIONES sobre el maxilar superior: a continuación de operaciones realizadas sobre dicho maxilar para extirpar tumores, resecaer quistes, eliminar dientes - total o parcialmente retenidos o erupcionados, y para los - cuales no se ponen en practica procedimientos especiales para evitar la instalación de estas comunicaciones.

Por ejemplo puede darse la perforación de los molares y premolares superiores, durante la cual puede abrirse el piso del antro, esta perforación es de dos formas; accidental o instrumental. En el primer caso y por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación.



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3

Inmediatamente se advierte el accidente por que el agua pasa al seno y sale por la nariz ó se observan burbujas salidas del alveolo.

En otros casos los instrumentos de exodoncia, cucnarrillas, elevadores u otros, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por éste procedimiento una comunicación, o puede ser una raiz, la que perfora el seno al intentarse su extracción. En la mayoría de los casos cuando la perforación obedece a razones anatómicas o es realizada por instrumentos, el coagulo se encarga de ocluir la comunicación. Basta en tales casos una torunda de gasa que favorezca la hemostasis, o bién un punto de sutura, que hacercando los bordes establezca mejores condiciones para la contención del coagulo.



FIG. 4

Algunas veces el coagulo de modo especial, en alveolos grandes y que han sido traumatizados, se retrae y se desprende. El valor del coagulo como elemento obturador, es en esas condiciones nulo. Es preciso en estas circunstancias, realizar una pequeña plástica, para reintegrar la posición normal.

Otra situación es la de una raíz de un molar superior que al fugarse del alveolo, empujada por las maniobras que pretenden extraerla, pueden comportarse de distintas maneras, en relación con el seno maxilar.

La raíz penetra en el antro, desgarrando la mucosa sinusal y se situa en el piso de la cavidad.



FIG. 5

La raíz se desliza dentro de la mucosa del seno y el piso óseo, quedando por lo tanto cubierta por la mucosa.



FIG. 6

La raíz cae dentro de una cavidad patológica por debajo del seno y en ella queda alojada.

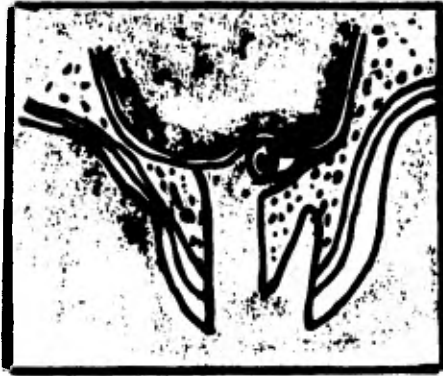


FIG. 7

Para la extracción de la raíz en el seno maxilar, primeramente un examen radiográfico previo nos dará la ubicación exacta de la raíz. Ya sea que la extracción de la raíz se intente en la misma sesión o se realice posteriormente, la vía de elección para su búsqueda, es siempre la vestibular, la vía alveolar es mala y antiquirúrgica ya que difícilmente se logra extraer el resto radicular, por esta vía y hay peligro de dejar una comunicación con el seno.

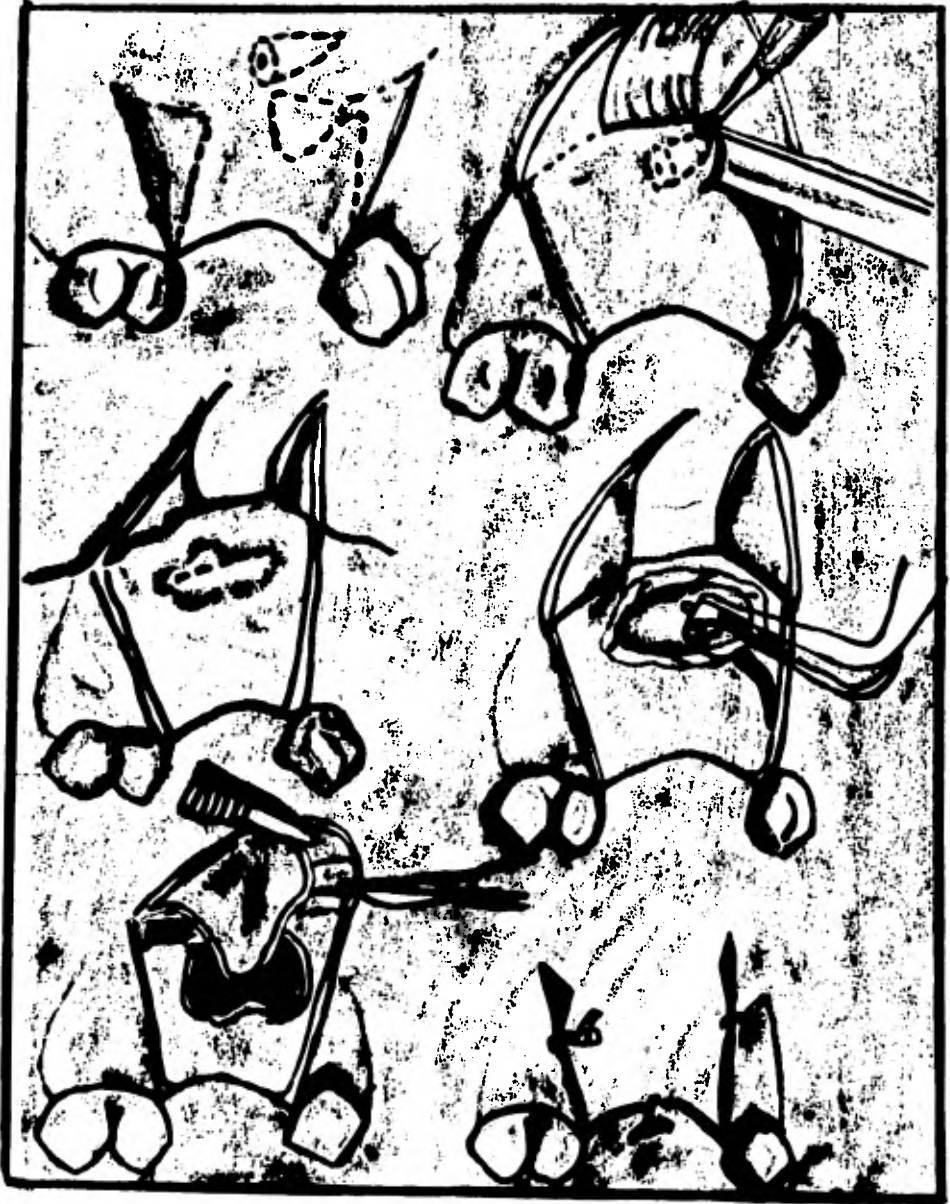


FIG. 8

La manera de proceder es la siguiente se trazan dos - incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre, esta incisión coincidirá con las lenguetas mesial y distal del alveolo que estamos tratando, se desprende el - colgajo según arte, y expuesto el hueso se calcula por el examen radiográfico la altura a que se encuentra el piso - del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer, se - practica la osteotomía de la tabla externa a escoplo o fre - sa, en caso contrario se la incide con un bisturí, para - poder llegar al interior del antro, abierto el seno y pro - yectando la luz hacia el interior de su cavidad se busca la raíz, una vez hallada se le toma con una pinza larga, con - una pinza de disección o bien se le elimina con una cuchari - lla para hueso.

Con el objeto de que la perforación vestibular opera - toria y la trasalveolar traumática, se obturen recurrimos - a una sencilla maniobra plástica, la boca del alveolo debe ser cubierta con tejido gingival tal como se produce en caso simple de perforación. Se disminuye la altura del borde - osoo alveolar y se desprende el colgajo palatino. Se puede alargar el velo vestibular, practicando a bisturí la sec - ción de periostio con lo cual se logra alargar el colgajo, para que lleve su propósito. Una sutura cierra la boca del alveolo y otros dos puntos afrontan los labios de la encía hacia distal y mesial, puede también realizarse una plásti - ca por deslizamiento del deslizamiento del colgajo vestibular, como en este caso.



FIG. 9



FIG. 10. — Trazado de la incisión vestibular, para realizar la extracción de la dentadura, incisión que en este caso está modificada con fines plásticos (ver capítulo XIII), para lograr la comunicación buco-nasal. Se inicia la incisión en la cara distal del segundo molar (O), se sigue de A a P, en la cara distal del segundo molar (Q), se sigue de A a P, para dar origen esta patina del espado a nivel de la comunicación buco-nasal, y se continúa desmenuando los fragmentos de P a B. Desde B se sigue (H) hasta el fondo del surco vestibular, desmenuando en el punto C, a nivel del ápice del incisivo lateral. Los puntos D, E, F, G y K, se unen en cuenta para la fase final de la operación. Los segmentos P, K y M, se unen a nivel de la base (en el punto indicado en M); J, representa la base del alveolo.

FIG 10



FIG. 11. — Se ha trazado la incisión y desprendido el colgajo, el cual se sostiene con los separadores. El hueso vestibular está al descubierto. Aún falta desmenuar los fragmentos alveolares, alineándose con cucharillas y pinzas gubias, el tejido que cubre el rimel de la comunicación buco-nasal.

FIG 11



FIG. 12. — Desmenuado de la tabla vestibular, que se inicia en este caso por intermedio de un escople recto.

FIG 12



FIG. 12a. — Continuación con pinza gubias. Har un rasgado con el escople recto del hueso, para unir el borde al otro.

FIG 12a



FIG 13



FIG 14



FIG. 1063. — El cilindro se desliza hacia atrás y se cierra con
 punto de apoyo, haciendo coincidir los puntos siguientes: P
 con D (ver fig. 1072); la del ángulo superior del esta fi-
 gura, M con E. Con este objeto se traza la base de las len-
 guetas en la figura 1073. Los puntos B y R, se refieren a
 base del espacio interdentario (ver R, en la figura del an-
 gulo de la 1074). El hueco, entre los puntos G, H, P y B,
 que la al deslizarse disminuye progresivamente por el empuje
 hacia el centro de dicho no forma suficiente para cubrir, en
 su momento, el fondo del abovedado, se resaca el pedículo
 en el lado interior, como se muestra en la figura 1072, 3. En
 el momento en que está trazo, se plasma un esquema en
 el cual se muestra el procedimiento realizado en la fotografía.

FIG. 15

En el caso en que la raíz está situada por debajo de la mucosa sinusal - la raíz no es visible pero el piso sinusal está levantado por una eminencia que denuncia la raíz - fugitiva, el seno es abierto por vestibular como ya se ha indicado en su oportunidad y con un bisturí se practica una incisión, sobre la eminencia radicular, la raíz aparece y es extraída por los medios indicados, esta forma de fuga de la raíz, es por otra parte muy poco frecuente.

Un accidente poco frecuente pero posible, es la introducción total de un molar generalmente el tercero en el seno maxilar.



Fig 16



Fig 17



Fig 18

La extracción del molar se realiza con una técnica parecida a la de Caldwell-Luc.

Los quistes con relación al seno maxilar; el quiste se comporta con el seno maxilar de dos maneras ;a) el seno ha sido respetado en su integridad anatómica y funcional; el quiste está lejos o lo separa un tabique oseó de suficiente espesor como para asegurar su vitalidad y conservación; b) el quiste tiene su membrana en la íntima relación con la mucosa sinusal, pudiendo en este segundo caso presentarse dos variedades; el quiste es puro y no está infectado, o hay infección del quiste con o sin infección del seno (sinusitis de origen quístico).

La conducta para cada caso es diferente, condicionada por la relación quístico sinusal a que acabamos de referirnos.

Primer caso: quiste lejos del seno, no hay relación entre ambas entidades; si esta relación se presenta en curso de la intervención ya veremos la conducta a seguir. Cuando clínicamente y radiológicamente hemos hecho el diagnóstico de quiste de maxilar superior y creemos que el seno está respetado con conservación de la pared sinusal la operación sigue los principios que se enunciarán según los métodos de Partsch I y II. no hay lugar a dudas que el Partsch I prevee las contingencias de una posible apertura del tabique separador entre quiste y seno cuando el quiste es puro (lo verificamos en el acto operatorio) después de abrir la bolsa según la técnica que preconizamos, se comprueba el estado del tabique separador, por intermedio de una sonda (sonda para conductos) con la cual se puncionan los sitios sospechosos de debilidad, la sonda introducida en la cavidad quística, si el tabique es suficientemente espeso, de tal modo que la sonda no lo ha perforado, se termina la operación enu -

eleando o no la membrana quística, según las preferencias del operador. Quistes chicos y medianos, de diámetro no mayores de tres centímetros. Como ya se dijo y lo repetimos, los operamos haciendo la enucleación, total bajo sutura; los quistes mayores de ese diámetro, por enucleación de la membrana quística, con relleno de gasa ó rartsch I.

Si en el curso de la intervención, después de resecar totalmente la membrana quística, se encuentra una comunicación con el seno (no investigada o no advertida por la sonda), pueden seguirse dos caminos: a) En las comunicaciones pequeñas (tres o cuatro milímetros) y quistes no supurados, la terminación de la operación bajo sutura inmediata, prevé los riesgos de la infección del seno, y sobre todo, de la instalación de una comunicación patológica bucosinusal, para lo cual hay que recurrir a otras medidas quirúrgicas. A pesar de esto se han operado quistes supurados con comunicación sinusal y sinusitis concomitante. Por eliminación de las zonas sinusales atacadas y de la bolsa quística, y relleno de la cavidad quística con gasa yodoformada. b): En comunicaciones mayores, debe de irse de lleno al único método que dá amplias seguridades desde el punto de vista quirúrgico y que evita lesiones graves, comunicaciones bucosinusales o deformaciones: el método de unir el quiste al seno maxilar haciendo de ambas entidades una sola, siguiendo normas quirúrgicas que se exponerán adelante, pero con dos principios básicos, en los cuales reposa el tratamiento: Cierre con sutura de la herida bucal y apertura de un drenaje en la pared nasal del seno, para asegurar su ventilación y tratamiento postoperatorio. En otros términos, el método rinológico; Caldwell - Luc, Demo

rier - Desault o Denker, según las preferencias del operador.

Segundo caso, quiste en íntima relación con el seno en sus tres variedades; 1) quiste puro y seno sin infección 2) quiste infectado y seno sin infección 3) quiste y seno infectados.

1) quiste puro y seno sin infección; en comunicaciones grandes puede intentarse la conservación de la bolsa quística con la esperanza de que esta refuerce la pared mucosa del seno maxilar o valerece del método de Wassmund el cual se verá adelante.

En el método rinológico puede conservarse la membrana quística, en tal caso, se secciona la pared quístico-sinusal comunicando ambas cavidades.

Si se prefiere enuclear la membrana se practica con un bisturí la sección de la mucosa sinusal en límites coincidentes con la ventana osea quístico-sinusal. Se abre la comunicación en el meato inferior, se obtura la cavidad quística y la cavidad sinusal, con grasa yodoloforada cuyo extremo se saca por la perforación en el meato y se cierra definitivamente con sutura, la herida bucal.

2).- quiste infectado y seno sano: Tratamiento único, enucleación total de la bolsa; resección de la pared quístico-sinusal, siguiendo con el método ya indicado.

3) quiste infectado y seno infectado: Enucleación total de la bolsa, resección de la pared quístico-sinusal tratamiento radical del senomaxilar, por enucleación de la membrana sinusal enferma, y del contenido patológico del seno y se continúa como en la variedad I.

Método Rinológico : Estos procedimientos consisten esencialmente en transformar el quiste en una cavidad -

accesoria a la cavidad bucal - Partsch I y Partsch II - sin sutura - como se verá adelante, existen una serie de quistes, que comunican en grado variable con el seno maxilar. Estos deben ser tratados por el método llamado Rinológico "operación radical de los quistes del maxilar superior" como propone Wassmund. Consiste, como dijimos en transformar el quiste en una cavidad anexa al seno maxilar ampliando la comunicación quisticosinusal; la insición de la mucosa bucal se cierra con varios puntos de sutura. El seno maxilar y el quiste son drenados ampliamente hacia las fosas nasales.

Este método es seguido y preconizado por Raoul, Michel, Jacques, Hjek, Wassmund, Riedel, etc.

A pesar de la opinión de Resenstein, quien dice que la abertura del seno es la complicación peligrosa, de una operación trivial, este es el único procedimiento para realizarlo, con éxito, el tratamiento de los quistes en comunicación con el seno y evitar secuelas de gravedad variable. Puede parecer el método más engorroso, por agregar una complicación más peligrosa, como es la intervención sobre el seno, que hace la operación mas larga y necesita la colaboración estomatológica y rinológica, pero no hay que olvidar que solo por este procedimiento se alcanza un mayor porcentaje de éxitos. Wassmund habla de que existen dos indicaciones para la operación radical: Una que él llama absoluta fundada en las razones anatómicas que ya mencionamos - relación quisticosinusal - Wassmund considera que quistes, aun en la relación mínima con el seno deben ser comunicados ampliamente. Fundado en su larga experiencia e indiscutible autoridad sostiene que las escuelas operatorias son graves si no se sigue este método; comunicaciones bucosinusales, catarro puru-

lento, entrada de alimentos al seno maxilar. La otra indicación que Wassmund llama relativa, depende de la capacidad y del gusto del cirujano así como de la voluntad del paciente de someterse a una intervención mayor, y que tiene aspecto de operación seria.

Si el profesional cree que las indicaciones de Wassmund son demasiado radicales, puede hacer modificaciones al método, sobre todo cuando en la práctica a tenido éxito, por métodos más conservadores, a pesar de la indicación absoluta.

AFECCIONES ESPECIFICAS: SIFILIS.- La sífilis, enfermedad venerea causada por espiroquetas (*treponema pallidum*), puede ser adquirida o congenita. La sífilis adquirida tiene tres periodos; primario, secundario y terciario.

La sífilis primaria se presenta por lo general después del contacto sexual con una persona infectada. Por esa razón la lesión primaria (el chancro) suele verse en las zonas genitales. Sin embargo, según los lugares expuestos al microorganismo, pueden resultar afectados los dedos, los labios, y en contadas ocasiones, la lengua. El chancro aparece aproximadamente tres semanas después de la infección y comienza con una macula que poco a poco se convierte en papula y por último en úlcera. Esta posee bordes indurados. Los labios constituyen la localización extragenital más común de la sífilis primaria. El labio superior es afectado más a menudo que el inferior, y las lesiones se sitúan habitualmente en el tercio medio del mismo. El chancro desaparece espontáneamente, en cuatro o seis semanas. Los cortes microscopicos muestran una úlcera con una infiltración densa de células plasmá-

máticas, y linfocitos, macrofagos y edema.

Las lesiones de la sífilis secundaria comienzan cinco a seis semanas después de la desaparición del chancro. Esta etapa se inicia con dolores de garganta, malestar, fiebre, escalofrío, y lo más llamativo, una erupción cutánea muscular. Las lesiones bucales consisten en erociones múltiples de color grisáceo en la mucosa, que recibe el nombre de placas mucosas. Las placas mucosas pueden presentarse en cualquier punto de la mucosa bucal, pero la lengua, los labios y las amígdalas representan los sitios afectados con mayor frecuencia. Aunque estas lesiones se asocian habitualmente con una erupción cutánea - pueden no obstante, ser la única manifestación de la sífilis secundaria. Son sumamente infecciosas y el dentista que tenga erociones de la piel, de los dedos o cortes en los mismos puede adquirir la enfermedad mientras trabaja con el paciente. Los cortes microscópicos de una placa mucosa revelan ulceraciones, un infiltrado de células plasmáticas, linfocitos y endarteritis.

Además de las placas mucosas, la sífilis secundaria puede estar representada por excrescencias semejantes a verrugas en la mucosa genital, y en contados casos en la mucosa bucal. Estas lesiones se denominan condilomas planos, y bajo el microscopio aparecen como masas elevadas de tejido conectivo con infiltrados densos de células plasmáticas, macrofagos y una envoltura de epitelio hiperplasmático.

La sífilis terciaria se manifiesta algunos años más tarde. Presenta muchos síntomas, que resultan de la afección del sistema nervioso central, el aparato cardiovascular, el esqueleto, las articulaciones, la piel y casi cualquier otra parte y órgano del cuerpo. Sin embargo, -

las lesiones son esencialmente de dos tipos, el primer tipo corresponde al goma. Se trata de un foco circunscrito de dos a diez cm. de tamaño, que consiste en una inflamación y necrosis gomosa, que ocupa un órgano o tejido. En el segundo tipo existe una inflamación prolongada y latente de un órgano o parte de él. Por consiguiente - los síntomas varían según el lugar de la afección.

Las lesiones bucales de la sífilis terciaria son de dos tipos: 1) los gomas, que aparecen en el paladar y lo perforan, 2) la inflamación crónica de la (lengua glositis sífilítica.) asociada con arteritis (inflamación de la pared arterial). La arteritis conduce a la proliferación de la túnica y al estrechamiento u oclusión de la luz con la consiguiente isquemia. Es la razón por la cual se atrofian las papilas linguales, de lo que resulta la lengua lisa y atrófica. En los casos graves se observa fibrosis y fisuración de la lengua (lengua escrotal). La glositis sífilítica se asocia a menudo con leucoplacia, y en esos pacientes la incidencia del carcinoma de células escamosas es elevada.

La sífilis congénita, se adquiere, por supuesto en el útero hasta la decimo octava semana, El embrión de alguna manera está protegido contra la infección, y el desarrollo prosigue sin complicaciones si la madre es tratada con éxito antes de esa fecha el niño será normal. - La sífilis congénita puede presentar cualquiera de las manifestaciones de las formas secundaria y terciaria de la adquirida.

TUBERCULOSIS : En la tuberculosis son extremadamente raras las manifestaciones bucales, no obstante en las etapas finales de la enfermedad puede ocurrir una autoinoculación a partir del esputo del paciente.

La tuberculosis de lengua y boca puede presentarse en forma de úlcera dolorosa, o como un alveolo dental - que no cura después de una extracción dental. Si no se - trata el proceso evoluciona en forma; pero la respuesta a la quimioterapia es rápida.

LESIONES CONGENITAS: Fisura Palatina. - La fisura palatina resulta de la falta de fusión de los procesos palatinos entre sí o con el proceso frontonasal (paladar primitivo). Su gravedad varía desde la uvula bifida (o sea uvula fisurada) hasta una hendidura que abarca la uvula, el paladar blando y el duro, la cresta alveolar y el labio superior. La fisura en el labio se presenta con mayor frecuencia que en el paladar, y puede ser unilateral o bilateral. Está representada por un defecto en las zonas de los incisivos laterales y caninos superiores. Es más común en el varón que en la mujer y mucho más frecuente en el lado izquierdo que en el derecho. Se desconoce la causa de las fisuras palatinas o labial pero se observa a menudo en los hijos de los padres que padecen el mismo defecto. Por tanto la herencia constituye un factor importante. Trabajos experimentales con animales han mostrado que la deficiencia de vitaminas A y B así como un traumatismo si sobreviene antes del cierre del paladar producen fisuras en un alto porcentaje de casos. Aproximadamente un recién nacido de cada 1000 se presentan con el labio o el paladar fisurados.

Clinicamente la fisura palatina es un defecto de la bóveda de la cavidad bucal. Cuando el tabique nasal medio se encuentra y se fusiona con uno de los procesos palatinos, el defecto es unilateral. en caso contrario es bilateral. en la parte anterior del paladar la fisura se dirige hacia la derecha o izquierda (o hacia ambos lados), para prolongarse entre los incisivos y los caninos. Debido a la comunicación entre la cavidad bucal y nasal, - Los pacientes tienen dificultad para hablar y deglutir. El tratamiento del paladar fisurado es quirúrgico y/o mecánico.

AFECCIONES INFLAMATORIAS DEL MAXILAR SUPERIOR: OSTEITIS. - Hiperparatiroidismo primario . La función primaria de la parathormona consiste en mantener los niveles sanguíneos de calcio y fosforo, lo consigue destruyendo substancia osea, con la cual libera sales de calcio, y regulando la excreción renal del fosforo. En caso de secreción excesiva de esta hormona (tumor o Hiperplasia de la tiroides), los cambios más llamativos se observan en el esqueleto.

El hiperparatiroidismo se denomina también osteitis fibrosa quística generalizada o enfermedad de Recklinghausen. . Suele presentarse a mediana edad y es dos veces más común en la mujer que en el hombre. Las manifestaciones sistemáticas generales consisten en debilidad, fatiga, costipación, polidipsia, poliuria, fracturas espontáneas, resorción marcada de hueso, aumento del calcio sanguíneo (más de 11mg por 100ml), descenso del nivel del fosforo en la sangre (menos de 2.5mg por 100ml), y un incremento de calcio en la orina. Debido al aumento de la concentración urinaria del calcio, en un 3% a 12% de los enfermos con paratiroidismo se observan calculos urinarios.

Las lesiones bucales revisten gran importancia para el dentista por que habitualmente están presentes en el paratiroidismo y por que en algunos casos, pueden preceder en varios modos a todos los demás síntomas. Consiste en una pérdida difusa de hueso de los maxilares, aflojamiento de los dientes, pérdida de la cortical osea, y lesiones radiolucidas centrales en la mandibula o maxilar, que observadas en el microscopio, se parecen a un granuloma reparativo gigante celular. Estas lesiones reciben el nombre de nódulos pardos o nódulos de células

gigantes. Sin embargo a diferencias del granuloma reparativo gigantocelular de los maxilares, recidiva. El tratamiento consiste en . extirpar la paratiroides afectada.

Es lógico suponer entonces los problemas causados - por una osteitis fibrosa en el maxilar superior cada uno de los cuales con la consiguiente complicación de comunicaciones buconasales.

OSTEOMELITIS: En el sentido estricto de la palabra se denomina osteomelitis a cualquier lesión inflamatoria que afecta la médula ósea, sin embargo por el uso, la significación del término se ha limitado a las lesiones inflamatorias piógenas de los huesos. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad y es más común en el nombre. En la infancia por lo común resulta afectado el maxilar, durante la niñez y en los años posteriores la mandíbula constituye la localización preferida. La exaservación aguda de lesiones periapicales y las fracturas son consideradas como factores precipitantes, por lo general, los agentes etiológicos están representados por estafilococos y estreptococos; sin embargo, otros organismos como el actinomyces israeli y el bacilo de la tuberculosis pueden ser causas de osteomelitis.

Clinicamente se comprueba tumefacción, dolor y a veces enrojecimiento de la piel que cubre la zona afectada. También fiebre, malestar, leucocitos y linfadenopatía - puede haber mal aliento y dientes flojos.

En las primeras etapas los exámenes radiográficos son negativos, pero en una semana o dos pueden aparecer zonas radiolúcidas difusivas e irregulares.

Los cortes microscópicos ponen de manifiesto una infiltración densa y difusa de la médula ósea por neutrófilos. Lejos de la zona afectada, el infiltrado puede estar compuesto predominantemente por linfocitos y plasmocitos. Las trabéculas óseas en la zona implicada muestran lagunas vacías. Un hueso carente de osteositos (o sea - hueso muerto se llama secuestro). El tejido conectivo vivo que circunda al hueso muerto separa ha este del resto del maxilar, mediante un proceso de resorción (el hucso normal que rodea al secuestro se denomina involucro.

Los sequestros pequeños se esfolian lenta y espontánea - mente pero los más grandes requieren intervención quirur - gica.

El tratamiento de la osteomielitis consiste en el - drenaje, antimicrobianos y si fuera necesario, elimina - ción quirurgica de los sequestros.

A pesar de que es rara la osteomielitis del maxilar superior, puede observarse como complicación de caries , de cuarto grado. Roy cita el caso de osteomielitis grave del maxilar superior, consecutiva a una sinusitis de - origen parodontósico.

La sinusitis odontógena asienta sobre cualquier pun - to del maxilar, donde se ha originado la complicación - dentaria.

En el adulto la afección se inicia con un proceso - periapical. Tiene, como la osteomielitis del maxilar infe - rior, un comienzo torpido, que se confunde con el proce - so dentario que lo origina. El estado general está resen - tido como ya se mencionó antes (fiebre, malestar, etc.).

La cara se presenta tumefacta, el ojo puede estar - cerrado, la piel tensa y dolorosa. Los ganglios corres - pondientes también se hallan inflamados, dolorosos o con procesos de adenitis. El examen de la cavidad bucal nos revela un aumento de volumen de la porción del maxilar donde asienta el proceso; esta tumefacción es de dureza variable; el surco vestibular desaparecido, el dolor - espontaneo es constante. El diente causante y los dien - tes vecinos están móviles y dolorosos.

Este periodo inicial se continua a los pocos dias con la suburación del proceso. Los dolores se hacen meno - s intensos y se instalan numerosas fístulas, por las que - mana una abundante pus, viscoso, fétido; esta pus también

puede deslizarse por los cuellos dentarios. El paladar - está también aumentado de tamaño, doloroso y puede pre - sentar fistulas. La osteomielitis es generalmente unilate - ral.

El proceso tiene un periodo variable de tiempo (de 3 a 4 semanas) despues del cual se necrozan porciones va - riables del hueso, que se eliminan espontaneamente a mer - ced de inscisiones liberadoras.

En la siguiente figura se muestran secuestros del - maxilar superior que se eliminaron con los molares.

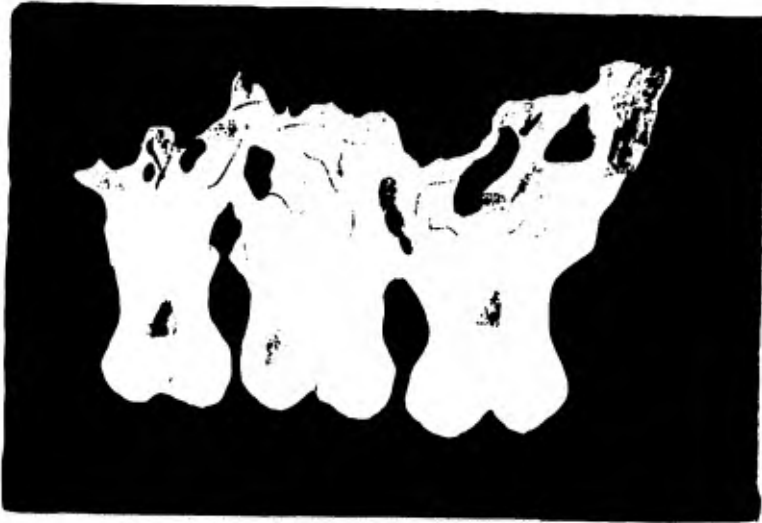


FIG. 19

La osteomielitis del maxilar superior puede compli -
carse con tromboflebitis de los senos cavernosos y propa -
gaciones a las cavidades sinusales, orbitarias y a los -
huesos vecinos.

Osteomielitis del maxilar superior en la primera in -
fancia: Generalmente de causa hématica, puede en otras -
ocaciones ser de origen sinusal Rouseau- Decelle y Ray -
son niegan las probabilidades del origen sinusal, R. A.
y C. Bergara, atribuyen al seno maxilar la etiología de
estas afecciones " existen varios factores que impulsan
a pensar que el seno maxilar transformado en una cavidad
cerrada por la infección, constituye uno de los facto -
res patogénicos más importantes de la osteomielitis. "

Esta enfermedad tiene dos períodos descritos así
por R. A. y C. Bergara.

Períodos de Iniciación: Generalmente se encuentra -
en estos enfermos un período prodrómico en que la sinto -
matología es discreta, caracterizándose por trastornos
digestivos, inapetencia, vomitos, nauseas, diarreas, fa -
tiga, coriza, ligera obstrucción nasal, y que suelen pa -
sar inadvertidos o referidos a causas imprevistas, hasta
que el comienzo de la afección se traduce por temperatu -
ra elevada y mal estado general.

Período de Estado: A los pocos días aparece una tume -
facción en la región nasolabial acompañada por un dolor
tenaz y gravativo espontaneo e intermitente, que aumenta
a la presión. Esta tumefacción puede alcanzar el párpado
inferior e infiltrarlo, presentando en estas situaciones
el enfermo el ojo cerrado.

"La piel es roja, caliente y dolorosa, el tejido ce -
lular se infiltra de un edema duro que, a la palpación
demuestra hacer cuerpo con el hueso,. Los planos superfi

ciales conservan su movilidad."

T R A T A M I E N T O .

PROTÉSICO: Por intermedio de un aparato de caucho o de acrílico que obtura la brecha, mientras está aplicado el aparato; Solo mencionaremos que la prótesis tiene muchas ventajas pero múltiples inconvenientes, ya que solo modificarán artificialmente un problema que exige otras soluciones, por lo tanto la prótesis está reservada para los fracasos del tratamiento quirúrgico, o en perforaciones que no puede ser aplicado este procedimiento - por los diámetros de la perforación, el estado local, - sus bordes, o el estado general del paciente.

QUIRÚRGICO: Es el método de preferencia, puede aplicarse con las salvedades que se han señalado para la aplicación del tratamiento protésico.

Las comunicaciones de la boca con las cavidades vecinas pueden obturarse por procedimientos quirúrgicos, - para realizar estas operaciones, debemos valernos de los tejidos vecinos a la perforación, a expensas de los cuales se preparan colgajos plásticos. Estos colgajos son desplazados del sitio donde están normalmente asentados y llevados hasta el lugar donde se necesitan. El planeo y preparación de estos colgajos requiere la observación de una serie de reglas importantes, para hacer efectiva la operación.

Técnica de la preparación de los colgajos con fines plásticos, Wassmud, indica tres tipos de colgajos:

a) Colgajos Marginales: Los colgajos marginales, se preparan circundiendo la comunicación a distinta distancia del borde y según el tipo de brecha a obturar. Este tejido gingival incidido circularmente se desprende con legras pequeñas como se muestra en la figura.

Quedan adheridos sobre la comunicación afrontando - sus bordes, el externo o bucal y el interno o palatino, suturando estos bordes con catgut (material resorsible) pues estos puntos no pueden ser retirados, sino que deben desaparecer por un mecanismo proteolítico.

La cara mucosa bucal de los colgajos pasa a ser nasal o sinusal. La alimentación sanguínea de estos colgajos marginales está asegurada por la continuación de los vasos que lo nutren con los de la mucosa nasal o sinusal.

Estos colgajos marginales con fines elásticos no son casi nunca suficientes para obturar una perforación; ceden al menor esfuerzo (tos, estornudo, palabra, presión de aire, u aun su propia retracción). Deben por lo tanto ser cubiertos por un plástico tomando de las partes vecinas.

b) Colgajos pediculados: Los colgajos pediculados se obtienen de las partes cercanas a la comunicación, - paladar, mucosa gingival del vestibulo, mucosa, submucosa y capa muscular del carrillo.

Estos colgajos se desprenden del hueso subyacente y son girados en grado variable para poder colocarlos como damente y sin tensión sobre los bordes de la comunicación que han sido previamente circunciados y avivados, resecañdoles su epitelio. para que el colgajo pueda prender. Los colgajos pediculados, deben ser de manera tal, que se respeten los vasos nutricios, evitando su sección para evitar o prevenir la necrosis del colgajo.



FIG.
20

FIG. 21

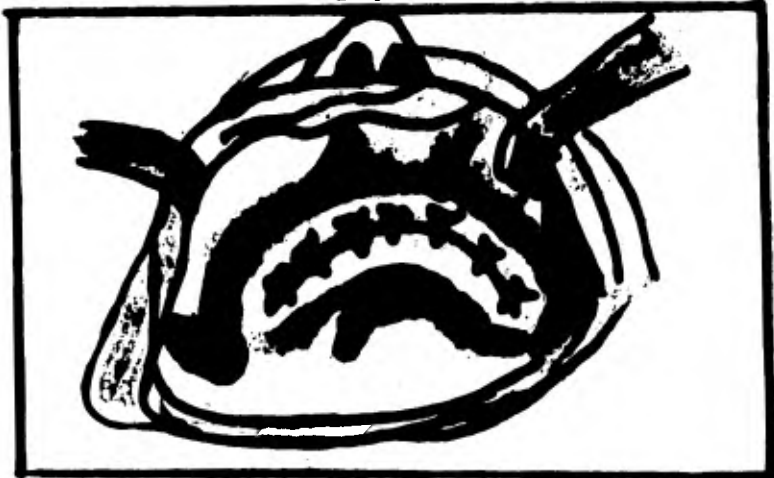


FIG. 22

Wassmund traza una serie de normas a las cuales debe ajustarse el cirujano si desea que su intervención - plastica tenga éxito; estas reglas están siempre en relación con la nutrición del colgajo. La vida del tejido gingival y su adherencia posterior al sitio de nueva residencia, debe estar asegurada por una suficiente irrigación sanguínea.

1.- El ancho del colgajo debe de tener las dos terceras partes (por lo menos la mitad) de su largo, colgajos de longitud desproporcionada a su ancho se negrozcan en su extremo libre.

2.- El espesor del colgajo debe alcanzar en la boveda palatina o sobre el tejido óseo vestibular, toda la profundidad de la fibromucosa; en el vestíbulo, los colgajos de carrillo o labio (es decir mucosa, submucosa y capa muscular) tendrán un espesor de 4 a 5 milímetros.

3.- La base del colgajo debe ser mayor a sus vertice.

C) Colgajos a puente: Los colgajos a puente se practican trazando dos incisiones paralelas que limitan un trozo de fibromucosa de forma regularmente cuadrilátera, que tiene dos puntos de apoyo que son sus extremidades. Estos colgajos a puente se trasladan lateralmente cubriendo la perforación y suturándolos a la fibromucosa vecina. queda sobre el maxilar una porción de tejido óseo al descubierto, el cual se cubre por tejido de granulación.

Los colgajos a puente se aplican sobre todo en la boveda palatina, donde la fibromucosa puede ser desplazada en la dirección deseada. Las incisiones no deben seccionar los vasos importantes (mencionados en anatomía del paladar).

Anestesia: Hay que recordar que la anestesia es un toxico protoplasmático, y que por uno de sus componentes, la adrenalina, que tiene acción sobre los vasos sanguíneos, se producen anemias perjudiciales y hemorragias postoperatorias que pueden malograr el acto quirúrgico. Pueden disminuirse los riesgos de anestesia, tomando dos precauciones : la primera.- inyectando el líquido a distancia del campo operatorio; la segunda.- suprimiendo la adrenalina, como lo piden Maurel y Wassmund.

Por lo tanto las anestésicas indicadas serán; la general, la regional o local, y en este caso usando una solución de novocaina al 2% sin adrenalina o soluciones anestésicas que contengan un sedante de la adrenalina, sin las propiedades vasoconstrictoras de este medicamento.

Una condición previa indispensable para el éxito del tratamiento de las comunicaciones bucosinusales es la de que el seno se encuentre perfectamente sano. Sin este requisito la reapertura de la comunicación será la consecuencia inmediata.

El seno puede ser tratado por los métodos médicos o quirúrgicos de práctica. Este último procedimiento, junto o por separado con el tratamiento de la comunicación, esto depende sobre todo, de la proximidad de la brecha a la línea de la incisión, para la realización de la operación de Caldwell - Luc.

Con tratamiento quirúrgico sinusal previo, o sin él es indispensable preparar una ventilación del seno maxilar, pues el ostium puede resultar insuficiente para el drenaje de las secreciones nasales.

Para realizar esta ventilación se ejecuta sobre la pared interna de las fosas nasales, por debajo del cornio

te inferior, una perforación con un trócar adecuado.

Maxilar con Dientes: Estas comunicaciones asientan sobre los alveolos correspondientes a los premolares y los molares. Pueden adquirir distinto diametro, su sintomatología es igual a la de todas las comunicaciones, pasaje de aire, entrada de saliva y alimentos a la cavidad maxilar, así como salida de líquidos por las fosas nasales; esta situación de extrema molestia para el para el paciente, que muchos soportan estoicamente.

Para obturar quirúrgicamente las comunicaciones alveolares se han propuesto distintos metodos.

El método de Zange.- Es criticado por la mayoría de los sutores. Con todo, como se ha tenido éxito en algunas comunicaciones se describirá. El método tiene buen resultado en perforaciones de pequeño diametro, situadas sobre la cresta alveolar y con el seno distante del borde del alveolo.

Se traza una incisión en sentido anteroposterior, sobre el borde del alveolo, que corte a la perforación por su ecuador. Esta incisión llega hasta uno o dos milímetros, según lo permitan las circunstancias, de los dientes vecinos, de manera de conservar un trozo de fibromucosa donde puede adherirse el colgajo plástico como se observa en la figura - a - .

Se circuncide el borde de la comunicación y se trazan desde los extremos de la primera incisión anteroposterior dos incisiones hacia el lado bucal y palatino, divergentes hacia arriba. vease figura - b - .

Estas incisiones permiten preparar los colgajos mucoperiosticos que se separan del hueso subyacente, hasta el surco vestibular por el lado externo, y hasta una altura semejante por el lado interno. figura - c - .

Los bordes de la comunicación son separados del túnel óseo con una legra pequeña, y todo el tejido resultante es empujado hacia el seno maxilar. Figura - d - .

Para que los colgajos puedan ser adosados sin tensión sobre el borde óseo, es necesario disminuir la altura de la cresta alveolar. Este procedimiento se realiza con una pinza gubia, que reseca el hueso en una altura suficiente. Es necesario tener presente el nivel del seno maxilar.

Los colgajos se aplican sobre la comunicación, previo corte de la mucosa excedente de los bordes como se ve en la figura - e - .

Para que estos bordes se adapten en línea recta, cuatro puntos de sutura fijan los colgajos figura - f - .

Método de Wassmund: Este autor propone un método para hacer más efectivo el largo del colgajo. El autor citado se vale del colgajo bucal pero alargado por un procedimiento previo. Figura .

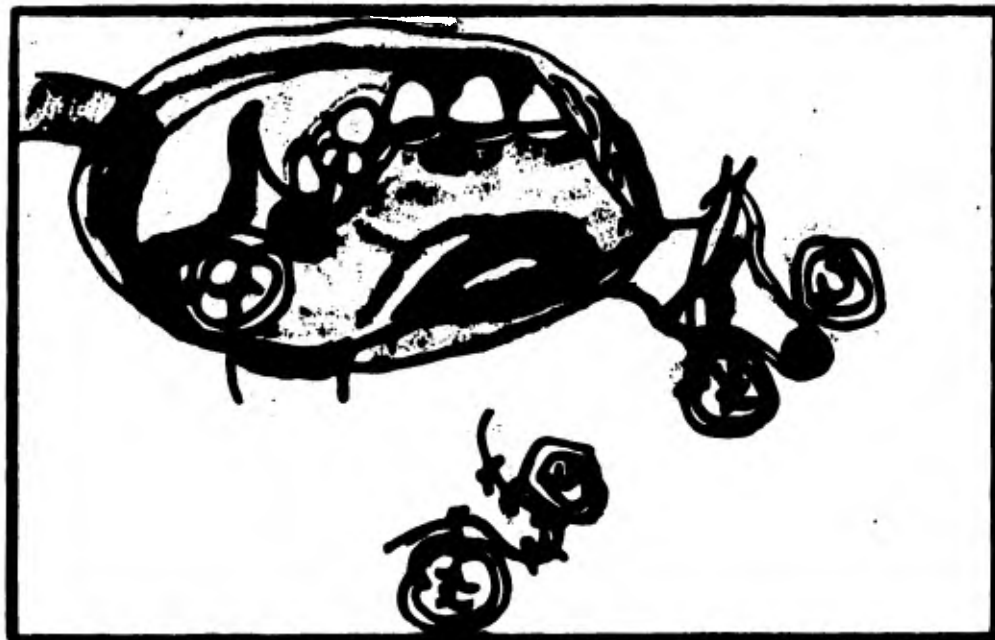


FIG. 23

Instalada la comunicación en el acto de la extracción dentaria, o indicado el método para obturar una comunicación antigua, se trazan dos incisiones divergentes-hacia arriba las cuales se inician en las lengüetas gingivales y se extienden, hacia el surco vestibular, sobrepasan este límite y se desarrollan sobre la mucosa de la mejilla en una extensión de medio cm. fig. - a -. Desprendiendo el colgajo mucoperiostico bucal con una legra hasta el surco gingival, se tracciona hacia afuera de manera de visualizar la cara interna del periostio, Wassmund indica a esta altura de la operación, la sección anteroposterior del periostio paralela al surco vestibular, manobra que tiene la virtud de alargar el colgajo en $3/4$ de cm. El periostio es inextensible, su corte permite a la fibromucosa el desplazamiento necesario para cubrir la perforación fig. -b-.

El borde palatino de la perforación se incide en toda su extensión y se desprende en una longitud de tres o cuatro milímetros del hueso de la bóveda, para permitir el pasaje de la aguja para sutura, el colgajo se aplica sobre el borde palatino sin tensión y se mantiene con tres puntos de sutura, pueden aplicarse otros puntos de sutura en la cara bucal a la altura de las lengüetas proximas fig. -c-.

El método de Wassmund puede aplicarse al realizarse la operación radical del seno maxilar ; en este caso la incisión se prolonga hacia adelante para descubrir el antro y se desprende la fibromucosa, como se indica en la fig. 24

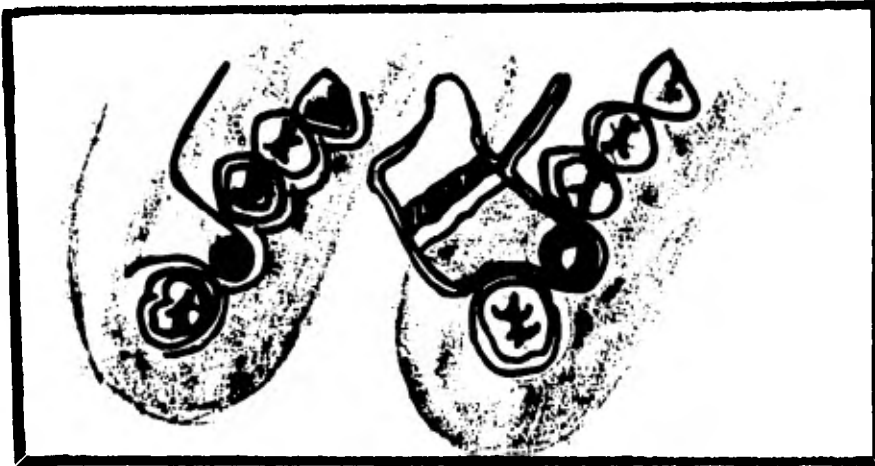


FIG. 24

Puede observarse en dicha figura, la sección de la cara interna del colgajo, que permite alargarlo suficientemente.

La comunicación alveolar también puede obturarse con un colgajo plástico, tomando, de las partes vecinas gingivales o yugales.

El método de Axhausen; este autor propone el método que se muestra en la siguiente figura.

Supongamos el caso de una comunicación en el alveolo del segundo molar superior derecho (recordemos que todos los métodos de obturación solo se pueden emplear cuando el seno esta indemne).

Con un bisturí de hoja pequeña, se circunscribe la perforación a distancia de sus bordes. Por el lado bucal la incisión llega hasta el surco vestibular, este trozo de ensia se elimina hasta el borde de la comunicación. Desde el ángulo bucodistal del hueso denudado, se traza una incisión que se dirige, hacia atrás, por el surco vas

tibular, y en una longitud aproximada a la extensión bu-
copalatina, del hueso denudado que debe cubrir aproximada-
mente 2 cm desde el limite posterior de esta insición en-
el surco, y ya en el tejido de la mejilla se circunscri-
be un colgajo, cuyo ancho sera el ancho del hueso denuda-
do . El bisturí termina a la misma altura donde se inicio
la primera insición . Se toma la punta distal de este col-
gajo con una pinza de disección a dientes de raton y se -
separa de los planos subyacentes por medio de una tijera-
curva o con un bisturí, conservando una capa muscular fina
de buccinador. Desprendido el colgajo que tiene como -
base el tejido de la mejilla, bién irrigado, se torsionan-
sobre su base, y girandolo 90° se aplica sobre el hueso a
cubrir. Allí el extremo del colgajo se fija con un punto-
de sutura a la fibromucosa palatina. Se cierra la brecha-
de la mejilla con tres puntos de sutura, con seda y se -
termina la adaptación del colgajo con unos puntos más por
el lado bucal y palatino.

Pichler hace la misma operación, pero toma el colga-
jo de la fibromucosa palatina. El procedimiento esta es -
quematzado en la siguiente figura.

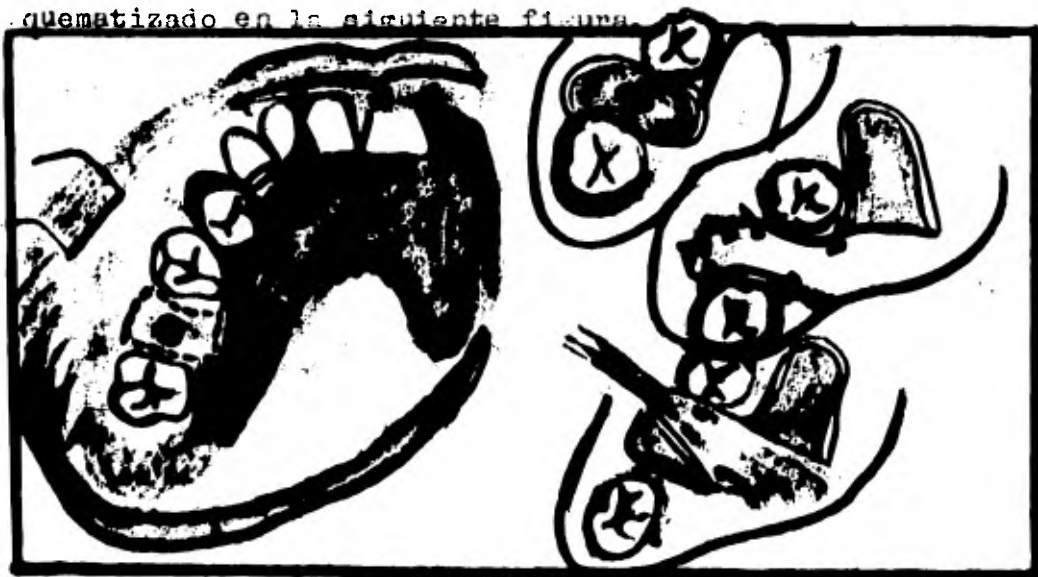


FIG. 25

En ambas operaciones los bordes de la comunicación - pueden ser obturados con un cierre primario con catgut, - con la técnica que se muestra en la siguiente figura.

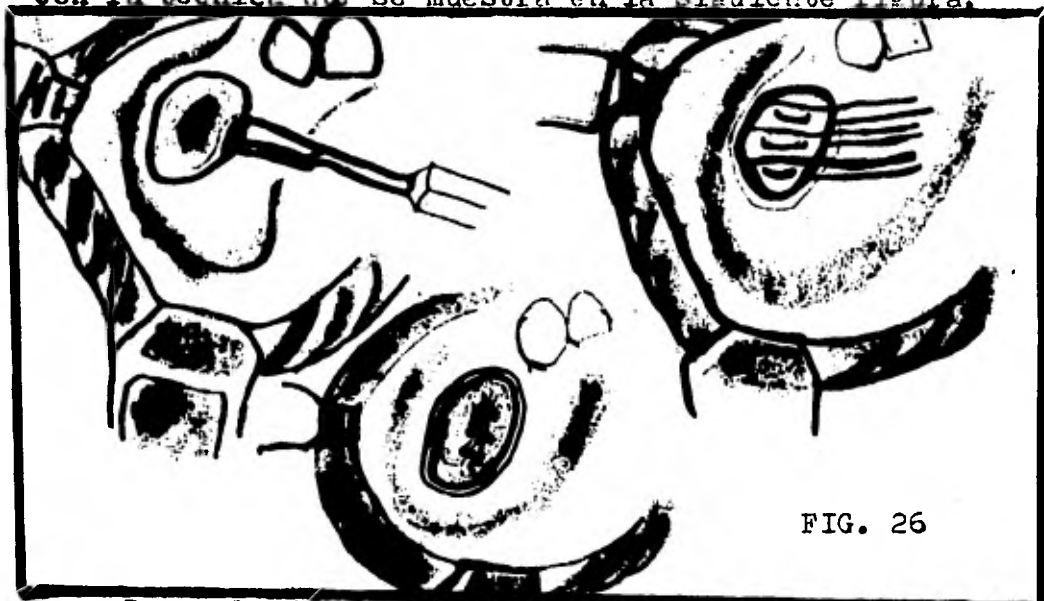


FIG. 26

Los colgajos bucal o palatino se aplican sobre este primer colgajo marginal (obturación de dos capas). De ambas operaciones, preferimos la de Axhausen. El colgajo se prepara y realiza más fácilmente en el lado bucal. Tiene un inconveniente; la hemorragia operatoria suele ser profusa, por la intensa vascularización a nivel del surco. Sede al suturar el colgajo, pero ocasiona hematomas dolorosos a nivel de la operación. El colgajo palatino no deja de tener sus dificultades.

Wassmund también propone la operación de la siguiente figura.

FIG.
27

Instalada la comunicación en el acto de la extracción dentaria, o indicado el método para obturar una comunicación antigua, se trazan dos insisiones divergentes hacia arriba, las cuales se inician en las lengüetas gingivales y se extienden, hacia el surco vestibular sobre pasan este límite y se desarrollan sobre la mucosa de la mejilla en una extensión de medio cm. Figura - a - . - Desprendiendo el colgajo mucoperiostico bucal con una - legra, hasta el surco gingival, se tracciona hacia afue - ra, de manera de visualizar la cara interna del perio - stio, Wassmud indica a esta altura de la operación la sec - ción anteroposteior del periostio paralela al surco vesti - bular, manioera que tiene la virtud de alargar el colgajo en $\frac{3}{4}$ de centimetro.

El periostio es inextensible, su corte permite a - la fibromucosa el desplazamiento necesario para cubrir - la perforación Figura - b- .

El borde palatino de la perforación se incide en to - da su extensión y se desprende en una longitud de tres o cuatro milímetros del hueso de la bóveda, para permir - tir el pasaje de la aguja para sutura, el colgajo se a - plica sobre el borde palatino sin tensión y se mantiene con tres puntos de sutura, pueden aplicarse otros puntos de sutura en la cara bucal a la altura de las lengüetas proximales figura - c - .

El método de Wassmud puede aplicarse al realizarse la operación radical del seno maxilar . en este caso la incisión se prolonga hacia adelante para descubrir - el antro y se desprende la fibromucosa , como se in - dice en : la fig 28.



FIG. 28

Puede observarse en dicha figura, la sección de la cara interna del colgajo, que permite alargarlo suficientemente.

La comunicación alveolar también puede obturarse con un colgajo plástico, tomando, de las partes vecinas gingivales o yugales.

El método de Axhausen: Este autor propone el método que se muestra en la figura siguiente.

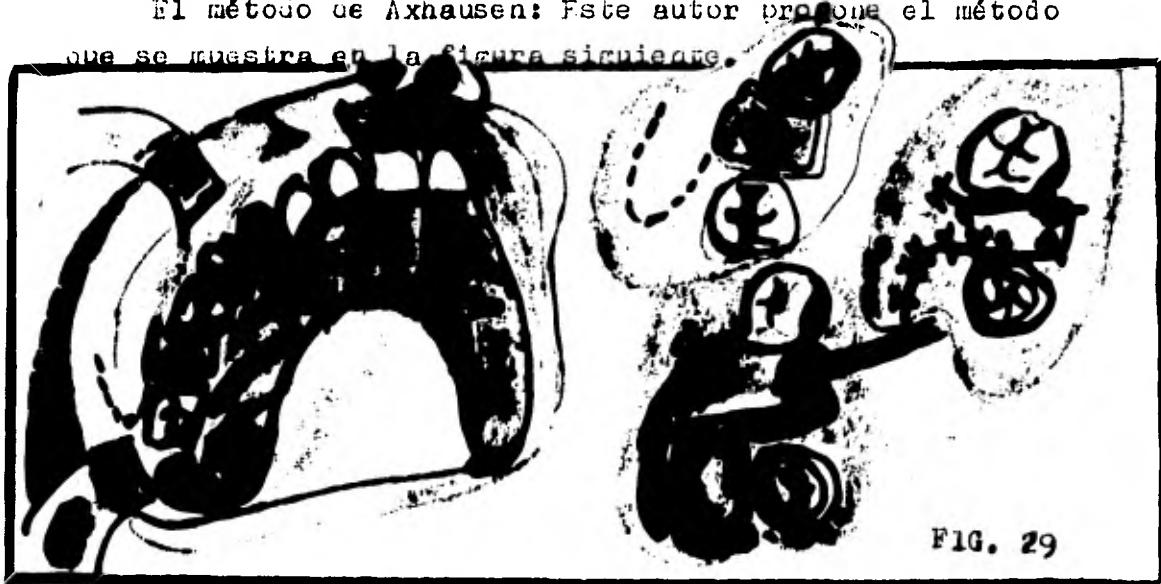


FIG. 29

Supongamos el caso de una comunicación en el alveolo del segundo molar superior derecho (recordemos que todos los métodos de obturación solo se pueden emplear cuando el seno está indemne).

Con un bisturí de hoja pequeña, se circunscribe la perforación a distancia de sus bordes. Por el lado bucal la incisión hasta el surco vestibular, este trozo de encía se elimina hasta el borde de la comunicación. Desde el ángulo buco distal del hueso desnudado, se traza una incisión que se dirige hacia atrás, por el surco vestibular, y en una longitud aproximadamente a la extensión buco palatina, del hueso desnudado que debe cubrir aproximadamente 2 centímetros; desde el límite posterior de esta incisión en el surco, y ya en el tejido de la mejilla se circunscribe un colgajo, cuyo ancho será el ancho del hueso desnudado. El bisturí termina a la misma altura donde se inició la primera incisión. Se toma la punta distal del colgajo con una pinza de disección a dientes de ratón y se separa de los planos subyacentes por medio de una tijera curva o con un bisturí, conservando una capa muscular fina de buccinador. Desprendido el colgajo que tiene como base el tejido de la mejilla, bien irrigado se torcionan sobre su base, y girándolo 90° se aplica sobre el hueso a cubrir. Allí el extremo del colgajo se fija con un punto de sutura a la fibromucosa palatina. Se cierra la brecha de la mejilla con tres puntos de sutura con seda y se termina la adaptación del colgajo con algunos puntos más por el lado bucal y palatino.

Pichler hacia la misma operación, pero toma el colgajo de la fibromucosa palatina. El procedimiento es esquematizado en la siguiente figura.

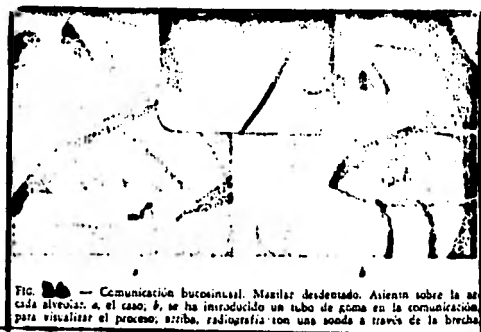
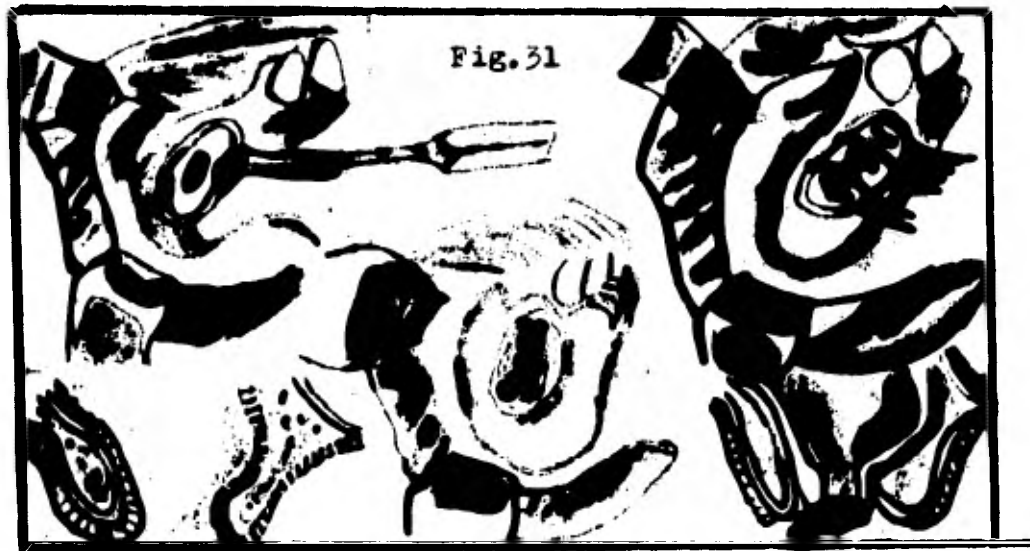


FIG. 30 — Comunicación buco-nasal. Maxilar desdentado. Asienta sobre la arcada alveolar. a. el caso; b. se ha introducido un tubo de goma en la comunicación para visualizar el proceso; arriba, radiografía con una sonda a través de la brecha.

Fig. 30

En ambas operaciones los bordes de la comunicación pueden ser obturados con un cierre primario con catgut, con la técnica que se muestra en la figura siguiente.



Los colgajos bucal o palatinos se aplican sobre este primer colgajo marginal (oclusión de dos capas). De ambas operaciones preferimos la de Axhausen. El colgajo se prepara y realiza más fácilmente en el lado bucal. Tiene un inconveniente; la hemorragia operatoria suele ser profusa, por la intensa vascularización a nivel del surco. Se debe al suturar el colgajo, pero ocasiona hematomas dolorosos a nivel de la operación. El colgajo palatino no deja de tener sus dificultades.

Wassmund también propone la operación de la fig. siguiente.



FIG. 32

que puede emplearse si al mismo tiempo es necesario efectuar la operación radical del seno maxilar.

El colgajo se toma de la parte gingival de la región de los premolares, y caninos y puede realizarse a expensas de este colgajo único y colgajos dobles, utilizando los bordes gingivales de la comunicación, circuncisión, legando, o separando la encía y suturandola con -

catgut fino sobre la perforación.

El colgajo de protección se obtiene prolongando - - hacia atrás y arriba, en una extensión de un centímetro, - el ángulo distobucal de la insición del colgajo marginal - y hacia adelante en una extensión proporcional a la canti - dad del hueso alveolar a cubrir, iniciando la insición en el ángulo mesiobucal.

Desde su límite mesial la insición asciende hasta al surco vestibular, lo sobrepasa medio centímetro, y parale - lamente a este surco se dirigen hacia atrás. Se desprende toda esta porción mucoperiostica limitada por la insici - ón descrita, se gira el colgajo se aplica sobre la perfora - ción, de manera que el borde anterior del colgajo, coinci - da con el borde palatino de la insición primaria y de ahí se fija con tres puntos de sutura. El segmento de hueso - que queda aldescubierto se protege con un trozo de gasa - yodóformada, que puede mantenerse con puntos de sutura a - la encia vecina.

En el caso de la figura que sigue utilizamos un col - gajo cuadrilatero que se obtuvo de la cara bucal del pri - mer premolar y canino, lo desprendimos de su base osea, y haciendolo girar en un ángulo de 90, se aplico sobre la - boca de la comunicación, cuyos bordes fueron previamente - resecaos y la fibromucosa palatina fue separada en una - profundidad de tres milímetros, para poder introducir - con comodidad la aguja.

Wassmund se vale también de la fibromucosa pala - tina para preparar colgajos pediculados, metodo que reco - mienda efucivamente, sosteniendo que el colgajo palatino tiene grandes ventajas, sobre todo cuando incluye los va - sos palatinos, lo que le asegura una nutgición y vitali - dad perfecta.

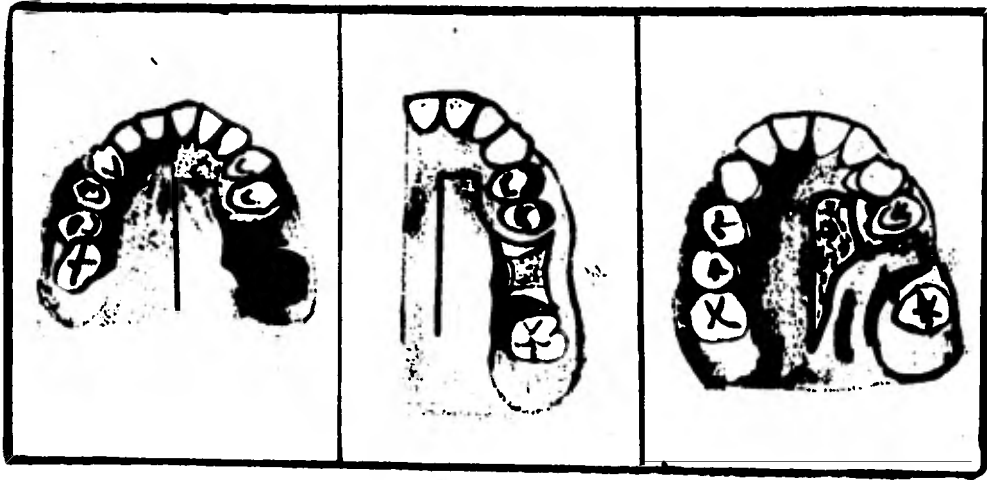


FIG. 33

Concideraciones preoperatorias: La anestesia para - operaciones del seno maxilar puede ser local o general - según el criterio del operador y el tipo indicado para el caso particular, si va a utilizarse anestesia general en el hospital, el asunto es responsabilidad del anestesista.

Si va a emplearse anestesia local, puede seguir este metodo satisfactoriamente; se dan como medicación preoperatoria 0.162 g de pentobarbital sodico, 0.00045 g de atropina 30 minutos antes de la operación, se satura una compresa de algodón con cocaína o pontacaína, que se aplica cuidadosamente arriba y debajo del cornete inferior, durante diez o quince minutos; se practica bloqueo anterior del nervio infraorbitario, o de la segunda rama usando cualquier anestésico.

Debe subrayarse que cuando se aplica cocaína en mucosa bucal o nasal no debe dejarse solo al paciente; ha - bra de vigilarlo constantemente una persona entrenada para reconocer los sintomas de sensibilidad y shock, que pueden ocurrir en individuos sensibles a la droga. Cuan-

do hay idiosincracia deben emprenderse medidas positivas e inmediatas incluyendo inyección intravenosa de Pentothal Sódico y oxigenoterapia. Esto puede salvar la vida, y la tardanza en reconocer los síntomas o no advertirlos, quizá desencadene una crisis que puede conducir a la muerte. Estos estados son raros, si se sospechan, deben hacerse pruebas de sensibilidad. La prueba oftálmica es fácil de efectuar; consiste en instilar en un ojo de la sustancia que se va a utilizar. Ello produzca una conjuntivitis en cinco minutos si el paciente es sensible a la droga (el ojo no sufre daño alguno con esta prueba).

La prueba dérmica puede utilizarse si se sospecha — idiosincracia. Se hace inyectando entre dermis y epidermis el fármaco, hasta hacer un botón; si en término de — cinco minutos ocurre eritema intenso, no se debe utilizar el medicamento. Estas pruebas requieren solamente de unos minutos, pero pueden ahorrar horas de confusión y preocupación e incluso salvar la vida del individuo.

Operación de Caldwell-Luc; Las indicaciones para esta operación radical del seno, son muchas, incluyendo las siguientes a) Extraer dientes o fragmentos de raíces del seno ; la operación de Caldwell-Luc, elimina los procedimientos ciegos y facilita extirpar el cuerpo extraño. b) Trauma del maxilar, con apalstamiento de las paredes del seno maxilar o caída del piso de la orbita. Conviene tratar este tipo de traumatismo por la vía de acceso de esta operación . c) Tratamiento de hematomas del antro, con hemorragia activa por la nariz. La sangre puede ser evacuada — y se localizan los puntos sangrantes. La hemorragia se — conibe con tapones empapados de epinefrina, o hemostáticos. d) Sinusitis maxilar crónica con degeneración polipoide de la mucosa. e) Quistes del seno maxilar. f) Neo —

plasis del seno maxilar.

El procedimiento es el siguiente se prepara boca y cabeza del paciente de manera usual, se utiliza el anestésico que a juicio del operador, se mejor para el paciente. Si el enfermo esta inconciente se hará intubación y se pondra un empaque en la garganta a lo largo del borde anterior del pladar blando y pilares amigdalinos. Se eleva el labio superior con separadores y se hace una insición en forma de U a travéz del mucoperiostio, hasta el hueso. Las insiciones verticales se hacen a nivel del canino y del segundo molar, desde sitios inmediatamente superiores a la inserción gingival, hasta más alla del repliegue mucobucal. Se hace una línea horizontal conectando las dos insiciones verticales en la mucosa alveolar, varios milímetros arriba de la inserción gingival de los dientes; se despega el tejido del hueso con elevadores de periostio, llegando hacia arriba hasta el canal infraorbitario. Se cuidara de no traumatizar el nervio, Se hace una abertura en la pared facial del antro, arriba de las raices de los premolares utilizando cincel, gubia o fresas; la abertura se agranda por medio de osteótomos para que permita la inspección de la cavidad. La abertura final permitira la introducción del dedo indice.

La abertura debe ser lo suficientemente alta para no tocar las raices de los dientes. El motivo de esta operación, extirpar restos radiculares, o cuerpos extraños, se efectua facilmente. La extirpación radical de la mucosa del seno no se requiere en todos los casos, pero si se cree necesario quitarla ello se hace facilmente con elevadores y raspas para periostio. Se limpia la cavidad; se coloca de nuevo en su lugar el colgajo de tejido blando y se sutura sobre el hueso con puntos separados de seda -

negra. Estos se dejan de cinco a siete días.

En la siguiente figura se muestra la vía de acceso - en al operación de Caldwell-Luc.

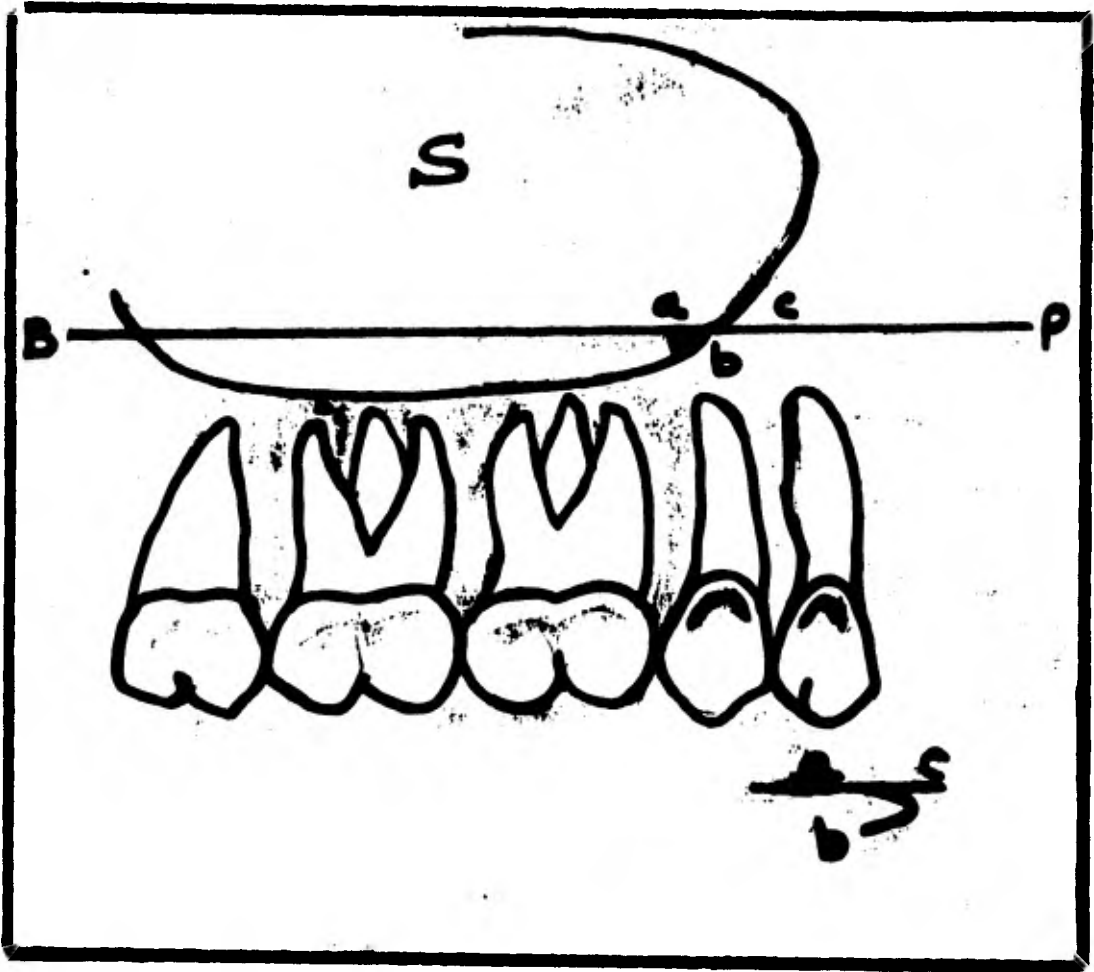


FIG. 34

La anestesia de carrillo y dientes puede depender de traumatismo del nervio infraorbitario o de nervios dentarios, al cincelar la pared osea. La tumefacción de carrillo es común pero desaparece en unos días. El pronóstico es bueno y son raras las complicaciones.

Conducta a seguir en caso de apertura del seno maxilar en el acto de una extracción dentaria; al producirse la apertura del seno en el acto de extracción dentaria, (accidente que el profesional tiene la obligación de prevenir en base al estudio radiografico previo). Se deberá estar preparado, para evitar que se instale la comunicación bucosinusal.

La apertura del seno es identificada por la prueba de Valsalva maniobra que consiste en comprimir ambos orificios nasales e invitar al paciente a que trate de proyectar el aire por la nariz; el aire, en caso de apertura del seno saldrá ruidosamente por el orificio de la perforación. En tales casos no debe colocarse en el alveolosa, ni cuerpos extraños.

El coágulo sanguíneo, en la mayor parte de los casos actúa como elemento obturador y a sus expensas se hace la cicatrización.

No siempre se es feliz con los resultados, en los alveolos intensamente traumatizados el coágulo no se organiza o se organiza deficientemente; la instalación de una alveolitis complica el cuadro, pues la desintegración del coágulo es una de las fases de la afección.

La sutura de los labios de la herida alveolar soluciona la mayor parte de los casos; a expensas de la organización del coágulo y siguiendo las leyes de la cicatrización ósea, se reedifica el hueso y se cierran las pequeñas brechas.

Cuando se esta en presencia de una apertura amplia y de un seno en estrecha relación con el alvéolo, - todo lo cual lo advierte la radiografía, se debe prevenir y evitar el accidente.

Identificada la comunicación, si se ha realizado solo la separación de la encía y no se ha efectuado colgajo alguno para realizar la extracción del molar, se continúa la línea de desprendimiento gingival en el lado bucal sobre el cuello del molar vecino (si este existe), - en el borde de la arcada (si esta ausente el vecino inmediato), y llegando hasta el primer diente existente, - el segundo premolar, por ejemplo o en una distancia equivalente al ancho del alveolo del molar aislado, se continúa la insición en ángulo hacia arriba (hasta cerca del fondo de saco), y hacia atras, se desprende el colgajo y se continua como el caso de la figura (11) de Wassmund, el cual lo obtura de la siguiente manera; Primer colgajo, - se circunscriben los bordes de la comunicación como fue antes mencionado suturándolos con catgut.

Segundo colgajo, se trazan insiciones paralelas desde la cara interna del labio, por encima del surco gingival, hasta una distancia de medio centimetro del borde gingival. La base del colgajo esta situada por encima de la comunicación. Se alcanza el largo suficiente y la desplazabilidad del colgajo recién cuando este movilizado en bastante extensión dentro del labio, quedando un centimetro alejado del borde libre labial.

Este colgajo es desplazado sobre la perforación y se fija, con puntos de sutura con seda, por su borde posterior e inferior a la mucosa vecina, desprendida en un ligero trecho como ya ha sido indicado.

Queda un trozo de hueso y musculatura labial sin protección mucosa. Para cubrir se prepara otro colgajo — que se obtiene por una insición, a la altura del canino — del lado opuesto. Se desprende el colgajo, el cual es girado 90 y suturado su borde mesial al borde de la primera insición, su borde inferior al borde mesial del primer colgajo y el borde distal del segundo colgajo al borde — gingival.

Obturación con colgajos marginales y palatinos : — Wassmund describe otro tipo de operación para obturar las comunicaciones del vestibulo, utilizando colgajos margi — nales y palatinos.

El procedimiento es aplicable en maxilares desdentados. Primer colgajo; se trazan insiciones desde el diametro mayor de la perforación hacia el carrillo y hacia la bóveda palatina.

Es preciso calcular la cantidad de colgajo marginal necesario, para que, al ser dado vuelta, obture comodamente la comunicación. La insición debe llegar profundamente hasta el hueso; por palatino sobrepasa la arcada dentaria y por el lado bucal en parte en tejido gingival y — parte en la mucosa labial o del carrillo. Los colgajos se desprenden con un periostótomo, se juntan sobre la perforación y se suturan con catgut.

El procedimiento lo planea previamente, el autor alemán sobre un modelo de yeso del caso en cuestión; se vale de trozos de lienzo a los cuales recorta en la forma — que tendrá el colgajo, lo asegura a nivel del agujero palatino posterior y lo hace girar a voluntad, hasta cubrir holgadamente la comunicación. Este planeo previo dará los límites que debe alcanzar el colgajo quirurgico.

Maxilar desdentado; Las comunicaciones que asientan-

sobre la arcada alveolar y en caso de que no existan dientes en la vecindad de la perforación pueden ser obturadas por los metodos plasticos que se acaban de señalar o por los procedimientos de colgajos en puente.

Los colgajos en puente son utiles para obturar perforaciones grandes situadas sobre la arcada. La tecnica de la operación se encuentra descrita en las figuras 31

y 35. Mayores descripciones de la operación serian inutiles. En el caso de la figura 30 se le habia tratado con una operación semejante que asó mismo puede ser aplicada en perforaciones similares, siempre que, detalle fundamental del seno no esta afectado.

Tratamiento de las comunicaciones en el vestibulo bucal; varios procedimientos se han descrito para obturar las comunicaciones que se encuentran a nivel del vestibulo bucal. Estudiaremos tres metodos: El de Lautenschlaeger, el de Axhasuen y el de Wassmund.

Metodo de Lautenschlager. Procede de la siguiente manera valiendose de colgajos dobles; Primer colgajo, se circunscribe el borde de la comunicacion con insiciones en arco o concavidad superior, se desprende el colgajo marginal y se sutura con catgut, la cara bucal del colgajo, pasa a hacerse nasal o sinusal.

Segundo colgajo; el bisturi sigue desprendiendo porciones escalonadas, hasta las vecindades del reborde-orbitario, los planos subyacentes a la mucosa de la cara bucal y del labio, con el objeto de obtener un colgajo lo suficiente amplio como para que permita ser colocado, suturandolo al labio al labio inferior del colgajo, sobre el primer colgajo marginal. Este labio inferior se obtiene por igual procedimiento, desprendiendo la encia de su inserción osea.

Adaptados los labios de los colgajos superior e inferior, se suturan con seda, teniendo cuidado de que las suturas externas no coincidan con las internas.

En el metodo de Axhausen, la comunicaci3n que se muestra en la figura 35 fue obturada por este procedimiento, el cual esquematizamos en la figura 31 — siendo tambien un colgajo doble.



FIG 35

Primer colgajo; se circunscribe la comunicaci3n a suficiente distancia de sus bordes como para permitir el adosamiento de los colgajos marginales. Segundo colgajo; desde el polo posterior del labio externo de la insisi3n primitiva, se traza una insisi3n hacia atras, en la mucosa del carrillo, en una extensi3n aproximada de dos centimetros, la insisi3n se arquea hacia afuera y vuelve hacia afuera y vuelve hacia adelante paralelamente a la primera linea de insisi3n. Se toma la extremidad posterior de la-

insición y se desprende el colgajo de sus planos subyacentes, de modo que lleve una capa muscular, se gira el colgajo 180° se aplica sobre la circunferencia de la insición del primer colgajo y se sutura con hilo o con seda, lo mismo que los labios cruentos del colgajo plástico.

Metodos de Wassmund a) obturación con colgajos labio gingivales: Wassmund se vale de sucesivos desplazamientos de colgajos labiogingivales, con el objeto de no dejar trozos de musculatura del orbicular sin protección mucosa y para evitar las siguientes retracciones gingivales que causarían trastornos en la motilidad labial.

Segundo colgajo; El segundo colgajo (colgajo palatino) se obtiene de la bóveda palatina y las dimensiones del colgajo deberán ser previamente estudiadas.

Se incide la fibrómucosa de la bóveda, se separa el colgajo con legres o con el periostótomo.

La porción de la mucosa de la arcada, que no ha formado parte del primer colgajo y que va a ser cubierta por el segundo, se aviva esponjándolo de su epitelio, con un bisturí, para que el colgajo palatino pueda prender fácilmente.

Se aplica el segundo colgajo sobre el primero y se sutura con seda su borde libre con el borde labial de la primera insición, con la parte oséa del paladar que queda desnuda se procede según se ha mencionado antes cubriéndose con un trozo de gasa yodoformada.

c) Obturación con colgajo marginal y colgajo a puente gingival: En maxilares dentado no es posible valerse del colgajo palatino. Los tejidos para la plastica deben procurarse de las partes gingivales vecinas a la perforación, el metodo de Wassmund que describiremos a continuación, es util para obturar la comunicación del vestibulobucal.

Se procede de la siguiente manera; primer colgajo — se inciden los bordes de la comunicación como se observa en la figura 37 -a- formandose un colgajo pediculado — con base en el borde superior de la comunicación. Se extrae el epitelio para que de esta manera el colgajo pueda adherirse a su nueva posición. Segundo colgajo, se practica una insición hacia adelante y otra hacia atrás — desde el borde inferior de la comunicación. El tejido gingival por debajo de esta línea de insición horizontal, se desprende del hueso subyacente, con una espátula de Freer o un periostótomo, previo desprendimiento del tejido gingival, de los cuellos dentarios, como se realizaria la — desinserción del colgajo en una operación de Neuman para el tratamiento de la paradentosis y se forma así un colgajo a puente figura 37 -b-.

El primer colgajo es dado vuelta hacia abajo, se coloca por debajo del colgajo puente y se fija con ligadura al cuello de los dientes, figura 37 -c-. El colgajo — puente se levanta los bordes de la primera insición que — se realizo hacia adelante y hacia atrás, se cierra por su tura con seda y el borde superior del colgajo puente se — sutura con el borde del primer colgajo.

Tratamiento de las comunicaciones en la bóveda palatina. Las comunicaciones en la bóveda palatina, son excepcionales en nuestro medio; cuando se presentan su tratamiento quirurgico puede realizarse por plastias con colgajos de las partes vecinas del paladar existiendo varios procedimientos que los resumiremos brevemente.

Obturación simple, por plastica de colgajos invertidos, suponiendo el caso de la figura 36. Se incide la —



FIG. 36



FIG. 36



FIG 37

comunicación en sus límites, externo anterior y posterior (el borde interno debe mantenerse inalterable; a sus expensas se gira el colgajo, haciendo de bisagra). Se traza sobre la bóveda en el lado opuesto, a la comunicación un colgajo lo suficientemente amplio como para ser aplicado con facilidad y sin tensión sobre la boca de la comunica-

ción, se elimina el epitelio de los bordes del colgajo - en una extensión de tres o cuatro milímetros para que pueda adherirse. Los bordes de la comunicación que hubieran sido incididos (anterior externo y posterior) se separa - del hueso subyacente y en el espacio así creado se coloca el colgajo invertido, el que es desprendido hasta el borde interno de la comunicación.

El colgajo se fija a la fibromucosa con suturas de - seda (pueden emplearse también las suturas de nylon).

Para mantener el colgajo sin que se mueva es útil - preparar una prótesis a placa, que se puede confeccionar de acrílico. Puede también ser utilizada la fibromucosa - palatina para obturar comunicaciones, empleándose en tal caso la fibromucosa como colgajo pediculado, el que se - desplaza en el sentido deseado, y se aplica sobre la comunicación, previa eliminación del epitelio que ha quedado debajo del colgajo; este colgajo se mantiene con sutura.

La obturación de las comunicaciones de la línea media y distantes del límite anterior de la arcada, puede - hacerse también por colgajos dobles como propone Axhausen y Wassmund; el primero de los autores citados, usa el procedimiento de las figuras 38 y 39. Circuncide la - perforación, desprende los labios del colgajo marginal y los sutura sobre la comunicación con catgut. La bóveda es incidida a la altura de la arcada y desprendida de su adherencia al hueso. Los bordes internos se adosan entre sí con seda y todo el colgajo palatino se aplica y sutura - por delante del agujero palatino anterior. Pichler y Trauner emplean la técnica esquematizada en la figura 140.

Wassmund llega a los mismos fines trazando una insi - ción elíptica de los bordes de la comunicación que permite colgajos marginales triangulares, los cuales se adaptan mejor que los circulares, según Wassmund; estos colga

jos se dan vuelta hacia la nariz y se suturan con catgut. Toda la fibromucosa de la arcada es desprendida por una insición continua a la altura de los cuellos dentarios o a nivel de la arcada (en los maxilares sin dientes) ; - los bordes internos son suturados con seda. Toda la fibromucosa se aplica sobre la bóveda donde puede ser mantenida con una protesis a placa.

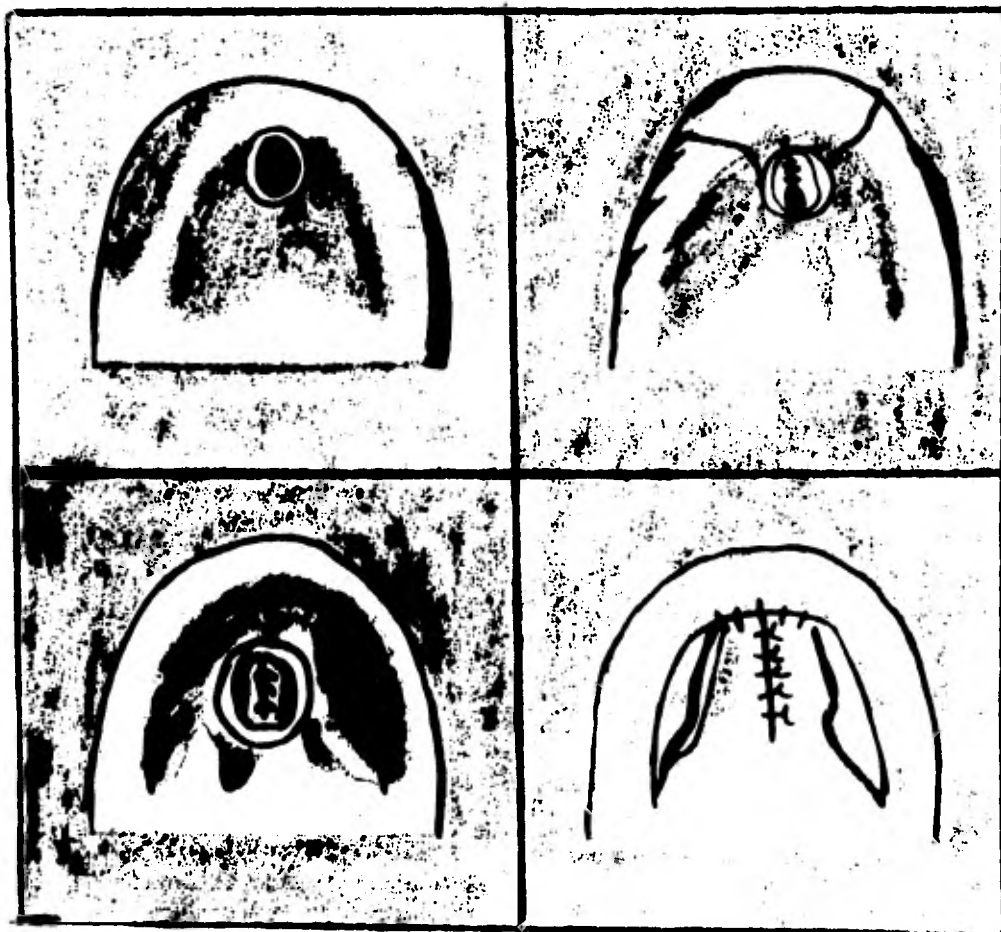


FIG. 38

FIG. 39



FIG. 40

Si se ha efectuado el colgajo para los fines de la extracción por alveolotomía se procede como en el caso que sigue.

Si ya se ha previsto la instalación de la comunicación, porque el examen radiográfico lo indica, se traza para realizar la exodoncia del molar vecino al seno, la insición que se muestra en las figuras 41 y 43 que no es otra cosa que la que se emplea para la extracción por alveolotomía; se desprende el colgajo, se realiza la extracción según la técnica que este indicada y se procede como se muestra en las siguientes figuras. Se efectúa una plastica para obturar la brecha dando muy buenos resultados.



FIG. 41

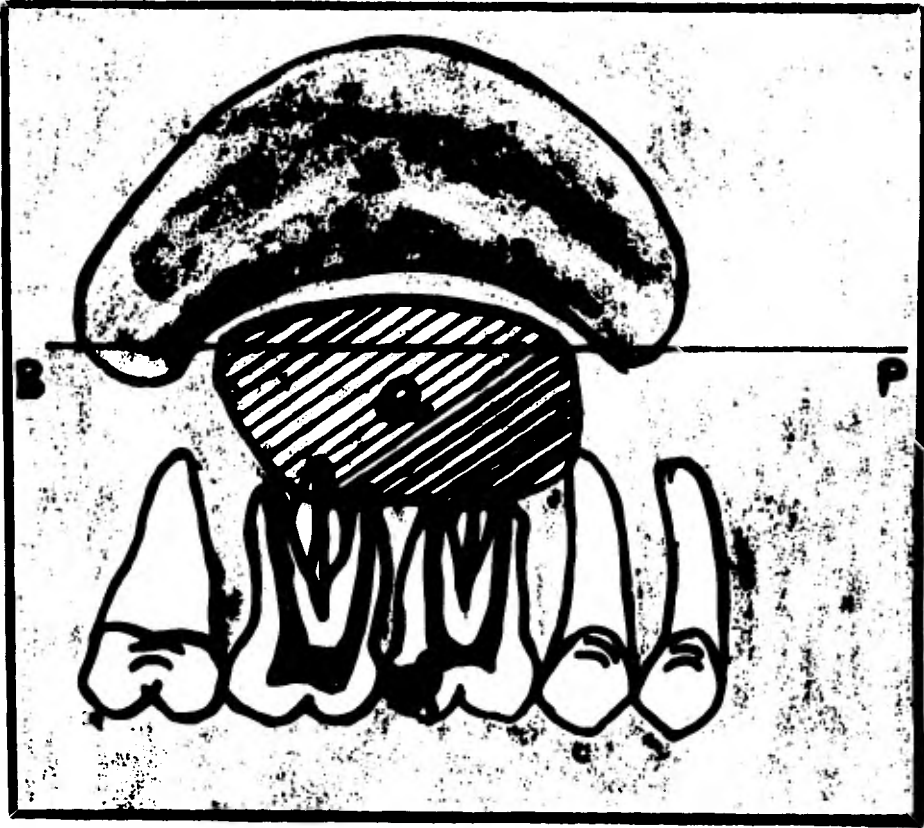


FIG. 43

" C O N C L U C I O N "

La relación íntima entre el antro y las raíces de los dientes, con su hueso alveolar adyacente, se complica por sinusitis maxilar ocasional de origen dental. Los dientes y sus raíces, que van a ser extraídos muchas veces atraviezan la pared ósea delgada, que separa el alveólo del seno. En ocasiones se quedan entre el hueso y la membrana del antro. Frecuentemente penetran en el antro, y en este caso el problema de perforar el antro se ve complicado por la abertura hacia la boca y la infección dental residual en el alveolo. Entonces el operador se encuentra ante el problema de decidir hasta que profundidad va a sondear el alveólo para buscar la raíz o el diente, si se debe abrir la pared bucal del alveólo en este lugar, o si esta indicada la operación de Caldwell-Luc o alguna otra intervención.

La fistula bucoantral requiere atención metódica en el manejo del colgajo de la boca. Sin embargo en todos estos estados el problema de la infección del seno siempre es potencial o real. Para obtener los mejores resultados y dar al paciente el beneficio del conocimiento especializado conviene que el cirujano bucal este debidamente preparado o en su defecto pedir la colaboración del otorrinolaringólogo.

Existen algunas medidas más rápidas tal vez de las que se mencionaron en el texto, pero no eficaces y por lo tanto no recomendables.

Según datos obtenidos pero no incluidos en el texto las estadísticas que se dan sobre la frecuencia con que se presentan los problemas orofaciales, son muy variables debido a que es difícil llevar un control exacto de este tipo de lesiones. Pero si nos damos cuenta que las lesiones alveolares se presentan en pacientes adultos y es muy raro que se lleguen a presentar en niños debido a que el seno al nacimiento es muy pequeño - el cual aumenta de tamaño conforme aumenta el tamaño de la cara.

BIBLIOGRAFIA

- Archer Harry
 Cirugia Bucal
 Editorial Mundi, Segunda Edición
 México, D. F.
- Costin, White
 Cirugia Bucal
 Editorial Interamericana
 México, D. F. 1970
- Gluskin M; Solomon M.P.; Gold B.
 Mucocmycotic Blotch of nasal floor and palate.
 in the anepic patient.
 Dent. Assoc. 1970
- Kraeger, Gustavo
 Tratado de Cirugia Bucal
 Editorial Interamericana
 México, D. F.
- Levy, Pintos; Cervantes F. F.
 Complications of the Caldwell-Luc operational
 Editorial Iberoamericana 1978
- Mc. , Cathy
 Emergencies in dental practice
 Editorial
- Mead, Sterling Vernon
 Cirugia Bucal
 Editorial Hispanoamericana.

Ries Centeno, Guillermo
Cirugia Bucal
Editorial el Ateneo, Septima Edición
Buenos Aires Argentina 1978

Wise Robert, Alexander
Cirugia de cabeza y cuello
Editorial Interamericana, Tercera Edición

Zollner, Fritz
Otorrinolaringologia
Editorial