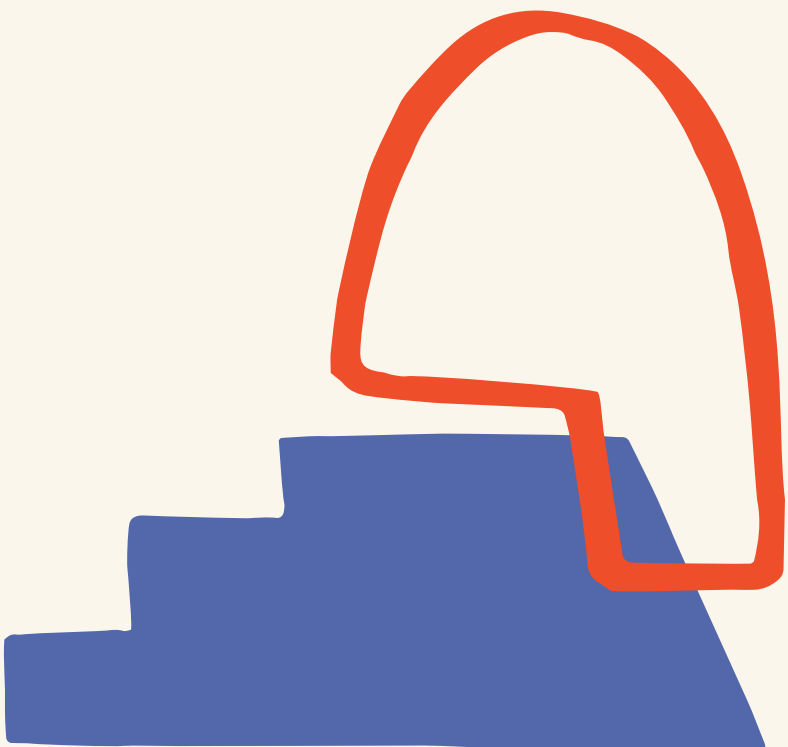




COMUNICACIÓN OROANTRAL

CURSO CIRUGÍA BUCAL



Comunicación oroantral

La comunicación bucosinusal, más conocida como **comunicación oroantral**, se define como un espacio creado entre la cavidad oral y el seno maxilar; más comúnmente causada por exodoncias traumáticas. Si esta comunicación no es tratada, progresará a una fistula oroantral y/o infección sinusal crónica.

Etiología

La etiología de esta comunicación es multifactorial, en mayor parte, se produce posterior a extracciones dentales en la zona de dientes postero superiores, bien sea por el tamaño de sus raíces o iatrogenia causada por el operador, por el uso incorrecto del instrumento; causando perforación de la base del seno maxilar.

Esta comunicación patológica también puede ocurrir como resultado de cirugías de implantes y/u ortognáticas, tumores, quistes, osteomielitis, traumas y entidades patológicas. Para evitar problemas secundarios, se aconseja el cierre quirúrgico durante las primeras 48 horas.

Diagnóstico

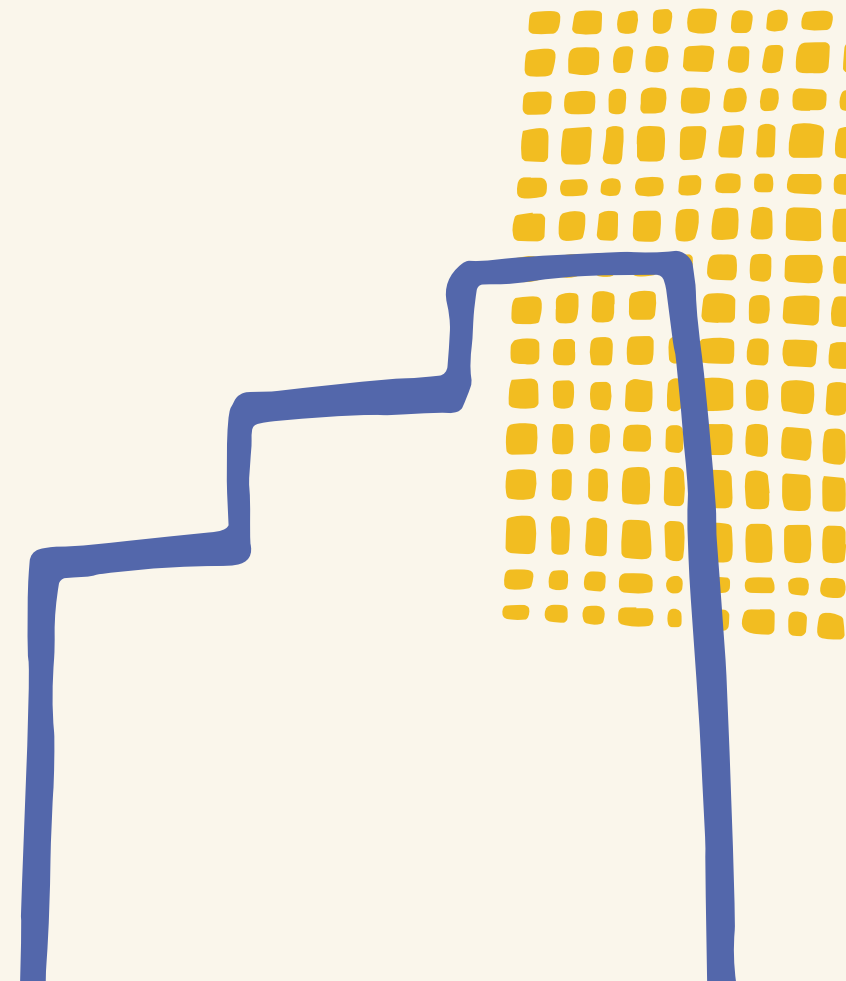
Este tipo de patologías disponen de una complejidad alta para su correcto diagnóstico, en gran parte su detección hace parte de los signos y síntomas que refiera el paciente, tales como dolor severo, epistaxis, alteraciones en la resonancia nasal, obstrucción nasal unilateral, paso de fluidos a la nariz desde su boca, e imposibilidad al masticar; usados cuando no se ha detectado en el momento en el que se presentó la comunicación.

Diagnóstico

Para realizar una inspección detallada a nivel intraoral, se observa clínicamente presencia de algún tipo de alteración visible, corroborando con ayudas diagnosticas como radiografía panorámica y occipito mentoniana, radiografías periapicales y tomografías.

Cuando se tiene sospecha de posible comunicación oroantral, posterior a los procedimientos, se realiza un de maniobra que ayuda a corroborar el diagnóstico.

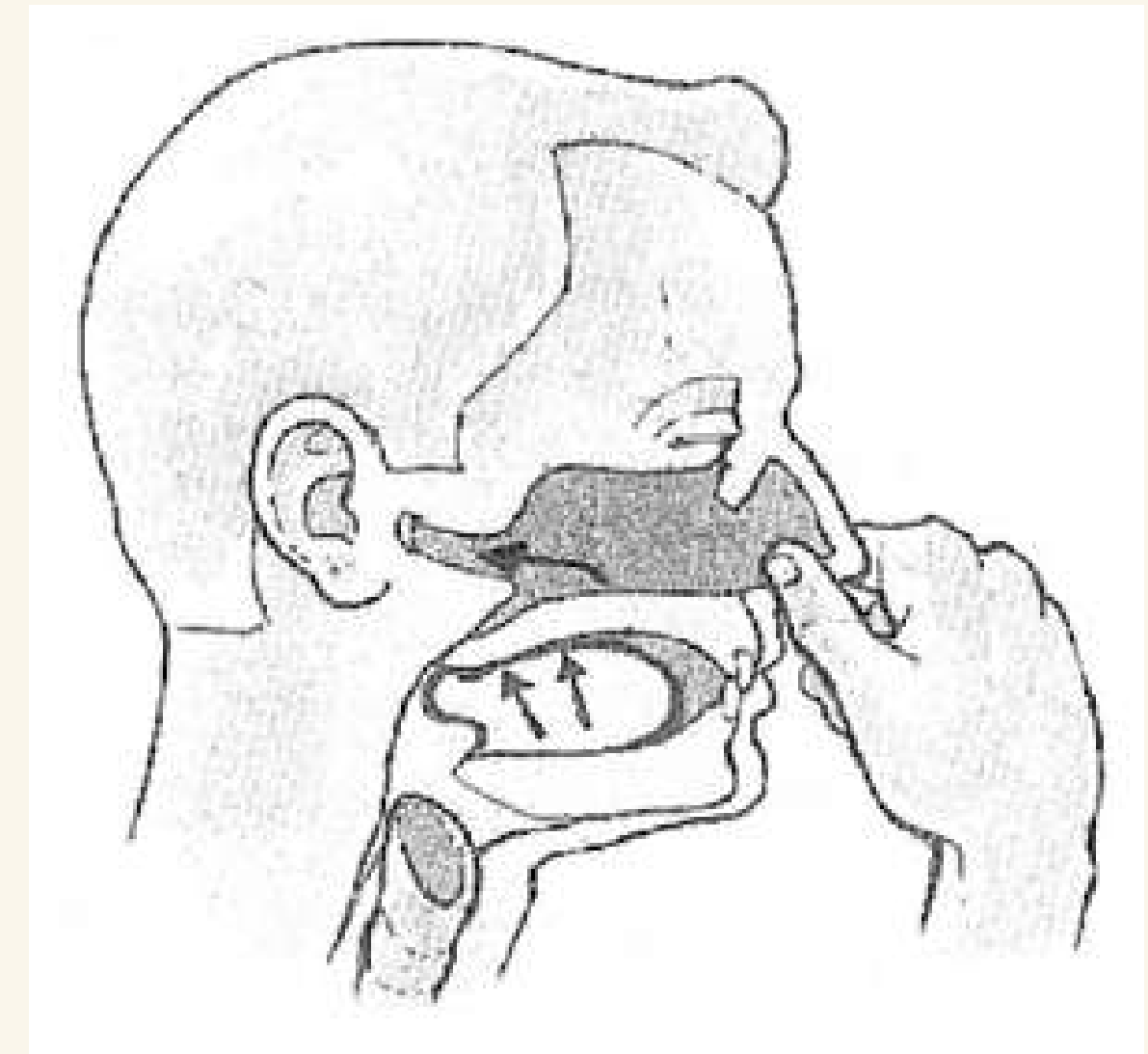
Maniobra de Valsalva



Se denomina maniobra o test de Valsalva, a una técnica de diagnóstico utilizada en medicina, creada por Antonio María Valsalva, médico, anatomista, fisiólogo, cirujano y patólogo de la edad barroca.

Creó esta maniobra con el fin de usarla para determinar o dar ayuda diagnóstica a ciertas patologías, cuyo fin finalizó ayudando a la odontología moderna.

Esta técnica consiste en exhalar aire y sostenerlo con la glotis cerrada, incrementándose la presión en el antro; si se logra escuchar un fino silbido y/o sangre, burbujas o secreción mucoide que se desarrolla alrededor del orificio, se denota como presencia de comunicación bucosinusal.



TRATAMIENTO

El objetivo de este es el cierre y prevención de bacterias orales y de restos de alimentos que puedan penetran en el seno maxilar.

La decisión de cómo tratarse debe basarse en el tamaño de la comunicación, momento en el que fue diagnosticada y la ausencia o presencia de infecciones en el antro.

Los estudios de imágenes computarizadas deben ser realizados inmediatamente se sospecha o se valora la existencia de una comunicación, ya que son usados para evaluar y medir el grado de esta complicación; se recomienda el uso de tomografía computarizada o cone beam, para tener una imagen más precisa del antro

TRATAMIENTO

Es posible que una comunicación oroantral pequeña, menor de 2mm de diámetro, sin epitelio e infección en el seno, puede curar de manera espontánea, posterior a la formación de un coagulo estable. No obstante, los defectos mayores de 5mm de diámetro, que persiste por más de 3 semanas, escasamente se curan por primera intención y requieren de intervención quirúrgica.

Cuando se halla una infección sinusal, el seno afectado debe ser irrigado copiosamente a través de la fistula, con solución salina, 3 veces por semana, hasta observar que el líquido que emerge no contiene exudados inflamatorios

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

Se entiende como el intento de cerrar la comunicación mediante técnicas y métodos no cruentos, con el uso de prótesis obturadoras, injertos de fibrina y la capacidad que tienen los tejidos de regenerarse por su propia cuenta, desde la formación de un coagulo estable.

Prótesis obturadoras. Son prótesis parciales removibles, fijas o sobre dentaduras, que llevan incorporadas un espacio en relieve que ocluye sobre los bordes de la apertura de la comunicación, taponando la cavidad oral de la nasal; impidiendo el paso de fluidos y elementos solidos que puedan causar transgresión e infección en la cavidad sinusal

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

Injerto de fibrina. Consiste en la aplicación de fibrina rica en plaquetas, de origen humano, formando un coagulo que se adhiere con firmeza en la pared del canal que comunica la boca con la parte nasal; es efectiva y genera una cicatrización completa en un periodo de más o menos un mes.

Curación por segunda intención. Método por el cual se rellena el alveolo de material hemostático reabsorbible, y se afrontan los bordes gingivales con una sutura. Se pide al paciente no realizar maniobras bruscas, que puedan desalojar el coagulo, tales como hacer enjuagues bruscos, estornudar sin tener la boca abierta o evitando el estornudo y/o sonarse la nariz

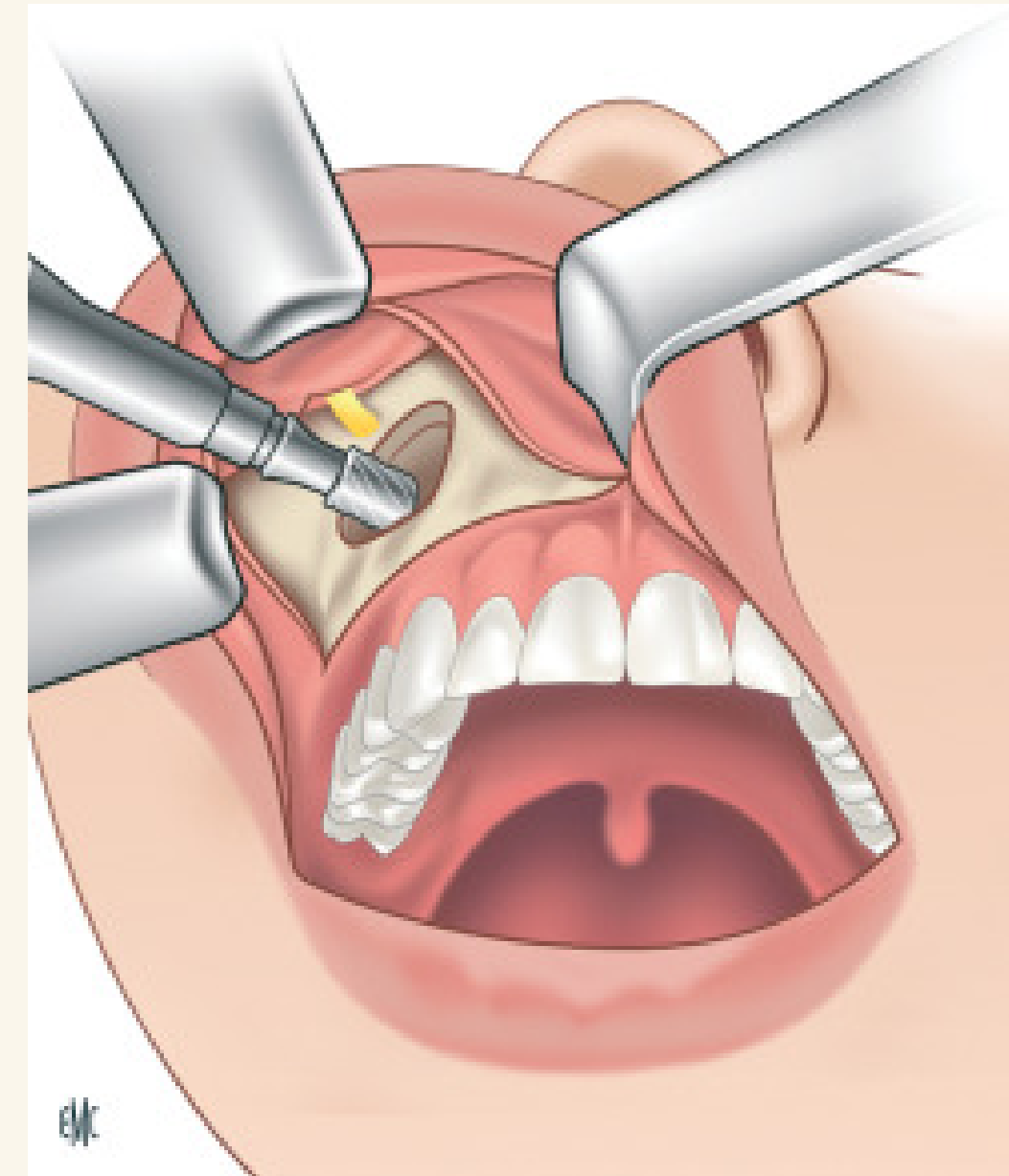
TÉCNICAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Este tipo de tratamientos suelen ser invasivos, pero con un alto grado de efectividad y certeza de cerrar herméticamente con tejidos blandos y así evitando el paso de sustancias a la cavidad nasal

Técnica quirúrgica de Cadwell – Luc. Es una técnica que se utiliza para intervenciones de sinusitis crónica, pólipos, quistes, mucocelos, traumatismos, biopsias y exploraciones en el seno maxilar

Técnica quirúrgica de Cadwell – Luc. Se realiza una incisión de 4 o 5 mm en el surco vestibular entre canino y primer o segundo molar; seguido a esto, se realiza osteotomía en la pared anterior del antro, haciendo extirpación de la mucosa antral con cucharillas o curetas de legrado; se prosigue a realizar una ventana, con un escoplo, en la membrana que comunica con el meato inferior, introduciendo un tubo de goma en su interior, realizando movimientos de vaivén con el objetivo de aumentar la perforación de la pared antral interna, consiguiendo una comunicación naso sinusal más amplia, para su drenaje.

Esta técnica se usa para la ventilación y drenaje del antro, reponiendo luego con suturas de ida y vuelta los extremos del colgajo mucoperiostico.

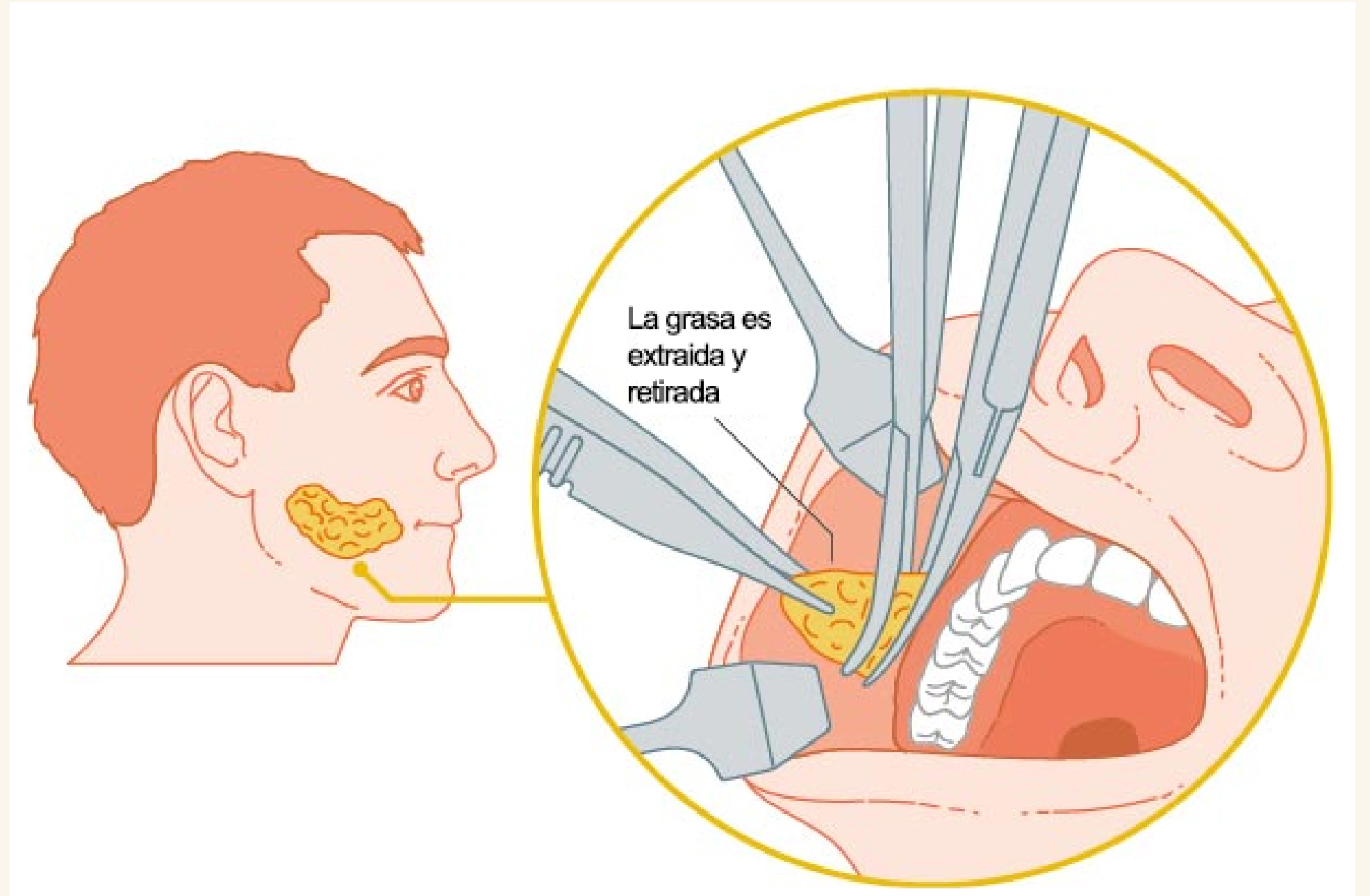


Cierre de tejidos blandos (Solapa deslizante bucal). Técnica antigua utilizada para el tratamiento de la comunicación oroantral; este colgajo fue diseñado por Rehrmann, para cerrar la comunicación de manera segura y eficiente.

COMUNICACIÓN OROANTRAL 15 Esta técnica se desarrolla realizando 2 incisiones verticales divergentes a nivel vestibular, extendiendo el tejido hacia el lugar donde se desarrolló la comunicación, y se realiza sutura a los márgenes de esta



Almohadilla de Bichat.: Esta técnica se usa cuando hay poca posibilidad de utilizar colgajos palatinos. Se exponen las burbujas de Bichat, predispuestas en la parte interna de los carrillos, y se movilizan mediante la liberación de tejido del periostio; se traslada a donde se ubica la entrada de la comunicación y se procede a suturar



Colgajo Palatino: Se describe como una técnica bien establecida y de un alto éxito al realizarse; basada en efectuar una incisión en el paladar para girar el colgajo hacia la comunicación. La zona del paladar que se expone sanará por cicatrización secundaria; si el colgajo no llegase a completar el cierre de la comunicación, se realizaría un colgajo bucal para completarse



Colgajo de Lengua: Este método se realiza como alternativa cuando los colgajos bucales o palatinos han fallado; debido a la gran inervación y la flexibilidad de los tejidos de la lengua, se convierte en un procedimiento versátil, para la reconstrucción de múltiples tejidos orales.

Este colgajo puede crearse a partir de las caras laterales, dorsales y ventrales de la lengua; permitiéndose permanecer en el lugar de 14 a 21 días para una curación adecuada



Injerto de hueso: En caso de realizar diversos intentos de cierre de la comunicación con tejidos blandos y su previo fallo, se recomienda la colocación de injerto óseo para el selle del defecto. También puede ser requerido cuando se tiene la necesidad de continuar un tratamiento de rehabilitación o elevación de seno maxilar. A menudo, la fuente de este hueso puede ser de sitios intraorales, como lo son la sínfisis, la rama anterior mandibular o la tuberosidad del maxilar; y sitio extraoral, tal como la cresta ilíaca

