

15.  
299



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## “ SINUSITIS ”

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA DEL CARMEN HERAS MENDOZA



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



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 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.

Í N D I C E

P Á G.

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN+++++                       | 6  |
| CAPÍTULO I<br>SINUSITIS+++++            | 8  |
| CAPÍTULO II<br>SINUSITIS MAXILAR+++++   | 18 |
| CAPÍTULO III<br>SINUSITIS FRONTAL+++++  | 60 |
| CAPÍTULO IV<br>SINUSITIS ETMOIDAL+++++  | 64 |
| CAPÍTULO V<br>SINUSITIS ESFENOIDAL+++++ | 68 |
| CONCLUSIONES+++++                       | 73 |
| BIBLIOGRAFÍA+++++                       | 74 |

## I N T R O D U C C I Ó N

COMO SE PRESENTA LA SINUSITIS Y PORQUE SE INFECTAN  
LOS SENOS PARANASALES.

LA SINUSITIS SE PRESENTA CUANDO UN MICROBIO PATÓGE  
NO GENERALMENTE ESTREPTOCOCO O ESTAFILOCOCO SE LOCALIZA  
EN LA MUCOSA QUE TAPIZA LAS PAREDES DE LOS SENOS--  
PROVOCANDO LA INFLAMACIÓN. CON EXCEPCIÓN DE LA SINUSI  
TIS MAXILAR QUE CON RELATIVA FRECUENCIA PUEDE PRODUCIR-  
SE EN EL MISMO UN ABSCESO A NIVEL DEL 2o. PREMOLAR SUPE  
RIOR O EL 1er. MOLAR SUPERIOR CUYA RAÍZ ESTÁ EN ÍNTIMA-  
VECINDAD CON LA PARED INFERIOR DE DICHO SENO. LA MA--  
YOR PARTE DE LAS SINUSITIS SE PRODUCEN POR INFECCIONES-  
DE LA NARIZ, COMO RESFRIADOS NASALES, GRIPE, ALERGIAS,-  
NASALES, SARAMPIÓN, ESCARLATINA, ETC.

TAMBIÉN UN TRAUMA LOCAL PUEDE PROVOCAR SINUSITIS.

TAMBIÉN TIENDE A FAVORECER LA APARICIÓN Y LLEGAR A  
LA CAVICIDAD DE LA INFLAMACIÓN SINUSAL, LA OBSTRUCCIÓN-  
DE VÍAS NASALES (A VECES DE CAUSA CONGÉNITA), EN ESTAS-  
CIRCUNSTANCIAS LAS SECRESIONES SEROMUCOSAS DEL SENO NO-

PUEDEN FLUIR AL EXTERIOR Y SE ALMACENAN EN EL MISMO, --  
CONSTITUYENDO UN TERRENO ÓPTIMO PARA EL DESARROLLO DE -  
LOS MICROORGANISMOS PIÓGENOS (PRODUCTORES DE PUS: ES---  
TREPTOCOCOS Y ESTAFILOCOCOS).

OTRA FORMA DE PROVOCAR SINUSITIS ES EN LOS CAMBIOS  
DE PRESIÓN OCASIONADOS POR VIAJES AÉREOS Y BUCEO.

## CAPÍTULO I

### SINUSITIS.

#### A) DEFINICIÓN DE SINUSITIS.

ES LA INFLAMACIÓN DE LAS MUCOSAS QUE REVISTEN LOS-  
SENOS PARANASALES O SEA DE PEQUEÑAS CAVIDADES EXCAVADAS  
EN EL ESPESOR DEL ESQUELETO FACIAL QUE COMUNICAN CON --  
LAS FOSAS NASALES, QUE POR LO GENERAL SIGUE A LA INFEC-  
CIÓN DE LA PARTE ALTA DEL SISTEMA RESPIRATORIO. PUEDE  
SER CRÓNICA Y AGUDA.

#### B) TIPOS DE SINUSITIS.

SE DISTINGUEN LAS SIGNUIENTES SEGÚN SU LOCALIZA---  
CIÓN:

SINUSITIS FRONTAL

SINUSITIS MAXILAR

SINUSITIS ETMOIDAL

SINUSITIS ESFENOIDAL.



Senos  
frontales

Senos  
etmoidales

Senos  
esfenoidales

Senos  
maxilares

C) SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA SINUSITIS.

SIGNO:

REPRESENTACIÓN MATERIAL O FÍSICA DE LA ENFERMEDAD.

SÍNTOMA:

ES CUALQUIER SIGNO PROVOCADO POR UNA ENFERMEDAD DE LA QUE CONSTITUYE UNA MANIFESTACIÓN EVIDENTE.

MANIFESTACIONES COMUNES DE LA SINUSITIS:

LO CONSTITUYEN DOLOR EN LA CARA, YA SEA POR ENCIMA DE LA RAÍZ DE LA NARIZ O A NIVEL DE LA MEJILLA DEBAJO DE LA ÓRBITA. POR LO GENERAL EL DOLOR PUEDE IRRADIAR DIVERSOS LUGARES COMO A LOS DIENTES Y OJOS, REGIÓN FRONTAL Y MALAR, DOLOR A LA PRESIÓN Y CUANDO SE AGACHA LA--CABEZA O CON MOVIMIENTOS BRUSCOS, HAY SENSACIÓN DESAGRADABLE DE PLENITUD EN LA CABEZA; PUEDE HABER SECRESIÓN--AMARILLENTA POR EL LADO AFECTADO QUE PUEDE SALIR POR LA NARIZ O POR VÍA FARÍNGEA. LA SECRESIÓN CUANDO LLEGA A LA CRONICIDAD ES FÉTIDA Y PUEDE ESTAR MEZCLADA CON SANGRE, PUEDE HABER FIEBRE SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA INFECCIÓN.

D) CLASIFICACIÓN DE LA SINUSITIS SEGÚN LA CRONOLOGÍA DE LA MISMA.

AYUDA.- DEPENDE DE LA ACTIVIDAD O LA VIRULENCIA -- DEL ORGANISMO AGRESOR O CAUSAL, HACIENDO QUE ESTA SE MANIFIESTE TEMPRANAMENTE.

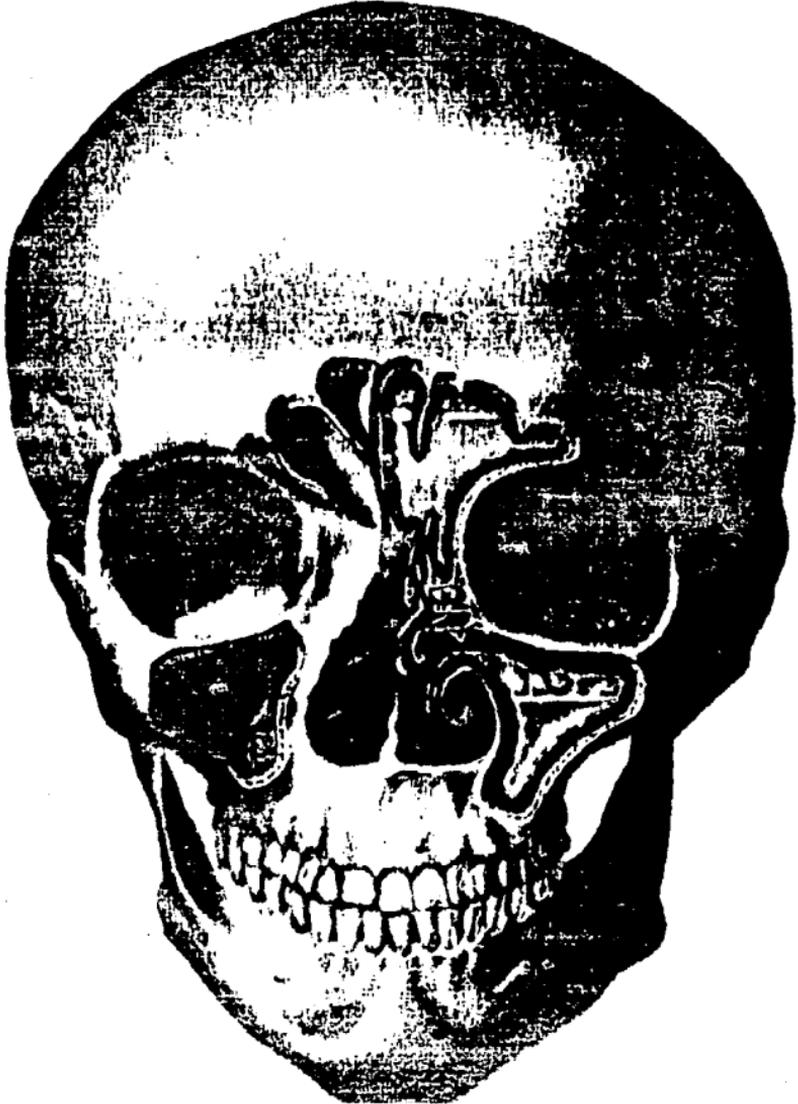
CRÓNICA.- EL CAMBIO PATOLÓGICO FUNDAMENTAL ES LA - PROLIFERACIÓN CELULAR, MUCOSA GRUESA E IRREGULAR. ESTA DEPENDE DE FACTORES, AUNQUE SUS SÍNTOMAS SON PARECIDOS- A LA SINUSITIS AGUDA A LA CUAL SIGUE CON TENDENCIA A LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR Y CON SECRESIÓN ABUNDANTE Y FÉTIDA. A MENUDO SE PRESENTAN POCOS SÍNTOMAS.

E) TIPOS DE SINUSITIS SEGÚN SU ETIOLOGÍA.

SINUSITIS POR ALTERACIONES METABÓLICAS:

LOS FACTORES PREDISPONENTES DE DISMINUCIÓN GENERAL DE LAS DEFENSAS JUNTO CON EL MICROORGANISMO, CONSTITUYEN EL MECANISMO PATOLÓGICO QUE PRODUCE LA SINUSITIS.

SINUSITIS CAUSADAS POR INFECCIONES GENERALES.- TALES COMO SARAMPIÓN, GRIPE, NEUMONÍAS, ETC.



SINUSITIS ALÉRGICAS:

ESTA SE PRODUCE POR EXPOSICIÓN A POLVOS O GASES NO CIVOS AL SISTEMA RESPIRATORIO, ALTO; TAMBIÉN EN LOS CAMBIOS DE ESTACION DEL AÑO, PRINCIPALMENTE DURANTE LA PRIMAVERA Y OTOÑO.

AGENTES PATÓGENOS POTENCIALES DEL APARATO RESPIRATORIO.

ESTOS POR TANTO PROVOCAN LAS INFECCIONES DEL MISMO. LA SINUSITIS ES SEGUIDA A ESTAS INFECCIONES, EN EL CASO DE LOS AGENTES PATÓGENOS QUE INFECTAN LA NARIZ Y SENOS.

- STAPHYLOCOCCUS AUREUS
- STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.
- HAEMOPHILUS INFLUENZAE.
- COCOS ANAEROBIOS.
- RINO VIRUS.
- MIXOVIRUS.
- ADENOVIRUS.
- CORONAVIRUS.
- ENTEROVIRUS.
- VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL.
- VIRUS DEL SARAMPIÓN.

## INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

*Staphylococcus aureus*  
*Haemophilus influenzae*  
*Streptococcus pneumoniae*  
*Pseudomonas aeruginosa*  
Especie *Moraxella* spp.  
*Neisseria gonorrhoeae* (infectivos)  
*Chlamydia trachomatis*  
*Adenovirus*  
Virus del herpes simple

### NAZIZ Y SEÑOS

*Staphylococcus aureus*  
*Streptococcus pneumoniae*  
*Haemophilus influenzae*  
*Cocci anaerobios*  
*Rinovirus*  
*Misovirus*  
*Adenovirus*  
*Coronavirus*  
*Enterovirus*  
Virus respiratorio sincicial  
Virus del sarampión

### ALVEOLOS

*Streptococcus pneumoniae*  
*Staphylococcus aureus*  
*Atiopsis pneumoniae*  
*Facharia coli* (infectivos)  
*Mycobacterium tuberculosis*  
*Haemophilus influenzae*  
Especie *Aspergillus* spp.  
*Mycoplasma pneumoniae*  
*Chlamydia psittaci*  
*Coccidia burnsi*  
Virus respiratorio sincicial  
Virus de la paramifluenza  
*Adenovirus*

### OÍDO

*Streptococcus pneumoniae*  
*Staphylococcus aureus*  
*Streptococcus β hemolítico*  
*Acinetobacter*  
*Haemophilus influenzae*

### GARGANTA Y AMIGDALAS

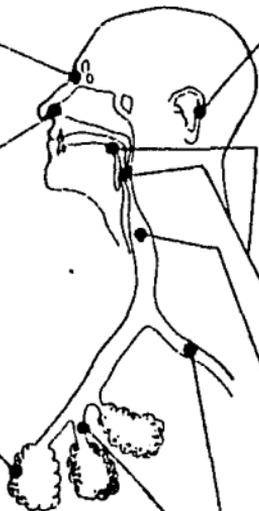
*Streptococcus β hemolítico*  
Microorganismos de Vincent  
*Cornobacterium diphtheriae*  
*Haemophilus influenzae*  
*Candida albicans*  
*Adenovirus*  
*Misovirus*  
Virus del sarampión  
Virus del herpes simple  
*Enterovirus*  
Virus respiratorio sincicial  
Virus de Epstein-Barr

### LARINGE Y TRAQUEA

*Haemophilus influenzae*  
Virus respiratorio sincicial  
(infans)  
*Misovirus*  
*Adenovirus*

### BRONQUIOS Y BRONQUIOLOS

*Haemophilus influenzae*  
*Streptococcus pneumoniae*  
*Bordetella pertussis*  
*Mycoplasma pneumoniae*  
*Misovirus*  
Virus respiratorio sincicial (lectantes)  
*Adenovirus*



STAPHYLOCOCCUS AUREUS:

ESTE ES UN AGENTE PATÓGENO POTENTE QUE ES UN PARÁSITO OBLIGADO DEL TRACTO RESPIRATORIO E INTESTINAL DE ANIMALES DE SANGRE CALIENTE. ESTE PERTENECE A LOS COCOS GRAMPOSITIVOS DE LA FAMILIA I MICROCOCCACEAE Y AL GÉNERO II ESTAFILOCOCOS (COCOS EN FORMA DE UVA).

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE:

ESTE PARÁSITO ES PRIMORDIALMENTE OBLIGADO DE LA NASOFARINGE Y PATÓGENOS IMPORTANTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, CAUSAN NEUMONÍA. ESTE PERTENECE A LOS COCOS GRAMPOSITIVOS A LA FAMILIA II STREPTOCOCCACEAE Y AL GÉNERO I STREPTOCOCCUS (COCOS FLEXIBLES).

HAEMOPHILUS INFLUENZAE:

ESTE SE ENCUENTRA EN EL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR DEL HOMBRE Y ALGUNOS ANIMALES, Y EN LA CAVIDAD BUCAL HUMANA, DONDE CAUSAN VARIOS TIPOS DE INFECCIONES.

ESTE PERTENECE A UN TIPO DE GÉNERO DE AFILIACIÓN DUDOSA.

COCOS ANAEROBIOS:

ESTOS SE ENCUENTRAN EN TRACTO RESPIRATORIO, CAVI--  
DAD BUCAL HUMANA, TRACTO DIGESTIVO.

RINOVIRUS:

ESTE SE ENCUENTRA EN EL TRACTO RESPIRATORIO PROVO--  
CANDO ENFERMEDADES AFEBRILES COMO RESFRIADO COMÚN. PER  
TENECE A LA FAMILIA DE LOS PICOINAVIRIDAE DEL GENERO DE  
LOS ENTEROVIRUS. DE LINOVIRUS HAY 90 O MAS TIPOS.

ADENOVIRUS:

ESTOS SE ENCUENTRAN DISTRIBUÍDOS EN LA NATURALEZA,  
HABIENDO 75 ESPECIES SIENDO 31 TIPOS HUMANOS. SE EN--  
CUENTRAN EN EL TRACTO RESPIRATORIO ALTO, SIENDO ESTE EL  
SITIO PRIMARIO DE INFECCIÓN. EL TRACTO RESPIRATORIO--  
BAJO Y LA CONJUNTIVA PUEDEN TAMBIÉN ESTAR AFECTADOS.

CORONAVIRUS:

SE ENCUENTRA EN TRACTO RESPIRATORIO PROVOCANDO IN--  
FECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES, RESFRIADO COMÚN, FA  
RINGITIS.

ENTEROVIRUS:

TAMBIÉN ESTE SE ENCUENTRA EN TRACTO RESPIRATORIO,-  
PROVOCANDO ENFERMEDADES AFEBRILES O RESFRIADOS COMUNES.  
ESTE ES EL GÉNERO AL QUE PERTENECE EL RINOVIRUS.

VIRUS SINCICIAL:

O VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO YA QUE SE ENCUENTRA  
EN EL TRACTO RESPIRATORIO. PRODUCE INFECCIONES DE LA-  
PARTE SUPERIOR DEL APARATO RESPIRATORIO, PRINCIPALMENTE  
EN NIÑOS.

VIRUS DEL SARAMPIÓN:

ESTE TAMBIÉN PUEDE PROVOCAR ALTERACIONES EN EL ---  
TRACTO RESPIRATORIO, YA QUE PERTENECE A LA FAMILIA PARA  
MIXIVIRIDAE Y PRODUCE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS  
Y DEL TRACTO RESPIRATORIO.

## CAPÍTULO II

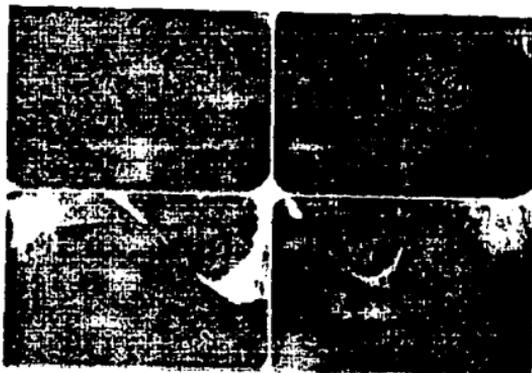
### SINUSITIS MAXILAR.

#### A) SENO DEL MAXILAR.

ES MÁS GRANDE QUE CUALQUIERA DE LOS OTROS SENOS Y SE ENCUENTRA PRINCIPALMENTE EN EL CUERPO DEL MAXILAR SUPERIOR. TAMBIÉN SE DENOMINA ANTRO DE HIGHMORE DEBIDO A QUE ESTE ANTRO QUE SIGNIFICA CAVIDAD O ESPACIO VACÍO PARTICULARMENTE ENCONTRADO EN EL HUESO, FUE DESCRITO -- POR PRIMERA VEZ POR NATHAHIEL HIGHMORE, ANATOMISTA INGLESES DEL SIGLO XVII. ESTÁ PRESENTE EN REALIDAD COMO UNA PEQUEÑA CAVIDAD EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO Y COMIENZA SU DESARROLLO DURANTE EL TERCER MES DE VIDA INTRAUTERINA, ALCANZANDO SU DESARROLLO MÁXIMO POR LO GENERAL AL COMIENZO DE LA VIDA ADULTA, ALREDEDOR DE LOS 18 AÑOS.

LA CAPACIDAD DEL ANTRO ADULTO PROMEDIO ES DE 10 a 15 ml. Y SU AUSENCIA COMPLETA ES RARA. A MENUDO EXISTEN SUBCOMPARTIMENTOS, DIVERTÍCULOS Y CRIPTAS, FORMADOS

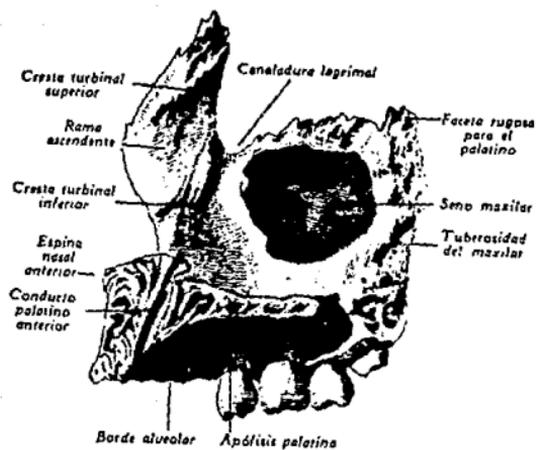
POR TABIQUES ÓSEOS Y MEMBRANOSOS. LA FIGURA MUESTRA -  
PELÍCULAS RADIOGRÁFICAS CON ESTAS CARACTERÍSTICAS.



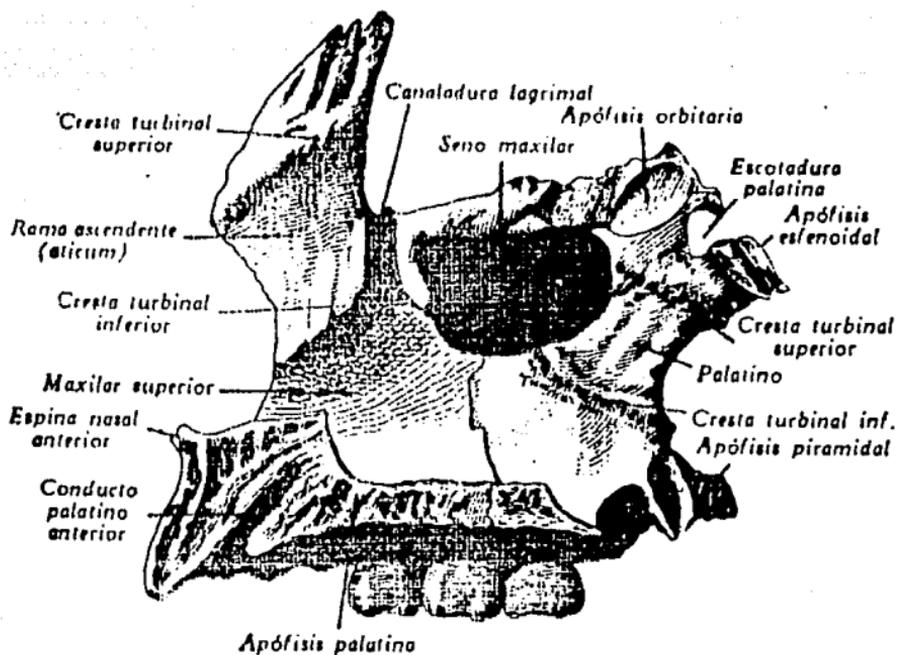
B) ANATOMÍA DEL ANTRO DE HIGHMORE O SENO DEL MAXILAR.

ESTE SE ENCUENTRA EN EL MAXILAR SUPERIOR EN SU CA-  
RA INTERNA.

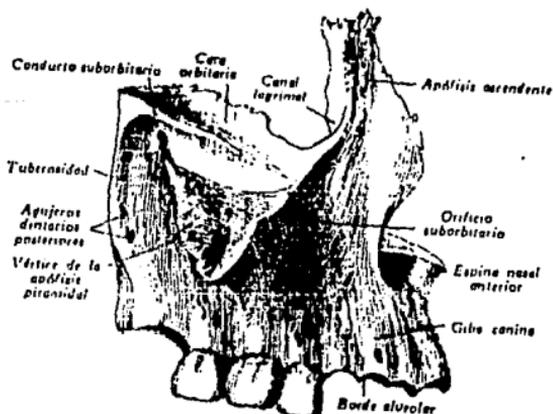
MAXILAR SUPERIOR.- ESTE HUESO FORMA LA MAYOR PARTE DE -  
LA MANDÍBULA SUPERIOR. SU FORMA SE APROXIMA A LA CUA-  
DRANGULAR, SIENDO ALGO APLANADA DE AFUERA ADENTRO. PRE  
SENTA DOS CARAS, CUATRO BORDES, CUATRO ÁNGULOS Y UNA CA  
VIDAD O SENO DEL MAXILAR.



MAXILAR SUPERIOR, CARA INTERNA.



MAXILAR SUPERIOR Y PALATINO. CARA INTERNA.



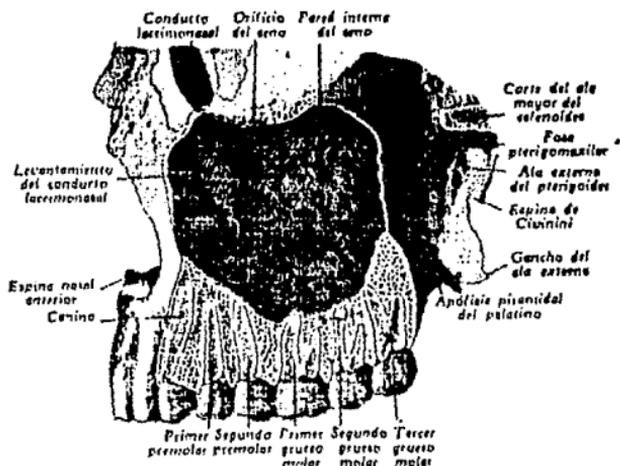
MAXILAR SUPERIOR, CARA EXTERNA.

### SENO DEL MAXILAR.

EN EL CENTRO DEL HUESO MAXILAR EXISTE UNA GRAN CAVIDAD, DENOMINADA SENO DEL MAXILAR O ANTO DE HIGHMORE, EN FORMA DE PIRÁMIDE CUADRANGULAR, DE BASE INTERNA Y VÉRTICE EXTERNO. COMO ES NATURAL DADA SU FORMA EN DICHA CAVIDAD SE DISTINGUEN PAREDES, BASE, VÉRTICE Y BORDES.

- 1) PARED ANTERIOR.- CORRESPONDE A LA FOSA CANINA -- DONDE SE ABRE EL CONDUCTO SUBORBITARIO Y ES MUY DELGADO, PUES APENAS ALCANZA 1m1. DE ESPESOR.

- 2) PARED SUPERIOR.- ES EL LADO OPUESTO DE LA CARA--  
ORBITARIA DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL Y LLEVA POR--  
CONSIGUIENTE EL CONDUCTO SUBORBITARIO POR DONDE--  
PASAN LOS NERVIOS Y VASOS INFRAORBITARIOS, EL --  
CUAL CON FRECUENCIA COMUNICA ESTA CAVIDAD.
- 3) PARED POSTERIOR.- SE CORRESPONDE A LA FOSA CIGO--  
MÁTICA.
- 4) PARED INFERIOR.- ES ESTRECHA Y ESTÁ EN RELACION--  
CON LAS RAÍCES DE LOS DIENTES.



SENO MAXILAR, SUS RELACIONES DENTARIAS.

- 5) LA BASE.- ES EN REALIDAD PARTE DE LA PARED EXTERNA DE LAS FOSAS NAALES. EN ELLA SE ENCUENTRA EL ORIFICIO DEL SENO CRUZADO POR EL CORNETE INFERIOR, DE CUYO BORDE SE DESPRENDEN 3 APÓFISIS. DE ESTAS, LA MEDIO OBLITERA LA PARTE INFERIOR -- DEL ORIFICIO DEL SENO, DEJANDO POR DELANTE DEL-- MISMO UNA SUPERFICIE DONDE DESEMBOCA EL CONDUCTO LACRIMONASAL. LA UBICACIÓN DEL ORIFICIO IMPIDE LA POSIBILIDAD DE UN BUEN DRENAJE CUANDO EL INDIVIDUO ESTÁ EN POSICIÓN VERTICAL.
- 6) VÉRTICE.- ESTÁ VUELTO HACIA EL HUESO MALAR, Y SE CORRESPONDE CON EL VÉRTICE DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL.

C) FISIOLOGÍA DEL SENO MAXILAR.

EL SENO DEL MAXILAR AL IGUAL QUE LOS DEMÁS ESTÁN TAPIZADOS CON UNA MUCOSA DELGADA ADHERIDA AL PERIOSTIO. EL EPITELIO SILIADO AYUDA A LA REMOCIÓN DE LAS EXCRECIONES Y SECRESIONES QUE SE FORMAN EN LA CAVIDAD SINUSAL.

LOS SILIOS SOSTIENEN EL MATERIAL EXTRAÑO EN SUS PUNTAS DE MANERA MUY SIMILAR A LAS QUE LAS RAMITAS O LAS HOJAS SON MANTENIDAS EN LA SUPERFICIE DE MUCHAS BRISNAS DE

PASTO. LAS ONDAS DE ACCIÓN SILIAR LLEVAN EL MATERIAL - DE UNA REGIÓN SILIADA HACIA LA OTRA, HASTA EL OSTIUM. ESTAS ONDAS PODRÍAN COMPARARSE CON LA ACCIÓN DEL VIENTO-ONDULANDO UN CAMPO DE TRIGO DE UN LADO A OTRO. SOLO -- UNA MEMBRANA PATOLÓGICA QUE TIENE ACCIÓN SILIAR DEFICIENTE O CAREZCA DE SITIOS YA SEA TOTAL O PARCIALMENTE PERMITIR QUE LOS MATERIALES EXTRAÑOS SE ASIEN EN SU--SUPERFICIE.

\*ENTRE LAS FUNCIONES DE LOS SENOS PARANASALES EN GENERAL SON LAS SIGUIENTES:

- 1) DAR RESONANCIA A LA VOZ (NÓTESE EL SONIDO - DE LAS PALABRAS EN PERSONAS RESFRIADAS).
- 2) ACTÚAN COMO CÁMARAS DE RESERVA PARA ENTIBIAR EL AIRE RESPIRADO.
- 3) REDUCIR EL PESO DEL CRÁNEO.

DURANTE LA INSPIRACIÓN, LA SUCCION A TRAVÉS DE LA - CAVIDAD NASAL EXTRAE AIRE ENTIBIADO DE LOS SENOS POR MEDIO DE SUS CONDUCTOS DE TAL MANERA QUE LA MUCOSA DE LOS-SENOS SE CONTINÚA CON LA DE LA NARIZ Y DEBIDO A ESTO SE-REALIZA LA VENTILACIÓN Y DRENAJE DE LOS SENOS.

D) PATOLOGÍA DEL SENO DE MAXILAR.

SE ESTIMA EN GENERAL QUE ENTRE UN 10 y 15% DE LOS ESTADOS PATOLÓGICOS QUE COMPRENDEN EL SENO DEL MAXILARES DE ORIGEN DENTARIO O RELACIÓN DENTARIA, SIENDO EL OTRO PORCENTAJE DEL 80 a 85% A SOLO SINUSITIS O ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SENO.

LA SINUSITIS COMO YA SE DIJO, ES POR LO GENERAL CONSECUENCIA DE UNA CARIZA AGUDA, GRAVE O INFECCIONES GENERALES, INFECCIONES ALÉRGICAS O ALTERACIONES METABÓLICAS.

DENTRO DE LOS ESTADOS PATOLÓGICOS DE ORIGEN O RELACIÓN DENTARIA SE INCLUYEN ABERTURAS ACCIDENTALES EN EL PISO DEL SENO DURANTE LA EXTRACCIÓN DE DIENTES, EL DESPLAZAMIENTO DE RAÍCES O AÚN DE DIENTES ENTEROS AL INTERIOR DEL ANTRO DURANTE EL INTENTO DE EXTRACCIÓN, E INFECCIONES INTRODUCIDAS A TRAVÉS DEL PISO ANTRAL POR DIENTES ABSCEDADAS, SEA POR LA VARIEDAD APICAL O LATERAL. POR LO GENERAL LAS INFECCIONES TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE APARICIÓN EN AQUELLOS CASOS EN QUE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ESTÁN SEPARADAS DEL PISO DEL SENO POR UNA DELGADA LAMINILLA DE HUESO, PERO SE HA INFORMADO EN QUE A VECES ESTE HUESO ES GRUESO Y FUERTE.

EL EMPIEMA DEL SENOS PUEDE PRODUCIRSE COMO RESULTADO DE UN CURETAJE DEMASIADO ACTIVO DE LOS ALVÉOLOS RADI-  
CULARES DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES. ESTE PROCEDIMIENTO POR SUPUESTO ES DESACONSEJADO Y SOLO DEBE HACERSE A-  
LO SUMO UN RASPADO LIGERO Y SUAVE. EL USO INDISCRIMI-  
NADO Y A CIEGAS DE UNA CUCHARILLA PARA HUESO DEBE SER--  
CONDENADO, DADO QUE ES EL MEDIO DE DISEMINAR LA INFECC-  
CIÓN HACIA EL HUESO Y LOS TEJIDOS BLANDOS, EN CUALQUIER  
PARTE DE LA BOCA. SIN EMBARGO ES POSIBLE A VECES QUE-  
LA INFECCIÓN INVOLUCRE EL SENOS SIN RAZÓN APARENTE.

A MENUDO SE ENCUENTRAN QUISTES DENTÍGENOS EN EL SE-  
NO. OTRAS ENTIDADES PATOLÓGICAS INCLUYEN QUISTES DE -  
LA MUCOSA SINUSAL, NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS, OS-  
TEOMIELITIS, RINOLITOS ANTRALES Y PÓLIPOS. LOS ANGIO-  
MAS MIOMAS, FIBROMAS Y TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES CEN-  
TRALES, RARA VEZ INVADEN EL SENOS. LOS ODONTOMAS QUI-  
STICOS PUEDEN HACERLO. POR LO GENERAL ESTÁN ENCAPSULA-  
DOS Y PUEDEN SER SEPARADOS RÁPIDAMENTE SIN COMPROMETER-  
EL ANTRO.

EL OSTEOMA, QUE ES UN TUMOR GENIGNO, A MENUDO SE--  
TRATA RADICALMENTE CUANDO INVADEN ESTA ZONA. SI OBLITE-  
RA EL SENOS, CON FRECUENCIA PROVOCA UNA CONSTRICCIÓN ME-  
CÁNICA DE LAS ESTRUCTURAS VITALES, DE MANERA QUE ES NE-

CESARIA UNA HEMIMAXILECTOMÍA.

EL AMELOBLASTOMA QUE INVADE EL SENO PROVOCA UNA---  
MARCADA EXPANSIÓN DE LAS PAREDES FACIAL Y NASAL. LOS-  
ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS, POR LO GENERAL REVELAN EL CARÁCTER DE LA LESIÓN.

LOS TUMORES MIXTOS SUFREN CAMBIOS MALIGNOS Y TRAEN  
COMO RESULTADO UN RÁPIDO CRECIMIENTO Y LA INVASIÓN DE -  
LA ZONA. LAS LESIONES DEL TEJIDO CONECTIVO, TALES CO-  
MO LOS SARCOMAS FIBROGÉNICOS Y OSTEOGÉNICOS, RARA VEZ--  
COMPROMETEN EL SENO. SI LO HACE, POR LO GENERAL ES EN  
LA NIÑEZ Y OFRECE UN MAL PRONOSTICO. LAMENTABLEMENTE,  
LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LOS TUMORES MALIGNOS --  
APARECEN EN ESTA REGIÓN CUANDO LA ENFERMEDAD HA ALCANZA  
DO UN ESTUDIO INOPERABLE.

EL CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL ANTRO ES MÁS COMÚN --  
QUE EL SARCOMA. ESTOS ESTADOS PUEDEN ESTAR PRESENTES-  
DURANTE CIERTO TIEMPO SIN PRODUCIR EVIDENCIAS CLÍNICAS.  
LOS DIENTES PUEDEN AFLOJARSE, Y PRODUCIR DOLOR. SI SE  
HACE LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES, LOS ALVÉOLOS NO CICA  
TRIZAN. LAS METASTASIS EN LOS ÓRGANOS VITALES PUEDEN-

PROVOCAR LA MUERTE ANTES DE QUE SE PRODUZCA LA EXTEN---  
SIÓN LOCAL. A MENUDO LA TUMEFACCIÓN FACIAL ES LA PRIN  
CIPAL RAZÓN PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA. EN EL INTE--  
RES DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ, DEBE PRESENTARSE PARTICULAR  
ATENCIÓN AL DOLOR PERSISTENTE O INCURRENTE EN LOS DIEN-  
TES O EN LA CARA SIN CAUSA DENTARIA CLARA.

E) ENFERMEDADES DE SENO DEL MAXILAR.

DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL SENO DEL-  
MAXILAR ES LA SINUSITIS, TANTO AGUDA, SUBAGUDA Y CRÓNICA,  
PERO DENTRO DE LAS ENFERMEDADES MALIGNAS EN LAS CUA  
LES DEBEMOS PONER ATENCIÓN LOS CIRUJANOS DENTISTAS ES -  
EL CARCINOMA DEL SENO DEL MAXILAR, ASÍ COMO LOS TUMORES  
DEL MISMO, AUNQUE MUY RAROS, PERO NO DEBEMOS DARLOS POR  
ALTO.

SINUSITIS DEL MAXILAR:

ESTA APARECE EN FORMA AGUDA, SUBAGUDA Y CRÓNICA.

EL DIAGNÓSTICO CUIDADOSO ES IMPORTANTE, DADO QUE -  
LA CURA DE LA ENFERMEDAD DEPENDE DE LA ELIMINACIÓN DE--  
LA CAUSA. ES IMPORTANTE DETERMINAR SI ESTÁN INVOLUCRA

DOS LOS SENOS. EN MUCHOS CASOS EL SENO DEL MAXILAR SE INFECTA A PARTIR DEL ETMOIDAL O DE LA NARIZ MISMA.

1.- \* SÍNTOMAS DE LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA:

DEPENDE DE LA ACTIVIDAD O VIRULENCIA DEL ORGANISMO AGRESOR Y LA PRESENCIA DE UN OSTIUM-- OCLUÍDO. EL PRINCIPAL SÍNTOMA ES SEVERO DO LOR, QUE ES CONSTANTE Y LOCALIZADO. PUEDE-- PARECER AFECTAR EL GLOBO OCULAR, EL CARRILLO Y LA REGIÓN FRONTAL. LOS DIENTES EN ESAS-- ZONAS SON MUY MOLESTOS Y DOLOROSOS. CUAL-- QUIER MOVIMIENTO INUSUAL PUEDE ACENTUAR EL - SUFRIMIENTO. LA DESCARGA NASAL PUEDE SER - PRIMERO FLUIDA Y ACUOSA Y SEROSA, PERO RÁPI-- DAMENTE SE VUELVE DE FORMA MUCOPURULENTA, -- CHORREANDO A LA NASOFARINGE.Y PROVOCANDO UNA IRRITACIÓN CONSTANTE. ESTO PRODUCE EXPECTO RACIÓN, DEGLUCIÓN Y UN CARRASPEO CONSTANTE.

EN EL TIPO DE SINUSITIS QUE SE DESARROLLA -- POR UN DIENTE INFECTADO, LA SECRESIÓN TIENE-- UN OLOR MUY DESAGRADABLE. SE PRODUCE CON-- LA ENFERMEDAD UNA TOXEMIA GENERAL, QUE CAUSA

ESCALOFRÍOS, SUDOR, ELEVACIÓN DE LA TEMPERATURA, MAREOS Y NÁUSEAS Y ES COMÚN LA DIFICULTAD RESPIRATORIA.

2.- \* SINUSITIS MAXILAR SUBAGUDA:

ESTA CARECE DE SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA COMGESTIÓN AGUDA, TALES COMO DOLOR Y LA TOXEMIA GENERALIZADA. LA DESCARGA ES PERSISTENTE Y SE ASOCIA CON UNA VOZ NASAL Y NARIZ TAPADA. ES COMÚN EL DOLOR DE GARGANTA. EL PACIENTE SE SIENTE DECAIDO, SE CANSA CON FACILIDAD Y A MENUDO NO PUEDE DORMIR BIEN DEBIDO A LA --TOS IRRITANTE QUE LO MANTIENE DESPIERTO.

ESTA SINUSITIS SUBAGUDA PUEDE SER EL ESTADÍO INTERMEDIO ENTRE LA SINUSITIS AGUDA Y LA CRÓNICA Y EN MUCHOS CASOS PUEDE CONTINUAR HASTA UN ESTADÍO DE SUPURACIÓN CRÓNICA. ES IMPORTANTE UN TRATAMIENTO MEDIO Y QUIRÚRGICO ADECUADO, PARA IMPEDIR QUE EL CASO AGUDO SE ---TRANSFORME EN DEFINITIVA, EN CRÓNICO. EL--ALIVIO PUEDE VENIR RÁPIDA O LENTAMENTE, PERO POR LO GENERAL SE PRODUCE POCO DESPUÉS DE HA

BERSE MEJORADO EL DRENAJE DEL SENOS Y PERMITIDO QUE LAS SECRECIONES ABANDONEN LA CAVIDAD TAN RÁPIDAMENTE COMO SE FORMAN.

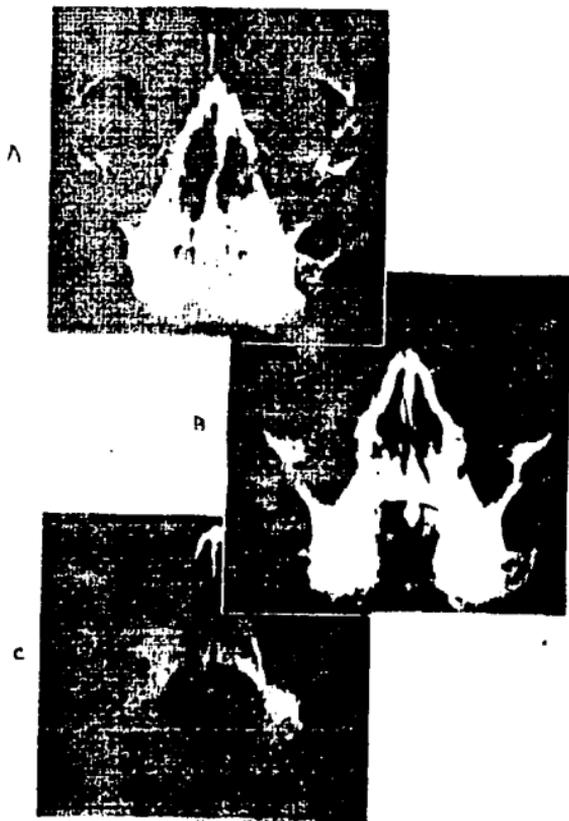
3.- \* SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA:

ESTA ES SEGUIDA DE LA AGUDA O SUBAGUDA, Y ES PRODUCIDA POR LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1.- ATAQUES REPETIDOS DE ARTRITIS AGUDA O UN ATAQUE ÚNICO QUE HA PERSISTIDO HASTA UN ESTADÍO CRÓNICO.
- 2.- UN FOCO DENTAL AL QUE NO SE HA PRESTADO ATENCIÓN O SE HA PASADO POR ALTO.
- 3.- INFECCIÓN CRÓNICA EN LOS SENOS FRONTALES O ETMOIDALES.
- 4.- ALTERACIÓN DEL METABOLISMO.
- 5.- FATIGA.
- 6.- EXCESOS, PREOCUPACIONES, DEFICIENCIAS DIE TÉTICAS Y FALTA DE SUEÑO.
- 7.- ALERGIAS.

8.- Desequilibrios endócrinos y enfermedades debilitantes de todo tipo.

El cambio patológico fundamental en la sinusitis - crónica es el de la proliferación celular. La mucosa es gruesa e irregular. Como se muestra en esta figura radiográficamente.



A.- OPACIDAD MARCADA DE AMBOS SENOS MAXILARES. B.- ESPESAMIENTO DEL RECUBRIMIENTO MUCOSO QUE SE RELACIONA CON SINUSITIS MAXILAR-CRÓNICA. C.- ANTRO DERECHO ÓPACO, PRODUCIDO POR UN TRAUMATISMO QUE PROVOCÓ LA FRACTURA DEL REBORDE INFRAORBITARIO DERECHO.

EN ALGUNOS CASOS, LA LUZ DE LA CAVIDAD PUEDE ESTAR CASI TOTALMENTE ALVIDADA POR LAS MEMBRANAS ESPESADAS. EL PROCESO EDEMATOSO INTERESA AL OSTIUM, PROVOCANDO UN BLOQUEO COMPLETO QUE HACE CESAR EL DRENAJE.

F) HALLAZGOS CLÍNICOS DE SINUSITIS MAXILAR.

EL ENFERMO CON SINUSITIS MAXILAR AGUDA TIENE GENERALMENTE ANTECEDENTES DE UNA CORIZA AGUDA RECIENTE Y -- SUELE QUEJAR MALESTAR, CEFALAGIA Y FIEGR. COMO LA TEMPERATURA NO SUELE SER MUY ALTA (37.2 a 37.8°), UNA ELEVACIÓN INTENSA HACE PENSAR EN UNA INFECCIÓN EN ESPACIO-CERRADO O ALGUNA OTRA COMPLICACIÓN. LAS MOLESTIAS SUELEN MANIFESTARSE DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS DE LA ENFERMEDAD Y DISMINUIR CON LA APARICIÓN Y DERRAME DE LAS SECRECIONES NASALES.

LA OBSTRUCCIÓN NASAL AUMENTA HASTA UNA SENSACIÓN -- DE PRESIÓN Y DESPUÉS A DOLOR MÁS O MENOS INTENSO SOBRE LAS REGIONES DEL ANTRO MAXILAR, GENERALMENTE EN LA MEJILLA, ALGUNAS VECES EN LA FRENTE Y EN ALGÚN CASO A LO -- LARGO DEL BORDE ALVEOLAR SUPERIOR, LO CAUAL DA LA IMPRESIÓN EQUIVOCADA DE QUE EXISTE UNA INFECCIÓN DENTARIA. LA CEFALALGIA Y LOS DOLORS SE MANIFIESTAN EN FORMA DE-

PRESIÓN SORDA Y AUMENTAN CON LOS MOVIMIENTOS Y LOS CAMBIOS-- DE POSICIÓN, COMO AL DOBLARSE O AL AGACHARSE. EXISTE UNA-- PERIODICIDAD EN ESTE PATRÓN DOLOROSO. GENERALMENTE NO EXISTE DOLOR CUANDO EL ENFERMO SE LEVANTA DE LA CAMA, PERO EMPIEZA 2 Ó 3 HORAS DESPUÉS Y LUEGO DISMINUYE PASANDO EL MEDIO -- DÍA.

PUEDE EXISTIR LIGERO EDEMA Y ENROJECIMIENTO DE LA MEJILLA ACOMPAÑADAS DE SENSIBILIDAD A LA PRESIÓN SOBRE ESTA ZONA PERO DEBE RECORDARSE QUE ESTOS SIGNOS TAMBIÉN PUEDEN ENCON-- TRARSE EN INFECCIONES DENTARIAS. LA MUCOSA NASAL ESTÁ ENROJECIDA Y TUMEFACTA Y SE OBSERVA UN DERRAME PURULENTO EN EL -- MEATO MEDIO Y EN LA FARINGE POSTERIOR; EL DERRAME PUEDE SER-- SANGUINOLENTO DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS DE LA ENFERMEDAD.

EN LA SINUSITIS CRÓNICA LOS HALLAZGOS CLÍNICOS SON ESPECIALMENTE DERRAME PURULENTO.

G) HISTORIA CLÍNICA DE SINUSITIS MAXILAR:

NO EXISTEN FACTORES DE EDAD, SEXO, RAZA O DISTRIBUCIÓN-- GEOGRÁFICA QUE CONTRIBUYAN A UNA INSIDENCIA O SUSCEPTIBILI-- DAD ESPECIALES.

#### H) ETIOLOGÍA DE SINUSITIS MAXILAR.

LOS FACTORES PREDISPONENTES DE DISMINUCION GENERAL DE LAS DEFENSAS Y OBSTRUCCIÓN DEL OSTIUM MAXILAR, JUNTO CON UN MICROORGANISMO INFECTANTE CONSTITUYEN EL MECANISMO PATOLÓGICO QUE-- PRODUCE LA SINUSITIS AGUDA. EL ORIGEN MÁS FRECUENTE DE INFECCIÓN ES LA CORIZA AGUDA O RINITIS AGUDA CON PROPAGACIÓN DIRECTA DEL SENO. LAS INFECCIONES GENERALES COMO EL SARAMPIÓN, -- GRIPE, Y NEUMONÍAS PUEDEN DESENCADENAR UNA SINUSITIS.

LA EXPOSICION A POLVOS Y GASES NOCIVOS PUEDEN SER UN FACTOR PREDISPONENTE.. UN TRAUMATISMO DIRIGIDO DIRECTAMENTE AL SENO PUEDE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LA INFECCIÓN. LOS CAMBIOS BAROMÉTRICOS RÁPIDOS (COMO EN LOS VIAJES AÉREOS) PUEDEN ORIGINAR UNA AEROSINUSITIS, ESPECIALMENTE SI EL OSTIUM SINUSAL ESTÁ PARCIALMENTE OBSTRUÍDO, COMO SUCEDE EN LA INFECCIÓN POR CORIZA O EN LA TUMEFACCIÓN ALÉRGICA. LA ENTRADA BRUSCA DE -- AGUA INFECTADA A LA NARIZ, COMO PUEDE SER O SUCEDER EN LAS ZAMBULLIDAS O AL NADAR, PUEDE ORIGINAR UN ATAQUE DE SINUSITIS AGUDA.

CONSTITUYEN FACTORES PREDISPONENTES LAS OBSTRUCCIONES ANATÓMICAS COMO LAS DESVIACIONES DEL TABIQUE NASAL, CORNETES ANORMALES Y ADENOIDES AGRANDADAS. TAMBIÉN CAUSAN OBSTRUCCIÓN LAS

INFECCIONES NASALES, LOS PÓLIPOS Y LAS ALERGIAS QUE ORIGINAN HIPERTROFIAS MUCOSAS, ASÍ COMO LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS.

LOS ATAQUES REPETIDOS DE SINUSITIS SON DEBIDO A LA FALTA DE RESISTENCIA DE LA PERSONA SITUADA, EN UN AMBIENTE DESFAVORABLE A UNA OBSTRUCCIÓN PERSISTENTE DE LOS OSTIUMS DE LOS SENOS O A UNA SINUSITIS NO CURADA.

I) HALLAZGOS DE LABORATORIO:

LA TRANSILUMINACIÓN DE LOS SENOS EN UNA HABITACIÓN OSCURA RESULTA A MENUDO ÚTIL COMO PROCEDIMIENTO DE TRIAJE, PERO EL ÚNICO MEDIO DE DIAGNÓSTICO IMPORTANTE SON LAS RADIOGRAFIAS DE LOS SENOS.

LOS ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS DETERMINAN EL MICROORGANISMO CAUSAL, GENERALMENTE UN NEUMOCOCO, ESTREPTOCOCO O ESTAFILOCOCO. UN DERRAME PURULENTO DE MAL OLOR PROCEDENTE DEL ANTRO MAXILAR ES DEBIDO GENERALMENTE A UNA INFECCIÓN BUCAL, EN CUYO CASO PUEDEN IDENTIFICARSE ESTREPTOCOCOS ANAEROBIOS, BACILOS COLIFORMES Y OTROS GÉRMENES PATÓGENOS DE LA CAVIDAD BUCAL. EL MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POCAS VECES PUEDE SER RESPONSABLE DE LAS INFECCIONES SINUSALES. EN LA ACTUALIDAD

SE ENCUENTRA CON MÁS FRECUENCIA QUE ANTES, HONGOS, COMO EL AS PERGUILLUS, DEBIDO AL MAYOR EMPLEO DE ANTIBIÓTICOS Y DE LOS - ESTEROIDES EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES NAALES.

J) DIAGNÓSTICO DE SINUSITIS MAXILAR:

EL RECONOCIMIENTO DE LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA SE EFECTÚA EN UN ENFERMO:

- 1) CON ANTECEDENTES DE SUFRIR CORIZA.
- 2) QUE PRESENTA DOLOR FACIAL, GENERALMENTE SOBRE LA MEJILLA.
- 3) SIGNOS DE INFECCIÓN NASAL MANIFESTADA POR ENROJECIMIENTO, TUMEFACCIÓN Y DERRAME PURULENTO Y
- 4) UN ANTRO MAXILAR OSCURO EN LA TRANSLUMINACIÓN Y-DATOS RADIOGRÁFICOS POSITIVOS.

EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEBEN TENERSE EN CUENTA LA NEURALGIA DENTARIA, NEURALGIA DEL TRIGEMINO, ARTERITIS TEMPORAL, NEOPLASIAS DE LA NASOFARINGE Y DE LOS SENOS Y NEURALGIA-HERPÉTICA O POSTHERPÉTICA.

EL DERRAME NASAL PURULENTO PUEDE SER DEBIDO A UNA DIFTERIA NASAL O A CUERPOS EXTRAÑOS EN LA NARIZ, ESPECIALMENTE EN-LOS NIÑOS.

K) COMPLICACIONES GENERALES DE SINUSITIS MAXILAR:

LAS INFECCIONES DE LOS SENOS PARANASALES, SON PROCESOS-- MORBOSOS LOCALIZADOS, PERO EL MAL ESTADO GENERAL DE SALUD Y-- RESISTENCIA DEL PACIENTE PUEDEN SER FACTORES PREDISPONENTES - QUE CONTRIBUYEN A QUE APAREZCA LA INFECCIÓN. COMO TODAS LAS INFECCIONES, PUEDE PROVOCARSE UNA RESPUESTA GENERALIZADA EN-- FORMA DE TOXEMIA QUE SE PRODUCE A CONSECUENCIA DE LA INFECC--- CIÓN.

LAS COMPLICACIONES GRAVES PUEDEN CONSISTIR EN OSTEOMIELII TIS, MENINGITIS, TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO Y SEPTICEMIA. PUEDE PRODUCIRSE BRONQUITIS, BRONQUIECTASIAS O NEUMONÍAS.

L) TRATAMIENTO:

EN GENERAL, LOS METODOS PROFILÁCTICOS PARA EVITAR LA SI-- NUSITIS MAXILAR AGUDA NO SON ESPECÍFICOS DE LA ENFERMEDAD SI-- NO SON MEDIDAS DESTINADAS A PROMOVER Y MANTENER EN ESTADO DE-- SALUD Y DE RESISTENCIA GENERAL, EMPLEANDO MEDIOS FARMACOLÓGI-- COS, QUIRÚRGICOS Y DE SOSTÉN. LA INFECCIÓN PUEDE TRATARSE-- CON ANTIBIÓTICOS ESPECÍFICOS DESPUÉS DE HABER OBTENIDO CULTI-- VOS, JUNTO CON EL EMPLEO DE VASOCONSTRICTORES.

1.- TRATAMIENTO DE ABERTURAS ACCIDENTALES A SENOS DE MAXILAR.

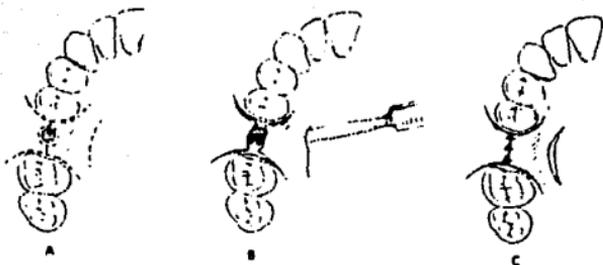
SI SE OBTIENE INFORMACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS PREOPERATIVAS DE QUE LOS EXTREMOS RADICULARES DE LOS DIENTES EXTRAEREN PENETRAN EN EL PISO DEL SENOS, Y SI SE SOSPECHA DE ESTO UNA VEZ TERMINADA LA EXODONCIA, SE DA INSTRUCCIONES AL PACIENTE PARA QUE CIERRE LAS NARINAS CON LOS DEDOS Y SOPLE SUAVEMENTE POR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

SI ESTA ABERTURA ES PEQUEÑA Y SE TIENE MUCHO CUIDADO, TAL COMO EVITAR EL USO DE IRRIGACIONES, ENJUAGATORIOS BUCALES VIGOROSOS Y SONARSE FRECUENTE E INTENSAMENTE LA NARIZ, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE VA A FORMAR UN BUEN COÁGULO QUE SE ORGANIZA Y PRODUCE CICATRIZACIÓN NORMAL. EN NINGÚN MOMENTO DEBE EMPAQUETARSE EN ESTOS ALVÉOLOS GASAS, ALGODÓN U OTROS MATERIALES, DEBIDO A QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ESTOS PROCEDIMIENTOS VAN A PERPETUAR LA ABERTURA EN LUGAR DE SERVIR COMO MEDIO PARA PROVOCAR SU CIERRE.

DEBE EVITARSE, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, SONDEAR EL ALVÉOLO CON INSTRUMENTOS, DE MANERA QUE NO SE INTRODUZCA LA INFECCIÓN DE LAS ZONAS CONTAMINADAS.

SI EL PISO DEL ANTRO ESTÁ COMPLETAMENTE INTERRUMPIDO Y -  
QUEDAN TROZOS DE HUESO SOBRE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DES---  
PUÉS DE LA EXTRACCIÓN, Y SI LA INSPECCIÓN REVELA UNA ABERTURA  
GRANDE Y PERMEABLE, DEBE HACERSE SU INMEDIATO CIERRE. EL -  
CIERRE PRIMARIO REDUCE LA POSIBILIDAD DE CONTAMINACIÓN DEL SE  
NO, QUE PODRÍAN PERSISTIR DURANTE CIERTO TIEMPO Y REQUERIR UN  
ESFUERZO MUCHO MAYOR PARA MANEJAR Y CURAR. A MENUDO ESTO IM  
PIDE LA FORMACIÓN DE UNA FÍSTULA OROANTRAL, QUE REQUERIRÍA --  
UNA ULTERIOR CIRUGÍA DE UN TIPO MAS EXTENSO Y DIFÍCIL.

UN PROCEDIMIENTO SIMPLE QUE PRODUZCA BUENOS RESULTADOS -  
PARA EL CIERRE DE UNA ABERTURA GRANDE Y ACCIDENTAL DEL SENO--  
SE DESCRIBE DE LA SIGUIENTE MANERA: SE LEVANTA EL MUCOPERIOS-  
TIO TANTO POR VESTIBULAR COMO POR LINGUAL Y SE REDUCE SUSTAN-  
CIALMENTE LA ALTURA DEL REBORDE ALVEOLAR EN EL SITIO DE LA---  
ABERTURA. LOS BORDES DE LOS TEJIDOS BLANDOS SE VAN APROXI--  
MAR, SE AVIVAN DE MANERA QUE LAS SUPERFICIES CRUENTAS ESTÉN--  
EN CONTACTO ENTRE SÍ. SE HACEN INCISIONES RELAJANTES COMO--  
SE ILUSTRAN EN LA FIGURA.



CIERRE DE UNA ABERTURA SINUSAL ACCIDENTAL GRANDE EN EL ARCO DENTARIO. A.- SE HACEN INCISIONES ALREDEDOR DE LOS DIENTES Y A TRAVÉS DE LA ABERTURA. SE HACE UNA INCISIÓN RELAJANTE EN EL PALADAR, EVITANDO LA ARTERIA PALATINA. SE REDUCEN CON UNA GUBIA LAS PAREDES ALVEOLARES VESTIBULAR Y PALATINA. B.- SE AVIVAN LOS BORDES DEL REBORDE Y SE LEVANTAN LOS COLGAJOS. UN PERIOSTOTOMO DESPEGA EL MUCOPERIOSTIO PALATINO DE MANERA QUE SE POSIBILITA LA APROXIMACION DE LOS BORDES MUCOSOS. C.- SE SUTURAN LOS COLGAJOS. LA CICATRIZACIÓN DEBE PRODUCIRSE POR PRIMERA INTENCION. SE DEJA ABIERTA LA HERIDA PALATINA.

SE PUEDEN HACER ENTONCES SUTURAS SIN TENSION. LOS BORDES SE ACERCAN ENTRE SÍ CON SUTURAS DE COLCHONERO REFORZADAS CON SUTURAS MÚLTIPLES INTERRUMPIDAS, CON SEDA NEGRA #3-0 COMO EN LA FIGURA SIGUIENTE.



CIERRE DE UNA GRAN ABERTURA ACCIDENTAL DEL SENO EN UNA ZONA--  
DESIDENTADA (PÉRDIDA DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR). A.- LA ABER--  
TURA DEL SENO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.  
B.- REDUCCIÓN DE LAS PAREDES VESTIBULAR Y PALATINA PARA PERMI--  
TIR LA COAPTACIÓN DE LOS COLGAJOS DE TEJIDOS BLANDOS VESTIBU--  
LAR Y PALATINO. LOS COLGAJOS SE RECORTAN DE MANERA CONSERVA--  
DORA PARA FORMAR UNA LINEA PAREJA. C.- SE SUTURAN LOS COLGA--  
JOS.

ESTA SUTURA ES PREFERIBLE AL REABSORBIBLE (POR EJEMPLO--  
CATGUT) DEBIDO A QUE EVITA LA POSIBILIDAD DE QUE LAS SUTURAS--  
SE SALGAN DEMASIADO PRONTO, LO QUE PODRÍA TAL VEZ LIMITAR EL--  
ÉXITO DEL CIERRE.

LAS SUTURAS SE DEJAN EN SU SITIO DURANTE 5 6 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 A LA POTENCIAL INFECC--  
CIÓN DEL ANTRO, SEA POR EXTENSIÓN DIRECTA DE UN ABSCESO API--  
CAL O A TRAVÉS DE LA PERFORACIÓN ACCIDENTAL DEL PISO DEL SENO  
DURANTE LA EXODONCIA. UN ÁPICE RADICULAR FRACTURADO QUE ---  
ESTÉ SEPARADO DEL PISO DEL SENO POR UNA LAMINA DE HUESO PAPI--  
RACEO PUEDE SER FACILMENTE EMPUJADO AL INTERIOR DEL ANTRO E--  
INOCULADO CON BACTERIAS VIRULENTAS. A MENOS QUE EL OPERADOR  
SEA HABILIDOSO EN LA REMOCIÓN DE TAL ÁPICE RADICULAR ACCIDEN--  
TAL DESPLAZADO, SU MANIPULACIÓN Y EL TRAUMATISMO SERÁN SEGUI--  
DOS POR LO GENERAL DE UNA INFECCIÓN AGUDA. SI UN BREVE Y --  
PRECISO ESFUERZO PRIMARIO POR RETIRAR EL ÁPICE RADICULAR NO--  
TIENE ÉXITO, DEBE ABANDONÁRSELE Y DEJARSE CICATRIZAR LA HERI--  
DA. SI ESTA ES GRANDE, DEBEN APROXIMARSE EL MUCOPERIOSTIO--  
VESTIBULAR Y EL PALATINO.

DEBE INFORMARSE AL PACIENTE DE LA EXISTENCIA DEL FRAGMEN--  
TO RADICULAR DESPLAZADO. EL ABORDAJE QUIRÚRGICO PARA LA RE--  
MOCIÓN DE UNA RAÍZ EN EL SENO DEL MAXILAR NO DEBEN HACERSE A--  
TRAVES DEL ALVÉOLO, UNA VEZ HECHO EL INTENTO PRIMARIO DE RECU--  
PERAR LA RAÍZ. SE DEBE REALIZAR A TRAVÉS DE UNA INCISIÓN DE  
CALDWELL-LUC, QUE PERMITE UNA VISUALIZACIÓN ADECUADA A TODO--  
EL SENO.

OCASIONALMENTE, DURANTE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, ESTE DESAPARECERÁ REPENTINAMENTE. EL DIENTE PUDO HABER ESTADO RESIDIENDO EN EL PISO DEL SENO O EN LA PORCIÓN DISTAL DEL MISMO, O PUEDE HABER FORMADO PARTE DE LA PARED. PUEDE HABER SIDO DESPLAZADO DE SU CRIPTA EN EL HUESO MAXILAR Y HABERSE DESLIZADO HACIA LA FOSA INFRATEMPORAL.

NO DEBEN HACERSE ESFUERZOS POR RECUPERARSE A MENOS QUE SE DETERMINE LA UBICACIÓN EXACTA DEL DIENTE CON UN CUIDADOSO EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO. ES TRAUMÁTICO PARA EL PACIENTE SI ESTÁ BAJO ANESTESIA LOCAL, Y PARA EL PROFESIONAL HALLAR DE PRONTO QUE ESTÁ TRABAJANDO EN UNA ÁREA EQUIVOCADA.

EL EMPLEO DE RADIOGRAFÍAS ESTEREOSCÓPICAS Y PANORÁMICAS, DEFINITIVAMENTE AYUDARÁ A LA UBICACIÓN DEL DIENTE ABERRANTE. SI AL SONDEAR EL ÁREA DONDE EL DIENTE RESIDIÓ PREVIAMENTE, EL INSTRUMENTO SE VA DIRECTAMENTE A LA CAVIDAD ANTRAL, Y SI SE PRODUCE UNA HEMORRAGIA NASAL INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE SE PERDIÓ EL 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 ABORDAJE PARA SU EXTRACCIÓN ES EL PROCEDIMIENTO DE CALDWELL-LUC.

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 PUEDE HABER SIDO UNA EXPOSICIÓN INADECUADA, NO HABER TENIDO LAVANTADO 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 LA IMPULSÓ FUERA DE LA VISTA AL INTERIOR DE LOS TEJIDOS BLANDOS. EN ESTE MOMENTO EL COLGAJO DEBE EXTENDERSE MAS 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 POCOS MINUTOS DE CUIDADOSO ESFUERZO.

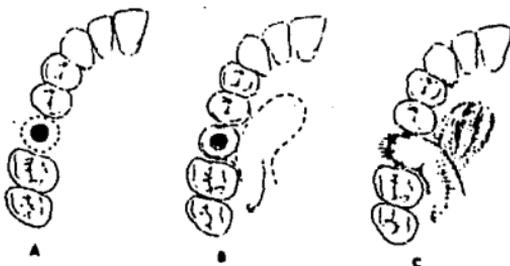
DEBE INFORMARSE AL PACIENTE DEL PROBLEMA, Y LA BÚSQUEDA DEBE ABANDONARSE POR UN PERÍODO DE 5 a 6 SEMANAS. LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES VAN A REACCIONAR FAVORABLEMENTE FRENTE A UNA EXPLICACIÓN COMPLETA Y ADECUADA A LA SITUACIÓN.

LA LEY DE GRAVEDAD ES UNA LEY QUE NO PUEDE VIOLARSE. HABRÁ CIERTO MOVIMIENTO HACIA UNA POSICIÓN MÁS DECLIVE, Y DESPUÉS DE UN TIEMPO EL DIENTE SE VA A FIBROSAR Y NO SE MOVE

RA CUANDO SE INTENTE SU EXTRACCIÓN. SE HACE UNA INCISIÓN DI  
RECTAMENTE HASTA EL DIENTE, Y SE LE PUEDE RECUPERAR CON UN MÍ  
NIMO DE ESFUERZO.

## 2.- CIERRE DE UNA FÍSTULA BUCOANTRAL:

EL CIERRE DE UNA FÍSTULA BUCOANTRAL, PARTICULARMENTE EN-  
EL CASO DE UNA ABERTURA GRANDE, PUEDE REALIZARSE BIEN EMPLEAN-  
DO EL MÉTODO DEL COLGAJO PALATINO. COMO MUESTRA LA FIGURA -  
SIGUIENTE.



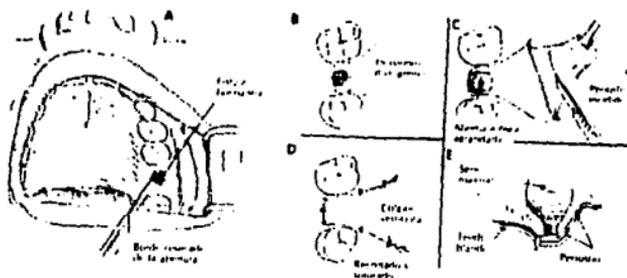
COLGAJO PALATINO PARA CERRAR UNA FÍSTULA BUCOANTRAL CRÓNICA.  
A.- SE AVIVAN LOS TEJIDOS QUE RODEAN LA FÍSTULA. SE SOCAVA-  
EL TEJIDO VESTIBULAR. B.- SE DISEÑA Y LEVANTA UN COLGAJO MU-  
COPERIÓSTICO. DEBE CONTENER LA ARTERIA. C.- SE LLEVA EL --  
COLGAJO SOBRE EL DEFECTO, SE LO INTRODUCE POR DEBAJO DEL COL-  
GAJO VESTIBULAR Y SE SUTURA EN SU SITIO. NÓTESE LA V DE TEJID-  
DO ELIMINADO EN LA CURVATURA MENOR PARA MINIMIZAR LOS PLEGA--  
MIENTOS. LA ZONA DADORA SE EMPAQUETA CON GASA O CEMENTO QUI--  
RÚRGICO.

UN COLGAJO PEDICULADO LEVANTADO DEL PALADAR ES GRUESO Y TIENE UN BUEN SUMINISTRO SANGUÍNEO, DE MANERA QUE LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO SE VEN DEFINITIVAMENTE AUMENTADAS. EL DISEÑO DEL COLGAJO PUEDE SER DETERMINADO POR UN ENSAYO O POR UNA PRÁCTICA DEL PROCEDIMIENTO PREVIA A LA CIRUGÍA. SE HACE UN MODELO DEL MAXILAR SUPERIOR QUE MUESTRE EL DEFECTO O LA ABERTURA, Y SE CONFORMA UN PLACA DE ACRÍLICO BLANDO SOBRE ESTE MODELO. SE DISEÑA EL COLGAJO SOBRE EL ACRÍLICO, SE HACE LA INCISIÓN, Y SE DESPLAZA EL COLGAJO CUBRIENDO EL DEFECTO. ESTO PROVEE UNA VISIÓN PREVIA DEL RESULTADO QUE DEBE OBTENERSE. EL MATERIAL PUEDE ESTERILIZARSE Y COLOCARSE EN LA BOCA PARA SER USADO EN EL MOMENTO EN QUE SE HAGAN LAS INCISIONES A TRAVÉS DEL MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR. ESTE PROCEDIMIENTO VA A MOSTRAR QUE EL COLGAJO AL LEVANTARSE SERÁ ADECUADO PARA CUBRIR LA ABERTURA.

CON UNA HOJA #15, SE INCIDE EL TEJIDO BLANDO Y SE LEVANTA EL COLGAJO. PUEDE RESECARSE UN TROZO DE TEJIDOS, EN FORMA DE V EN LA REGIÓN DE MAYOR CURVATURA PARA IMPEDIR PLIEGUES Y ARRUGAS. SE LEVANTA EL PEDÍCULO CON EL PERIOSTIO, Y POR SUPUESTO DEBE CONTENER UNA RAMA DE LA ARTERIA PALATINA. SE AVIVAN LOS MÁRGENES DEL DEFECTO FISTULAR Y SE SOCAVAN LOS BORDES. LUEGO SE LLEVA EL COLGAJO POR DEBAJO DEL BORDE SOCAVADO DEL COLGAJO-VESTIBULAR. ESTE PROCEDIMIENTO PERMITE QUE SE PONGAN EN CONTACTO SUPERFICIES CRUENTAS SANGRANTES. CON SUTURAS DE COLCHO

NERO SE LLEVAN LOS TEJIDOS A BUEN CONTACTO, Y SE SUTURAN LOS MÁRGENES CON PUNTOS MÚLTIPLES INTERRUMPIDOS. NO SE USA CATGUT DEBIDO A QUE NO PUEDE PERMANECER DURANTE UN TIEMPO LO SUFICIENTEMENTE PROLONGADO COMO PARA PERMITIR QUE SE PRODUZCA LA CICATRIZACIÓN. LAS SUTURAS DE SEDA O DE DERMALÓN DEBEN DEJARSE EN SU POSICIÓN DURANTE 5 a 7 DÍAS. EL HUESO EXPUESTO EN EL SITIO DADOR DEL PALADAR PUEDE SER CUBIERTO CON CEMENTO QUIRÚRGICO O CON UNA TIRA DE GASA SATURADA EN TINTURA DE BENZOINA.

BERGER, QUE FUE UN ODONTÓLOGO, DESCRIBIÓ EN 1939 UN MÉTODO SATISFACTORIO PARA EL CIERRE DE LAS ABERTURAS BUCOANTRALES OBTENIENDO TEJIDOS DE LA ZONA VESTIBULAR O DEL CARRILLO.



TÉCNICA DEL COLGAJO DESLIZANTE DE BERGER PARA EL CIERRE DE UNA FISTULA BUCOANTRAL. A.-SE RESECA EL BORDE DE LA ABERTURA. B.- SE LLEVAN DOS INCISIONES DIVERGENTES DESDE LA ABERTURA HA-

CIA EL SURCO VESTIBULAR. C.-SE LEVANTA UN COLGAJO Y SE HACEN - ABERTURAS EN EL HUESO LO SUFICIENTEMENTE GRANDES COMO PARA PERMITIR LA INSPECCION Y LA LIMPIEZA DEL SENO. SE HACEN VARIAS INCISIONES HORIZONTALES A TRAVÉS DEL PERIOSTIO SOBRE LA CARA INTERNA DEL COLGAJO, LO QUE PERMITE QUE ÉSTE SE EXTIENDA. D.-SE-RECORTA EL COLGAJO PARA ADAPTARLO AL TEJIDO PALATINO Y SE LO -CIERRA CON SUTURAS DE COLCHONERO SEGUIDAS POR SUTURAS INTERRUMPIDAS. E.-VISTA DE LA SECCIÓN TRANSVERSAL DEL CIERRE QUE MUESTRA EL ESTIRAMIENTO DEL COLGAJO PERMITIDO POR LA INCISIÓN EN -EL PERIOSTIO.

SE INCIDEN LOS TEJIDOS QUE FORMAN EL CARRILLO DE LA FÍSTULA. DESDE LOS BORDES EXTREMOS SE HACEN INCISIONES DIAGONALES A TRAVÉS DEL MUCOPERIOSTIO HASTA EL HUESO. LAS INCISIONES SE LLEVAN HACIA ARRIBA AL SURCO VESTIBULAR. SE LEVANTA EL COLGAJO, EXPONIENDO EL DEFECTO ÓSEO. EN LA CARA INTERNA DEL COLGAJO SE INCIDE HORIZONTALMENTE EL PERIOSTIO EN DISTINTOS PUNTOS, PERO TENIENDO CUIDADO DE INCIDIR SOLO EL PERIOSTIO, DE MANERA QUE NO HAYA INTERFERENCIAS CON EL SUMINISTRO SANGUÍNEO. LA INCISIÓN EN EL PERIOSTIO EXTIENDE EL COLGAJO DE MANERA QUE PUEDA DESLIZARLO SOBRE LA ABERTURA. SE HACEN ENTONCES SUTURAS DE--COLCHONERO, Y SE ASEGURA LA COAPTACIÓN DEFINITIVA. LOS BORDES SE ASEGURAN CON SUTURAS DE SEDA NEGRA MÚLTIPLES, SE DEJAN EN SU SITIO DURANTE 5 a 7 DÍAS.

LA TÉCNICA DE BERGER PUEDE COMBINARSE CON LA OPERACIÓN---CALDWELL-LUC. LA INFECCIÓN ANTRAL CRÓNICA, TAN A MENUDO PRESENTE EN EL PACIENTE CON UNA FÍSTULA PERSISTENTE, DEBE SER ---

ERRADICADA Y EXTIRPARSE LOS PÓLIPOS ANTRALES ANTES DE QUE PUEDA PRODUCIRSE CICATRIZACIÓN.

PARA OBTENER UN BUEN ACCESO AL SENO EN LA TÉCNICA COMBINADA, EL EXTREMO ANTERIOR DEL COLGAJO UTILIZADO EN LA TÉCNICA DE BERGER SE EXTIENDE HACIA ADELANTE AL INTERIOR DEL SURCO DESDE SU EXTREMO SUPERIOR, HACIENDO INNECESARIA UNA INCISIÓN DE CALDWELL-LUC SEPARADA.

OTRO MÉTODO PARA EL CIERRE, QUE ES SIMPLE Y HA TENIDO ÉXITO, ES EL DESCRITO POR PROCTOR. ÉL COLOCA UN TROZO CÓNICO DE CARTÍLAGO PRESERVADO EN EL INTERIOR DEL DEFECTO. EL ALVÉOLODENTARIO SE PREPARA POR RASPAJE CON UNA CUCHARILLA PARA HUESO, Y SE ACUÑA EL CARTÍLAGO EN SU SITIO. ES IMPORTANTE TENER UN CARTÍLAGO DE TAMAÑO SUFICIENTE, DE MANERA QUE PUEDA SER FRANCAMENTE ACUÑADO EN SU SITIO. SI QUEDA FLOJO, SE PUEDE DESPLAZAR Y CAER ANTES DE QUE LA MEMBRANA CREZCA SOBRE ÉL, O PUEDE PASAR HACIA ARRIBA Y ENTRAR EN EL SENO TRANSFORMÁNDOSE EN UN CUERPO EXTRAÑO.

LOS DISCOS DE ORO, O LAS LAMINAS DE ORO CALIBRE 36 DE 24-KILATES, SE HAN UTILIZADO CON MUCHO ÉXITO EN LAS MANOS DE MUCHOS CIRUJANOS BUCALES EN TODO EL PAIS. EL PROCEDIMIENTO ES PRÁCTICO, EFECTIVO Y CARENTE DE COMPLICACIONES. EL SENO INVOLUCRADO SE LIMPIA COMPLETAMENTE Y SE EXPONE DE MANERA ADECUADA.

ES IMPERATIVO QUE EL SENO ESTÉ TAN LIBRE DE INFECCIÓN COMO SEA POSTIBLE. SE PREPARA EL HUESO PARA LA RECEPCIÓN DEL METAL, Y LUEGO SE COLOCA ESTE SOBRE LA ABERTURA Y SE LO MANTIENE ALLÍ-- SUTURANDO LOS COLGAJOS DE TEJIDO SOBRE ÉL. SE ADMINISTRAN AN TIBIÓTICOS AL PACIENTE PARA REDUCIR LA POSIBILIDAD DE UNA IN-- FECCIÓN ANTRAL O DE LOS TEJIDOS BLANDOS. SE ACONSEJA UN RO-- CIO NASAL PARA MANTENER UN BUEN DRENAJE NASOANTRAL Y EVITAR LA ESTASIS SOBRE EL IMPLANTE DE ORO.

TAMBIÉN SE HAN SUGERIDO DISCOS DE HUESO GOTÓLOGO PARA EL-- CIERRE DE UNA FÍSTULA BUCOANTRAL, COMBINADO CON LA TÉCNICA DE-- CALDWELL-LUC Y LA ANTRASTOMÍA NASAL.

EL POSIBLE CIERRE DE LAS FÍSTULAS OROANTRALES POR MEDIO-- DE TRASPLANTES LIBRES DE ESPESOR COMPLETO OBTENIDOS DEL LADO-- OPUESTO DEL PALADAR O DEL SURCO VESTIBULAR ES UN ENFOQUE QUE - NO DEBE PASARSE POR ALTO. ES FACTIBLE Y EMPLEA TEJIDOS QUE-- NO SON EXTRAÑOS A LA BOCA, DADO QUE ES UNA TRANSFERENCIA DE TE JIDO DE UNA PARTE DE LA BOCA A OTRA. EL SITIO DADOR CICATRI-- ZA RAPIDAMENTE, ESTANDO PROTEGIDO INICIALMENTE POR LA APLICA-- CIÓN DE TINTURA DE BENZOINA O APÓSITOS SEDANTES.

LAS CAUSAS DEL FRACASO EN EL CIERRE DE UNA FÍSTULA BUCOAN TRAL PUEDEN ENNUMERARSE DE LA MANERA SIGUIENTE:

a) NO SE HA LOGRADO LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE TODAS LAS INFECCIONES DENTRO DE LA CAVIDAD ANTRAL ANTES DEL CIERRE. ESTO PUEDE HACERSE POR LA BASE O CON ANTIBIÓTICOS QUE HAN DEMOSTRADO SER EFECTIVOS CONTRA LAS BACTERIAS PRESENTES, O ANBAS COSAS.

b) EL ESTADO FÍSICO GENERAL DEL PACIENTE NO ES EXPLORADO Y TRATADO DE MANERA ADECUADA. ENFERMEDADES TALES COMO-- DIABETES, SÍFILIS Y LA TUBERCULOSIS PUEDEN INFLUIR ADVERSAMENTE EN LA CICATRIZACIÓN NORMAL DE LAS HERIDAS.

c) LOS COLGAJOS COLOCADOS SOBRE LA ABERTURA CON DEMASIADA TENSIÓN, Y CUANDO NO SE LOGRA PROVEER UNA SUPERFICIE AVIADA O CRUENTA EN EL SITIO RECEPTOR DEL COLGAJO.

LA MEJOR MANERA DE ASEGURARSE ÉXITO EN EL CIERRE ES OBTENIDO UN BUEN DRENAJE DEL SENO A TRAVÉS DE LA NARIZ POR EL ESTABLECIMIENTO DE UNA ANTROSTOMÍA INTRANASAL, ANTES DE HACER CUALQUIER INTENTO DE CERAR LA FÍSTULA CRÓNICA. ESTO PUEDE REALIZARSE DE LA MANERA SIGUIENTE: SE APLICA EN LA PARED DEL MEATOMEDIO INFERIOR UNA TORUNDA DE ALGODÓN CON TETRACAINA AL 2%---- (PONTOCAINA) EN SOLUCIÓN DE EFEDRINA AL 1%. UNA VEZ ESTABLECIDA LA ANESTESIA, SE PENETRA EN LA PARED CON UN TROCAR O UN PUNZÓN, LO QUE HARÁ UNA ABERTURA LO SUFICIENTEMENTE GRANDE COMO-- PARA ADMITIR UNA PINZA CORTANTE. SE AGRANDA LA VENTANA EN TODAS LAS DIRECCIONES HASTA QUE SU DIÁMETRO SEA POR LO MENOS DE-

2 cms. EN SU PUNTO MÁS ANGOSTO. ES IMPORTANTE DESCENDER EL--  
REBORDE NASOANTRAL HASTA EL PISO DE LA CAVIDAD NASAL. SI SE-  
DEJA LEVANTADO EL BORDE, PUEDE ECHAR POR TIERRA TODO EL OBJE~~T~~  
VO DE LA NUEVA ABERTURA, QUE ES PERMITIR UN FLUJO LIBRE DE LAS  
SECRESIONES DESDE EL SENO HACIA LA NARIZ.

3) OPERACIÓN DE CALDWELL-LUC.

LAS INDICACIONES DE UNA OPERACIÓN RADICAL DEL SENO DE CAL-  
DWELL-LUC SON MUCHAS, INCLUYENDO LAS SIGUIENTES:

a) REMOCIÓN DE DIENTES Y FRAGMENTOS RADICULARES DEL SENO.  
LA OPERACIÓN DE CALDWELL-LUC ELIMINA LOS PROCEDIMIENTOS A CIE-  
GAS Y FACILITA LA RECUPERACIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO.

b) TRAUMATISMOS DEL MAXILAR SUPERIOR CUANDO LAS PAREDES--  
DEL SENO MAXILAR SON APLASTADAS O CUANDO EL PISO DE LA ÓRBITA-  
HA DESCENDIDO. ESTE TIPO DE DAÑO SE CORRIJE MEJOR POR EL ---  
ABORDAJE POR ESTA OPERACIÓN.

c) EL MANEJO DE HEMATOMAS DEL ANTRO CON HEMORRAGIA ACTIVA  
A TRAVÉS DE LA NARIZ. LA SANGRE PUEDE SER EVACUADA Y SE PUE-  
DEN UBICAR LOS PUNTOS SANGRANTES. SE DETIENE LA HEMORRAGIA--  
EMPAQUETANDO GASA CON EPINEFRINA O AGENTES HEMOSTÁTICOS.

d) SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA CON DEGENERACIÓN POLIPOIDE -  
DE LA MUCOSA.

e) QUISTES DEL SENOS DE MAXILAR.

f) NEOPLASIAS DEL SENOS MAXILAR, QUE SE RESECAN MEJOR CON ESTA TÉCNICA.

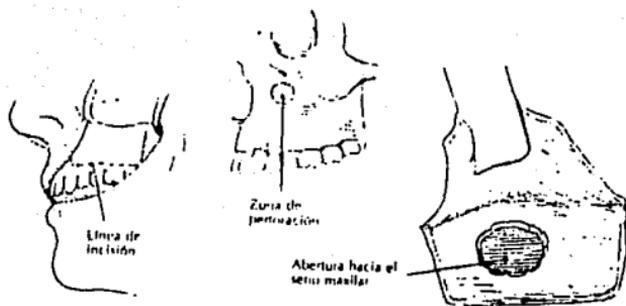
ESTE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EMPLEADO SE DESCRIBE DE LA SIGUIENTE MANERA:

CON EL USO DEL ANESTÉSICO QUE MEJOR SE ADAPTE AL PACIENTE SE PREPARA LA BOCA Y LA CARA DE LA MANERA HABITUAL. SI EL PACIENTE ESTÁ DORMIDO, SE LE ENTUBARÁ 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 DEL MUCOPERIOSTIO HASTA EL HUESO. SE HACEN INCISIONES VERTICALES EN LAS ZONAS DEL CANINO Y DEL SEGUNDO MOLAR, DESDE PUNTOS QUE ESTAN INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DE LA INSERCIÓN GINGIVAL HASTA EL SURCO VESTIBULAR Y PASANDO ESTE. SE HACE UNA LÍNEA HORIZONTAL QUE CONECTE AMBAS INCISIONES VERTICALES EN LA MUCOSA ALVEOLAR VARIOS MILÍMETROS POR ENCIMA DE LA INSERCIÓN GINGIVAL DE LOS DIENTES. SE LEVANTA EL TEJIDO BLANDO DEL HUESO CON PERIOSTÓTOMOS, YENDO HACIA ARRIBA HASTA EL CONDUCTO INFRAORBITARIO. SE TIENE CUIDADO AQUI DE IMPEDIR EL DAÑO AL NERVIOS. SE HACE UNA ABERTURA EN LA PARED FACIAL DEL ANTRO POR ENCIMA -

DE LAS RAÍCES DE LOS PREMOLARES POR MEDIO DE ESCOPILOS, GUBIAS-  
O FRESAS DENTALES, Y SE LO AGRANDA POR MEDIO DE PINZAS PARA --  
CORTAR HASTA UN TAMAÑO QUE PERMITA LA INSPECCIÓN DE LA CAVIDAD.  
EL TAMAÑO OBTENIDO EN DEFINITIVA TIENE APROXIMADAMENTE LA MEDI  
DA DEL EXTREMO DEL DEDO ÍNDICE.

LA ABERTURA DEBE HACERSE LO SUFICIENTEMENTE ALTA COMO PA-  
RA EVITAR LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DE LA ZONA. EL PROPÓSITO  
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 SENO, PERO-  
SI ESTO SE CONSIDERA ACONSEJABLE SE PUEDE HACER FÁCILMENTE POR  
MEDIO DE PERIOSTÓTOMOS Y CUCHARILLAS PARA HUESO. SE LIMPIA--  
LA CAVIDAD Y SE REpone EL COLGAJO DE TEJIDO BLANDO QUE SE SUTU  
RA SOBRE EL HUESO CON SUTURAS DE SEDA NEGRA INTERRUMPIDAS MÚL-  
TIPLES. SE DEJA QUE ESTAS PERMANEZCAN DURANTE UN PERÍODO DE-  
5 a 7 DÍAS. .ESTA FIGURA ILUSTR<sup>A</sup> EL ABORDAJE EN LA OPERACIÓN -  
DE CADWELL-LUC.



LA ANESTESIA DEL CARRILLO Y DE LOS DIENTES PUEDE SER CON--  
SECUENCIA DEL DAÑO AL NERVI<sup>U</sup> INFRAORBITARIO O A LOS NERVIOS DEN--  
TARIOS DURANTE EL USO DEL ESCOPL<sup>O</sup> SOBRE LA PARED ÓSEA. ES CO--  
MÚN LA TUMEFACCIÓN DEL CARRILLO, PERO POR LO GENERAL, ESTA DESA--  
PARECE A LOS POCOS DÍAS. EL PRONÓSTICO ES BUENO Y ES RARO EL--  
DESARROLLO DE CUADROS GRAVES.

LAS TÉCNICAS MODERNAS DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA, REALIZADAS--  
CON TANTA FRECUENCIA HON EN DÍA, A MENUDO VIOLAN LA INTEGRIDAD--  
DEL SEN<sup>O</sup> MAXILAR. EL CONTROL COMPLETO O LA ERRADICACIÓN DE LA  
INFECCIÓN LATENTE O INCIPIENTE ES IMPORTANTE. PUEDE DETERMI--  
NARSE EL ANTIBIÓTICO MÁ<sup>S</sup> EFECTIVO EN EL PREOPERATORIO CON PRUE--  
BAS DE SENSIBILIDAD BACTERIANA SOBRE EL MATERIAL OBTENIDO DEL--

SENO. ESTA PREOCUPACIÓN VA A REDUCIR O EVITAR LAS POTENCIA--  
LES COMPLICACIONES. SE RECOMIENDA, EN EL PRE Y EL POSOPERATOU  
RIO, DESCONGETIVOS NASALES PARA CONTRAER LA MUCOSA, IMPIDIENDO  
ASÍ EL DESARROLLO DE UN EDEMA IMPORTANTE.

### CAPÍTULO III

#### SINUSITIS FRONTAL.

##### A) SENOS FRONTALES.

ESTOS SE ENCUENTRAN EN EL HUESO FRONTAL.

##### HUESO FRONTAL.

ES UN HUESO PLANO E IMPAR SITUADO EN LA PARTE ANTERIOR -- DEL CRÁNEO. ESTE PRESENTA UNA PORCIÓN VERTICAL SUPERIOR QUE-- CONTRIBUYE A FORMAR LA BÓVEDA CRANEANA Y OTRA HORIZONTAL INFE-- RIOR QUE CONSTITUYE PARTE DE LA BÓVEDA DE LAS CAVIDADES ORBITA-- RIAS.

LA ESTRUCTURA DE ESTE HUESO EN SU PORCIÓN VERTICAL ESTÁ -- CONSTITUIDO POR DOS LÁMINAS DE TEJIDO COMPACTO, ENTRE LAS CUA-- LES SE ENCUENTRA UNA CAPA DE TEJIDO ESPONJOSO O DIPLOE. POR-- EL CONTRARIO LA PARTE HORIZONTAL CARECE DE TEJIDO ESPONJOSO,-- ESTANDO FORMADA SOLAMENTE POR TEJIDO COMPACTO.



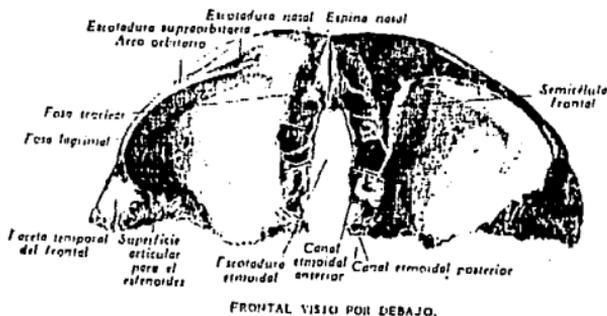
FRONTAL VISTO POR DELANTE

LA OSIFICACIÓN SE DESARROLLA A MERCED A DOS CENTROS PRIMITIVOS DE OSIFICACIÓN POR LA ESCAMA. ESTOS CENTROS COMIENZAN A DESARROLLARSE ENTRE LOS 40 y 50 DÍAS DE VIDA EMBRIONARIA Y - ORIGINAN, AL YUXTAPONERSE, LA SUTURA METÓPICA, PERO EN EL FETO QUEDAN SEPARADOS EN LA PARTE DE ARRIBA POR LA FONTANELA ANTERIOR.

OTROS CENTROS SECUNDARIOS DE OSIFICACIÓN, DISPUESTOS SIMÉTRICAMENTE POR PARES, PRODUCIRÁN AL DESARROLLARSE, LAS APÓFISIS ORBITARIAS EXTERNAS Y LAS INTERNAS, MIENTRAS LA ESPINA NASAL SE FORMA A EXPENSAS DE OTRO CENTRO SECUNDARIO IMPAR.

SENOS FRONTALES.

EN LA PARTE INFERIOR DE LA PORCIÓN VERTICAL Y A LOS LADOS DE LA LÍNEA MEDIA SE ENCUENTRAN NORMALMENTE EN EL INTERIOR DEL HUESO DOS CAVIDADES NEUMÁTICAS DE DIMENSIONES VARIABLES, DENOMINADAS SENOS FRONTALES, QUE VIENEN ABRIRSE EN LA MÁS ANTERIOR DE LAS SEMICELDILLAS COLOCADAS EN LOS BORDES DE LA ESCOTADURA ETMOIDAL. SE COMUNICAN CON LAS FOSAS NASALES POR MEDIO DEL INFUNDÍBULO DEL ETMOIDES.



B) SINUSITIS FRONTAL:

ESTA OCURRE GENERALMENTE DESPUÉS DE CORIZA, O PUEDE SER UNA COMPLICACIÓN DE LA INFECCIÓN DE LOS SENOS ETMOIDALES Y ANTRAL. EL SÍNTOMA MÁS IMPORTANTE ES EL DOLOR SUPRAORBITARIO, EL CUAL ES PERIÓDICO, CON MOMENTOS DE MAYOR INTENSIDAD A ME--

DIO DÍA Y DISMINUCIÓN DE LA MISMA DURANTE LA TARDEZ. PUEDE-  
HABER EDEMA DEL PÁRPADO SUPERIOR, Y LA REGIÓN DEL SENO ES ---  
BLANDA A LA PALPACIÓN.

A PESAR QUE LA MAYORÍA DE LOS CASOS MEJORA CON ANTIBIÓTI-  
COS Y CON LOS INTENTOS PARA AUMENTAR EL DRENAJE CON GOTAS NA-  
SALES DE EFEDRINA, PUEDE SURGIR CELULITIS ORBITARIA Y EN RA--  
RAS OCASIONES OSTEOMIELITIS DEL HUESO FRONTAL.

LA MENINGITIS CON ABSCESO ENTRA O SUBDORAL AL IGUAL QUE-  
EL ABSCESO DEL LÓBULO FRONTAL CEREBRAL, SON COMPLICACIONES --  
MUY RARAS.



EN ESTA FIGURA OBSERVAMOS LA CARA POSTERIOR DEL HUESO FRONTAL

## CAPÍTULO IV

### SINUSITIS ETMOIDAL

#### A) SENOS O SEMICELDILLAS ETMOIDALES.

ESTOS SE ENCUENTRAN EN EL HUESO ETMOIDES.

#### HUESO ETMOIDES:

ES UN HUESO DE FORMA IRREGULAR, SITUADO EN LA PARTE ANTERIOR Y MEDIA DE LA BASE DEL CRÁNEO Y ENCAJADO PARCIALMENTE A LA ESCOTADURA ETMOIDAL DEL FRONTAL. SE DISTINGUEN EN ÉL UNA LÁMINA VERTICAL ATRAVEZADA POR OTRA LÁMINA HORIZONTAL QUE LA DIVIDE EN DOS PARTES, Y DOS MASAS LATERALES QUE SE DESPRENDEN DE LOS EXTREMOS DE LA LÁMINA HORIZONTAL.

#### SEMICELDILLAS O SENOS ETMOIDALES:

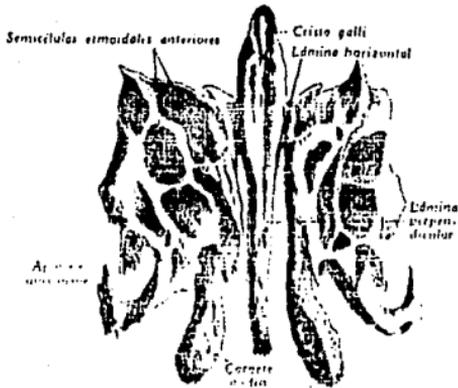
LOS ENCONTRAMOS EN LAS MASAS LATERALES DE DICHO HUESO.

#### MASAS LATERALES:

ESTÁN COMPRENDIDAS ENTRE LA CAVIDAD ORBITARIA POR FUERA Y LAS FOSAS NASALES POR DENTRO. TIENEN FORMA CÚBICA Y SE PUEDEN DISTINGUIR EN ELLAS POR TANTO, SEIS CARAS.

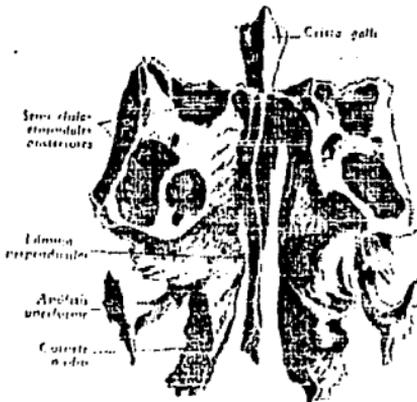
#### CARA ANTERIOR:

ESTÁ INCLINADA HACIA AFUERA Y HACIA ATRÁS Y SE ARTICULA CON EL UNGUIS. PRESENTA CAVIDADES ABIERTAS O SEMICELDILLAS QUE EN EL CRÁNEO ARTICULADO SE COMPLETAN FORMANDO LAS CELDILLAS ETMOIDONQUEALES.



ETMOIDES, CARA ANTERIOR.

CARA POSTERIOR: LLEVA ASÍ MISMO, UNA O VARIAS SEMICELDILLAS, LAS CUALES, AL ARTICULARSE CON LA CARA ANTERIOR DEL CUERPO -- DEL ESFENOIDES FORMAN LAS CELDILLAS ETMOIDESFENOIDALES.



ETMOIDES, CARA POSTERIOR.

CARA SUPERIOR:

PRESENTA TAMBIÉN DIVERSAS SEMICELDILLAS QUE CON OTROS SIMILARES DE LA SUPERFICIE ETMOIDAL DEL FRONTAL, CONSTITUYEN LAS CELDILLAS FRONTOETMOIDALES. EN ESTA CARA SE OBSERVAN DOS SURCOS OBLICUOS DIRIGIDOS DE FUERA ADENTRO Y DE ATRÁS ADELANTE, - LOS CUALES EN LOS SURCOS CORRESPONDIENTES DEL FRONTAL FORMAN-- EN EL CRÁNEO ARTICULADO LOS CANALES ETMOIDAL ANTERIOR Y POSTERIOR, QUE COMUNICAN LA ÓRBITA CON LOS CANALES OLFATORIOS.

CARA INFERIOR:

ESTÁ ALGO INCLINADA HACIA AFUERA, LLENA, COMO OTRAS CARAS DEL ETMOIDES, SEMICELDILLAS QUE, CON EL MAXILAR SUPERIOR Y CON LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO, FORMA LAS CELDILLAS ETMOIDO MAXILARES Y ETMOIDOPALATINAS.

CARA INTERNA:

VUELTA HACIA LA LÁMINA PERPENDICULAR DESTACAN EN ELLA DOS SALIENTES LAMINARES: UNA SUPERIOR O CORNETE SUPERIOR, Y OTRO-- INFERIOR O CORNETE MEDIO, SIENDO EL ÚLTIMO MAYOR QUE EL PRIMERO.

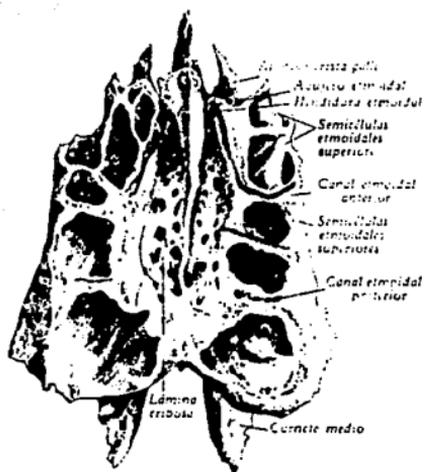


FIG. 55. ETMOIDES. CAPA SUPERIOR.

## CAPÍTULO V

### SINUSITIS ESFENOIDAL.

GENERALMENTE OCURRE DESPUES DE INFECCIONES VIRALES COMO -  
CORIZA, ALTERACIONES METABOLICAS, INFECCIONES GENERALES, ALER-  
GIAS Y DEFICIENCIAS DIETÉTICAS DEL PACIENTE. SIENDO SU SINTO  
MATOLOGÍA UN MALESTAR GENERAL, CEFALEAS, FIEBRE CUANDO LLEGA A  
LA CRONICIDAD. EL DOLOR ORBITARIO HACE QUE SE DIFERENCIÉ DE-  
LAS DEMÁS SINUSITIS.

#### A) SENO ESFENOIDAL:

ESTOS SE ENCUENTRAN EN EL HUESO ESFENOIDES.

#### HUESO ESFENOIDES:

ES UN HUESO IMPAR COLOCADO EN LA PARTE MEDIA Y ANTERIOR--  
DE LA BASE DEL CRÁNEO, POR DETRÁS DEL ETMOIDES Y DEL FRONTAL Y  
DELANTE DEL OCCIPITAL. LATERALMENTE, LIMITA CON LOS HUESOS--  
TEMPORALES, AUNQUE ESTÁ SITUADO ALGO MÁS ADELANTE QUE ELLOS.

POSEE UN CUERPO QUE OCUPA LA PARTE CENTRAL Y TIENE FORMA MÁS O  
MENOS CÚBICA. DE ÉL PARTE, HACIA LOS LADOS, CUATRO APÓFISIS

B) SINUSITIS ETMOIDAL.

GENERALMENTE OCURRE DESPUÉS DE INFECCIONES VIRALES COMO -  
CORIZA, ALTERACIONES METABÓLICAS, INFECCIONES GENERALES, ALER-  
GIAS Y DEFICIENCIAS DIETÉTICAS DEL PACIENTE. SIENDO SU SINTO-  
MATOLOGÍA UN MALESTAR GENERAL, CEFALEAS, FIEBRE CUANDO LLEGA A  
LA CRONICIDAD. EL DOLOR ORBITARIO HACE QUE SE DIFERENCIE DE-  
LAS DEMÁS SINUSITIS.

SU TRATAMIENTO ES ANTIBIOTICOTERAPIA PROLONGADA. SU TRATA-  
MIENTO QUIRÚRGICO ES DIFÍCIL DADA SU LOCALIZACIÓN.

SINUSITIS ESFENOIDAL:

A) SENO ESFENOIDAL:

ESTOS SE ENCUENTRAN EN EL HUESO ESFENOIDES.

HUESO ESFENOIDES:

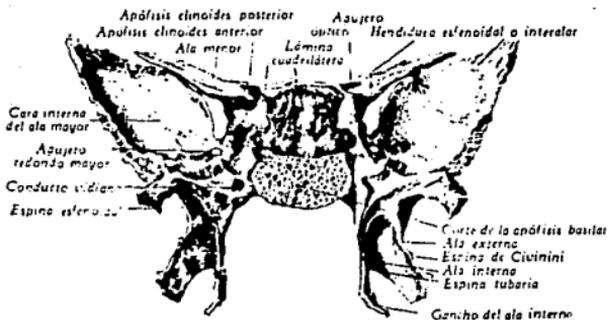
ES UN HUESO IMPAR COLOCADO EN LA PARTE MEDIA Y ANTERIOR--  
DE LA BASE DEL CRÁNEO, POR DETRÁS DEL ETMOIDES Y DEL FRONTAL Y  
DELANTE DEL OCCIPITAL. LATERALMENTE, LIMITA CON LOS HUESOS--  
TEMPORALES, AUNQUE ESTÁ SITUADO ALGO MÁS ADELANTE QUE ELLOS.  
POSEE UN CUERPO QUE OCUPA LA PARTE CENTRAL Y TIENE FORMA MÁS O  
MENOS CÚBICA. DE ÉL PARTEN, HACIA LOS LADOS, CUATRO APÓFISIS

SIMETRICAMENTE COLOCADAS POR PARES Y LLAMADAS PEQUEÑAS Y GRANDES ALAS; OTRAS DOS DIRIGIÉNDOSE HACIA ABAJO, RECIBEN EL NOMBRE DE APÓFISIS PTERIGOIDES.

EL SENO ESFENOIDAL SE ENCUENTRA EN EL CUERPO DEL ESFENOIDES EN SU CARA ANTERIOR.

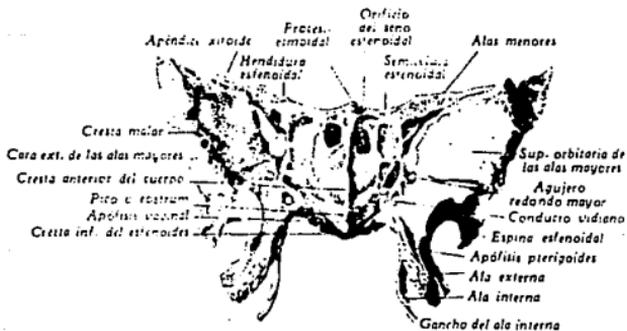
CARA ANTERIOR:

FORMA PARTE DE LA BÓVEDA DE LAS FOSAS NASALES Y ESTÁ LIMITADA POR ARRIBA POR EL BORDE ANTERIOR DE LA LÁMINA HORIZONTAL O PROCESO ETMOIDAL, QUE SE ARTICULA CON LA LÁMINA CRIBOSA DEL ETMOIDES. EN LA LÍNEA MEDIA PRESENTA LA CRESTA ESFENOIDAL ANTERIOR QUE VA ARTICULARSE CON EL BORDE POSTERIOR DE LA LÁMINA PERPENDICULAR DEL ETMOIDES. A LOS LADOS DE LA CRESTA SE OBSERVAN UN CANAL VERTICAL, QUE LLEVA EL ORIFICIO POR DONDE SE ABREN LOS SENOS ESFENOIDALES Y MAS AFUERA LAS SEMICELDILLAS ESFENOIDALES, LAS CUALES EN EL CRÁNEO ARTICULADO SE COMPLETAN CON LAS SEMICELDILLAS ETMOIDALES POSTERIORES, FORMANDO LAS CELDILLAS ETMOIDALES.

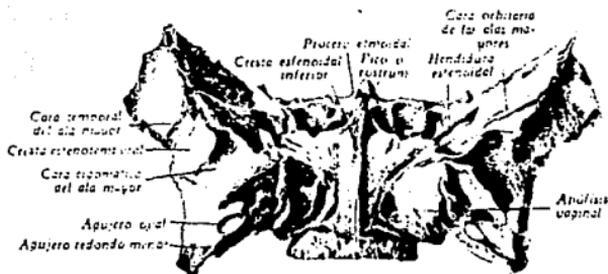


ESFENOIDES, CARA POSTERIOR.

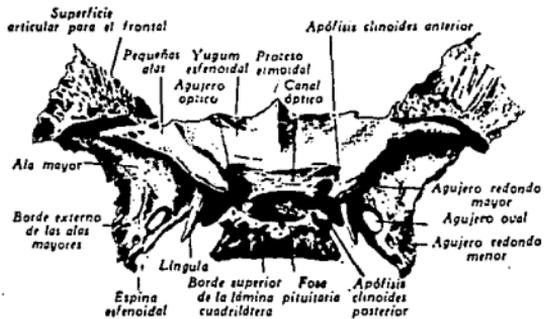
HUESO ESFENOIDES VISTO POR SUS CARAS POSTERIOR, INFERIOR Y ANTERIOR.



ESFENOIDES, CARA ANTERIOR.



ESFENOIDE. CARA INFERIOR.



ESFENOIDE. CARA SUPERIOR.

B) SINUSITIS ESFENOIDAL:

ESTA ES UNA SINUSITIS MUY PARECIDA A LA SINUSITIS ETMOI--  
DAL, CUYOS AGENTES ETIOLÓGICOS SON ENFERMEDADES VIRALES ALÉRGI  
COS, INFECCIONES GENERALES, ALTERACIONES METABÓLICAS, CUYA SIN  
TOMATOLOGÍA SON CEFALÉAS, MALESTAR GENERAL, FIEBRE Y LO QUE LA  
DIFERENCIA DE OTRAS SINUSITIS ES EL DOLOR OCCIPITAL.

SU TRATAMIENTO CONSISTE EN ANTIBIÓTICOS.

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

DADO EL DESINTERÉS QUE EXISTE EN LA MAYORÍA DE LOS DENTISTAS EN TRATAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, EN SU TOTALIDAD LIMITÁNDOSE SOLO A CARIES, SE HA REALIZADO ESTE TRABAJO PARA LAS PERSONAS QUE LO LLEGUEN A LEER, TENGAN INQUIETUDES Y SE PROFUNDIZEN EN EL TEMA.

LA META DEL ODONTÓLOGO DEBE SER LA DE DEVOLVER AL PACIENTE LA SALUD DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, ESTO IMPLICA UN DETALLADO ESTUDIO DEL PACIENTE, TANTO CLÍNICA, MÉDICA Y RADIOGRÁFICAMENTE.

NO SOLO DEBE VER DIENTES, SINO TAMBIÉN DEBE CORRELACIONAR LOS DEMÁS ELEMENTOS DEL APARATO ESTOMATOLÓGICO, INCLUYENDO TODOS SUS ÓRGANOS VECINOS QUE SE ENCUENTRAN EN INTIMIDAD CON ÉL, Y ASI TENER UN DIAGNÓSTICO CERTERO Y REALIZAR UN TRATAMIENTO ADECUADO. A CADA PACIENTE, YA QUE CADA UNA ES DIFERENTE Y NO REALIZAR TRATAMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

EL CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA SINUSITIS NOS AYUDARÁ EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, YA QUE EXISTEN PADECIMIENTOS DENTALES QUE PUEDEN LLEGAR A CONFUNDIRSE, DE AQUI QUE NECESITAMOS ESTAR FAMILIARIZADOS CON EL ÁREA EN LA QUE REALIZAMOS NUESTRO TRABAJO.

- 1.- DAYLEY  
LEIVSTER  
ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN ODONTOLOGÍA  
EDITORIAL CIENTÍFICA P.L.M. S.A. DE C.P.  
MÉXICO, D.F. 1989  
372 PÁGINAS.
  
- 2.- BURNETT GEORGE W.  
HENRY W. SCHER  
GEORGE S. SCHUSTER  
MANUAL DE MICROBIOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA BOCA  
EDICIONES, CIENCIA Y TÉCNICA S.A.  
EDITORIAL LIMUSA S.A. DE C.V.  
MÉXICO, D.F., 1987  
234 PÁGINAS.
  
- 3.- BURNETT GEORGE W.  
HENRY W. SCHUSTER  
GEORGE S. SCHUSTER  
EDICIONES, CIENCIA Y TÉCNICA S.A.  
EDITORIAL LIMUSA, S.A. DE C.V.  
MÉXICO, D.F., 1987 TOMO IV  
227 PÁGINAS.
  
- 4.- HAMMERLY MARCELO A.  
ENCICLOPEDIA MÉDICA MODERNA  
EDICIONES INTERMERICANAS  
MÉXICO, D.F., GUATEMALA, PANAMA, SAN JUAN P.R., SAN JOSE C.R.  
BOGOTÁ, MADRID, STQ. DOMINGO, CÁRACAS.  
TOMO 3o. 5a. EDICIÓN 1978  
537 PÁGINAS.

5.- KRUGER GUSTAVO

CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL  
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA.  
MÉXICO, D.F., 1983  
5a. EDICIÓN.  
685 PÁGINAS.

6.- QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO

TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA  
EDITORIAL PORRUA, S.A.  
MÉXICO, D.F. 1982  
23a. EDICIÓN  
501 PÁGINAS.

7.- ROBBINS STANLEY L.

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL  
EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V.  
MÉXICO, D.F. 1975  
1516 PÁGINAS.

8.- ZEGARELLI EDWARD V.

AUSTIN H. KUTSCHER  
GEORGE A HYMAN  
SALVAT, EDITORES S.A.  
BARCELONA ESPAÑA 1972  
651 PÁGINAS.