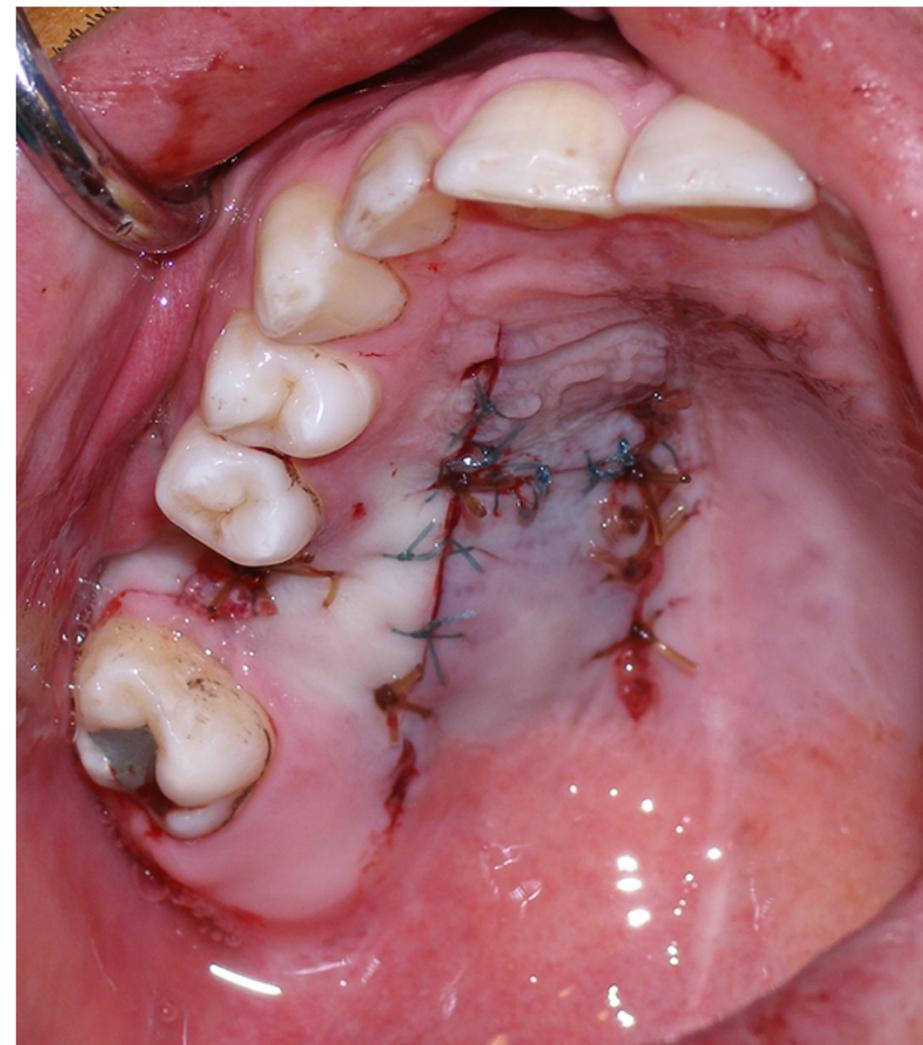
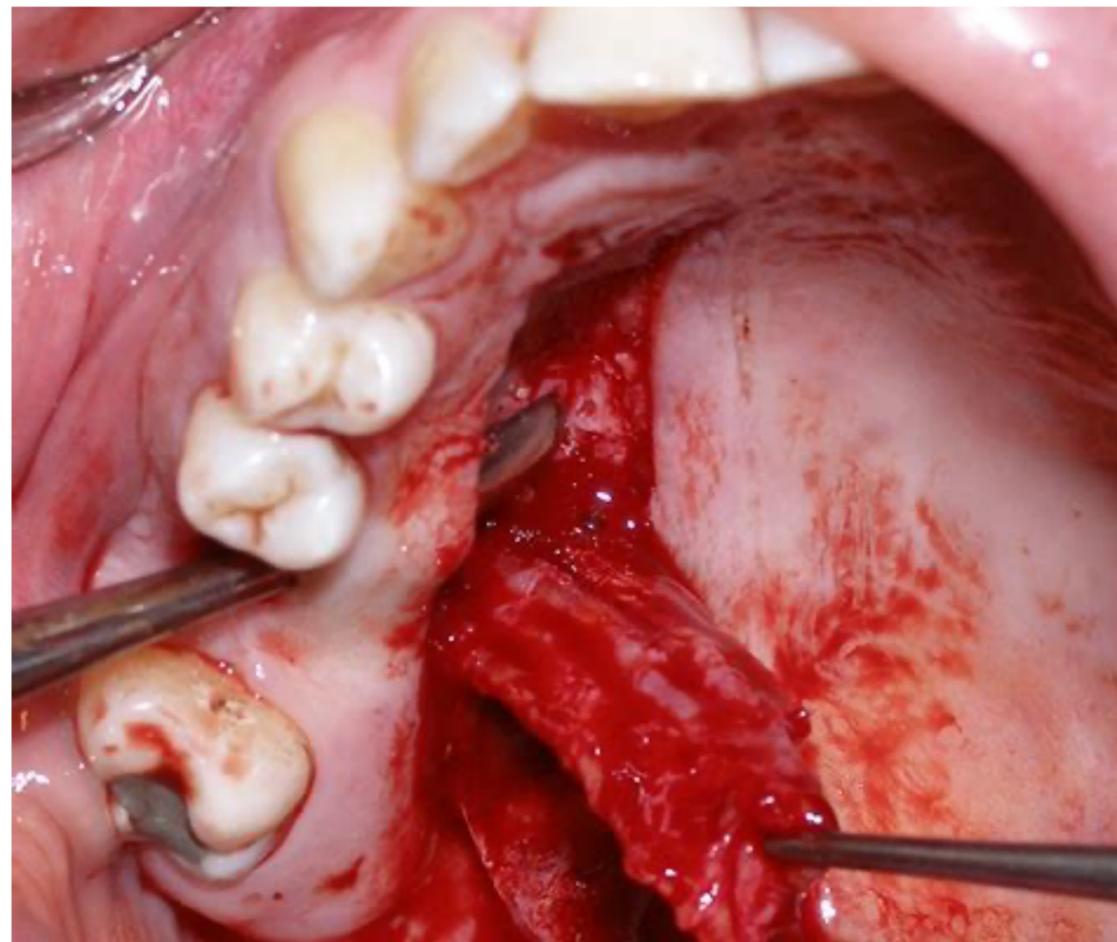


**CURSO CIRUGÍA BUCAL
2021**



TRATAMIENTO: COMUNICACIÓN OROANTRAL

ELIZABETH PASTRAMA

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente de una comunicación oroantral, es la extracción de dientes antrales, como resultado de técnicas quirúrgicas inadecuadas, la intrusión de una raíz al seno maxilar, una maniobra brusca con el instrumental o bien, por la existencia de lesión periapical, la cual favorece el adelgazamiento del piso del seno, y por ende, su apertura.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una comunicación oroantral va encaminado también a precisar la etiología, y el tiempo de evolución del defecto, así como a identificar la sintomatología existente.

DIAGNÓSTICO

La valoración *intraoperatoria* se realiza mediante la *maniobra de Valsalva*, que consiste en comprimir los dos orificios nasales y pedirle al paciente que trate de expulsar aire por la nariz, lo cual aumenta la presión aérea intrasinusual; si existe apertura del seno, el aire saldrá por la comunicación produciendo burbujeo y ruido.



DIAGNÓSTICO

La evolución de la comunicación sin tratamiento origina que el trayecto se epitelice a partir de la mucosa bucal y/o sinusal, lo que impide la cicatrización, formándose entonces una fístula oroantral, de tal forma que la introducción de una sonda con bordes romos permite recorrer y conocer el trayecto fistuloso, así como calibrar su profundidad y anchura. Esto, sumado a un estudio radiográfico, permite al clínico confirmar el diagnóstico.

Si no se corrige el defecto, una larga evolución favorece la contaminación del seno, presentándose supuración por la nariz o por el alvéolo, por lo que el paciente puede referir un sabor desagradable y un olor fétido, dolor continuo, localizado o irradiado a la órbita y órganos dentarios adyacentes, así como la sensación de presión en la región afectada del seno maxilar.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser de dos tipos: el *no quirúrgico*, que incluye la cicatrización por segunda intención, auxiliado con el uso de adhesivo de fibrina o de prótesis obturadoras en perforaciones de gran tamaño.

TRATAMIENTO

En el *tratamiento quirúrgico*, se emplean el desplazamiento de colgajos locales de la zona vestibular o palatina con diversas técnicas, o bien colgajos de tejidos tomados a distancia, los cuales son utilizados cuando la perforación es de gran amplitud y no es posible cubrir el defecto con tejido local. Pueden provenir de la lengua, de la bola adiposa de Bichat, del músculo buccinador o temporal, así como también se pueden utilizar materiales aloplásticos para la reconstrucción del plano óseo, en caso necesario.

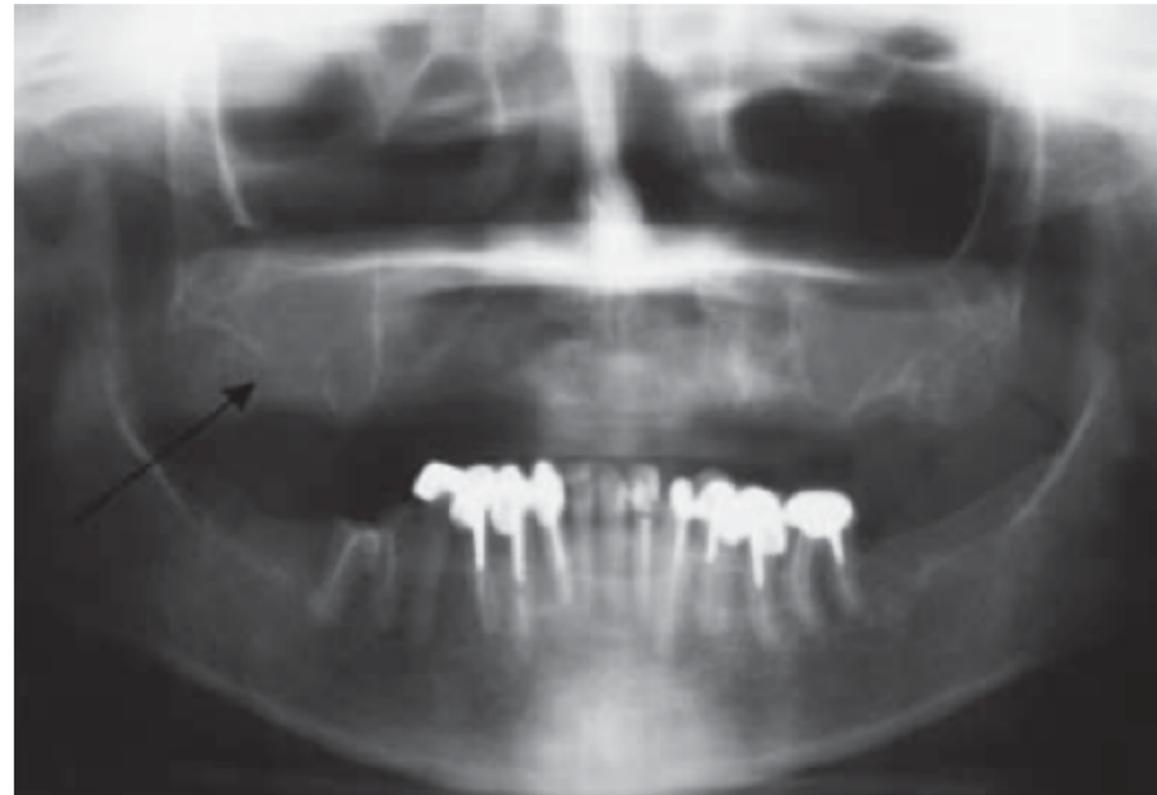
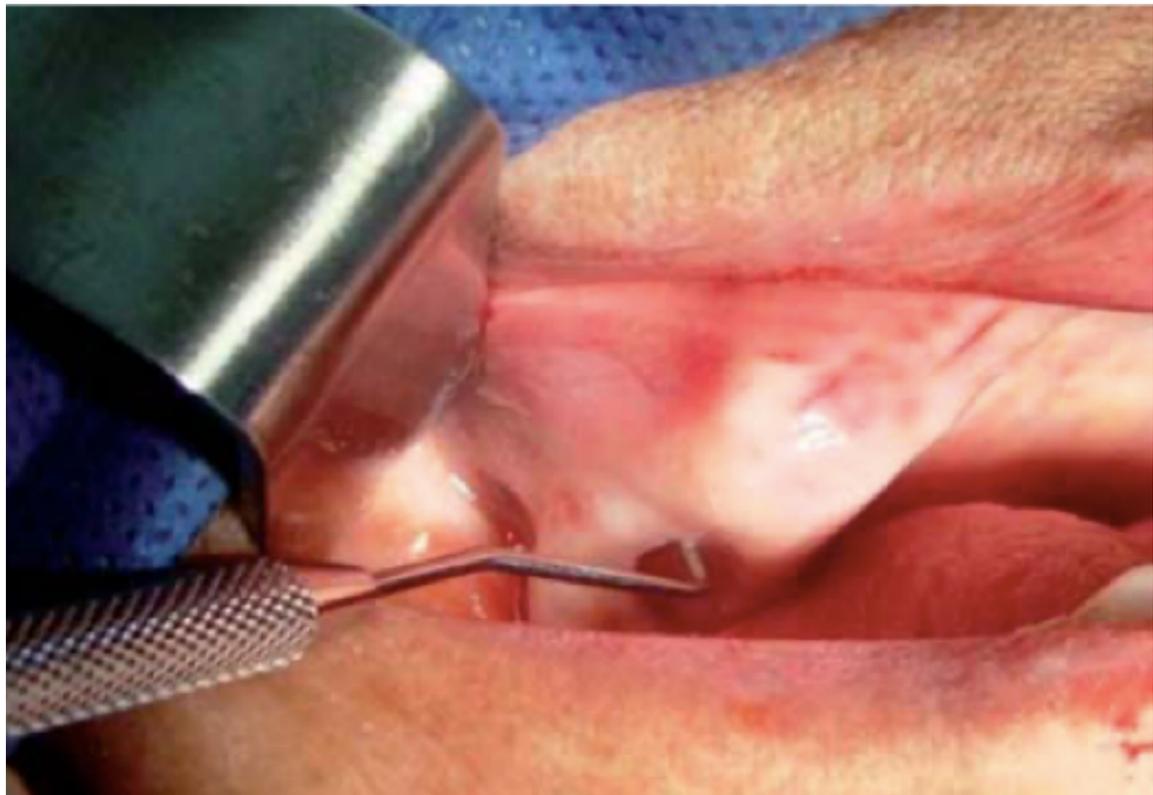
TRATAMIENTO

Tras el cierre, el paciente debe seguir una dieta blanda, tener movimientos masticatorios limitados, llevar a cabo la aplicación de un descongestionante nasal, evitar los cambios de presión entre las fosas nasales y cavidad bucal, todo esto con el fin de favorecer el éxito del tratamiento.

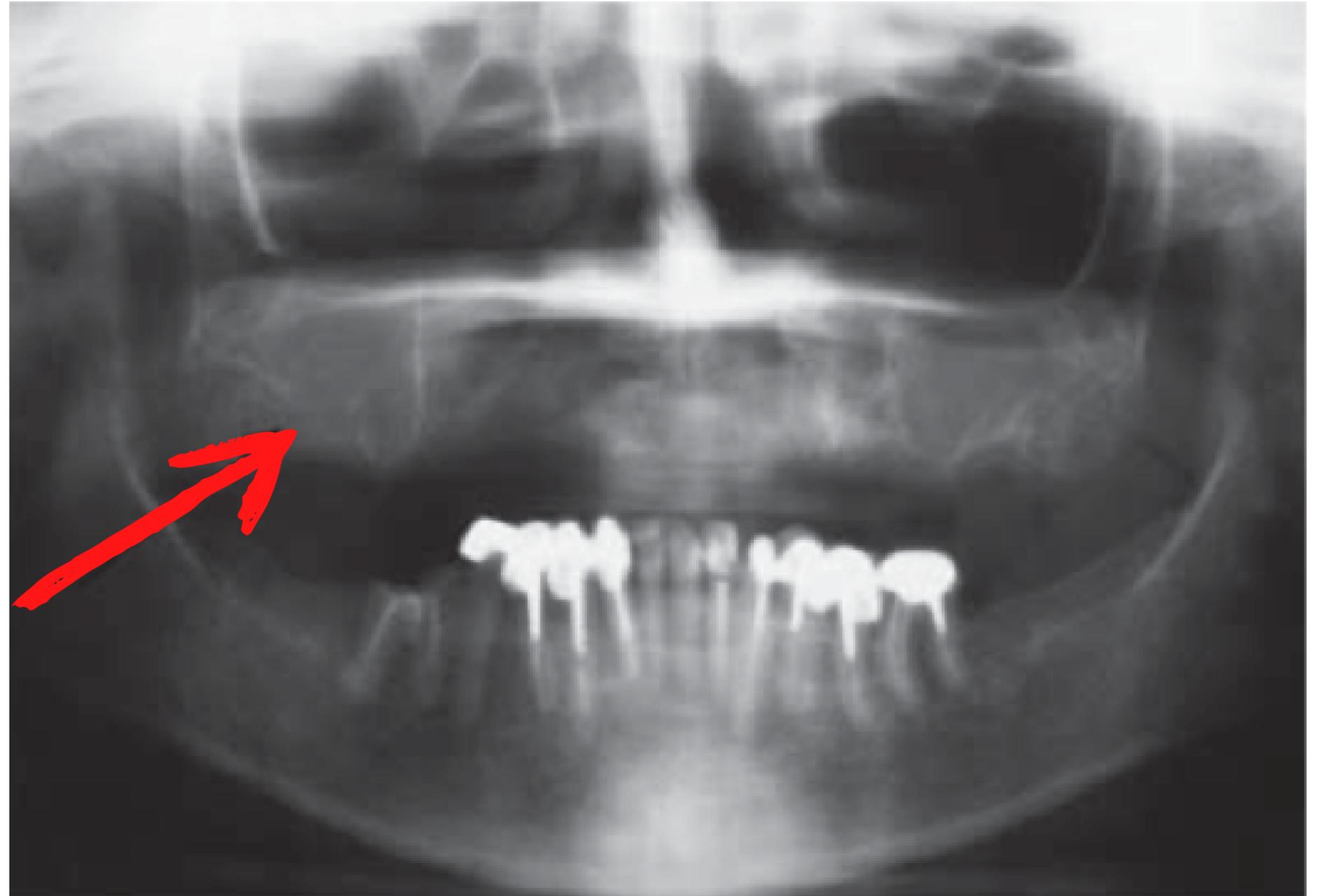
CASO CLÍNICO

Se presenta paciente femenino de 60 años de edad a la Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología UNAM. Refiere el paso de líquidos a la nariz posterior a la extracción del órgano dentario 16.

A la exploración intraoral se observa un trayecto fistuloso en dicha zona, de 11 mm de profundidad al sondeo. Radiográficamente se observa la pérdida de continuidad entre el piso del seno maxilar y la cavidad bucal.

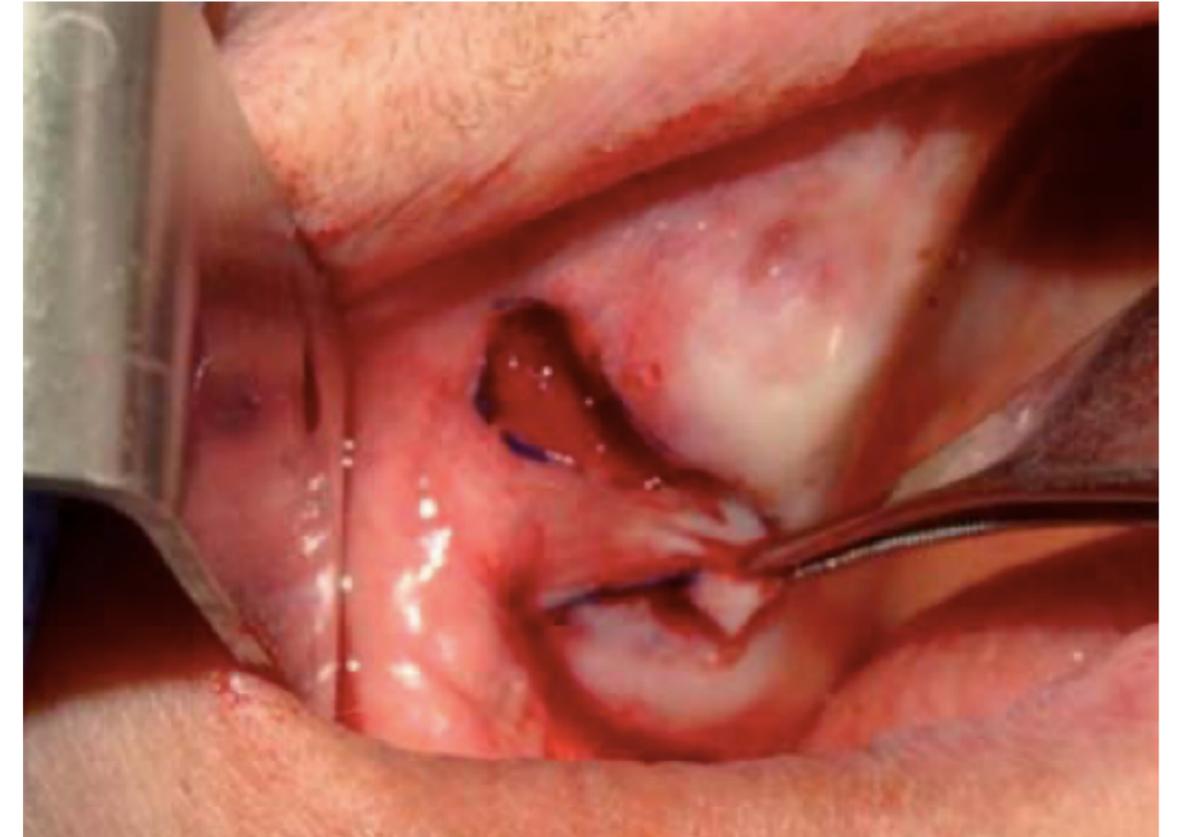


Se diagnostica fístula oroantral de dos semanas de evolución. El plan de tratamiento consiste en cierre quirúrgico del defecto con desplazamiento de un colgajo vestibular de avance recto.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

Previa asepsia y antisepsia del campo operatorio y colocación de campos quirúrgicos, bajo anestesia local infiltrativa de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000 UI, se efectuó el diseño, incisión y levantamiento de un colgajo mucoperióstico vestibular en la zona afectada. Se realizaron cortes horizontales o fileteo al periostio con la finalidad de traccionar fácilmente el tejido para el cierre completo del defecto; posteriormente se reposicionó al sitio y se procedió a suturar con puntos separados.



Siete días después de la cirugía se retiró la sutura; el tejido se mostraba eritematoso y poco inflamado. Después de once días la mejoría fue notable, con una cicatrización satisfactoria y el cierre completo de la fístula oroantral.



La ventaja de utilizar un colgajo vestibular de avance recto para el cierre de una fístula oroantral de pequeño tamaño, ubicada en zona alveolar, se debe a su buen aporte sanguíneo, pese a su delgadez y la manipulación cuidadosa que requiere, ya que hay limitación cuando el colgajo se levanta sobre tejido cicatrizal producido por intervenciones anteriores para intentar su cierre; el tejido fibroso reduce la movilidad del colgajo y conlleva una mala cicatrización, por lo que no debieran ser empleados para cubrir defectos ubicados en el paladar.

En el paciente que presentamos se pudo confirmar el éxito del tratamiento elegido, ya que mostró el cierre completo del defecto sin haber presentado complicación alguna, como hubiera podido ser la dehiscencia del colgajo.

La elección del tratamiento para la comunicación oroantral depende de su tamaño, localización y sintomatología, y en esta decisión influye también el tiempo de permanencia, ya que cuanto más corto sea el periodo entre la creación del defecto y la reparación de éste, mayor es la posibilidad de que se produzca un cierre correcto, evitando una infección y la formación de una fístula.