

Comunicación Buco Sinusal por patología de origen dentario.

Valor de la Tomografía Axial Computada

Presentación de un caso clínico

Prof. Carlos Guberman * Dr. César J. García ** Dra. Patricia Gutierrez **

* Profesor Adjunto de la Catedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I de la Facultad De Odontología de la U.B.A Jefe del Servicio de Cirugía II del Ateneo Argentino de Odontología

** Integrantes del Servicio de Cirugía II del Ateneo Argentino de Odontología

RESUMEN La sinusitis odontógena es causada por infecciones de origen dentario como abscesos periapicales, enfermedad periodontal, quistes y tumores odontogénicos, que en su crecimiento perforan el piso del seno maxilar, estableciendo una comunicación bucosinusal (C.B.S.) preexistente a la extracción dentaria .

Se debe realizar un minucioso estudio radiográfico y muchas veces acompañarlo con una tomografía axial computada (T.A.C.) para verificar la integridad de las corticales involucradas o la C.B.S. ya instalada, para la resolución quirúrgica de la patología y cierre de la C.B.S. en el mismo acto operatorio a la extracción dentaria.

Se presenta un caso clínico y se realiza la revisión.

Palabras clave

Seno maxilar. Comunicación bucosinusal. Patologías sinusales de origen odontogénico.

SUMMARY The odontogenic sinusitis is caused by dental infections like periapical abscesses, periodontal diseases, cysts and odontogenic tumors, the growth of those pathologies perforates the maxillary sinus floor establishing an oral sinus communication (O.S.C) preexistent to the tooth extraction.

A meticulous radiographic test must be done and sometimes complemented with a computerized axial tomography (C.A.T.) to verify the integrity of the maxillary cortex or to check if the O.S.C is already in progress to give a surgical resolution along with the dental extraction. Clinical case and related bibliography are presented.

Key Words

Maxillary sinus. Oral sinus communication. Preexistent odontogenic pathologies.

Introducción

El Seno Maxilar (S.M.) o antro de Highmore es una cavidad neumática ubicada en el maxilar superior. Es el mayor de los senos paranasales, tiene forma de pirámide cuadrangular cuya base está en contacto con las fosas nasales y su vértice orientado hacia el hueso cigomático. (1)

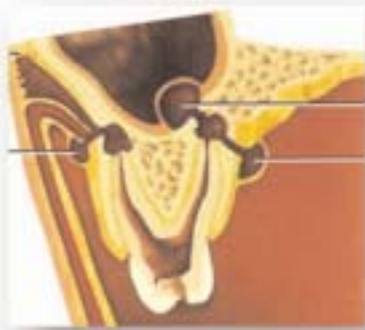
El S.M. cumple diversas funciones: humidifica, depura, calienta el aire, aligera el peso del macizo facial y protege el contenido craneal absorbiendo los impactos. (2)

La relación del S.M. con las piezas dentarias, varía de acuerdo con la neumatización del mismo. Las más frecuentemente relacionadas son los segundos y los primeros molares superiores, le siguen los terceros molares y luego los premolares. (3)

Esta vecindad entre el piso del S.M. y los ápices, explica el porqué estas cavidades son frecuentemente afectadas

por procesos odontogénicos y pueden verse lesionadas ante la práctica de maniobras quirúrgicas como exodoncias (causa más frecuente), apicectomías, dientes retenidos, quistes y tumores. Otras causas pueden ser infecciones específicas como tuberculosis, sífilis terciaria, actinomicosis; enfermedades óseas y el SIDA. Además de traumáticas o iatrogénicas.

La C.B.S. es una patología caracterizada por una solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar, la misma afecta tres planos: la mucosa sinusal, el hueso maxilar y/o palatino y la mucosa bucal y/o estructuras dentarias y peri-dentarias. Cuando la comunicación persiste por más de 48 horas se denomina fístula oroantral, la que permite el paso de elementos contaminantes de la cavidad bucal al seno maxilar.



Senos maxilar
Zonas de drenaje de procesos periapicales (4)

Cualquiera fuere el origen etiológico, el tratamiento es siempre el mismo; eliminar quirúrgicamente la patología existente y realizar en el mismo acto el cierre de la C.B.S. ya instalada.(5)

La sinusitis de origen odontogénico y en especial la C.B.S es frecuentemente no diagnosticada por el odontólogo de práctica general afectando la salud de los pacientes, considerado a nivel legal una iatrogenia.

Antes de iniciar cualquier cirugía se debe realizar un examen exhaustivo del paciente (anamnesis, rx, tac, etc.) especialmente si esta involucra la zona antes descrita. Si se confirma la cercanía al seno o C.B.S, el procedimiento quirúrgico debe realizarse tomando las precauciones del caso e informando de los riesgos al paciente.

Caso Clínico

En Agosto de 2007, concurre a nuestro Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial II del Ateneo Argentino de Odontología, una paciente derivada de un servicio de prótesis: sexo femenino (C.B) de 62 años, con indicación de realizar levantamiento de Piso de Seno Maxilar para colocar Implantes en 25 y 26.

Ella concurre con Rx Panorámica (Fig. 1), en la que se observa imagen de similar radiolucidez en ambos Senos Maxilares y endodoncias en 24 y 27(realizadas 6 años antes).

Al examen clínico no presenta sintomatología dentaria ni sinusal, observamos un buen grosor del reborde alveolar y a la palpación no manifiesta dolor en zona apical, vestibular ni sinusal. Además refiere no ser diabética, ni fumadora. Como rutina prequirúrgica implantológica se pide análisis completos y Tomografía Axial Computada (T.A.C) para corroborar el ancho del hueso alveolar y la altura ósea hasta la cortical del piso del Seno Maxilar izquierdo.

En la T.A.C. se observa radiopacidad de S.M, compatible con patología sinusal de origen odontogénico, correspondiente a la pieza 27 (Fig. 2). En los cortes paraaxiales se ve falta de continuidad en la cortical del piso del Seno,

provocado por la lesión periapical de la raíz Mesio Vestibular, y Palatina (Fig. 3). Esto no se evidenciaba en la Rx. panorámica.

En estas condiciones, se suspende el levantamiento sinusal, y se indica la extracción de la pieza involucrada, eliminación de la noxa, y cierre de la Comunicación Buceo sinusal preexistente.

Se realiza la extracción de la pieza dentaria, se comprueba clínicamente con una sonda la C.B.S (Fig. 4, 5, y 6) y se levanta un colgajo mucoperiosteico de Media Neumann desde mesial del 23 hasta distal del 27, con ostectomía por vestibular en la zona del molar para mejorar el acceso al tejido afectado. (Fig. 7, 8, y 9).

Por medio de la prueba de Valsalva (exhalar el aire por la nariz, tapando la misma con los dedos), la presión neumática empuja la patología ya instalada del seno a través de la comunicación ensanchada por las maniobras quirúrgicas y así poder extirparla con la ayuda de pinzas atraumáticas. (Fig.10, 11, 12, 13 y 14).

Se efectúa la toilette, y se procede a extender el colgajo con cortes horizontales en el periostio (Fig.15), para lograr mas elasticidad y extension y por lo tanto una mejor coaptación de los bordes mucosos.

Seguimos con la Síntesis, suturando a puntos separados. (Fig.16).

El material obtenido de la lesión, se envía para su análisis anatomico-patológico en frasco de boca ancha con Formol al 20%, a la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la U.B.A.

Se medica con Antibióticos (Amoxicilina 875 mg. mas Acido Clavulanico 125 mg.) durante 7 días y Antiinflamatorios no Esteroides (Ibuprofeno 600 mg.), según necesidad.

El postoperatorio inmediato y mediato fue el esperado, con el cierre de la C.B.S.

El resultado de la Biopsia nos dice: “Lesión compatible con quiste inflamatorio.”

Conclusiones

No siempre las Rx. Periapicales y/o Panorámicas, nos permiten un diagnóstico certero de las patologías de los maxilares.

Ante cualquier duda, se debe pedir estudios complementarios, como la Tomografía Axial Computada, que nos permite ver la tridimensión de las estructuras anatómicas, no existiendo en esta superposición de imágenes.



Figura 1 Rx Panorámica de la paciente, con la misma radiolucidez en ambos Senos Maxilares

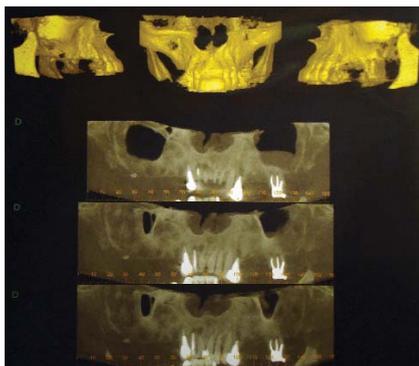


Figura 2 T.A.C donde se observa velamiento de Seno Maxilar izquierdo, pero no en el derecho

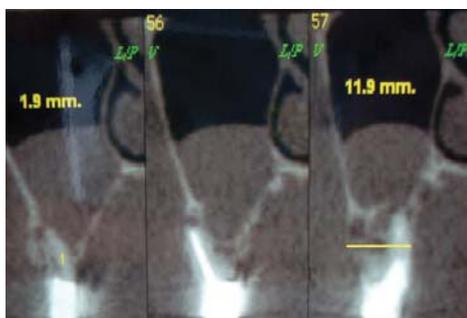


Figura 3 Corte Tomográfico. donde se ve la C.B.S en la raíz MV y en la Palatina, y la patología quística invadiendo el Seno Maxilar.



Figura 4 El caso clínico.



Figura 5 Extracción del molar.



Figura 6 Se constata clínicamente la C.B.S



Figura 7 Se levanta un Colgajo MucoPeriostico.

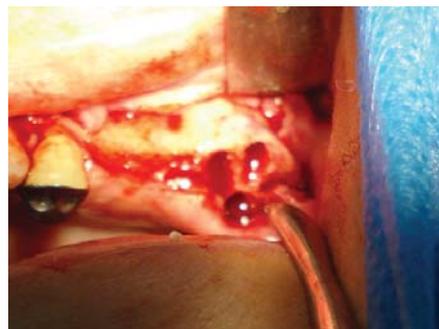


Figura 8 Osteotomía Vestibular.

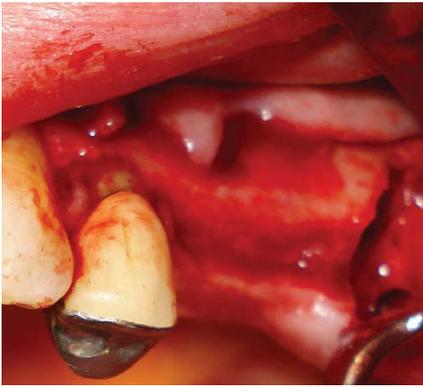


Figura 9 Mayor Osteotomía para la coaptación de los tejidos blandos para el posterior cierre de la Comunicación.



Figura 10 Eliminación con pinza Halstead atraumática de la patología quística.



Figura 11 Eliminación con pinza Halstead atraumática de la patología quística.

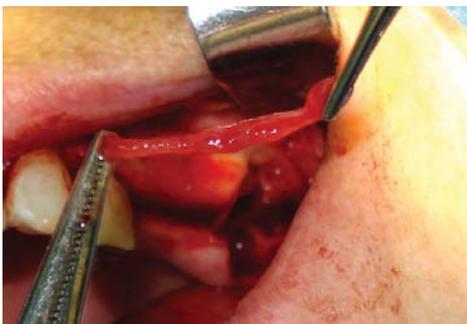


Figura 12 Eliminación con pinza Halstead atraumática de la patología quística.

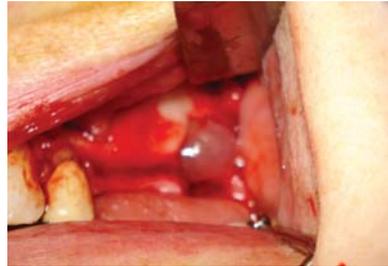


Figura 13 Prueba de Valsalva, donde observamos la salida del contenido quístico por la Comunicación.

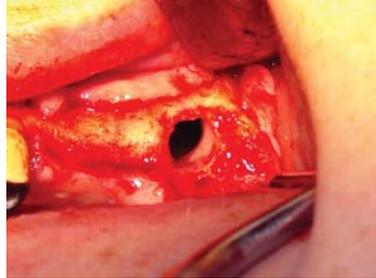


Figura 14 La C.B.S. luego de la eliminación de la patología.

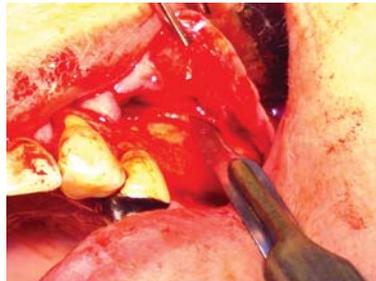


Figura 15 Extensión Periostica con Bisturí Cruent, para darle más vuelo al Colgajo.

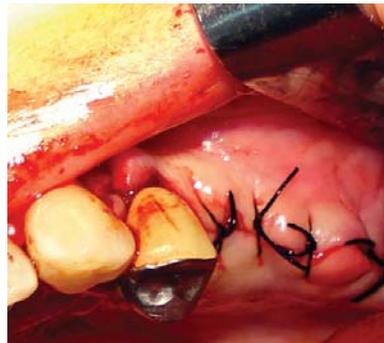


Figura 16 Sutura y cierre de la Comunicación Bucal Sinusal

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ries Centeno GA. Cirugía bucal con patología, clínica y terapéutica.
- 2.-Kruger GO. Cirugía bucomaxilofacial.
- 3.-Laskin DM. Cirugía bucal y maxilofacial. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- 4.-Sapp P., Eversole L.R., Wysocki G.P. Patología oral y maxilofacial

Dirección de los autores: Anchorena 1176 - C.A.B.A.