

00710-50-32

**FACTORES ETIOLOGICOS Y TRATAMIENTOS DE UNA COMUNICACIÓN  
ORO ANTRAL EN LOS CASOS REVISADOS.**

**ANDREA ALEXANDRA LAVERDE GAMBOA  
DIANA MARCELA NIETO RODRIGUEZ  
JOHANA RIAÑO CEPEDA  
MARTHA MILENA UMBARILA GOMEZ  
SANDRA PATRICIA SANDOVAL HERNANDEZ**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
AREA DE EDUCACION AVANZADA  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ODONTOLOGIA GENERAL  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
1998.**

**FACTORES ETIOLOGICOS Y TRATAMIENTOS DE UNA COMUNICACIÓN  
ORO ANTRAL EN LOS CASOS REVISADOS.**

**ANDREA ALEXANDRA LAVERDE GAMBOA  
DIANA MARCELA NIETO RODRIGUEZ  
JOHANA RIAÑO CEPEDA  
MARTHA MILENA UMBARILA GOMEZ  
SANDRA PATRICIA SANDOVAL HERNANDEZ**

**Director:  
Dra. ARMANDO ROA  
Odontólogo Especialista en Cirugía Patología**

**Asesor Metodológico:  
Dra. MARTHA INES VASQUEZ  
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
AREA DE EDUCACION AVANZADA  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
1998.**

**FACTORES ETIOLOGICOS Y TRATAMIENTO DE UNA COMUNICACIÓN  
ORO – ANTRAL EN LOS CASOS REVISADOS**

**ANDREA ALEXANDRA LAVERDE GAMBOA  
DIANA MARCELA NIETO RODRIGUEZ  
JOHANA RIAÑO CEPEDA  
MARTHA MILENA UMBARILA GOMEZ  
SANDRA PATRICIA SANDOVAL HERNANDEZ**

**Trabajo de Grado como requisito parcial para optar el  
Título de Odontólogos Generales.**

**Director:  
Dra. ARMANDO ROA  
Odontólogo Especialista en Cirugía Patología**

**Asesor Metodológico:  
Dra. MARTHA INES VASQUEZ  
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
AREA DE EDUCACION AVANZADA  
SANTAFE DE BOGOTA D.C.  
1998.**

## AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dr. Armando roa, Odontólogo Especialista en Cirugía Patología, Director.

Dra. Martha Inés Vasquez, Odontóloga Maestría en Administración de Salud, Asesor Metodológico.

## CONTENIDO

|                                      | PAG |
|--------------------------------------|-----|
| INTRODUCCION                         |     |
| 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION..... | 3   |
| 1.1. JUSTIFICACION.....              | 4   |
| 1.2. PROPOSITO .....                 | 5   |
| 1.3. MARCO.....                      | 6   |
| 1.4. OBJETIVOS.....                  | 19  |
| 1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....         | 19  |
| 1.4.2. OBJETIVO ESPECIFICOS.....     | 19  |
| 2. METODO.....                       | 20  |
| 2.1. TIPO DE ESTUDIO.....            | 20  |
| 2.2. POBLACION.....                  | 20  |
| 2.3. INSTRUMENTOS.....               | 20  |
| 2.4. DEFINICION DE VARIABLES.....    | 20  |
| 3. RESULTADOS.....                   | 28  |
| 4. CONCLUSIONES.....                 | 35  |
| RECOMENDACIONES.....                 | 36  |
| BIBLIOGRAFIA.....                    | 38  |

## INTRODUCCION

Según la literatura relatada se dice que en 1939, Berger un odontólogo, describe un método muy satisfactorio para proporcionar el cierre a una comunicación oro – antral, el cual se da obteniendo tejido de la región del carrillo de la región bucal.

Así decimos que una comunicación esta definida como una continuidad anormal entre dos órganos internos o entre un órgano interno y la superficie del cuerpo. Por lo tanto la comunicación oro – antral es la comunicación existente entre la cavidad oral y el seno maxilar.

Se dice que el seno maxilar es una estructura que se encuentra íntimamente relacionada con los ápices radiculares de los dientes caninos, premolares y molares superiores, creando así un riesgo potencial de alterar la fisiología del seno maxilar cuando se trabaja sobre dichos dientes.

Los senos maxilares son dos espacios grandes que se encuentran llenos de aire ubicados a lado y lado de la nariz, es el cuerpo de cada maxilar siendo imágenes en espejo la una de la otra, presentan una forma piramidal y no siempre son simétricos.

Se conoce que el volumen del seno maxilar aumenta a través de la infancia y la adolescencia, en el cual su función es contribuir a la resonancia de la voz a la olfacción, a limpiar, a calentar y humedecer el aire inspirado y modificar el aire expirado, también se presentan funciones menos específicas como lo son aislamiento del aire inspirado, la conservación del agua, filtración y fundición del espacio muerto.

## 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

Se ha encontrado que los factores etiologicos de una comunicación Oro – Antral no siempre se deben a traumatismos por exodoncia, sino que existen otros factores etiológicos.

## 1.2.JUSTIFICACION

Para conocer otro tipo de factores etiológicos distintos a los comúnmente mencionados, con este trabajo se pretende informar acerca de los factores predisponentes que llevan a una comunicación oro – antral y las ultimas técnicas utilizadas en el manejo adecuado para un exitoso cierre de dicha comunicación.

## 1.2. PROPOSITOS

- Aportar conocimientos al odontólogo y estudiantado acerca de los diferentes factores etiológicos contribuyentes a una comunicación oro – antral.
- Afianzar los conocimientos requeridos para llegar a un correcto diagnóstico de una comunicación existente entre el medio oral y el seno del maxilar, mediante estudios radiográficos, imagenológico e histológico.



## 1.1. MARCO TEORICO

### COMUNICACIÓN ORO-ANTRAL

El seno maxilar es una estructura anatómica que se encuentra íntimamente relacionada con los ápices radiculares de los dientes caninos, premolares y molares superiores, creando un riesgo potencial de alterar la fisiología de seno maxilar cuando se trabaja sobre dichos dientes.

Los senos maxilares son dos espacios grandes llenos de aire ubicados a lado y lado de la nariz, en el cuerpo de cada maxilar, siendo imágenes espejo la una de la otra aunque no siempre simétricas y tienen forma piramidal. La base de cada pirámide es mesial y el vértice es dirigido hacia el hueso cigomático. Las cuatro superficies que constan la base y el vértice son el techo del seno del cual forma parte del piso de la órbita; la superficie buco alveolar o piso; la superficie facial la cual es la cara anterolateral y la superficie infratemporal que es la cara posterolateral.

Se conoce que el volumen del seno maxilar aumenta a través de la infancia y la adolescencia. El seno maxilar promedia 7 mm, de longitud anteroposterior y 4 mm, en altura y ancho en el momento del nacimiento. Este se expande aproximadamente 3 mm anteroposteriormente y 2 mm, verticalmente durante cada año.

La inervación sensorial es dada por ramos del Nervio Maxilar, la simpática por el Ganglio Cervical Superior y la Parasimpática por el Ganglio Esfenopalatino.

La función del seno maxilar es contribuir a la resonancia de la voz, a la olfacción, a limpiar, calentar y humedecer el aire inspirado y modificar el aire expirado.

Entre otras funciones menos específicas encontramos la reducción del peso del esqueleto facial, aislamiento del aire inspirado, conservación del agua, filtración y función de espacio muerto.

### **LIMITES DEL SENO MAXILAR**

Superior: Superficie Orbitaria

Posterior: Superficie infratemporal.

Inferior: Superficie del proceso alveolar

Anterior: Superficie molar.

Tabla de distancia de los ápices de los dientes posteriores del maxilar al piso del seno maxilar.

| Raíz                          | Distancia |
|-------------------------------|-----------|
| Vestibular primer premolar    | 6.18 mm   |
| Palatina primer premolar      | 7.05 mm   |
| Meso vestibular primer molar  | 2.82 mm   |
| Palatina primer molar         | 1.56 mm   |
| Disto vestibular primer molar | 2.79 mm   |
| Meso vestibular segundo molar | 2.04 mm   |
| Distovestibular segundo molar | 1.97 mm   |

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

- a. Dolor continuo a la palpación
- b. Secreciones
- c. Paso de alimento
- d. Celulitis
- e. Obstrucción nasal
- f. Rinorrea purulenta (a veces)
- g. Cacosmia subjetiva



Etiología: Las principales causas dentarias son:

- a. Periodontitis aguda supurativa
- b. Osteitis
- c. Celulitis
- d. Quistes de los maxilares
- e. Enfermedad periodontal
- f. Inducciones dentarias
- g. Diversas maniobras iatrogenicas dadas en las endodoncias, apicetomias, legrados periapicales y exodoncias.

En primer lugar el granuloma periapical se acompaña de una reabsorción ósea, en los dientes antrales, pone en continuidad el proceso séptico periapical con mucosa sinusal esto conduce de forma espontanea.

También en el curso de maniobras terapéuticas tales como la exodoncia, o la cirugía periapical ayudan a la contaminación bacteriana de la cavidad sinusal.

Factores predisponentes:

- a. Realizar una exodoncia de dientes antral con patología periapical, es fácil hacer comunicación debido a los movimientos para su extracción.

- b. Evolución de un quiste radicular hacia el seno maxilar puede rechazar su pared, extirpación del diente con el quiste.
- c. Infecciones de los maxilares procedidos por fracturas del proceso alveolar y no se trata adecuadamente.
- d. Causa traumática como perforaciones de tipo accidental.
- e. Tumores de las infraestructura.
- f. Desplazamiento de un diente o raíz hacia el seno maxilar.

Patogenia:

Las vías por las cuales los gérmenes involucrados en infecciones dentarias pueden alcanzar el seno maxilar son:

- a. Contigüidad: Proximidad física entre el foco séptico y el seno maxilar.
- b. Continuidad: Transición insensible entre ambos.

- c. Osteitis: La grangrema pulpar de los dientes antrales pueden ocasionar una osteitis periapical circunscrita.
- d. Preformadas: Una infección pulpar o periodontal puede alcanzar el seno maxilar por migración de gérmenes.

#### Anatomía Patológica de Aparición secuencial:

- a. Parulia sinusal: Se caracteriza por la colección purulenta, colocándose por debajo de la mucosa sinusal.
- b. Epidemia sinusal: Se caracteriza por que el material purulento perfora la mucosa penetrando dentro de la cavidad sinusal, se rena el absceso y se trata su causa.
- c. Sinusitis maxilar: Estas pueden ser agudas o crónicas. Las odontogenas son la mucosa sinusal que es un epitelio cilíndrico pseudo-estratificado, en cuyo interior se encuentra de células mucosecretoras, pueden sufrir diversos cambios.
- Sinusitis Crónico – hiperplásica: caracterizada por una hiperplasia de las células calciformes, con una producción incrementada de mucina.

- Sinusitis crónica fibrosa o atrofica: Desaportan glándulas de la lamina propia que adopta entonces un aspecto fibroso.

Diagnostico: Mediante los siguientes pasos:

- Exploración otorrinolaringológica: Debe comprender la realización de una rinoscopia, anterior y posterior, un examen faringolaringe para comprobar la presencia o ausencia de complicaciones sépticas.
  - Exploración estomatológica: Consiste en un examen bucodentario, en el que se deben buscarse alteraciones en los premolares y molares como caries, movilidad, cambios de color, fracturas, respuestas anormales a los test de vitalidad.
  - Exploración radiológica: Se realiza un examen
- Arcada dentaria mediante una radiografía panorámica, radiografías intraorales, deben buscarse datos que den la existencia de lesiones periodontales, periapicales, quistes y materiales odontológicos.
  - Seno maxilar: Mediante las proyecciones radiográficas empleadas rutinariamente para explorar el seno maxilar, debemos buscar imágenes susceptibles de traducir la existencia de una sinusitis maxilar.

#### Tratamiento:

- a. Tratamiento de las lesiones dentarias: Tienen por objeto eliminar los focos sépticos oseodentarios siempre que sea posible practicaremos un tratamiento conservador.
- b. Tratamiento de la sinusitis: Varía dependiendo de su forma clínica.
  - Sinusitis aguda: Tratamiento de antibiótico, analgésico, antiinflamatorio, mucolíticos e inhalaciones nasales que fructifiquen las secreciones para facilitar su eliminación.

Sinusitis crónica: Son tratados de forma variable según el estudio de afecciones de la mucosa sinusal si se encuentra inflamada y moderadamente hiperplásica deberá ser tratada por medios conservadores, si la mucosa oral está inflamada, hiperplásica, pólipos y zonas necróticas; debe ser eliminadas la más empleadas es la de Caldwell-Luc descrita independientemente por George Caldwell y Henry Luc, en 1893, puede ser realizada con anestesia regional aunque es preferible recurrir a la anestesia general. El paciente debe ser intubado por vía oral o endonasal opuesta al lado que ha de ser intervenido colocado en decúbito supino y con la cabeza también hacia el lado opuesto.

- a. Incisión: Si no es acompañada de una comunicación bucosinusal debe emplearse una incisión situada en el vestíbulo oral, tallada horizontalmente en la mucosa libre y extendida desde el primer hasta el incisivo lateral, se puede hacer una incisión

extendida entre el canino y el segundo molar inmediatamente por encima de la encía insertada.

- b. Despegamiento mucoperiostico cuidadoso, evitando lesionar el nervio infraorbitario.
- c. Trepanación: Mediante la adecuada empleacion de fresas de acero, se debe hacer una osteotomía por encima de los ápices de los premolares, abriendo un orificio de aproximadamente 1 cm de diámetro.
- d. Limpieza endosinusal cuando existen lesiones extensas de la mucosa sinusal. Ante lesiones de extensión limitada, se debe reseca la mucosa afectada. En las sinusitis odontogenas, es frecuente encontrar una afectación limitada en la mucosa del seno sinusal.
- e. Contra-abertura para permitir el drenaje del contenido del seno maxilar de forma progravitatoria, se debe perdurar el tabique sinuso-nasal a nivel del meato inferior.
- f. Sutura intrabucal con seda de 2 o 3 ceros tras una intervención de Cadwell Luc pueden presentarse las siguientes complicaciones:
  - Trastornos sensitivos en el territorio del nervio infraorbitario debido a una lesión del mismo durante el despegamiento del colgajo mucoperiostico oral.

- Insensibilidad incisivo-canina ocasionada por una lesión del nervio alvéolo dentario anterior durante la ostectomía de acceso al seno maxilar.
- Odontalgias y necrosis pulpaes causadas por lesión de los ápices dentarios o los pedículos nerviosos apicales de los dientes antrales, durante el legrado del suelo sinusal.
- Comunicación bucosinusal vestibulo producida por una desinencia de la sutura del colgajo mucoperiostico bucal.
- Fibrosis intrasinusal cuando aparece denudación completa de la mucosa sinusal y como consecuencia de la misma puede aparecer cuadros infecciosos.

#### Técnicas quirúrgicas:

- a. Rechiman: Para cerrar orificios de pequeños tamaños, 2 incisiones que llegan hasta el vestibulo, levantar el colgajo, incisión transversal del periostio con lo que consigue alargamiento; para tapar el orificio y suturar, es importante hacer una buena profilaxis antibiótica y procurar un buen drenaje.
- b. Berger Colgajo trapezoidal a expensas de la mucosa alveolar, 2 incisiones oblicuas a partir de los bordes extremos de la comunicación se levanta el colgajo, se realiza

incisiones transversales del periostio, se alarga el colgajo para que pueda deslizarse sobre la apertura se hacen puntos simples con seda 3 ceros y se quitan de 5 a 7 días.

- c. Lautenslarge: Comunicaciones situadas, en el vestíbulo y que no tengan gran tamaño, se realiza una incisión circular entorno al defecto, se hace un colgajo marginal y se coloca sutura reabsorbible.
- d. Comunicaciones mas amplias se realizan dos incisiones, una mesial y una distal o vestibular o palatina formando dos colgajos trapezoidales, se sutura borde a borde con sutura reabsorbible.

#### Métodos del cierre de una comunicación oro-antral.

- a. Membrana de gelatina absorbible la cual actúa para prevenir el desplazamiento del material de injerto del antro y la migración del epitelio sano.
- b. Membrana no absorbible: es una técnica que remueve la población celular con regeneración de las paredes por causa del defecto oro-antral.
- c. Material de injerto óseo que se utiliza cuando hay una fistula que sea superior de 5 mm, también se utiliza en cierres de colgajos fracasados.

Complicaciones del cierre de una comunicación oro-antral:

- a. Inadecuada preparación del sitio.
- b. Cierre del colgajo.
- c. Infección
- d. Necrosis.
- e. Sinusitis
- f. Sinusitis inducida de una lesión dental.

Cuando la comunicación es menor de 2 mm se llama comunicación no complicada, y cuando es mayor de 4 mm se denomina comunicación complicada.

Otras complicaciones:

- a. Complicaciones de la exodoncia de un diente antral, con un proceso inflamatorio crónico o cuando el hueso que separa el diente del seno es muy delgado al realizar la exodoncia se fractura accidentalmente.
- b. Complicaciones en el tratamiento quirúrgico de una tuberosidad profunda, se eleva un colgajo mucoperiostico vestibular se libera el fragmento óseo y el diente de los tejidos.
- c. Fijan de lado a lado los colgajos de tejidos blandos con puntos colchoneros.

Factores que inciden en el cierre a la apertura oro-antral:

- a. Formación del coagulo.
- b. Organización de la lesión.
- c. Presencia de epitelio escamoso estratificado.

Cuidados:

- a. Evitar soplar por la nariz.
- b. Evitar estornudar fuertemente por la boca
- c. No fumar
- d. No ingerir alimentos con pitillos
- e. Administración de descongestionantes orales y antibióticos.
- f. Control radiográfico después de una exodoncia.



Tratamiento Post Quirúrgico que contribuye al cierre de la comunicación oro-antral:

- a. Amoxicilina de 500 mg cada 8 horas durante 8 – 10 días.
- b. Analgésicos orales.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir los factores etiologicos y tratamiento de una comunicación oro-antral en los casos revisados.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer los tipos de exámenes radiologicos para ubicar de manera ideal la clase de lesión que afecta el seno maxilar.
- Conocer la importancia de diagnosticar, correcta y oportunamente una lesión mediante el buen diligenciamiento de la historia clinica y su respectivo procedimiento para evitar complicaciones relacionadas con el seno del maxilar.
- Analizar los factores etiologicos de una comunicación oro-antral.
- Conocer las ultimas técnicas para el cierre de una comunicación oro-antral.

## **2. METODO**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo.

### **2.2. POBLACION**

Se tomaron siete articulos



### **2.3. DEFINICION DE VARIABLES**

- Factor predisponente
- Características clínicas
- Etiología
- Pruebas de diagnóstico
- Tratamiento.

### **2.4. INSTRUMENTOS**

Este trabajo se hizo teniendo en cuenta matrices que se desarrollo de la siguiente manera:

## **TITULO: MUCORMICOSIS RINORBITAL Y ORAL**

Los autores ven la necesidad de describir la mucormicosis rinorbital como una manifestación sistémica que de manera rápida progresiva y agresiva involucra el seno maxilar, basándose fundamentalmente en la incidencia de la resolución de esta de la misma. Es el caso de una mujer de 35 años de edad, diabética que presenta una úlcera a nivel del labio y cara que parte hacia el lado izquierdo, purulento doloroso y maloliente ocasionando una comunicación oroantral (se le realizó una evaluación microscópica, una biopsia y un TAC para saber la extensión del hueso perdido) su diagnóstico definitivo se determinó después de 55 días, luego de haber podido controlar la infección.

Se pudo obtener un diagnóstico definitivo después de 55 días luego de haberse podido controlar la infección.

Se realizó una cirugía Maxilofacial para remover las células necróticas.

Dentalmente se ofrece una prótesis.

La paciente quedó afectada por la pérdida de la mayoría de su composición facial ocasionando un trauma psicológico.

## **CONCLUSIONES**

La diabetes, así mismo como la leucemia, el SIDA, cáncer, las quemaduras severas, la mal nutrición como en algunos pacientes considerados ambos son factores predisponentes de la mucormicosis rinorbital, infección oportunista que ocasiona la destrucción masiva de algunas estructuras estomatognáticas produciéndose una comunicación oro antral.

## TITULO: FISTULA OROANTRAL ESPONTÁNEA

Los autores de este artículo describen una extraña enfermedad por medio de un caso clínico conocido con el nombre de granulomatosis de Wegener, el cual está directamente relacionado con la comunicación existente entre el seno maxilar y medio oral.

La granulomatosis de Wegener's es una lesión descrita en el año de 1930, los autores pretenden dar a conocer esta lesión mediante un caso clínico de un hombre de 35 años que presenta una comunicación oroantral, clínicamente se observa una ulceración en la mucosa a nivel de la porción apical de las raíces de 1 y 2 molares superiores izquierda, se diferencia de otro tipo de lesiones como es el caso de la sarcoidosis, aspergilosis, mucormicosis y el carcinoma escamocelular entre otros, se le realizaron diversos exámenes de laboratorio, imagenológico y radiográfico para llegar a su diagnóstico definitiva. Se cerró el defecto con la técnica de Cadwell-Luc y farmacológicamente se trató con cefalosporina, ciclosporina y corticosteroides,

Se pudo lograr el cierre de la comunicación oroantral mediante la técnica de Cadwell-Luc considerado lo más tradicional y práctico en el seno maxilar.

## CONCLUSIONES

La granulomatosis de Wegener's es una lesión que ocurre ocasionalmente en edades medias, afecta a ambos sexos y oralmente está relacionado con la gingivitis, la estomatitis ulcerativa y con la pérdida idiopática de dientes.

**TITULO: CIERRE DE UN DEFECTO MAXILAR POST-TRAUMATICO. UN  
CASO REPORTADO.**

El autor describe como a través de un injerto aloplástico y un injerto autólogo se cierra un defecto mal tratado anteriormente. Un hombre de 58 años con un defecto oroantral en la tuberosidad del maxilar causada por un puntapié de un caballo ha sido tratado inadecuadamente. El procedimiento fue hecho bajo anestesia general, se limpio la herida, el hueso necrótico fue removido, la capa nasal fue creada por una ondulación vestibular y palatina suturándolos. el implante fue arreglado y el área entre el implante y la palatina fue sellado con partículas de hidroxiapatita.

La mucosa del paladar izquierdo fue transferido al lado del defecto siendo este cubierto con puños de yodoformo; el lado izquierdo fue curado por segunda intención. Después de dos semanas la curación completa tuvo suceso y el defecto fue cerrado, una prótesis total y la no recesión ha sido observada tanto clínica como radiográficamente.

**CONCLUSION**

La combinación de un implante de hueso con hidroxiapatita y un rígido arreglo en el implante colocado anteriormente fueron suficientes para un satisfactorio resultado.

**TITULO: NOTA TECNICA: FISTULA OROANTRAL[ IMAGEN MEJORADA  
CON UN PROGRAMA COMPUTARIZADA DE TOMOGRAFIA  
DENTAL**

Los autores reportan un método para la precisa determinación del tamaño de la fistula oso antral, usando una tomografía CT programa de software 8DI). Durante un periodo de 5 años, 6 pacientes con OAF fueron diagnosticados y tratados, siguiendo preciso determinación del diámetro de la fístula. Uno de los casos esta descrito. Una mujer de 31 años, con una queja de escape de fluido de su nariz derecha cuando un liquido fue tomado. Esto continuamente, siguiendo la extracción de un diente del maxilar derecho. Examen oral: Sangre y pus en la toma; test de mansalva positivo. Radiografía panorámica: Revela reciente extracción, pero no demostró presencia de OAF. Se realizó la tomografía, la dosis de la radiación en la piel fue de 4.2 CGY. Por lo tanto se observo tridimensionalmente la OAF, resultando tener un ancho de 2 mm.

Se planeo una cirugía donde fue correteado al alvéolo, se coloco gel-foam y posteriormente se suturo fue tratada con terapia antibiótica y gotas nasales. Se tomaron dos tipos de radiografias una panorámica, un TAC, donde la panorámica revelo una comunicación oroantral, pero no determino la ubicación y el diámetro exacto a diferencia del TAC.

**CONCLUSION**

La tomografía computarizada, permitió una visualización tridimensional del OAF, determinando así su preciso ubicación y dimensión.

## **TITULO: USO DEL RELLENO BUCAL (BFP) PARA REPARAR LOS DEFECTOS INTRAORALES.**

El relleno bucal es una estructura redondeada y biconvexa, rodeada por una cápsula, Histológicamente es un compuesto de la misma clase que un orbital, y su función es coadyuvar al movimiento muscular e incide en la morfología externa y forma de la cara. Este es un tipo aceptable de reconstrucción, versátil y de una simple técnica quirúrgica. Sin embargo sus uso esta limitado a pequeños y medianos defectos, siendo la mayoría de veces escasos. El relleno bucal ha sido frecuentemente usado en la comunicación oroantral y oronasal. Hay pocos estudios reportando su uso en defectos secundarios a la resección tumoral. En este estudio consideramos ambos: la base anatómica y la técnica quirúrgica. Se revisaron 30 casos desde 1991 hasta 1995. 15 para la reparación de defectos debido a recesión tumoral, 8 de quistes maxilares, 6 para comunicación y uno por efecto postraumático. El tratamiento ha sido exitoso en 28 de 29 pacientes con una completa epitelización, aun en 4 casos con necrosis parcial de relleno. Solo falló en un caso de comunicación oronasal. En el pos operatorio todos los pacientes tuvieron tratamiento con antibióticos y una dieta suave. Solamente fue necesario un drenaje con tubo en un paciente de comunicación nasal. En todos los casos el proceso de epitelización comenzó durante la primera semana y termino en 30 o 40 días. Se detectaron necrosis parcial en dos de los 30 casos.

### **CONCLUSIONES:**

El éxito de la BFP ha sido del 96.7%. La técnica es simple pero se debe cuidar el mantener el grosor de la cápsula, y se debe evitar la succión mecánica, tiene limitaciones en cuanto al tamaño. La proximidad de las mucosas deben ser cortas para facilitar su extracción, las suturas deben ser de libre tensión para evitar la necrosis parcial en los bordes. Debido a su situación anatómica el defecto ideal a ser reconstruido por la BFP son el defecto maxilar del área premolar a la tuberosidad posterior, también el paladar blando y duro, margen superior alveolar, fosa tonsilar y mejilla mucosa. Finalmente se concluye que la BFP parece ser uno de los métodos reconstructivos mas seguros para el pequeño y mediano defecto intraoral. Su mas notable ventaja es la simple técnica quirúrgica y su gran resultado sin una secuela anestésica.

## **TITULO: ANTROLITO ASOCIADO CON ASPERGILLOSIS DEL SENO MAXILAR.**

La aspergillosis de los senos paranasales fue reconocida en el siglo 19, en los estudios de los autores caracterizado por la densidad metálica sombreada, apareciendo cuerpos ajenos en la apariencia radiologica. Un análisis ha demostrado que este fenómeno esta a disposición local de fosfato de calcio en el centro de las masas fungicas. Tomaron un hombre de 58 años que padecía de purulenta descarga que se repite en una fistula gingival del maxilar izquierdo superior después de que padeció la extracción de un diente molar un año antes. Fue tratado con antibiótico, pero sigue la descarga. En su examen fue notado una fistula en el maxilar superior, radiográficamente muestra una opacidad difusa en el seno del maxilar y radiodensidad de formación de antrolitos. En la tomografía se observa una masa metálica asociada al seno del maxilar izquierdo varias piezas de un material duro y blando fueron encontrados en un pequeño hueco. Un análisis del antrolito mostró estar compuesto por fosfato de calcio, la irrigación fue desarrollada por Ampotericina B solución, post-operativamente una vez por semana. La micosis ha llegado a ser una enfermedad mas común. La aspergillus es común como patogenia funja en enfermedad de los senos del maxilar. Calcificaciones nasales y paranasales son clasificados entre verdaderos que son endogenos hongos, mucus, pus, grumus o corteza y falso endogeno como grasas, raíz dental, verdura piedra, vidrio. Esta inflamación toma lugar en el seno daña el movimiento del maxilar y la barrera mucosa sobre el epitelio produciendo secreciones y formando cálculos. Se diagnostico que la Aspergillosis es una enfermedad común en la cavidad oral que en el momento de la exodoncia de un molar no se tuvo un adecuado cierre lo que produjo una comunicación donde se entro al seno, la Aspergillosis formo antrolitos. Tuvieron que tomar rayos X y tratarla con Ampotericina B solución.

**CONCLUSION** Tener en cuenta la importancia de la flora en la cavidad oral, en el buen cierre de una cirugía que puede infectar el seno del maxilar.

**TITULO: FISTULA DE SENOS ORAL MAXILAR, CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS SOBRE MULTIPLANAR CT.**

El estudio fue realizado para describir los resultados del CT y mostrar que puede ser instrumento para el diagnostico de esta condición. Se tomaron 8 pacientes con fistula oroantral clínicamente, comprobada o con sospecha no clínica pero si con evidencia radiologica. La información clínica fue obtenida por cada paciente para así obtener registros clínicos, ya sea de manera verbal o por un examen de registros de los pacientes. Los pacientes se encontraban entre los 29 a 62 años de los cuales solo un paciente estaba inmunocomprometido, con un año de historia de SIDA en los cuales fueron diagnosticados por diferentes ramas de la medicina. Los resultados mas frecuentes que se encontraron con este tipo de diagnostico como lo es el CT fue una discontinuidad ósea del seno del piso maxilar, comunicación entre la cavidad oral y el seno, tejidos blandos, opacidad del seno del maxilar ipsolateral, áreas focales de atrofia alveolar, esto asociado a enfermedad periodontal.

**CONCLUSION**

CT dental reformado puede ser usado para evaluar pacientes por sospecha de comunicación oro antral y esta condición puede ser encontrada accidentalmente en pacientes para evaluación de implantes.

### 3. RESULTADOS

#### I. ANTROLITO ASOCIADO CON ASPERGILLASIS DEL SENO MAXILAR (1997).

FACTOR PREDISPONENTE: Exodoncia de un diente antral.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Material purulento ocasionando fistula gingival en el maxilar izquierdo.

#### ETIOLOGIA:

- Inducción dentaria.
- Patogenia: flora fungica de los senos paranasales.

#### PRUEBAS DE DIAGNOSTICO:

- Radiografia: Radiodensidad sombreado cerrado al complejo osteomeatal.
- Tomografia axial computarizada: Densidad masametálica asociada a la densidad blanda del tejido en el seno izquierdo.
- Resonancia magnética: Presencia de calcio.
- Examen microscópico: Presencia de fosfato de calcio y sustancias orgánicas.

#### TRATAMIENTO:

Terapia formacologica: ampitericina B solución.

Terapia quirúrgica; Fistulectomia bajo anestesia local.

## II. MUCORMICOSIS RINORBITAL Y ORAL (1997).

FACTOR PREDISPONENTE: Diabetes

CARACTERISTICAS CLINICAS: Ulceración necrótica con material purulento maloliente, doloroso a la palpación, compromete margen alveolar paladar duro labios lengua mandíbula, fosa y seno paranasal.

ETIOLOGIA: Patogénica; Flora fungica ocasionada por el hongo saprofítico perteneciente a la familia Phycomycetes.

PRUEBA DE DIAGNOSTICO;

- Radiografías: Areas radiopacos, por presencia de fluidos y destrucción de las paredes sinusales.
- Biopsia.
- TAC: Para saber la extensión de hueso perdido, a nivel de cara paladar duro, huesos frontales, procesos maxilares, huesos nasales y paredes del seno maxilar.
- Evaluación microscópica.

TRATAMIENTO.

- Terapia farmacologica: Ampitericina B por vía intravenosa.
- Terapia quirúrgica: Debridación quirúrgica, cirugía Maxilofacial para remover las células necroticas. Dentalmente se ofrece una prótesis. Tratamiento psicológico.

### III. FISTULA OROANTRAL ESPONTÁNEA

#### FACTORES PREDISPONENTES:

Infección ocasionada por una sinusitis crónica.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Obstrucción nasal.



#### ETIOLOGIA:

Granulomatosis Wegener's.

#### PRUEBAS DE DIAGNOSTICO:

- Exámenes de laboratorio (sangre y orina) hallando serocidad sanguínea.
- TAC: se encuentra una masa en el piso de la órbita y donde hay pérdida ósea.
- Biopsias
- Radiografías
- Endoscopias.

#### TRATAMIENTO:

- Terapia farmacologica: Cefalosporina, ciclosformal, corticosteroides e irrigación con solución nasal.
- Terapia quirúrgica: cierre de la comunicación con la técnica de Caldwell-Luc

#### IV. CIERRE DE UN DEFECTO MAXILAR POST-TRAUMATICO (1997).

##### FACTOR PREDISPONENTE:

Accidente (por patada de cabello) cursando Lefort I.

##### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Necrosis.

##### ETIOLOGIA:

Fractura tratada inadecuadamente.

##### PRUEBAS DE DIAGNOSTICO:

Radiografia



##### TRATAMIENTO:

Remoción dl hueso necrótico.

Corrección del implante.

Injerto autologo: Mucosa del maxilar opuesto.

Injerto aloplastico mediante la hidroxiapatita.

Dentalmente se ofreció una prótesis.

V.     NOTA TECNICA: FISTULA ORO ANTRAL IMAGEN MEJORADA CON  
UN PROGRAMA COMPUTARIZADO DE TOMOGRAFIA DENTAL (1995).

FACTOR PREDISPONENTE:

Exodoncia de un diente 16 antral.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Paso de cimiento.

Demorada cicatrización.

ETIOLOGIA:

Inducción dentaria.

PRUEBA DE DIAGNOSTICO:

Radiografia panorámica

TAC

Prueba de valsalva

TRATAMIENTO

Gelfoan y sutura

Terapia farmacologica: antibiótico.

Gotas nasales.

## VI. USO DE RELLENO BUCAL PARA REPARAR LOS DEFECTOS. INTRAORALES.

### HALLAZGOS CLINICOS:

15 casos para defectos de recesión tumoral.

8 casos para defecto de quiste maxilar.

6 casos para comunicación oro antral.

1 caso por defecto post-traumático y drenarlo.

### MEDIO DE DIAGNOSTICO: TAC.

ETIOLOGIA: No se reporta.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Defectos intraorales.

TRATAMIENTO: Dieta blanda, drenaje por tubo.

TERAPIA FARMACOLOGICA: Antibiótico.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: Relleno bucal para reparar los defectos intraorales.

TRATAMIENTO: Dieta blanda. Drenaje por tubo.

## VII. FISTULA DE SENO ORAL – MAXILAR CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS SOBRE MULTIPLANAR CT.

FACTORES PREDISPONENTES: Exodoncia de un diente antral.

### CARACTERISTICAS CLINICAS:

La revisión con CT mostró interrupción del piso del hueso del seno maxilar con comunicación a la cavidad oral en todos los pacientes.

Enfermedad periodontal.

### ETIOLOGIA:

Mala higiene oral.

### PRUEBA DE DIAGNOSTICO:

CT.

### TRATAMIENTO:

No se reportó en el artículo.

## CONCLUSIONES

- Existen diversos factores etiológicos distintos a los comúnmente descritos como lo es la pos-exodoncia.
- Para diagnosticar una comunicación Oro Antral es indispensable realizar algunas pruebas de diagnostico principalmente radiografias.
- En cuanto a su cierre quirúrgico el procedimiento usado esta relacionado con la técnica de Cadlwell-Luc
- Clínicamente se puede determinar en una comunicación oro-antral que predomina el dolor y la descarga de material purulento.



## RECOMENDACIONES

Es indispensable diligenciar correctamente la historia clínica para así mismo poder dar un diagnostico correcto y un tratamiento adecuado para el cierre de una comunicación oro – antral.

## DISCUSION

- Factor predisponente:
- Etiología: Los factores etiologicos en los 7 artículos revisados no coinciden.
- Pruebas de diagnostico: Para el diagnóstico de la comunicación oro – antral se tomaron T.A.C., radiografia, examen microscopio, biopsia de los cuales 3 de los 7 coinciden en T.A.C., radiografia y biopsia.
- Características clínicas: Según la Revisión Bibliográfica coinciden 3 de los 7 artículos en presentar dolor y material purulento.
- Tratamiento: A nivela farmacológico 3 de los 7 artículos suministran Ampotericina B y a nivel quirúrgico Técnicas de Cadlwell-Luc.

## BIBLIOGRAFIA

- BERGER, American roentgen ray society, volumen 165 pag. 1273 – 1276. junio de 1995.
- KIM Y-K, KIKKAWA-DO, Jemke-bn; journal de cirugía oral maxilofac, volumen 56 (6) pag. 716 – 721. junio de 1997.
- OGATA Y OKINATA Y TAKAHASHAHI, Journal et al maxillofac surg, volumen 55 (11) pag. 1339 – 1341, noviembre de 1997.
- J.A. MIGLIORISI, journal oral maxillofac surg, volumen 26 pag. 336 – 337, junio de 1997.
- L. BOONER A GATOR J. BAR – RIV, Journal oral maxillofac surg, volumen 68 pag. 1249 – 1250, 1995.
- JORGEN RUD. DR. ODONT AND VIBE RUD. DDS, Journal oral maxillofac surg. volumen 24 no.4. pag. 260 – 261. abril de 1998.

- J.A. MIGLIOVISI, Journal oral maxillofac surg, volumen 26 pag. 336 – 337, junio de 1997.
- R. MARTIN – GRANIZO, L. Naval A. Costas, C. Goizueta, Bristish. Journal oral & Maxillofacial, surgery, volumen 35 pag. 81-89 – 1997.
- E.J. WOOLLEY. M. Patel, Brisish Dental Journal Volumen 182, pag. 430 – 432 – Junio de 1997.
- YOSHIHIKA HAYASHI, Journal of Endodontics, volumen 21 pag. 205-207 – abril de 1995.
- J.S. LOPEZ ARRANZ, Cirugia oral, editorial Intramericana, MC Grawhill – Pag. 265 – 272.