

879522

11
2 y'



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“SINUSITIS MAXILAR”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

DORA MARIA PIÑON SILVA



CHIHUAHUA, CHIH.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN-----	5
CAPÍTULO I	
EMBRIOLCGÍA-----	6
HISTOLOGÍA -----	8
CAPÍTULO II	
ANATOMÍA DE LOS SENOS PARANASALES-----	10
CAPÍTULO III	
FISIOLOGÍA DE LOS SENOS PARANASALES-----	16
CAPÍTULO IV	
SINUSITIS MAXILAR AGUDA-----	19
CAPÍTULO V	
AFECCIONES QUE DESENCADENAN UNA SINUSITIS-----	28
CAPÍTULO VI	
COMPLICACIONES OBSERVADAS EN LA SINUSITIS-----	43
CAPÍTULO VII	
ALTERACIONES VARIAS DE LOS SENOS-----	55
CAPÍTULO VIII	
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO-----	58

CONCLUSIONES -----	65
BIBLIOGRAFÍA-----	66

I N T R O D U C C I Ó N

LA PRESENTE, PRETENDE SER UN ESTUDIO MÁS O MENOS DE LA GRAN IMPORTANCIA QUE TIENEN LOS SENOS MAXILARES, DADA LA --- VARIEDAD DE PATOLOGÍAS QUE LOS AFECTAN Y QUE DÍA CON DÍA VAN EN AUMENTO.

LOS SENOS MAXILARES DADA SU ESTRECHA RELACIÓN CON LA CAVIDAD BUCAL, SON BASICAMENTE EL PUNTO DE PARTIDA PARA NUESTRA INVESTIGACIÓN; YA QUE MUCHAS VECES SON PASADOS DESAPERCIBIDOS, SIN CONTAR CON LAS SERIAS COMPLICACIONES, NO SOLO A NIVEL LOCAL, SINO INCLUSO A NIVEL ORGÁNICO; POR SU MANIPULACIÓN INADECUADA DE NUESTRO CAMPO DE ACCIÓN.

ES IMPORTANTE PREVER TAMBIÉN ALTERACIONES FISIOLÓGICAS EN EL OSTIUM MAXILAR QUE EN UN MOMENTO DADO PODRÍAN DESENCADENAR UNA ALTERACIÓN EN EL APARATO ESTOMATOGNÁTICO.

ADENÁS SE CONTEMPLAN LOS CONCEPTOS ACTUALES QUE EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LOS MISMOS, NOS OFRECE LA MEDICINA MODERNA.

CAPÍTULO I

EMBRIOLOGÍA.

DADA LA ESTRECHA RELACIÓN QUE GUARDAN ENTRE SI, CAVIDAD NASAL Y PALADAR, SE HACE NECESARIA LA INVESTIGACIÓN DE LA -- PROCEDENCIA EMBRIOLÓGICA DE AMBOS. YA QUE AL OCURRIR LA FU SIÓN DEL PALADAR PRIMARIO Y TABIQUE NASAL, EN LA NOVENA Y -- PARTE DE LA DÉCIMA SEGUNDA SEMANA DEL DESARROLLO EMBRIONARIO QUEDA FORMADA LA PORCIÓN PRE-MAXILAR ENTRE MAXILAR SUPERIOR-- QUE LLEVA LOS INCISIVOS.

LAS CAVIDADES NAALES SE DESARROLLAN A PARTIR DE LOS SA COS NAALES QUE CRECEN EN SENTIDO DORSOCAUDAL, VENTRAL AL CE REBRO EN DESARROLLO. AL PRINCIPIO, ÉSTOS SACOS ESTÁN SEPA-- RADOS DE LA CAVIDAD BUCAL POR LA MEMBRANA BUCONASAL, PERO ÉS TA MEMBRANA SE ROMPE PRONTO Y DEJA EN COMUNICACIÓN LAS MUCO-- SAS BUCAL Y NASAL.

SENOS PARANASALES.

HAY UN CONJUNTO DE CAVIDADES EN LOS HUESOS DEL CRÁNEO-- QUE SE COMUNICAN CON LAS FOSAS NAALES. ÉSTOS ESPACIOS DE-- FORMA IRREGULAR REVESTIDOS POR EXPANSIONES DE LA MUCOSA NA-- SAL SE DENOMINAN SENOS PARANASALS. SE DENOMINAN DE ACUER--

DO AL HUESO EN QUE SE HAYA UBICADA LA CAVIDAD E INCLUYEN EL GRUPO IRREGULAR DE LAS CELDAS ESFENOIDALES. CON LA EXCEPCION DE LOS SENOS ESFENOIDALES, QUE SE FORMAN HASTA DESPUÉS DEL NACIMIENTO, ÉSTAS CAVIDADES APARECEN POR PRIMERA VEZ DURANTE EL CUARTO O AL PRINCIPIO DEL QUINTO MES DE VIDA FETAL. MIENTRAS SE FORMAN, EL HUESO ES INVADIDO POR LA PROLONGACIÓN DE LA MUCOSA NASAL QUE PARECIERA ACTIVAR LA EXCAVACIÓN DEL HUESO DESTINADO A CONSTITUIR EL SENO.

TODOS LOS SENOS SON AÚN MUY PEQUEÑOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO E INDUDABLEMENTE NO ALCANZAN SU TAMAÑO TOTAL HASTA MUCHOS AÑOS MÁS TARDE.

LOS SENOS TIENEN ENTRE TRES Y CUATRO MILÍMETROS EN EL RECÉN NACIDO Y HAY SOLAMENTE UNAS POCAS CÉLULAS AÉREAS ETNOIDALES ANTERIORES Y POSTERIORES.

DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO LOS SENOS NAALES APARECEN EN FORMA DE BOLSAS DE EPITELIO NASAL, CONTINUANDO SU DESARROLLO HASTA PASADO EL NACIMIENTO.

EN RESUMÉN, LOS SENOS PARANAALES SE DESARROLLAN DURANTE LA PARTE FINAL DE LA VIDA FETAL Y DE LA LACTANCIA COMO PEQUEÑOS DIVERTÍCULOS DE LA PARTE NASAL LATERAL. DURANTE LA-

INFANCIA, ÉSTOS SENOS SE EXTIENDEN HACIA MAXILARES, ETMOIDES Y LOS HUESOS FRONTAL Y ESFENOIDES; ALCANZAN SU TAMAÑO MÁXIMO EN LA PUBERTAD.

HISTOLOGÍA.

LOS SENOS SON QUEDADES EXISTENTES EN LOS HUESOS. HAY CUATRO PARA CADA CAVIDAD NASAL, QUE SEGÚN LOS HUESOS QUE LOS CONTIENEN, RECIBEN LOS NOMBRES DE SENO FRONTAL, ETMOIDAL, ESFENOIDAL Y MAXILAR, RESPECTIVAMENTE.

EL SENO MAXILAR ES EL DE MAYOR VOLÚMEN Y A VECES SE LE LLAMA ANTRO DE HIGHMORE.

LOS CUATRO SENOS QUE HAY A CADA LADO SE COMUNICAN CON LA CAVIDAD NASAL CORRESPONDIENTE. ESTÁN REVESTIDOS DE LA MUCOSA QUE SE CONTIÚA CON LA QUE REVISTE LA CAVIDAD NASAL. EL EPITELIO CILIADO DE LOS SENOS NO ES TAN GRUESO COMO EL DE LA CAVIDAD NASAL, NO CONTIENE TANTAS CÉLULAS CALCIFORMES. TAMPOCO POSEE MEMBRANA NASAL. LA LÁMINA PROPIA ES RELATIVAMENTE DELGADA Y SE CONTIÚA CON EL PERIOSTIO SUBYACENTE. ESTÁ FORMADA PRINCIPALMENTE POR FIBRAS COLÁGENAS Y CONTIENE EOSINOFILOS, CÉLULAS PLASMÁTICAS Y BASTANTES LINFOCITOS, ADÉMÁS DE FIBROBLASTOS. HAY RELATIVAMENTE POCAS GLÁNDULAS INCLUIDAS EN ELLA.

LAS APERTURAS QUE COMUNICAN LOS SENOS CON LAS CAVIDADES NASALES NO SON MUY AMPLIAS; POR LO TANTO, CUANDO LA MUCOSA NASAL SE INFLAMA O SE CONGESTIONA SUFICIENTEMENTE POR OTRO-- MOTIVO, PUEDE CERRARSE A ÉSTE NIVEL. NORMALMENTE, EL MOCO-- PRODUCIDO EN LOS SENOS VA A PARAR A LAS CAVIDADES NASALES -- POR ACCIÓN DE LAS PESTAÑAS; SI LAS APERTURAS DE LOS SENOS -- QUEDAN OBSTRUÍDAS, ÉSTAS SE LLENAN DE MOCO, Y EN CASO DE INFECCIÓN DE PUS. SUELEN UTILIZARSE LOCALMENTE FÁRMACOS QUE ACTÚAN COMO LAS HORMONAS DE LA MÉDULA SUPRARRENAL Y CONTRAEN LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA MUCOSA, PARA DISMINUIR LA CONGESTIÓN ALREDEDOR DE LAS APERTURAS DE LOS SENOS INFLAMADOS Y -- PERMITIR SU VACIAMIENTO. A VECES RESULTA NECESARIO PRACTICAR NUEVAS APERTURAS PARA QUE DICHOS SENOS SE DRENEN ADECUADAMENTE.

CAPÍTULO II

ANATOMÍA DE LOS SENOS PARANASALES

LOS SENOS MAXILARES LLAMADOS TAMBIÉN ANTROS DE HIGHMORE--
SON DOS CAVIDADES, PARES Y SINÉTRICAS, QUE OCUPAN LA PARTE --
CENTRAL DE LOS MAXILARES SUPERIORES Y QUE CONTRIBUYEN A DAR--
LES LAS DIMENSIONES Y FORMAS QUE LOS CARACTERIZAN EN EL ADUL--
TO.

DESENBOCAN EN EL MEATO POR UN ORIFICIO LLAMADO OSTIUM --
MAXILAR; AUNQUE MUY REDUCIDO, EXISTE DESDE EL NACIMIENTO. EL
SENO MAXILAR PUEDE SER COMPARADO CON UNA PIRÁMIDE CUADRANGU--
LAR, DE BASE INTERNA Y VÉRTICE DIRIGIDO HACIA AFUERA POR CON--
SIGUIENTE, SE LE CONSIDERA CON CUATRO PARES DE CARAS, UNA BA--
SE, UN VÉRTICE Y CUATRO BORDES.

PAREDES.

1.- PARED ANTERIOR, O PARED YUGAL: POR RAZÓN DE LAS RELACIO--
NES QUE TIENE CON LA MEJILLA CUALESQUIERA QUE SEAN LAS DINEN--
SIONES DE LA CAVIDAD SINUSAL, SUBE POR ARRIBA HASTA EL BORDE--
ORBITARIO. POR EL CONTRARIO, SUS LÍMITES HACIA ABAJO Y HA--

CIA ADELANTE VARÍAN SEGÚN LA CAPACIDAD DEL SENOS, SU LÍMITE IN-
TERIOR ESTÁ REPRESENTADO DE ORDINARIO POR UNA LÍNEA QUE SE DI-
RIGE PRIMERO OBLICUAMENTE HACIA ABAJO Y HACIA AFUERA SIGUIEN-
DO EL SURCO NASOYUGAL HASTA LA RAÍZ DEL CANINO O MEJOR DEL --
PRIMER BICÚSPIDE, A PARTIR DE ÉSTE MOLAR SIGUE PARALELO AL RE-
BORDE ALVEOLAR HASTA EL SEGUNDO MULTICÚSPIDE.

2.- PARED POSTERIOR INFERIOR: ÉSTA ES CONVEXA, FORMA LA PARED
ANTERIOR INTERNA DE LA FASE CIGONÁTICA, SU GROSOR ES DE 2mm.--
APROXIMADAMENTE.

3.- PARED SUPERIOR: CONSTITUYE EL SUELO DE LA ÓRBITA, LA PA--
RED ORBITARIA ALOJA AL CONDUCTO SUBORBITARIO QUE CONTIENE EL-
NERVIO SUBORBITARIO.

BASES.

LA BASE DEL SENOS MAXILAR, ESTÁ FORMADA POR UNA PARTE DE-
LA PARED EXTERNA DE LAS FOSAS NASALES, UNA PORCIÓN ANTERO IN-
FERIOR QUE CORRESPONDE AL MEATO QUE TERMINA POR DELANTE Y ---
ARRIBA EN EL OSTIUM MAXILAR.

VÉRTICE.

EL VÉRTICE DEL SENOS SE LOCALIZA A LA MITAD INTERNA DEL -
HUESO MAXILAR, EN EL CUAL SE PROLONGA MÁS O MENOS SEGÚN LAS--

DIMENSIONES DE LA CAVIDAD SINUSAL. ESTÁ AMPLIAMENTE TRUNCADO Y EN ALGUNAS OCASIONES LLEGA A REPRESENTAR LA PARTE -- MÁS ANCHA DEL SENOS.

BORDES.

ÉSTOS BORDES CORRESPONDEN AL CONTORNO DE LA BASE, LO CUAL SIENDO ÉSTA CUADRANGULAR, SE ENCUENTRAN CUATRO BORDES:

- 1.- BORDE ANTERIOR.- ESTE ES DIRIGIDO VERTICALMENTE, -- RESULTA DE LA UNIÓN DE LA PARED YUGAL CON LA PARED NASAL DEL SENOS.
- 2.- BORDE POSTERIOR.- ESTE BORDE ESTÁ MUY ANCHO, ESTÁ UNIDO POR ABAJO AL PALATINO Y A LA APÓFISIS PTERIGOIDES.
- 3.- BORDE SUPERIOR.- ESTE BORDE ESTÁ FORMADO POR EL -- SUELO DE LA ORBITAL Y LA PARED NASAL AL UNIRSE, Y ESTÁ EN RELACIÓN CON LA EXTREMIDAD INFERIOR DE LAS CÉLULAS ETIMOIDES QUE FORMAN ALGUNAS VECES, SOBRETUDO POR DETRÁS, UN RELIEVE MÁS O MENOS ACENTUADO EN LA CAVIDAD SINUSAL.
- 4.- BORDE INFERIOR.- CORRESPONDE A LA PARTE POSTERIOR DEL BORDE ALVEOLAR DEL MAXILAR SUPERIOR Y ESTÁ EN RELACIÓN CON LOS PREMOLARES Y MOLARES QUE EN ÉL SE IMPLANTAN. EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES ESTÁN---

PARTICULARMENTE EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL SENOS.
POR LO COMÚN SUS RAÍCES FORMAN UN ABULTAMIENTO MÁS O MENOS PATENTE EN EL SUELO. SOLO ESTÁN SEPARADOS DE LA CAVIDAD SINUSAL POR UNA DELGADA CAPA DE TEJIDO ES PONJOSO, QUE EN OCASIONES LLEGA A FALTAR EN ALGUNOS-SITIOS, Y EN ÉSTE CASO UNA O VARIAS RAÍCES SE HAYAN-AL DESCUBIERTO EN EL SENOS. ÉSTAS RELACIONES DE LOS DIENTES PRECITADOS EN EL SENOS MAXILAR, TIENEN UN --- GRAN INTERÉS PRÁCTICO. EXPLICA POR QUE LA CRIES = DENTARIA PUEDE COMPLICARSE CON SINUSITIS MAXILAR PO QUE LA EXTIRPACIÓN DE UNO DE ÉSTOS DIENTES PRODUCE - ALGUNAS VECES LA APERTURA ACCIDENTAL DEL SENOS.

LA CAVIDAD SINUSAL CONSTA DE UNA CAVIDAD Y REVESTIMIENTO MUCOSO.

- 1.- LA CAVIDAD ES ÚNICA, EN RAROS CASOS SE HAN ENCONTRA-DO CON EL SENOS TABICADO, Y AÚN EL TABIQUE ERA INCOM-PLETO. EL SENOS MAXILAR SOLO CONTIENE AIRE EN SU ES TADO NORMAL.
- 2.- EL REVESTIMIENTO MUCOSO DEL SENOS MAXILAR ES COMO LAS OTRAS CAVIDADES ANEXAS A LAS FOSAS NASALES, UNA EMAN-CIPACIÓN DE LA PITUITARIA. POCO GRUESAS EN ESTADO-NORMAL.

- 3.- **DIMENSIONES.**- LAS DIMENSIONES DE LOS SENOS SON MUY -
VARIABLES, SEGÚN LA EDAD, SEXO, LOS SUJETOS Y HASTA-
A MENUDO EN EL MISMO SUJETO. ESTÁN MÁS DESARROLLA-
DAS EN EL ADULTO QUE EN EL NIÑO Y ES MAYOR EN EL HOM-
BRE QUE EN LA MUJER. SU CAPACIDAD MEDIA ES DE 11 a
12 cm³, LO CUAL EXPLICA QUE CUERPOS EXTRAÑOS DE AL-
GÚN VOLÚMEN PUEDAN ALOJARSE EN ÉL Y PASAR INADVERTI-
DOS CUANDO MENOS DURANTE ALGÚN TIEMPO.
- 4.- **CONDUCTOS Y ORIFICIOS MAXILARES.**- EL SENO MAXILAR SE
ABRE EN EL CANAL DEL UNIFORME POR UN CORTO CONDUCTO-
EN GRAN PARTE MUCOSO, LLAMADO CONDUCTO MAXILAR Y QUE
TIENE UNA LONGITUD DE 6 a 8mm, EN TÉRMINO MEDIO SU--
ANCHURA ES DE 3 a 5mm. SU DIRECCIÓN ES CASI PERPEN-
DICULAR A LA DEL CANAL DEL UNIFORME, YA QUE ESTÁ DI-
RIGIDO DE ABAJO A ARRIBA, DE ADELANTE HACIA ATRÁS Y-
DE AFUERA HACIA ADENTRO. EL CONDUCTO MAXILAR DESEM-
BOCA EN LA PARTE ANTERIOR Y SUPERIOR DE LA PARED IN-
TERNA DEL SENO, INMEDIATAMENTE POR DETRÁS DEL RELIE-
VE QUE FORMA EL CONDUCTO LACRIMONASAL. LA APERTURA
POR LA CUAL SE ABRE EN LA CAVIDAD SINUSAL MIDE DE 3-
a 5 mm. DE DIÁMETRO.
- 5.- **VASOS Y NERVIOS.**- LAS ARTERIAS QUE IRRIGAN LA MUCOSA
DEL SENO, PROCEDEN POR UNA PARTE DE LAS ARTERIAS DE-
LA PITUITARIA (ESFENOPALATINA) Y POR OTRA DE LAS AR-

TERIAS DE LA CARA (BUCAL, PALATINA, ALVEOLAR, FACIAL). ÉSTAS ÚLTIMAS APLICADAS A LA CARA EXTERNA DE LAS PAREDES DEL ANTRO, ENVÍAN A TRAVÉS DE LAS DELGADAS PAREDES FINAS RAMIFICACIONES QUE TERMINAN EN LA CAPA PROFUNDA DE LA MUCOSA, LOS VASOS LINFÁTICOS SON POCO CONOCIDOS Y SE CONFUNDEN CON LOS DE LA PITUITARIA. LAS VENAS ACOMPAÑAN A LAS RAMAS ARTERIALES, TERMINAN EN PARTE EN EL PTERIOGOMAXILAR Y EN PARTE EN LA VENA OPTÁLMICA POR MEDIACIÓN DE LA FACIAL. NUMEROSOS FILAMENTOS NERVIOSOS PROCEDENTES DEL ORBITAL Y DEL GANGLIO ESFENOPALATINO QUE SE DISTRIBUYEN POR LA MUCOSA DEL SENO.

6.- EXPLORACIÓN Y VÍAS DE ACCESO.- EL SENO MAXILAR PUEDE SER EXPLORADO POR: a) RAYOS X; b) TRANSLUMINACIÓN; c) CATERENISMO DEL ORIFICIO MAXILAR; d) PUNSIÓN DE LA PARED EXTERNA DEL MEATO INFERIOR. LA CAVIDAD SINUSAL ES ACCESIBLE POR TRES VÍAS: POR LA VÍA BUCAL, POR LA NASAL Y POR LA VÍA ORBITARIA:

VÍA BUCAL: SE PUEDE PENETRAR EN EL SENO POR EL ALVEOLO DE LOS MOLARES O POR OPERACIÓN CADWELL LUCK.

VÍA NASAL: SE PUEDE LLEGAR AL SENO YA SEA POR UN MEATO INFERIOR O POR EL MEATO MEDIO.

VÍA ORBITARIA: SE PERFORA LA PORCIÓN DE LA PARED INFERIOR ORBITARIA DEL SENO QUE CORRESPONDA AL FONDO DEL SACO CONJUNTIVAL INFERIOR.

CAPÍTULO III

FISIOLOGÍA DE LOS SENOS PARANASALES

LOS SENOS PARANASALES SON ESPACIOS QUE CONTIENEN AIRE, SE COMUNICAN CON LA CAVIDAD NASAL Y ESTÁN REVESTIDOS DE MUCOSA. AUNQUE DISPUESTOS EN PARES, SON COMUNMENTE ASIMÉTRICOS. LOS SENOS PARANASALES SON MAXILAR, FRONTAL, ETMOIDAL Y ESFENOIDAL. LA FUNCIÓN PRIMARIA DE LOS SENOS PARANASALES ES -- ALIGERAR LOS HUESOS DEL CRÁNEO. EN FORMA SECUNDARIA, FUNCIONAN PARA PROPORCIONAR MOCO A LA CAVIDAD NASAL Y ACTÚAN COMO CÁMARA DE RESONANCIA PARA LA PRODUCCIÓN DEL SONIDO.

LOS SENOS MAXILARES SON LOS MÁS GRANDES DE LOS PARANASALES. DENTRO DE LAS FUNCIONES DEL SENSO MAXILAR SE ENCUENTRAN EN PRIMER LUGAR LA DE DAR RESONANCIA A LA VOZ, TAMBIÉN ACTÚAN COMO CÁMARA DE RESERVA CALENTANDO EL AIRE DURANTE LA INSPIRACIÓN. OTRAS DE LAS FUNCIONES ES LA VENTILACIÓN Y EL DRENAJE DE MOCO A TRAVÉS DEL OSTIUM Y FINALMENTE AL IGUAL -- QUE LOS SENOS FRONTALES, ETMOIDALES Y ESFENOIDALES, CONTRIBUYEN A DISMINUIR EL PESO DEL CRÁNEO POR TRATARSE DE CAVIDADES NEUMÁTICAS.

LOS SENOS ANTERIORES QUE COMPRENDE EL ETIMOIDES, SON CÉLULAS AÉREAS CON ESPACIOS DE FORMA IRREGULAR, MUY NUMEROSOS-- QUE SE ABREN EN LOS MEATOS MEDIO Y SUPERIOR. LOS SENOS FRONTALES ESTÁN LOCALIZADOS EN EL HUESO FRONTAL, POR ENCIMA Y POR DENTRO DE LAS ÓRBITAS, Y DISEMBOCAN EN EL MEATO MEDIO.

EL SENO ESFENOIDAL ESTÁ EN EL HUESO ESFENOIDES, Y LOCALIZADO DETRÁS DEL OJO Y DE LA PORCIÓN SUPERIOR DE LA CAVIDAD NASAL. ESTE SENO DRENA EN EL MEATO SUPERIOR. LOS SENOS MAXILARES SE ABREN EN EL MEATO MEDIO.

ETIOLOGÍA.

EL SENO MAXILAR PUEDE ENCONTRARSE AFECTADO POR DIVERSOS ESTADOS PATOLÓGICOS COMO INFECCIOSOS, TRAUMÁTICOS Y QUIRÚRGICOS.

FACTOR INFECCIOSO.

SE ESTIMA EN GENERAL QUE ENTRE EL 10 y 15% TIENEN ORIGEN DENTARIO, POR LO QUE SON DE SUMA IMPORTANCIA LOS ESTUDIOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS COMENZANDO POR LOS ÓRGANOS DENTARIOS Y PARODONTO ADYACENTES, SOBRE TODO EN PROCESOS CARIOSOS AVANZADOS QUE PUEDAN INVADIR LA MUCOSA DEL SENO MAXILAR AL ESTABLEVERSE QUISTES Y GRANULOMAS O ABSCESOS PERIAPICALES, YA QUE ÉSTOS PROCESOS INFECCIOSOS SON LA PRINCIPAL CAUSA DE SINUSITIS-MAXILAR DE ORIGEN DENTARIO.

EN PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES DE LARGA EVOLUCIÓN-
O EN TRATAMIENTOS DEFICIENTES PUEDE PRESENTARSE VARIAS COMPLI-
CACIONES COMO PANSINUSITIS Y CELULITIS ORBITAL.

FACTOR TRAUMÁTICO.

ENTRE LOS FACTORES TRAUMÁTICOS QUE NOS PUEDEN OCASIONAR-
ALTERACIÓN SINUSAL SE ENCUENTRA LA UTILIZACIÓN DE APARATOS --
PROTÉTICOS COMO CÁMARA DE SUCCIÓN DE GOMA QUE OCASIONA UN ---
GRAN TRAUMATISMO A LA MUCOSA, AUNQUE CON MENOS FRECUENCIA, --
PROYECTILES DE ARMA DE FUEGO Y OBJETOS PUNZOCORTANTES QUE PUE-
DEN ESTABLECER COMUNICACIONES BUCONASALES, PROVOCAN ALTERACIO-
NES LO MISMO QUE LAS FRACTURAS ALVEOLARES EN EL CURSO DE LA -
EXODONCIA QUE GENERALMENTE NO TIENEN IMPORTANCIA, PERO QUE EN
OCASIONES INTERESAN DIRECTAMENTE AL SEÑO MAXILAR POR ESTABLE-
CER INFECCIONES SINUSALES O BIEN COMBINACIONES ANTROBUCALES.

FACTORES QUIRÚRGICOS.

DENTRO DE LAS ALTERACIONES QUIRÚRGICAS ENCONTRAMOS LA --
INADECUADA UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO POR LA PÉR-
DIDA DE CONTROL DEL MISMO O POR NO SABER MANIPULARLO, LA PRE-
SENCIA DE RESTOS RADICULARES DE PREMOLARES O MOLARES QUE SON-
INCLUIDOS MECANICAMENTE DENTRO DEL SEÑO MAXILAR Y POR ÚLTIMO-
EL NO REALIZAR TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CONVENIENTES PARA EXTRAER
QUISTES, TUMORES O DIENTES RETENIDOS.

CAPÍTULO IV

SINUSITIS MAXILAR AGUDA

PATOLOGÍA.

SUELE PRESENTARSE COMO UNA COMPLICACIÓN DE UNA RINITIS VÍRICA, SI BIEN ES POSIBLE QUE LA ENFERMEDAD COMIENCE EN FORMA DE SINUSITIS VÍRICA LA INFECCIÓN SIEMPRE ES DE TIPO BACTERIANO, LOS MICROORGANISMOS QUE SE OBSERVAN CON MÁS FRECUENCIA SON LOS HEMOFILIOS INFLUENZAE; LOS MUCOSOS, ESTAFILOCOCOS Y ESTREPTOCOCOS. TAMBIÉN PUEDE PRESENTARSE UNA SINUSITIS BACTERIANA AGUDA DEBIDO A UNA ATOPIA, UNA SINUSITIS DE ORIGEN DENTAL PUEDE SER CAUSADA POR LA PROPAGACIÓN DE UNA INFLAMACIÓN PERIAPICAL O UN ASCESO, COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN SE PRODUCE UNA INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA DEL SENOS, PUDIENDO ELLO DAR LUGAR AL CIERRE DEL OSTIUM. LAS SECRECIONES NO PUEDEN DRENARSE DANDO LUGAR A LA IMPLANTACIÓN DE UN CÍRCULO VICIOSO.

ASPECTOS CLÍNICOS.

LOS SÍNTOMAS OBSERVADOS EN UNA SINUSITIS MAXILAR AGUDA PUEDEN VARIAR EN GRAN MANERA, POR LO GENERAL SE PRESENTA UN

DOLOR INTENSO DE TIPO PULSÁTIL EN LA MITAD AFECTADA DE LA CARA, ESPECIALMENTE EN EL ÁREA DE DISTRIBUCIÓN DEL NERVIO INFRAORBITARIO, EL DOLOR PUEDE SENTIRSE EN LOS DIENTES EN ESPECIAL DURANTE LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS, SU EXPLORACIÓN SUELE PONER EN EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE UNA SENSIBILIDAD ANORMAL AL TACTO O A LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE EL SENO AFECTADO. LA RINOSCOPIA ANTERIOR MUESTRA LA EXISTENCIA DE UNA MUCOSA NASAL INFLAMADA CON PUS EN EL MEATO NASAL MEDIO. EL PACIENTE SUELE QUEJARSE DE MALESTAR GENERAL NO EXISTIENDO CASI NUNCA TEMPERATURA ELEVADA. EL SENO AFECTADO PUEDE DEJAR PASAR LA LUZ MENOS QUE EL LADO OPUESTO. LA RADIOGRAFÍA PONE DE MANIFIESTO LA EXISTENCIA DE UNA COMPLETA OPACIDAD O UN NIVEL DE LÍQUIDO EN EL ANTRO MAXILAR, SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO MEDIANTE ANTROSCOCPIA Y LAVAJE ANTAL.

TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS AGUDA CONSISTE EN LOS CASOS MENOS GRAVES, EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS DE ESPECTRO AMPLIO, A SER POSIBLE DE ACUERDO CON LAS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD Y EN LA APLICACIÓN DE GOTAS NASALES PARA ASEGURAR UN BUEN DRENAJE. EN AQUELLOS PACIENTES EN QUE EXISTE UN DOLOR INTENSO Y SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN, ESTÁ INDICADO EL LAVAJE DEL ANTRO, YA QUE DE OTRA FORMA EXISTIRÍA UN GRAN RIESGO DE QUE SE COMPLICARA. DICHO LAVAJE PUEDE PRACTICARSE A TRA-

VÉS DEL OSTIUM NATURAL O POR VÍA DEL MEATO INFERIOR. AQUE--
LLOS PACIENTES QUE PRESENTAN SINUSITIS MAXILAR RECURREN CON -
MUCHA FRECUENCIA, PUEDEN REPRESENTAR UN PROBLEMA DE DIFÍCIL -
SOLUCIÓN. EN DICHS CASOS PODRÍA SER CONVENIENTE LA PRÁCTI-
CA DE UNA ANTOSTOMÍA INTRANASAL; SI BIEN SE PRESENTAN NUEVAS
RECURRENCIAS DE LA SINUSITIS, EN DICHO CASO EXISTE UN BUEN --
DRENAJE DE LAS SECRECIONES Y ES POSIBLE LLEVAR A CABO IRRIGA-
CIONES SIN OCASIONAR NINGUN DOLOR AL PACIENTE. SI EXISTE AL
GÚN TIPO DE ALERGIA SUBYACENTE, ÉSTA DEBE SER TRATADA DE INME-
DIATO.

SINUSITIS AGUDA INFANTIL.

EL DESARROLLO DE LOS SENOS OCURRE DE UNA FORMA ESCALONA-
DA EN EL TRANCURSO DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO, PUESTO QUE EN -
EL LACTANTE EL SENO MAXILAR ESTÁ POCO DESARROLLADO, LA REGIÓN
MAXILAR ESTÁ OCUPADA POR UN TEJIDO ÓSEO FIBROSO MUY SENSIBLE-
A LA INFECCIÓN. ESTUDIAREMOS COMO FORMA DE SINUSITIS EN EL-
LACTANTE LA PSEUDOSINUSITIS MAXILAR AGUDA, QUE ES MÁS BIEN --
UNA OSTRMIELITIS Y LA ETHOIDITIS AGUDA.

OSTROMIELITIS MAXILAR AGUDA.

SE CARACTERIZA POR OBSTRUCCIÓN NASAL SEGUIDA DE SUPURA--
CIÓN PURULENTE, TUMEFACCIÓN DE TIPO INFLAMATORIO LOCALIZADO -
EN EL MAXILAR SUPERIOR Y SIGNOS INFECCIOSOS GENERALES.

LOS FENÓMENOS TÓXICOS, LA NECROSIS Y LA DEGLUCIÓN DE SECRECIONES PUEDEN DAR LUGAR A LA MUERTE DEL NIÑO EN LA SEMANA QUE SIGUE A LA APARICIÓN DE LA INFECCIÓN. EL TRATAMIENTO DEBE DE SER CON ANTIBIÓTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS, SI EXISTE COLECCIÓN PURULENTE SE DEBE INTERVENIR PRACTICANDO INCISIÓN Y DRENAJE.

ETMOIDITIS AGUDA INFANTIL.

ES NECROSANTE MUY PRECOZMENTE Y SE MANIFIESTA POR LA APARICIÓN DE EMPIEMA. APARECEN SIGNOS ORBITARIOS PRECOCES, ADemás DE TUMORACIÓN DE LA RAZ DE LA PIRÁMIDE NASAL. EN LAS FOSAS NASALES EXISTE SUPURACIÓN. EN EL LACTANTE SE TRATA DE UNA SINUSITIS COMPLICADA CON UNA ETMOIDITIS; EN EL NIÑO LA ETMOIDITIS ES MUCHAS VECES UNA PRONTOETMOIDITIS Y EN EL NIÑO MAYOR A ÉSTOS CUADROS SE SOBREPONE LA LESIÓN AL SENO MAXILAR A MEDIDA QUE SE VA DESARROLLANDO CON LOS TRATAMIENTOS ACTUALES, SOBRE TODO ANTIBIÓTICO, SON RARAS LAS COMPLICACIONES GRAVES.

SINUSITIS CRÓNICA INFANTIL.

EN EL NIÑO LA SINUSITIS CRÓNICA MUCHO TIEMPO SE HA CONFUNDIDO CON LA RINOFARINGITIS, SE RELACIONA CON LA ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD ESPECÍFICA O INESPECÍFICA DE TODO EL ÁRBOL RESPIRATORIO.

LA SINUSITIS MAXILAR EN EL NIÑO HA SIDO VALORADA DURANTE MUCHO TIEMPO, DE ORIGEN RINÓGENO Y ES MUY IMPORTANTE EL FACTOR INTERNO. NO EXISTE DOLOR Y SE MANIFIESTA COMO UNA RINITIS CRÓNICA CON PERÍODO DE RECRUDECIMIENTO INVERNAL: EXISTE SUPURACIÓN MUCOPURULENTE Y OBSTRUCCIÓN NASAL, A VECES SE PRESENTA UNA TOS NOCTURNA O PROCESO DE LARINGOTRAQUEITIS JUNTO CON FEBRÍCULAS RESIDUALES DESPUÉS DE LOS PERÍODOS AGUDOS. EN EL EXAMEN SE APRECIA UNA INFLAMACIÓN DEL MEATO MEDIO Y ADENOIDES MÁS O MENOS INFECTADOS.

LA DIAFENOSCOPIA ES NEGATIVA, PERO LA RADIOGRAFÍA Y LA PUNCIÓN PRACTICADA ÉSTA BAJO ANESTESIA GENERAL, SON POSITIVAS. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN PUNCIÓNES DEL SENOS CON LAVADOS E IRRIGACIONES ANTISÉPTICAS Y ANTIBIÓTICOS.

SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA.

ASPECTO CLÍNICO.

EL PACIENTE SE QUEJA DE SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN O DE DOLOR Y EN ALGUNOS CASOS DE NEURALGIA EN EL ÁREA DE DISTRIBUCIÓN DEL NERVIOS INFRAORBITARIO. POR LO GENERAL EXISTE OBSTRUCCIÓN NASAL Y DESCARGAS PURULENTAS. LA CONTINUA IRRITACIÓN OCASIONADA POR LA SECRECIÓN PUEDE DAR LUGAR A UNA LARINGITIS CRÓNICA Y EN ALGUNOS CASOS A LA APARICIÓN DE UNA TOS DE TIPO IRRITATIVO. LA SINUSITIS PUEDE IR ACOMPAÑADA POR BRON-

QUITIS. EL ÚNICO SÍNTOMA DE SINUSITIS MAXILAR QUE SE OBSERVA EN LOS NIÑOS PUEDE SER EL TAMBIÉN LLAMADO SÍNDROME DE PSEUDOAPENDICITIS.

EL DIAGNÓSTICO DE SINUSITIS SE LLEVA A CABO BASICAMENTE POR LAS OBSERVACIONES RADIOGRÁFICAS, APOYADAS SI ES POSIBLE POR LA ANTROSCOPIA. EN ALGUNOS CASOS EXTREMOS LA SINUSITIS PUEDE DAR LUGAR A LA FORMACIÓN DE PÓLIPOS QUE PUEDEN DESARROLLARSE DENTRO DE LA CAVIDAD NASAL, TODAVÍA NO SE HA ACLARADO EL PORQUÉ EN ALGUNOS CASOS LOS PÓLIPOS PRESENTAN UNA FORMACIÓN MUY RÁPIDA Y EN OTROS CASOS NO LLEGAN A PRODUCIRSE AÚN DESPUÉS DE UN PROCESO INFECCIOSO PURULENTO CON VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN.

TRATAMIENTO.

DEBE INTENTARSE LA SOLUCIÓN DE LA SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA POR MEDIO DE LAVADOS REPETIDOS COMPLEMENTADOS CON ANTI-BIÓTICOS. EN EL CASO DE QUE EXISTA YA LA CAUSA DENTAL, ÉSTA DEBERÁ TRATARSE; SIN EMBARGO, LA MUCOSA DEL ANTRO ESTÁ LESIONADA DE UN MODO IRREVERSIBLE Y POR LO TANTO NO DEBE ESPERARSE SU RECUPERACION SI NO ES POR MEDIOS QUIRÚRGICOS. EN EL CASO DE QUE EXISTA UNA INFLAMACIÓN PURULENTO CRÓNICA SIMPLE PUEDE BASTAR COMO TRATAMIENTO UNA ANTROSTOMÍA INTRANASAL; REQUIRIÉNDOSE SIN EMBARGO LA INTERVENCIÓN MÁS RADICAL EN ESPECIAL EN AQUELLOS CASOS EN QUE EXISTA UNA INFLANCIÓN PURULENTO POLI--

POIDAL. LOS PROPÓSITOS QUE QUIEREN ALCANZARSE CON DICHA OPERACIÓN SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- LA CREACIÓN DE UNA APERTURA PARA EL DRENAJE EN EL MEATO INFERIOR.
- 2.- LA EXTIRPACIÓN DE LA MUCOSA IRREVERSIBLEMENTE LESIONADA DE LA CAVIDAD.
- 3.- EL PERMITIR LA FORMACIÓN DE UNA MUCOSA SANA DENTRO DEL SENOS.

LA OPERACIÓN DE CALDWELL-LUCK ES EL TIPO DE INTERVENCIÓN RADICAL DEL ANTRO USADA CON MAS FRECUENCIA. POR LO GENERAL DEBE EVITARSE EL PRACTICAR LA INTERVENCIÓN DE CALDWELL-LUCK EN LOS NIÑOS, YA QUE ES POSIBLE QUE SE ORIGINEN LESIONES EN LAS RAÍCES DE LA DENTICIÓN PERMANENTE. LAS COMPLICACIONES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDE OCASIONAR DICHA OPERACIÓN SON: LA LESIÓN DURANTE LA CREACIÓN DE UNA VENTANA EN EL MEATO INFERIOR DEL CONDUCTO NASOLACRIMAL, QUE PUEDE DAR LUGAR A LA PRESENTACIÓN DE UN EPÍFORA Y LA NEURALGIA DEL NERVIU INFRAOBITARIO, ORIGINADA NORMALMENTE POR SU LESIÓN POR UNA EXCESIVA EXTIRPACIÓN DE LA PARED ANTERIOR DEL SENOS MAXILAR O DE LOS RETRACTORES DURANTE EL ACTO OPERATORIO.

LA FRACTURA DE LA PARED POSTERIOR DEL SENOS MAXILAR QUE ES EXTREMADAMENTE DELGADA PUEDE ORIGINAR LA LESIÓN DEL NERVIU

MAXILAR EN LA FOSA PTERIOGOPALATINA. EN ALGUNOS CASOS, POSTERIORMENTE SE DEBE PRACTICAR AVULSIÓN DEL NERVIJO DEBIDO A LA PRESENCIA DE DICHA NEURALGIA. TAMBIÉN PUEDE GENERARSE UNA FÍSTULA OROANTRAL EN EL SURCO GINGIVOLABIAL EN EL LADO DONDE SE HA PRACTICADO LA INCISIÓN Y TAMBIÉN EN EL ALVÉOLO--DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA DENTARIA CARIADA.

TRATAMIENTO DE SINUSITIS MAXILAR AGUDA EN NIÑOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE AMOXACILINA Y CEFAMOX.

NOSOTROS HEMOS RECIENTEMENTE DESCRITO A LA BACTERIOLOGÍA DE SINUSITIS MAXILAR EN NIÑOS. ÉSTOS CON INFECCIÓN AGUDA DE LOS SENOS PARANASALES PUEDEN OCASIONALMENTE TENER SÍNTOMAS OBVIOS DE INFECCIÓN AGUDA, INCLUYENDO DOLOR DE CABEZA SEVERO, FIEBRE, DOLOR FACIAL, DOLOR PERIORBITAL, JUNTO CON SÍNTOMAS DEL TRACTO RESPIRATORIO. DOS ESTUDIOS CLÍNICOS ANALIZARON UN GRUPO CON SEVEROS SÍNTOMAS (FIEBRE IMPORTANTE, FLUJO NASAL PURULENTO, DOLOR PERIORBITAL) Y OTRO GRUPO CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DE DIEZ A TREINTA DÍAS--(FLUJO NASAL PURULENTO, TOS DE PREDOMINIO NOCTURNO), LA BACTERIOLOGÍA EN ÉSTOS CASOS DE SINUSITIS AGUDA ES SIMILAR A LA QUE SE PRESENTÓ EN OTITIS MEDIA AGUA, INCLUYENDO ESTREPTOCOCCO PNEUMONAE, HEMOFILO INFLUENZAE, NEISERIA CATARRALIS, ETC. SOLAMENTE UNA ESPECIE DE ANAEROBIOS FUE AISLADA DE UN PACIENTE CON SINUSITIS AGUDA DURANTE NUESTRA INVESTIGACIÓN.

EN LOS PASADOS SEIS MESES DE LA INVESTIGACIÓN SE AISLARON CUATRO NEISERIAS CATARRALIS, BETA LACTAMOSA POSITIVA ENTRES PACIENTES. TODOS ESTOS CASOS FUERON RESISTENTES A LA-AMPICILINA. LOS HALLAZGOS MÁS COMUNES RADIOGRÁFICOS EN EL GRUPO DE NIÑOS CON SMA FUE UNA PARCIAL O COMPLETA OPACACIÓN-DE LA MUCOSA. ESTOS HALLAZGOS PERSISTEN POR MUCHO TIEMPO A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN EL ADULTO QUE DURA DE DIEZ A-CATORCE DÍAS. LA ASPITACIÓN DEL SEÑO MAXILAR FUE DESIGNADA PRIMERAMENTE COMO UNA TÉCNICA DIAGNÓSTICA; SE DRENÓ LA MAYOR CANTIDAD POSIBLE Y POSTERIORMENTE SE HIZO UNA IRRIGACIÓN CON SOLUCIÓN SALINA Y AL OBTENER ESTE MATERIAL, ASÍ COMO LA SE--CRECIÓN PURULENTO SE SEMBRARON PARA CULTIVO. TODOS LOS PA-CIENTES REACCIONARON CON DESCONGESTIONANTES TÓPICOS Y UNA --COMBINACIÓN CON ANTIHISTAMÍNICOS.

CAPÍTULO V

AFECCIONES QUE DESENCADENAN UNA SINUSITIS

SINUSITIS MAXILAR POR INTUBACIÓN NASOTRAQUEAL.

VARIOS REPORTES DE SINUSITIS CAUSADA POR ENTUBACIÓN NASOTRAQUEAL HAN APARECIDO; EN GENERAL, ÉSTOS PACIENTES HAN LLEGADO A TENER FLUJO NASAL PURULENTO ACOMPAÑADO POR UNA FIEBRE -- PERSISTENTE, HIPERVENTILACIÓN. AUMENTO ACOMPAÑADO DE PACIENTES COMATOSOS SIN MECANISMOS ADECUADOS, HACEN QUE LOS PACIENTES REQUIERAN PROLONGADO MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS POR MEDIO DEL SOPORTE VENTILATORIO. LA TRAQUEOTOMÍA TEMPRANA NO SE HA VISTO QUE FAVOREZCA EL MANEJO DE ÉSTOS PACIENTES. DESDE LA CREACIÓN DE LOS TUBOS HECHOS DE POLIVINIL HA SIDO DEMOSTRADO QUE LA ENTUBACIÓN POR TIEMPO PROLONGADO HA DISMINUIDO DE ALGUNA MANERA LA CONSECUENCIA DE LOS TUBOS.

SE HA REPORTADO COMPLICACIONES POR LA ENTUBACIÓN NASOTRAQUEAL INCLUYENDO OTITIS MEDIA, ABSCESOS, CELULITIS, IRRITACIONES Y NECROSIS DE LA MUCOSA, DE LAS NARINAS, ASÍ COMO BACTEREMIA Y OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS, ASÍ COMO EL SINUSITIS.

LA SINUSITIS ES UNA COMPLICACIÓN INFECCIOSA DE PARTICULAR IMPORTANCIA EN PACIENTES CRÍTICOS EN DONDE LA PRESENCIA DE FIEBRE Y LEUCOCITOS ES COMÚN Y NO ESPECÍFICA. EL DIAGNÓSTICO SE SOSPECHA POR LA PRESENCIA DE FLUJO MUCOPURULENTO, ASÍ COMO OBSTRUCCIÓN NASAL. EN ALGUNOS CASOS ESTO SE COMPLICA CON INFECCIÓN INTRACRANEAL INCLUYENDO ABSCESOS, EMPIEMA SUBDURAL Y MENINGITIS.

SINUSITIS ALÉRGICA POR ASPERGILLUS.

PODRÍA SER ENFATIZADO QUE EN MÁS DE LOS CASOS REPORTADOS LA INFECCIÓN POR ASPERGILLUS FUÉ NOTADA PRIMERO AL TIEMPO DE LA CIRUGÍA. EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE INFECCIÓN POR ASPERGILLUS PUEDE SER MUY IMPORTANTE EN REDUCCIÓN A LA MORBILIDAD POR LAS SIGUIENTES RAZONES: HAY UNA POSIBILIDAD REAL QUE EL PROCESO INFLAMATORIO PUEDA EXTENDERSE FUERA DE LAS CAVIDADES SINUSALES. EL TRATAMIENTO TEMPRANO CON MEDICACIÓN APROPIADA PUEDE OBIAR LA NECESIDAD DE CIRUGÍAS CONTINUAS Y CUANDO ESTA SEA REPETITIVA, EL TRATAMIENTO APROPIADO EN EL PERÍODO PREOPERATORIO PUEDE MARCAR UN MANEJO MÁS EFECTIVO.

LA INFECCIÓN DE LOS SENOS POR ASPERGILLUS PODRÍA SER SOSPECHADA EN PACIENTES CON PERSISTENTE CONGESTIÓN NASAL, FLUJO PURULENTO, PROMINENTE DOLOR EN LOS SENOS Y PARTICULARMENTE EVIDENCIA DE INVASIÓN A ESTRUCTURAS ADYACENTES. EN

OCASIONES NO SE HACE EL DIAGNÓSTICO PERIOPERATORIO EN LOS CA
SOS DE SINUSITIS POR ASPERGILLUS, PORQUE EL ASPERGILLUS SE -
ENCUENTRA EN EL MEDIO AMBIENTE POR LO QUE MUCHOS LABORATO---
RIOS CLÍNICOS LO PUEDEN CONSIDERAR UN CONTAMINANTE CUANDO ES
ENCONTRADO EN CULTIVOS DE SECRECIÓN NASAL.

LOS LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA PUEDEN SER ALERTADOS_
DE LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN POR ASPERGILLUS CUANDO NO SE-
HA DETECTADO OTRO MICROORGANISMO. EL ASPERGILLUS SE CULTI-
VA EN AGAR SABOURAUD Y OTROS MEDIOS MUY SELECTIVOS Y NO EN--
TODOS LOS LABORATORIOS ESTÁ ESTE MEDIO.

CUANDO NO SE HA PODIDO CULTIVAR O LOS CULTIVOS SALEN NE
GATIVOS, EL DIAGNÓSTICO SE DEBE HACER POR ESTUDIOS HISTOLÓGI
COS DE MATERIA OBTENIDA DE LOS SENOS.

LOS FACTORES QUE PREDISPONEN A UNA INFECCIÓN EN LOS SE-
NOS POR ASPERGILLUS SON: LA ESPECIE ASPERGILLUS ES COMÚN EN-
LAS VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS; LA ENFERMEDAD POR ASPERGILLUS-
PUEDEN TONAR LA FORMA DE UNO DE LOS CUATRO DISTINTOS CUADROS-
CLÍNICOS:

- a) ASPERGILLUS INDOLENTE.
- b) ASPERGILOSIS INVASIVA O FULMINANTE.
- c) ASPERGILOMA O MICETOMA.
- d) SINUSITIS ALÉRGICA POR ASPERGILLUS.

ASPERGILLUS INDOLENTE.

OCURRE PRIMARIAMENTE EN INDIVIDUOS SANOS SIN MANIFESTACIÓN PULMONAR ASOCIADA. LA PRESENTACIÓN CLÍNICA ES A MENU-DO DE UNA SINUSITIS MAXILAR UNILATERAL QUE ES RESISTENTE A - ANTIBIÓTICOS Y TERAPIAS DESCONGESTIONANTES. LOS PACIENTES - PUEDEN TENER OBSTRUCCION NASAL Y UN DOLOR NASAL O FACIAL. LOS CAMBIOS RADIOGRÁFICOS SON SIMILAR A LOS CAMBIOS EN SINU-SITIS BACTERIANA, ES DECIR, SE OACIFICAN LOS SENOS, LAS ERO-SIONES DE LOS HUESOS SON POCO FRECUENTES, LAS IRRIGACIONES - DE LOS SENOS MAXILARES PUEDEN PRODUCIR UN MATERIAL GELATINO-SO FIRME DE COLOR VERDE. LA HISTOPATOLOGÍA ES USUALMENTE - DE UNA FIBROSIS CRÓNICA GRANULOMATOSA CON CÉLULAS GIGANTES-- MULTINUCLEADAS. LAS ÁREAS DE INFECCIÓN CONTIENEN ORGANIS-- MOS MICELIALES QUE SE PUEDEN OBSERVAR CON UNA INCIÓN ESPE--- CIAL PARA HONGOS. LA TERAPIA MÉDICA CON ANFOTERICINA B O - NISTATINA HA SIDO ESTUDIADA CON RESULTADOS BUENOS. HAY QUE RECORDAR QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ES DE ELECCIÓN.

ASPERGILOSIS INVASIVA.

ES UNA ENFERMEDAD AGRESIVA QUE USUALMENTE INICIA COMO - UNA DESVIACIÓN DEL SEPTUS NASAL; CAUSANDO OBSTRUCCIÓN NASAL- O REINORREA, CON EL PASO DE LOS DÍAS ESTO PROGRESA E INVOLU-CRA LA PARED NASAL Y SE EXTIENDE A LOS SENOS PARANASALES Y - ÓRBITAS, ASÍ COMO TAMBIÉN A LAS FOSAS CRANEALES ANTERIORES.

LA RADIOGRAFÍA DE LOS SENOS Y LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DEMUESTRAN DESTRUCCIÓN ÓSEA ASÍ COMO ENFERMEDAD DE LOS SENOS PARANASALES. HISTOLOGICAMENTE HAY UNA MUCOSA NECRÓTICA CON PROLIFERACIÓN DE YFAS, ASÍ COMO TROMBOSIS ARTERIAL, NO HAY REACCIÓN GRANULOMATOSA EN ESTUDIO HISTOLÓGICO. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN UNA COMBINACIÓN DE CIRUGÍA AGRESIVA Y TERAPIA -- CONTRA HONGOS CON ANTOTERICINA B, EL PRONÓSTICO DE ESTE PROCESO ES POBRE.

ASPERGILOMA.

APARECE COMO UNA MASA LOCALIZADA EN LOS SENOS PARANASALES O EN LA CAVIDAD NASAL. EN ÉSTOS DOS CASOS SE HAN HECHO ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS Y EN AMBOS SE HA HECHO UNA REACCIÓN--AMPLIA. EL ESTUDIO HISTOLÓGICO DEL ASPERGILOMA REVELÓ ABUNDANTES ASPERGILLUS CON POCA REACCIÓN INFLAMATORIA.

SINUSITIS ALÉRTIGA POR ASPERGILLUS.

HISTOLÓGICAMENTE SE DETECTA UN MATERIAL MUCOSOSO RICO -- EN EOSINOFILIS, ASÍ COMO YFAS, LA MAYORÍA FUERON PACIENTES -- JÓVERES CON ASMA, TODOS TUVIERON PÓLIPOS NASALES, LA RADIO--GRAFÍA DE TÓRAX FUERON NORMALES. EL TRATAMIENTO FUE QUIRÚRGICO Y CON ANTIHISTAMÍNICOS.

APERTURAS ACCIDENTALES

SI SE OBTIENE INFORMACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS PREOPERATORIAS DE QUE LOS EXTREMOS RADICULARES DE LOS DIENTES A EXTRAER PENETRAN EN EL PISO DEL SENO Y SE SOSPECHA DE ESTO UNA VEZ TERMINADA LA EXODONCIA, SE DA INSTRUCCIONES AL PACIENTE PARA QUE CIERRE LAS NARICES CON LOS DEDOS Y SOPLE SUAVEMENTE POR LA NARIZ. SI SE HA PRODUCIDO UNA APERTURA A TRAVÉS DE LA CUEIERTA MEMBRANOSA DEL SENO, LA SANGRE PRESENTE EN EL ALVÉOLO VA A BURBUJEAR.

SI ÉSTA APERTURA ES PEQUEÑA Y SE TIENE MUCHO CUIDADO,-- TAL COMO EVITAR EL USO DE IRRIGACIONES ENJUAGATORIAS BUCALES VIGOROSAS Y SONARSE FRECUENTEMENTE E INTENSAMENTE LA NARIZ,-- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE VA A FORMAR UN BUEN COÁGULO -- QUE SE ORGANIZA Y PRODUCE UNA CICATRIZACIÓN NORMAL. EN NINGÚN MOMENTO DEBE EMPAQUETARSE EN ÉSTOS ALVÉOLOS, ALGODÓN Y-- OTROS MATERIALES, DEBIDO A QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS,-- ESTOS PROCEDIMIENTOS VAN A PERPETUAR LA APERTURA EN LUGAR DE SERVIR COMO MEDIO PARA PROVOCAR SU CIERRE.

DEBE EVITARSE, EN MEDIDA DE LO POSIBLE, SONDAR EL ALVÉOLO CON INSTRUMENTOS, DE MANERA QUE NO SE INTRODUZCA LA INFECCIÓN EN LAS ZONAS CONTAMINADAS. SI EL PISO DEL ANTRO ESTÁ-- COMPLETAMENTE INTERRUPTIDO Y QUEDAN TROZOS DE HUESO SOBRE---

LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN Y LA INSPECCIÓN REVELA UNA APERTURA GRANDE Y PERMEABLE, DEBE HACERSE SU INMEDIATO CIERRE. EL CIERRE PRIMARIO REDUCE LA POSIBILIDAD DE CONTAMINACIÓN DEL SENOS POR INFECCIÓN Y ENFERMEDAD DUCAL. TAL CIERRE INMEDIATO EVITA LOS CAMBIOS PATOLÓGICOS -- DEL SENOS, QUE PODRÍAN PERSISTIR DURANTE CIERTO TIEMPO Y REQUERIR UN ESFUERZO MUCHO MAYOR PARA MANEJAR Y CURAR. A MENUDO ESTO IMPIDE LA FORMACIÓN DE UNA FÍSTULA OROANTRAL, QUE REQUERIRÍA UNA ULTERIOR CIRUGÍA DE UN TIPO MÁS EXTENSO Y DIFÍCIL.

UN PROCEDIMIENTO SIMPLE QUE PRODUZCA BUENOS RESULTADOS PARA EL CIERRE DE UNA APERTURA GRANDE Y ACCIDENTAL DEL SENOS SE DESCRIBE DE LA MANERA SIGUIENTE: SE LEVANTA EL MUCOPERIOSTIO TANTO POR VESTIBULAR COMO POR LINGUAL Y SE REDUCE SUSTANCIALMENTE LA ALTURA DEL REBORDE ALVEOLAR EN EL SITIO DE LA APERTURA. LOS BORDES DE LOS TEJIDOS BLANDOS QUE SE VAN A APROXIMAR SE AVIVAN DE MANERA QUE LAS SUPERFICIES CRUENTAS ESTÁN EN CONTACTO ENTRE SÍ. SE HACEN INCISIONES RELAJANTES Y SE PROCEDE ENTONCES A EFECTUAR SUTURAS SIN TENSION. LOS BORDES SE ACERCAN ENTRE SÍ CON SUTURAS DE COLCHONERO REFORZADAS CON SUTURAS MULTIPLES INTERRUPTIDAS CON SEDA NEGRA #3. ESTE TIPO DE MATERIAL SE PREFIERE AL REABSORBIBLE (POR EJEMPLO CATGUT) DEBIDO A QUE EVITA LA POSIBILIDAD DE QUE LAS SU-

TURAS SE SALGAN DEMASIADO PRONTO, LO QUE PODRÍA TAL VEZ LIMITAR EL CIERRE EXITOSO. LAS SUTURAS SE DEJAN EN SU SITIO 5- o 7 DÍAS. SE PRESCRIBEN GOTAS NASALES PARA CONTRAER LA MUCOSA DE LA NARIZ Y PROMOVER EL DRENAJE. LA PROXIMIDAD ANATÓMICA DE LAS RAÍCES DE LOS MOLARES Y PREMOLARES CON EL PISO DEL SENO LLEVA LA POTENCIAL INFECCIÓN DEL ANTRO, SEA POR EXTENSIÓN DIRECTA DE UN ABSCESO APICAL O A TRAVÉS DE LA PERFORACIÓN ACCIDENTAL DEL PISO DEL SENO POR UNA LÁMINA DE HUESO PAPIRÁCEA PUEDE SER FÁCILMENTE EMPUJADO AL INTERIOR DEL ANTRO O INOCULARLO CON BACTERIAS VIRULENTAS. SI UN BREVE ESFUERZO PRIMARIO POR RETIRAR EL ÁPICE RADICULAR NO TIENE ÉXITO, DEBE ABANDONARSELO Y DEJAR CICATRIZAR LA HERIDA. SI ESTA ES GRANDE, DEBE DE APROXIMARSE EL MUCOPERIOSTIO VESTIBULAR Y EL PALATINO.

DEBE INFORMARSE AL PACIENTE DE LA EXISTENCIA DEL FRAGMENTO RADICULAR DESPLAZADO. EL ABORDAJE QUIRÚRGICO PARA LA REMOCIÓN DE UNA RAÍZ EN EL SENO MAXILAR NO DEBE HACERSE A TRAVÉS DEL ALVÉOLO. UNA VEZ HECHO EL INTENTO PRIMARIO DE RECUPERAR LA RAÍZ; SE LE DEBE REALIZAR A TRAVÉS DE UNA INCISIÓN DE CALDWELL-LUCK, QUE PERMITE LA VISUALIZACIÓN ADECUADA DE TODO EL SENO. OCASIONALMENTE, DURANTE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ÉSTE DESAPARECERÁ REPENTINAMENTE. EL DIENTE PUDO HABER ESTADO RESIDIENDO EN EL PISO DEL SENO O EN LA PORCIÓN DISTAL DEL --

MISMO, O PUEDE HABER SIDO DESPLAZADO DE SU CRIPTA EN EL HUESO MAXILAR Y HABERSE DESLIZADO HACIA LA FOSA INFRATEMPORAL.

NO DEBEN HACERSE ESFUERZOS POR RECUPERARLOS A MENOS QUE SE DETERMINE LA UBICACIÓN EXACTA DEL DIENTE CON UN CUIDADOSO EXAMEN CLÍNICO Y RADIOLÓGICO. ES TRAUMÁTICO PARA EL PACIENTE, SI ESTÁ BAJO ANESTESIA LOCAL, Y PARA EL PROFESIONAL, HALLAR DE PRONTO QUE ESTÁ TRABAJANDO EN ÁREA EQUIVOCADA. EL EMPLEO DE RADIOGRAFÍAS ESTEROSCÓPICAS Y PANORÁMICAS, DEFINITIVAMENTE AYUDARÁ A LA UBICACIÓN DEL DIENTE ABERRANTE. SI AL SONDAR EL ÁREA DONDE EL DIENTE RESIDIÓ PREVIAMENTE, EL INSTRUMENTO SE VA DIRECTAMENTE DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DEL DIENTE (PRODUCIDA POR LA SANGRE QUE ESCAPA DEL SENO A TRAVÉS DEL OSTIUM NATURAL HACIA LA NARIZ) EL DIENTE ESTÁ POR CIERTO EN EL SENO MAXILAR. EL ACORDAJE PARA SU EXTRACCIÓN ES EL PROCEDIMIENTO DEL CALDWELL-LECK.

EN EL CASO DE QUE EL DIENTE NO ESTÉ EN LA CAVIDAD SINUSAL Y ESTÉ DEFINITIVAMENTE EN LOS TEJIDOS BLANDOS, ES SUMAMENTE IMPORTANTE UN ENFOQUE CUIDADOSO Y PRÁCTICO. LA CAUSA DE LA PÉRDIDA PUDO HABER SIDO UNA EXPOSICIÓN INADECUADA O HABER TENIDO LEVANTADO MAL UN COLGAJO ADECUADO. POR EJEMPLO CUANDO SE APLICÓ PRESIÓN POR MEDIO DE UN ELEVADOR PARA EXTRAER EL DIENTE DE SU ALVÉOLO, LA TENSIÓN Y LA ELASTICIDAD DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO LO IMPULSÓ FUERA DE LA VISTA HA--

CIA EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS BLANDOS. EN ESTE MOMENTO,-- EL GAJO DEBE EXTRAERSE MÁS LIBERALMENTE Y LEVANTARSE DE MANERA QUE EL TEJIDO PUEDA SER EXPLORADO EN BUSCA DEL DIENTE PERDIDO. A MENUDO LA ALMOHADILLA GRASA VESTIBULAR QUEDARÁ EXPUESTA Y ABIERTA Y ESTO ESCONDE AÚN MÁS EL DIENTE. NO HAY QUE PERSISTIR EN EXPLORAR Y SONDEAR MÁS ALLÁ DE UNOS CUANTOS MINUTOS DE CUIDADOSO ESFUERZO.

DEBE INFORMARSE AL PACIENTE DEL PROBLEMA Y LA BÚSQUEDA-- DEBE ABANDONARSE POR UN PERÍODO DE 5 a 6 SEMANAS. LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES VAN A REACCIONAR FAVORABLEMENTE ANTE -- UNA EXPLICACIÓN COMPLETA Y ADECUADA DE LA SITUACIÓN. LA -- LEY DE GRAVEDAD ES UNA LEY QUE NO PUEDE VIOLARSE. HABRÁ -- CIERTO NOVIMIENTO HACIA UNA POSICIÓN MÁS DECLIVE Y DESPUÉS -- DE UN TIEMPO EL DIENTE SE VA A FIBROSAR Y NO SE MOVERÁ CUANDO SE INTENTE SU EXTRACCIÓN. SE HACE UNA INCISIÓN DIRECTAMENTE HACIA EL DIENTE Y SE LO PUEDE RECUPERAR CON UN MÍNIMO-- ESFUERZO.

RINITIS Y SINUSITIS.

RINITIS ES LA INFLAMACIÓN DE LA CAVIDAD NASAL, EN LA -- ETIOLOGÍA DE LA RINITIS PARTICIPAN VIRUS, BACTERIAS Y ALÓGENOS. LA RINITIS AGUDA CASI SIEMPRE SE INICIA POR UNOS DE -- LOS MÚLTIPLES VIRUS QUE SE HA COMPROBADO CAUSAN INFECCIÓN -- RESPIRATORIA ALTA. VARIOS DE LOS ADENOVIRUS MEJOR ESTUDIA--

DOS PRODUCEN NASOFARINGITIS, FARINGOAMIGDALITIS Y MUCHAS ---
OTRAS FORMAS CLÍNICAS QUE SE INCLUYEN EN LA CATEGORÍA DE RES
FRIADO COMÚN O INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS.

ESTOS VIRUS SUELEN PROVOCAR UNA SECRECIÓN CATARRAL PRO-
FUSA QUE VULGARMENTE SE IDENTIFICA CON EL COMIENZO DEL RES--
FRIADO. EN OTRAS OCASIONES LA RINITIS AGUDA COMIENZA POR -
REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A UNO DE UN NUMEROSO GRUPO--
DE ALERGENOS, QUIZÁ MÁS FRECUENTEMENTE PÓLENES. A LA FASE-
AGUDA DE TIPO VÍRICO O ALÉRGICO SUELE AÑADIRSE LA INFECCIÓN-
BACTERIANA. NO SE HA DEDUCIDO SI ES INICIADA POR LOS MICRO
ORGANISMOS QUE HABITAN NORMALMENTE EN LA CAVIDAD NASAL O SI-
SE PRODUCE POR LA LLEGADA DE BACTERIAS MÁS PATÓGENAS. POR-
LO REGULAR SE AISLAN ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCCOS, NEUMOCO--
COS Y H. INFLUENZA. EN LO QUE SE REFIERE A LA INTERACCIÓN-
DE ESTOS DIVERSOS AGENTES ETIOLÓGICOS, ES POSIBLE QUE EL EXU
DADO CATARRAL PROVOCADOS POR VIRUS Y ALERGENOS ALTERA LA AC-
CIÓN CILIAR NORMAL PROTECTORA DE LA MUCOSA NASAL Y PREPARE -
EL TERRENO PARA LA INOCULACIÓN DE BACTERIAS. LOS CAMBIOS--
DE TEMPERATURA, LA EXPOSICIÓN O INHALACIÓN DE POLVO O IRRI--
TANTES QUÍMICOS PUEDEN AGRAVAR LA AFECCIÓN CILIAR Y PREDISPO
NER A LA RINITIS.

EN LOS PERÍODOS AGUDOS INICIALES DE RINITIS, LA MUCOSA-
NASAL ESTÁ ENGROSADA, EDEMATOSA Y ROJA. LAS CAVIDADES NASA-

LES SE HACEN ANGOSTAS Y LOS CORNETES ESTÁN AUMENTADOS DE TAMAÑO. EN ESTE ESTADO LA SUPERFICIE DE LA MUCOSA ESTÁ CUBIERTA DE UNA SECRECIÓN ACUOSA O MUCOSA RELATIVAMENTE TRANSPARENTE. CUANDO LA REACCIÓN AGUDA DURA DÍAS, LA INFECCIÓN BACTERIANA MODIFICA EL CARÁCTER DE LA SECRECIÓN QUE PUEDE IR DESDE PURULENTO HASTA UNA SUPURACIÓN PATENTE. LOS CRECIMIENTOS FOCALES DE LA MUCOSA ORIGINAN PÓLIPOS NASALES, QUE SON SIMPLEMENTE TUMEFACCIONES INFLAMATORIAS HIPERTRÓFICAS Y NO NEOPLÁSICAS VERDADERAS. LOS PÓLIPOS ALÉRGICOS RECURRENTE PUEDEN ALCANZAR DIMENSIONES SUPERIORES A LOS 5 cm. DE DIÁMETRO.

LA REACCIÓN HISTOLÓGICA EN LAS FASES INICIALES ES FUNDAMENTALMENTE UN EDEMA INTENSO DE TEJIDO CONECTIVO SUPRACONJUNTIVAL, QUE ADQUIERE UN ASPECTO MIXOMATOSO, LISO Y PRESENTA UN INFILTRADO POCO DENSO DE NEUTRÓFILOS, LINFOCITOS, CÉLULAS PLASMÁTICAS Y EOSINÓFILOS. EL EDEMA ES MÁS INTENSO EN LOS PÓLIPOS. EL NÚMERO DE EOSINÓFILOS ES MAYOR EN DETERMINADOS CASOS, POSIBLEMENTE LOS DE ORIGEN ALÉRGICO. SE APRECIA HIPERACTIVIDAD SECRETORA DE LAS GLÁNDULAS SUBMUCOSAS QUE ELABORAN MOCO. EN EL PERÍODO DE INFECCIÓN BACTERIANA MANIFIESTA, LA INFILTRACIÓN LEUCOCITARIA ES MÁS INTENSA, PREDOMINANTE DE NEUTRÓFILOS. DURANTE LA LARGA EVOLUCIÓN DE UNA RINITIS AGUDA PUEDE HABER CICATRIZACIÓN FIBROSA DEL TEJIDO CONECTIVO SUPERFICIAL. A VECES EL EPITELIO SE VUELVE ATRÓFICO Y

APARECEN FOCOS DE METAPLASIA ESCAMOSA. EN ÉSTAS CIRCUNSTANCIAS LA FIBROSIS SUBMUCOSA PROGRESIVA CAUSA ATROFIA DE LAS--GLÁNDULAS MUCOSECRETORAS. EN ÉSTOS CAMBIOS HISTOLÓGICOS --TERMINAN POR PRODUCIR UN ASPECTO BRILLANTE, SECO Y VIDRIOSODE LA MUCOSA NASAL, CON DESAPARICIÓN COMPLETA DE LA SECRE---CIÓN DE MOCO, CUADRO QUE A VECES SE DENOMINA RINITIS ATRÓFICA O RINITIS SECA.

LA IMPORTANCIA DE ÉSTOS PROCESOS, HABITUALMENTE INSIGNIFICANTES RADICA EN SUS SECUELAS. LA TUMEFACCIÓN DE LA MUCOSA NASAL PUEDE OBSTRUIR LOS ORIFICIOS DE LOS SENOS PARANASALES Y ORIGINAR SINUSITIS. CUANDO HAY INFECCIÓN BACTERIANA--EN RAROS CASOS EL PROCESO PUEDE PROGRESAR HACIA UNA OSTEOMIE--LITIS, TROMBOFLEBITIS DEL SENO CAVERNOSO, ABSCEOS EPIDURA--LES, MENINGITIS Y ABSCESO CEREBRAL. CONSIDERANDO LA FRE---CUENCIA DE LA RINITIS, ÉSTAS COMPLICACIONES SON MUY RARAS.

LA SINUSITIS ES PARECIDA A LA RINITIS. CASI INVARIABLEMENTE LA INFLAMACIÓN AGUDA DE LA CAVIDAD NASAL PRODUCE Y--ORIGINA INFECCIÓN E INFLAMACIÓN DE LOS SENOS NASALES AL OBS--TRUIR SUS ORIFICIOS DE DRENAJE. EL EDEMA DEL EPITELIO DE --REVESTIMIENTO PUEDE OBSTRUIR POR COMPLETO EL ORIFICIO DEL SE--NO Y SI ESTE SE LLENA DE MOCO SE PRODUCE UN MUCOCELE.

EN LAS FASES DE INFECCIÓN SECUNDARIA BACTERIANA O MICÓ--

TICA. LA SECRECIÓN ACUOSA ES SUSTITUIDA POR UNA SUPURACIÓN--FRANCA. LA ACUMULACIÓN DE PUS A VECES SE LLAMA EMPIEMA DEL SENO. LA INFECCIÓN SUPURADA DE LOS SENOS PARANASALES ES --MÁS IMPORTANTE QUE LA NARIZ, POR LA ÍNTIMA RELACIÓN DE LAS -CAVIDADES NEUMÁTICAS CON LA BÓVEDA CRANEAL. ES MÁS FÁCIL--QUE LA PROLONGACIÓN DEL PROCESO INFECCIOSO PRODUZCA OSTEOMIE-LITIS Y LAS ENFERMEDADES INTRACRANEALES ENUMERADAS AL HABLAR DE SINUSITIS. UNA INFECCIÓN GRAVE POR HONGOS ES LA MUCORNI-COSIS. SE ENCUENTRA PARTICULARMENTE EN PACIENTES CON ACIDO-SIS DIABÉTICA. LA SINUSITIS CRÓNICA TAMBIÉN ES UN COMPONEN-TE DEL SÍNDROME DE KARTAGENER QUE (JUNTO CON BRONQUIECTASIAS Y SINUSITIS INVERSUS) ES CAUSADO POR UN DEFECTO DE LA MOTILI-DAD CILIAR.

RINITIS CRÓNICA MUCOPURULENTE.

EN LA RINITIS CRÓNICA MUCOPURULENTE LA RESPUESTA INFLA-MATORIA EN LA MEMBRANA MUCOSA PUEDE PROLONGAR LA INFECCIÓN -POR OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS DE DRENAJE Y POR IMPEDIR EL MECA-NISMO MUCOCILIAR.

LA FUNCION MUCOCILIAR ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE EN-EL SENO MAXILAR YA QUE ES EL ÚNICO MECANISMO DE LIMPIEZA, ---POR LO QUE CUANDO ESTE SE HA PERDIDO, AUMENTAN LAS INFECCIO-NES POR ACUMULO DE BACTERIAS Y POR LO TANTO SE PERPETÚA LA--

INFLAMACIÓN; EL TRATAMIENTO QUE SE DEBE INSTITUIR EN ÉSTOS--
PACIENTES DEBE SER ANTIINFLAMATORIOS, ESTEROIDES Y ANTIRIÓTI
COS. TAMBIEN SE HA SUGERIDO DAR DESCONGESTIONANTE DE LOS -
CUALES EL DE MÁS EFECTIVIDAD HA SIDO EL TRAMAZOLINE.

EN SÍNTESIS, EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL TRATAMIENTO CON--
TRA ESTE TIPO DE RHOSINUSITIS SE ENCAMINA A REDUCIR LA IN--
FLAMACIÓN DE LA MUCOSA.

CAPÍTULO VI

COMPLICACIONES OBSERVADAS EN LA SINUSITIS.

A PESAR DE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA LA SINUSITIS, NO ES MUY CORRIENTE QUE SE PRODUZCAN COMPLICACIONES, -- ADEMÁS DE LA INSTAURACIÓN DE LA TERAPIA CON ANTIBIÓTICOS, --- LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD HAN DISMINUÍDO NOTABLEMENTE. SIN EMBARGO, EN EL CASO DE PRESENTARSE UNA ENFERMEDAD GRAVE SIENDO POR ELLO MUY IMPORTANTE RECONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN LO ANTES POSIBLE. PROBABLEMENTE UNA DE LAS CAUSAS MÁS IMPORTANTES QUE ORIGINAN LAS COMPLICACIONES EN LOS CASOS DE UNA SINUSITIS AGUDA, ES UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEMASIADO AGRESIVA. LAS COMPLICACIONES PUEDEN DIVIDIRSE EN TRES GRUPOS:

- 1.- ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA ÓSEA.
- 2.- ALTERACIONES DE LA ÓRBITA.
- 3.- COMPLICACIONES ENDOCRANEALES.

ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA ÓSEA.

SUELEN PRESENTARSE EN LOS SENOS FRONTALES, MENOS FRECUENTEMENTE EN EL SENO ETMOIDAL Y RARAS VECES EN EL SENO DEL

ANTRO Y EN EL SENO ESFENOIDAL. UNA FORMA BENIGNA DE COMPLICACION ES LA OSTEITIS HIPERPLÁSICA, LA CUAL DA LUGAR A UN ENGROSAMIENTO ÓSEO U OSTEOSITIS. LA OSTEÍTIS RARAMENTE ES--- MÁS IMPORTANTE CLINICAMENTE, DEBIDO A QUE SE EXTIENDE A TRAVÉS DE LOS CANALES VASCULARES, OCACIONANDO MICOFÍSTULAS Y FINALMENTE UN ABSCESO SUBPERIÓSTICO. LA OSTEOMIELITIS ES UNA COMPLICACIÓN HUY OCASIONAL QUE PUEDE PRESENTARSE ESPECIALMENTE EN EL HUESO FRONTAL. DICHA AFECCIÓN TAMBIÉN PUEDE PRODUCIRSE, OCASIONALMENTE POR UN TRAUMA O UNA EXPANSIÓN HEMATÓFILA DESDE OTRO LADO. SUELE PRESENTARSE PRINCIPALMENTE EN -- LOS NIÑOS Y EN PACIENTES JÓVENES EN LOS QUE LA CAPA RETICULAR ES RELATIVAMENTE MÁS GRUESA. LA OSTEOMIELITIS PUEDE -- LA OSTEOMIELITIS PUEDE PROPAGARSE DESDE EL HUESO FRONTAL HASTA LOS OTROS HUESOS DEL CRÁNEO.

EN SU COMIENZO, LA SINTOMATOLOGÍA ES PARECIDA A LA OBSERVADA EN LA SINUSITIS FRONTAL AGUDA GRAVE, DEBIÉNDOSE TENER PRESENTE ESTA COMPLICACIÓN SIEMPRE QUE SE OBSERVE QUE LA HINCHAZÓN DE LOS TEJIDOS SE EXTIENDE MÁS ALLÁ DEL SENO FRONTAL. EN EL PRIMER ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD LA RADIOGRAFÍA NO ES DE MUCHO VALOR, PUESTO QUE SE REQUIERE DEL PASO DE UNCIERTO TIEMPO PARA QUE SE PUEDA OBSERVAR RADIOLÓGICAMENTE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA. NO SE INSTAURA TRATAMIENTO. LA OSTEOMIELITIS CONDUCE INEXORABLEMENTE A LA APARICIÓN DE SERIAS COMPLICACIONES ENDOCRANEALES.

NO EXISTE UNANIMIDAD DE OPINIONES EN CUANTO AL TRATAMIENTO. EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD SE PUEDE EMPLEAR ANTIIBIÓTICOS, PERO UNA VEZ QUE SE OBSERVAN ANORMALIDADES RADIOLÓGICAS DEBE OPTARSE POR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL DEL SENOS FRONTAL CON LA EXTIRPACIÓN DEL HUESO --- AFECTADO IRREVERSIBLEMENTE. EN LOS LACTANTES PUEDE PRESENTARSE OCASIONALMENTE UNA FORMA POCO CORRIENTE DE OSTEOMIELITIS DE LA MANDÍBULA SUPERIOR, GENERALMENTE DE ORIGEN HEMATÓFILO. EN DICHO CASO EL TRATAMIENTO SERÁ CONSERVADOR EN LO POSIBLE PARA EVITAR EL LESIONAR LOS GÉRMINES DENTALES Y TAMBIEN LA POSIBLE HEMIATROFIA DE LA CARA.

ALTERACIONES DE LA ÓRBITA.

LAS COMPLICACIONES ORBITARIAS SON CASI SIEMPRE DEBIDO A AFECIONES DE LOS SENOS FRONTALES Y ETHOIDALES. DEBE TENERSE PRESENTE QUE SE OBSERVA EDEMA DE LOS PÁRPADOS, SI BIEN ESTE SE DEBE A UNA SINUSITIS SIN COMPLICACIONES. LOS SIGNOS MÁS IMPORTANTES SON LACRIMOSIS DE LA CONJUNTIVA Y EL DESPLAZAMIENTO SUELE SER EN SENTIDO CONTRARIO AL SENO AFECTADO. EN LA SINUSITIS FRONTAL EN DIRECCIÓN HACIA ABAJO, EN LA SINUSITIS ETHOIDAL EN DIRECCIÓN EXTERNA Y EN LA SINUSITIS MAXILAR HACIA LA PARTE SUPERIOR.

LA AFECCIÓN DE LAS CELDILLAS ETMOIDALES POSTERIORES Y DEL SENOS ESFENOIDAL PUEDE PRODUCIRSE UN EXOFTALMO. LOS MOVIMIENTOS OCULARES PUEDEN QUEDAR ALTÉRADOS Y PUEDEN PRESENTARSE ANORMALIDADES EN EL FONDO DEL OJO. PUEDE PRESENTARSE OSTEITIS Y PERIOSTEITIS DE LAS PAREDES ORBITARIAS DEBIDO AL PROGRESO DE UNA INFLAMACIÓN DE UN SENOS, PUDIENDO TERMINAR -- CON LA APARICIÓN DE ABSCESOS SUPERIOSTICOS. EN DICHO CASO SE IMPONE LA PRÁCTICA DE UNA OPERACIÓN RADICAL MEDIANTE LA CUAL SE DRENE EL ABSCESO DENTRO DEL SENOS. RARAS VECES ESTÁ INDICADA UNA APROXIMACIÓN EXTERNA, PERO EN EL CASO DE QUE -- APAREZCA UN ABSCESO EN LOS PÁRPADOS, ÉSTE DEBE SER DRENADO -- EXTREMADAMENTE. UN ABSCESO ORBITARIO ES UNA COMPLICACIÓN -- MUY SERIA, YA QUE PUEDE ORIGINAR CEGUERA, TROMBOSIS DEL SENOS Y MENINGITIS. EN DICHO CASO SE IMPONE LA PRÁCTICA DE UNA -- OPERACIÓN RADICAL DEL SENOS AFECTADO JUNTO CON EL EJERCICIO -- DE INCISIONES EN EL PERIOSTIO ORBITARIO.

EN LOS CASOS MUY GRAVES ESTÁ INDICADA UNA EXCENTRACIÓN -- ORBITARIA POR LO QUE DURA EL CURSO DE ESTA ENFERMEDAD, SE DEBE ADMINISTRAR ALTAS DOSIS DE ANTIBIÓTICOS DE ACUERDO CON -- LOS CULTIVOS Y LAS PRUEBAS DE SENSIBILIZACIÓN.

EN OTROS TIEMPOS SE HABÍA CREIDO QUE LA NEUROSIS ÓPTICA RETROULAR ERA DE ORIGEN NASAL, PERO ACTUALMENTE SE CREE QUE

ESTAS AFECCIONES PUEDEN ESTAR ASOCIADAS A ENFERMEDADES TALS COMO ESCLEROSIS MÚLTIPLE, INTOXICACIONES, ALTERACIONES VASCULARES GENERALIZADAS E INFECCIONES. EL TRATAMIENTO DE LOS SENOS, SOLO ESTÁ INDICADO SI EXISTE UNA CLARA EVIDENCIA DE SINUSITIS, ESPECIALMENTE DE ORIGEN ESFENOIDAL.

COMPLICACIONES ENDOCRANEALES.

MEMINGITIS.

EL TÉRMINO MENINGITIS SE REFIERE A UNA REACCIÓN INFLAMATORIA DE LAS TRES CAPAS MENÍNGEAS QUE ENVUELVEN AL CEREBRO Y A LA MÉDULA ESPINAL. A LA INFLAMACIÓN DE LA PIA MADRE Y DE LA ARACNOIDES SE CONOCE COMO LEPTOMENINGITIS Y A LA INFLAMACIÓN DE LA DURAMADRE COMO PAQUINEMINGITIS.

LA LEPTOMENINGITIS ES UNA DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. SUS CAUSAS MÁS FRECUENTES SON LAS INFECCIONES DE LAS CUALES SE DISEMINAN RÁPIDAMENTE DESDE EL LEPTOMENINGESO EN EL SISTEMA VENTRICULAR POR TODO EL ESPACIO SUBARACNOIDEO Y EN MUCHOS CASOS SE ASOCIA A DISEMINACIÓN ENCEFÁLICA (ENCEFALITIS).

AUNQUE LA MENINGITIS MÁS COMÚN ES LA INFECCIOSA, TAMBIÉN EXISTE MENINGITIS RELACIONADA CON LAS INYECCIONES DE --

SUBSTANCIAS IRRITANTES EN EL ESPACIO SUBARACTOIDEO POR VÍA--
LUMBAR, SISTERNAL O VENTRICULAR, COMO MATERIAL YODADO, MEDI-
CAMENTOS O AIRE DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS ESPECIA--
LES (NEUMOENCEFALOGRAFIAS).

EL CUADRO CLÍNICO HABITUAL DEL SÍNDROME MENINGE ES EL -
SIGUIENTE:

- 1.- CEFALEA, QUE ES EL SINTOMA MÁS CONSTANTE DE INSTALA-
CIÓN AGUDA Y DE GRAN INTENSIDAD, PERO A VECES ES IN-
CIDIOSA Y PROGRESIVA PUEDE SER DIFUSA EN CASQUETE,-
PERO ES MÁS FRECUENTE EN REGIÓN FRONTAL OCCIPITAL -
CON IRRADIACIÓN A TODA LA COLUMNA VERTEBRAL.
- 2.- VÓMITO, ES EL MENOS CONTANTE, PERO CUANDO EXISTE ES
TA ACOMPAÑANDO A LA CEFALEA Y SUELE SER EN PROYEC--
TIL.
- 3.- FOTOFOBIA.
- 4.- HIPERESTESIA CUTÁNEA, QUE SE EXPLICA LA IRRITABILI-
DAD DEL PACIENTE Y A VECES SU ACTITUD HOSTIL.
- 5.- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PURULENTO CON MICROORGANIS-
MOS GRAN (-) INTRA Y EXTRACELULAR.
- 6.- PUEDE OCURRIR CHOQUE Y COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DI-
SEMINADO.

7.- RIGIDEZ DE CUELLO Y ESPALDA CON SIGNOS POSITIVOS DE KERNI Y BRUDZUNSKI.

SORDERA.

DATOS CLÍNICOS.

EL PACIENTE DE CIERTA EDAD, GENERALMENTE SE DA CUENTA - DE UNA PÉRDIDA AUDITIVA DE GRADO SIGNIFICATIVO. UNA HISTORIA CLÍNICA MINUCIOSA ES DE IMPORTANCIA PARA DETERMINAR LA CAUSA. TODAS LAS CAUSAS DE SORDERA DEBEN SER INVESTIGADAS- EN ESPECIAL LA EDAD DE APARICIÓN, EL GRADO DE PÉRDIDA, SU -- PROGRESIÓN ASOCIADA CON TINTINEO O VÉRTIGO, EXPOSICIÓN A --- TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO, TRAUMA ACÚSTICO, MEDICAMENTOS OTO-- TÓXICOS, INFECCIÓN PREVIA Y ENFERMEDADES FEBRILES GRAVES.

EN LOS LACTANTES Y EN LOS NIÑOS EL DIAGNÓSTICO ES SUGERIDO FRECUENTEMENTE POR LA FALTA DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE LA FALTA DE COOPERACIÓN, LA IMPOSIBILIDAD Y EL PROGRESO LENTO DEL APRENDIZAJE. UN EXAMEN COMPLETO DE LOS OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA ES ESENCIAL EN TODOS LOS PACIENTES CON UNA PÉRDIDA AUDITIVA. LO MAS IMPORTANTE ES EL EXAMEN DEL CONDUCTO-- AUDITIVO EXTERNO DE LA MEMBRANA DEL TÍMPANO Y EL OÍDO MEDIO-- CON UN OTOSCOPIA DE AUMENTO PARA DESCUBRIR INCLUSIVE ANOMALÍAS OBSTRUÍDAS O INFECTADAS, A INFECCIONES NASALES O SINUSITIS SALES Y A EVIDENCIA DE TRASTORNO DE OTRO PAR CRANEAL.

TUMORES DE CAVIDAD NASAL Y SENOS.

LOS TUMORES DE ESTAS LOCALIZACIONES SON MUY RAROS PERO INCLUYEN TODA VARIEDAD DE NEOPLASIAS MESENQUIMALES Y EPITELIALES. PUEDEN MENCIONARSE BREVEMENTE DOS TIPOS MÁS O MENOS CARACTERÍSTICOS. LOS PLASMACITOMAS AISLADOS PUEDEN ORIGINARSE EN EL TEJIDO LINFOIDE ADYACENTE A LA CAVIDAD NASAL Y SENOS PARANASALES. EN OCASIONES SOBRESALEN EN ESTAS CAVIDADES COMO FORMACIONES POLIPOIDES, CUYO DIÁMETRO VARÍA DE 1 A VARIOS CENTÍMETROS Y QUE SUELEN ESTAR CUBIERTOS DE MUCOSA INTACTA. EL CUADRO HISTOLÓGICO ES DE UN TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS PLASMÁTICAS. SOLO EN RARAS OCASIONES EVOLUCIONAN A UN MELIOMA. LOS NEUROBLASTOMAS OLFATORIOS, SON TUMORES MALIGNOS QUE RESEMBLAN OTROS NEUROBLASTOMAS Y SON MUY SENSIBLES A LA RADIOTERAPIA. EL ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO ES UN TUMOR MUY VASCULAR QUE APARECE CASI EXCLUSIVAMENTE EN ADOLESCENTES VARONES. APARTE DE SU NATURALEZA BENIGNA, PUEDE CAUSAR GRAVES PROBLEMAS CLÍNICOS DEBIDO A SU TENDENCIA A SANGRANAR PROFUSAMENTE DURANTE LA CIRUGÍA. EL PAPILOMA INVERTIDO ES UNA NEOPLASIA BENIGNA PERO LOCALMENTE AGRESIVA, QUE APARECE EN CAVIDADES NASALES Y SENOS PARANASALES. SI NO SE EXTIRPA ADECUADAMENTE, TIENE UN ALTO PORCENTAJE DE RECIDIVA CON LA COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE DE INVASIÓN DE LA ÓRBITA Y BÓVEDA CRANIAL. RARAMENTE SE PUEDE DESARROLLAR UN CARCINOMA SOBRE UN PAPILOMA.

LOS CARCINOMAS DE ÉSTAS LOCALIZACIONES SON DE CÉLULAS-
ESCANOSAS QUERATINIZADAS O EN MUCHAS OCASIONES NO QUERATINI-
ZADAS. SE TRATA DE LESIONES MALIGNAS INCIDIOSAS QUE CRE--
CEN, SE ULCERAN O VEGETAN COMO CUALQUIER OTRA LOCALIZACIÓN.
LOS CONTORNOS DE LAS CÉLULAS SON IMPRECISOS Y A MENUDO LAS-
MASAS CELULARES ADOPTAN UN ASPECTO SINCICIAL, EN MUCHAS NEO-
PLASIAS DE CÉLULAS TRANSICIONALES EL ESTROMA FIBROSO PRESEN-
TA ABUNDANTE INFILTRADO LINFOIDE Y SE DENOMINA LINFOEPITE--
LIOMA. SE HA IDENTIFICADO EL VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN MU-
CHOS DE ESTOS TUMORES. TODOS ESTOS CÁNCERES CAUSARÁN INVA-
SIÓN Y DESTRUCCIÓN PROGRESIVA, SE PROPAGAN A LOS GANGLIOS -
CERVICALES Y EN CASO AVANZADO DAN METASTASIS A ÓRGANOS DIS-
TALES, COMO PULMÓN, CAVIDAD PLEURAL, HÍGADO Y CADENAS GAN--
GLIONARES. CONSIDERADOS GLOBALMENTE ÉSTOS CÁNCERES DAN --
SÍNTOMAS CUANDO SE HALLAN EN UN ESTADÍO AVANZADO, EN EL ---
CUAL LA CIRUGÍA CURATIVA ES DIFÍCIL, SI NO IMPOSIBLE, Y EL-
PRONÓSTICO ES MALO.

CASO CLÍNICO.

UNA MUJER DE CINCUENTA AÑOS FUE ADMITIDA AL HOSPITAL -
POR CAUSA DE EXACERBACIÓN DE SU PARASINUSITIS. ELLA TUVO-
UNA HISTORIA LARGA DE SINUSITIS CRÓNICA DESDE 25 AÑOS ANTES.
UN AÑO ANTES DE LA ADMISIÓN AUMENTÓ EL FLUJO NASAL, DOLOR -
DE CABEZA CON EXACERBACIÓN DE LA SINUSITIS. UN CULTIVO DE

LA CAVIDAD NASAL MOSTRÓ HEMOFILO INFLUENZAE Y ESTAFILOCOCO-
AÉREOS. SE TRATÓ CON ANTIBIÓTICOS E IRRIGACIÓN NASAL; PE-
RO SUS SÍNTOMAS NO CEDIERON. SEIS MESES ANTES REQUERÍA DE
UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CAVIDAD NASAL DERECHA CON
ANESTESIA GENERAL. LAS BIOPSIAS QUE SE TOMARON NO DEMOS-
TRARON TUMOR, 17 DÍAS ANTES DE LA ADMISIÓN LLEGÓ A LA CON--
SULTA POR DOLOR DE LA HEMICARA DERECHA. UNA RADIOGRAFÍA--
DE LOS SENOS PARANASALES MOSTRARON OPACIFICACIÓN DEL SENO--
MAXILAR DERECHO EL CUAL HABÍA SIDO CLARO EN UN EXAMEN ANTE-
RIOR, SE DIÓ CEFALOSPORINAS. ELLA COMENZÓ CON DIPLOPIA Y-
DOLOR DEL OJO DERECHO, AL SIGIENTE DÍA SE HOSPITALIZÓ PARA-
ESTUDIO, SE ENCONTRÓ CON FIEBRE, DOLOR EN EL ANTRO MAXILAR-
DERECHO; A LA EXPLORACIÓN NO SE ENCONTRÓ CRECIMIENTO DE GAN-
GLIOS LA BIOMETRÍA HEMÁTICA, EXAMEN DE ORINA FUERON NORMA--
LES, LO MISMO QUE LAS RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX; LAS RADIOGRA-
FÍAS DE LOS SENOS MOSTRARON COMPLETA OPACIFICACIÓN DEL AN-
TRO MAXILAR DEPECHO LO MISMO QUE EL ETMOIDAL Y EL SENO FRO-
NTAL BILATERAL. SE REALIZÓ UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ---
(VENTANA NASOANTRAL). SE CULTIVARON ESTAFILOCOCO AUREUS Y
MÚLTIPLES ESTAFILOCOCOS. SE TOMÓ UNA TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO
CONFIRMANDO TAMBIÉN OPACIDAD DE LOS SENOS, CONTINUABA EL --
NAL ESTADO GENERAL, DIPLOPIA Y LETARGIAS SE REPITIERON DE--
NUEVO LAS BIOMETRÍAS HEMÁTICAS, PLAQUETAS, QUÍMICA SANGUÍ--
NEA, PRUEBAS HEMÁTICAS, CALCIO, FÓSFORO, ELECTROCARDIOGRA--
MAS, RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX, TODOS NORMALES, OTRAS RADIOGRA-

FÍAS DE LOS SENOS SUFRIERON CAMBIOS, EN EL QUINTO DÍA DE LA BIOPSIA MOSTRÓ UNA LESIÓN INFLAMATORIA, CONTINUABA FEBRIL, A LOS DIEZ DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, CONTINUABA CON DOLOR DE CADEZA, LA TEMPERATURA ERA CASI NORMAL. UN SEGUNDO REPORTE DE LA BIOPSIA SE REPORTÓ COMO SINUSITIS AGUDA, OSTEOHIELITIS EXTENSA Y TROMBOSIS VASCULAR, SE LLEGÓ A UN DIAGNÓSTICO.

ESTA PACIENTE TUVO UNA LARGA HISTORIA DE ENFERMEDAD DE LOS SENOS Y DURANTE UN PERÍODO DE CUATRO SEMANAS TUVO DOLOR LOCAL EN LAS ÓRBITAS ETC., LAS COMPLICACIONES ORBITALES DE LA SINUSITIS SON MUY COMUNES ESPECIALMENTE EN NIÑOS. LA INFECCIÓN DE LOS SENOS PARANASALES PUEDE EXTENDERSE INTRACRANEALMENTE POR LAS VÍAS DE LA EXTENSIÓN DIRECTA O POR TROMBOFLEBITIS, PUEDE CAUSAR ABSCESO CEREBRAL EXTRADURAL O SUBDURAL. ESTA PACIENTE QUE TUVO UN PROBLEMA DE SINUSITIS CRÓNICA Y QUE NO RESPONDIÓ A LOS ANTIDIÓTICOS NI AL DRENAJE QUIRÚRGICO, ES UN CANDIDATO MUY IMPORTANTE PARA QUE CURSE CON UNA ASPERGILOSIS DE LOS SENOS PARANASALES. SE PUDO DESCARTAR ESTE DIAGNÓSTICO PORQUE EN LAS TRES BIOPSIAS QUE SE HICIERON NO SE MOSTRÓ ESTE HONGO. TAMBIÉN PODEMOS O DEBEMOS CONSIDERAR EN ESTE PACIENTE UNA NEOPLASIA DE LA CAVIDAD NASAL Y DE LOS SENOS PARANASALES. SABEMOS QUE EL TUMOR MÁS FRECUENTE ES CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS O PIDE

MOIDE. A PESAR DE QUE LAS BIOPSIAS NO FUERON POSITIVAS--- PARA ESTE TUMOR MUY COMUNMENTE ASÍ SE REPORTA A PESAR DE -- QUE HAYA ALGÚN TUMOR DEBIDO A QUE CURSAN CON MUCHAS NECRO-- SIS. TAMBIÉN PODEMOS CONSIDERAR GRANULOMATOSIS DE WAGNES; SIN EMBARGO, ESTA ENFERMEDAD ES RARA, LA BIOPSIA NO MOSTRÓ GRANULOMAS O VASCULITIS, HAY UNA SERIE DE ENFERMEDADES DE - LOS SENOS PARANASALES BASTANTE RARAS Y QUE SE CARACTERIZAN POR TENER UNA ÚLCERA DESTRUCTIVA EN LA MITAD DE LA CARA Y - EN LOS SENOS PARANASALES, ENTRE ÉSTAS ENFERMEDADES TENEMOS EL GRANULOMA LETAL DE LA LÍNEA MEDIA Y LA RETICULOSIS POLI-- MÓRFICA.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO SON DE POCO VALOR PARA CON-- FIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE RETICULOSIS POLIMÓRFICA, EN ALGU-- NOS CASOS HAY ANEMIAS Y ELUCOPENIAS. LAS RADIOGRAFÍAS DE-- TÓRAX TAMPOCO AYUDAN MUCHO, EN ALGUNAS OCASIONES APARECEN-- NÓDULOS PULMONARES. EL DIAGNÓSTICO DE ESTA ENFERMEDAD SE-- HACE POR EXCLUSIONES: ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES EN UNA -- PROPORCIÓN: DE CINCO A UNO; OCURRE GENERALMENTE EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA Y SU TRATAMIENTO PUEDE HACERSE POR MEDIO-- DE RADIACION. ESTA ENFERMEDAD PUEDE DISEMINARSE A LOS PUL-- MONES, INTESTINO, PIEL, RIÑONES, ETC. EL DIAGNÓSTICO AL - QUE SE LLEGÓ FUE EL DE UNA RETICULOSIS QUE INVOLUCRABA CAVI-- DAD NASAL Y SENOS PARANASALES.

CAPÍTULO VII

ALTERACIONES VARIAS DE LOS SENOS.

PSEUDOQUISTES.

LA PRESENCIA DE ESTOS EN LOS SENOS ES BASTANTE FRECUENTE Y POR LO GENERAL NO ES SIGNIFICATIVAMENTE CLÍNICA. SU APARICIÓN ES DEBIDO A LA RETENCIÓN DE SECRECIONES EN LA LÁMINA PROPIA DE LA MUCOSA NASAL, POR TANTO CUBIERTO DE EPITELIO. CASI NUNCA ESTÁ INDICADO SU TRATAMIENTO.

RETENCIÓN QUÍSTICA.

LA RETENCIÓN DE LOS QUISTES ESTÁ CAUSADA POR EL CIERRE DEL CONDUCTO DE UNA GLÁNDULA; ÉSTOS ESTÁN CUBIERTOS POR EPITELIO, SU TRATAMIENTO RARAS VECES ESTÁ INDICADO, PUESTO QUE NORMALMENTE SE EXPULSAN ESPONTÁNEAMENTE ANTES DE SER LO SUFICIENTEMENTE GRANDES COMO PARA OCASIONAR SINTOMATOLOGÍA.

MUCOCELE.

SE FORMA MUCOCELE, (O PICELE SI SU CONTENIDO ESTÁ INFECTADO) CUANDO EXISTE UNA OBSTRUCCIÓN DE LOS SENOS NAALES PUEDE PRESENTARSE EN LOS SENOS FRONTALES O EN UNA CELDILLA-

ETHOIDAL, PERO RARAMENTE SE PRODUCE EN OTRO SENOS. PUESTO-
QUE LA SECRECIÓN PRODUCIDA POR LA MUCOSA NO PUEDE DRENARSE,
EL TAMAÑO DEL MUCOCELE AUMENTA LENTAMENTE, OCASIONANDO LA--
EROSIÓN DE LOS HUESOS VECINOS, LOS CUALES PUEDEN QUEDAR ---
COMO EL GRUESO DE UN PAPEL. A LA PALPACIÓN SE OBSERVA UNA
SENSACIÓN ANORMAL (FENÓMENO DE PELOTA DE PIN-PON). PUEDE-
PRODUCIRSE UN MARCADO DESPLAZAMIENTO DEL CONTENIDO ORBITA--
RIO Y LA APARICIÓN DE UN EXOFTALMO. SU TRATAMIENTO ES QUI-
RÚRGICO, SE EXTIRPA LA MUCOSA SI EL SENOS ESTÁ OBLITERADO, -
DEBE PROPORCIONARSE UN BUEN DRENAJE HACIA LA NARIZ.

PNEUMATOCELE

UN PNEUMATOCELE ES UNA DISTENCIÓN DE UN TUMOR O SACO--
LLENO DE AIRE QUE SUELE AFECTAR EL SENOS FRONTAL Y SOLO EN--
CASOS ESPECIALES A LOS OTROS SENOS. UN PNEUMATOCELE ENDO-
CRANEAL PUEDE TAMBIÉN SURGIR POR LA DEFICIENCIA DE LA CARA-
INTERNA DEL FRONTAL, SU ORIGEN NO ESTÁ ACLARADO.

PÓLIPOS.

PUEDEN PRESENTARSE PÓLIPOS EN LOS SENOS DEDIDO A LA---
EXISTENCIA DE PROCESOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS.

SINUSITIS CASEOSA.

SE PRODUCE UNA SINUSITIS CASEOSA CUANDO UNA CIERTA CAN-

TIDAD DE PUS ESPESA Y SUSTANCIA DE DESECHOS NO PUEDEN DRE--
NARSE POR EL OSTEÍN NATURAL. ELLO DA LUGAR A LA FORMACIÓN
DE UNA MASA AMARILLENTA PARECIDA AL CUAJO Y FIABLE DENTRO--
DEL SENOS.

COLESTEATOMA.

ES MUY POCO FRECUENTE LA PRESENTACIÓN DE COLESTEATOMA--
EN LOS SENOS, ESPECIALMENTE EN EL ANTRO Y EL SENOS FRONTAL.
SE PUEDE DETECTAR LA PRESENCIA DE EPITELIO ESCAMOSO DEBIDO A
UN TRAUMA, METAPLASIA DE LA MUCOSA O UN CRECIMIENTO PROVE--
NIENTE DEL EXTERIOR, PUDIÉNDOSE CONTINUAR SU CRECIMIENTO DE
UN MODO SIMILAR AL OBSERVADO EN LOS COLESTEATOMAS DEL OÍDO--
MEDIO. ESTÁ INDICADA LA PRÁCTICA DE UNA OPERACIÓN RADICAL.

AEROSINUSITIS.

LA AEROSINUSITIS (BAROTRAUMA) ESTÁ CAUSADA POR LAS VA--
RIACIONES RÁPIDAS DE LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA, COMO PUEDE SER
EL DESCENSO BRUSCO, EL BAROTRAUMA OCASIONA UN DOLOR PUNZAN--
TE SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA. OCASIONALMENTE PUEDE PRESEN--
TARSE UN HEMATOMA DEL SENOS. COMO MEDIDA PROFILÁCTICA SE--
ACONSEJA MANTENER LA ENTRADA DE LOS SENOS LO MÁS ABIERTA PO
SIBLE MEDIANTE EL EMPLEO DE VASOCONSTRICTORES.

CAPÍTULO VIII

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

CONCEPTOS ACTUALES DE QUIMIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO.

EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS O EPIDERMÓIDES DE LA CABEZA Y EL CUELLO TIENEN UNA FRECUENCIA DEL 5% DE TODOS -- LOS CÁNCERES EN ESTADOS UNIDOS Y DE ÉSTOS EL 70% NACE EN--- LOS SENOS PARANASALES; SOLAMENTE UNA CUARTA PARTE DE LOS PA CIENTES CON ÉSTOS TUMORES SE PRESENTARON CON ENFERMEDAD LO CALIZADA FÁCILMENTE CURABLE POR CIRUGÍA Y RADIACIÓN.

ESTOS TRATAMIENTOS, SIN EMBARGO; NO HAN SERVIDO EN --- AQUELLOS TUMORES QUE ESTÁN LOCALIZADOS O CON METASTASIS A-- DISTANCIA; LA RECURRENCIA LOCAL ES DE 60% EN ESTOS PACIENTES Y DESARROLLAN METASTASIS A DISTANCIA EN 20 y 30%. HASTA-- TIEMPOS RECIENTES LA QUIMIOTERAPIA HABÍA SIDO RESERVADA SO LO PARA ESTOS TUMORES CON ESTADIOS AVANZADOS O RECURRENTES. LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN HAN DEMOSTRADO UN BENEFICIO-- IMPORTANTE DE LOS MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA CUANDO SE-- USAN ANTES DE LA CIRUGÍA O RADIOTERAPIA.

LA QUIMIOTERAPIA DE LOS SENOS PARANASALES SE DEBE CONSIDERAR DE INDUCCIÓN MÁS QUE TRATAMIENTO. EL PRONÓSTICO-- PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD LOCAL RECURRENTE O DISEMINADA ES MUY POBRE, USUALMENTE VIVEN NO MÁS DE 6 MESES.

EN ESTE ARTÍCULO PODEMOS CONCLUIR QUE EL TRATAMIENTO-- ACTUAL PARA EL CÁNCER EPIDERMÓIDE DE CABEZA Y CUELLO Y EN ESPECIAL DE LOS SENOS PARANASALES HA VARIADO CONSIDERABLE-- MENTE. ANTERIORMENTE SE REALIZABAN CIRUGÍAS Y RADIOTERAPIAS, ACTUALMENTE EL TRATAMIENTO INICIAL ES LA QUIMIOTERAPIA, TENIENDO ENTENDIDO QUE SOLO NOS SIRVE DE INDUCCIÓN, LA QUE MAYOR BENEFICIO TIENE ES LA QUE SE DA DE MANERA INTRA-- ARTERIAL. LA QUIMIOTERAPIA DADA SIMULTÁNEAMENTE CON LA RADIOTERAPIA NO OFRECE NINGUNA VENTAJA SOBRE LA RADIOTERAPIA, PERO SI AUMENTA LA TOXICIDAD. LA QUIMIOTERAPIA INTRA--ARTERIAL NUNCA SE DEBE ADMINISTRAR CUANDO HAY GANGLIO EN EL --- CUELLO.

LA CORRELACIÓN RADIOGRÁFICA Y ULTRASONIDO.

AL IGUAL COMO EN OTROS ARTÍCULOS SE SUGIERE QUE EL ULTRASONIDO PUEDE REEMPLAZAR LA RADIOGRAFÍA DE SENOS. HUBO-- UNA CORRELACIÓN POSITIVA ENTRE LOS DOS MÉTODOS EN SOLAMENTE 29 a 75 PACIENTES (39%) PORCENTAJE DE FALSAS POSITIVAS DE-- ULTRASONIDO COMPARADO A RADIOGRÁFICOS FUE DE 39% A 45% DE--

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PENDIENDO DE LOS CRITERIOS QUE FUERON USADOS PARA NORMALIDAD DE RADIOGRÁFICAS. LAS FALSAS NEGATIVAS DE ULTRASONIDO -- FUE DE 42 a 52%.

EN LAS BASES DE QUE EL PORCENTAJE FALSO POSITIVO ES -- TAN ALTO COMO EL PORCENTAJE DE FALSAS NEGATIVAS, LA TÉCNICA DE ULTRASONIDO NO SIRVE COMO UNA TÉCNICA ADECUADA DE ESCRUTINIO. ESTA POSIBILIDAD FUE SUGERIDA POR ROHR QUE ENCON-- TRO MUY ALTAS FALSAS NEGATIVAS, PERO NO FALSAS POSITIVAS -- CON ULTRASONIDO. ESTE ESTUDIO CON ULTRASONIDO SE LLEVÓ A CABO POR ENFERMERAS EXPERIMENTADAS QUE HABÍAN SIDO ENTRENA-- DAS POR LA COMPAÑÍA. EN ALGUNOS CASOS EL EXAMEN DE ULTRA-- SONIDO FUE REPETIDO DESPUÉS DE REVISAR LAS RADIOGRAFÍAS; PE-- RO EL PATRON DE ULTRASONIDO FUE EL MISMO. CON ESTE ESTU-- DIO Y CON BASE EN OTROS SE HA PENSADO QUE EL ULTRASONIDO PO-- DRIA SER UNA ALTERNATIVA A LAS RADIOGRAFÍAS, NUESTRA EXPE-- RIENCIA CON ESTE MÉTODO DE ULTRASONIDO HA SIDO INDICATIVO-- DE LO ANTERIOR, POR LO QUE NOSOTROS SUGERIMOS HACER ESTU-- DIOS CLÍNICOS PROSPECTIVOS CON ESTE MÉTODO ANTES DE USARLO-- INDISCRIMINADAMENTE.

A PESAR DE QUE HAY CONTROVERSA, HAY ALGUNOS MÉTODOS -- PARA DEMOSTRAR LA SINUSITIS. LA PUNCIÓN DEL ANTRO ES DEFI-- NITIVA, PERO ES INVASIVA. EL USO DE RADIOGRAFÍAS STANDAR-- DE LOS SENOS NO HA SIDO DE GRAN AYUDA. CUANDO SE TOMÓ LA--

PROYECCIÓN DE WATTER HA MOSTRADO UNA ALTERACIÓN EN EL 90%. LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA ES DE MAYOR UTILIDAD CUANDO ESTÁN INVOLUCRADOS LOS SENOS ESPENOIDAL Y ETMOIDAL. EN EL EXAMEN BACTERIOLÓGICO REVELA QUE LAS BACTERIAS MÁS FRECUENTES FUERON EL ESTAFILOCOCO PNEUMONAE HEMOFILO INFLUENZAE Y ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO.

CIRUGÍA DE CALDWELL LUC.

LAS INDICACIONES DE UNA OPERACIÓN RADICAL SENO DE CALDWELL LUC SON MUCHAS, INCLUYENDO LAS SIGUIENTES:

- 1.- REMOCIÓN DE DIENTES Y FRAGMENTOS RADICALES DEL SENO. LA OPERACIÓN DE CALDWELL LUC ELIMINA LOS PROCEDIMIENTOS A CIEGAS Y FACILITA LA RECUPERACIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO.
- 2.- TRAUMATISMOS DE MAXILAR SUPERIOR CUANDO LAS PAREDES DEL SENO MAXILAR SON APLASTADAS O CUANDO EL PISO DE LA ÓRBITA HA DESCENDIDO. ESTE TIPO DE DAÑO SE CORRIGE MEJOR POR EL ABORDAJE PROVISTO DE LA OPERACIÓN.
- 3.- EL MANEJO DE HEMATOMAS DEL ANTRO CON HEMORRAGIA ACTIVA A TRAVÉS DE LA NARIZ. LA SANGRE EVACUADA Y SE PUEDEN UBICAR LOS PUNTOS SANGRANTES. SE DETIENE LA HEMORRAGIA ENPAQUETANDO GASA CON EPINEFRINA.

O AGENTES HEMOSTÁTICOS.

- 4.- SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA CON DEGENERACIÓN DE LA MUCOSA.
- 5.- QUISTES DEL SENSO MAXILAR.
- 6.- NEOPLASIAS DE SENSO MAXILAR, QUE SE RESECAN MEJOR CON ESTA TÉCNICA.

EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EMPLEADO SE DESCRIBE DE LA MANERA SIGUIENTE: CON EL USO DEL ANESTÉSICO QUE MÁS SE ADECUÉ PARA EL PACIENTE, SE PREPARAN LA CARA Y LA BOCA DE LA MANERA HABITUAL. SI EL PACIENTE ESTÁ DORMIDO, SE LO INTUBARÁ Y SE EMPAQUETARÁ LA GARGANTA JUNTO CON EL BORDE ANTERIOR DEL PALADAR BLANDO Y LOS PILARES TONSILARES. EL LABIO SUPERIOR SE LEVANTA CON SEPARADORES. SE HACE UNA INCISIÓN EN FORMA DE U A TRAVÉS DE MUCOPEPTOSTIC HASTA EL HUESO SE HACEN INCISIONES VERTICALES EN LAS ZONAS DEL CANINO Y SEGUNDO MOLAR, DESDE PUNTOS QUE ESTÉN INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DE LA INSERCIÓN GINGIVAL HASTA EL SURCO VESTIBULAR Y PASANDO ESTE. SE HACE UNA LÍNEA HORIZONTAL QUE CONECTA AMBAS INCISIONES VERTICALES EN LA MUCOSA ALVEOLAR VARIOS MILÍMETROS POR ENCIMA DE LA INCERCIÓN GINGIVAL DE LOS DIENTES. SE LEVANTA EL TEJIDO BLANDO DEL HUESO CON PERIOSTÓTOMOS LEVÁNDOSE HACIA ARRIBA HASTA EL CONDUCTO INFRAORBITARIO. SE

TIENE CUIDADO AQUI DE IMPEDIR EL DAÑO AL NERVI0. SE HACE UNA APERTURA EN LA PARED FACIAL DEL ANTRO POR ENCIMA DE LAS RAÍCES DE LOS PREMOIARES POR MEDIO DE ESCOPOLOS, GUBIAS O FRESAS DENTALES, Y SE LO AGRANDA POR MEDIO DE PINZAS PARA--CORTAR HASTA UN TAMAÑO QUE PERMITA LA INSPECCIÓN DE LA ACTI VIDAD. EL TAMAÑO OBTENIDO EN DEFINITIVA TIENE APROXIMADAMENTE LA MEDIDA DEL EXTREMO DEL DEDO ÍNDICE.

LA APERTURA DEBE HACERSE LO SUFICIENTEMENTE ALTA COMO PARA EVITAR LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DE LA ZONA. EL PRO PÓSITO DE LA OPERACIÓN (POR EJEMPLO REMOCIÓN DE UN EXTREMO RADICULAR O DE CUERPOS EXTRAÑOS) SE REALIZA CON FACILIDAD. RARA VEZ SE REQUIERE LA REMOCIÓN RADICAL DE TODA LA MUCOSA DEL SEMO, PERO SI ESTO SE CONSIDERA ACONSEJABLE SE PUEDE HA CER FÁCILMENTE POR MEDIO DE PERIOSTÓTOMOS Y CUCHARILLAS PA RA HUESO. SE LIMPIA LA CAVIDAD, SE REPONE EL COLGAJO DE TEJIDO BLANDO QUE SU SUTURA SOBRE EL HUESO CON SUTURA DE SE DA NEGRA CON PUNTOS INTERRUMPIDOS MÚLTIPLES. SE DEJA QUE ESTAS PERMANEZCAN DURANTE UN PERÍODO DE 5 a 7 DÍAS.

LA ANESTESIA DEL CARRILLO Y DE LOS DIENTES PUEDE SER CONSECUENCIA DEL DAÑO AL NERVI0 INFRAORBITARIO O A LOS NERVIOS DENTARIOS DURANTE EL USO DEL ESCOPOLO SOBRE LA PARED--ÓSEA. ES COMÚN LA TUMEFACCIÓN DEL CARRILLO, PERO POR LO -

GENERAL ÉSTA DESAPARECE A LOS POCOS DÍAS. EL PRONÓSTICO -
ES BUENO Y ES RARO EL DESARROLLO DE CUADROS GRAVES.

LAS TÉCNICAS MODERNAS DE CIRUGÍA ORTOMÁTICA REALIZADAS-
CON TANTA FRECUENCIA HOY EN DÍA, A MENUDO VIOLAN LA INTEGRI-
DAD DEL SENOS MAXILAR. EL CONTROL COMPLETO O LA ERRADICA--
CIÓN DE LA INFECCIÓN LATENTE O INCIPIENTE ES IMPORTANTE, --
PUEDE DETERMINARSE EL ANTIBIÓTICO MÁS EFECTIVO EN EL PREOPE-
RATORIO CON PRUEBAS DE SENSIBILIDAD BACTERIANA AL MATERIAL-
OBTENIDO DEL SENOS. ESTA PRECAUCIÓN VA A REDUCIR O EVITAR-
LAS POTENCIALES COMPLICACIONES. SE RECOMIENDA EN EL PRE Y
POSTOPERATORIO, DESCONGESTIVOS NASALES PARA CONTRAER LA MU-
COSA IMPIDIENDO ASÍ EL DESARROLLO DE UN EDEMA IMPORTANTE.

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- LOS SENOS MAXILARES SON CAVIDADES MUY IMPORTANTES DADA SU RELACIÓN TAN ESTRECHA QUE GUARDAN CON LA BÓVEDA CRANEAL.
- 2.- LA SINUSITIS MAXILAR ES LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE-- DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE.
- 3.- LA SINUSITIS MAXILAR AFECTA DIRECTAMENTE LOS SENOS MAXILARES Y DE AHI SURGEN MÚLTIPLES COMPLICACIONES COMO:
 - ALTERACIÓN DE LA ESTRUCTURA ÓSEA.
 - ALTERACIÓN DE LA ÓRBITA.
 - COMPLICACIONES ENDOCRANEALES.

B I B L I O G R A F Í A

1.- CALLAGHANT

THE LANCE

AGOSTO 1986

359 PÁGINAS

2.- COLDSTEIN MARC F. Y COLS.

ALLERGI CLINICAL IMMUNOLOGY

SEPTIEMBRE 1985

524 PÁGINAS.

3.- FRANCOLINCE VIOLLER Y COLS.

CANCEF

JULY 1986

350 PÁGINAS

4.- HAM ARHUR W.

TRATADO DE PISTOLOGÍA

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, 1978 7a. EDICIÓN

935 PÁGINAS

- 5.- PORTER Y COLS
THE LANCE
MAYO 1986
1096 PÁGINAS
- 6.- R. WALD ELLEN Y COLS
THE JOURNAL OF PEDIATRICS.
FEBRERO 1984
370 PÁGINAS
- 7.- SHAPIRO GARIL Y COLS
ALLERGY CLINICAL IMMUNOLOGY
SEPTIEMBRE 1986
359 PÁGINAS.
- 8.- STELL HARAN
OTOORINOLARINGOLOGÍA CLÍNICA
PUBLICACIONES MÉDICAS
ESPAÑA 1981
713 PÁGINAS
- 9.- SYKES Y COLS
THE LANCE
AGOSTO 1986
359 PÁGINAS

10.- SYKES Y COLS

THE LANCE

AGOSTO 1986

359 PÁGINAS

11.- SCOTT CALIFFORD Y COLS

NEUROSURGERY

AGOSTO 1985

VOL. 17

370 PÁGINAS

12.- TESTUD O. JACOB

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA

EDICIONES SALVAT,

5a. EDICIÓN

869 PÁGINAS

13.- TREYOR MCGICL Y COLS

NEW ENGLAND OF MEDICINE

OCTUBRE 1985

1142 PÁGINAS