



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES
ODONTÓGENAS CON LA "TÉCNICA DEL BOLSILLO"**

TESISTA:

OD. OSCAR N. COROMINAS VILLAFañE

DIRECTOR:

DR. SERVANDO GARÍA FAURE

CÓRDOBA, 1968



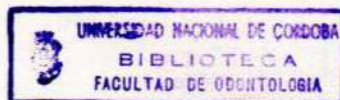
Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA - FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES ODONTOGENAS CON LA "TEC
NICA DEL BOLSILLO".

T
D7
C822
Deposito
005459



Oscar N. Cocconius Villafañe
Deposito de doctorado por:
Oscar N. Cocconius Villafañe

05459

Padrino de Tesis:
Dr. Servando García Faure

Servando García Faure

En homenaje a mi esposa e hijos
y a la memoria de mis padres.

En el transcurso del tiempo que se llevó la preparación de este trabajo, he sentido el placer inmenso de la solidaridad. Podría llenar páginas con los nombres de quienes colaboraron en la tarea. Me parece torpe delatarlos, prefiero agradecerles en la intimidad porque se resulta más puro. Todos, ocupan un lugar en mi afecto.-

INDICE

TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES ODONTÓGENAS CON LA TÉCNICA DE BOLSILLO

<u>1-CONSIDERACIONES GENERALES.....</u>	pag.1	a	3
<u>2-SENOS MAXILARES</u>	"	3	" 41
A-Generalidades			
B-Anatomía			
C-Fisiología			
<hr/>			
<u>3-REGIÓN GINGIVO-ALVEOLO DENTARIA.....</u>	"	42	" 53
A-Generalidades			
B-Anatomía			
<hr/>			
<u>4-COMUNICACIONES BUCCO-SINUSALES.....</u>	"	54	" 89
A-Generalidades			
B-Definición			
C-Etiología			
D-Patogenia			
E-Anatomía patológica			
F-Clasificación			
G-Diagnóstico			
H-Complicaciones			
<hr/>			
<u>5-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS COMUNICACIONES BUCCO-SINUSALES.....</u>	"	89	" 129
A-Generalidades			
B-Conceptos básicos			
C-Tratamiento quirúrgico de comunicaciones bucco-sinusaes odontógenas de diámetro pequeño y mediano-Técnicas.			

6-TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES ANTERO-
BUCALES ODONTOGENAS POR LA TECNICA DE
WASSERUND (modificada)..... pag. 130 a 248

-"TECNICA DEL BOLSILLO"-

- A-Generalidades
- B-Antecedentes de la técnica
- C-"Técnica del Bolsillo" (descripción)
- D-Principios y conceptos en que sustentamos
los agregados y modificaciones
- E-Presentación y estudio de la casuística
- F-Tratamiento y valoración de los resul-
tados
- G-Análisis estadísticos de algunos aspec-
tos representativos
- H-Discusión
- I-Conclusiones

RESUMEN

BIBLIOGRAFIA

1- CONSIDERACIONES GENERALES

El presente trabajo, motivado por una serie de consultas que se me hicieron en distintas oportunidades sobre el tema en cuestión, tiene por objeto reunir los antecedentes bibliográficos necesarios y comunicar la experiencia recogida a través de algunos años de labor. Pretendo así contribuir en alguna medida, a facilitar su estudio integral, también difundir un procedimiento técnico que, a mi entender, soluciona en gran medida muchos de los problemas que su tratamiento plantea. La literatura existente es amplia, pero está lejos de haber agotado el tema y los distintos capítulos de texto y artículos referidos a él, hacen en general enfoques parciales.-

He podido comprobar que no hay acuerdo total sobre la conducta terapéutica a seguir en los diversos casos de comunicaciones antro-bucales, esta situación proviene seguramente de las características tan diferentes que unas y otras presentan. Al respecto y para hacer más gráfico el concepto, creo prudente destacar que el tratamiento a instituir en comunicaciones recientes con seno sano o enfermo, no es el mismo; así como tampoco el que seguimos en las de larga data, con estados sinusales diferentes; influyen igualmente:- ubicación, amplitud, forma, existencia o no de piezas dentarias en las vecindades de la comunicación, etc. Todo lo antes expresado, obliga a efectuar un análisis prolijo de los distintos factores en juego, para adecuar al caso, el tratamiento que estrictamente corresponda.-

En esta parte del trabajo que comprende consideraciones de orden general, creo conveniente destacar, además de las referidas anteriormente al aspecto técnico; otras de orden ético, sobre las cuales he insistido en múltiples oportunidades.-

Es perfectamente conocida la necesidad de determinar con más o menos precisión, el campo dentro del cual debe mantenerse el accionar de las distintas especialidades, problema agudizado en estos últimos //

tiempos con el surgimiento de otras, que vienen a sumarse a las ya existentes.-

Dado que las comunicaciones antro-bucales afectan zonas cuyo patrimonio podría discutirse, conviene nomás hacer algunas consideraciones que, a mi entender, avalan o justifican la ingerencia del odontólogo en el problema. Esto con la finalidad de sentar conceptos y defender posiciones.-

Es conveniente destacar que la literatura existente procede en general de fuentes odontológicas, sobre todo en los aspectos de etiología, evolución, complicaciones y tratamiento. Lo antes expresado se explica perfectamente si recordamos la patología dentaria y paradentaria, su lugar de asiento y posibilidades de difusión, así como también las múltiples intervenciones que realiza el odontólogo en las estructuras correspondientes y que, eventualmente, pueden comunicar cavidad oral y seno maxilar. Estas pueden ocluirse en el mismo acto operatorio o quedar como secuelas por causas que no es el momento a analizar.-

La participación que, como hemos visto, tiene el odontólogo en la etiología de las comunicaciones antro-bucales, lo obligan en gran medida a responsabilizarse de su tratamiento. La actividad del cirujano oral se desarrolla dentro de límites bastante imprecisos y, todos los intentos de circunscribirla fracasan debido a que se pretenda hacerlo en base a planos o zonas anatómicas. Por otra parte la dinámica de los procesos patológicos de origen dentario, no respeta barreras, lo cual hace que éste deba rebasar los límites impuestos en el intento justo de dar solución a los problemas que tal patología plantea.-

Lo ideal sería realizar las intervenciones en equipo, distribuyendo la tarea correspondiente en sus integrantes; pero esto no es posible dado que los distintos ambientes no lo permiten; resulta entonces indispensable el capacitarse para poder dar la solución adecuada, o

por lo menos, resolver las situaciones de urgencia.-

Concretando, creo que el problema del tratamiento de las comunicaciones antro-bucales, debe ser del dominio del cirujano oral:-

- Por el conocimiento de la anatomía, fisiología y patología de las estructuras que interesan.-
- Porque se producen en zonas que indudablemente le competen, aunque afecten otras que, "a prima facie" parecieran estarles vedadas, en este caso senos maxilares; sobre los cuales y con algunos reparos, debe actuar.-
- Porque un gran porcentaje de las comunicaciones se producen en el transcurso de las distintas maniobras operatorias que realiza.-
- Por la preocupación que el problema ha despertado en la Odontología; son pruebas fehacientes de esta aseveración.-
- Su discusión en Jornadas y Congresos de la especialidad, figurando inclusive, como tema central. Así como también
- La abundancia de literatura que encontramos en textos y trabajos odontológicos.-

No obstante lo expresado, cuando la intervención sobre senos maxilares sea de envergadura, como lo es la radical con contra-apertura nasal y, más aún cuando a la par deban intervenir otros de los senos paranasales o celdas etmoidales, por ejemplo; el otorrinolaringólogo deberá indudablemente, realizar la tarea correspondiente y, le tocará al odontólogo especializado, la solución del aspecto dental y el cierre plástico de la comunicación.-

Esta conducta es la que hemos seguido en los casos con las características antes mencionadas.-

Para terminar, es bueno destacar que la actividad del cirujano oral sobre las estructuras sinusales, debe ir respaldada por una adecuada capacitación técnica y, realizarse dentro del marco de honestidad científico-ética correspondiente.-

2- SENOS MAXILARES

A- Generalidades

Los senos maxilares son cavidades excavadas en los huesos maxilares superiores. Ocupan la mayor parte de su volumen (en especial apófisis piramidal) y reproducen con bastante aproximación, la forma de los huesos mencionados. Contribuyen a integrar la unidad anatómico-quirúrgica designada con el nombre de "meso-estructura"¹. A los fines de este trabajo conviene considerarlos integrando con su porción inferior y, conjuntamente con el proceso alveolar, la "infra-estructura"^{1'}.

En el hombre, representan con los senos frontales, esfenoidales y celadas etmoidales; parte de lo que en algunos animales inferiores se ha considerado como un verdadero sistema neumático, dado que se extiende, desde el esqueleto cráneo-facial al vertebral e inclusive extremidades². Todas estas cavidades neumáticas se encuentran vinculadas a las fosas nasales, y se desarrollan a partir de ellas por evaginaciones que aparecen en épocas diferentes, creciendo a posteriori por un proceso de neumatización, cuya intimidad no está perfectamente determinada; las teorías emitidas al respecto debaten en supremacía con argumentos más o menos inciertos.-

De estas cavidades neumáticas consideradas anexas a las fosas nasales (ya expresamos su vinculación con éstas) los senos maxilares son los primeros en manifestarse y además los únicos entre sus similares que se encuentran presentes en el feto a término.-

Según Della Vedova, su esbozo que ha dado en llamarse fosilla maxilar puede observarse en el feto de dos a tres meses de vida³, Connor los identificó a los 17 días como una expansión en forma de bolsa nacida del infundibulum etmoidal⁴, Langer y Föld a los 5 meses "como una hendidura de dirección antero-posterior, ubicada a nivel de la región órbito-nasal"⁵.-

Su crecimiento y desarrollo marchan aparejados con el proceso de la evolución dentaria:— formación de los gérmenes, reabsorción de los elementos primarios, erupción total de los secundarios⁶. Al respecto resultan demostrativos los diagramas de Wernack-Passo, que reproducimos.— (Fig. N° 1-2)

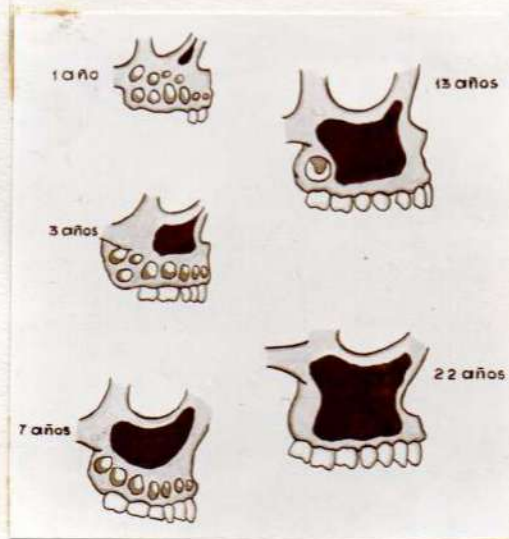


Fig. N° 1.-

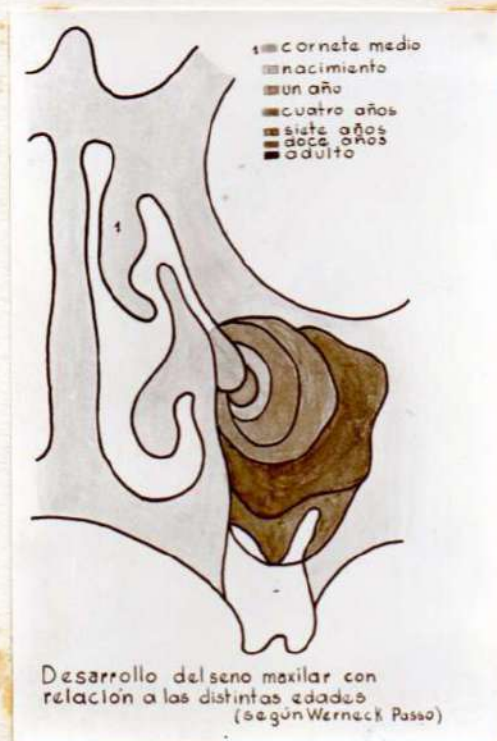


Fig. N° 2.-

Es bueno destacar que la neumatización obedece a una serie de factores, entre los cuales se cuenta el que acabamos de mencionar y que además continúa con la desaparición de algunas o del total de los elementos dentarios relacionados.-

B- Anatomía

a- ubicación

Los senos maxilares se encuentran ubicados:-

- por fuera de las fosas nasales, de las que como hemos visto, son considerados cavidades anexas.-
- por dentro de la región gástrica, cuyas estructuras blandas protegen sus delicadas paredes.-
- por delante de la fosa ptérido-maxilar y su contenido.-
- por detrás de la fosa canina y el contrfuerte óseo anterior, constituido por la apófisis ascendente del maxilar superior.-
- por debajo de las fosas orbitarias y su contenido.- y,
- por arriba de la región alveolo-dentaria.-

Esta última relación es de gran importancia tanto anatómica como patológica, ya que en la mencionada región se originan una serie de procesos que por continuidad o por contigüidad, pueden enfermar al seno maxilar.-

b- forma

Con el objeto de facilitar la descripción de los senos maxilares y siguiendo igual proceder que para otros órganos, fosas, etc., los anatomistas han tratado de asimilar su forma a la de un cuerpo geométrico determinado. A juzgar por la literatura consultada el más adecuado para tal fin sería la pirámide, inclinándose unos por la cuadrangular y otros por la triangular.-

Entre los que prefieren describir los senos maxilares como pirámides cuadrangulares encontramos a L. Testut-O. Jacob⁷, cabe destacar que es-

tos autores, cuando se avocan al estudio de las cuatro caras, confunden en una las que con anterioridad habían denominado posterior e inferior y le asignan el nombre de póstero-inferior.-

Entre los segundos, es decir que consideran más adecuado describirlos como pirámides triangulares, encontramos a H. Aprile-M.A. Figú⁸, éstos llaman póstero-externa a la cara que Testut y Jacob llaman póstero-inferior⁹. Cuando los mencionados autores describen los bordes de la base en vez de tres como sería lo correcto de acuerdo a la forma elegida (pirámide triangular) consideran cuatro. El mismo planteo hacen de este problema J. Mercier-J. Richier¹⁰.-

L. Testut-Latarjet, H. Sicher-J. Tandler, prefieren también describir los senos maxilares como pirámides triangulares, pero destacan que el borde inferior de acuerdo a su forma debe ser considerado como una verdadera cara.-
11-12

De lo antes expresado podemos destacar lo siguiente:- algunos autores después de considerar más adecuada la forma de pirámide cuadrangular al realizar la descripción ordenada de las caras confunden dos en una (la posterior y la externa o inferior), resultando de esto que la forma cuadrangular elegida se transforma en triangular. Posteriormente al referirse a los lados de la base, en lugar de describir tres como correspondería de acuerdo a la modificación realizada consideran cuatro, volviendo así a la primera concepción figurativa.-

Además de lo expresado y esto está presente en varias descripciones se destaca que el borde inferior debe por su importancia, amplitud, etc., ser considerado como una verdadera cara.-

Vistas las referencias más importantes respecto a la forma de los senos maxilares y destacados algunos hechos que resultan contradictorios; surge el convencimiento de lo difícil que resulta asimilar la forma harto irregular de los senos maxilares al cuerpo geométrico que en general se elige y hacer en consecuencia la descripción adecuada de las estructuras anatómicas correspondientes en relación con las caras

bordes, etc.-

Las situaciones apuntadas sobre el primer aspecto de este problema descriptivo que debería ser por tal, claro y categórico, dificultan su comprensión integral. A nuestro entender y después de haber realizado algunas exploraciones en cadáver, otras en mayor número en el transcurso de intervenciones quirúrgicas; de haber revisado prolijamente la literatura existente, examinado diagramas y fotografías de corte como los realizados por Trunex-Kellner¹³ y con la inquietud propia de nuestra formación odontológica creemos que es necesario buscar otra forma (cuerpo geométrico), que se adecúe más, armonice mejor y permita describir en forma más clara el seno maxilar y, sobre todo, en esto insistimos enfáticamente, permita dar a lo que en general se considera como borde inferior, la jerarquía de una verdadera cara, ya que en esta zona encontramos una superficie amplia en la que se sustenta la relación de los ápices y el seno maxilar.-

Lo antes expresado contribuirá sin duda a hacer más gráfica la idea de que la patología de origen dentario o paradentario, en general, puede migrar a través de la referida superficie hacia las estructuras sinusales así como también, evidenciará la necesidad de emplear técnicas correctas cuando se realizan intervenciones en la zona en cuestión.-

Los cuerpos geométricos que proponemos emplear con la finalidad expresada derivan de los elegidos en general por otros autores (pirámide triangular o cuadrangular), esto puede apreciarse perfectamente bien en los diagramas de las figuras 3 y 4, elaborados de acuerdo a algunos preparados anatómicos pertenecientes a la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Odontología-Universidad Nacional de Córdoba-Prof.Dr.Oswaldo Suárez.-

Ambos cuerpos geométricos presentan una cara que correspondería al borde inferior y que hace gráfica la relación que nos interesa destacar.

(Ver diagramas N° 3-4-)

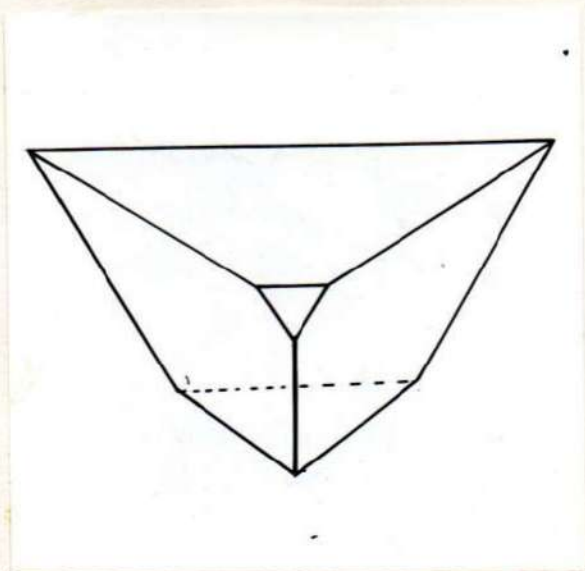


Fig. N° 3.- Cuerpo geométrico derivado de pirámide triangular.-

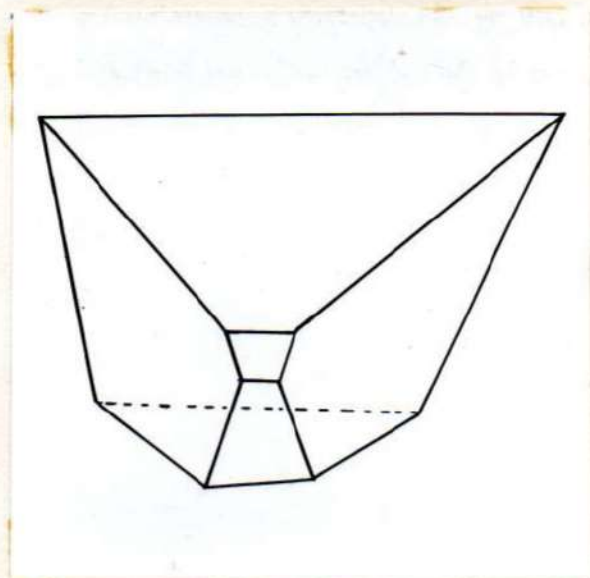


Fig. N° 4.- Cuerpo geométrico derivado de pirámide cuadrangular.-

Con el propósito de hacer más gráfica la idea, hemos superpuesto el dibujo de los cuerpos geométricos referidos a la fotografía de las disecciones que muestran el seno maxilar asimilado a una pirámide triangular y a otra cuadrangular.--(Fig. N° 5-6)

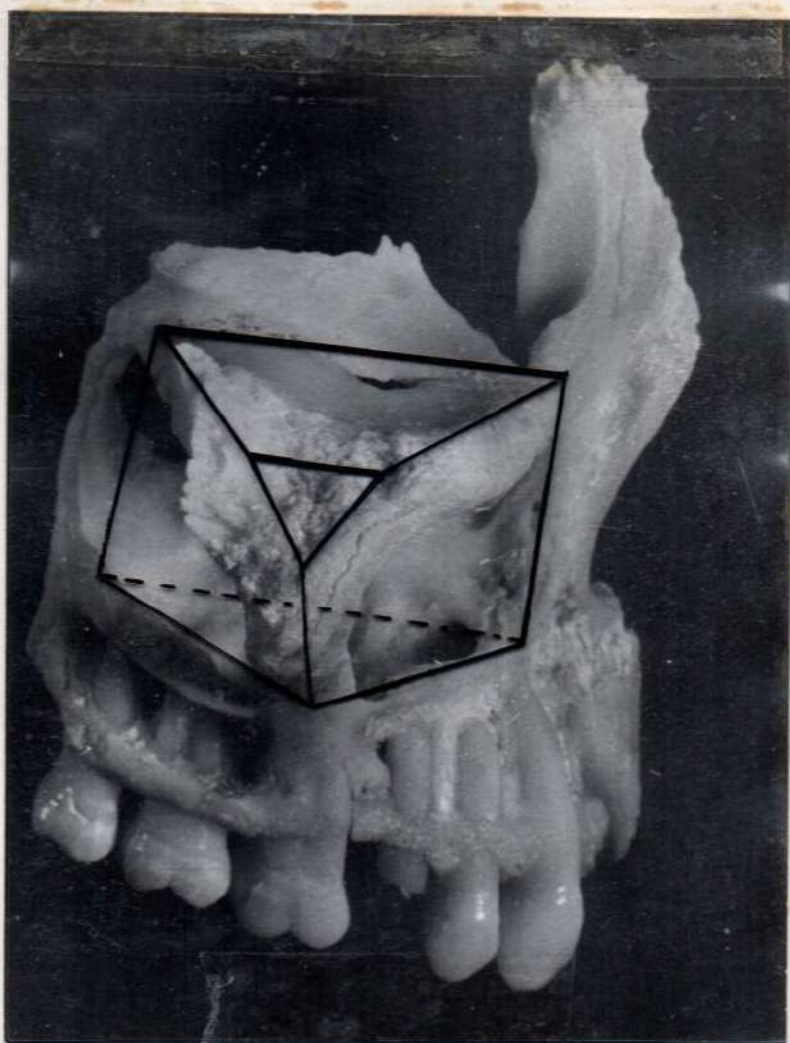


Fig. N° 5.-- Muestra cuerpo geométrico derivado de una pirámide triangular superpuesta a la fotografía de un maxilar superior, en el cual se han disecado las raíces dentarias y retirado la pared anterior y póstero-inferior del seno maxilar. Esta figura pretende demostrar la existencia de una verdadera cara en lo que se describe como borde inferior del seno maxilar.--



Fig. N° 6.- Muestra cuerpo geométrico derivado de una pirámide cuadrangular, superpuesto a la fotografía de un maxilar superior, en el cual se han disecado las raíces dentarias y retirado las paredes anterior, posterior e inferior del seno maxilar. Esta figura pretende demostrar la existencia de una verdadera cara en lo que se describe como borde inferior del seno maxilar.

(Las disecciones de las Fig.Nº 5-6, fueron realizadas por el autor)

Realizado el análisis crítico de las referencias más importantes sobre la forma de los senos maxilares y habiendo expuesto nuestro punto de vista, que podrá ser intrascendente como planteo anatómico pero de innegable interés odontológico, continuaremos con la descripción anatómica de los senos maxilares.-

c- descripción

A los efectos de ajustarnos en lo posible a la descripción clásica referiremos su forma a la pirámide cuadrangular, ésta nos parece más apropiada ya que el borde inferior de la base permite hacer más gráfica la descripción de la relación dento-sinusal y, si agregamos que este borde es una verdadera cara estaríamos ya en lo que, a nuestro entender es la concepción figurativa ideal.-

De acuerdo al cuerpo elegido tendríamos:-

- cuatro caras.-
- una base.-
- ocho aristas o bordes, cuatro que corresponden a la unión de la base con las caras y cuatro a la unión de las caras entre sí (bordes axiales).-

- Caras

Concebida la forma del seno maxilar como una pirámide cuadrangular corresponde, como dijimos, describir cuatro caras. Estando el individuo en posición vertical de acuerdo a su ubicación en el espacio, éstas se designan con los nombres de:- anterior, inferior, posterior y superior.-

- cara anterior:- llamada también ántero-externa, yugal o cara quirúrgica. En su constitución interviene únicamente el hueso maxilar superior, es de forma cuadrangular; estudiaremos en ella:- límites, contenido, relaciones e importancia quirúrgica.-

Se encuentra limitada:- hacia adelante, por el contrafuerte anterior constituido por la apófisis ascendente del maxilar superior; hacia a

arriba. Y hacia abajo, por la raíz del canino; hacia atrás por el con-
trafuerte malar y cresta cigomática-alveolar; hacia arriba por el re-
borde infra-orbitario; hacia abajo, su límite está dado por una lí-
nea oblicua que siguiendo la proyección del arco naso-yugal, se di-
rige hacia abajo hasta más o menos la raíz del canino o primer premol-
lar, desde allí su dirección cambia haciéndose paralela al proceso
alveolar hasta alcanzar el borde anterior de la cara inferior. Los lí-
mites anterior e inferior son bastante variables y dependen del tama-
ño del seno maxilar, mayor o menor de acuerdo a su neumatización; el
límite superior, por lo contrario es bastante constante, de allí la
recomendación de elegir la parte superior para iniciar la trepanación
en la intervención de Caldwell-Luc.-

La pared anterior, vista desde el exterior es cóncava y presenta dos
importantes reparos anatómicos:-

- La fosa canina, mal llamada así según Richier¹⁴, ya que al encontrar-
se ubicada por detrás y arriba de la raíz del canino, corresponde más
a la primera premolar. Esta fosa es cóncava en ambos sentidos y cuando
se presenta muy excavada hace suponer que el seno maxilar es de redu-
cido volumen.-

- El agujero infra-orbitario, se encuentra ubicado 7 a 10 mm. por de-
bajo del reborde, es de forma oval con su eje mayor orientado hacia
abajo, adelante y adentro¹⁵⁻¹⁶; por él emergen los nervios y vasos del
mismo nombre, el nervio por dentro de la arteria. La importancia de
este reparo radica en que a su altura se procede a la sección o alcohó-
lización del nervio infra-orbitario, en el tratamiento de las neural-
gias cuya área gatillo asienta en el territorio correspondiente. Esta
referencia se utiliza también para determinar la altura del despegue-
miento del colgajo y la zona más adecuada para iniciar la trepanación
en la intervención de Caldwell-Luc.-

Contenido de la cara externa:- en esta pared encontramos diversas es-
tructuras anatómicas alojadas en conductos o canales abiertos hacia
la cavidad sinusal. Entre éstas tenemos el nervio dentario anterior,

estudiado tan prolijamente por Clerman en 1907. Este nace del sub-orbitario en su porción anterior, 4 a 8 mm. por detrás del agujero del mismo nombre; se dirige hacia abajo, adelante y adentro dando filetes para el canino, incisivos y una rama que se anastomosa con su homónima del lado opuesto.-

Dado que su relación con la mucosa sinusal es bastante estrecha, estando a veces prácticamente en contacto¹⁷, puede ser asiento de procesos inflamatorios en el transcurso de sinusitis maxilar que se traducen por odontalgias de mayor o menor intensidad¹⁸⁻¹⁹. Este anastomosis se encuentra presente en un gran número de casos, especialmente en el período agudo.-

En el trabajo sobre "Anatomía de los senos maxilares" de J. Richier-J. Mercier, se menciona la existencia de canales vasculares, por lo menos dos ubicados también en la cara anterior; uno de éstos va desde el ángulo interno del ojo, donde se abre por delante del saco lagrimal, hasta el alveolo del canino, éste recibe el nombre de "canal de Parinaud"²⁰.-

Según referencia de los mencionados autores su existencia explicaría la facilidad con que los procesos patológicos supurados, que se originan en el canino se propagan al ángulo interno del ojo, dando la impresión de abscesos del saco lagrimal. De lo antes expresado surge la explicación de por qué vulgarmente se llama al canino "el diente del ojo". Los mencionados autores agregan que tal canal se encuentra muy desarrollado en el niño, cabe destacar además que en éstos la pared anterior del seno maxilar se encuentra ocupada por los gómulos de los elementos dentarios permanentes y que esta situación limita las posibilidades de abordaje del seno maxilar a su través. Encontramos también los vasos encargados de irrigar las piezas dentarias, el paredencio y la mucosa sinusal.-

Relaciones:- esta pared se encuentra recubierta por una considerable proporción de tejidos blandos que la protegen de las injurias y traumas

mas ambientales. Podemos decir en términos generales, que esta cara corresponde a la mejilla; se relaciona en consecuencia con las siguientes estructuras:- músculo canino, elevador propio del labio superior, elevador común del labio superior y el ala de la nariz, cigomático y mirtiforme; la arteria y vena facial, el nervio facial con sus ramos destinados al músculo cutáneo; el trigémino a través del nervio infra-orbitario; vasos y ganglios linfáticos genianos. En ubicación más inferior se reacciona con el músculo buccinador y la mucosa gingivo-vestibular que se refleja para formar el surco del mismo nombre; más abajo aún la cara anterior corresponde a la cavidad oral y se encuentra recubierta por la encía areolar y en el dedentado por parte de la adherente. Es importante destacar que las arterias descienden por la mucosa correspondiente en forma de lluvia ^{20'}. Este hecho resulta por demás favorable para el tallado de los colgajos de pedículo superior, pues las incisiones no llegan a seccionar los vasos aferentes. Sobre esta pared es donde se encuentran en general las comunicaciones antro-bucales vestibulares.-

Importancia quirúrgica:- la pared anterior es sin discusión la que ofrece mejores posibilidades para el abordaje del seno maxilar a los efectos de su tratamiento quirúrgico radical; lo ha consagrado así la intervención de Caldwell-Lue, tan generalizada que elige esta vía, a pesar de los trastornos de inervación e irrigación que suelen producirse como consecuencia de la injuria quirúrgica en la trepanación 21-22-23. Su accesibilidad por la vía intra-oral, con la consiguiente ventaja de no dejar cicatriz visible; su espesor que, en general, no sobrepasa los 2 mm. haciendo sencilla y rápida la trepanación; su extensión que permite efectuar una amplia ventana dando buena visión y haciendo fácil la instrumentación; son factores que han determinado la elección de esta pared para abordar el seno maxilar, cuando se desea tratarlo quirúrgicamente y con criterio radical. Creemos pru-

dante destacar, que para la exploración quirúrgica con fines de diagnóstico o terapéutico de carácter conservador en el caso de procesos infecciosos, la vía más empleada es la nasal. Se han practicado y preconizado durante muchos años con la finalidad expresada en el párrafo anterior, las vías:- alveolar, vestibular y orbitaria; sin el resultado obtenido mediante el abordaje nasal; en cambio, frente a la sospecha de un proceso tumoral es más aconsejable la vía externa o vestibular.-

- cara inferior:- la cara inferior, que en general se describe conjuntamente con la posterior, es de reducidas dimensiones; observada desde el exterior se presenta redondeada y francamente convexa en el sentido ántero-posterior. A pesar de no ofrecer particularidades muy especiales y con la finalidad de no apartarnos de las normas que seguimos al realizar la presente descripción, nos referiremos también aquí, a contenido, límites, importancia y relaciones.-

Límites:- hacia adelante, por el contrafuerte que nace desde el proceso alveolar, a la altura del primer molar y se dirige al hueso malar. Este resque anatómico puede apreciarse perfectamente a la palpación intra-oral, en la zona más declive del arco vestibular. Es bueno destacar que en el edentado y como consecuencia de la reabsorción del proceso alveolar, es común observar a esta altura una marcada disminución de la profundidad del surco, y que las intervenciones quirúrgicas que se realizan con la finalidad de profundizarlo, se ven limitadas por la posición, forma y espesor de la cara en cuestión.-

Hacia atrás su límite es impreciso, prácticamente no existe un resque anatómico que determine su separación con la cara posterior.-

Hacia abajo se encuentra limitada por el proceso alveolar en una extensión que va, desde el primer molar al segundo.-

Contenido:- como la anterior, presenta canales y conductos en los

que se encuentran alojados vasos y nervios destinados a las piezas dentarias, parodencio y mucosa alveolar.-

Relaciones:- con la mejilla en su porción superior; en su porción inferior, con la cavidad oral.-

- cara posterior:- en general, interviene en su constitución únicamente el hueso maxilar superior, sin embargo en seres muy neumatizados se observa que contribuye también a su formación el hueso malar. Es de gran extensión y su espesor oscila alrededor de los 3mm. Su aspecto exterior es liso y regular; es además convexa en todo sentido. La porción posterior corresponde a la tuberosidad del maxilar, es estructura de tanta consideración odontológica ya que en ella se realiza la cirugía del tercer molar. El espesor que consignamos da a esta pared cierta resistencia, no obstante cuando se realiza la trepanación con trépan del hueso maxilar, a través del meato inferior, esta pared puede ser perforada. La orientación que debe darse a estos instrumentos para efectuar tal intervención y su manejo descontrolado, se cita como los factores responsables de tal accidente.- Estudiaremos en la cara posterior sus límites, contenido, relaciones e importancia quirúrgica.-

Límites:- como dijimos resulta una cara de gran extensión; se encuentra limitada hacia adelante y afuera por la cara inferior, no existiendo un reparo anatómico que determine en forma más o menos precisa su separación (anteriormente expresamos que las paredes inferior y posterior se describen frecuentemente como una sola). Hacia atrás y adentro su límite está dado por la lámina vertical del palatino; hacia arriba por la escotadura enfeno-maxilar y hacia abajo, por el proceso alveolar.-

Contenido:- su porción posterior aloja las perforaciones (agujeros dentarios posteriores) por donde penetran los vasos y nervios del mismo nombre que corren por esta pared, formando un verdadero ple-

no; éstos como los anteriores se encuentran alojados en canales o conductos labrados en ella; inervan e irrigan el hueso, periodon- to, piezas dentarias (primera, segundo y tercer molar; también se- gundo premolar) y mucosa sinusal. Referido a la inervación y con el fin de hacer más gráfico lo expresado, nos remitimos a la Fig. N° 7-8, tomadas del trabajo de L.Flotes y otros, que ya citamos en la bibliografía.-

Los nervios dentarios posteriores, como los medios y anteriores pueden ser lesionados cuando se realiza el tratamiento radical de la sinusitis maxilar, también suelen ser asiento de neuritis por propagación, la que se traduce por odontalgias y dolores neuralgi- formes. Todo esto fue consignado cuando nos referimos al contenido de la pared anterior y obedece a los mismos datos bibliográficos.-

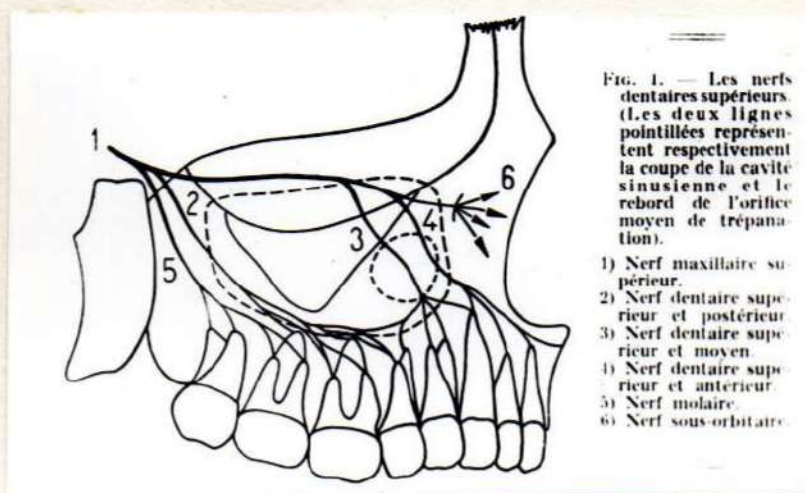


Fig. N° 7.- Recorrido de los nervios dentarios.-

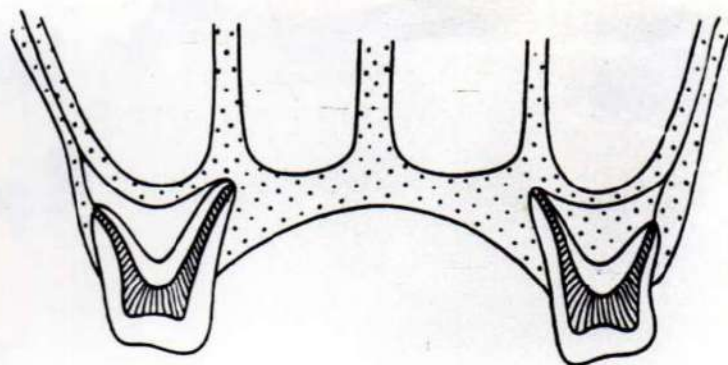


FIG. 2. — Coupe frontale des os maxillaires supérieurs au niveau des molaires. Les nerfs dentaires cheminent dans la paroi externe du sinus.

Fig. N° 8.— Los nervios dentarios se alojan en la pared externa del seno. Esquema de un corte frontal que pasa a nivel de los molares.—

Más hacia atrás y adentro encontramos el conducto palatino posterior, por donde corren la arteria palatina superior o descendente y el nervio palatino posterior.—

Cuando no existe armonía entre la extensión del proceso alveolar y el tamaño de las piezas dentarias, predominando éste sobre aquella, ocurre que el tercer molar suele encontrarse ubicado hacia atrás y afuera, a veces en posición horizontal; ésta y otras anomalías de forma, tamaño, posición, etc.; son frecuentes en la zona en cuestión. Es de gran importancia destacar lo antes expresado, con la finalidad de instar al empleo de técnicas adecuadas para realizar la extracción de este elemento dentario, más aún cuando se encuentra retenido en la intimidad del hueso maxilar.—

Relaciones:— el seno maxilar a través de esta pared se relaciona con

importantes estructuras anatómicas, en su parte anterior podemos mencionar entre éstas, la bola adiposa de Bichat, el conducto de Stenon, y el músculo buccinador; en su porción posterior y hacia adentro, con el contenido de la fosa cigomática, es decir, músculo pterigoideo externo, arteria maxilar interna (ésta en íntima relación con la pared en cuestión). Es bueno destacar la importancia de los plexos alveolar y pterigoideo que forman la mencionada arteria. En relación no tan inmediata encontramos el nervio maxilar inferior y las estructuras anatómicas que contiene la fosa ptérigo-maxilar, o sea, porción terminal de la maxilar interna, nervio maxilar superior y ganglio de Meckel.-

- cara superior:- ésta corresponde a la mayor parte del piso de la órbita y está constituida, al igual que la anterior, casi exclusivamente por el hueso maxilar superior. Se caracteriza por su extensión y delgadez. Se encuentra francamente inclinada de dentro afuera, de atrás adelante y de arriba abajo; de allí que el ostium maxilar se encuentre ubicado a un nivel superior que la porción externa de esta cara. En forma secundaria interviene en su constitución la apófisis orbitaria del palatino hacia atrás y, hacia afuera y adelante, el malar. Estudiaremos en ellas:- límites, contenido, relaciones e importancia quirúrgica.-

Límites:- esta pared es de forma triangular. Se encuentra limitada hacia adelante, por el reborde infra-orbitario; hacia atrás y afuera, por el malar y la escotadura esfeno-maxilar; hacia adentro, por el unguis en su porción anterior y el hueso plano en la posterior.-

Contenido:- entre los elementos anatómicos más importantes que se alojan en la intimidad de esta cara, se encuentran el nervio y los vasos infra-orbitarios, éstos corren de atrás adelante, de afuera hacia adentro y ligeramente inclinados hacia abajo. En su trayecto dan ramos destinados a inervar e irrigar las piezas dentarias y es-

estructuras aledañas. Los vasos y nervios infraorbitarios se encuentran alojados en un primer tramo en un canal (después transformado en conducto, labrado como antes dijimos, en la pared en cuestión). De atrás adelante, a partir de la escotadura esfenomaxilar, encontramos un lecho o canal abierto hacia la órbita, cuyo borde externo hace saliencia hacia él como un verdadero alero; más adelante este canal se transforma en conducto al tomar una inclinación acentuada hacia abajo y adentro, profundizándose en la pared, la cual sufre un aumento de espesor en las proximidades del borde anterior. En esta última porción nacen los conductos dentarios anteriores que alojan los vasos y nervios del mismo nombre.-

Relaciones:- para determinar las relaciones de la pared orbitaria, debemos distinguir dos segmentos:- uno, anterior u orbitario y otro, posterior, etmoidal.-

En el primero encontramos el contenido de la órbita con la spongiósica o cápsula de Tenon; ésta delimita dos cavidades:- una precapsular, que contiene el globo ocular, tejido célula-adiposo, vasos y nervios; otra, retrocapsular que contiene los vasos, nervios y músculos destinados al ojo, rodeados de tejido célula-adiposo.-

El segmento posterior o etmoidal corresponde a la zona en que las células etmoidales posteriores, haciendo prominencia hacia la cavidad sinusal, se interponen entre ésta y la órbita. Se cita a esta zona como lugar de fácil efracción cuando se realiza el cateterismo del seno maxilar por vía del ostium²⁴.-

Importancia quirúrgica:- se podría decir ninguna, se considera excepcional para el abordaje del seno maxilar.-

- Base del seno maxilar

Hemos descripto ya las caras del seno maxilar correspondientes a los lados de la pirámide cuadrangular, cuerpo que elegimos para fa

cilitar su estudio.-

Base o pared interna:- Existen en ella dos porciones, que si bien es cierto no se diferencian, observadas desde el interior del seno maxilar, corresponden a dos zonas completamente distintas, separadas entre sí por la apófisis palatina del hueso maxilar:-

- una superior bastante extensa que corresponde a las fosas nasales.
- otra inferior de extensión mucho menor que corresponde a la cavidad oral, y mas precisamente a la vertiente palatina del proceso alveolar. La porción inferior, que como dijimos es bastante menos extensa que la superior, adquiere gran importancia en senos maxilares muy neumatizados; es útil destacar este hecho con el fin de sentar el concepto de que merced a la existencia de esta porción de pared se producen comunicaciones entre-bucales palatinas sin complicación nasal. La Fig. N° 9, resulta demostrativa al respecto.



Fig. N° 9.- Fotografía de un corte frontal que pasa por los senos maxilares a la altura del primer molar; podemos observar que el piso de fosas nasales está a un nivel superior que el de senos maxilares; entre ambos se extiende el sector inferior de la pared interna que corresponde a la cavidad oral. (Preparado anatómico perteneciente a la Cát. de Anatomía, Fac. Odont. de U.N.Cba. Prof. Suárez O.-)

Porción nasal de la pared interna:- se encuentra constituida principalmente por el hueso maxilar superior. Contribuyen a integrarla el unguis, cornete inferior, palatino y etmoides; éstos estrechan la amplia apertura que ofrece el seno maxilar hacia las fosas nasales, en el maxilar aislado.-

La apófisis unciforme del etmoides cruza en diagonal el espacio reducido por los huesos mencionados; se articula con la apófisis etmoidal del cornete inferior y su porción terminal, puede alcanzar el borde posterior del espacio o quedar libre, sin articulación. De acuerdo a lo expresado, la comunicación resulta dividida en tres sectores:- Antero-superior, posterior y Antero-inferior.-

La mucosa sinusal y la nasal adosadas, completan la pared;(verdadero tabique inter-sinuso-nasal) cerrando los sectores Antero-inferior y posterior, no así el Antero-superior, donde en principio la mucosa nasal se refleja para formar un tubo de corta longitud y extenderse sobre la pared ósea del seno.-

Las Fig. 10-11-12 y 13, muestran a grandes rasgos lo expresado.-



Fig. N°10.-Muestra la amplia comunicación entre senos maxilares y fosas nasales, en el hueso maxilar aislado.-



Fig. N°11.-Observamos la comunicación reducida por la confluencia de otros huesos:- unguis, palatino y cornete inf.

(Ambas preparaciones pertenecen al Museo de Anatomía- Univ. Nacional de Córdoba- Director:-Prof. Dr. Suárez Angel.-)



Fig. N° 12.-Muestra la pared externa de fosas nasales, base del seno max. cubierta por mucosa nasal que cerró las perfor. ánt-inf y post. En la parte sup. se refleja para cubrir pared ósea de seno maxilar.-



Fig. N° 13.-Muestra la base del seno max. cubierta por mucosa que a desada a la nasal cierra las perf. ánt-inf y post. En la parte sup. se observa el ostium, que comunica ambas cavidades (vista del lado sinusal).-

(La preparación pertenece al Museo de Anatomía-Universidad Nacional de Córdoba- Director Prof. Dr. Suárez Angel.-)

La pared en cuestión forma como vimos un verdadero tabique (sinusonasal y presenta por supuesto, dos caras:- una nasal y otra sinusal. Cara nasal:- es la más rica en detalles anatómicos, conviene destacar que corresponde sólo a un sector de la pared externa de fosas nasales, más precisamente a la comprendida entre el piso y el cornete medio. Esta porción se encuentra dividida por la implantación del cornete inferior, en dos superficies de forma triangular:- una, ántero-inferior o infra-turbinal y otra póstero-superior o supra-turbinal; corresponden respectivamente a la pared externa del meato medio y del meato inferior.-

El segmento ántero-inferior es más amplio y como veremos más adelante de gran importancia terapéutica.-

Segmento ántero-inferior:- presenta de delante atrás:- el orificio de desembocadura del conducto lácrimo-nasal; una zona donde la pa-

red es extremadamente delgada, (a 1 cm. por arriba del piso de las fosas nasales y a 2 cm. de la cabeza del cornete inferior) sitio de preferencia para el abordaje del seno maxilar, por vía endonasal; por último, en la porción posterior, encontramos parte de la lámina vertical del hueso palatino.-

Segmento póstero-superior o supra-turbinal:- a diferencia del infra-turbinal se encuentra constituido en algunas zonas, exclusivamente por mucosa; no insistiremos sobre el particular dado que tal situación fue perfectamente determinada cuando hablamos, en forma genérica de la conformación de la pared interna o base.-

Como detalle anatómico digno de mencionar encontramos una serie de orificios o perforaciones, que ponen en comunicación las fosas nasales con las cavidades aéreas anexas a éstas; de éstos algunas son inconstantes, fueron estudiados por Giraldés y se los conoce como "orificios de Giraldés u orificios accesorios del seno"; a los constantes los ubicaremos al referirnos a otras estructuras que observamos en este segmento y que describiremos a continuación.-

La eminencia de la bula etmoidal, ubicada hacia arriba; la eminencia del unciforme, ubicada por debajo; la primera o eminencia de la bula fue descrita por Zeja con el nombre de "promontorio de las fosas nasales" y por Zuckerkandl con el nombre de "bula etmoidal", corresponde a una célula etmoidal.- (ver Fig. N° 14 A)

La segunda o eminencia del etmoides está formada por el borde póstero superior de la apófisis unciforme, recubierto por la mucosa, constituyendo al decir de Testut, un "verdadero cornete invertido".-

(ver Fig. N° 14 A)

Las citadas eminencias forman goteras o canales que llevan sus respectivos nombres. El canal o gotera del unciforme se encuentra limitado hacia abajo y adelante, por el repliegue del unciforme y, hacia arriba y atrás por la bula. En este canal desambocan de arriba

abajo y de delante atrás, el seno frontal, las celdas etmoidales anteriores y el seno maxilar, por medio del conducto maxilar (ostium maxilar), verdadero tubo de 6 a 8 mm. de longitud y 3 a 5 mm. de anchura.- (ver Fig. N° 14 B)

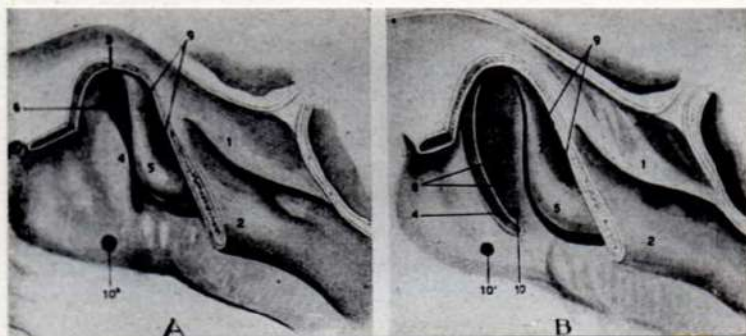


Fig. N° 14 A-B.- En A, se ha conservado el repliegue del unciforme en B, se ha reseccado el repliegue del unciforme.- 1-cornete superior; 2-cornete medio, en gran parte reseccado; 3-orificio del infundibulum; 4-repliegue del unciforme; 5-bula etmoidal; 6-canal del infundibulum; 7-sulcus supraballarís; 8-orificio de las células etmoidales anteriores; 9-orificio de las células etmoidales medias; 10-orificio del seno maxilar; 10'-orificio accesorio de seno max. (Testut, Tomo III, pág. 536)

Importancia:- la importancia de la pared o cara interna, puede ser considerada desde distintos puntos de vista. Para facilitar el análisis del problema, consideraremos su importancia patológica, diagnóstica y terapéutica.-

- Importancia patológica:- el mayor número de procesos sinusales infecciosos (corizas, fiebres eruptivas, etc.), se inician en las fosas nasales, y llegan a los senos maxilares a través del ostium (sinusitis rinógenas).-

- Importancia diagnóstica:- radica en la posibilidad de observar en ella la presencia de pus u otro elemento que el seno maxilar deg

cargue a través del ostium; también proliferaciones, sean éstas inflamatorias o tumorales.-

A su través puede realizarse el cateterismo del seno siguiendo la vía natural del ostium, o mediante la punción realizada en el meato inferior; por estas vías (entre otras) puede determinarse la existencia o no, de algún contenido sinusal, así como también distintos elementos de contraste; éstos se pueden llevar igualmente al seno maxilar por aspiración (Método de Proetz).-

- Importancia terapéutica:- comprende la médica y quirúrgica. El abordaje del seno maxilar con fines terapéuticos, se realiza de preferencia a través de la cara interna o yugal, situación que ha hecho se la designe "cara quirúrgica" pero indudablemente, que como complemento de las intervenciones realizadas, se efectúa también la contra-apertura a nivel del meato inferior.- En la intervención de Denker ocurre otro tanto ya que se confunde en una sola resección, parte de la pared antero-externa y del meato inferior.-

Además de las intervenciones de mayor envergadura; podemos citar la resección externa de Glaque o resección limitada de Luc y la punción de Lichtwitz, que permiten realizar a su través lavajes con distintos agentes terapéuticos, así como también alguna de éstas proporciona una vía de drenaje permanente y dirección al seno maxilar.-

- Bordes

- Bordes de la base:- Para ajustarnos más a la realidad, en vez de llamar aristas a la unión de las caras entre sí y de éstas con la base, los llamaremos bordes, ya que tales uniones son romas, se exceptúa la anterior que se produce en ángulo francamente agudo.- De acuerdo a lo expresado tendremos entonces, en la unión de la base con las caras, los siguientes bordes:- superior, posterior, anterior o inferior.-

- **bordes superior:**- resulta de la unión de la cara superior u orbitaria, con la base; éste es redondeado y en su extremidad posterior presenta un relieve formado por las células etmoidales.--

- **borde posterior:**- como el superior es ancho y redondeado; en su porción inferior entra en relación:- por dentro, con el palatino; hacia atrás, con la apófisis pterigoides y, hacia arriba, al separarse de ésta, con la fosa pterigo-maxilar; la relación del seno maxilar con esta última formación anatómica y su contenido (nervio maxilar superior, ganglio de Meckel, etc.) es bastante estrecha, pues se encuentran separadas únicamente por la delgada lámina ósea del citado borde, es por ello que la vía sinusal ha sido elegida por algunos con la finalidad de abordar dichas estructuras para su sección o alcoholización²⁵ (Carnechan entre otros).--

- **borde anterior:**- resulta de la unión de la pared antero-externa o yugal, con la base. Este borde es de gran importancia quirúrgica ya que como expresamos anteriormente, la confluencia de las caras que lo forman se produce en ángulo agudo, en consecuencia su curetaje se hace difícil y obliga a veces a extender la ablación de la pared antero-externa hasta el borde en cuestión, para exponerlo bajo visión directa y facilitar la instrumentación; algunos prefieren transformarlo en plano²⁶.--

- **borde inferior:**- es indudable que bajo el aspecto odontológico, el borde inferior es el que reviste mayor importancia. A través de él migra la patología dentaria y paradentaria hacia el seno maxilar (procesos infecciosos, quísticos, tumorales).--

El borde inferior, verdadera cara o piso, como lo hemos determinado en las figuras N° 5-6, está representado por una superficie bastante amplia, cóncava en el sentido transversal y sagital; sobre ésta se sustenta la importante relación dento-paradencio-sinusal.- Que esta relación sea más o menos estrecha depende de varios factores, entre los de mayor consideración se consignan:- raza, constitución y

y edad. Existen también variaciones individuales dependientes del grado de neumatización del seno, pudiéndose observar inclusive diferencia apreciable entre un lado y otro. Es importante destacar la incidencia de otros factores que podríamos llamar accidentales, como por ejemplo las extracciones realizadas en forma prematura; éstas dan origen a la formación de verdaderos divertículos que se insinúan entre las piezas dentarias restantes, haciendo más íntima aún la referida relación²⁷.-- (ver Fig. N° 15)



Fig. N° 15.-- Divertículo producido como consecuencia de la extracción prematura del 1º molar. Se observa la estrecha relación del seno maxilar con el 2º premolar y 2º molar. Las mencionadas piezas dentarias se encuentran separadas de él únicamente por la compacta de la canastilla alv.

(Radiografía de muestra casuística)

La relación dento-paradencio-sinusal, se opera en una amplia zona extendida desde el canino hasta el tercer molar inclusive. La relación que en particular presenta cada elemento dentario, es diferente y su determinación ha sido motivo de una serie de trabajos estadísticos; éstos en general no son coincidentes porque seguramente corresponden a observaciones realizadas en individuos de diferente raza, edad, sexo, etc.--

Con la finalidad de concretar este aspecto consignaremos la siguiente determinación, que coloca como más íntimamente relacionado al

primer molar y, en orden decreciente:- el segundo premolar, segundo molar y por último, a igual nivel, el tercer molar y el primer premolar. Este orden de relación concuerda con lo que hemos observado en nuestra casuística, donde de las 48 comunicaciones odontógenas registradas, 35 corresponden a extracción de primeros molares, es decir el 77,5 %; 12 a las del segundo molar, 25 %; y, 1 al tercer molar, o sea 2,1 %.-

En realidad, la relación dento-paradencio-alveolar es extremadamente variable; el tejido óseo que separa ambas estructuras puede en ocasiones faltar, o estar representado por una verdadera lámina; en otras, por lo contrario, puede alcanzar espesores de 5 mm. o más.- En los casos de gran pneumatización en que el seno maxilar alcanza extraordinario desarrollo; el borde inferior o piso, se presenta por lo general muy irregular, pudiéndose observar entonces elevaciones o cúpulas que reproducen la forma de los ápices dentarios; y, entre éstas, depresiones considerables que configuran a veces, verdaderos divertículos. Esta conformación anatómica que pone de manifiesto el grado de relación entre seno maxilar y estructuras dentarias, ha sido observado por nosotros en el transcurso de intervenciones, en preparados anatómicos y, en estudios radiográficos periapicales. Conviene destacar el valor de este último elemento diagnóstico, que permite precisar el grado de la mencionada relación, para tomar en el tratamiento los recaudos correspondientes.- (Ver Fig. N° 16 y 17).-

De lo antes expresado, podemos deducir claramente la importancia de la relación en cuestión y la necesidad de su conocimiento cabal para comprender la rápida propagación a los senos maxilares, por continuidad o contigüidad²⁸, de los procesos patológicos originados en la región gingivo-alveolo-dentaria; en especial paradencio apical. El conocimiento cabal del problema, servirá también para moderar la cirugía

que se realiza en el seno maxilar, o en la región gíngivo-alveolo-dentaria. Al respecto es bueno consignar que han sido observadas alteraciones de importancia en la inervación e irrigación de las piezas dentarias²⁹⁻³⁰⁻³¹, e inclusive amputaciones apicales debidas al curetaje que se realiza para retirar la mucosa sinusal en la intervención radical de Caldwell-Luc³². En lo que concierne a la cirugía de la región gíngivo-alveolo-dentaria (especialmente en especial), es conveniente destacar que son frecuentes las perforaciones de la zona en cuestión, con introducción o no de cuerpos extraños (raíces, esquirlas óseas, etc.), en el seno maxilar.- (Ver Fig. N°18).-

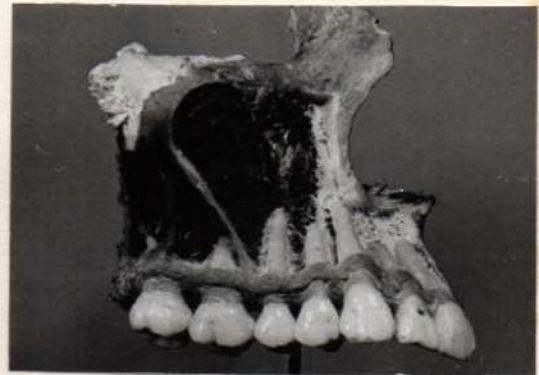
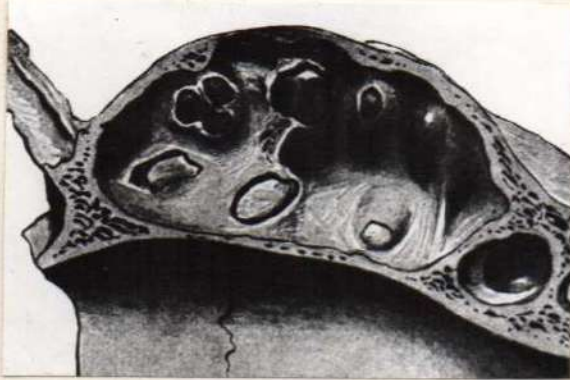


Fig. N° 16 A.-

Fig. N° 16 B.-

Fig. N° 16.- A- Pueden observarse las cúpulas y depresiones que producen en el piso del seno maxilar, los ápices dentarios prominentes. Reproducción fotográfica parcial, aumentada para destacar los detalles consignados.-

(Sieber H.-Tandler J., Anatomía para Dentistas)

B- Podemos observar en ella la prominencia que hacen los ápices radiculares en el piso del seno maxilar

(La preparación pertenece al Museo de Anatomía-Universidad Nacional de Córdoba- Director Prof. Dr. Suárez Angel.-)



Fig. N°17.- Muestra la prominencia que hacen las raíces (ápices) rodeadas de sus conastillas alveolares, en el piso de seno maxilar. El segundo premolar, adquiere aquí relación de intimidad no corriente, en la zona de 6/ se produjo una comunicación antro-bucal en el transcurso la extracción dentaria.-

(Radiografía de nuestra casuística. N. 260.)



Fig. N°18.- Muestra una comunicación antro-bucal realizada en el transcurso de la extracción del primer molar y cuerpo extraído (ápice radicular) impulsado al seno maxilar.-

(Radiog. de nuestra casuística. N. 31. 808.-)

En párrafo anterior hicimos mención a la posibilidad de propagación al seno maxilar por continuidad o contiguidad, de los procesos patológicos que asientan en la región gingivo-alveolo-dentaria y, en especial, en periápice.-

Después de haber observado las relaciones anatómicas que consignamos, la posibilidad de que se produzca la citada propagación, se hace evidente. Es bueno recordar también que las distintas maniobras operativas que realice el odontólogo para el tratamiento de los procesos patológicos de origen dentario, pueden predisponerla o producirla. Las Fig. N° 19-20-21, hacen gráfico lo antes expresado.-



Fig. N° 19.- Muestra un proceso quístico residual ubicado en zona del primer molar; la compacta del piso del seno max. y la compacta reaccional del quiste, se confunden en una. La relación seno-quiste es íntima. En el periápice del 1°Pr. un granuloma que alcanza piso de seno.



Fig. N° 20.- Observamos en ella un granuloma apical en el periápice del 2°Pr. que ha reabsorbido la compacta del piso del seno maxilar.-

(La radiof. de las Fig. N°19-20, son de nuestra casafist.)

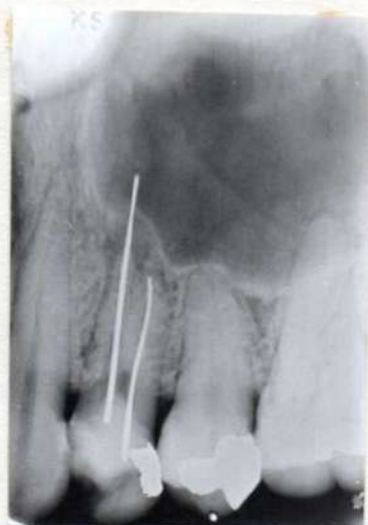


Fig. N° 21.- En el periápice del 1° Pr. observamos un proceso granulomatoso en íntima relación con el seno maxilar, el que ha sido perforado en las maniobras operativas; un cono de plata atraviesa el proceso y la línea radiopaca, que corresponde al piso del seno max.

(La radiog. pertenece a nuestra colección.)

Para terminar con la descripción del borde inferior, insistiendo en lo que ya fuere destacado, diremos que éste en su parte más declive se encuentra ubicado por debajo del nivel del piso de fosas nasales; el lugar resulta zona de retención aún después de la intervención radical, con contraportura nasal.-



Fig. N° 22 A.-

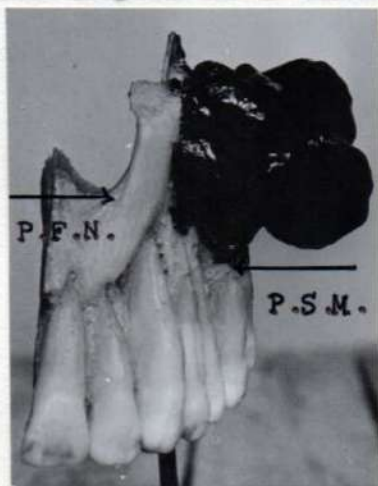


Fig. N° 22 B.-

Fig. N° 22 A-B.- Muestran el piso de fosas nasales a un nivel superior que la zona más declive del seno maxilar.-

(Preparados anatóm. pertenecientes a la Cátedra de Anatomía, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Prof. Dr. Suárez O.)

- Bordes axiales.-

Después de describir los bordes correspondientes a la unión de la base con las cuatro caras de la pirámide, correspondería estudiar los bordes axiales, es decir los que resultan de la unión de las caras entre sí; como en los distintos textos consultados, no hemos encontrado referencias de importancia, omitiremos su estudio descriptivo.

- Cavity sinusal.- Endosinus

Si es importante el conocimiento detallado del aspecto externo de las paredes que conforman la cavidad sinusal, el contenido de estas y sus relaciones; no lo es menos el de la cavidad sinusal misma, la que si bien es cierto es el negativo de lo ya descrito, presenta una serie de detalles que le son propios y se manifiestan hacia su luz; estos, pueden observarse únicamente desde el interior.-

La cavidad sinusal se encuentra totalmente revestida por mucosa. A igual que la de todas las cavidades anexas de las fosas nasales, esta proviene de la pituitaria, sin embargo es bastante mas fina. Presenta en general las mismas características que la del resto de las vías respiratorias. El corion tiene fibras colágenas dispuestas en haces laxos, pueden observarse también fibras elásticas; la vascularización es mas bien moderada, presenta además glándulas mucosas y serosas que son mas abundantes a nivel del ostium³³.-

El epitelio pertenece al tipo cilíndrico ciliado, presenta células caliciformes encargadas de segregar mucina. Esta sustancia desempeña importantes funciones:- actúa como humectante, interviene en el mecanismo de drenaje (biológico y físico) y cumple además funciones defensivas³⁴. Las ciliadas están dotadas de movimiento coordinados que forman verdaderas corrientes en espiral orientadas hacia el ostium.- La mucosa sinusal a pesar de su reducido espesor, atenúa los accidentes óseos; tal ocurre con las saliencias o cúpulas, los tabiques, y los recesos. En ciertos estados patológicos su espesor llega a 1 cm

e mas, cuando esto ocurre los accidentes apuntados se hacen imposibles de diferenciar; es bueno entonces conocer su existencia y ubicación para encontrarlos y darles el tratamiento adecuado.-

La cavidad sinusal se presenta en general única; el tabicamiento completo es extraordinariamente raro, Zuckerkandl y Gruber, citados por Testut y otros; en 200 sujetos examinados encontraron tan solo 5 senos totalmente divididos. Los tabicamientos parciales, por lo contrario, son casi la norma; pudiendo ser óseos y fibrosos. Es bueno destacar la importancia de detectar estos tabiques, verdaderos recessos y exponerlos ampliamente hacia la luz del seno maxilar cuando se realiza el tratamiento quirúrgico de esta cavidad.-

El seno maxilar visto desde la cavidad, presenta una serie de detalles anatómicos que es interesante conocer. De sus paredes, la que indudablemente ofrece estructuras más importantes es la interna o base; en ella encontramos la desembocadura del ostium maxilar. Fiol, que estudió con tanta profundidad las fosas nasales y senos paranasales llegó a considerar esta estructura "como un verdadero órgano de comunicación", entre el seno maxilar y las fosas nasales. El ostium resulta un tubo de 3 a 5 mm. de diámetro, que se abre en el meato medio, más precisamente, en la parte inferior del infundibulum etmoidal; por el otro, en el seno maxilar. Por delante de su desembocadura sinusal se puede observar la elevación que produce el conducto lácrimo-nasal. Es bueno destacar que la ubicación del ostium no es la más apropiada para el drenaje del seno maxilar, sobre todo en la posición vertical. Como accidentes anatómicos importantes podemos citar también las prolongaciones, recessos o divertículos, que presenta la cavidad sinusal. Su desarrollo varía con la mayor o menor neumatización. Sieur y Jacob citados por Testut, dan como cifras extremas del volumen sinusal 25cc y 2 cc. En relación con este volumen, más precisamente con la neumatización, las prolongaciones apenas se esbozan o adquieren gran impor -

tancia; siguiendo con la descripción clásica mencionaremos las siguientes:-- orbitaria, malar, alveolar, palatina inferior y palatina superior.--

En una de las disecciones realizadas por nosotros, cuya fotografía tomada desde otro ángulo, fue mostrada ya en este trabajo), pudimos observar la prolongación frontal con las características de una verdadera celda; un tabique óseo bastante amplio, la separaba del resto del seno.--



Fig. N° 23.-- Muestra la prolongación orbitaria constituida en una verdadera celda, por un tabicamiento óseo parcial.--

(Preparado anatómico realizado por el autor.--)

C- Fisiología

Para comprender el rol y la función que podríamos llamar "propia de los senos maxilares", conviene hacer algunas consideraciones sobre las cavidades anexas a las fosas nasales, es decir, senos paranasales.--

Estas cavidades deben ser consideradas como una unidad anátomo-fun_

cional, ya que tienen el mismo origen y se desarrollan por igual mecanismo; su dependencia funcional es común (fosas nasales); responden en forma global ante los estímulos fisiológicos o patológicos y se defienden por mecanismos similares. Considerados funcionalmente ofrecen dos aspectos que merecen ser estudiados por separado:-

- el del rol que desempeñan frente al macizo cráneo-facial, ligado en cierto modo a su desarrollo, "función extrínseca" ³⁵.- I,
- el de su función propia, "función intrínseca" ³⁵.-

El primero, permanece aún en el plano de la hipótesis. Muchas teorías han tratado de dar una explicación lógica al problema, sin conseguir ninguna unificar el criterio. Así por ejemplo, sobre su desarrollo unos piensan que se debe al "poder pneumatizante de la mucosa sinusal; otros, destacan además el papel que le cabe a la presión del aire una vez que ha terminado la vida intrauterina. Para Sitsen se debería a reabsorción esponjosa, que según Richter, dependería de la presión aérea positiva, en la respiración. Proetz lo relaciona con el crecimiento cráneo-facial.-

Todas estas teorías han sido rebatidas con argumentos basados en la observación clínica y quirúrgica, no habiendo resistido los análisis críticos correspondientes.-

Con respecto al rol que desempeñan se plantea igual controversia. Ambrosio Paré por ejemplo, basándose en la Anatomía Comparada, les asigna el papel de "vestigios rudimentarios de órganos olfatorios". Otras teorías les atribuyen las siguientes funciones:-

- de condicionadores:- humedecen y calientan el aire inspirado.-
 - de verdaderos resonadores.-
 - de amortiguadores:- destinados a proteger las estructuras nobles del macizo cráneo-facial.-
 - de verdadero reservorio de aire caliente, rico en oxígeno; y otras
- Lo antes expresado se refiere al rol de estas estructuras y a su significación frente al macizo cráneo-facial y, al organismo en general.

El segundo aspecto, es el de la forma en que funcionan los senos paranasales "función intrínseca"; comprende una serie de mecanismos activos en estado de salud, que se traban, apulan o exageran, en distintos estados patológicos. Por su intermedio renuevan el aire que contienen; eliminan sus secreciones, cuerpos extraños, etc; y, se defienden de las injurias. Los mecanismos a que nos estamos refiriendo son los siguientes:- ventilación, drenaje, defensa; conviene igualmente destacar aquí la función del ostium.-

- Ventilación:- una serie de experiencias demuestran que entre el aire que transcurre por las fosas nasales y el de los senos, se operan intercambios que se traducen por modificaciones de la concentración gaseosa, temperatura y grado de humedad.-

La corriente aérea, en los movimientos de inspiración y expiración; por la forma y posición de los cornetes, es orientada de tal modo, que pasa rasando la desembocadura nasal, del seno maxilar; se crean así presiones positivas y negativas que favorecen el intercambio.-

- Drenaje:- los mecanismos por medio de los cuales se realiza la evacuación de las secreciones, normales y patológicas; así como también, de colecciones que recibe de otras zonas; son de índole física y biológica.- Es indudable que actúan en forma conjunta, por ejemplo no podríamos concebir la acción de la gravedad (mecanismo físico), sin la secreción de las glándulas serosas y mucosas (mecanismo biológico), para la expulsión a través del ostium, de cualquier cuerpo extraño, (pus proveniente de un absceso periapical).-

Mencionaremos a continuación los mecanismos físicos y biológicos haciendo además, algunas consideraciones sobre ellos.-

- Mecanismos físicos:- gravedad:- para que el mecanismo resulte efectivo es necesario que el ostium ocupe una posición adecuada (la más declive. Cuando el individuo se encuentra de pie, ésta lo será para unos, senos frontales por ejemplo; resultando para otros, como senos maxilares completamente inapropiada. Con los cambios posturales va-

rían, por supuesto las posiciones respectivas; dándose por lapsos la situación ideal para el drenaje de cada uno.--

- Mecanismos biológicos:-- están representados por los movimientos ciliares y secreción de la mucosa; ambos mecanismos se conjugan para impulsar hacia el ostium, todo elemento que deba ser expulsado.--

movimiento ciliar:-- las ciliar están animadas de movimientos rítmico y coordinados que tienden a hacer progresar en un sentido fije (hacia el ostium), la capa de mucus; se forman verdaderas corrientes en espiral cuya velocidad es de 2 a 18 mm. por minuto. Los movimientos ciliares son más acelerados en las proximidades del ostium. El sentido en que progresan estas corrientes, es independiente de la gravedad y, en oportunidades, contrario a ella.--

Una serie de trabajos entre el que podemos mencionar el de King, Hilding, citados por Romero Díaz; así como también observaciones de este último³⁶, son demostrativos de la aseveración anterior. En senos operados en que se realizó contrapertura nasal, para facilitar el drenaje por declive, inyectando distintos elementos para el seguimiento del mucus, se observó que éste no cambiaba de dirección y continuaba drenando por el ostium. El movimiento ciliar seguía la orden biológica de dirigirlo hacia el ostium, a pesar de la facilidad que le ofrecía la situación creada quirúrgicamente.--

- secreción de la mucosa:-- está representada por mucina, agua y sales y su provisión se encuentra a cargo de las glándulas mucosas, seromucosas y serosas. Estos elementos forman una capa móvil de mucus que cubre la superficie de la mucosa de todos los senos paranasales; en esta capa móvil se han diferenciado dos estratos:-- uno profundo, en el cual se mueven las cillas; y, otro superficial, más viscoso, considerado como la verdadera "capa de transporte".--

- Defensa:-- en términos generales, los mecanismos de defensa de los senos paranasales están destinados a luchar contra la infección producida por agentes patógenos que llegan por vía del ostium, vía hemá

tica; por continuidad o contigüidad, desde zonas vecinas (caso de los procesos patológicos de origen dentario), u otra abierta en forma accidental; también por los agentes saprófitos que se hacen patógenos por distintas circunstancias.-

Según Calderín existen dos barreras que se oponen a la infección de la mucosa sinusal, una superficial constituida por la capa de mucus "defensa móvil de Calderín" y, una defensa tisular "defensa profunda de Calderín"; indudablemente que la superficial "tapis roulant" es consecuencia de la segunda y que las dos, actúan en función de expulsar lo que resulta injurioso para estas cavidades.-

A esta altura de la consideración funcional de los senos paranasales, resulta obvio mencionar el rol que juega el ostium, por medio del que se vinculan, los senos y las fosas nasales; de su salud dependen los intercambios aéreos y el drenaje de los senos paranasales. Reviste para algunos el carácter de un "verdadero esfínter".-

3- REGION GINGIVO-DENTARIA O GINGIVO-ALVEOLO-DENTARIA.-

A- Generalidades

Con el propósito de integrar el conocimiento anatómico (base del conocimiento clínico-quirúrgico), de las estructuras donde evoluciona la patología odontógena, cuyas complicaciones sinusales ya mencionamos, y donde se producen las comunicaciones antro-bucales, consecutivas al tratamiento quirúrgico de dichos procesos o de extracciones dentales, simples y complejas; describiremos la región gíngivo-dentaria, tratando de destacar los detalles que puedan resultar de más importancia para este trabajo.-

Por motivos que resulta obvio mencionar, nos referiremos sólo a la región gíngivo-alveolo-dentaria superior.-

En términos generales diremos, que esta región comprende el borde libre del maxilar, constituido por:- mucosa, hueso y dientes; el conjunto presenta la forma de una herradura, cuya concavidad se orienta hacia atrás.-

B- Anatomía

a- Límites

- Externo:- un plano curvo, casi vertical que sigue un espacio virtual formado hacia adentro, por la cara vestibular de las piezas dentarias y la encía adherente y libre; y, hacia afuera, la mucosa de carrillos y labios.-

- Interno:- un plano curvo, oblicuo de arriba abajo y dentro afuera, que pasa por la unión del proceso alveolar y el paladar.-

- Hacia arriba:- un plano horizontal, ubicado inmediatamente por encima de los ápices dentarios.-

- Hacia abajo:- un plano horizontal coincidente con las superficies oclusales.-

Nos preocuparemos ahora de las partes constitutivas.-

b- Partes constitutivas

Describiremos sucesivamente:- mucosa, hueso y dientes.-

- Mucosa

En la región gingivo-alveolo-dentaria superior, la mucosa reviste ca racterísticas más o menos diferentes según se trate de la vestibular o la palatina.-

- Mucosa vestibular:- podemos observar en ella, yendo del borde li - bre hacia la zona donde se refleja, para formar el surco vestibular, dos porciones en forma de cinta que se diferencian perfectamente en - tre sí y se designan con los nombres de:- encía,³⁷ gingiva, mucosa gingival, encía adherente, etc., (es parte de la llamada mucosa masti - catoria)³⁷⁻³⁸; mucosa alveolar, mucosa areolar, encía laxa, etc., (es parte de la llamada mucosa de revestimiento. Ambas porciones se en - encuentran separadas entre sí, por una línea ~~dentada~~ bien definida, "límite mucó-gingival".- (Ver Fig.Nº 24)

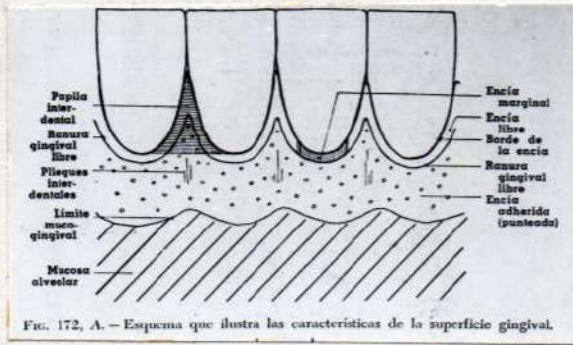
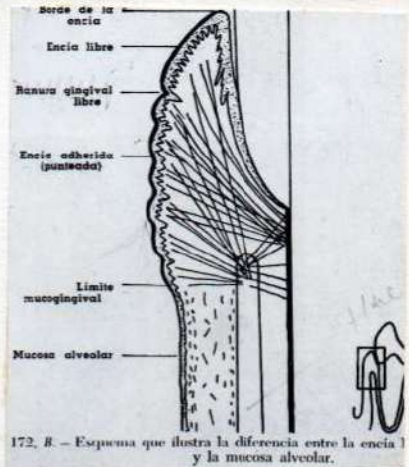


FIG. 172, A. - Esquema que ilustra las características de la superficie gingival.



172, B. - Esquema que ilustra la diferencia entre la encía y la mucosa alveolar.

Fig.Nº 24.- Muestra, entre otros detalles, el límite mucó-gingi val.-

(Esquema de Orban, Fig. 172 a - pág. 227)

Encía:- se define como "la parte de la mucosa oral que cubre los pro - cesos alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes"³⁹. como consecuencia de las importantes presiones, tracciones, friccio - nes, etc., que debe soportar durante el acto masticatorio, la encía

presenta características de color, consistencia y constitución que reflejan la adaptación de esta porción de la mucosa oral a la función altamente especializada, que en la región, le corresponde desarrollar.-

Color:- rosada coral. Existen variaciones fisiológicas dependientes de la edad, sexo, coloración de la tez, también raciales (pigmentación melánica de la raza negra. Ciertos estados patológicos generales o locales, producen cambios importantes del color, tornándolo al que describimos como normal, rojo intenso, violáceo, etc.-

Consistencia:- la encía es dura y resistente, encontrándose fuertemente adherida al periostio y al hueso. Distintos procesos patológicos de orden local y general, la hacen blanda, fungosa y sangrante. Cuando describimos la técnica que empleamos para el cierre quirúrgico de las comunicaciones antro-bucales, tratadas por nosotros, veremos que la referida consistencia del tejido en cuestión es aprovechada para colocar los puntos de tracción que permiten deslizar el colgaje en el bolsillo palatino y fijarlo firmemente.-

Aspecto:- en estado normal aparece punteada o ligeramente granular, "en cáscara de naranja" ⁴⁰.- Resulta casi obvio mencionar la importancia que tiene reconocer las afecciones que repercuten en la encía produciendo los cambios de color, consistencia, etc., ya apuntados. Muchas de éstas imposibilitan la realización de todo procedimiento o peratofic hasta tanto se consiga su curación. En el caso particular de las intervenciones plásticas, la situación debe ser especialmente considerada por los fracasos que acarrea el manejo de tejidos que no se encuentran en condiciones apropiadas.-

Constitución:- encontramos una cubierta epitelial y un "núcleo" o porción interna de tejido conectivo, éste ha recibido el nombre de "lámina propia". El epitelio pertenece al tipo escamoso estratificado, el corion es muy rico en fibras colágenas y contiene también fibras elásticas; se distinguen en él dos capas, una subyacente al epitelio, que

se proyecta entre sus brotes, interdigitándose con ellos, "capa papilar"; y otra profunda llamada "capa reticular", que se continua y confunde con la submucosa, esta es a su vez escasa y densamente fibrosa, tal situación hace que la encía se encuentre firmemente adherida al periostio y hueso. Case contrario ocurre con el resto de la mucosa gingival que cubre el proceso alveolar, donde la capa submucosa está constituida por tejido conectivo laxo que le permite deslizar sobre el plano firme.--(Ver Fig. N° 25)

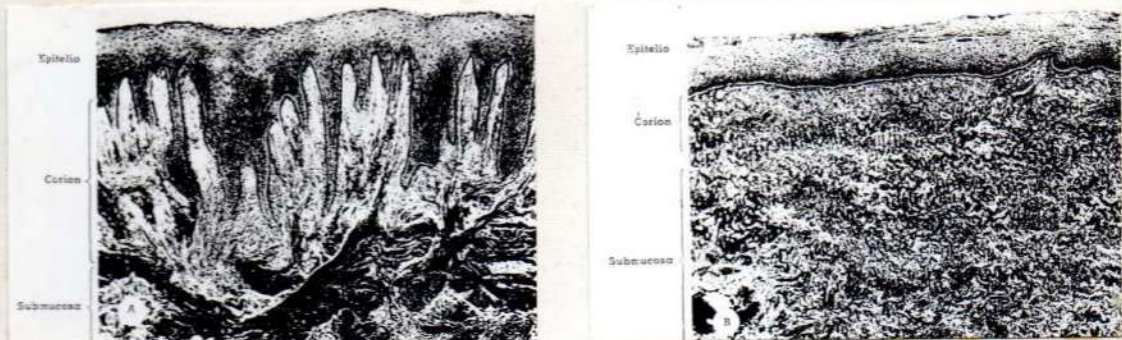


Fig. N° 25.- Cortes histológicos que muestran la diferencia entre la encía (A), y la mucosa alveolar (B).

(Orban, Fig. 170- pág. 225)

Mucosa alveolar, areolar, o encía laxa:- corresponde al resto de la mucosa oral (mucosa de revestimiento) que cubre el resto del proceso alveolar; se extiende desde el límite mucó-gingival³⁷, hasta el surco vestibular, donde se refleja y confunde con la mucosa del carrillo y labios. Presenta diferencias sustanciales con la mucosa de la encía, que estudiamos.

Color:- rosado subido, existen variaciones fisiológicas dependientes de la edad, sexo, etc. Algunos estados patológicos de orden general o local pueden producir cambios importantes.

Consistencia:- es blanda y fácilmente depresible y se desliza con facilidad sobre el plano osteo-perióstico.

Su capa epitelial es fina y lisa y su color mas intenso como conse-

uencia de su mayor irrigación.-

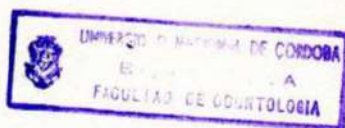
El corion está representado por tejido conectivo laxo que se continúa con la submucosa de tejido celular, el que se hace mas abundante hacia el surco vestibular, esto permite como ya dijimos, su mayor desplazamiento sobre los planos subyacentes así como también el fácil despegamiento del periostio; esta última situación es tan manifiesta, que cuando se forman los colgajos vestibulares, es fácil dejar el periostio adherido al hueso subyacente; cuando realicemos la descripción de la técnica que empleamos para el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales, veremos la importancia que reviste esta observación.-

Nos hemos permitido tratar conjuntamente la consistencia, aspecto y constitución para facilitar la descripción. En la Fig. N° 25, podemos observar las diferencias histológicas de este sector de la mucosa oral con la encía, que motivan las características tan distintas de una y otra.-

- Mucosa palatina:- la separación entre la encía firme (mucosa masticatoria) y el resto que cubre el proceso alveolar, es decir la porción que por vestibular llamamos "encía alveolar" es casi imposible de determinar. La primera presenta las características de su homóloga vestibular, en cambio la segunda porción, si bien es cierto posee una capa de tejido submucoso, que la hace ligeramente resistente, su adherencia al hueso y al periostio es mas pronunciada; es también, bastante mas gruesa y firme.-

Las características que enunciamos como propias de la mucosa que cubre el proceso alveolar, son esencialmente las mismas en las zonas dentadas y desdentadas, en el último caso, como consecuencia del recargo de función ya que la masticación se efectúa sobre ellas, se tornan mas firmes y resistentes.-

Esto último es importante destacar a los fines de este trabajo.-



Vasos y Nervios:-

Arterias:- las arterias que proveen la irrigación a las mucosas (vestibular y palatina) que cubren al proceso alveolar, provienen de la maxilar interna, que da para tal fin cuatro ramas:- alveolar, infraorbitaria, esfenopalatina y palatina descendente. Todas siguen un trayecto descendente y póstero-anterior, lo cual es importante destacar con la finalidad de poder diseñar correctamente los colgajos para las intervenciones plásticas que describiremos más adelante. Desde la mucosa alveolar, donde se observan por transparencia, se dirigen a la encía "en forma de lluvia"⁴¹, terminando en una rica red capilar, en la capa papilar de la lámina propia.-

Venas:- la circulación de retorno se realiza por medio de una red venosa que desemboca en el plexo alveolar, pterigoideo y vena facial.-

Linfáticos:- son tributarios de los ganglios genianos, submaxilares y carotídeos.-

Nervios:- para el lado vestibular la inervación está dada por los nervios dentarios posteriores, medios y anteriores; para el lado palatino por el nasopalatino (que emerge por el agujero del mismo nombre) y el palatino anterior.-

De lo que estudiamos de irrigación e inervación, surge la idea de la existencia de dos territorios mucosos, uno vestibular y otro palatino, sujetos a irrigación e inervación distintas; separados por los dientes y vinculados por las lengüetas interdentarias.-

En el desdentado esta amplia zona de separación queda reducida prácticamente a una línea, ubicada en la cresta del proceso alveolar. En consecuencia de lo expresado los colgajos y, sobre todo aquellos que se diseñan con fines plásticos, deben estar sujetos a esta relación de dependencia tanto para la ubicación de su pedículo como de su borde libre o porción terminal; esta última debe quedar ubicada en el mismo territorio del pedículo, de no ser así que

daría sin la nutrición necesaria y sujeta por lo tanto a la eventualidad de su necrosis.-

- Hueso

Corresponde a lo que se denomina arco alveolar o más precisamente apófisis alveolar. Deriva del hueso maxilar superior y, en su constitución interviene solamente él. Se define como apófisis alveolar "a la porción ósea delimitada por un plano que pasa por la cortical del alveolo, en su parte más profunda y que comprende a los nichos óseos destinados a alojar las raíces dentarias" ⁴².-

Este substratum en donde repercute en primera instancia la patología odontógena, que tiene a su vez patología propia, debe ser estudiado con profundidad, ya que sin su conocimiento no sería posible comprender la fisiopatogenia de un número considerable de procesos quísticos, tumorales, etc.; que pueden circunscribirse a él o rebasarlo, dando complicaciones que ya fueron determinadas.-

En el transcurso de la vida, la apófisis alveolar sufre un complicado proceso evolutivo sujeto a la adaptación funcional y, esencialmente vinculado al de la formación, desarrollo y desaparición, de los elementos dentarios.-

Haremos una descripción de acuerdo a las normas clásicas, refiriéndonos en especial al adulto dentado, para posteriormente considerar al hueso alveolar remanente, del edentado.-

La apófisis alveolar del maxilar superior reviste la forma oval o elíptica, a diferencia de lo que ocurre en el maxilar inferior, éste corresponde a la del cuerpo y mantiene con él una "posición armónica".-

Límites:- en la definición se menciona que su límite superior correspondía a un plano que pasa por la parte más profunda de la cortical alveolar y éste que es el más importante de determinar por sus relaciones, es casualmente el más impreciso, ya que se conti-

núa sin transición con el cuerpo del maxilar; los otros están detegminados por las corticales, externa e interna.--(v. Fig. N° 26)

Constitución:-- si observamos un corte transversal de la apófisis alveolar, podemos rápidamente determinar la existencia de dos partes, una de sostén y otra alveolar. Esta configuración indudablemente, obedece a la adaptación de esta estructura a la función que le cabe desempeñar.--

El hueso que rodea al alveolo, hueso de sostén⁴³, está formado por dos corticales o placas de hueso compacto, una vestibular y otra palatina, constituidas por laminillas óseas longitudinales y sistemas de Haver's.--

La vestibular presenta un cribado variable de acuerdo a la zona, destinados al pasaje de vasos sanguíneos. Entre las corticales vestibular y palatinas y, entre éstas y la canastilla alveolar, encontramos el hueso esponjoso, cuyas trabéculas se encuentran dispuestas en forma de poder resistir las fuerzas masticatorias y dispersarias. Esto configura un verdadero andamiaje, sobre el cual se sostienen los alveolos; es perfectamente apreciable en la radiografía y además, característico de cada maxilar y cada sector del proceso alveolar. Resulta fácil comprender esto último si recordamos que en el maxilar superior, los senos maxilares están ubicados inmediatamente por encima de los alveolos; circunstancia que limita en la zona, la existencia del andamiaje óseo mencionado. En cambio, en el maxilar inferior, en el cual la porción basilar ofrece para éste un apoyo más que suficiente, es amplio y presenta una distribución bastante distinta.--

El hueso esponjoso a que nos estamos refiriendo, es el mismo que se continúa hacia el cuerpo del maxilar y que rodea las estructuras anatómicas que en él se encuentran, de modo que la separación que se ha hecho de él para estudiarlo en la apófisis alveolar, obedece únicamente a motivos de orden didáctico.--

El hueso que constituye la canastilla alveolar, alveolo propiamente dicho, está representado en las zonas donde toman inserción las fibras periodontales, por tejido óseo fascioulado; en otras, por hueso laminar. El alveolo resulta así una cavidad de paredes lisas con el mismo aspecto de las corticales. Pueden observarse un número variable de orificios destinados al pasaje de vasos y nervios, los que se hacen más numerosos en el tercio apical; el conjunto de orificios forma lo que se ha dado en llamar "criba alveolar". La difusión de los procesos patológicos de origen dentario, hacia el díploe y órganos vecinos, se realiza con cierta facilidad, ya sea en forma directa, atravesando la cortical o por trombos vasculares. También por maniobras quirúrgicas, realizadas con instrumentos que perforan la cortical.-

La forma del alveolo reproduce con exactitud, el negativo de la raíz que aloja, siendo en términos generales, cónica.-

Hablar de las relaciones de los alveolos de la región correspondiente al maxilar superior, con las estructuras anatómicas, es hacerlo al mismo tiempo de las piezas dentarias (porción radicular); a los fines del presente trabajo, interesan en especial, las sustentadas con los senos maxilares. Hicimos referencia a éstas, en el capítulo donde tratamos el seno maxilar (borde inferior o piso).- Para no entrar en repeticiones nos concretaremos a reproducir una serie de diagramas que consideramos suficientes para ilustrar el problema y hacer algunas consideraciones.- En estos diagramas, que por razones de ordenamiento los colocaremos al finalizar el comentario, se observan las relaciones que mantienen las raíces y alveolos respectivos con las corticales vestibular y palatina. La relación con la cortical vestibular es bastante más íntima, a tal punto que la compacta alveolar se encuentra, en algunas zonas, fusionada a ésta al no existir díploe; cuando esto ocurre, las raíces producen en la superficie vestibular de la apófisis alveolar, elevaciones que se han dado en

llamar "eminencias maleolares".-

En algunas oportunidades se suele observar, sobre todo en las proximidades del ápice, siempre por vestibular; que las raíces se encuentran recubiertas únicamente por el periostio; esto explica la frecuencia con que los procesos perispicales se exteriorizan hacia el vestibulo, también la facilidad con que en el transcurso de las extracciones dentarias se produce la fractura de esta tabla. En tal caso y cuando la fractura es muy alta, suele establecerse la comunicación del alvéolo con el seno maxilar.-

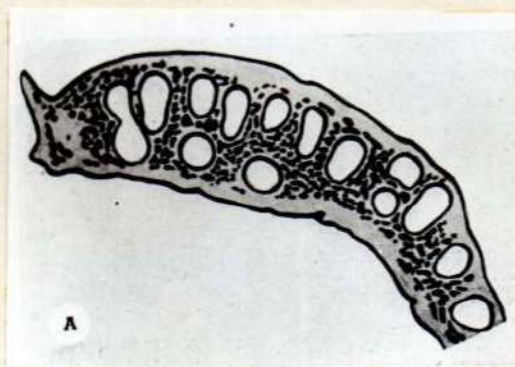


Fig.N° 26 A.-



Fig.N° 26 B.-

Fig.N° 26 A.- Corte horizontal del proceso alveolar (maxilar superior). Vemos el hueso de sostén representado por las corticales vestibular y palatina; también, el esponjoso; el alvéolo propiamente dicho está representado por las canastillas alveolares. La distancia de éstas con las corticales varía con la altura del corte.

B.- Se ha ilustrado el mismo problema en una sección vertical realizada sobre el eje longitudinal de un elemento dentario

(Orban., Fig.155 A-B., pág. 202)

La Fig.N° 27, que exponemos a continuación, muestra la relación individual de algunas piezas dentarias (las vinculadas al seno maxilar) con las tablas vestibular y palatina. Aunque ya nos referimos a la relación sinusal e hicimos la ilustración correspondiente, pug

de servir también para reafirmar lo expresado en esa oportunidad.-

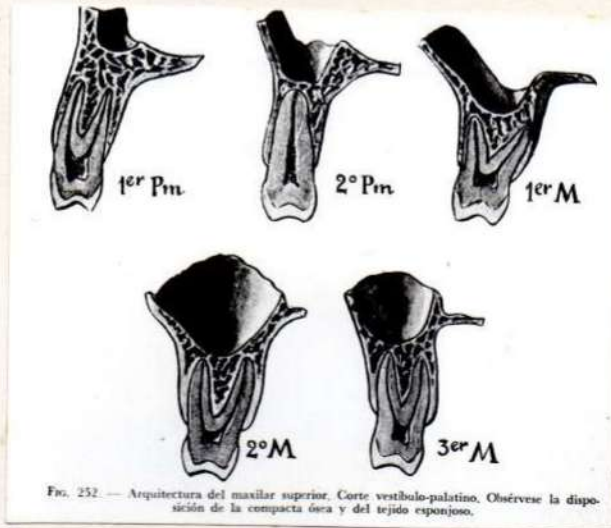


Fig. N° 27.- Se observan una serie de cortes vestibulo-palatinos realizados en un maxilar superior en el lugar donde se encuentran las piezas dentarias (de primer premo- lar a tercer molar). Muestran la relación de las ca- nastillas alveolares y raíces dentarias con el hueso de sostén (diploë y corticales). Vemos que esta relación se opera entre la canastilla y la cortical es íntima, es decir sin diploë intermedio, por ves- tibular. Cuando se efectúa la extracción de las pie- zas mencionadas es frecuente la fractura de la ta- bla externa y la producción de una comunicación an- tro-bucal. Un gran porcentaje de las de nuestra se- rie se produjeron así.

(La Fig. corresponde a la N° 252., pág.501.
Anatomía Odontológica- Aprile)

Proceso alveolar residual:- al iniciar este capítulo dijimos que la región gingivo-dentaria estaba sujeta en el transcurso de los años, a una serie de transformaciones vinculadas sobre todo, a la evolu- ción y pérdida de las piezas dentarias. El substratum óseo que es- tamos estudiando, mas precisamente los alveolos, son los mas afec- tados por la mencionada evolución; vemos así que con la pérdida de las piezas dentarias, cualquiera sea su causa, los alveolos desapa- recen y el proceso alveolar se remodela por un doble mecanismo de

reabsorción y aposición, que termina en definitiva, dando a la zona una conformación distinta. De la apuntada situación resulta lo que se ha dado en llamar "reborde alveolar residual"; esta presenta variaciones individuales importantes, puede ser roma o terminar en forma de arista así como también, aplanarse a tal punto de casi nivelarse con el paladar. Las tablas vestibular y palatina, se fusionan en la cresta del proceso alveolar, sin límite notable de separación.-

En lo que respecta a la mucosa, podemos decir también que la vestibular y palatina se unen en la parte mas elevada del proceso alveolar remanente, correspondiendo respectivamente a territorios distintos de irrigación e inervación. En el capítulo que desarrollaremos a continuación trataremos el problema de las comunicaciones entre-bucales en general y en particular las odontógenas. Después de haber estudiado en forma que creemos detallada, las estructuras donde en general se producen, estamos en condiciones óptimas para comprender este proceso patológico que ofrece múltiples facetas.-

4- COMUNICACIONES BUCCO-SINUSALES

A- Generalidades

Después de haber estudiado los senos maxilares y la región gingivo-alveolo-dentaria en lo que concierne a su Anatomía y Fisiología; habiéndole hecho también con una orientación determinada para destacar los detalles que nos parecieron mas importantes a los fines de este trabajo; creemos estar en condiciones de comprender mejor la patología que interesa a estas estructuras y por ende la entidad que en este momento nos preocupa. Nos estamos refiriendo a las comunicaciones entro-bucales.-

De acuerdo a lo que vimos, podemos concebir perfectamente, que la destrucción parcial o total del proceso alveolar como consecuencia de distintas injurias, ponga en relación directa los senos maxilares y la cavidad oral, por una brecha, de ubicación, forma y dimensiones variadas dando origen a una entidad patológica de problemática bastante interesante que se actualiza periódicamente y plantea nuevos interrogantes. Lo antes expresado ha dado motivo a una serie de trabajos que han contribuido en mayor o menor grado a su mejor conocimiento. Ojalá el presente intento realizado con igual propósito consiga alcanzar este cometido.-

B- Definición

Las comunicaciones bucco-sinusales son soluciones de continuidad que ponen en relación directa (relación patológica) los senos maxilares con la cavidad oral. Creemos con Ginestet, Merville y otros⁴⁴, que esta denominación es la mas adecuada por ser mas genérica; comprende a todas sea cual fuere su característica ya que no sugiere idea de dimensión ni forma; contrariamente a lo que ocurre, con "fistulas" por ejemplo, (expresión muy empleada) pero que resulta mas adecuada para designar aquellas tubulares de luz

estrecha.-

C- Etiología

Por definición vimos que esta entidad patológica es en esencia una solución de continuidad de las estructuras que separan normalmente los senos maxilares y la cavidad oral. Las causas que se reconocen como capaces de producir tal efracción son como veremos, de distinta índole, pero desde ya y con la finalidad de ir destacando su importancia, conviene consignar que el primer lugar pertenece a las traumáticas, y de estas al trauma desarrollado en el transcurso de actos quirúrgicos⁴⁵, sobre todo odontológicos; en efecto la extracción dentaria juega en tal sentido importante papel. En lo que respecta a nuestra experiencia que corresponde a 52 comunicaciones buco-sinusales, 48 se produjeron en actos de exodoncia. La observación precedente llama a insistir en la necesidad de respetar las normas quirúrgicas que rigen la mencionada intervención, así como también estudiar las condiciones particulares que pueda ofrecernos el caso para tomar los recaudos correspondientes.-

Cuando se estudia la etiología de un proceso patológico cualquiera vemos la existencia de factores que predisponen y factores que determinan su instalación; en el caso del proceso que nos preocupa, su estudio tiene una significación especial porque muchas de ellas están vinculadas a nuestra actividad como odontólogos generales o especializados, ya destacamos el porcentaje predominante de las comunicaciones antro-bucuales consecutivas a traumas quirúrgicos odontológicos, que ocurre por desconocimiento de, por ejemplo las relaciones anatómicas íntimas en caso de senos muy neumatizados (causa predisponente) o peligrosidad de maniobras quirúrgicas intempestivas mediante las cuales puede producirse la comunicación (causa determinante).-

Pasaremos a estudiar primero las causas predisponentes.-

a- Causas predisponentes

- De orden anatómico y fisiológico:- cuando estudiamos el desarrollo de los senos maxilares y su relación con la evolución de las piezas dentarias, erupción y por ende edad del individuo, vimos que aumentaba progresivamente de volumen a medida que se cumplían las etapas mencionadas. Fig. N° 1 y 2. La neumatización por otra parte no termina allí, por lo contrario continúa con la pérdida de las piezas dentarias cualquiera fuere la causa. En consecuencia podemos dejar establecido, que a medida que nos acercamos a la edad madura y por el adelgazamiento de las paredes sinusales, en este caso de las relacionadas con la cavidad oral, la producción de las comunicaciones buco-sinusales se hace mas factible y sobre todo de las consecutivas a intervenciones odontológicas (exodoncia).-

En igual sentido, o sea aumentando el volumen sinusal actúan una serie de circunstancias que confieren a cada individuo características que le son propias, así por ejemplo y respondiendo al tipo constitucional encontramos senos particularmente neumatizados que llegan a tener dimensiones inusitadas, también divertículos completamente exagerados; en tal sentido es bueno recordar aquellos consecutivos a extracciones dentarias prematuras a que hicimos referencia cuando estudiamos la anatomía de los senos maxilares.-

- De orden patológico:- están representadas por estado de enfermedad general con repercusión local y estados patológicos localizados. Muchos de los procesos comprendidos por las anteriores especificaciones pueden, como veremos al hablar de causas determinantes, producir de por sí la comunicación, tal es el caso de la sífilis, tuberculosis, etc. Es conveniente destacar aquí que las comunicaciones agudas de diámetro pequeño, pueden cerrar instituyendo en forma inmediata tratamientos simples, pero que estos por lo general fracasan cuando existen procesos patológicos actuando sobre la cicatrización, tal es el caso de los diabéticos, enfermos

con alteraciones de la coagulación y otros; en estos puede producirse la infección y lisis del coágulo o desprendimiento del colgajo, con que se ha recubierto la perforación. Muchas de las comunicaciones crónicas "reliquias operatorias"⁴⁶ como las llama con acierto Ries Centeno, obedecen a nuestro entender a lo que acabamos de destacar.-

Con respecto a los procesos patológicos localizados sobre todo los de origen dentario (quistes, abscesos dento-alveolares crónicos, y granulomas) actúan siempre predisponiendo el terreno para que se produzca la lesión, tal es el caso de las comunicaciones que ocurren cuando se extrae una pieza dentaria en cuyo periápice se ha desarrollado un proceso infeccioso, que al hacer mas friables las estructuras que rodean al foco, facilita su desprendimiento en el momento de la extracción o del curetaje correspondiente.-⁴⁷

b- Causas determinantes

Para su mejor estudio podemos clasificarlas según su índole en: traumáticas y patológicas.-

Son las que producen la lesión sea actuando en un terreno preparado por las anteriores que se han encargado de disminuir su resistencia física y o biológica, o en un terreno normal.-

- Causas traumáticas:- la gran mayoría de las comunicaciones entre bucales obedecen a estas; están representadas por traumas: comunes y quirúrgicos.-

Traumas comunes:- consideraremos separadamente los de paz y de guerra por las características que ofrecen las lesiones que en tales circunstancias se producen, en nuestro caso las comunicaciones buco-sinuales.-

En tiempos de paz, los traumatismos mas frecuentes corresponden a accidentes de transporte, de trabajo, a riñas, caídas e intentos de suicidio.-

Los accidentes de transporte son responsables en general de lesio-

nes múltiples de importancia variada. Pueden producirse así comuni-
caciones buco-sinusales y revestir el carácter de lesión principal
o secundaria; pero en general, acompañan a destrucciones bastante
importantes.-

En los accidentes de trabajo ocurre otro tanto, con la diferencia
de que en este caso, las comunicaciones se producen por elementos
cortantes o punzantes; pudiendo resultar lesiones únicas.-

En las riñas donde se emplean distintos elementos contundentes (arma
s de fuego, armas blancas, piedras, trozos de hierro o madera, y
otros) las comunicaciones buco-sinusales podrán resultar, de acord
o a estos, simples perforaciones o destrucciones extensas.-

En las caídas suelen producirse también comunicaciones buco-sinusal
es, son clásicas las que ocurren cuando se lleva en la boca lápice
s u otros elementos punzantes.-

En los intentos de suicidio, como para el caso se recurre a los med
ios mas diversos, sucede que la comunicación suele presentarse com
o lesión única o complicada, revistiendo características diversas.

En estadísticas de gran volumen ocurre que cada grupo de los estud
ios presenta particularidades de tamaño, forma, complicaciones,
etc. que le son propios. Esta determinación tiene en la práctica
valor relativo, pudiendo servir para orientar los aspectos general
es del tratamiento.-

En época de guerra pasan a ser mas comunes los traumatismos produci
dos con armas de fuego; estos como dice Fröhlich ⁴⁸ "producen defe
ctos redondos y heridas limpias cuando inciden mas o menos verti
calmente en el suelo de la nariz o del antro maxilar; en cambio si
la incidencia es tangencial a la bóveda palatina, la pérdida de te
jido es considerable".-

Traumas quirúrgicos:- en el transcurso de las intervenciones quiru
rgicas realizadas en las estructuras que separan los senos maxil
ares y la cavidad oral, se produce con alguna frecuencia la comu-

nicación de dichas cavidades; esto puede ocurrir como un hecho accidental o previsto en el programa de la intervención. En uno y otro caso las implicancias son diferentes. Cuando el acto quirúrgico se realiza para extirpar grandes procesos, quistes, displasias y en especial tumores, la comunicación es el resultado lógico y esperado, sobre todo cuando el proceso se encuentra ubicado en la intimidad del tejido afectando extensamente el tabique de separación. Las comunicaciones resultantes de esta situación son por lo general de gran amplitud y pueden a su vez extenderse hacia las fosas nasales (comunicaciones buco-sinuso-nasales). Si bien estos no son los casos a que nos referiremos ya que nuestra experiencia es escasa al respecto, nos permitiremos destacar que crean serias dificultades de tratamiento, debiéndose recurrir con frecuencia a los obturadores protéticos que indudablemente no son la mejor solución. En otras oportunidades, por lo contrario, la comunicación se produce también en el transcurso de una intervención quirúrgica, pero en forma accidental, estas con respecto a las anteriores representan un porcentaje bastante mas elevado, en nuestra serie el 92,3% correspondiendo a las odontógenas; es verdad que lo consignado puede resultar de que la mayoría de los enfermos fueron derivados por odontólogos.-

Las comunicaciones quirúrgicas accidentales se producen en la mayoría de los casos en el transcurso de extracciones dentarias, por lo general obedecen a maniobras quirúrgicas incorrectas y sobre todo empleo de instrumental inadecuado. Las disposiciones anatómicas a que ya nos referimos (senos muy neumatisados, divertículos muy pronunciados, raíces largas que hacen prominencia en el seno maxilar, dilaceraciones, etc.), son las causas predisponentes que favorecen la producción de la comunicación, todas ellas pueden determinarse perfectamente bien con estudios clínicos y radiológicos adecuados haciendo previsible el accidente, pero por desgracia el tra

bajo realizado en forma desaprensiva cobra como tributo el accidente. Con los procesos patológicos periapicales ocurre lo mismo, según Ginestet "para que las comunicaciones se produzcan, hace falta que el hueso y la mucosa sinusal estén adheridos por un proceso infeccioso o tumoral". En la extracción de elementos retenidos o supernumerarios, intervenciones de quistes mas o menos reducidos puede ocurrir igualmente una comunicación accidental. Mencionemos de paso que este último problema fué considerado por Partsch referido a los quistes de mayor volumen, cuando creó y fundamentó el método conservador o marsupialización⁴⁹.-

Las Figs. N° 28, 29, 30 y 31 nos parecen suficientemente demostrativas para hacer gráfico el problema.-



Fig. N° 28.-
Raíces prominentes en el seno maxilar. Divertículo por mesial y distal del primer mol. Hace gráfica la posibilidad de que se produzca una comunicación en el transcurso de la extracción de dicho elemento.



Fig. N° 29.-
Muestra dos procesos patológicos periapicales:- uno, en la raíz del primer premolar; otro, en la raíz mesio-vestibular del primer molar. Es indudable que la cortical del piso del seno se encuentra disminuida y friable.

(Las radiog. pertenecen a muestra casuís.)

Ambas figuras muestran problemas diferentes que predisponen el terreno, para que el factor determinante (trauma quirúrgico), produzca la perforación.-



Fig. N° 30.-
Muestra un elemento supernumerario ubicado sobre la pared póstero-externa del seno maxilar.



Fig. N° 31.-
Muestra la comunicación producida en el transcurso de la extr. por cálculo erróneo del sitio o lugar exacto de la trepanación.

(Ambas figuras, del mismo caso, pertenecen a nuestra serie.-)



Fig. N° 32.-
Reste radicular en íntima relación con el piso del seno maxilar. Hace gráfica la necesidad de realizar los estudios correspondientes por mínimo que parezca el problema.



Fig. N° 33.-
Muestra dos procesos quísticos independientes; en el transcurso de la intervención se produjo en el lecho del primero una comunicación que curó con recubrimiento simple y sutura.-

(Ambas radiografías pertenecen a nuestra casuística privada.)

Con la demostración de las figuras anteriores números 28 al 33, pensamos haber destacado suficientemente la importancia del "trauma

quirúrgico odontógeno", en la producción de las comunicaciones en
trobucuales, de paso han sido destacadas insistiendo, las causas de
nominadas predisponentes (anatómicas y patológicas), locales. Cuan
do éstas se producen, debe intentarse el cierre inmediato recurrien
do a procedimientos seguros, ya que el fracaso del primer intento
trae consigo el peligro de la instalación de la comunicación cróni
ca. Lo mismo ocurre cuando la comunicación aguda ha pasado desaperc
bida o ha sido tratada con procedimientos inadecuados.--(Ver Fig.
Nº 34.--)

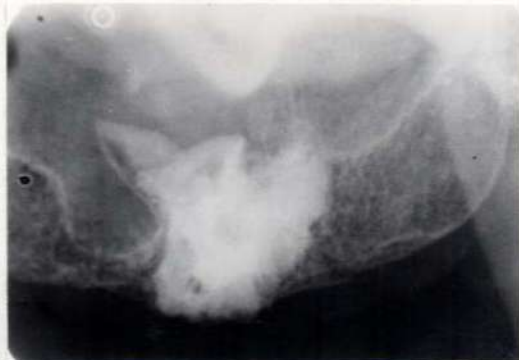


Fig. Nº 34.-- Muestra una comunicación buco-sinusal crónica en la
cual se observan aún los restos de cemento quirúrgi
co, elemento que se colocó cuando se produjo la per
foración ósea.--

(Radiografía perteneciente a nuestra casuís
tica.-- H. Cl. Nº 56.--)

- Causas patológicas:-- una serie de procesos patológicos resultan
de por sí capaces de producir comunicaciones buco-sinuales; éstos
al evolucionar sin tratamiento adecuado, pueden perforar las
estructuras que forman el tabique de separación entre la cavidad
oral y el seno maxilar; nosotros no hemos tenido oportunidad para
consignarlo, de observar ningún caso. Los procesos patológicos a
que nos estamos refiriendo son casi todos de orden infeccioso así
por lo menos lo establece la literatura consultada, entre los ejem
plos más conspicuos tenemos la sífilis en su período terciario⁵⁰.--
Las osteomielitis de distinta etiología "osteomielitis necrosante

del maxilar superior" sobre todo, puede producir secuestros importantes de las paredes del antro y la comunicación buco-sinusal con secutiva a su expulsión espontánea o extracción quirúrgica.-

D- Patogenia

No es mucho lo que podamos agregar que no pueda deducirse de lo anterior, sobre la producción e instalación de las comunicaciones como procesos crónicos, en cuanto al primer aspecto, el mecanismo es bastante variado dependiendo de la causa; difiere cuando es de índole patológica, traumática o mixta.-

Nos referiremos en especial a las comunicaciones odontógenas que como dijimos representan el 92,3% de nuestra casuística. Estas se encuadran con ligeras diferencias (en lo que a patogenia se refiere) en el esquema siguiente.-

Producida la comunicación aguda su evolución varía de acuerdo a la conducta terapéutica que se siga, a las condiciones en que se encuentra el seno maxilar y otras quizás de menor importancia como forma y ubicación.-

Si se promueve a la formación de un coágulo y se lo protege con apósitos adecuados; en nuestras manos (gasa yodoformada colocada superficialmente y fijada, gelfoam, spongostan, siempre sobre la superficie del coágulo) o por colgajos tallados en la encía marginal, aproximados y mantenidos en posición por sutura "este proceder mucho mas seguro que el anterior" las comunicaciones agudas por lo general curan; siempre por supuesto que el seno maxilar se encuentre sano. Lo antes expresado vale para las comunicaciones de luz estrecha que se producen a través de un alveolo. Cuando revisitan mayor amplitud se hacen menester recurrir a intervenciones mas complicadas.-

Si no se realiza tratamiento o se recurre a procedimientos inadecuados, por ejemplo: taponajes profundos que ocupan todo el trayecto, cualquiera sea el material empleado (ya nos hemos referido al

cemento quirúrgico, Fig. N° 34), las comunicaciones se instalan y persisten con carácter de lesión crónica, lo mismo ocurre cuando se emplean obturadores protéticos. No hemos observado casos en que las comunicaciones cierran espontáneamente.-

Si el seno maxilar se encuentra afectado ya por un proceso crónico puede producirse un "pousse", la sintomatología (dolor, supuración etc.) recrudece y la comunicación se constituye en vía de drenaje de la secreción, lo mismo ocurre en los casos agudos.-

Si el seno maxilar se encuentra sano, pueden producirse alteraciones de distinta intensidad. Wassmund, citado por Fröhlich, ha realizado observaciones interesantes al respecto⁵¹; encontró que los senos sanos permanecen sin alteración los días subsiguientes de la comunicación, en un 50% de los casos; a los 6 días el 18% y a las 2 semanas tan solo el 5%. Los que se enferman supuran en el 60% de los casos al cuarto día; el 80% a una semana y después el 90%. Esta situación depende de la amplitud de la comunicación, siendo mas graves los casos en que el diámetro es reducido y en consecuencia insuficiente para drenar las secreciones que puedan producirse. Es importante destacar aquí que se observan también procesos sinusales circunscriptos casi asintomáticos, confinados a las vecindades de la comunicación "sinusitis localizadas"⁵².-

La instalación de la comunicación crónica, resulta de los estados de enfermedad sinusal que citamos, así como también de las presiones positivas y negativas, causas predisponentes de orden general y local, y otras, que actúan perturbando la cicatrización.-

Cuando las comunicaciones evolucionan hacia el estado crónico su trayecto se cubre de granulaciones y tiende a epitelizarse. Por lo general y en muchos de los casos de nuestra experiencia el trayecto óseo se encuentra infectado, en cuyo caso el tejido blando circunvecino se presenta fungoso, sangrante y friable; constituyendo un verdadero "foco de osteitis"⁵³.-

Ya hemos visto el mecanismo de producción e instalación de las comunicaciones antro-bucuales crónicas, para terminar con las consideraciones correspondientes diremos que su permanencia como tales obedece a un verdadero círculo vicioso, que se ajusta al siguiente esquema: contaminación del seno a través de la comunicación- infección del mismo- drenaje a través de la comunicación- evolución de la comunicación hacia el estado crónico.-

En los casos en que el seno se encuentra infectado, el problema es prácticamente el mismo, ya que la comunicación se constituye en la vía de drenaje. Ver Fig. N° 35.-

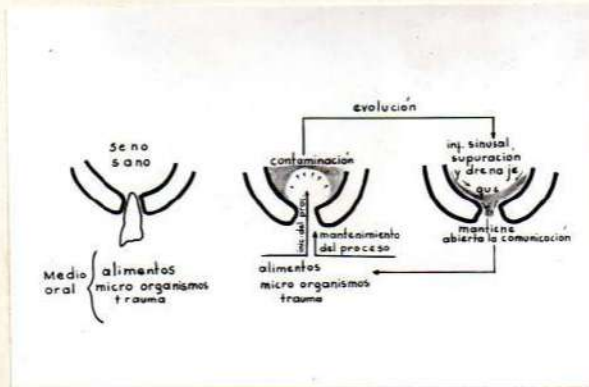


Fig. N° 35.- Esquema gráfico que muestra el círculo vicioso de la producción de una comunicación buco-sinusal y su instalación como proceso crónico.-

En las grandes comunicaciones el problema es diferente pues los senos ya enfermos antes de producirse la perforación, pueden llegar a curarse como veremos mas adelante.-

E- Anatomía Patológica

En correspondencia con las observaciones que hicimos al hablar de patogenia, diremos que las comunicaciones antro-bucuales presentan características anatómicas e histopatológicas distintas según, sobre todo, la amplitud de la lesión y el estado del seno maxilar correspondiente. Cuando las lesiones son amplias al ofrecer estas una vía de drenaje suficiente para la evacuación, facilitan también la

aireación, estas circunstancias contribuyen a que si el seno maxilar se encontraba sano en el momento de la perforación, se mantenga así y, por lo contrario, si hubiere estado enfermo, cure o por lo menos desaparezca la sintomatología clínica más ruidosa (dolor, supuración, etc.). En tal caso las paredes de la comunicación se encontrarán constituidas por hueso sano y el recubrimiento mucoso o fibromucoso se presentará también, macroscópicamente, normal (rosada, lisa). En forma insensible irá tomando hacia el lado bucal y sinusal, las características de las mucosas respectivas.-

En concreto, que el trayecto de las comunicaciones amplias, se encuentran constituidas por un substratum óseo sano, recubierto por una mucosa de igual condición. Al hablar de tratamiento veremos para estos casos, siempre que no sean demasiados extensas que se tratan por doble recubrimiento, empleando para el primero la mucosa del trayecto y la inmediata de la cavidad oral (procedimiento de Lautenschlager)⁵⁴.-

Las comunicaciones antro-bucales que se producen en el transcurso de comunicaciones odontológicas y, sobre todo, en la extracción de piezas dentarias (comunicaciones odontógenas), son en general de diámetro reducido; presentan además por el trauma consecutivo, esquirlas óseas desprendidas, restos radiculares y focos infecciosos primarios o residuales; también y con alguna frecuencia, instrumentos fracturados, trozos de algodón, gasa, cemento quirúrgico, etc. En consecuencia, la comunicación es un trayecto rodeado por un foco inflamatorio que, como vimos en las citas anteriores, puede propagarse al piso del antro (sinusitis parcial o localizada)⁵⁵, o extenderse provocando el compromiso total del seno maxilar.-

No encontramos ya los tejidos sanos que constituían en el caso anterior, las paredes de las comunicaciones amplias, por lo contrario éstas se presentan con el aspecto de estructuras patológicas. El trayecto de la comunicación se encuentra húmedo, al realizar

la prueba de Valsalva, podemos escuchar un sonido "hidro-aéreo"⁵⁶; y observar la salida de un líquido serohemático o francamente purulento; introduciendo una sonda o un pequeño hisopo a su través, vemos que éste se mancha con sangre o pus.-

Retirando quirúrgicamente todo el trayecto tubular de una comunicación ya organizada y abriéndolo en el sentido longitudinal, podemos observar un tejido de aspecto inflamatorio, a veces fungoso o sangrante, también friable; tanto más cuanto avancemos hacia el seno maxilar, aquí suelen existir formaciones poliposas que hacen de verdaderas válvulas⁵⁷; veremos más adelante su importancia, cuando estudiemos y valoremos los procedimientos de diagnóstico, (prueba de Valsalva).-

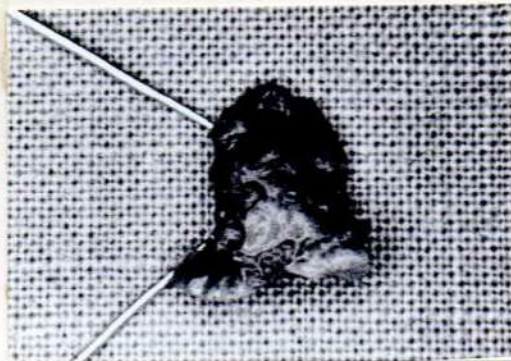


Fig. N° 36.- Muestra el trayecto de una comunicación crónica, abierto en el sentido longitudinal y desplegado. De derecha a izquierda observamos:- el tejido firme correspondiente a la desembocadura oral; continuando en el sentido consignado, un tramo de tejido inflamatorio de aspecto granulomatoso y, por último, en la desembocadura sinusal, podemos diferenciar otra zona de tejido de aspecto friable y color blanquecino.-

(Fotografía perteneciente a un caso de nuestra serie.)

Lo que observamos en el aspecto macroscópico, tiene el substrato histológico que muestra la microfotografía de la figura N° 37 A-B y C.-

Por motivos técnicos se han realizado tomas fraccionadas del tray.



Fig. N° 37 A.- Extremo sinusal del trayecto de la comunicación. Se observa epitelio cilíndrico de tipo sinusal y estructura glandular típica de la zona; hay signos evidentes de inflamación crónica.-



Fig. N° 37 B.- Zona intermedia del trayecto. Se observa epitelio cilíndrico de tipo sinusal con interrupción de su continuidad, el tejido conjuntivo subyacente presenta signos de inflamación.-



Fig. N° 37 C.- Extremo bucal del trayecto de la comunicación. Se observa epitelio pavimentoso estratificado, de transición y cilíndrico.-

Con alguna frecuencia hemos observado diagramas explicativos del tratamiento de las comunicaciones antro-bucales de luz estrecha, empleando los colgajos circulares pediculados en el trayecto de la comunicación. De acuerdo a un gran número de observaciones realizadas por nosotros y reafirmadas por citas anteriores, pensamos que tal procedimiento es inadecuado para el caso, puede que justamente el tejido que constituye el pedículo nutritivo resulta completamente inútil para tal fin; por otra parte en estos casos el doble recubrimiento resulta no más una complicación innecesaria; en favor de esta aseveración diremos que nosotros hemos tratado todas las comunicaciones con un solo recubrimiento.-

Ubicación:- si nos remontamos al capítulo de Anatomía y observamos los diagramas donde se hace bien gráfica la estrecha relación de los senos maxilares con la cavidad oral a través de la región gingivo-alveolo-dentaria, podemos comprender fácilmente que ésta pueda perforarse en distintas zonas, hacia vestibular, sobre la cresta alveolar, y menos frecuente, hacia palatino.-

La preocupación de determinar la ubicación de la comunicación, pareciera carecer de importancia, pero en realidad no es así; veremos "a posteriori", su trascendencia cuando estudiemos el tratamiento. Lo antes expresado corresponde más bien a la ubicación sobre el proceso alveolar o a su vecindad inmediata, pero en realidad puede ocurrir que tal ubicación sea francamente vestibular, alveolar y francamente palatina. Ocurre también que en perforaciones amplias se vean comprendidas las tres zonas, en cuyo caso la comunicación será buco-sinuso-nasal.-

Algunos autores clasifican las comunicaciones antro-bucales en altas o "vestibulares" que se ubican en el surco gingivo-yugal o en sus proximidades; y en bajas o "alveolares" ubicadas en el fondo de un alveolo dentario⁵⁸ (puntiforme). Las primeras serían secuelas de intervenciones por sinusitis maxilares, apicectomía y extir

pación de quistes; las segundas, consecutivas a extracción dentaria. Con respecto a las vestibulares, nuestra experiencia es escasa, hemos observado algunos casos, entre ellos uno secuela de intervención radical de senos maxilares, cuya ubicación mostramos en la Fig. N° 38.-



Fig. N° 38.- Muestra una comunicación buco-sinusal de ubicación vestibular alta; corresponde a un paciente operado de sinusitis maxilar, hace 30 años. H.C. N° 40.-

En contraposición a la ubicación francamente vestibular que caracteriza a las comunicaciones no odontógenas, vemos que las odontógenas asientan por lo general sobre el proceso alveolar, ligeramente hacia vestibular. Fig. N° 39.-



Fig. N° 39.- Muestra una comunicación odontógena que asienta, como es corriente sobre el proceso alveolar. H.C. N° 52.-

Otros clasifican las comunicaciones buco-sinusales en: alveolares, vestibulares y palatinas⁵⁹.-

Nuestra experiencia, casi toda como dijimos de casos de comunicaciones producidas en el transcurso de la exodoncia, ubicadas sobre el proceso alveolar, nos ha permitido arribar a las siguientes conclusiones:

- la ubicación de las comunicaciones ofrece aspectos de sumo interés que tienen íntima relación con el tratamiento.

- para que la determinación de la ubicación tenga utilidad práctica, creemos que es necesario distinguir una ubicación que llamamos "virtual" y otra que llamamos "real"; la ubicación "virtual" es la que ostenta la perforación tal como la observamos en la cavidad oral; la "real" corresponde a la efracción ósea, es decir la que observamos una vez que se ha realizado el despegamiento del colgajo y extirpado el trayecto de tejidos blandos.- Figs. N° 40 y 41.-



Fig. N° 40.- Corresponde a una comunicación odontógena y muestra lo que llamamos ubicación "virtual" es decir la que ostenta a la observación directa. Como podemos observar es francamente alveolar (sobre la cresta del proceso).-

Si comparamos la Fig. anterior con la siguiente podremos observar que la ubicación y el tamaño de la perforación han variado notablemente una vez levantado el colgajo y extirpado el trayecto blando

de la comunicación, queda expuesto así el contorno óseo cuya ubicación y tamaño consideramos como "real".- Fig. N° 41.-



Fig. N° 41.- Corresponde al mismo caso que muestra la Fig. N° 40. Podemos observar aquí la perforación ósea cuya ubicación y tamaño hemos dado en llamar "real"; a este nos debemos remitir cuando proyectamos el tratamiento quirúrgico.-

Con respecto a la ubicación "virtual", refiriéndonos siempre a las comunicaciones odontógenas, podemos decir que en general asientan sobre el proceso alveolar, recordemos que este va perdiendo altura y llega inclusive a aplanarse, esto hace que la separación con el vestibulo y el paladar resulte cada vez menos marcada; aún así podemos advertir la perforación desplazada hacia la vertiente vestibular, sobre la cresta, o muy raramente hacia palatino; para el enfoque del tratamiento este tiene poca significación.-

Con respecto a la ubicación "real", es decir la de la perforación ósea, ocurre que en general, las comunicaciones asientan sobre la cresta y la vertiente vestibular del proceso alveolar, extendiéndose hacia las caras externas del seno, anterior, inferior, o posterior según su ubicación mas o menos distal.-

Con menos frecuencia se extienden hacia la vertiente palatina. Las observaciones que acabamos de realizar tienen importancia fundamental para la selección del diseño y lugar de toma de los colgajos,

así una comunicación cuya ubicación virtual esté sobre la cresta alveolar y la real sea francamente vestibular, puede inducir a error si consideramos unicamente la primera (o sea la ubicación virtual); podría recurrir por ejemplo a un colgajo palatino cuando en realidad resultaría mucho mas adecuado uno vestibular.-

Tamaño:- las comunicaciones buco-sinuales revisten, resulta casi obvio expresarlo, tamaños bastante diferentes dependiendo de la causa que produjo la efracción primaria. En términos generales podemos decir que en el momento de producirse la comunicación, la perforación tiene la misma amplitud en tejidos blandos y hueso, pero a medida que pasa el tiempo su diámetro se va estrechando a expensas de la cicatrización del tejido blando circunvecino. Con el tejido óseo pareciera ocurrir lo contrario, el remodelamiento consecutivo que descombra el tejido necrótico, amplía el tamaño de la brecha ósea; puede acontecer también que un proceso infeccioso sobre agregado (osteítis, osteomielitis) lo amplie aún mas. De lo que acabamos de expresar resulta que, el diámetro de la comunicación, es decir el que observamos a la inspección directa, no es el que debemos considerar a los fines del tratamiento, sino por lo contrario el de la perforación ósea que como hemos dicho resulta siempre de mayor amplitud.-

Los ejemplos de nuestra casuística con los cuales podemos avalar esta aseveración, es decir la no correspondencia entre el diámetro de la comunicación en los tejidos blandos bastante menor y el que ostenta el tejido óseo bastante mayor, son muchos; nos concretaremos, con el fin de destacar esta situación a mostrar las Figs. N° 40 y 41 conque mostramos el mismo problema referido a la ubicación. Para el tratamiento, conviene en consecuencia recordar que existe un tamaño aparente o virtual y un tamaño real, lo mismo que para la ubicación pero que debemos manejarnos con el real. El tamaño aparente o virtual sería entonces el que resulta de la observación

directa de la lesión, tal como se presenta en los tejidos blandos; y el real el que ostenta y observamos una vez despegados los tejidos blandos y expuesto el hueso subyacente (pared sinusal). Es bueno destacar al respecto que para determinar el diámetro real debemos recurrir a estudios radiológicos adecuados y exploración por sonda, palpación, etc. es esta la única forma de conocer con bastante aproximación el diámetro de la perforación ósea.-

Después de lo que acabamos de destacar que atañe en especial a las comunicaciones odontógenas, de las que nos preocupamos en especial sobre las cuales por otra parte hemos hecho las observaciones que acabamos de destacar: diremos que el tamaño de las comunicaciones entre-bucales es extraordinariamente variable. Esta variación resulta de las destrucciones de mayor o menor amplitud del tabique que separa la cavidad oral y los senos maxilares y que como vimos se extiende desde el canino hasta el tercer molar. Podemos observar así comunicaciones resultantes de la total destrucción del mencionado tabique, inclusive comunicada a su vez con fosas nasales y otras tan reducidas que llegan a ser puntiformes (las que resultan en general de extracciones dentarias).-

Forma:- si bien es cierto que en la literatura consultada se trata en general el problema de la forma de las comunicaciones ocomeromonte, hemos encontrado sin embargo un trabajo de Abschnitt del libro de Josef A. Kähler, en el cual se destaca la correlación existente entre esta y su tratamiento, determinando los colgajos que hacen menester emplear, las formas: redonda y losángica.-

Si bien es cierto que nuestra conducta ha estado orientada en el empleo de un solo tipo de colgajo obturatriz, dado el tipo de comunicaciones a que nuestra experiencia está referida, reconocemos que puede ser útil la observación.-

Relación con piezas dentarias:- otra circunstancia que no podemos dejar de considerar aquí es la existencia o no de piezas denta-

rias en las vecindades de la comunicación. Este hecho facilita o dificulta respectivamente el cierre plástico habiendo dado motivo a la creación de procedimientos adecuados a las distintas situaciones.⁶⁰

El terreno quirúrgico ofrece configuraciones y posibilidades distintas de tratamiento cuando:

- existen piezas dentarias a ambos lados de la comunicación
- existen piezas dentarias de un solo lado de la comunicación
- no existen piezas dentarias en las vecindades de la comunicación.

De acuerdo a nuestra experiencia podemos afirmar que para la técnica que empleamos, la existencia de piezas dentarias, si bien crea un inconveniente, nunca ha llegado a hacer imposible su realización o a provocar algún fracaso.-

F- Clasificación

Después de haber estudiado las comunicaciones antro-bucales bajo distintos aspectos, intentaremos una clasificación que contemple la etiología, estado evolutivo, ubicación, tamaño, forma, etc. que éstas puedan afectar. Esta servirá para ubicar cada caso y orientar la terapéutica que le corresponda.-

Cuando hagamos, en la última parte de este trabajo, la presentación y comentario de los casos que fueron atendidos por nosotros (en total 52) veremos, que el disponer de una norma que permita encuadrar y agrupar los distintos casos, tiene como importancia práctica inmediata, la de orientar el tratamiento correspondiente. Sirve además para estudiar en forma ordenada el problema y arribar a una serie de conclusiones importantes; esto es por lo menos lo que nosotros pensamos al respecto. Por el momento y para hacer más gráfico lo que acabamos de expresar, nos remitimos al siguiente ejemplo:-

H.Cl:-60;Diag:-com. antro-bucal;Etiol:-odont.;crónica;Ubic.V:-alv. y R:-alv-vest.;Tam:V:-peq. y R:-med.;Rel.Piaz.Dent:-MyD;Seno enf.; encasillado el caso corresponde adecuar el tratamiento (cierre de la comunicación por T.Bolsillo y tratamiento del seno maxilar.-

- CLASIFICACION DE LAS COMUNICACIONES ANTRO-BUCALES -

<u>Según</u> <u>su</u> <u>Etiología</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Patológicas - Traumáticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma común - Trauma Quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> No Odontógenas Odontógenas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía de seno max., - Displ. Fibrosa, - Tumores, etc. - Extrac. Dentaria.
<u>Según</u> <u>Estado</u> <u>Evolutivo</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Agudas - Período de organizac. - Crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> Desde el momento de producida, hasta más o menos 6 días de evolución. No existe aún trayecto organizado. Hasta más o menos un mes de evolución. Se observa trayecto en formación (tej. de granulación y tendencia a epitelizarse) Trayecto organizado.- 		
<u>Según</u> <u>su</u> <u>Ubicación</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Vestibul. - Alveolares - Palatinas - Combinadas 	<ul style="list-style-type: none"> Esta corresponde a la perforación tal como la observamos a la inspección directa.- Esta corresponde a la efracción ósea, tal como la observamos una vez formados los colgajos y realizado el curetaje óseo.- 	<ul style="list-style-type: none"> Virtual Real 	
<u>Según</u> <u>su</u> <u>Tamaño</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeñas - Medianas - Grandes 	<ul style="list-style-type: none"> Es el que ostenta a la observac. directa, o sea tal como se presenta a la inspección clínica.- Es el que se observa una vez despegados los tejidos blandos y expuesto el hueso subyacente.- 	<ul style="list-style-type: none"> Virtual Real 	
<u>Según</u> <u>su</u> <u>Forma</u> (Kohler)	<ul style="list-style-type: none"> - Lineales o Grietiform. - Redondas - Losángicas 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección vertical u horizontal.- Ofrecen mayor dificultad cuando su diámetro vertical es mayor.- 		
<u>Según</u> <u>Rel. Pies.</u> <u>Dentarias</u>	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 	<ul style="list-style-type: none"> Mesial y Distal.- Mesial o Distal.- 		
<u>Según</u> <u>Estado</u> <u>Sinusal</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Seno sano* - Seno enfermo.- 			

C- Diagnóstico

Comprende: la constatación de la existencia de la perforación, la determinación de su ubicación, forma, tamaño, etc. así como también el estado del seno maxilar.-

Las comunicaciones antro-bucales producen una serie de alteraciones anatómicas y funcionales, cuya expresión clínica y radiológica resulta bastante característica; su conocimiento es imprescindible para realizar el diagnóstico e instituir una terapéutica adecuada.

A los efectos estudiaremos:

- a- síntomas clínicos, subjetivos y objetivos; y,
- b- características radiológicas

a- síntomas clínicos subjetivos y objetivos

Los actos de fonación, deglución y respiración se encuentran alterados; el enfermo en consecuencia, percibe que su voz se hace hueca o gangosa, nota además, que al ingerir líquidos fluyen por las fosas nasales; lo mismo ocurre con los alimentos; se presentan también trastornos respiratorios: el toser y estornudar le resultan dificultados por el escape de aire que se produce a través de la comunicación, lo mismo al sonarse la nariz. Las mencionadas alteraciones resultan tanto más notables cuanto mayor es el diámetro de la comunicación.-

Además de los enunciados, que corresponden a la perforación en sí, pueden presentarse otros característicos de una complicación sinusal, ya que el seno como vasos pueda infectarse y producir dolores localizados o irradiados (cefaleas, odontalgias, etc.), olor fétido y supuración; que no vienen al caso estudiar en profundidad.-

b- Síntomas clínicos objetivos

A la observación directa, podemos determinar con mayor o menor facilidad (dependiendo del tamaño,) la existencia de la comunicación cuyas características de amplitud, forma, tamaño, ubicación, etc.; hemos estudiado y concretado en la clasificación. Cuando son de

diámetro reducido (verdaderas fistulas), resulten muy difíciles de localizar; se presentan como una pequeña cicatriz en cuyo centro se halla la perforación puntiforme.-- (Ver Fig. N° 42)

Para su mejor ubicación, se ha introducido una sonda.--



Fig. N° 42.-- Muestra una comunicación buco-sinusal crónica puntiforme, de difícil ubicación.

(De muestra casuística.-- H.Cl. N° 54.--)

Introduciendo una sonda de diámetro adecuado, observamos que se desliza con facilidad, para luego caer en el vacío del seno maxilar; es importante destacar que la citada maniobra exploradora debe realizarse cuidadosamente; recordemos que existen procesos cavitarios, estrechamente relacionados (quistes) que pueden fistular hacia el medio oral y cuya pared sería perforada complicando el problema; esto en razón de tratarse de quistes infectados.--

En uno de los casos de nuestra serie (H.Cl. N° 149) existía una comunicación francamente vestibular, que resultó ser la fistula por donde drenaba un proceso quístico infectado; en las maniobras del sondaje se lo comunicó con el seno maxilar con la consecutiva infección del mismo, ya que la vía de drenaje se estableció en este sentido. Fue necesario entonces realizar la extirpación del quiste, comunicando ampliamente el lecho resultante con el seno maxilar.-- Las Fig. A-B-C y D, N° 43, ilustran lo expresado.--



Fig. N° 43 A.-Radiografía de un proceso quístico relacionado a seno max.; fistulizado. Al regular la exploración del trayecto con sonda se perforó el tabique quístico-sinusal.-



Fig. N° 43 B.-Muestra la fotografía del caso anterior con una sonda colocada a través de la comunicación bucco-quístico-sinusal, en el momento antes de regular la intervención.-



Fig. N° 43 C.- Fotografía del caso anterior, se ha conformado ya el colgajo y realizado la osteotomía; puede observarse la pared quística.-



Fig. N° 43 D.- Fotografía del mismo caso, muestra el lecho quirúrgico resultante de la extirpación del quiste y la comunicación con el seno maxilar.-

(De nuestra casuística H.C. N° 149)

La prueba de Valsalva, primera maniobra a la cual debemos recurrir no es tan precisa como la anterior (sondaje). Se realiza cerrando las narinas, al mismo tiempo que se invita al paciente a realizar una expe^ración forzada; la columna aérea entra a presión al seno maxilar, y si existe una perforación el aire escapa por ella pro-

duciendo como ya dijimos un sonido característico, "hidrosereo"⁵⁶. A la observación podemos ver el burbujeo que produce la salida de aire, y ubicar la perforación. Cuando nos referimos a anatomía e histología patológica de las comunicaciones, hicimos referencia a que podían existir formaciones poliposas en la desembocadura sinusal del trayecto de la comunicación y que estas podían actuar como verdaderas válvulas⁵⁷, en consecuencia, la prueba de Valsalva resultará negativa a pesar de existir la comunicación. Es preciso entonces realizar la misma prueba en inspiración, en esta forma suele resultar positiva. Sin embargo cuando el seno se encuentra infectado, suelen existir también formaciones poliposas a la altura del ostium, las que pueden a su vez obturarlo (también actuando como verdaderas válvulas) e impedir el pasaje de la corriente aérea hacia las fosas nasales⁵⁷. Lo mismo ocurre en los estados congestivos.-

b- Características radiológicas

Siendo las comunicaciones el resultado de una pérdida de sustancia que interesa a tejidos blandos y duros, resulta casi obvio destacar que se expresan radiológicamente. Cuando estudiamos el tamaño y ubicación de las mismas, determinamos que tenían un tamaño y ubicación aparente o virtual y otro real, y que este último, correspondiente al hueso, era el que necesitábamos determinar para el tratamiento. Si bien es cierto que para esto, podemos recurrir a la exploración con sonda y a la palpación, la radiografía resulta indispensable, tanto para el diagnóstico positivo, como para determinar la amplitud y ubicación real de la perforación ósea. Son útiles los estudios radiológicos intra y extraorales, pudiéndose complementar; en ambos observaremos la lesión con una pérdida de continuidad de la pared correspondiente del seno maxilar, que en las radiografías normales se expresa como un trazo radiopaco bastante definido; lo mismo ocurre con el reborde alveolar.

Figs. N° 44 A y 44 B.-

En comunicaciones de larga data, en que ya ha terminado el proceso de descombre y reorganización del contorno óseo, este suele observarse con mayor precisión. Nos podemos valer de distintos elementos de contraste introducidos a través de la perforación, lo que en alguna medida contribuye a determinar su amplitud, forma, etc. Por nuestra parte hemos empleado únicamente las sondas.



Fig. N° 44 A.- Radiografía de senos maxilares, toma de Waters. Podemos observar en ella la solución de continuidad determinada por la comunicación.-

(Pertenece a nuestra casuística)

Fig. N° 44 B.- Radiografía periapical mostrando una comunicación buco-sin. con la característica, interrupción de la continuidad ósea a nivel del piso*



Fig. N° 45.- Radiografía de una comunicación buco-sinusal, se ha ubicado en su trayecto como elemento de contraste una sonda oliva.-

(Pertenece a nuestra casuística)

Para terminar con el problema de diagnóstico, destacaremos la importancia que a los fines del tratamiento, reviste la consideración de todos los aspectos que nos proporciona la clínica, la radiología y en algunas oportunidades como veremos mas adelante la anatomía patológica y la bacteriología.-

c- Diagnóstico diferencial

De acuerdo a nuestra experiencia, podemos consignar que existe la posibilidad de confundir una comunicación buco-sinusal, con una comunicación entre la cavidad oral y un quiste (proceso quístico fistulizado al medio oral). Por tal motivo nos parece útil destacar la necesidad de recurrir en todos los casos a la prueba de Valsalva, sondeo y estudio radiográfico correspondiente, con o sin elemento de contraste, para poder en esta forma excluir toda posibilidad de error.-

II- Complicaciones

Producida la comunicación, la complicación mas inmediata, frecuente y de mayor trascendencia, es la infección del seno maxilar. La sintomatología que denuncia su instalación aparece tempranamente pudiendo, de acuerdo a la gravedad del proceso, ser mas o menos importante. El mecanismo de producción y evolución hacia la cronicidad de la sinusitis, post-comunicación, fué descripta al hablar de patogenia; existe además un diagrama explicativo con la finalidad de hacer gráfica la situación. (pág. 65. Fig. N° 35) . Las conclusiones del trabajo de Wassmund, que ya mencionamos, resultan también suficientemente demostrativo al respecto. Corresponde especificar que la complicación sinusal es mas importante cuando la comunicación es de diámetro pequeño ya que esta resulta insuficiente para el drenaje de las secreciones que se producen⁶¹. En nuestra casuística hemos observado situaciones diversas, senos que permanecieron clínicamente y hasta histopatológicamente sanos con cultivos bacteriológicos negativos; otro por lo contrario afectados por pro

liferación y supuración crónica que nos obligaron a combinar el cierre plástico con el tratamiento radical; por último los mas, coincidiendo con lo descripto por otros autores, afectados por procesos infecciosos crónicos localizados en las inmediaciones de la desembocadura sinusal del trayecto de la comunicación⁵²⁻⁵⁵.-

De acuerdo a lo expresado podemos afirmar que la complicación infecciosa del seno maxilar puede ser de gravedad distinta, dependiendo estos de la amplitud de la perforación, de los cuidados que el paciente observe y del estado general. Con respecto al segundo punto hemos tenido oportunidad de ver enfermos que se preocupaban unicamente de la comunicación y estado sinusal, cuando por un recrudecimiento, la sintomatología se tornaba mas evidente, así como otros que tenían una preocupación constante y efectuaban lavajes profusos con instrumental apropiado (jeringas, cámulas, etc.), indicadas por el profesional.-

Entre las complicaciones que se deben también considerar se encuentran los trastornos de orden síquico, producidos por la preocupación constante de los enfermos, que ven alteradas las funciones antes especificadas; al respecto hemos tenido oportunidad de observar enfermos con estados depresivos, sobre todo después de haber fracasado el tratamiento médico o quirúrgico que se instituyó en primera instancia.-

I- Tratamiento de las comunicaciones antro-bucales

a- Generalidades

En el capítulo anterior estudiamos las comunicaciones bucosinuales bajo el aspecto clínico, anátomo-patológico y otras; en el momento de producida la comunicación, cuando ya se encontraba instaurada como un proceso crónico, así como también en su estadio evolutivo intermedio. Clasificamos igualmente las comunicaciones de acuerdo a las características que resultan más importantes para la determina-

ción del tratamiento.-

Los procedimientos terapéuticos de que disponemos para tal fin, cuya elección depende de las distintas circunstancias apuntadas son de orden médico, protético y quirúrgico. En términos generales podemos decir que el médico y el quirúrgico se complementan; así como también, pero con menos frecuencia, éstos y el protético; sin embargo en la práctica frente a distintas circunstancias, resulta tan notorio el predominio de uno y otro, se hace necesario considerarlos en forma independiente. Haremos primero algunas consideraciones generales sobre cada uno de ellos, referidas a sus indicaciones, contraindicaciones, etc., tratando además de realizar su valoración de acuerdo a la mayor o menor efectividad de las soluciones que proporcionan; posteriormente y en forma especial, nos referiremos al tratamiento quirúrgico y sobre todo, al de las comunicaciones de diámetro reducido y mediano, casi todas odontógenas.-

Los tratamientos médicos, según la literatura que hemos podido consultar y la vivencia de algunos casos, estarían reservados en general (no podemos ocultar nuestro excepticismo al respecto) para las comunicaciones de diámetro muy reducido. En general están orientados a conseguir el cierre de la perforación, diríamos espontáneo, por el tratamiento del seno maxilar; otros, los menos, al tratamiento podríamos decir, insruento del trayecto de la comunicación.-

Con respecto a los tratamientos médicos orientados a conseguir el cierre espontáneo, no son muchas las citas que hemos encontrado, pero es indudable que en general son los mismos con que se realiza el tratamiento de los procesos infecciosos del seno maxilar, ya que en el restablecimiento de su salud se basa el cierre de la comunicación. Entre los trabajos referidos al problema merece especial atención, por las características particulares del mismo y

el énfasis conque su autor expone los éxitos obtenidos, el de Dar-
cissac⁶², quien por el trayecto de la comunicación empaqueta en
el seno maxilar una mecha embebida en A.T.S. (sol. al 30%), poste-
riormente realiza lavajes con la misma solución, pero diluida ya
al 3%; en esta forma obtiene el cierre por las propiedades anti-
sépticas y cáusticas, de la citada solución.-

Entre los trabajos sobre el tema encontramos también uno de Miller
y Long sobre el empleo de la estreptoquinasa y estreptodornasa "que
ofrecen al cirujano una nueva terapéutica biológica para la infec-
ción". Además de actuar preparando el terreno para la cirugía, pue
de según los autores, promover el cierre espontáneo de la comunica-
ción⁶³.-

Los procedimientos médicos o inoermentos, orientados a conseguir el
cierre de las comunicaciones actuando sobre el trayecto, tienden a
destruir el recubrimiento epitelial, empleando diferentes agentes
cáusticos; en esta forma las superficies cruentas resultantes se a
dosan y cicatrizan⁶⁴ ("corrosión y cauterización de los bordes").
Sin haber recurrido nunca a ellos pensamos, que ha de ser necesa-
rio combinar el tratamiento del seno y la cauterización del trayec-
to, como prácticamente lo hace Darcissac; por nuestra parte recu-
rrimos al tratamiento médico cuando el seno maxilar lo requiere y
antes de efectuar la intervención plástica.-

Terapéutica protética:- el tratamiento protético se realiza me-
diante obturadores cuyo objeto es cerrar mecánicamente la perfora-
ción. Se construyen en distintos materiales resultando a veces, jo-
yas mecánicas; esto se debe a que para su mantenimiento, por lo
general extraordinariamente difícil, deben estar provistos de una
serie de dispositivos extendidos hacia los espacios muertos que o
frecen el seno maxilar y las fosas nasales, hacia las piezas den-
tarias e inclusive otro aparato ubicado en el maxilar inferior.-
Indicaciones y contraindicaciones:- es indudable que a pesar de

los adelantos técnicos operados en este campo de la prótesis y del advenimiento de otros materiales elásticos, bastante estables, su empleo se ha ido restringiendo hasta quedar en la actualidad, relegados para casos excepcionales.--

En las perforaciones pequeñas y medianas, las prótesis obturadoras no ofrecen ninguna solución; el cierre nunca es perfecto y en consecuencia, si bien es cierto en cantidades mínimas, se siguen produciendo filtraciones en el sentido boca-seno (recordemos al respecto lo común que resulta encontrar restos alimenticios en la superficie de adaptación de las prótesis). De acuerdo al círculo vicioso que ya explicamos, (pág.65, Fig. N° 35), el estado sinusal y la comunicación se mantienen, pudiendo inclusive producirse reagravaciones. No obstante lo que expresamos, se consigue por medio de las prótesis disminuir o suprimir las alteraciones funcionales que relatamos en el capítulo correspondiente.--

No debemos olvidar también la existencia de sinusitis localizadas⁵⁵ que generalmente no dan sintomatología ostensible, así como también y con mayor razón, las sinusitis generalizadas o totales que pueden igualmente pasar desapercibidas en el momento en que se instituye el tratamiento protésico. En algunas circunstancias, ya citamos también, la posibilidad de que las comunicaciones de un cierto diámetro, al actuar de drenaje y aireando el seno maxilar, pueden llegar inclusive a curar la infección del seno; en tales casos los obturadores protésicos resultarían, a no dudarlo, contraproducentes. En consecuencia, este tratamiento y para las circunstancias a que nos estamos refiriendo "oculta el proceso, pero no lo cura".--

En las grandes perforaciones buco-sinusales o buco-sinuso-nasales, "subtotales y totales" como las llama Ginestet, ocurre lo contrario. Como las plásticas obturadoras resultan extraordinariamente complicadas, o en algunos casos irrealizables, debemos recurrir a

las prótesis obturadoras como una solución positiva no exenta de inconvenientes. Hay autores sin embargo, que se manifiestan siempre partidarios de la solución quirúrgica, aun en el caso de las grandes comunicaciones; reconociendo que existen una serie de factores (como edad, salud precaria, condición social, etc.) que influyen en la decisión final⁶⁵. Chopret, Dechaume y Richard, se manifiestan menos entusiastas con respecto a la terapéutica quirúrgica en las perforaciones del tamaño mencionado, y destacan el valor de la prótesis obturadora, para estos casos⁶⁶; por nuestra parte creemos que si bien, la solución que se consigue por intermedio de la cirugía es la ideal, no se puede dejar de lado una serie de factores de orden técnico, económico, síquico, etc.; que pueden condicionar el empleo de la terapéutica protética como una solución que dijimos, no estaba exenta de inconvenientes.-

Trauner⁶⁷ y otros llaman, cuando se refieren al tamaño de las comunicaciones, su etiología y el tratamiento que debe instituirse en las distintas circunstancias; consideran que en las grandes perforaciones, consecutivas a intervenciones de tumores malignos, se justifica el empleo de los obturadores protéticos. Creemos al respecto, que en esta forma se podrá controlar por observación directa la evolución de la cicatrización y, ante la aparición de síntomas sospechosos, realizar la biopsia correspondiente. En los casos mencionados, lo ideal sería colocar los obturadores después que los tejidos hayan cicatrizado perfectamente y puedan recibir, sin mayores inconvenientes, la irritación que indefectiblemente producen estos aparatos. Desgraciadamente en la práctica y frente a la insistencia de los enfermos, resulta casi imposible esperar años, o no en el caso de los tumores malignos.-

En un trabajo de Bercher, Fargin y otros⁶⁸, encontramos otra referencia importante con respecto a la indicación de los obturadores protéticos. Estos autores los aconsejan como recurso paliativo en

algunas perforaciones consecutivas a procesos patológicos crónicos (mal perforante, goma, etc.); Jacowsky y Grignon⁵⁹, los recomiendan cuando las perforaciones se han producido por osteoradionecrosis. Ríos Centeno⁷⁰, manifiesta que el tratamiento protético está indicado cuando han fracasado los quirúrgicos; creemos que esta opinión es perfectamente admisible, si los tratamientos correspondientes se realizaron bajo indicaciones precisas y con técnica adecuada; siendo así habrá que reconocer la existencia de factores impenderables y no insistir en la conducta quirúrgica.-

Para terminar y de acuerdo a las observaciones de los autores que citamos, diremos que en la actualidad los tratamientos protéticos han quedado relegados para los casos que no pueden solucionarse mediante la cirugía; creemos que la manifiesta preferencia obedece al carácter de la solución que proporcionan; ya que la reconstrucción de los planos que mediante ésta se consigue separa en forma perfecta y permanente las dos cavidades.-

Terapéutica quirúrgica:- con lo expresado nos parece inútil tratar de destacar el valor de la terapéutica quirúrgica para el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales; sin embargo, después de dejar establecido que la solución que proporciona es la ideal, sobre todo cuando las perforaciones pueden tratarse con colgajos de las vecindades, haremos algunas referencias sobre su evolución. Los obturadores protéticos estuvieron en auge hasta el momento en que los procedimientos de anestesia, transfusiones, descubrimiento de una serie de agentes medicamentosos de origen químico y biológico, hacen factible que la cirugía pueda realizar, con gran margen de seguridad, lo que hasta entonces hacía con resultados inciertos, poniendo inclusive en peligro la vida de los enfermos. Hasta fines del Siglo XVIII, primaban los conceptos Huxter, quien por entonces consiguió establecer como regla "que la solución protética por el obturador, era superior a los resultados del arte de la plástica";

los progresos mencionados y las últimas guerras, vinieron a contribuir al desarrollo de los procedimientos quirúrgicos y desplazamiento de los obturadores protéticos; su desgracia proporcionó el elemento humano para ese desarrollo.-

5- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMUNICACIONES ANTRO-BUCALES

A- Generalidades

En distintas oportunidades destacamos que nuestra casuística estaba representada, casi totalmente, por comunicaciones antro-bucales de diámetro pequeño y mediano; consecutivas todas a intervenciones odontológicas y, en especial, exodoncia.-

Consecuentes con el propósito que nos animó a realizar este trabajo;- contribuir al conocimiento del problema aportando nuestra experiencia, nos dedicaremos en especial al tratamiento quirúrgico de las comunicaciones del tamaño y etiología enunciadas; no obstante y como lo hemos hecho hasta ahora sobre otros aspectos, haremos también algunas consideraciones sobre el tratamiento de las de diámetro mayor.-

B- Conceptos básicos

Resulta difícil dar normas que permitan sistematizar el tratamiento de las comunicaciones báco-sinuales, de acuerdo a la cantidad de factores que hemos estudiado;- tamaño, ubicación, forma, relación con piezas dentarias y estado del seno maxilar correspondiente; así como también, estado de la comunicación de acuerdo a su evolución, recientemente producida o, instalada como un proceso crónico; más aun, si consideramos que estos factores al confluir y combinarse, pueden configurar una cantidad extraordinaria de situaciones completamente diferentes o caracterizadas por pequeños matices que es posible considerar siempre. Dudamos igualmente del "resultado" de tal pretensión.-

Si establecemos un orden de prioridad para analizar los diferentes

factores en función de su incidencia en el tratamiento, el problema puede simplificarse. En esta forma tendremos por lo menos una guía o esquema de tratamiento, como los estructurados para otros procesos patológicos, por ejemplo:- ameloblastomas⁷¹.-

Haciendo exclusión de los problemas que son comunes a todas las intervenciones quirúrgicas, nos parece que podemos colocar en primer término el análisis del tamaño de la comunicación. Según éste veremos si es posible realizar la oclusión plástica mediante los tejidos orales o, si por lo contrario, será menester valernos de colgajos o injertos tomados de los tegumentos externos. Recordemos al respecto la clasificación de Ganse⁷², que puede servir de ilustración aunque está referida al doble recubrimiento. Separa los defectos en tres grupos:-

- "Los que pueden cubrirse con material de la vecindad más próxima;
- "Los que requieren material de la zona más próxima y colgajos pediculados de piel; y,
- "Los que hacen menester recurrir a colgajos dobles de piel".-

Para el caso de las comunicaciones de diámetro reducido y mediano que estamos tratando y que puedan ocluirse mediante el empleo de tejidos tomados de la cavidad oral, sigue en vigencia la consideración del tamaño, aun frente a las variaciones de menor importancia que se presentan, pues habrá que determinar cuáles son los colgajos que más se adecúan y de qué zonas deben tomarse.-

En segundo lugar debemos considerar, la ubicación de la perforación que puede, como vimos, ser francamente vestibular; sobre el proceso alveolar y, en este caso a su vez, en su parte media o ligeramente desviada hacia vestibular o palatino. Recordemos que, en la evolución de las comunicaciones, desde el momento en que se producen, hasta su instalación como un proceso crónico; ocurría un aumento del diámetro óseo de la perforación, como consecuencia del remodelamiento que sufría este tejido afectado por trauma y/o infec

ción; que en contraposición a lo que ocurría en el hueso, los tejidos blandos cicatrizaban en dirección centripeta, tratando de cerrar la brecha. Esto configuraba una situación que destacamos enfáticamente:— la existencia en las comunicaciones de una ubicación real y otra virtual o aparente; así como también, un tamaño real y otro virtual o aparente. Si observamos las Fig. N° 40 y 41 (pág. N° 71 y 72, respectivamente) podremos apreciar la importancia que la determinación de la ubicación y el tamaño real, tienen para lo que acabamos de consignar. Más adelante mostraremos otro gráfico que hace más evidente aun el problema.—

Con respecto a la elección del lugar más adecuado para la toma del material, no creemos que pueda haber discusión con respecto a las comunicaciones vestibulares; ya que resulta práctico recurrir a la zona más próxima, los tejidos por otra parte son allí bien irrigados, laxos y fácilmente desplazables; no obstante como veremos, existen algunas técnicas que emplean colgajos palatinos. Podrá discutirse en cambio sobre las que asientan en el proceso alveolar ya que se encuentran ubicadas en el límite.—

El tercer factor a analizar será el de la existencia o no de piezas dentarias, hecho que en términos generales, dificulta o facilita respectivamente, el tratamiento; influye en la elección del tipo de colgajo, sitio de toma y ubicación del pedículo; para hacer más fácil el traslado del tejido, de la zona dadora al lecho receptor.— La forma (redonda o losángica), debe también ser considerada y en el caso de esta última, la orientación de su diámetro mayor⁷³.—

El estado del seno maxilar, cuarto aspecto, influye en la determinación del momento en que debe efectuarse el cierre plástico, así como también, sobre la técnica en sí. Sabemos que, en principio, la intervención deberá postergarse para cuando el seno se encuentre sano, sobre todo, si se instituye tratamiento médico. En el caso que la sinusitis exija tratamiento quirúrgico, podrá realizarse conjuntamente, la intervención radical y el cierre de la comunica-

ción. Veremos más adelante las técnicas que hacen factible la solución conjunta de la enfermedad sinusal y de la comunicación, en especial la modificación propuesta por Reherrmann⁷⁴.-

C- Tratamiento quirúrgico de comunicaciones antro-bucales odon-
geras de diámetro pequeño y mediano.- Técnica.-

a- Consideraciones generales

Los procedimientos quirúrgicos que se emplean en el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales, encaminados todos a reponer los tejidos perdidos y así la función, corresponden a la Cirugía Plástica; de ésta, y de acuerdo con Abschnitt, en especial a la de reposición⁷⁵. En consecuencia, los principios generales por que se rige, son los mismos; debemos por lo tanto, ajustarnos a ellos para su realización.-

b- Tejidos empleados

Como para todas las plásticas de reposición, en el cierre de las comunicaciones se puede recurrir a tejido autógeno, homólogo y heterólogo. Los trabajos, salvo rarísimas excepciones, se refieren al empleo de tejido autógeno; entre estas encontramos un trabajo de Grignon que relata el empleo de membrana amniótica, homóloga y heteróloga, para cubrir la superficie cruenta del colgajo único, con que cierra la comunicación⁷⁶.-

Con respecto al tejido autógeno, se puede obtener según el caso lo requiera, de los tegumentos externos (piel) o de la mucosa oral. En el caso de la piel, puede recurrirse a zonas mas o menos distantes: cara, brazos, región pectoral, etc.; y revestir la forma de injerto libre (menos común) o de colgajo; de estos el mas empleado es el tubular "colgajo cilíndrico migratorio"⁷⁷, "colgajo tubular cutáneo"⁷⁸; por pases sucesivos se lo lleva, desde las zonas mencionadas a la receptora. Estos colgajos han hecho posible la reposición de grandes pérdidas de sustancia, en el caso de las comunicaciones antro-bucales, las que comprendían gran parte del techo de

la cavidad oral; fueron empleados desde la primera guerra mundial y su precursor fué Ganzse⁷², gran defensor a su vez del doble recu- brimiento. Para el tratamiento de las comunicaciones odontógenas, de diámetro pequeño y mediano, los trasplantes cutáneos no tienen a nuestro entender aplicación, por lo tanto no los consideraremos en detalle.-

La mucosa oral es la otra fuente de tejido autógeno a que dijimos se podía recurrir, mas precisamente: fibromucosa palatina, mucosa gingival y mucosa vestibular. Para efectuar el cierre plástico de las comunicaciones antro-bucales de diámetro reducido, es en ella donde encontramos el material ideal.-

c- Formas de movilización y traslado del tejido

Como en el caso anterior, podemos recurrir al injerto libre, casi sin aplicación aquí, y a los colgajos; este último sistema es sin lugar a dudas el mejor. Los tejidos que forman el colgajo conser- van su trofismo a través de los vasos y nervios que transcurren por su pedículo, en consecuencia las posibilidades de conservación vital, resultan considerables; este hecho, dá al tejido a su vez re- sistencia a la infección y hace mas segura su adaptación al lecho receptor. La retracción que se produce, comparativamente a la del injerto libre, es despreciable⁷⁷; "la plastia con colgajo pedicula- do es la única vía para cubrir los defectos con material vivo"⁷⁸; por nuestra parte pensamos que es indudablemente la mejor.-

Hemos establecido que la mucosa oral y tejidos blandos subyacentes son los mas adecuados para el cierre plástico de las comunicacio- nes antro-bucales que nos preocupan; dejamos establecido igualmen- te, que el sistema del colgajo, era el mejor, para realizar el tras- lado de tejido. Nos referiremos seguidamente a los distintos tipos de colgajo que podemos conformar para cubrir las demandas del tana- ho, la ubicación, forma, etc. que pueden afectar las comunicacio- nes; también, las distintas posibilidades, que para el tallado de

los mismos que nos ofrece: la mucosa oral del proceso alveolar, la del surco vestibular y carrillo y la fibromucosa palatina; estas por su diferente consistencia, forma de irrigación, espesor, etc. dan colgajos de distinta flexibilidad, extensibilidad, posibilidades de torsión, etc. de los colgajos correspondientes.-

d- Distintos tipos de colgajos intraorales que se emplean en las técnicas para el cierre plástico de las comunicaciones de diámetro pequeño y mediano. (Áreas de tejido movilizadas por simple despegamiento y colgajos verdaderos).-

Modo de obtención:-

- por simple despegamiento: se obtiene realizando una incisión próxima a la comunicación y despegando el tejido vecino en extensión variable, mayor o menor, de acuerdo a las necesidades del caso. El despegamiento y movilización pueden ser uni o bilaterales. Fig. N° 46.-
- colgajo puentiforme o bipedicalado; se obtiene realizando una una incisión próxima a la comunicación, otra paralela a distancia variable (incisión compensadora) y despegamiento del tejido comprendido, puede ser uni o bilateral. Fig. N° 47.-
- colgajo pediculado o unipediculado: se obtiene realizando una incisión de diseño variado que permite despegar un sector de tejido próximo a la comunicación y permanece unido en forma de hoja de libro al resto de la mucosa oral. Fig. N° 48.-
- colgajo marginal⁷⁹: se obtiene realizando una incisión circular o semicircular, a distancia variable del borde de la perforación y contorneándola, respectivamente en forma total o parcial; con posterioridad se procede a despegar el tejido comprendido. En esta forma se obtiene un colgajo de pedículo tabular, el que se encuentra ubicado, en el trayecto de la comunicación. Fig. N° 49.-

Por razones de ordenamiento mostraremos a continuación las Figs. N° 46 - 47 - 48 - y 49, para después estudiar en particular las men-

cionadas formas de movilización.-



Fig. N° 46.- Muestra la movilización de tejidos por simple despegamiento; la incisión pasa por la comunicación.-

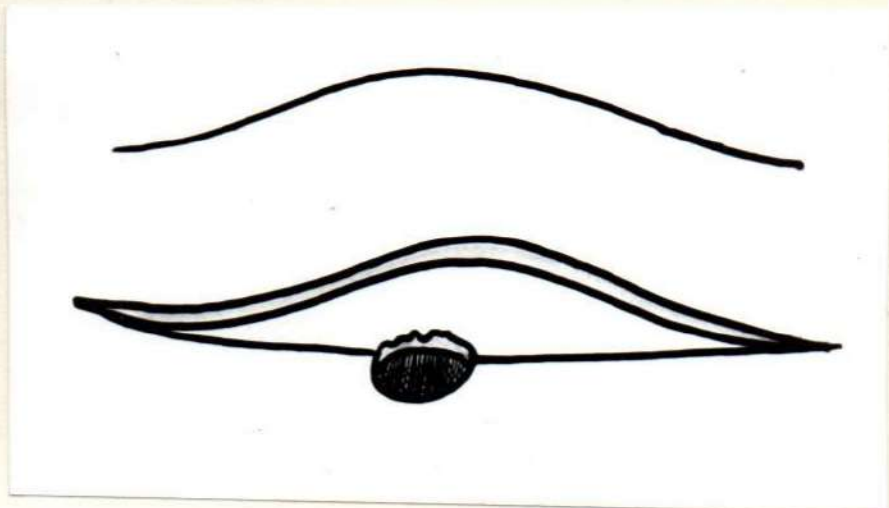


Fig. N° 47.- Muestra el colgajo puentiforme o bipedunculado; la incisión primaria pasa por la comunicación, la complementadora, a distancia variable.-



Fig. N° 48.- Muestra el colgajo pediculado; el diseño de la in ci si ó n depende de las necesidades del caso.-

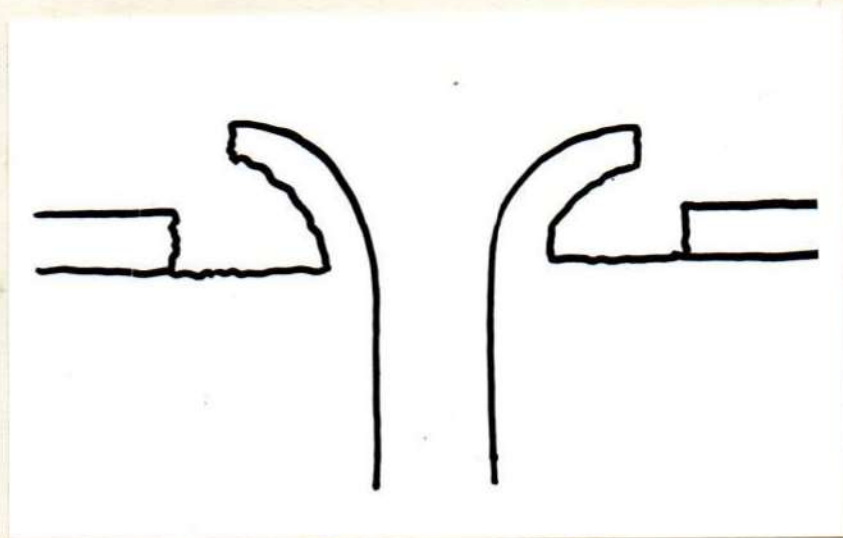


Fig. N° 49.- Muestra el colgajo marginal; puede realizarse mediante incisión circular (el caso de la Fig.) o semicircular en bisagra.-

e- Ventajas, inconvenientes y características de los colgajos estudiados.- Posibilidades de su empleo en los distintos tipos de comunicaciones entro-bucales.-

- por simple despegamiento: el sector de tejido así obtenido resulta ideal en lo que respecta a irrigación; si lo consideráramos colgajo verdadero, tendríamos que colocarlo entre los del primer grupo de la clasificación, que se hace de ellos, de acuerdo a sus condiciones biológicas⁸⁰ (Fröhlich). En contra de lo que acabamos de manifestar, este tipo de movilización, no es muy aprovechable pues el desplazamiento de tejidos que permite, es mas bien escaso. Para obviar tal problema se hace menester realizar despegamientos extensos que no siempre resultan posibles; en consecuencia su empleo se encuentra restringido para las comunicaciones ubicadas en el vestibulo, donde la mucosa y tejidos subyacentes permiten este tipo de desplazamiento; en párrafos anteriores nos referimos a la flexibilidad y extensibilidad que los caracterizaba. La fibromucosa palatina, consistente y falto de elasticidad, no es apta para este tipo de movilización.-

Haremos gráfica la posibilidad que ofrece esta forma de desplazamiento, mostrando uno de los pasos de la técnica de Leutenchläger que lo emplea para el recubrimiento externo, para el tratamiento de las comunicaciones buco-sinuales ubicadas en el vestibulo. Fig. N° 50



Fig. N° 50.- Muestra el tejido vestibular despegado, listo para deslizarlo y cubrir la comunicación.-

(Tomada de Kirschner.- Fig. N° 264)

- colgajo puentiforme o bipediculado: el colgajo en cuestión (Fig. N° 47), tiene su origen en el anterior. Como el desplazamiento de tejido que se consigue, es escaso; se hace necesario para obviar el problema, practicar una incisión compensadora o "secundaria" paralela a la primaria. En esta forma, se obtiene una franja de tejido de amplitud adecuada que permite y tolera sin inconveniente, desplazamientos importantes. Este tipo de colgajo resulta bien irrigado pues los vasos aferentes y eferentes transcurren por los dos pedículos que lo vinculan al tejido vecino; a nuestro entender y de acuerdo a su condición biológica podríamos ubicarlo como al anterior, en el primer grupo o talvés mas acertadamente, en el segundo. Casi todas las técnicas que hemos tenido oportunidad de estudiar, lo emplean para realizar el plano superficial previa formación de un plano profundo por medio del colgajo marginal; pensamos que en las comunicaciones de diámetro reducido resulta suficiente, emplearlo solo. Cuando se desplaza el colgajo, de la zona dadora al lecho receptor, se crea una superficie cruenta que abandonada, ocasiona una serie de molestias (dolor espontáneo o provocado, por los estímulos del medio oral; hemorragias, infección e inclusive pero no frecuente, la formación de secuestros superficiales). En el post-operatorio alejado, pueden sobrevenir cicatrices deprimidas o emberantes, bridas y retracciones que crean problemas para otras intervenciones plásticas, así como también, para la confección de aparatos protéticos. Si bien es cierto que en los pequeños desplazamientos las zonas cruentas no crean mayores inconvenientes, lo es también que por pocos que éstos sean debemos tratar de evitarlos, haciendo que el post-operatorio transcurra apacible. Para esto es necesario proteger la zona cruenta, esta protección que como vimos tiene un sentido profiláctico, se realiza mediante el desplazamiento del tejido de las zonas vecinas (como veremos al estudiar las modificaciones de Abschnitt, a la técnica de Lautenschläger).-

En caso que no fuera posible realizar el recubrimiento con tejido, es menester recurrir a distintos apósitos (gasa yodoformada, cemento quirúrgico y otros), el primero es el más empleado por nosotros, al cemento quirúrgico lo usamos aplicado directamente sobre la zona cruenta o interponiendo una hoja de gasa. Los sistemas de protección que mencionamos, sirven además, para bloquear la tendencia del colgajo a reubicarse en el lecho dador; en esta forma se evita la tracción que se ejerce sobre los puntos de sutura y el desprendimiento consecutivo. Los apósitos de gasa yodoformada pueden ser mantenidos en posición por puntos de sostén, así como también, por medio de dispositivos especiales,; placas por ejemplo, que en la actualidad resultan fácil construir con los plásticos de autocurado que encontramos en el comercio; se pueden fabricar además dispositivos de alambre modelados sobre la boca del paciente o reproducciones en yeso⁸¹; éstos son los mismos que se emplean para proteger las zonas intervenidas de las injurias orales. Nos adelantaremos a la descripción de las técnicas correspondientes, mostrando el empleo del colgajo puentiforme en el procedimiento de Kasanjian.-
Fig. N° 51.- En la Fig. N° 52, el apósito protector.-

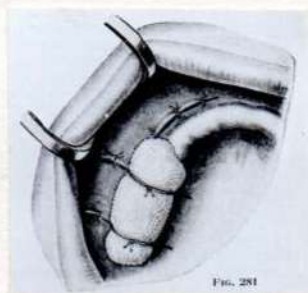


Fig. N° 51.- Muestra un colgajo puentiforme, pálateo-vestibular para construir el plano superficial. Técnica de Kasanjian.-

Fig. N° 52.- Muestra el apósito protector de las zonas cruenta y de sutura (de gasa mantenida con puntos de fijación).-

(Tomadas de Kirschner, Fig. N° 279 y 281)

- colgajo pediculado o unipediculado:- este tipo de colgajo muy característico entre sus similares (Fig. N° 48) es a su vez el más empleado tanto en las plásticas que se realizan en la cavidad oral, como en los tegumentos; es también según nuestra experiencia el que ofrece mayores y mejores posibilidades por el desplazamiento de tejidos que permite realizar. Observando la Fig. N° 48, que muestra este colgajo y las correspondientes a su aplicación en algunas técnicas; repararnos inmediatamente en la importancia de su diseño para el mantenimiento del trofismo (irrigación e inervación) de los tejidos que lo forman. En tal sentido están encaminadas casi todas las recomendaciones para su construcción (orientación del pedículo, sitio de toma, tamaño proporcional y otras), que veremos más adelante. Recordemos aquí que los colgajos, según su nutrición, pertenecen a distintas categorías biológicas⁸⁰; cuando éstos comprenden un área de tejido con la ramificación de una arteria y una vena importante, corresponden a la primera categoría, ejemplo:- los tomados del paladar, que llevan consigo, la arteria y vena palatina. Los colgajos cortos tomados del carrillo y vinculados al tejido vecino por un pedículo ancho, aun sin comprender vasos importantes, son igualmente bien nutridos; éstos según la clasificación corresponderían a la segunda categoría (nosotros consideramos que ocupan el mismo lugar). Quedan para la tercera, los colgajos más bien largos de pedículo estrecho que no guardan las proporciones adecuadas y, que como veremos más adelante, pueden comprender sectores de tejido que no corresponden al mismo territorio de irrigación; tal es el caso de los colgajos palatinos, que se toman atravesando oblicuamente el rafe medio, como los preconizados por Wassmund. En esta categoría consideramos también a aquellos que para ser ubicados en la zona receptora, deben sufrir torsiones importantes.-

Para los colgajos de la tercera categoría y con la finalidad de solucionar el problema del aporte sanguíneo, podemos valernos del si

guiente procedimiento complementario:— se realiza en un primer acto operatorio la incisión y despegamiento de los tejidos que comprenderá el colgajo e inmediatamente se los reubica en su sitio; recién en un segundo tiempo y de acuerdo al diseño anterior se lo tallará de nuevo, para darle el destino correspondiente "colgajo pediculado retardado" (Oinestet-Chemin)⁸². Nos parece útil destacar aquí, que una vez realizado el despegamiento se puede controlar la irrigación, observando el color y la temperatura.—

En párrafos anteriores, dijimos que existían una serie de normas a las que debíamos ajustarnos para que las intervenciones plásticas realizadas con colgajos resulten exitosas; tales normas se refieren en especial al problema de la irrigación.—

⁸³Wassmund se refiere al problema dando las siguientes indicaciones:

- el ancho del colgajo debe corresponder a las dos terceras partes o por lo menos a la mitad de su largo; se exceptúan aquellos que llevan consigo una arteria y vena importante y que puedan extenderse al largo de estas, ej. colgajo palatino de pedículo posterior.—
- el espesor debe ser suficiente comprendiendo todos los planos, en la encía y paladar donde no puede profundizarse mas, tendrá el espesor de la mucosa y fibromucosa correspondiente (1,5-2 mm. mas o menos).—
- en el vestibulo de la cavidad oral y mucosa de carrillos y labio, los colgajos deben tener un espesor de por lo menos 4 mm., para evitar la necrosis.—
- los colgajos deben ser siempre, mas anchos en su base que en su vértice, de no ser así es necesario formarlos en varias sesiones.⁸³—
- debe evitarse incluir en los colgajos tejidos cicatriciales por cuanto la circulación capilar en los mismos es insuficiente.—
- durante la operación el colgajo no debe ser traumatizado, ni de-

jarlo secar.-

El lugar de toma de los colgajos, la ubicación y orientación de su pedículo, proporciones, etc. no son los únicos factores que debemos analizar, existen otros que por su repercusión en el aflujo y reflujó sanguíneo, adquieren también gran importancia; nos referimos a la dirección del desplazamiento y al grado de torsión que deben sufrir (en su pedículo) para ser trasladados del lecho dador al receptor.-

El desplazamiento de los colgajos que empleamos en el tratamiento de las comunicaciones antro-bucuales odontógenas de diámetro pequeño y mediano (casi todos según el método francés), se realiza de distinta forma:

- siguiendo el eje longitudinal del colgajo Fig. N° 53.-

- en sentido lateral Fig. N° 54.-

En el primer caso los vasos nutricios que transcurren a través del pedículo, no sufren variaciones importantes de calibre, cuando mas puede ocurrir un ligero estrechamiento que no acarrea problema. En consecuencia al ser ubicados en la posición correspondiente conservan casi sin variantes el caudal sanguíneo. Los colgajos que deben desplazarse en esta forma, resulta una garantía para el éxito de la intervención; no podemos ocultar nuestra predilección por ellos, en el caso del tratamiento de las comunicaciones que estamos estudiando.- Fig. N° 53.-

En el segundo caso o sea cuando el desplazamiento se efectúa en el sentido lateral, ocurre la torsión del pedículo y el estrechamiento de los vasos que por él transcurren; en consecuencia, la disminución del aporte sanguíneo y de la circulación de retorno que será tanto mayor cuanto mas pronunciado sea el ángulo de giro. Se recomienda no sobrepasar los 90° ⁸⁴. Esta situación resulta menos grave cuando los colgajos se tallan incluyendo vasos importantes por ej. arteria palatina⁸⁵.-

Destacamos estos hechos con la finalidad de insistir en la necesi-

dad de diseñar los colgajos en forma adecuada, para evitar los inconvenientes que mencionamos. Kholer, recalca la necesidad de que el pedículo debe encontrarse ubicado en forma tal que la incisión y el despegamiento no dañen los vasos nutricios que se dirigen al cuerpo del colgajo⁸⁶.-- Fig. N° 54.--

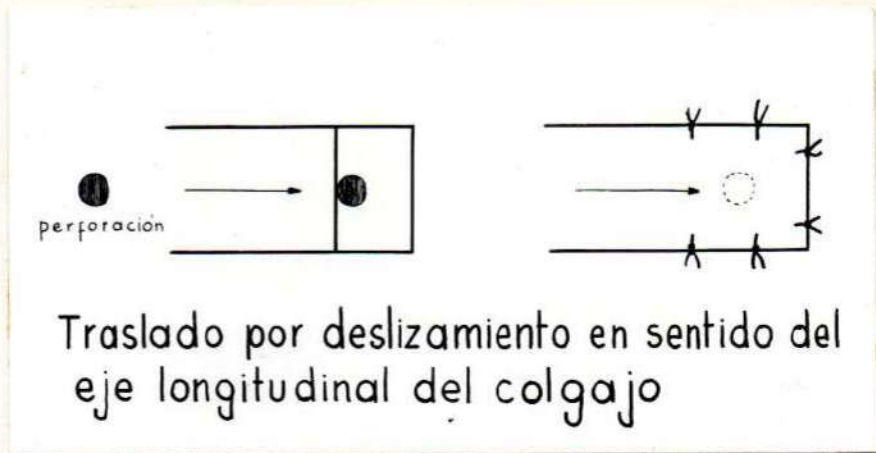


Fig. N° 53.-- Muestra el traslado del colgajo por deslizamiento longitudinal; los vasos nutricios que transcurren por su pedículo no sufren disminución de su luz.--

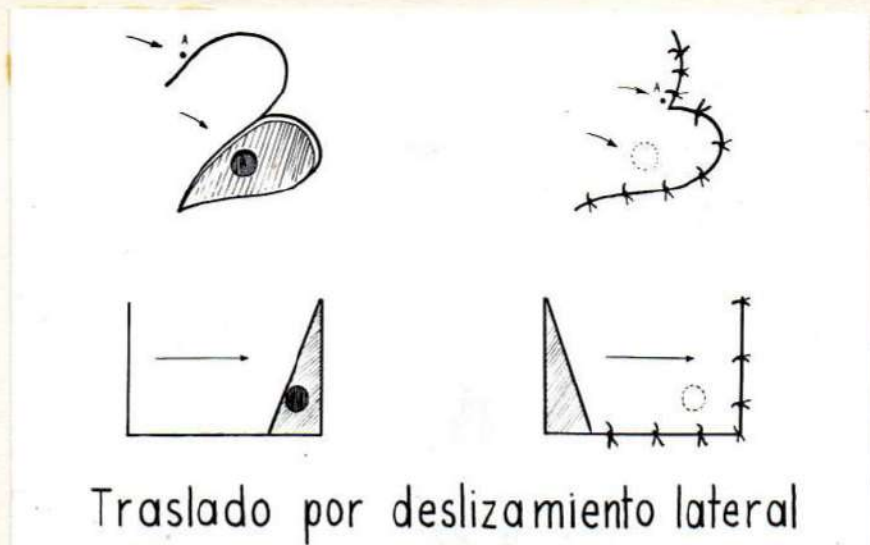


Fig. N° 54.-- Muestra el traslado por deslizamiento lateral; no debe exceder los 90° para evitar alteraciones importantes en la irrigación, por estrechamiento de la luz de los vasos aferentes y eferentes.--

En lo que se refiere a las ventajas e inconvenientes que puedan ofrecer la fibromucosa palatina o la mucosa vestibular, para la formación de los colgajos que estamos estudiando diremos lo siguiente: la mucosa vestibular se encuentra irrigada por una extensa red vascular que desciende hacia el borde gingival en forma de lluvia^{20°}; en cambio la palatina, lo está por las ramificaciones de una arteria importante. Esto puede resultar una ventaja en lo que se refiere a la mucosa vestibular, por las facilidades que ofrece para distintos diseños; el pedículo podrá orientarse hacia el surco vestibular, hacia mesial o hacia distal, como lo demuestran las distintas técnicas que consideraremos. Cuando existen piezas dentarias en las vecindades de la conservación, por mesial, por distal, o a ambos lados, esta versatilidad resulta muy útil. En los colgajos tallados de la fibromucosa palatina por lo contrario, el pedículo debe estar orientado siempre hacia distal ya que en otra forma se interrumpiría la circulación por la sección de los vasos que mencionamos. El tejido vestibular por otra parte, al ser más laxo permite el desplazamiento en sentido longitudinal, así como también, el lateral en grado bastante mayor que el que aceptan los colgajos palatinos.-

Las ventajas que ofrece la fibromucosa del paladar están representadas por su resistencia y por su extensión que permiten tallar colgajos de gran tamaño.-

Lo que acabamos de manifestar corresponde a los colgajos en sí; en cuanto a la preferencia de emplear los vestibulares o palatinos, según la ubicación de la perforación y a pesar de que el problema será tratado cuando estudiemos las distintas técnicas, podemos adelantar lo siguiente; se podrá dudar frente a las perforaciones ubicadas en el proceso alveolar, no así en las vestibulares en que, resulta obvio destacarlo, es mucho más adecuado el tejido de su vecindad. Para las comunicaciones de diámetro mediano y más aún redu-

cido (verdaderas fistulas) cuya ubicaci3n virtual se encuentra por lo general sobre la cresta alveolar y la real francamente extendida hacia el vestibulo (esto es lo que hemos podido observar en nuestra oclusi3tica), como veremos mas adelante, por el de Wassmund, de desplazamiento longitudinal.-

Para ilustrar las posibilidades que ofrecen los colgajos pediculados, nos remitimos a las Fig. N° 55-56 y 57, a3n cuando mas adelante podremos valorarlos mejor al estudiar en detalle las distintas t3cnicas que los emplean.-



Fig. N° 55 A.- Muestra un colgajo vestibular pediculado, gingivo-yugal (de pedículo posterior)

Fig. N° 55 B.- Muestra un colgajo vestibular gingival, con pedículo posterior.-

(Según Wassmund.- Tomadas de Kirschner.- Figs. N° 276-274 respec.)

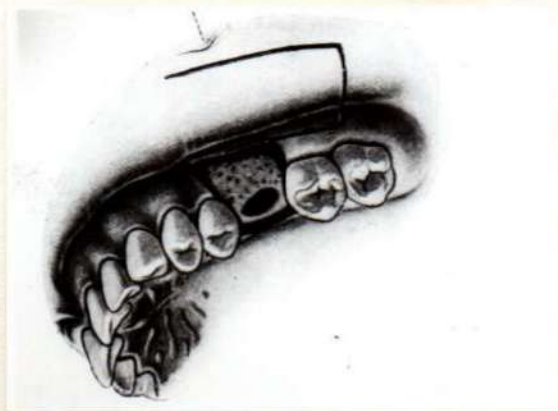


Fig. N° 56.- Muestra un colgajo pediculado vestibular horizontal a la inversa de lo que observamos en las Figs. anteriores, su pedículo es anterior; esto contradice lo que se indica ya que los vasos nutricios transcurren de atrás adelante y de arriba abajo.-

(Según Wassmund.- Tomada de Kirschner.- Figs. N° 283).

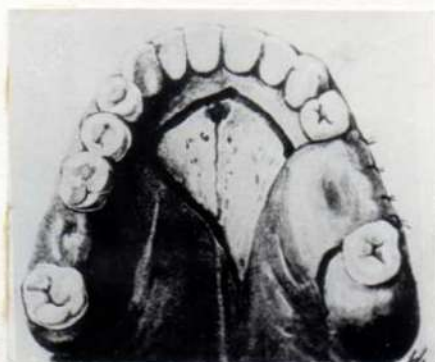


Fig. N° 57.- Muestra un colgajo palatino de pedículo posterior que incluye de acuerdo a la norma la arteria y vena palatina.

(Tomada de Wassmund, corresponde a la Fig. N° Abb 202).

- Colgajos marginales: se obtienen como vimos Fig. N° 49, del tejido circunvecino a la comunicación; se realiza una incisión circular a distancia variable de la desembocadura y despega el tejido comprendido por la misma; resulta así, que el pedículo nutritivo de forma anular o tubular se halla ubicado en el trayecto de la comunicación. Este tipo de colgajo puede construirse con todo el tejido que margina la desembocadura de la comunicación (por incisión circular) "collerette", o por una parte (incisión semicircular) "colgajo a puerta"⁸⁷.-

El colgajo marginal se emplea únicamente, en las obturaciones plásticas por doble recubrimiento, para formar la primera capa o capa profunda que reconstruye el plano mucoso-ansal. De acuerdo con lo que estudiamos sobre las características clínicas e histopatológicas de las comunicaciones de diámetro reducido y mediano (odontógenas), serían excepcionales los casos que se podrían tratar empleando esta técnica, ya que el tejido del trayecto de la comunicación, en el cual se ubica el pedículo, se presenta por lo general afectado por procesos inflamatorios infecciosos continuación de aquellos

que interesan al seno maxilar en su totalidad, o se circunscriban a la desembocadura del trayecto de la perforación⁵². En los casos tratados por nosotros hemos extirpado el trayecto de la comunicación y cureteado el tejido óseo circunvecino, porque hemos considerado riesgoso dejar estos tejidos y recurrir a ellos para construir el colgajo marginal. En la mayoría de los casos hemos encontrado un "foco" constituido por tejido más o menos friable, esquizas óseas, restos radiculares, hueso necrótico y aún cuerpos extraños (cemento, gasa y hasta instrumentos fracturados), todo esto se encuentra consignado en el esquema gráfico donde presentamos la casuística de nuestra serie.--

Por otra parte hemos creído siempre necesario, realizar la exploración del seno maxilar, lo que resulta imposible, a través del trayecto de luz estrecha, que ofrecen las comunicaciones odontógenas.-- Por otra parte además, como hemos observado que es común la presencia de cuerpos extraños en el seno maxilar, representados por raíces fracturadas, cemento quirúrgico y otros, hemos adoptado el temperamento de realizar sistemáticamente lavajes profusos del mismo, aún sin haberlos detectados radiológicamente; en muchas oportunidades hemos tenido verdaderas sorpresas al extraer por este método, elementos cuya existencia no sospechábamos. Fig. N° 58.--

En las comunicaciones de mayor amplitud ocurre lo contrario, los senos maxilares se encuentran perfectamente aireados, clínicamente senos y el trayecto de la comunicación recubierto por un epitelio firme; en tales casos este colgajo resulta de gran utilidad. Se consigue reconstruir con él el plano profundo, en las técnicas de doble recubrimiento preconizadas por Lautenschläger, citado por autores como Fröhlich⁵³, Wassmund y otros. Ilustraremos el empleo de este colgajo con dos diagramas que representan pasos de la técnica de Lautenschläger, que veremos en detalle mas adelante. Fig. N° 59.



Fig. N° 58 A.- Muestra raíz y parte de la conastilla alveol. corresp. que fueron extraídas separadamente, por lavajes; el estudio radiol. no las acusaba.



Fig. N° 58 B.- Muestra el ápice radicular apareciendo en la perforación ósea; después de continuar lavando profusamente salió la porción de conastilla alveol.

(De nuestra casuística, corresponden a H.C. N° 1163).-

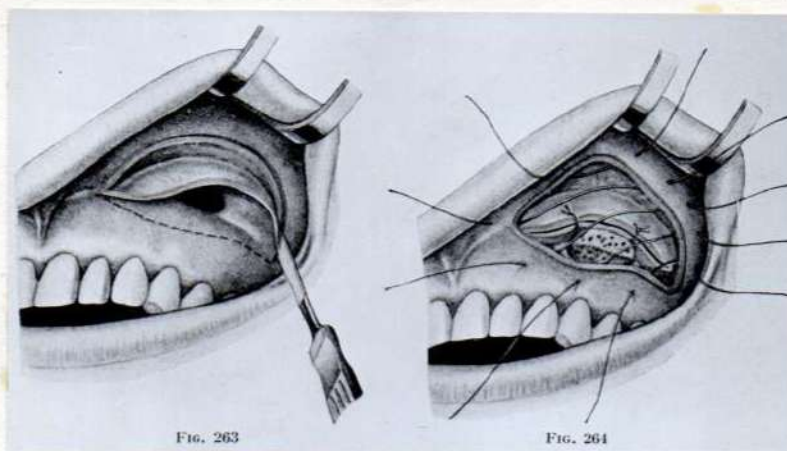


Fig. N° 59.- Muestra dos pasos de la técnica de Leuteneschläger, en el primero se talla el colgajo marginal; en el segundo el mencionado colgajo ha sido movilizado y suturado para reconstruir el plano mucosinusal.

(Según Leuteneschläger.- Tomado de Kirschner. Figs. N° 263 y 264).-

f- Distintas técnicas

Con los colgajos que anteriormente estudiamos, empleados solos, combinados o modificados; tomados del paladar o del vestibulo; los operadores han elaborado una serie de técnicas tratando de dar, de acuerdo a su punto de vista, la mejor solución quirúrgica a los

problemas que plantean las comunicaciones antro-bucales. Al describir las veremos la influencia que han tenido en su concepción los factores que con anterioridad hemos considerado (tamaño, ubicación, forma, características del terreno, existencia de piezas dentarias en las vecindades de la comunicación, etc.).-

Salvo raras excepciones corresponden al método francés (por deslismiento); las del método indiano, italiano, así como también aquellas que emplean colgajos tubulares que por pases sucesivos se pueden llevar hasta la perforación, se emplean para obturar perforaciones de tamaño mayor, que corresponden a otra etiología; del tratamiento de estas últimas no nos preocuparemos. Estudiaremos solamente un grupo seleccionado de técnicas para el tratamiento de las comunicaciones de diámetro pequeño y mediano, casi todas odontógenas (consecutivas a extracción dentaria); en este grupo colocaremos únicamente las que a nuestro entender se ajustan más a los principios que rigen las intervenciones plásticas.-

- descripción y valoración:

Veremos primero las que se emplean para el cierre de las comunicaciones ubicadas en el vestíbulo:-

- Técnica de Leutenschläger.-

En casi toda la literatura consultada hemos encontrado su mención o descripción detallada, esto avala su importancia. Por no haber conseguido el trabajo original nos hemos valido de los gráficos y comentarios de Kirschner⁸⁹, similares a los de Ries Centeno⁹⁰, Schuchardt⁹¹, Wassmund⁹² y otros. Kohler, cuyo texto hemos citado ya en varias oportunidades, presenta algunas variantes de interés a la que nos referiremos más adelante.

La técnica, ver fig. N° 60, es de doble recubrimiento, principio preconizado por el autor y defendido por tantos. Para formar el primer plano, destinado a constituir la continuidad de la mucosa sinusal, emplea el colgajo marginal⁷⁹. Nos parece prudente recor-

dar las consideraciones que hicimos, referidas al empleo de este colgajo en el cierre de las perforaciones mas o menos recientes; a él como también en las crónicas de diámetro pequeño, representadas por un verdadero trayecto fistuloso (pág. N° 107).--

El recubrimiento externo se realiza, desplazando la mucosa oral sobre la perforación ósea, para lo cual es necesario despegarla en una extensión suficiente (movilización por simple despegamiento). Cuando nos referimos a este tipo de movilización, destacamos que el desplazamiento de los tejidos comprendidos resultaba viable únicamente, cuando estos eran laxos como en el caso de la mucosa vestibular. Creemos que a los fines del detalle técnico, basta con la observación de las figuras correspondientes. Fig. N° 60.--

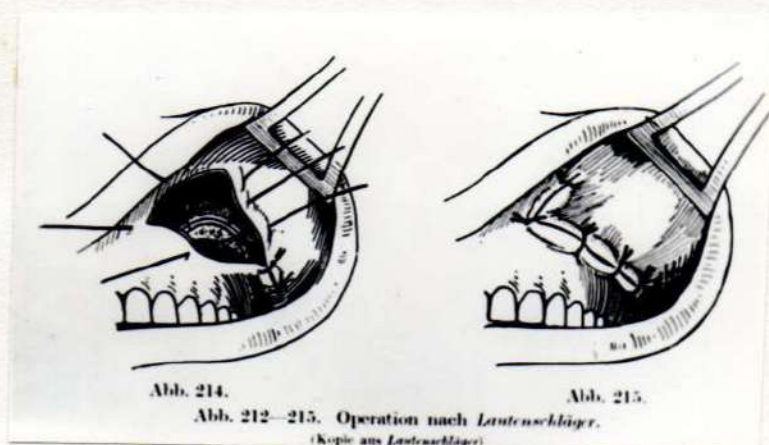


Fig. N° 60.-- Técnica de Lautenschläger (doble recubrimiento). El plano profundo se reconstruye mediante un colgajo marginal y el superficial por desplazamiento de los tejidos vecinos.

Para terminar diremos:

Que la técnica nos parece adecuada para el cierre plástico de las comunicaciones francamente vestibulares de diámetro mediano:--

-- por las posibilidades de desplazamiento que ofrece la mucosa veg

tibular.-

- porque en ellas el trayecto de la comunicación se encuentra en general constituido por tejido sano y en consecuencia apto para formar el colgajo marginal.-

Que no obstante será bueno asegurarse de tal situación, así como también de la no existencia del foco de osteítis a que hicimos referencia.-

Que en las comunicaciones de diámetro reducido y sobre todo las que revisten las características de verdadero trayecto fistulosos, se dan las circunstancias contrarias por lo cual el procedimiento no nos parece adecuado.-

Que en las comunicaciones mas o menos recientes tampoco puede realizarse porque el tejido del trayecto se encuentra en estado de organización.-

Que además cuando las comunicaciones son de diámetro reducido, el doble recubrimiento resulta una complicación innecesaria⁹³.-

- Técnica de Abschnitt.-

Abchnitt⁹⁴ presenta, lo que interpretamos como un paso adelante del procedimiento de Lautenschläger. La primera etapa, reconstrucción del plano profundo, se realiza de igual forma; para el recubrimiento en cambio recurre a las incisiones compensadoras o de descarga, resultando en consecuencia el colgajo que estudiamos como "colgajo puentiforme o bipediculado", en págs. 98-99 y Figs. N° 47-51-52.-

Una vez desplazado el colgajo y suturado en la nueva posición (recubriendo al primero y por ende la comunicación), resulta una zona cruzada de forma triangular (Fig. N° 61 A), que como vimos, es necesario proteger; para tal fin se recurre al tejido marginal que previo despegamiento, es aproximado y suturado (Fig. N° 61 B); en esta forma además de la protección, se consigue que el colgajo bipediculado o puentiforme permanezca en su sitio, presionado ligera

mente hacia la sutura de la incisión primaria. El autor toma en cuenta también la forma de la perforación, y cuando es losángica orienta la dirección de la incisión primaria y compensadora, en el mismo sentido del eje mayor de la comunicación; resultan en consecuencia, colgajos puentiformes orientados en el sentido horizontal o vertical (Figs. N° 62 y 63).-

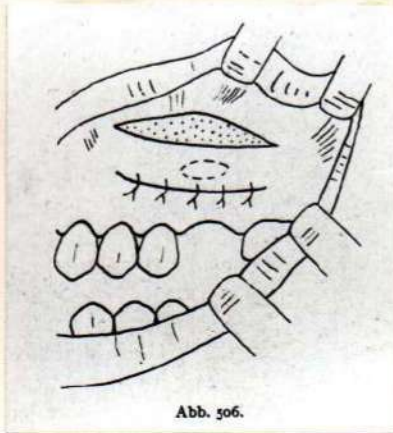


Abb. 506.



Abb. 507.

Fig. N° 61 A.- Muestra el colgajo puentiforme reconstruyendo el plano superficial en una comunicación vestibular.-

Fig. N° 61 B.- Muestra el recubrimiento de la zona cruenta con un colgajo puentiforme, seguido de despegado y suturando los tejidos adyacentes.-

(Tomadas de Kähler. Fig. N° 506-507.- Según Abschnitt).-

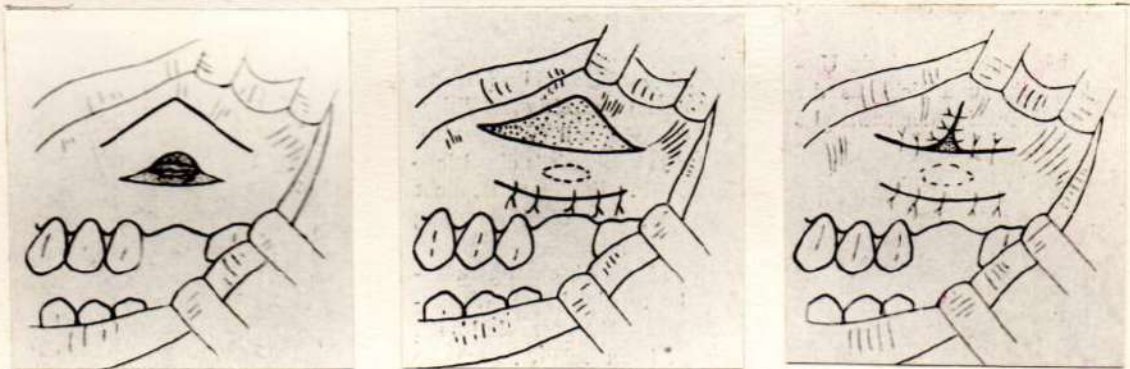


Fig. N° 62.- Muestra el desarrollo de la técnica empleando el colgajo puentiforme de dirección antero-posterior, cuando la comunicación es de forma losángica de diámetro mayor horizontal. La zona cruenta que resulta del desplazamiento del colgajo puentiforme, se cubre mediante el despegamiento de los tejidos adyacentes y sutura.-

(Tomada de Kähler. Figs. N° 508-509-510.- Según Abschnitt).-

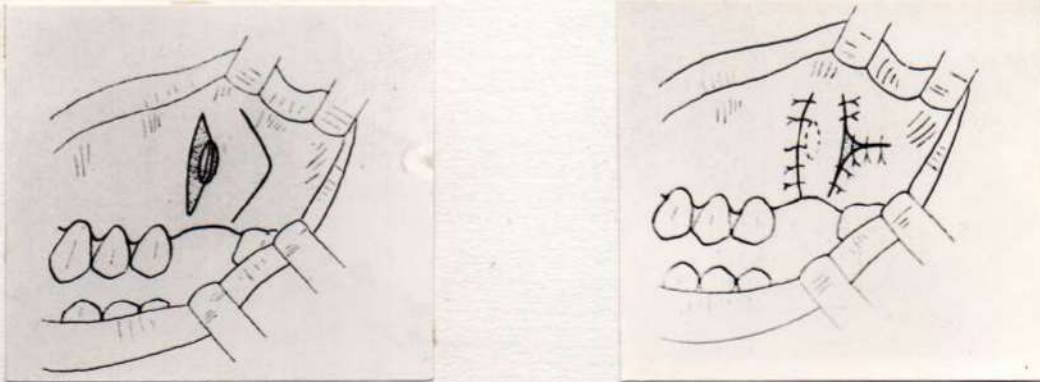


Fig. N° 63.- Muestra el desarrollo de la técnica empleando el colgajo puentiforme de dirección vertical, cuando la comunicación es de forma losángica y su diámetro mayor tiene la citada orientación. (Tomada de Köhler. Figs. N° 511-512.- Según Abschnitt).-

Existen otras técnicas que recurren a los colgajos palatinos, para cerrar comunicaciones antro-bucales vestibulares, de acuerdo a lo que nosotros entendemos, resultan factibles unicamente, cuando por distal de la comunicación y en una zona mas o menos extensa del proceso alveolar, no existen piezas dentarias; de no ser así el colgajo no podría desplazarse lateralmente desde el paladar hasta el vestibulo para cubrir la perforación.-

Estudiaremos a continuación las técnicas para el cierre plástico de las comunicaciones antro-bucales, ubicadas sobre el proceso alveolar:-

Ya dijimos que estas suscitaban controversia, en lo que respecta al empleo de tejidos vestibulares o palatinos, para conformar los colgajos. Los argumentos que esgrimen unos y otros, nos resultan atendibles y se refieren en general:

- al tejido en sí, es decir, a las ventajas e inconvenientes que ofrecen la mucosa vestibular y palatina para la conformación de los colgajos. Conocemos ya que sus condiciones de irrigación, espesor, consistencia, etc. son distintas (ver pág. N° 100).-

- a las posibilidades de emplear los colgajos vestibulares o palatinos de acuerdo a que existan o no piezas dentarias en las vecindades de la comunicación; sea por distal, mesial o a ambos lados. Para citar un concepto diremos que Abschnitt considera que de acuerdo a las posibilidades de desplazamiento lateral, que exige a los colgajos la situación antes apuntada, el tejido vestibular ocupa el primer lugar; segundo el gingival y por último el palatino.⁹⁵
- a la repercusión sobre la zona chapeable de la toma de los colgajos y su traslado (formación de cicatrices fibrosas, depresiones, bridas, etc.), que indudablemente no tienen la misma significación en la zona palatina que en la vestibular; en esta última es donde se realiza el sellado periférico tan importante para la estabilidad de las prótesis a placa.-

Por nuestra parte creemos y esto a pesar de nuestra inclinación manifiesta por los colgajos vestibulares, que con indicaciones precisas y técnicas adecuadas ambos pueden resultar útiles. Nosotros, como veremos en el capítulo correspondiente, hemos empleado siempre el colgajo vestibular; realizamos las primeras intervenciones con resultados positivos y lo hemos continuado empleando hasta la actualidad. Pero es verdad también que nos impulsa el interés especial de realizar la valoración de una técnica determinada.-

Procederemos a considerar las distintas técnicas que emplean los colgajos vestibulares que pueden a su vez ser de doble recubrimiento y de uno solo; en el primer caso, para el plano profundo, se recurre, en general, a los colgajos marginales pediculados en el trayecto de la comunicación (circulares, y semicirculares o en hoja de puerta). Su descripción fue realizada ya en extenso cuando nos referimos al tratamiento de las comunicaciones vestibulares, de modo que, en las técnicas que describiremos y cuando esté presente, nos concretaremos a mencionarlo.-

- Técnica de Wassmund.-

Como podemos observar en las figuras que reproducen los pasos mas importantes, el plano profundo se realiza mediante dos colgajos en hoja de puerta con los que se reconstruye el plano sinusal. Para el superficial, se recurre a un colgajo pediculado de dirección antero-posterior y pedículo distal construido con tejido gingivo-yugal; a nuestro entender este colgajo resulta muy bien diseñado, tanto por la extensión de tejido que comprende como por las posibilidades de la dimensión y orientación de su pedículo. Este colgajo, por deslizamiento lateral, puede cubrir perfectamente la comunicación. Valen para esta técnica las mismas observaciones que ya hicimos con respecto al empleo de los colgajos marginales. Fig. N° 64.

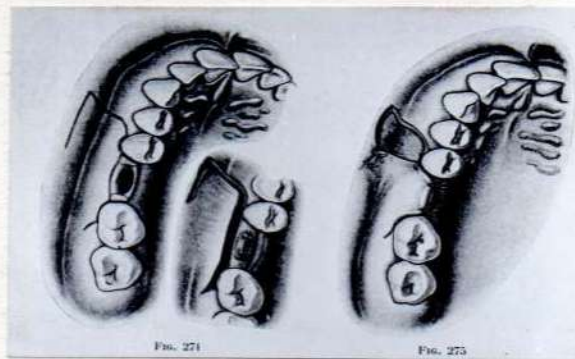


Fig. N° 64.- Muestra los pasos mas importantes de la técnica de Wassmund de doble recubrimiento; para la reconstrucción del plano profundo emplea colgajos marginales, para el superficial un colgajo gingivo-yugal de pedículo posterior.-

(Según Wassmund.- Tomada de Kirschner Figs. N° 274-275).-

Resulta interesante la modificación que el mismo Wassmund introduce al procedimiento anterior, para asociar a la plástica la intervención radical del seno maxilar; esta consiste en ampliar hacia arriba la incisión anterior para formar un amplio colgajo que permita descubrir ampliamente la pared quirúrgica del seno maxilar;

ver fig. 65.-

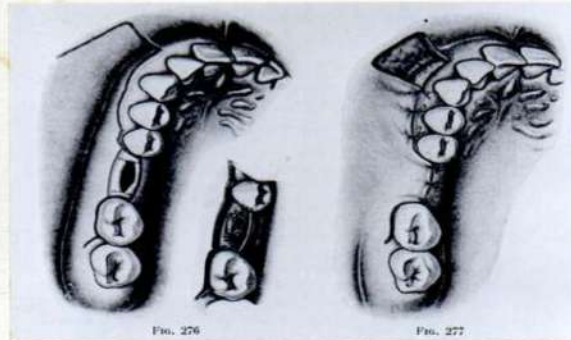


Fig. N° 65.- Muestra la modificación o adaptación del procedimiento anterior, del mismo Wassmund, para intervenir conjuntamente el seno maxilar y la comunicación.-

(Según Wassmund.- Tomada de Kirschner, Figs. N° 276 y 277).-

Con respecto a la intervención conjunta a que acabamos de referirnos, podemos decir con Kirschner que antes del advenimiento de las sulfas y los antibióticos, cuando el seno maxilar estaba infectado, era preferible realizar primero el tratamiento del antro y después de algún tiempo, la plástica; en la actualidad resulta posible y seguro, la solución integral en una intervención.⁹⁶

- Otra técnica importante preconizada por Wassmund, Arhausen y Lindeman⁹⁷, y que se la describe obturando la comunicación en un solo plano; se vale de un colgajo vestibular unipediculado tomado de la mucosa del carrillo a diferencia de la anterior que era gingivo-yugal. Como la dirección de los vasos es ligeramente oblicua de arriba abajo y de atrás adelante, y el colgajo es horizontal y de pedículo anterior, su diseño pareciera no corresponder a lo que se indica para la mejor irrigación; sin embargo, como la red vascular de la zona es bastante amplia se puede transgredir la norma. Con anterioridad hemos destacado la versatilidad que ofrecía la mucosa vestibular al aceptar diseños de lo mas variados. Es conveniente destacar que para formar el colgajo en cuestión es necesario reali

ser una amplia incisión Antero-posterior en las vecindades de la desembocadura y trayecto premaxilar; en consecuencia debemos ubicar perfectamente bien las mencionadas estructuras, para no dañarlas.-

El recubrimiento según muestran las Figs. originales, se realiza en un solo plano. En un primer tiempo operatorio se extirpa el trayecto de la comunicación y un sector de la mucosa adyacente a la desembocadura; se obtiene así una zona cruenta mas o menos amplia, que permite apoyar y fijar el colgajo, rebasando la perforación. Ver Fig. N° 66.-

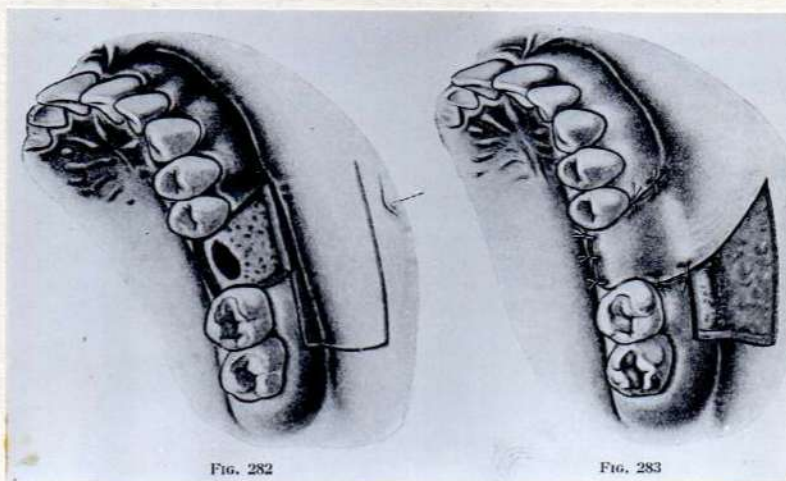


Fig. N° 66.- Muestra los pasos mas importantes de la técnica de recubrimiento simple con colgajo vestibular, yugal de pedículo anterior.-

(Según Wassmund.- Tomada de Kirschner, comprende las Figs. 282 y 283).-

Como en los casos de nuestra experiencia hemos podido observar que un elevado porcentaje de las comunicaciones antro-bucales odontógenas, la ubicación y el tamaño real, comprenden las caras externas del seno o por lo menos gran parte de la vertiente vestibular del proceso alveolar; en consecuencia nos parece prudente recomendar, que antes de tallar el colgajo en cuestión se debe considerar la situación que hemos destacado; como podemos apreciar en la Fig. el

borde posterior del colgajo y la zona cruenta distal, se encuentran marginando el sitio hacia el cual se extienden en general las comunicaciones. Ver Fig. N° 41.-

Con respecto a la técnica que estamos estudiando, nos permitiremos destacar lo siguiente:

- puede realizarse aún bajo la condición adversa de la existencia de piezas dentarias a ambos lados de la comunicación.-
- lo mismo en las perforaciones recientes (agudas) y aún estando desgarrada la mucosa gingival.-
- es necesario asegurarse de la ubicación y tamaño real de la comunicación, por lo que acabamos de consignar en párrafo anterior.
- Técnica de Wassund, Beherman, Berger.-

Es de recubrimiento simple y se vale de un colgajo vestibular gingivo-yugal vertical; este colgajo por la sección antero-posterior del periostio, puede ser llevado hasta cubrir la perforación. En esta técnica se basa la que empleamos nosotros y será vista en detalle mas adelante; la mencionamos aquí únicamente, para terminar con la descripción de los procedimientos que emplean colgajos vestibulares y que es posible realizar aún existiendo elementos dentarios vecinos a la comunicación. Otras técnicas como por ejemplo la de Cichetti, se puede emplear únicamente cuando el sector vecino es anodóntico.-

- Técnica de Cichetti.-

Es de doble recubrimiento y emplea un colgajo vestibular de pedículo posterior, tomado de la mucosa yugal; otro puentiforme antero-posterior de la mucosa gingival. En un primer tiempo se realiza la resección del trayecto de la comunicación, luego se talla los colgajos puentiformes, se los aproxima y sutura; seguidamente, se talla el colgajo yugal, se lo ranvea e introduce por el túnel que le ofrecen los colgajos puentiformes y otro que se ha conseguido antes despegando un sector de la mucosa gingival, comprendido en-

tre la zona de toma de los colgajos. El extremo del colgajo yugal es introducido a su vez por debajo de la fibromucosa palatina. A los 10 días mas o menos se secciona el pedículo del colgajo yugal. De las técnicas con colgajos intraorales es la única que debe seccionarse el pedículo, esto nos recuerda al procedimiento del método indiano que se empleaba para las plásticas reconstructivas de la nariz.-

El autor destaca la importancia de determinar el diámetro óseo de la perforación, es decir el que corresponde al que nosotros llamamos tamaño real; manifiesta además que para establecerlo, la forma mas adecuada es realizar punturas, mediante una aguja fina, comenzando en la zona próxima a su borde y distanciándose hasta encontrar tejido óseo⁹⁸. Sin haber nosotros practicado la técnica en cuestión, nos permitimos manifestar que nos parece demasiado complicada; reconocemos sin embargo lo ingenioso de su concepción, así como también, que en virtud de todos los recaudos, pueda resultar de gran seguridad. Las Figs. N° 67 y 68 muestran los detalles mas importantes.-

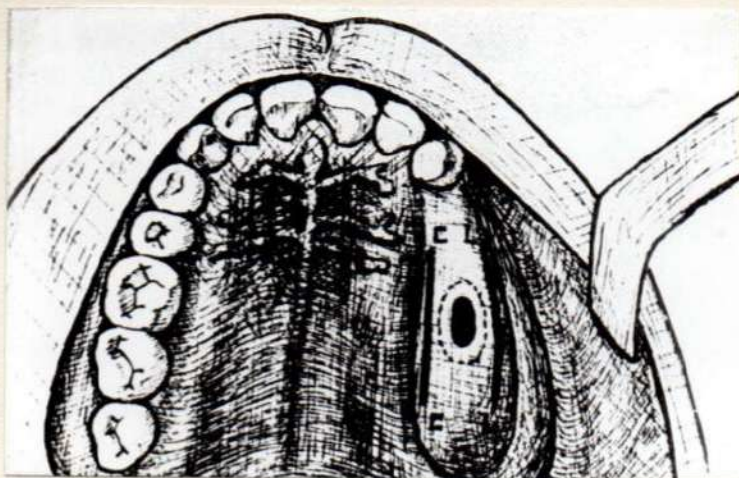


Fig. N° 67.- Muestra el colgajo puentiforme y en línea de puntos el área que comprende la extirpación del trayecto de la comunicación; con este colgajo se forma el pliegue que ocluirá la comunicación, reforzado por el yugal.-

(Según Cichetti.- Tomado de Cirugía Dento-Máxilo-Facial 42).-

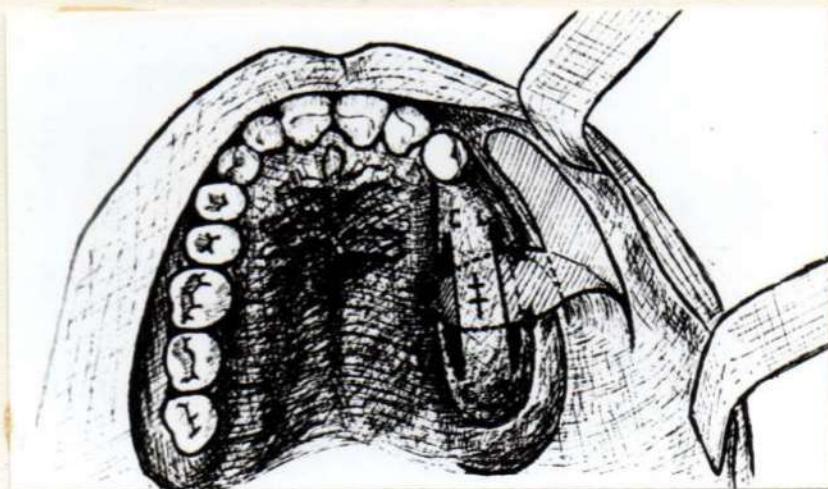


Fig. N° 68.- Muestra el colgajo yugal rotado sobre su eje y pasado por debajo de la mucosa gingival despegada y el colgajo puentiforme.-

(Según Cichetti.- Tomado de Cirugía Dento-Máxilo-Facial 42).-

Procederemos a considerar las técnicas con colgajos palatinos empleadas para el cierre de las comunicaciones, ubicadas sobre el proceso alveolar.-

La posibilidad de su empleo está supeditada bastante mas que las vestibulares, a la existencia o no de piezas dentarias en las vecindades de la comunicación; esto resulta de la relativa rigidez de la mucosa palatina que la hace menos apta para conformar colgajos, que deban tolerar torsiones exageradas, para poder trasladarlos y fijarlos sin tensión en zonas poco accesibles; tal situación ocurre cuando existen piezas dentarias a ambos lados de la comunicación o inmediatamente por distal⁹⁹. Thoma opina lo contrario y prefiere el colgajo palatino, tanto en las zonas dentadas como no dentadas; considera que el colgajo vestibular es demasiado delgado y bloquea parcialmente el surco vestibular¹⁰⁰. La Fig. N° 69 A,B, C y D, nos parece suficientemente gráfica como para comprender el procedimiento, sin embargo creemos oportuno destacar, que se retira todo el trayecto de la comunicación hasta encontrar tejido sano.

Consideremos con el autor que esta conducta resulta beneficiosa y evita la infección postoperatoria. No creemos prudente insistir sobre las características del trayecto de las comunicaciones de luz estrecha. Ver Fig. N° 69 a, b, c y d.-

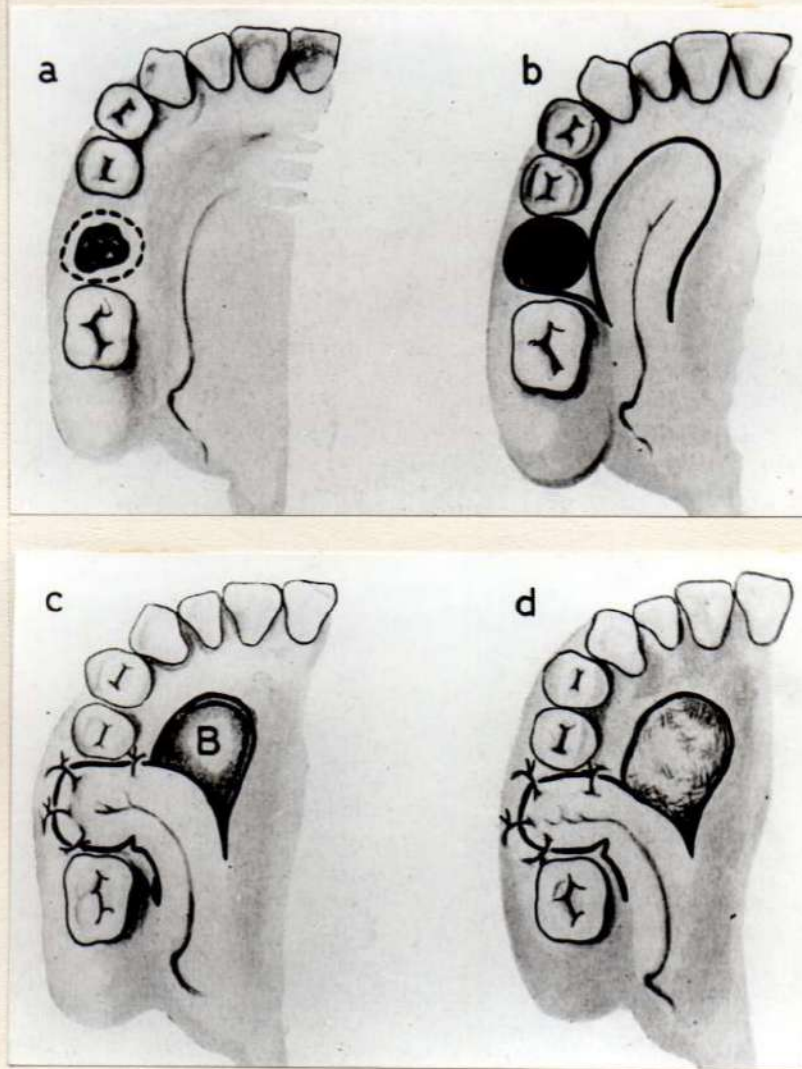


Fig. N° 69 a,b,c y d.- Muestra los pasos mas importantes de la oclusión de una comunicación antro-bucal con colgajo palatino que lleva consigo la arteria. a, resección del trayecto; b, trayecto extirpado e incisión; c, colgajo suturado con B, zona cruenta; d, apósito protector y de apoyo que evita la tendencia del colgajo a retomar, su posición primitiva y la tracción sobre los puntos de sutura.-

(Según Thoma.- Tomado del libro Cirugía Oral. Corresponde a la figura 1754 a,b,c y d.- Tomo II. página 1518).-

-Técnica de Dunning.-

Esta técnica según Blair-Ivy emplea el colgajo palatino que sugi-
riera Riedon¹⁰¹. Fue descrita por Dunning en el año 1920. El au-
tor la describe y recomienda emplearla, sin atribuirle la paterni-
dad. El procedimiento emplea un colgajo palatino que lleva consigo
los vasos correspondientes; se talla por despegamiento supraperiós-
tico, el que en consecuencia queda adherido al hueso. Ver Fig. 70.
El autor manifiesta que en esta forma la reparación de la zona des-
cubierta (cruenta), se realiza rápidamente. El próximo paso consis-
te en resecar el trayecto de la comunicación y reducir además, la
altura del proceso alveolar. Por vestibular, y como en el caso an-
terior, se despega la mucosa supraperióticamente; se obtiene así
un lecho en el cual, se introduce el borde del colgajo palatino.
Ver Fig. 71. La sutura se realiza con dos hileras de puntos, una
próxima al labio del colgajo vestibular y otra alejada que disminu-
ye la tensión sobre la primera sutura. Ver Fig. 72.-

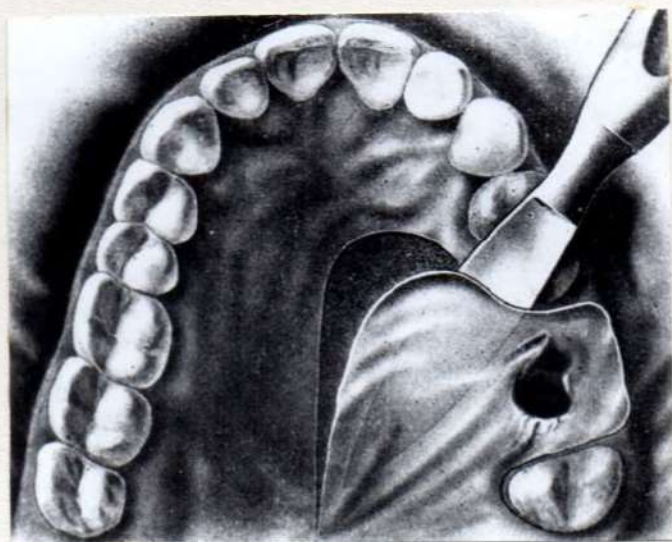


Fig. N° 70.- Muestra el tallado del colgajo por despegamiento su-
praperióstico.-

(Según Dunning.- Tomada de Blair-Ivy. Fig. 205. página 308).-

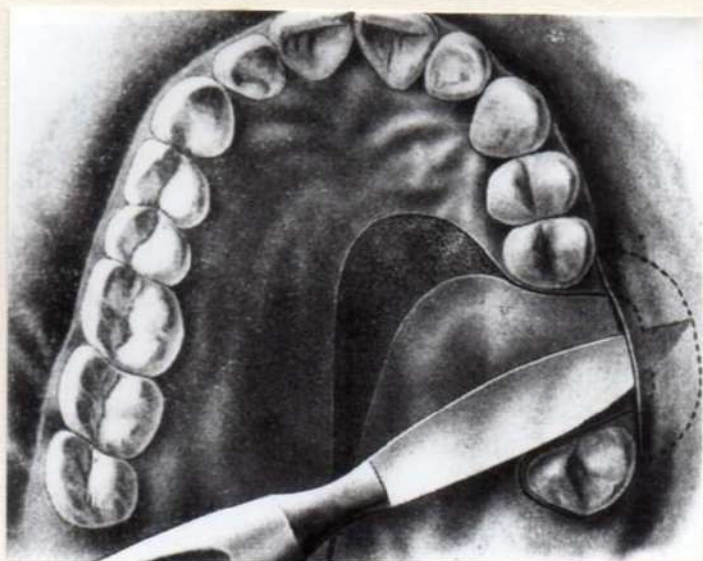


Fig. N° 71.- Muestra la formación del lecho vestibular por despegamiento de la mucosa correspondiente; en él se introduce el extremo del colgajo.-

(Según Dunning.- Tomado de Blair-Ivy. Fig. 206. página 309).-

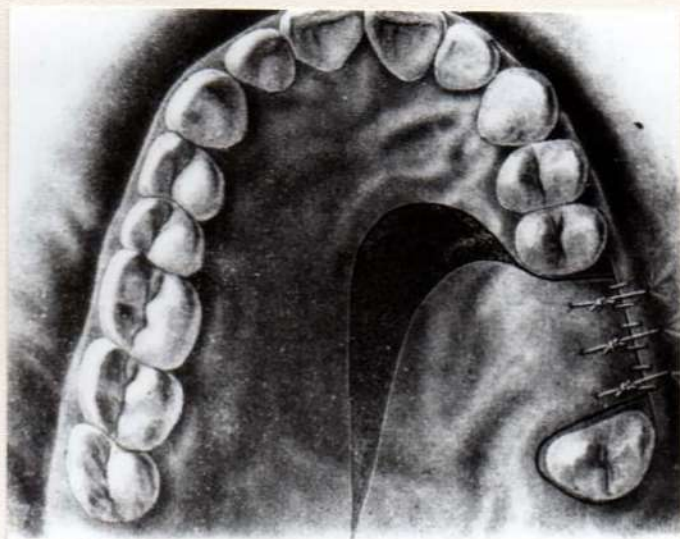


Fig. N° 72.- Muestra el colgajo palatino desplazado hacia el lecho receptor; su borde o extremo ha sido introducido y suturado por debajo de la mucosa vestibular, despegada supraperióticamente.-

(Según Dunning.- Tomado de Blair-Ivy. Fig. 207. página 309).-

El autor se manifiesta partidario ferviente del colgajo palatino¹⁰³ ya que expresa "este es el único colgajo que uso y pienso que es el mas eficaz". Nos resulta interesante destacar que entre esta técnica y la que empleamos nosotros existe un detalle común; la introducción del extremo del colgajo en un lecho previamente labrado.

Con las técnicas que acabamos de considerar, damos término a la revisión de los procedimientos quirúrgicos, que se emplean para el cierre plástico de las comunicaciones de diámetro pequeño y mediano (en general para las órnicas). Nos hemos referido a un número mas o menos importante, seleccionando las que nos parecieron mas adecuadas de acuerdo a lo que dijimos. Por supuesto, son varias las que hemos dejado de lado, lo que no significa desconocerlas o negarles eficiencia; en general, todas manejadas conscientemente resultan exitosas, esto aseguran quienes las preconizan.-

Haremos algunas consideraciones sobre el:

- Tratamiento de las comunicaciones recientes e agudas.-

Nos referiremos seguidamente a los distintos procedimientos plásticos, así como también a las simples medidas con las cuales se consigue el cierre de las comunicaciones recientemente establecidas. Ya dijimos, que resultaba completamente diferente, el requerimiento de una comunicación órnica y una recientemente establecida, siempre refiriéndonos a las odontógenas que estamos estudiando. Son múltiples los factores que avalan esta afirmación: en primer lugar tenemos que considerar que en el caso de las comunicaciones recientes o agudas el tamaño virtual, es decir el que corresponde a la discontinuidad de tejidos blandos, es mucho mayor que el real, el correspondiente al tejido óseo, pues por lo general se producen en la zona interradicular o en el fondo de un alveolo. Ver Fig. N°73. También, cuando la osteotripsia es importante pueden llegar a comprender, la vertiente vestibular del proceso alveolar. En las comu

nificaciones crónicas vimos que ocurría lo contrario, el tamaño de la perforación ósea era mayor que el de la perforación mucosa.-

- Debemos consignar también que en las comunicaciones recientemente establecidas, el trayecto es óseo y está constituido por un verdadero lecho, que ofrece la posibilidad de alojar un coágulo y protegerlo recubriéndolo, por un colgajo o por distintos apósitos. Ver Fig. N° 73. Por el contrario, en las crónicas, por un trayecto de tejido generalmente patológico, que es necesario resecar ¹⁰⁴. Ver Fig. N° 74.-

- El estado sinusal es por otra parte diferente también, mientras en las comunicaciones crónicas, es común la existencia de una sinusitis total o de una sinusitis localizada en la desembocadura de la comunicación; en las recientes, salvo raras excepciones que es necesario por supuesto determinar, nos encontramos con el seno sano.-

Con respecto a la conducta que se debe seguir frente a las perforaciones recientes, podemos decir que existen opiniones completamente distintas. Unos se muestran partidarios de esperar la cicatrización, por la organización de un coágulo, protegido por medidas adecuadas de orden general (en este momento antibióticos, antiinflamatorios, etc.); y de orden local (evitar cambios bruscos de presión, tos, estornudo, sonar la nariz) y distintos apósitos superficiales inclusive protéticos, prescribiendo los que ocupan el trayecto de la comunicación y los lavajes a presión ¹⁰⁵⁻¹⁰⁶. En esta forma, un elevado porcentaje de perforaciones, curarían espontáneamente; en el caso de que esto no ocurra, la perforación se reduciría de tamaño, facilitando el tratamiento posterior. Otras opinan, que cuando las perforaciones son realmente pequeñas, basta con favorecer la formación de un coágulo y mantener tranquila la zona, evitando los cambios bruscos de presión, los colutorios enérgicos, así como también, la colocación en los alveolos correspondientes de gasa o al-

godón; si se hubiera producido una destrucción mas o menos importante con formación de fragmentos óseos desprendidos y la abertura fuera mayor, debe realizarse la sutura inmediata; como vemos se consideran situaciones un poco diferentes y se indica una terapéutica, que puede resultar adecuada para cada caso¹⁰⁷.-

Otros por el contrario, son mas drásticos y creen que los tratamientos expectantes o la adopción de medidas de eficiencia dudosa, deben descartarse¹⁰⁸.-

Por nuestra parte creemos que estas posturas pueden conciliarse; indudablemente que la obturación plástica sistemática, resulta la conducta ideal pues dá un margen de seguridad mayor, pero para realizarla, contrariamente a lo que opinan algunos autores, pensamos que no está al alcance del práctico general, al cual por otra parte, le ocurre con mas frecuencia el accidente. En consecuencia es bueno difundir también las medidas terapéuticas y los procedimientos simples, que pueden dar resultados en un buen porcentaje de casos.-

Concretando nuestra opinión al respecto, diremos lo siguiente:

- es necesario determinar el estado del seno maxilar y aunque resulte repetido el concepto, si el seno se encuentra sano se puede proceder en forma inmediata al cierre plástico, para el cual preferimos emplear el colgajo de Wassmund, previa reducción ligera de la altura del proceso alveolar, contorno alveolar y hueso interradicular (por vestibular y palatino).-

Antes de suturar, verificamos la formación del coágulo que llene perfectamente el lecho alveolar.-

En la página siguiente observaremos las Figs. N° 73 y N° 74, que ilustran lo que hemos expresado anteriormente.-

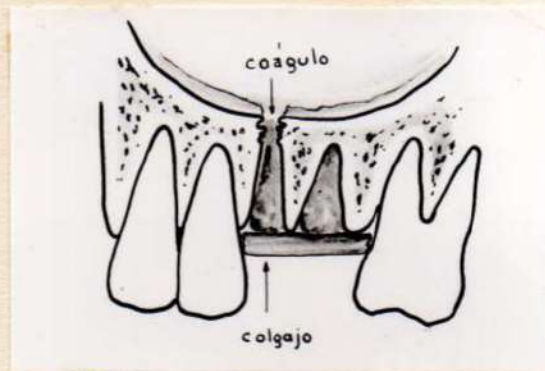


Fig. N° 73.- Muestra una comunicación buco-sinusal aguda producida a través del alveolo de una pieza dentaria multirradi- cular. Nótese que el alveolo ofrece un lecho adecuado para recibir y proteger el coágulo.-

(Diagrama del autor)

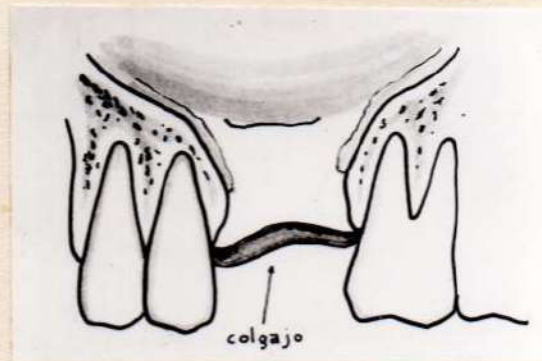


Fig. N° 74.- Muestra una comunicación buco-sinusal crónica en la cual ya se ha retirado el trayecto y ocluido median- te un colgajo; se trata de destacar, que resulta im- posible promover antes en el lecho, la formación de un coágulo para proteger con el colgajo.-

(Diagrama del autor)

En algunas oportunidades realizamos el procedimiento como lo des- cribe Reherman (mas adelante nos preocuparemos de él en detalle) y en otras, cuando la brecha es de diámetro mayor, empleamos la técnica preconizada por nosotros.-

- en el caso de pacientes derivados en que presunimos por lo menos la contaminación del seno maxilar, realizamos lavajes profusos con soluciones ligeramente antisépticas, ampliando o no la comunicación, de acuerdo a la existencia de cuerpos extraños, constatados radiológicamente o supuestos por los datos obtenidos; luego realizamos la obturación plástica, por los procedimientos indicados. La preferencia que hemos manifestado por el colgajo vestibular, no significa desconocer el valor de otros procedimientos.-

- cuando el seno maxilar se encuentra infectado, se deberá efectuar previamente su tratamiento, para recién realizar la plástica. En este caso, y como es necesario determinar que tipo de tratamiento es el más adecuado, por ejemplo: en el caso de las sinusitis agudas supurativas, el tratamiento médico, empleando el arsenal terapéutico que existe en la actualidad; o en la francosepsis proliferativas, el tratamiento quirúrgico es conveniente y hasta diríamos indispensable realizar la consulta con el especialista, para actuar conjuntamente. Destacamos, que además de la importancia terapéutica que tiene, el determinar el estado (de salud o enfermedad) del seno maxilar, se hace indispensable su diagnóstico en el momento de producirse la perforación, para delimitar la responsabilidad que pueda cabernos; es necesario en consecuencia, hacer conocer al paciente la situación, al mismo tiempo que se indica la conveniencia de la consulta; hasta tanto se realiza, es bueno proteger la brecha para impedir la entrada de alimentos.-

Lo recomendado en el primer punto y de acuerdo con otros ¹⁰⁷, creemos que puede seguirse una conducta más tranquila de expectación armada, promoviendo a la formación de un coágulo y protegiéndolo por aproximación y sutura de la mucosa gingival, vestibular y palatina, realizando antes una pequeña osteotomía para favorecerla;

también apósitos superficiales mantenidos en posición por sutura o algún otro de los procedimientos, también manejados por el odontólogo. Preferimos esto a una plástica realizada por manos inexpertas. Son obvios los comentarios sobre sus consecuencias.-

XXXXXXXXXXXX

6- TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES ANTRO-BUCALES ODONTÓGENAS POR LA TÉCNICA DE WASSMUND (modificada).-

- "TÉCNICA DEL BOLSILLO" -

A- Generalidades

En el capítulo correspondiente estudiamos la región gingivo-alveolo-dentaria y los senos maxilares, bajo los aspectos que nos parecieron mas importantes, para dar las bases e integrar este trabajo. Vimos así la anatomía, fisiología y la patología relacionada con el proceso que nos preocupa. Con estos conocimientos nos dedicamos recién a estudiar las comunicaciones antro-bucales en general y en particular las odontógenas; todo para comprender mejor, la interesante y compleja problemática de su tratamiento.-

Nos ocuparemos en esta parte del trabajo de exponer los resultados de nuestra experiencia, en el tratamiento de un número mas o menos importante de comunicaciones, producidas en el transcurso de exodoncia, es decir por trauma quirúrgico; algunas recientes y otras, las mas, crónicas. Todas fueron intervenidas empleando la técnica que presentamos. De acuerdo con los resultados obtenidos hemos podido comprobar que la técnica en cuestión, cubre las demandas de tratamiento de un grupo importante de comunicaciones, las que si bien es cierto responden a una etiología común, teniendo además ubicación y tamaño similares; no dejan de presentar aspectos diferentes. Nosotros hemos llegado a emplearla sistemáticamente para el tratamiento de las comunicaciones de las características enunciadas, podrá esta conducta censurarse, pero es auténtica; creemos que el hecho puede avalar la versatilidad y eficacia del procedimiento.-

Lo que acabamos de expresar no significa negar las bondades de otras técnicas, con las cuales se obtienen resultados similares. Por otra parte la que preconizamos, se basa en un método conocido y ampliamente experimentado al cual, por las razones que expondremos en su oportunidad y en un afán perfeccionista, se introdujeron pequeñas modificaciones que a nuestro entender le confieren mayor seguridad. A esta altura del conocimiento y la evolución de los distintos aspectos de la cirugía, es difícil que surjan procedimientos originalmente nuevos, mas aún, los que datan de algún tiempo y se ve figurar bajo denominaciones personales, se originan a su vez en otros ya establecidos; por esto para el que describiremos, indicamos denominarlo "TECNICA DEL BOLSILLO", expresión gráfica que permite individualizarlo a través de su característica mas particular.-

B- Antecedentes de la técnica. (breve reseña histórica)

El procedimiento en cuestión, "TECNICA DEL BOLSILLO" como lo hemos llamado, se rige por los mismos principios generales que todas las intervenciones plásticas, mas otros específicos que podríamos llamar "zonales" (lugar mas adecuado para la toma de los colgajos, protecciones especiales, etc.).-

La obturación de la perforación se realiza en un solo plano (es decir por recubrimiento simple) y se emplea en principio lo mismo que en las técnicas de Rehrmann, Berger y otros, el colgajo de Wassmund. Veamos la evolución del procedimiento.-

Recordemos que en el tratamiento de los grandes quistes relacionados intimamente con estructuras anatómicas importantes (fosas nasales, senos maxilares, conducto dentario, etc.), Wassmund protegía las mencionadas estructuras, extendiendo sobre la pared del lecho correspondiente, un colgajo gingivo-yugal vertical que mediante la

incisión transversal del periostio, conseguía alargar en una proporción respetable¹⁰⁹. Figs. N° 75 y 76.- Lo empleaba combinado con el Partsch I o marsupialización y II sin suturas; en el primer caso aplicado sobre la bolsa quística remanente, Fig. N° 77 y, en el segundo directamente sobre el tejido óseo.-

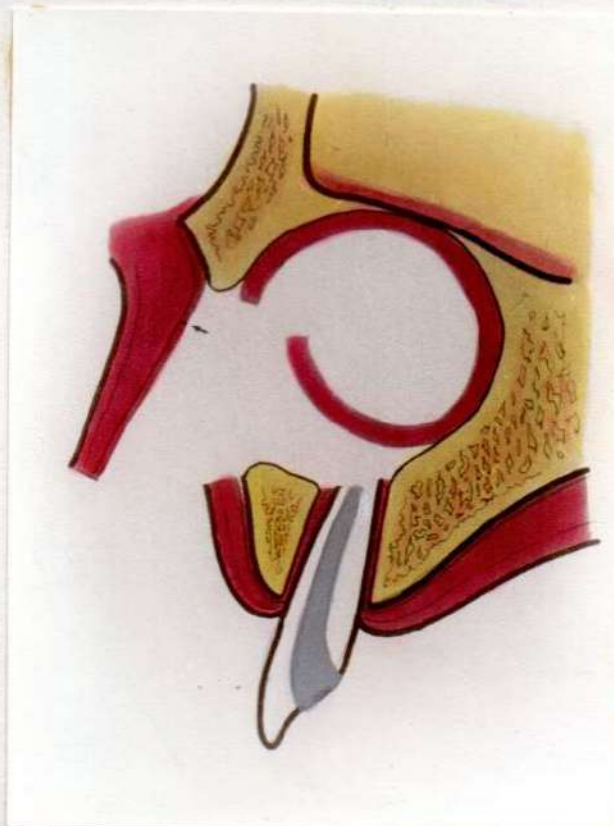


Fig. N° 75.- Muestra uno de los tiempos operatorios del tratamiento de un quiste paradentario; nótese la íntima relación que guarda el proceso con el piso de fosas nasales. Wassmund empleaba para proteger la zona que podríamos llamar crítica, un colgajo pediculado gingivo-yugal vertical que alargaba mediante la incisión transversal del periostio; la flecha señala el lugar de la cara interna del mencionado colgajo donde se realiza la sección.-

(Diagrama del autor.- Técnica de Wassmund para el tratamiento de los grandes quistes).-

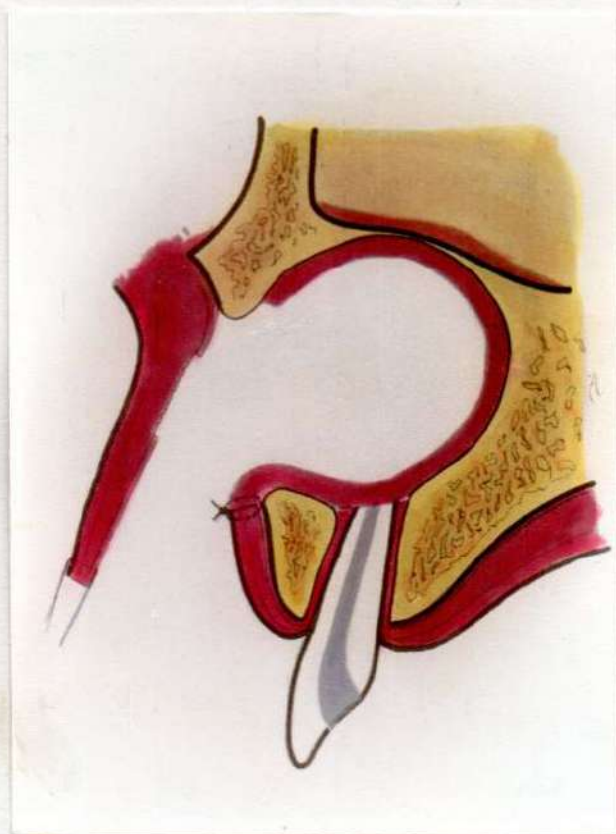


Fig. N° 76.- Muestra uno de los tiempos operatorios del tratamiento de un quiste paradentario (que sigue al de la Fig. N° 75); puede observarse aquí el colgajo pediculado gingivo-yug-vertical, alargado después de haber seccionado el perioncio; en estas condiciones se lo emplea también, para el tratamiento de las comunicaciones entro-bucales.-

(Diagrama del autor.- Técnica de Wassmund para el tratamiento de los grandes quistes).-



Fig. N° 77.-- Muestra el último tiempo operatorio del tratamiento de un quiste paradentario (que sigue al de la Fig. N° 76) combinando el método de Partsch 1 o marsupialización y el colgajo alargado de Wassmund, que extendido sobre el remanente de la bolsa quística forma otra protección a la zona crítica. Se pretende mostrar la extensión en que se consigue alargar el colgajo con la incisión del periostio.--

(Diagrama del autor.-- Técnica de Wassmund para el tratamiento de los grandes quistes).--

Con posterioridad a lo que acabamos de expresar vemos que Rehrmann Wassmund y Berger emplean el colgajo referido, en las técnicas que preconizan para el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales.

- Técnica de Rehrmann.-

A nuestro entender, el trabajo mas importante que se refiere al problema, es el de Rehrmann¹¹⁰ publicado en el año 1936. El autor destaca en primer término, las ventajas que ofrece el colgajo vestibular vertical, para extraer las raíces de un molar o premolar fracturadas y ubicadas profundamente. Mas adelante agrega, que si en la operación no surgen inconvenientes se reubica y sutura el colgajo en su posición original; pero si en cambio ocurre que se produce una comunicación accidental, esta puede ser obturada inmediatamente empleando el mismo colgajo. Para ello es necesario extender las incisiones laterales hacia la mucosa laxa y ampliar el despegamiento; como aún en estas condiciones el colgajo no puede ser saturado sin tensión cubriendo los alveolos, porque su longitud no es suficiente, es necesario realizar la sección anteroposterior del periostio (de igual forma que lo hacía Wassmund para el tratamiento de los quistes). Procediendo así, resulta un colgajo de largo suficiente como para cubrir la perforación y ser suturado comodamente al borde de la fibromucosa palatina, previamente e-
vivado. Fig. N° 78 a,b,c.-

Extendiendo hacia adelante la incisión lateral anterior, como lo muestra la Fig. N° 78 d, y realizando un amplio despegamiento de la mucosa jugal, se consigue exponer la pared quirúrgica del seno ya sea, para extraer un resto radicular o realizar su tratamiento en el mismo acto que se cierra la perforación. Esta es otra posibilidad que según la publicación de Rehrmann, ofrece la técnica en cuestión.-

El trabajo de Rehrmann se refiere a 45 comunicaciones antro-bucales y relata unicamente dos fracasos; hubiera sido interesante con

cer por separado el número de comunicaciones agudas y crónicas, como los resultados del procedimiento en unas y otras, recordemos que las dificultades que ofrecen son distintas, a nuestro entender bastante mayores en las últimas. (Ver tratamiento de las comunicaciones agudas, págs. 124-129. Figs. N° 73-74). De acuerdo a como enfatiza las ventajas del procedimiento en las comunicaciones accidentales, nos queda la impresión de que la gran mayoría fueron recientes; creemos que el elevado porcentaje de éxito obedece a este hecho.-

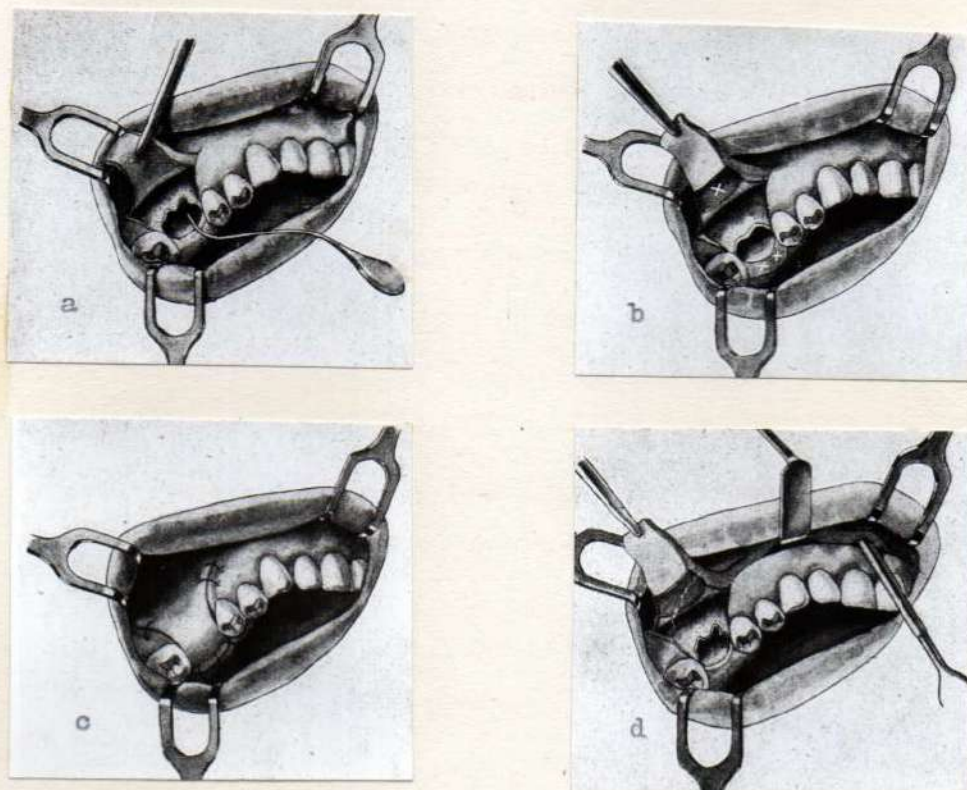


Fig. N° 78 a,b,c,d.- Muestran los pasos de la técnica de Rehrmann; a, formación del colgajo; b, alargamiento del mismo por sección antero-posterior del periestio (X) y avivamiento de la fibromucosa palatina (borde XX); c, sutura borde a borde. La Fig. 78 d, muestra la prolongación hacia adelante de la incisión anterior que permite formar un amplio colgajo y descubrir la pared quirúrgica del seno, para extraer una raíz u operarlo conjuntamente.-

(Según Rehrmann.- Tomada de Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift.- Vol. 39- N° 48- 27 de Noviembre 1936.- Figs. Abb. 1,2,3,4).-

- Técnica según Wassmund.-

Wassmund a quien vimos pertenece la idea del colgajo alargado, se refiere a su empleo en las comunicaciones antro-bucales^{III} de la siguiente forma: "el procedimiento resulta de la modificación, con miras a perfeccionarlo, del método que se suele emplear para cubrir una comunicación que se presenta en forma supresiva, en el transcurso de exodoncia. El odontólogo práctico, forma un colgajo gingival lo extiende sobre la perforación y lo sutura con el borde de la mucosa palatina previamente avivado. Aquí, continúa Wassmund es donde se produce el fracaso; como el colgajo está demasiado tenso, la sutura se abre. Por el motivo antes expresado, en decenas de casos hemos tenido que efectuar una nueva operación. El colgajo gingival puede utilizarse entonces con éxito, si se lo alarga mediante una maniobra simple. Técnicas: por el lado vestibular del proceso alveolar, se forma un colgajo incluyendo el periostio. Las incisiones comienzan en el cuello de los dientes vecinos y ascienden hacia el surco, lo pasan y se extienden hacia la mucosa geniana, penetrando profundamente hasta el hueso. Ambas incisiones divergen hacia arriba para ensanchar lo mas posible la base alimentadora. Luego se levanta lateralmente el colgajo en forma tal, que el periostio se haga bien visible en su base; se lo secciona lo mas alto posible, paralelamente al hueso sin penetrar en la submucosa. En esta forma se consigue alargar el colgajo 3/4 de cm. ya que la mucosa laxa es distensible, no así el periostio. Procediendo en esta forma se puede extender el colgajo sobre la perforación y suturarlo al borde alveolar de la mucosa gingivo-palatina, sin someterlo a tensión. En las perforaciones recientes es imposible realizar el doble recubrimiento, pero si estas datan de 2 a 3 meses este se hace factible y es bueno recurrir a él. De acuerdo con los esquemas de las Figs. N° 198 y 199 para el primer recubrimiento, se for

man dos pequeños colgajos marginales que se vuelcan hacia el defecto; sobre este se coloca el segundo constituido por el colgajo gingival. Este procedimiento ha sido empleado en muchos casos y con éxito, fué descrito por mi asistente Rehrmann y Fischer lo empleó con buenos resultados. Cuando se realiza acompañado de un primer plano resulta muy seguro. En perforaciones recientes donde es imposible seguir esta conducta, las estadísticas mostraron un 5 a 6% de fracasos. La seguridad que se obtiene con el recubrimiento doble utilizando colgajos palatinos, no se consigue con el método empleado en las perforaciones recientes. Haremos un paréntesis a la transcripción, para recordar que nosotros hemos sentada posición contraria al doble recubrimiento, en el caso de las comunicaciones crónicas de diámetro pequeño (págs. 106-108). En cuanto a la mayor seguridad que ofrece el doble recubrimiento con colgajo palatino, frente al empleado en las comunicaciones recientes (interretamos que se refiere al recubrimiento simple con colgajo vestibular); no otros, con las modificaciones que sustentamos, creemos haber conseguido un margen de seguridad a la altura del de las mejores estadísticas empleando otras técnicas. Esto nos ha hecho defender enfáticamente el procedimiento tal como lo realizamos nosotros.-

Continuamos con lo que refiere Wassmund. Esta desventaja resulta de que el extremo del colgajo no puede ser ensanchado, como correspondería al espacio comprendido entre los dientes vecinos. Por este motivo, el colgajo no puede ser lo suficientemente ancho como para cubrir una perforación grande". Con respecto a este último y como veremos mas adelante, no hemos tenido inconveniente aún en los casos, en que la comunicación comandía el proceso alveolar entre las caras proximales (en toda la extensión mesio-distal) de los elementos dentarios vecinos a la comunicación.

Hemos transcrito lo que Wassmund expresa con respecto a la técnica, con el propósito de evitar errores de interpretación que pue -

dan desfigurar la realidad; además, las anotaciones que realizamos y los comentarios que se harán con respecto a ella, podrán ser analizados en estricta correspondencia.

Comentarios:

Por lo que vimos, Wassmund recomienda el empleo del colgajo gingivo-vestibular vertical alargado, en las perforaciones recientes donde dice haber obtenido un 94 a 95% de éxitos. Destacamos este hecho, que corrobora en parte nuestra presunción, de que el trabajo de su asistente Behrman al cual nos referimos ya, había sido hecho en base a una gran mayoría de comunicaciones de este grupo citando en 45 casos, un solo fracaso. La técnica tal como la emplearon ellos no puede a nuestro entender haber dado resultados positivos tan elevados, tratándose de comunicaciones crónicas. Es además significativa la predilección de Wassmund para las comunicaciones de larga data, por el colgajo palatino precedido de una capa en base a colgajos marginales; en concreto que en las comunicaciones crónicas, salvo excepciones, empleaban el doble recubrimiento. Al efecto de certificar el comentario, reproducimos la Fig. original de Wassmund que describe la técnica y la traducción de la leyenda. Ver Fig. N° 79.

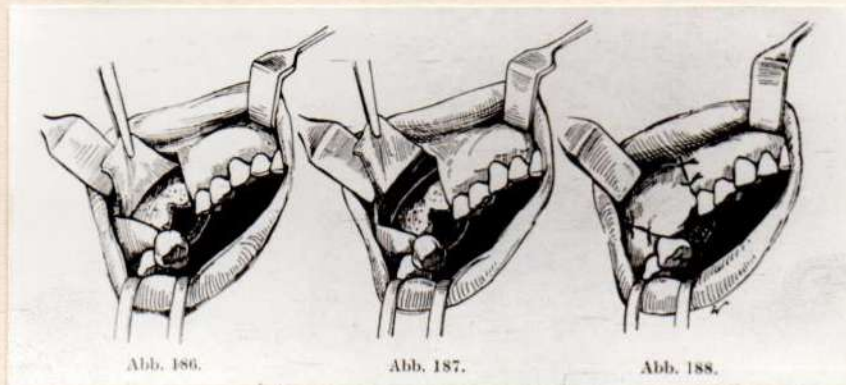


Fig. N° 79.- Comunicación aguda. Revestimiento en un solo plano con un colgajo gingival alargado. Corresponde a Abb.186-188; la leyenda es traducción (Wassmund).-

(Tomada del texto correspondiente a la cita N° 111).-

Como vimos en la leyenda de la Fig. N° 79, Wassmund describía la técnica como indicada para las comunicaciones antro-bucales agudas o recientes.-

- Técnica de Berger.-

En el año 1939 Berger describe un procedimiento para el cierre de las comunicaciones antro-bucales¹¹²; lo emplea en el tratamiento de las comunicaciones crónicas ya que extirpa el trayecto de la comunicación (vimos que sobre esta maniobra Behrmann no hace ninguna consideración y que Wassmund no la refiere porque indica el procedimiento para las agudas o recientes, en las cuales el trayecto no existe).-

Berger realiza además un ligero despegamiento de la fibromucosa palatina, donde sutura el colgajo vestibular con puntos de colchonero; se opera en esta forma el confrontamiento de la superficie cruenta de ambos colgajos. El autor como vemos tiende a asegurar la permanencia del colgajo vestibular en su nueva posición. Los bordes mesial y distal se suturan con punto común. La similitud que tiene con la que preconizamos es el despegamiento de la fibromucosa palatina; este despegamiento no es aprovechado para introducir el borde del colgajo sino únicamente para realizar la sutura con punto colchonero, confrontando las zonas cruentas. Ver Fig. N° 80 a,b,c. En concreto la técnica de Berger es casi igual a la de Behrmann, difiere en lo que respecta a la extirpación del trayecto de la comunicación y a la forma en que se sutura el colgajo vestibular a la fibromucosa palatina. Los dos, como vimos, emplean básicamente el colgajo gíngivo-yugal-vertical de Wassmund.-

Nos parece importante destacar aquí un detalle de técnica, sobre el cual insistiremos mas adelante, cuando realicemos la descripción de la técnica que preconizamos; los puntos de colchonero para suturar el colgajo vestibular a la fibromucosa palatina, se ubican a la inversa pues nuestra pretensión es introducirlo debajo de ella y no

confrontar sus caras cruentas.



Fig. N° 80 a,b,c.- a, Muestra el retiro del trayecto de la comunicación, formación del colgajo vestibular y despegamiento de la fibromucosa palatina; b, la ubicación del colgajo en posición mediante los puntos de colchonero; c, la terminación de la sutura (obsérvese la forma en que se colocaron los puntos de colchonero).-

(Tomada del trabajo de Wallner.- Archives of Otolaryngology-Treatment of oro-antral fistula- 55:6:666-670. Figs. B,B y B:1952).

- Técnica de Celemik.-

Celemik, preconiza un ingenioso método elaborado también en base al colgajo de Wassmund, que atribuye a Behrmann en la publicación a través de la cual hemos conocido el procedimiento ¹¹³.-

Como podemos observar en la Fig. N° 81 a,b,c, que muestran el desarrollo de la técnica; se talla un colgajo gingivo-yugal vertical y realizando un amplio despegamiento, se expone la cara interna o perióstica del mismo. Ver Fig. N° 81 a. En la parte mas profunda, se secciona el periostio y labra a su vez otro colgajo de pedículo inferior, constituido por submucosa y periostio. Fig. N° 81 b; este colgajo es introducido luego debajo de la fibromucosa palatina, que ha sido previamente despegada del hueso subyacente; queda entonces pendiente el colgajo gingivo-yugal primario, este se sutura con puntos comunes al borde libre de la fibromucosa palatina. Fig. N° 81 c. Los bordes mesial y distal del colgajo primario son suturados también, con puntos comunes, a los respectivos de la mucosa vestibular.-

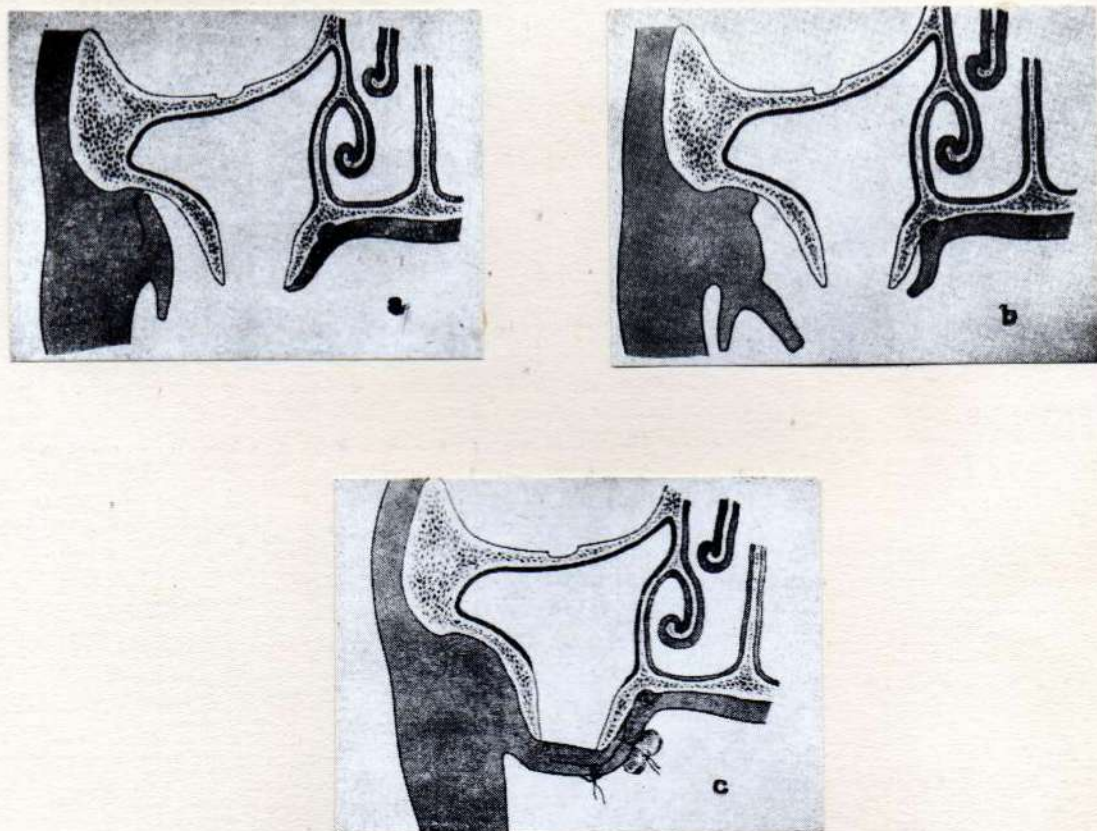


Fig. N° 31 a,b,c.- Muestra los detalles mas importantes de la técnica de Galeznik: a, colgajo gingivo-yugal vertical; b, colgajo secundario profundo, de periostio y submucosa también, muestra la fibrosa palatina despegada; c, colgajo secundario introducido de bajo de la fibrosa, colgajo primario suturado borde con borde.

(Según Galeznik. Tomado de Revista C.O.C- 29:3:3-5. Figs. a,b,c).-

Como hemos podido observar el procedimiento está encaminado a conseguir mayor seguridad en el cierre plástico; lo realiza prácticamente en dos planos aún cuando el profundo no se encuentra cubierto con epitelio, como se recomienda. En lo que respecta a la fijación del colgajo en el lecho receptor, pareciera ser bastante firme.-

Como es nuestro afán mostrar similitudes, destacamos que el procedimiento con respecto al empleado por nosotros, presenta la característica común del despegamiento de la mucosa palatina que se a-

prevecha para cubrir el borde del colgajo (primario en nuestro caso y secundario en la técnica de Seleznik).-

Fröhlich describe la técnica de Behrman y agrega lo siguiente: "en vez de la técnica sencilla de sutura en que se cose borde a borde, se puede introducir el colgajo gingivo-geniano refrescado bajo la mucosa del paladar un poco movilizada y fijarlo con puntos de colchonero"¹¹⁴, expresa que la técnica se encuentra descripta en el capítulo "Nociones fundamentales para la plástica"; a pesar de que hemos revisado en el texto de la cita anterior el capítulo correspondiente, no hemos podido encontrar la referida descripción. Suponemos que cuando dice "colgajo refrescado", se refiere al avivamiento de la superficie epitelizada. Nosotros presentamos por primera vez la técnica que veníamos realizando desde 1957, en las Jornadas Internacionales Argentino-Uruguayas que se llevaron a cabo en la ciudad de Bs. As. el año 1962, para entonces ya habíamos descartado el mencionado avivamiento por considerarlo inútil, además; debilitaba la zona del colgajo donde ubicábamos los puntos de tracción y fijación.-

Fröhlich se refiere al detalle técnico que comentamos en párrafos anteriores sin comunicar que motivos lo indujeron a realizarlo, ni los resultados que obtuvo; por otra parte no hemos encontrado ninguna publicación suya que se refiera al problema.-

La idea de la creación de un lecho para alojar el borde del colgajo, está presente también, en otras técnicas que no emplean el colgajo de Wasekuni; ya hemos visto por ej. el procedimiento descripto por Dunning con colgajo palatino y lecho vestibular (págs. 122-124. Figs. N° 70-71-72) así como también, el de Cichetti que después de rotar sobre su eje un colgajo yugal horizontal de pedículo posterior, lo pasa por debajo de la mucosa gingival despegada, extiende sobre la perforación y sutura en un lecho palatino tallado entre la fibromucosa y el hueso (págs. 118-120. Figs. N° 67-68).-

Herah¹¹⁵ describe también un método, pero de doble recubrimiento empleando un colgajo gingivo-yugal vestibular para realizar el plano profundo, en el cual está presente el detalle de técnica a que nos estamos refiriendo; el mencionado colgajo es rotado sobre su eje y extendido sobre la perforación, la cara epitelizada mirando hacia el seno maxilar. La porción terminal se introduce y sutura por debajo de la fibromucosa palatina. La Fig. 82: 1,2,3, resulta lo suficiente demostrativa como para omitir su descripción detallada.-

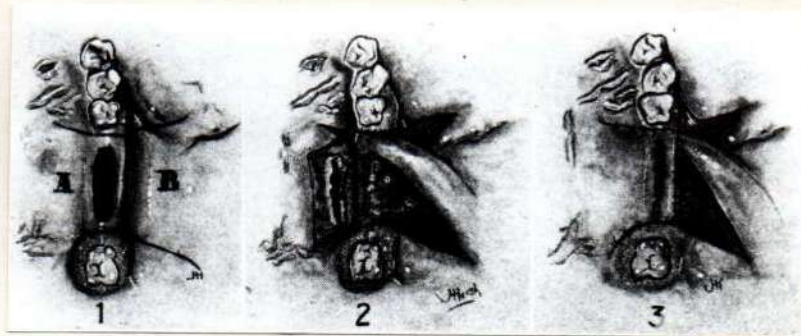


Fig. N° 82.- Muestra en 1 la comunicación y el diseño del colgajo palatino y vestibular (A y B); en 2, se observan los colgajos formados, el vestibular rotado sobre su eje y extendido sobre la comunicación; en 3, el colgajo palatino recubriendo la porción terminal del vestibular y suturado en posición.-

(Según Herah.- Tomada del artículo correspondiente a la cita 115).

C- "TECNICA DEL BOLSILLO". (descripción detallada)

Realizada la descripción y hecho el comentario de los antecedentes técnicos que hemos considerado afines al procedimiento; creyendo además habernos referido a estos con suficiente amplitud y claridad, como para permitir se deduzca la medida en que nos hemos respaldado en ellos; nos dedicaremos a describir detalladamente el procedimiento tal como lo realizamos. Su base es, como dijimos, el colgajo gingivo-yugal vertical alargado, según Wassmund¹⁰⁹ (Fig.75-76).-

a- Formación del colgajo

- Incisión:- La incisión es compuesta; consta de tres trazos, uno horizontal y dos oblicuos divergentes (verticales) uno anterior y otro posterior. Fig. N° 83.-

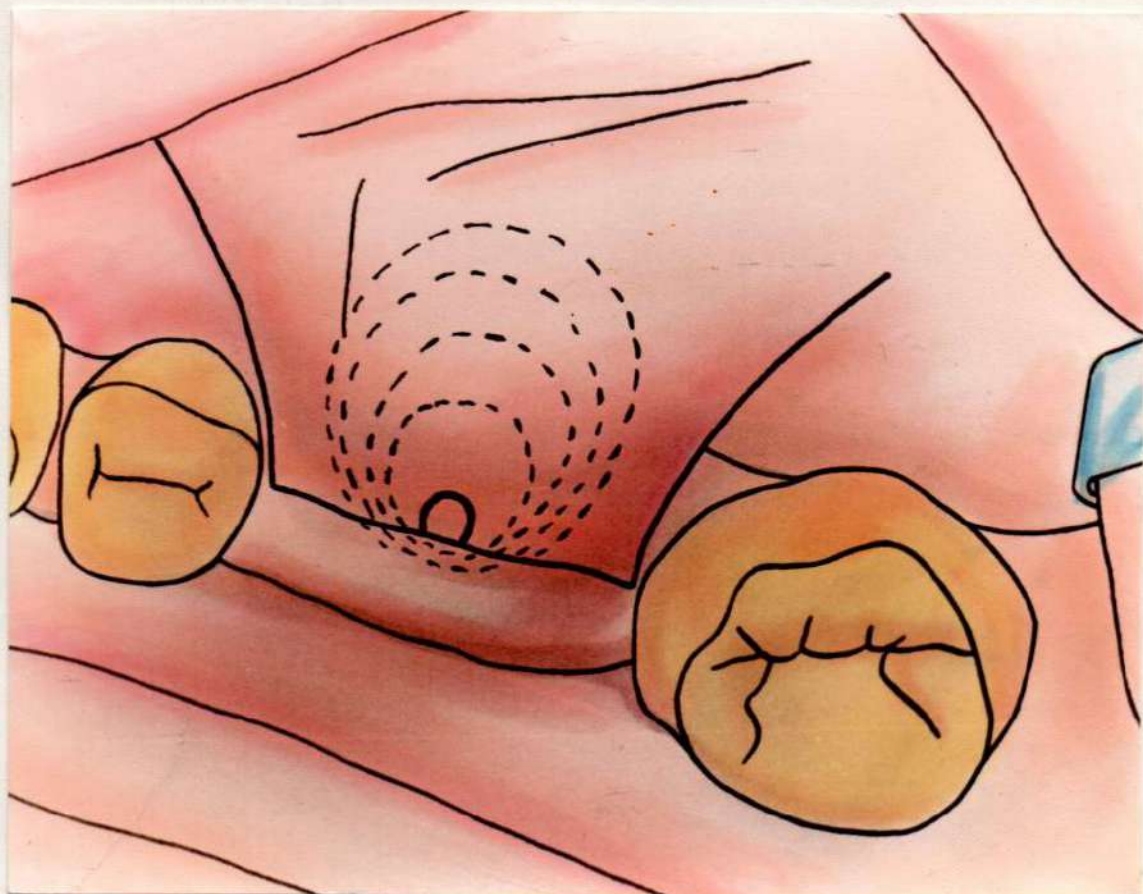


Fig. N° 83.- Muestra la incisión para formar el colgajo de Wasemund como vemos, es una incisión compuesta de tres trazos: uno horizontal anteroposterior y dos verticales oblicuos divergentes, hacia el arco vestibular.-

(Diagrama del autor).-

- Incisión anteroposterior u horizontal: realizamos primero la incisión horizontal proyectando sus extremos a mas o menos 5 mm. del contorno de la perforación ósea (recordemos que ésta, determina lo

que convinimos llamar, tamaño y ubicación real de la comunicación); en el capítulo anterior explicamos que ésta, era la que se debía considerar para el tratamiento (págs. 71-72. Figs. 40-41), así como también la forma de precisarlas (radiografía, sondaje, punturas⁹⁸ y palpación).-

El trazo en cuestión (incisión ánteroposterior horizontal) debe pasar sobre el borde palatino de la comunicación; allí se inclinará el bisturí ligeramente hacia afuera, para poder seccionar la pared correspondiente de su trayecto. Fig. N° 84.-

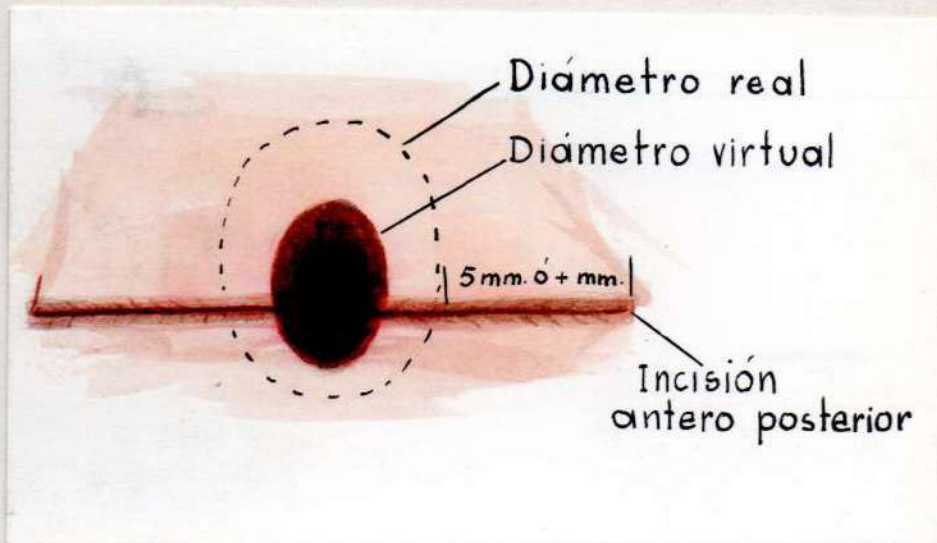
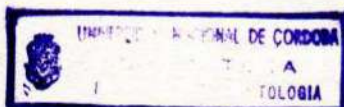


Fig. N° 84.- Muestra la incisión ánteroposterior horizontal, sus extremos se encuentran ubicados a más o menos 5 mm. del contorno óseo de la perforación (en las comunicaciones crónicas siempre mayor que el mucoso), representados por línea interrumpida y continua respectivamente. La incisión, como se puede observar, secciona parte del trayecto.-

(Diagrama del autor).-

Lo que acabamos de expresar con respecto a la ubicación de los extremos de la incisión, se refiere a cuando no existan piezas dentarias en la vecindad inmediata de la comunicación; en caso contrario, deberá extenderse, hasta la cara proximal correspondiente de



los elementos relacionados. Ver Fig. N° 83.-

Los diagramas que emplearemos en adelante para continuar explicando de la técnica, como el de la Fig. 83, se referirán a la primera situación que creemos es la mas compleja; no obstante, cuando mostremos el lecho receptor preparado, intercalaremos uno de zona anodónica.-

- Incisiones vestibulares oblicuas: las incisiones vestibulares, mesial y distal, conque se termina de diseñar el colgajo, son trazadas con bastante mayor divergencia de lo que en general recomiendan los otros autores. Obramos así por los siguientes motivos:

- formar un colgajo cuyo pedículo sea lo suficientemente amplio como para que el aporte sanguíneo y la circulación de retorno, resuelvan con un margen de seguridad amplio la subsistencia del tejido comprendido; en este caso exageramos quizás, por entender que el colgajo en cuestión, al serle seccionado el periostio para alargarlo, sufre una notable disminución del aporte circulatorio.

- el otro motivo se encuentra vinculado a la modificación que sustentamos y aún cuando mas adelante nos referiremos al problema, creemos oportuno anticipar algo al respecto. Como nuestro propósito según lo dijimos es realizar la obturación de la perforación en un solo plano con un margen de seguridad elevado, se hace necesario disponer de un colgajo de amplitud suficiente como para que supere el tamaño de la perforación ósea "tamaño real". La amplitud en largo se consigue mediante la incisión del periostio, pero a la suficiente amplitud en ancho, la tenemos que conseguir, realizando las incisiones laterales en la forma antes especificada.

- recordemos también que el alargamiento de todo colgajo pedicular produce una apreciable disminución de su ancho ¹¹⁶ y en el caso

del colgajo de Wassund, esta es bastante apreciable en la zona donde se ha seccionado el periostio, es decir en las proximidades del pedículo. Ver Fig. N° 85.-



Fig. N° 85.- Muestra el colgajo después de haberse seccionado periostio; se lo ha estirado ligeramente mediante dos puntos de sostén. Nótese el estrechamiento de su ancho, que se ha producido, en la zona próxima al pedículo; allí por su cara interna fué seccionado el periostio.-

(Corresponde a nuestra casuística).-

El extremo superior de las incisiones laterales se ubica por lo general, en el fondo del surco vestibular; cuando el caso lo requiere (algunas comunicaciones agudas) puede trasponerlo y alcanzar la mucosa y tejido subyacente del carrillo, en extensión variable. Los extremos inferiores van a morir en los correspondientes de la incisión anteroposterior, cuya ubicación ya determinamos, tanto en el caso de que no existan piezas dentarias en la vecindad inmediata de la perforación, como en el caso contrario.-

Resulta así un colgajo de forma trapezoidal, con su base menor sobre la cresta del proceso alveolar, correspondiendo a la incisión anteroposterior; su base mayor ubicada en las vecindades del surco vestibular (bastante mas larga), correspondería a un trazo figurado uniendo los extremos superiores de la incisión anterior y posterior.

rior; estas vienen a conformar los lados respectivos no paralelos del trapecio.-

Es importante destacar la divergencia exagerada que damos a las incisiones anterior y posterior.(Ver Fig. N° 83), Fig. N° 86.-



Fig. N° 86.- Muestra las incisiones anterior, posterior y antero-posterior. Nótese la gran divergencia de las primeras hacia el fondo del surco; puede observarse también que lo atraviesan proyectándose sobre la mucosa del carrillo.-

(Corresponde a nuestra casuística N.º. 52).-

- Despegamiento:- Corresponde ahora completar la formación del colgajo, movilizándolo por despegamiento del plano óseo, el sector de tejido comprendido por la incisión. Iniciamos esta maniobra sobre el borde anterior en las proximidades del surco, lugar donde el periostio puede ser perfectamente individualizado y el despegamiento resulta mas fácil (recordemos aquí la importancia de profundizar la incisión hasta el hueso, para permitir y facilitar la maniobra que describimos); continuamos hacia atrás y abajo hasta encontrar el trayecto de la comunicación, que ha sido en parte seccionada como describimos, por la incisión anteroposterior; se hace necesario aquí seccionar la pared vestibular del trayecto, tratando de respetar en lo posible el sector de tejido de la desembocadura oral.-

Cuando estudiamos las características anatómo-patológicas de las comunicaciones antro-bucales, vimos que estas diferían de acuerdo a su evolución y estado (agudas e recientes, en período de organización y crónicas), habrá que adaptar esta maniobra al caso particular: en las agudas, el despegamiento se realiza directamente sobre el borde fresco de la perforación; en las crónicas, como lo hemos descrito anteriormente y, en las que se encuentran en período de organización, prácticamente como en las agudas, puesto que al mejor intento la mucosa gingival se desprende porque el trayecto no se encuentra diferenciado aún.-

Para completar la formación del colgajo progresamos con el despegamiento hacia arriba y atrás; su extensión dependerá de:

- la ubicación y tamaño que alcance la perforación ósea en la vertiente vestibular del proceso alveolar remanente y las caras externas del seno maxilar. El curetaje que se realiza después de haber reseñado el trayecto de la comunicación, amplía aún más el diámetro óseo de la misma; este es otro detalle que se debe tener en cuenta, también, para diseñar el colgajo.-
- la necesidad de exponer hasta una altura conveniente la cara interna o perióstica del colgajo, para luego seccionarlo lo más alto posible¹¹⁷. Ver Fig. N° 87 (Diagrama) y Fig. N° 88 a,b. (Fotografías de intervención).-

La sección debe realizarse en el sitio indicado, para que quede por debajo de ella un sector de colgajo cubierto de periostio, con el que pueda ocluirse cómodamente la comunicación; en consecuencia la zona donde se produjo el alargamiento, podrá adosarse al tejido óseo por arriba de la perforación y no quedar expuesta hacia el seno maxilar. Esta situación ideal, puede conseguirse únicamente, en los casos donde la ubicación ("real") de la comunicación no comprenda las caras externas del seno. Mas adelante insistiremos sobre el problema.-

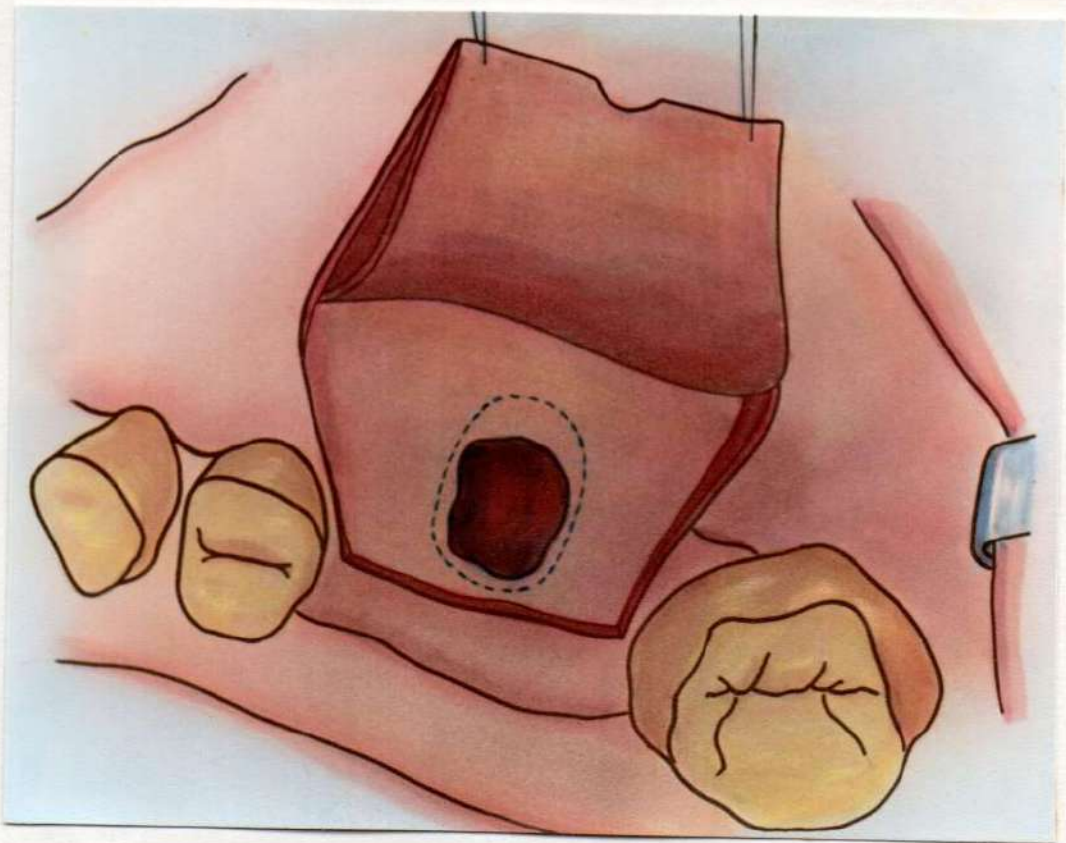


Fig. N° 87.- Muestra el colgajo ampliamente despegado hacia arriba, para seccionar el periostio a la altura indicada. Se observa además, el diámetro y ubicación "real" de la comunicación y en línea interrumpida, su ampliación después del curetaje.-

(Diagrama del autor).-



Fig. N° 88 a,b.- a, Muestra el colgajo de Wassund ampliamente despegado; b, muestra el bisturí ubicado donde termina el despegamiento, para seccionar el periostio lo más arriba posible.-

(Corresponde a muestra caufística H.C. 485).-

b- Resección del trayecto de la comunicación

Efectuamos esta maniobra con criterio radical y sin reparar, cuando el caso lo requiera, en ampliar el diámetro de la brecha ósea; esto nos permite examinar el seno maxilar y especialmente la zona vecina a la desembocadura de la comunicación, donde dijimos haber encontrado siempre tejido patológico; esto nos permite resecarlo y realizar además, lavajes profusos de la cavidad sinusal. A los lavajes los hacemos sistemáticamente; el hecho de no haber detectado su presencia en los estudios radiográficos correspondientes, no es de suficiente valor para desechar la posibilidad de que existan; con anterioridad hemos relatado el "hallazgo sorpresa" de restos radiculares, trozos de cemento quirúrgico, esquirlas óseas de distinto tamaño, etc., en el transcurso de estos lavajes; elementos que hemos visto emerger con toda facilidad, a través de la brecha ampliada. A estos lavajes, como dijimos, los realizamos en forma sistemática. (Para lo anterior ver pág. 107. Fig. N° 58).-

En concreto destacamos; que en este tiempo operatorio, se efectúa la resección del tejido blando que constituye la pared del trayecto de la comunicación (Fig. N° 36), igualmente se curetea el tejido óseo aledaño eliminando granulaciones, esquirlas óseas, raíces, etc. del trayecto (H.C. 56- 66- 321, etc.) y por la brecha ampliada, las granulaciones y formaciones poliposas vecinas a la desembocadura sinusal; luego lavajes profusos empleando soluciones anti-sépticas o neutras según el caso.-

En las Figs. N° 89 y 90, tomas fotográficas de una de las intervenciones de que nos estamos valiendo para ilustrar la descripción del procedimiento, muestran la zona del trayecto después de formado el colgajo vestibular y una vez extirpado el mismo; puede apreciarse en la última el diámetro y ubicación "real" de la comunicación. El diámetro resulta suficiente como para explorar el seno, curetear la zona próxima y extraer los cuerpos extraños.-



Fig. N° 89.- El colgajo conformado permite observar la zona donde se encuentra ubicado el trayecto no retirado aún; su aspecto es de tejido patológico.-



Fig. N° 90.- Muestra la perforación ósea, después de haber sido extirpado el trayecto y cureteado el hueso subyacente; su diámetro permite lavar y curet.

(Corresponde a nuestra casuística H.C. 485).-

No nos hemos dedicado a explicar como se realiza la incisión en la desembocadura oral de la comunicación, porque esto surge de lo que describimos cuando nos ocupamos de la incisión anteroposterior, en la pág. 146. Fig. N° 84; así como también, despegamiento del colgajo vestibular. Si fuera necesario realizar conjuntamente el tratamiento del seno maxilar; en este mismo tiempo operatorio, se procede a extender hacia adelante la incisión anterior; descubrir ortopéicamente la pared quirúrgica (ántero-externa); trepanarla según técnica o ampliar hacia arriba y adelante la perforación existente; luego se extirpa la mucosa sinusal y realiza la contrapertura nasal. Todo esto como antes vimos, fué provisto por Wassmund^{III} y otros. Por nuestra parte hemos realizado en contadas oportunidades, el tratamiento radical conjunto del seno, preferimos seguir la conducta conservadora; con respecto a la contrapertura nasal, la hemos efectuado únicamente cuando el ostium no pudo ser permeabilizado con tratamiento médico; creemos que cuando este se encuentra libre, resulta suficiente para drenar las secreciones post-operato -

rias y la sangre que pueda fluir de las zonas cruentas. Destacamos que siempre hemos cuidado mantener en el pre y post-operatorio, el ostium permeable.-

o- Alargamiento del colgajo, mediante sección Anteroposterior del periostio (Wassmund)

Describiremos a continuación la maniobra, aún cuando no sea este el momento en que corresponda hacerlo, de acuerdo al orden que ocupa en la intervención tal como la ejecutamos nosotros; mas adelante insistiremos sobre el particular. Seguimos esta conducta para terminar con la descripción de las maniobras comunes y poder dedicarnos después sin paréntesis, a los agregados técnicos o modificaciones que sustentamos.-

En la Fig. N° 87 (Diagrama) podemos observar perfectamente bien, sobre el borde anterior del colgajo, la mucosa y el periostio separados por un triángulo de base superior que corresponde al tejido laxo de la encía areolar; el mismo detalle muestran las Figs. N° 91 a y 92 a (fotografías de intervenciones). La circunstancia que hemos destacado permite seccionar el periostio, en el lugar mas alto del despegamiento, sin herir los tejidos subyacentes; ya dijimos que este era el lugar mas adecuado porque permite, que por debajo de la incisión, quede un sector de colgajo de amplitud suficiente, como para cubrir con exceso la comunicación ósea.-

La maniobra de sección, puede realizarse con bisturí e tijera, lo hemos hecho con ambos instrumentos sin notar diferencia en el resultado. Cuando empleamos la tijera, despegamos primero con ella (en la parte mas alta del colgajo), la mucosa del periostio; luego realizamos la sección. Ver Figs. N° 91 a y b; 92 a y b. La maniobra, por lo general resulta bastante sangrante y recomendamos controlar la hemorragia antes de suturar; de no ser así la sangre se vertirá hacia el seno maxilar, pudiendo acarrear complicaciones de

agradables (empíema e infección, hemorragia nasal, etc.).-



Fig. N° 91 a,b.- a, Muestra el borde anterior del colgajo vestibular; puede observarse en él, el triángulo de tejido alveolar que se para el periostio y la mucosa; b, la tijera se encuentra ubicada, en el lugar donde se secciona el periostio.-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 603).-

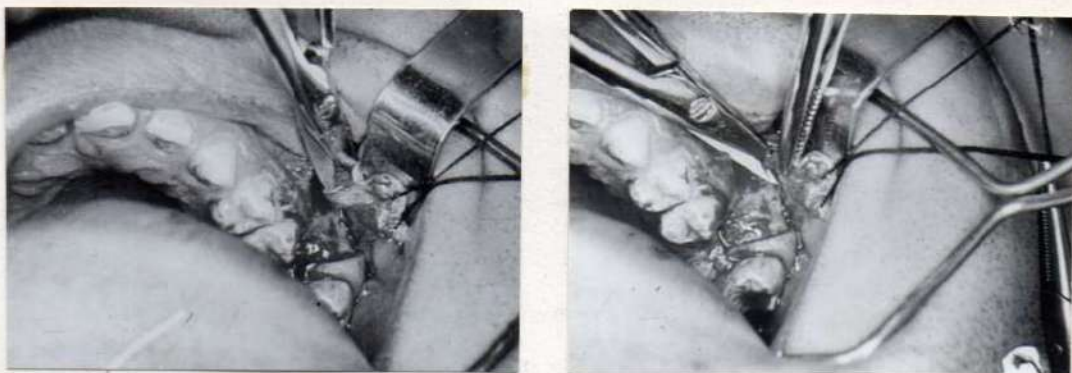


Fig. N° 92 a,b.- a, Muestra el colgajo vestibular vertical; en su borde anterior podemos observar el periostio y la mucosa, separados por divulsión con tijera; b, la tijera ha cambiado de posición para seccionar el periostio; por lo general realizamos la maniobra en esta forma.-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 641).-

Seccionado el periostio, el colgajo queda liberado de su "atadura" al hueso; permite entonces con ligera tracción, ser alargado en una proporción considerable (para Wassmund $3/4$ de cm.). Nosotros hemos conseguido alargamientos de 1 cm o mas. Ver Figs. N° 93 a y b, (fotografías de intervención); así como también Figs. N° 94-95 grā

fico de la intervención.-

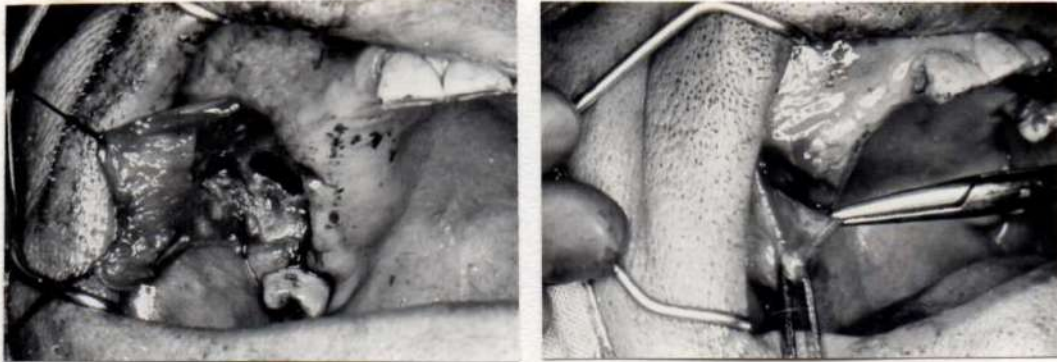


Fig. N° 93 a,b.- a, Muestra el colgajo alargado después de haber sido seccionado el periostio. En su cara interna (extremo) puede observarse un amplio sector cubierto por el mismo; hacia arriba, la zona del alargamiento, la extensión conseguida, puede apreciarse tomando como punto de referencia el labio, sobre el cual hemos extendido el colgajo; b, muestra el borde anterior del colgajo alargado; la pinza inferior tracciona desde su extremo, la superior el periostio seccionado. Por encima del triángulo se encuentra la zona del alargamiento.-

(Corresponde a nuestra casuística H.C. 485).-

En la técnica de Wassmund, el paso siguiente como vimos, es el desviviemento del borde de la mucosa palatina y sutura del colgajo borde a borde, estaríamos entonces terminando la operación. En el caso de la técnica que realizamos, restan aún (como veremos en la Fig. N° 94), todas las maniobras para ampliar el lecho receptor; como la sección del periostio resulte sangrante y aún controlando la hemorragia esta recurre por la acción de los separadores que deben seguir actuando, nosotros preferimos diferir la sección para después de conformar el lecho. En esta forma podemos efectuar todas las maniobras correspondientes, con la tranquilidad de un campo operatorio sin sangre.-

Hemos terminado de describir los pasos de la intervención que podríamos llamar comunes. Después de las Figs. 94-95, haremos la descripción de los agregados o modificaciones.-

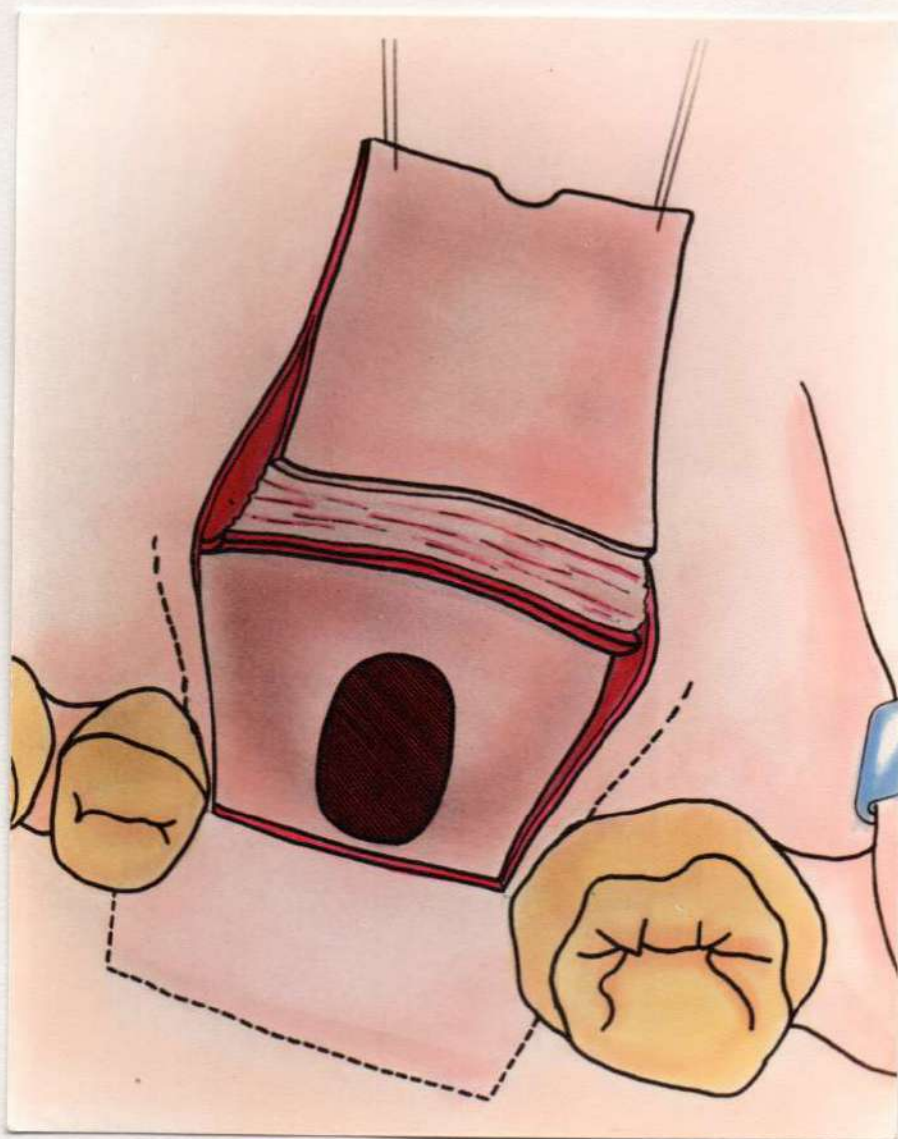


Fig. N° 94.- Muestra el colgajo alargado por la sección anteroposterior del periostio, que lo libera de su "atadura" al tejido óseo. En el borde anterior, se observa la sección del tejido areolar que separa el periostio de la mucosa; como es extensible, permite el alargamiento del colgajo; en la Fig. podemos apreciarlo entre los bordes de la incisión anteroposterior (del periostio), separados por la tracción que se hace hacia arriba y afuera (rayado horizontal). En la misma Fig. podemos observar en línea de puntos, la zona que comprenderá el lecho receptor, ampliado de acuerdo a nuestra concepción.-

(Diagrama del autor).-

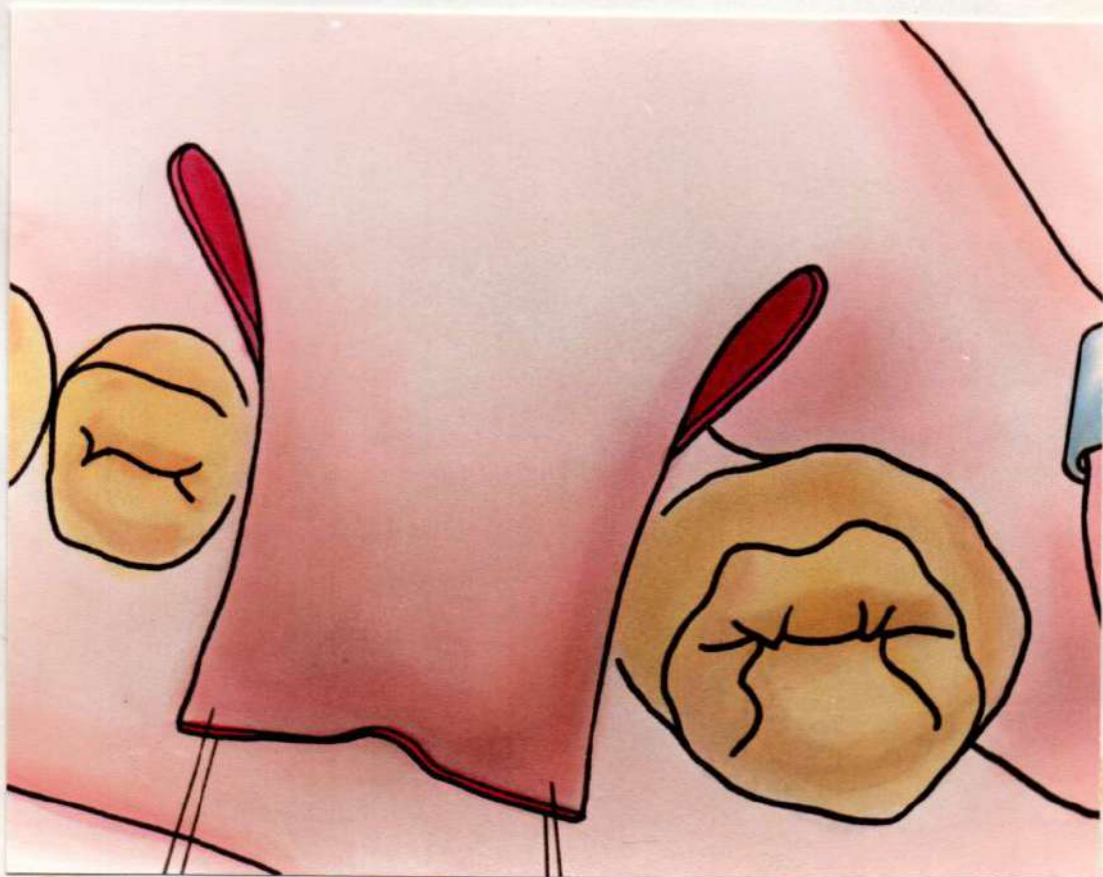


Fig. N° 95 .- Muestra el colgajo alargado extendido sobre el proceso alveolar y pasando hacia palatino entre las piezas dentarias, esto permite introducir debajo de la mucosa palatina y cubrir con exceso la comunicación.-
La Fig. pretende hacer gráfica la extensión en que puede alargarse el colgajo.-

(Diagrama del autor).-

=====

d- AMPLIACION DE LA ZONA RECEPTORA DEL COLGAJO

Formación de los "LECHOS VESTIBULARES" y "BOLSILLO PALATINO"

Después de haber descripto e ilustrado los distintos pasos de la técnica, tal como la realizamos nosotros, y destacando que la base del procedimiento es el - COLGAJO ALARGADO DE WISSMUND!; nos ocuparemos ahora de estudiar los agregados o modificaciones que sugentamos, cuya finalidad, como dijimos, es hacer mas seguro el procedimiento.-

- Formación de los lechos vestibulares:- Una vez que se ha con formado el colgajo gingivo-yugal vertical y extirpado el tejido patológico de la comunicación, procedemos a despegar, como se observa en la Fig. N° 96, la mucosa gingivo-yugal anterior y posterior al colgajo, es decir, los labios de la herida que quedaron fijos, cuando se lo despegó. El despegamiento se realiza subperiócticamente y comprende toda la extensión del borde, en una profundidad de mas o menos 5 mm.; en la Fig. N° 94 podemos observar la zona, determinada por línea interrumpida.-

La maniobra se inicia en el fondo del surco vestibular, es decir, en el extremo superior de la incisión; vimos que allí el periostio se encontraba menos adherido al hueso que en la encía alveolar. Si existen piezas dentarias el despegamiento alcanza el margen gingival y termina en él; pero si en cambio, la zona es anodóntica, se extiende hacia palatino y confunde con el lecho que tallamos allí. Ver Fig. N° 97.-

Por el despegamiento que acabamos de describir se forman dos pequeños colgajos, uno por mesial y otro por distal de la comunicación; entre estos y el hueso subyacente, dos lechos, en los que como veremos mas adelante, se alojarán los labios anterior y posterior del colgajo.-

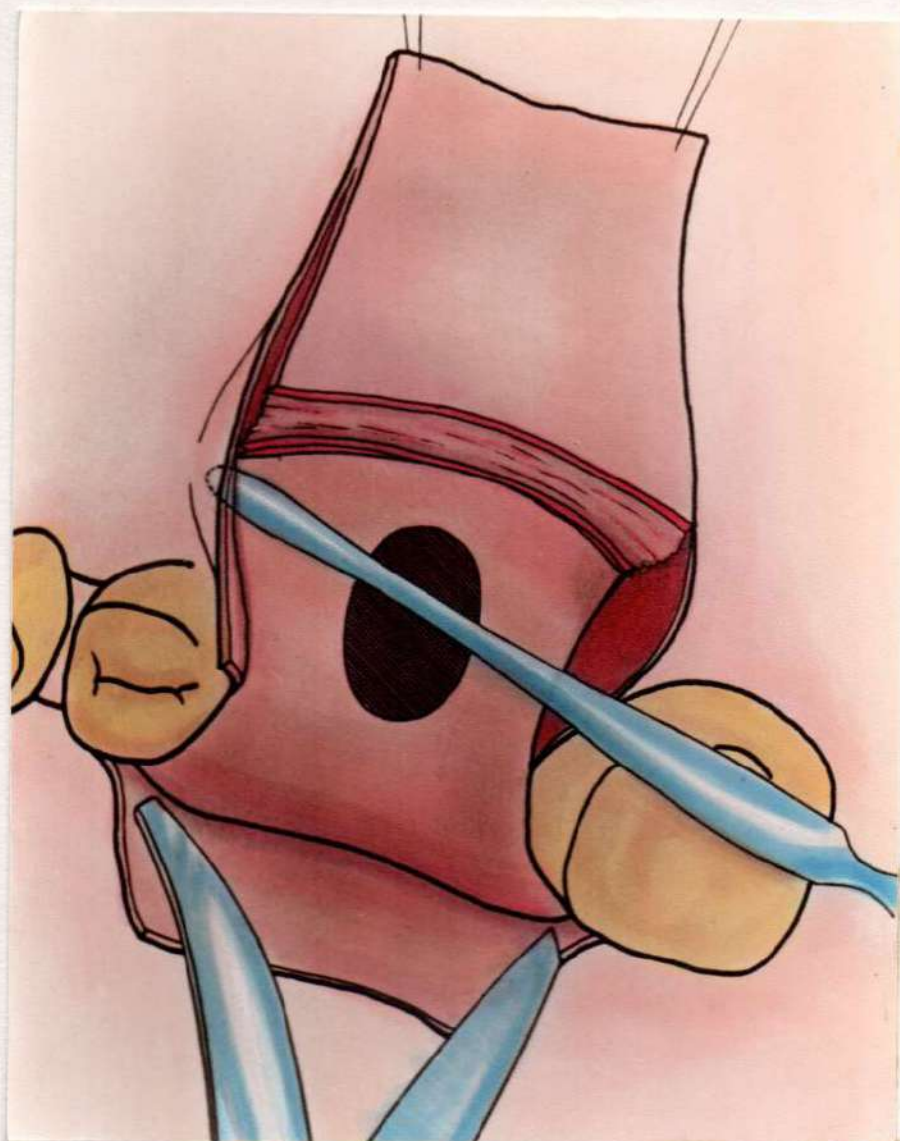


Fig. N° 96.- Muestra el tiempo operatorio correspondiente a la "ampliación del lecho receptor del colgajo", cuando existen piezas dentarias vecinas a la comunicación. Los lechos vestibulares se tallan con espátula delicada, su profundidad alcanza a 5 mm. y su altura, desde el fondo del surco hasta el margen gingival (no se continúa con el bolsillo palatino). Podemos observar además, el "BOLSILLO PALATINO" conformado; las tijeras se encuentran en actitud de divulgación, terminando la maniobra que se inició, con espátula delicada.-

(Diagrama del autor).-

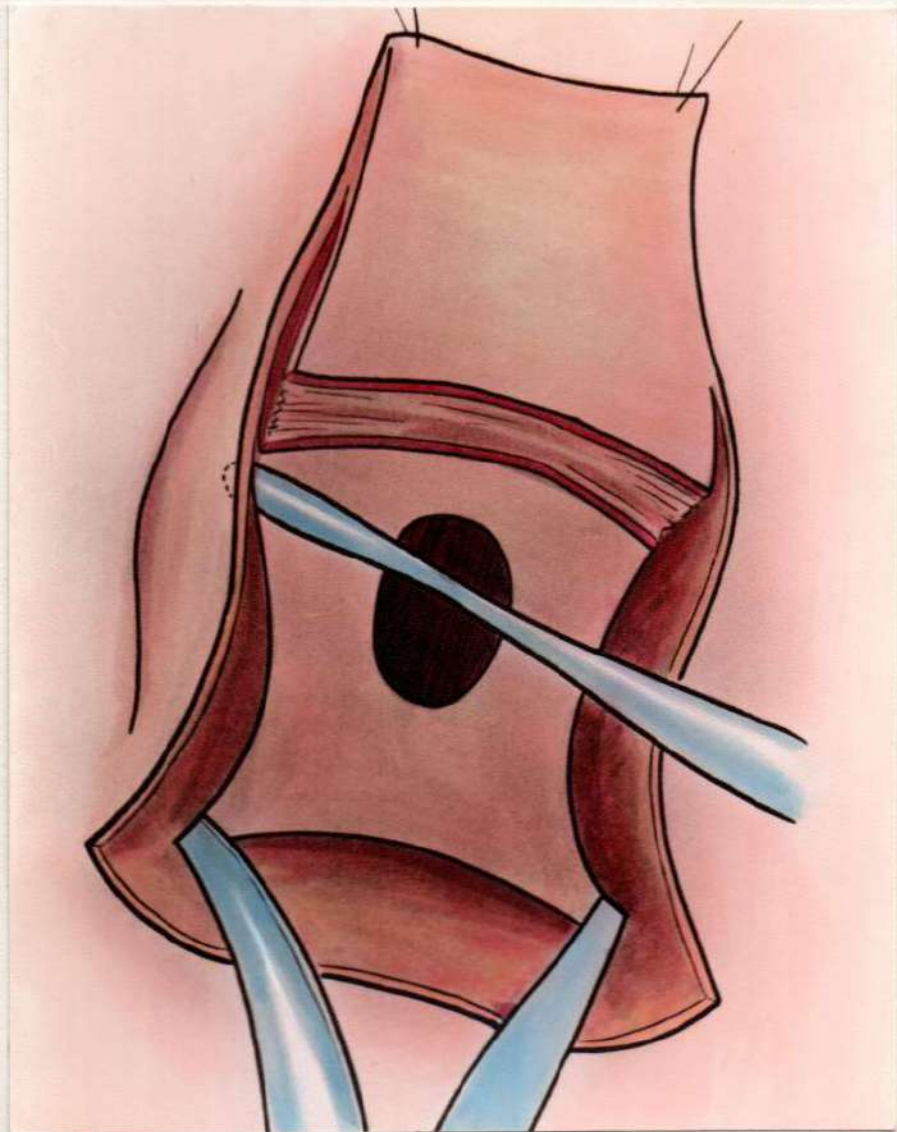


Fig. N° 97.- Muestra el tiempo operatorio correspondiente a la "ampliación del lecho receptor del colgajo", cuando no existen piezas dentarias vecinas a la comunicación. Los lechos vestibulares se tallan con una espátula delicada; su profundidad alcanza 5 mm o mas y su altura, desde el fondo del surco (donde se encuentra el instrumento) hasta el bolsillo palatino, con el que se confunde. Podemos observar además, el "BOLSILLO PALATINO" conformado; las tijeras se encuentran en actitud de división, terminando la maniobra que se inició con espátula delicada.-

(Diagrama del autor).-

- Formación del "BOLSILLO PALATINO":- Entre el borde gingival de la mucosa palatina y el tejido óseo, se introduce un elevador de periostio (espátula delicada) para incluir el despegamiento, una vez conseguido en extensión suficiente, introducimos la tijera y por divulsión (abriendo sus ramas), terminamos la operación. Ver Fig. N° 96 (diagrama) y Fig. N° 98 (fotografía de intervención). La que hemos descrito, es la forma que nos ha resultado mas fácil y rápida de hacer la maniobra.-



Fig. N° 98.- Muestra como se realiza el "BOLSILLO PALATINO". Las tijeras se encuentran en actitud de divulsión; hacia mesial, el despegamiento alcanza la profundidad del lecho vestibular (zona anodóntica); en cambio por distal, comprende el margen gingival hasta la mitad de la cara palatina, de la pieza dentaria correspondiente (zona dentada).-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 485).-

Cuando existen piezas dentarias en las vecindades de la perforación, el despegamiento, en el sentido mesio-distal, se extiende sobre la cara palatina de las mismas (ver Fig. N° 96). En el caso de que la zona fuera anodóntica o las piezas dentarias estuvieran distantes, debe alcanzar el fondo de los lechos vestibulares (ver Fig N° 97); en la Fig. N° 98 podemos observar las dos situaciones. La profundidad del "BOLSILLO PALATINO" debe ser suficiente como para introducir el extremo del colgajo vestibular, en mas o menos 7 mm.

Adelantándose a la enunciación y comentario de las razones, por las cuales el procedimiento resulta de gran seguridad; hacemos notar, que mediante los agregados técnicos propuestos hasta este momento, la superficie de hueso sano sobre la cual a de adaptarse el colgajo, ha sido ampliada extraordinariamente (ver Fig. N° 96-97).

e- Oclusión o cierre de la comunicación

Los pasos siguientes corresponden a las maniobras de ubicación y fijación del colgajo alargado de Wassmund, en el amplio lecho receptor, que se consigue mediante los agregados o modificaciones ya descriptas; en consecuencia consideraremos:

- introducción y fijación del extremo del colgajo en el "BOLSILLO PALATINO".-
- introducción y fijación del borde anterior y posterior en los lechos respectivos.-
- sutura continua.-
- apósito protector.-

De acuerdo al orden establecido (el de su ejecución), nos referiremos en primer término a:

- introducción y fijación del extremo del colgajo en el "BOLSILLO PALATINO":- Para esto recurrirás a dos o tres puntos de colcheteo que se realizan en la siguiente forma. La aguja debe atravesar la fibromucosa palatina, penetrando por su cara externa, en el punto donde confluyen los lechos vestibulares y la parte mas profunda del bolsillo, cuando la zona es anodóntica; en caso contrario, en los extremos de este último; luego sale por el bolsillo, atraviesa el colgajo vestibular en su ángulo anteroinferior de fuera adentro y a 2 mm. de distancia lo hace nuevamente en dirección inversa; a continuación entra por el bolsillo debiendo emerger a 2 mm. de la penetración inicial. Ver Figs. N° 99-100-101. Se progresa de lo mismo en el extremo opuesto y en la parte media.-

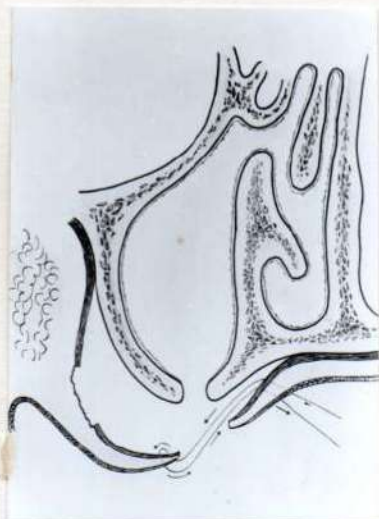


Fig. N° 99.- Muestra la forma en que se realizan los puntos de tracción y fijación del colgajo; las flechas indican su recorrido. La aguja penetra por la cara externa de la fibromucosa palatina, sale por el bolsillo, atraviesa el colgajo vestibular de fuera adentro y luego a la inversa, entra al "BOLSILLO PALATINO" y emerge a 1 ó 2 mm. de la primera penetración.-

(Diagrama del autor).-

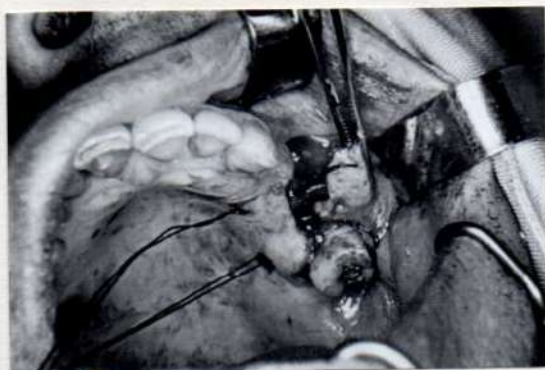


Fig. N° 100.- Muestra los puntos de tracción y fijación realizados según técnica. En este caso se han dado dos, uno en cada extremo del colgajo.-

(Corresponde a nuestra casística H.C. 641).-

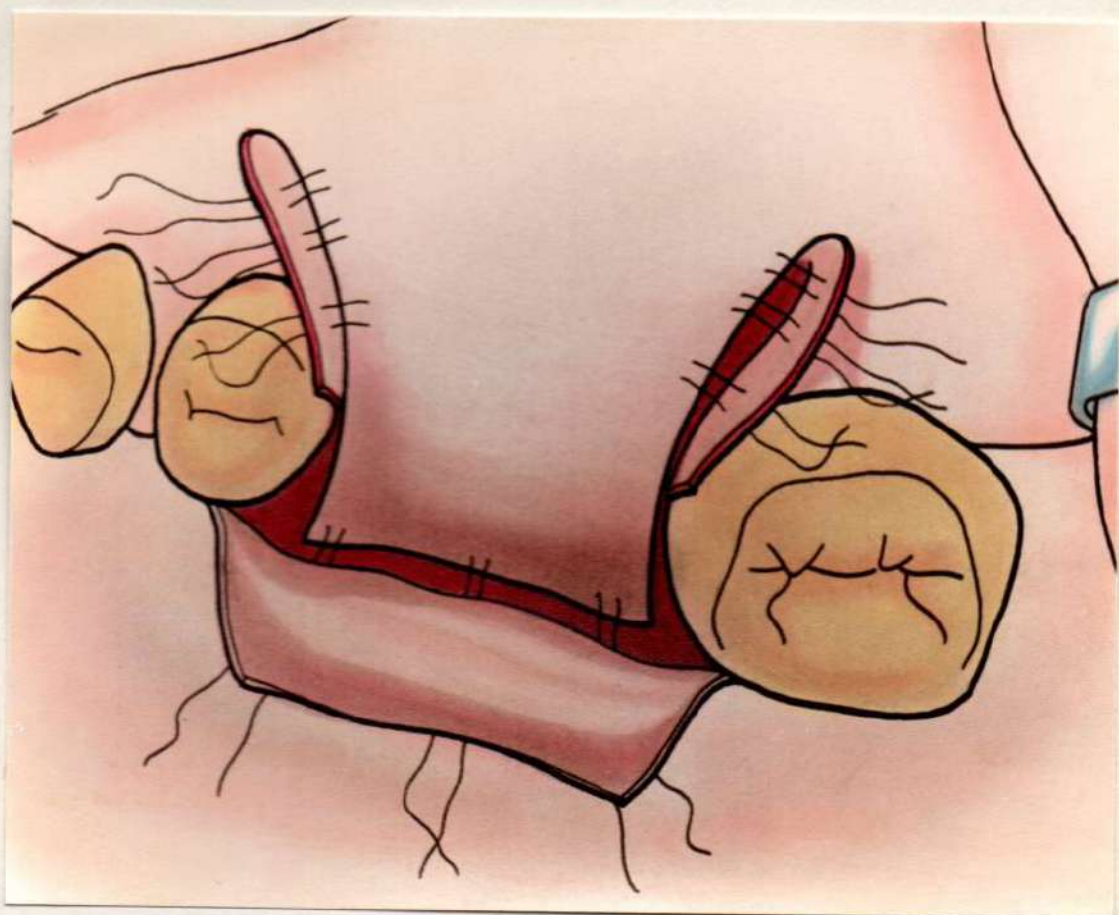


Fig. N° 101.- Muestra los puntos de tracción y fijación del colgajo vestibular realizados según técnica. Se ha ejercido con ellos ligera tracción para ubicarlo en el lecho receptor, cubriendo ampliamente la comunicación. Como podemos observar, el esquema se refiere tanto a los puntos del extremo del colgajo, como a los del borde anterior y posterior.-

(Diagrama del autor).-

Una vez que se han colocado los puntos en la forma consignada, traccionando con ellos el colgajo, se procede a introducir su extremo en el "BOLSILLO PALATINO" (6 u 8 mm.); el borde debe contactar con la zona mas profunda, inmediatamente después se lo fija en posición con nudos de cirujano. Ver Figs. N° 101-102-103. Destacamos que si los puntos de tracción y fijación, se realizaran a la inversa en el colgajo vestibular; su porción terminal no podría introducirse totalmente en el bolsillo, sino que se reanversaría, quedando

su cara interna adosada al lado oruento de la fibromucosa palati -
na; como vimos, esto ocurre en la técnica de Berger.(Fig. N° 80 b)



Fig. N° 102.- Muestra el colgajo vestibular introducido
en el "BOLSILLO PALATINO", mediante pun -
tos colchoneros de "tracción y fijación".

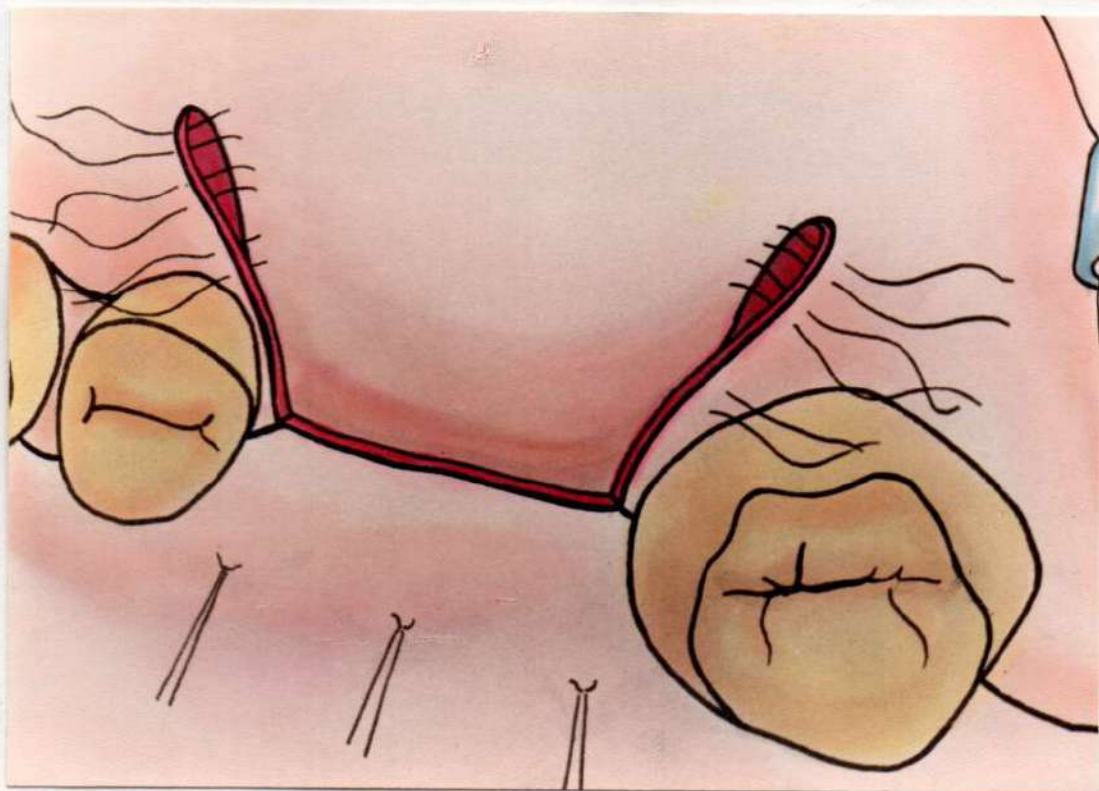


Fig. N° 103.- Muestra el colgajo vestibular introducido y fijado
en el "BOLSILLO PALATINO", por puntos de colchonero. Los puntos
de tracción y fijación, que se emplearán para introducir el bor -
de anterior y posterior en los lechos respectivos, han sido pasa -
dos.-

(Diagrama del autor).-

- introducción y fijación del borde anterior y posterior en los lechos respectivos:- Recién ahora y no antes, se procede a colocar los puntos de tracción para introducir y fijar el borde anterior y posterior, en los lechos respectivos (aquellos que resultaron del despegamiento de la mucosa gingivo-yugal); la técnica que se emplea es la misma que para el caso anterior; es decir, que la aguja atraviesa primero, de fuera adentro, la mucosa vestibular despegada que forma el lecho; luego el colgajo vestibular en igual sentido y desde allí, penetrando a 1 ó 2 mm. hace el recorrido inverso. Ver Figs. N° 103-104-105.

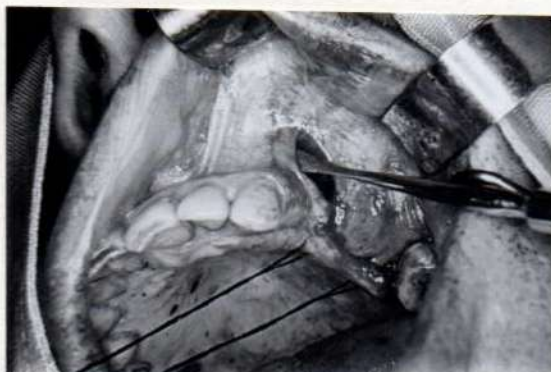


Fig. N° 104.- Muestra el lecho vestibular, donde deberá ser introducido el borde correspondiente del colgajo; el extremo de un elevador de periostio ha sido colocado en él, para señalar su profundidad.-



Fig. N° 105.- Muestra el caso de la Fig. anterior, se ha colocado ya, de acuerdo a lo indicado un punto de tracción y fijación, para introducir el borde del colgajo, en el lecho correspondiente.-

(De nuestra casuística H. Cl. 641).-

Una vez colocados en cada borde 1, 2 ó 3 puntos, se procede a introducirlos y fijarlos en los lechos correspondientes; para esto, y como en el caso del "BOLSILLO PALATINO", se traccionan las hebras y se las anudan. Con estas maniobras queda terminada la parte más importante de la introducción y fijación del colgajo en el lecho receptor. Ver Figs. N° 106-107.-

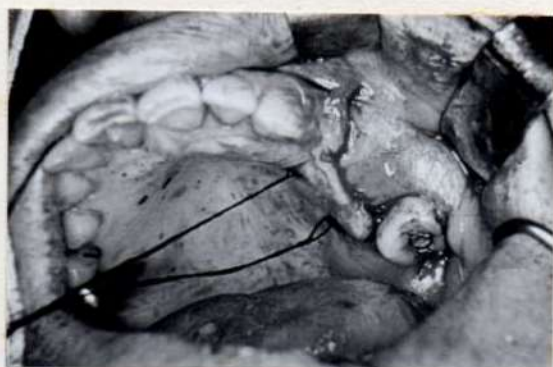


Fig. N° 106.- Muestra el colgajo vestibular introducido y fijado en el lecho receptor, que fuera ampliado, según "TECNICA DEL BOLSILLO".-

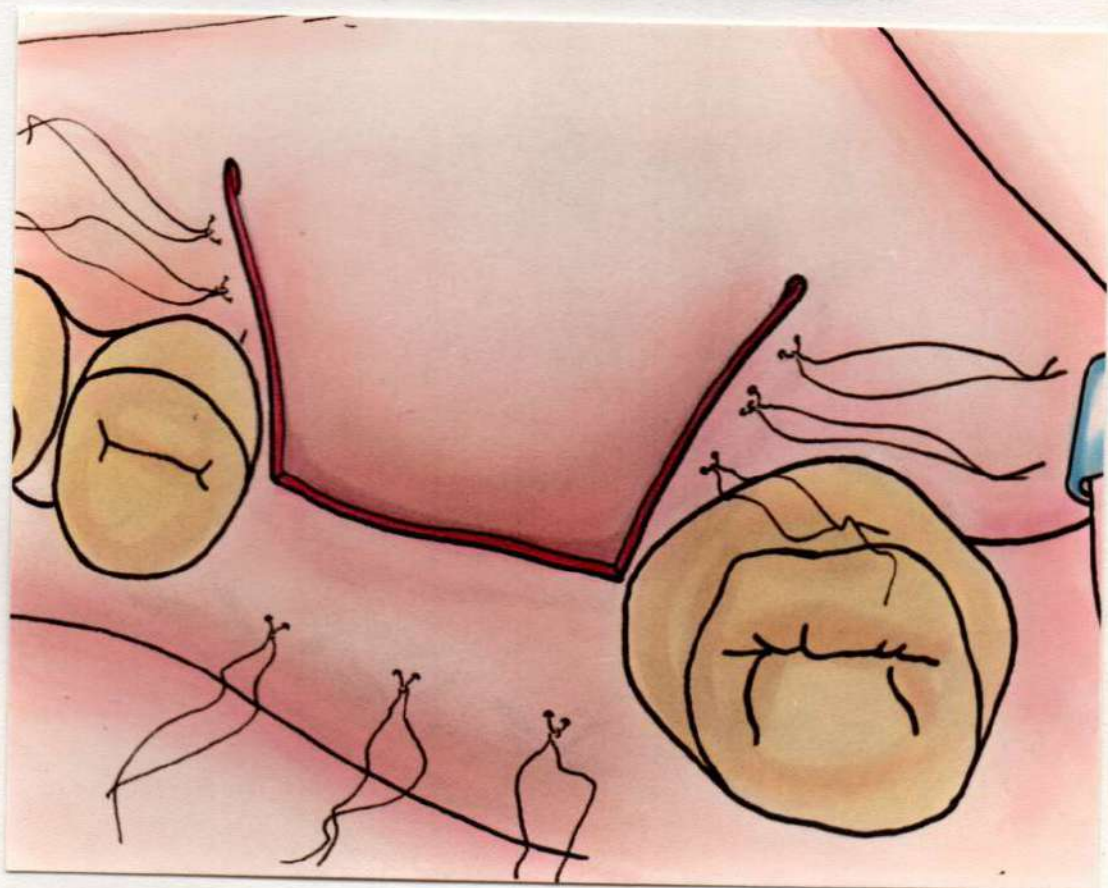


Fig. N° 107.- Muestra, de igual modo que la Fig. anterior, el colgajo gingivo-yugal alargado de Wassmund, introducido y fijado en el lecho receptor, ampliado según "TECNICA DEL BOLSILLO". Resulta fácil imaginar la seguridad, que estos agregados o modificaciones, dan a la técnica que preconizamos.-

(Diagrama del autor).-

- sutura continua:- Una vez terminada la fijación del colgajo en la forma que vimos, para asegurar su permanencia, procedemos a realizar una sutura continua en todo el borde libre del sector de mucosa, vestibular y palatina, que cubre el contorno del colgajo; esta sutura atraviesa el mencionado borde no así el colgajo, donde lo hace superficialmente. Ver Figs. N° 108-109-110.



Fig. N° 108.- Muestra el colgajo "introducido" en el lecho receptor; su permanencia se encuentra asegurada por los puntos de tracción y fijación, también por la sutura continua. Los hilos sobrantes que no han sido cortados, servirán para fijar el apósito protector.-

(Corresponde a nuestra casística H. Cl. 641).-

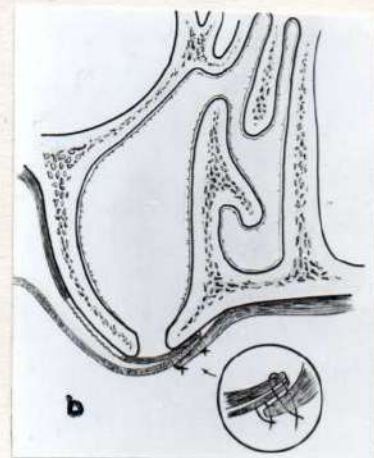


Fig. N° 109 a,b.- a, Han sido cortadas las hebras de los puntos para finalizar el procedimiento sin apósito protector; b, muestra el colgajo vestibular alargado, introducido en el "BOLSILLO PALATINO"; también la forma en que se realizan los puntos de colchonero y la sutura continua, esta no atraviesa el colgajo.-

(a, Corresponde a nuestra casística; b, Diagrama del autor).-

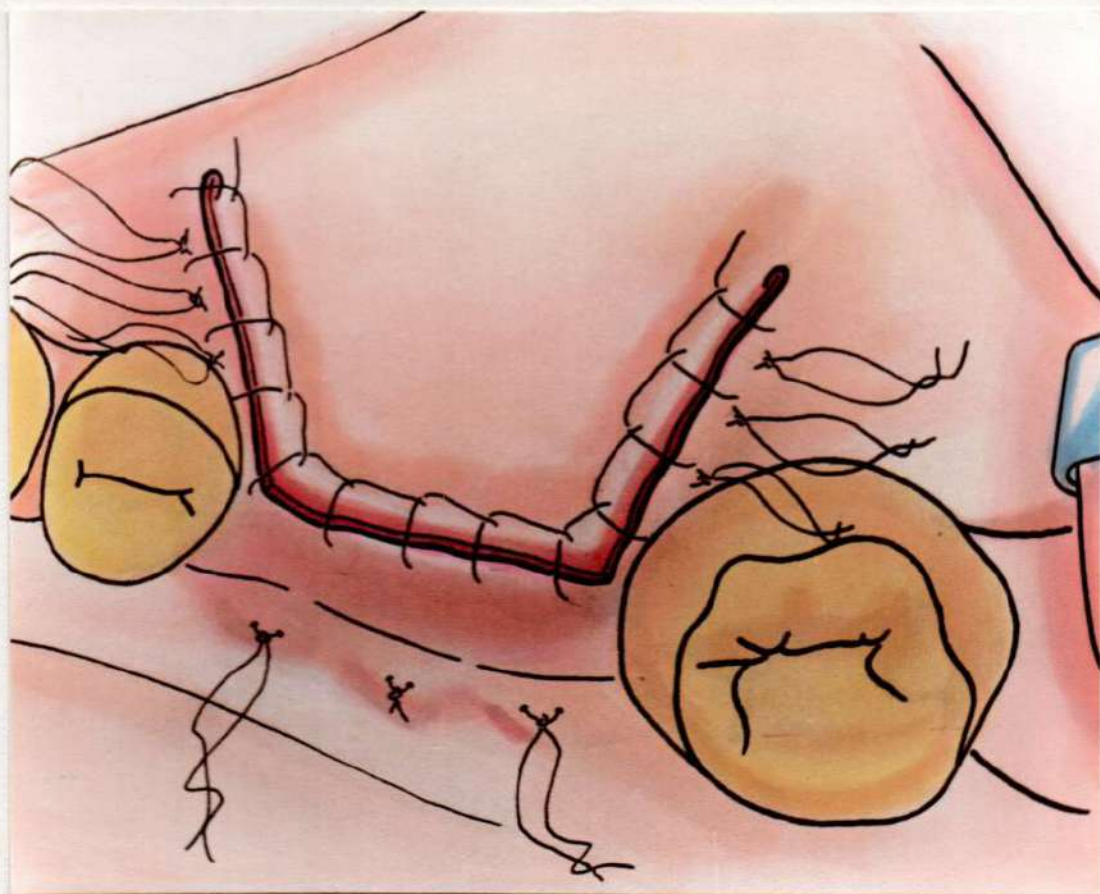


Fig. N° 110.- Muestra el colgajo vestibular introducido en el lecho receptor, cubriendo ampliamente la comunicación, su permanencia, en esta posición, se halla asegurada por los puntos de tracción y fijación y por la sutura continua.-

(Diagrama del autor).-

- apósito protector:- Una de las indicaciones más importantes, para el éxito de las plásticas, es mantener el colgajo perfectamente adosado al lecho receptor¹¹⁸, el motivo es obvio, ya que en esta forma se evita la formación de colecciones que dificulten la pronta unión de los planos e inclusive, pueden llegar a hacer fracasar la intervención. Nosotros realizamos un apósito compresivo, de gasa iodoformada, que mantenemos en posición aprovechando los hilos con que hicimos los puntos de tracción y fijación. Ver Figs. N° 111-112. En alguna oportunidad hemos recurrido a la placa del enfermo, con buenos resultados, en tal caso es necesario controlar

la presión que ejerce sobre la zona, la aleta vestibular, si esta fuera excesiva se realiza el alivio correspondiente.-

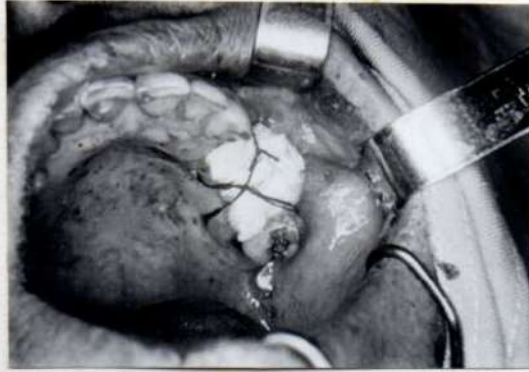


Fig. N° 111.- Muestra el apósito compresivo intraoral, de gasa iodoformada, fijado sobre la zona de la intervención por los hilos sobrantes de los puntos de tracción y fijación del colg.

(Corresponde a muestra ocaística H.61 641).-

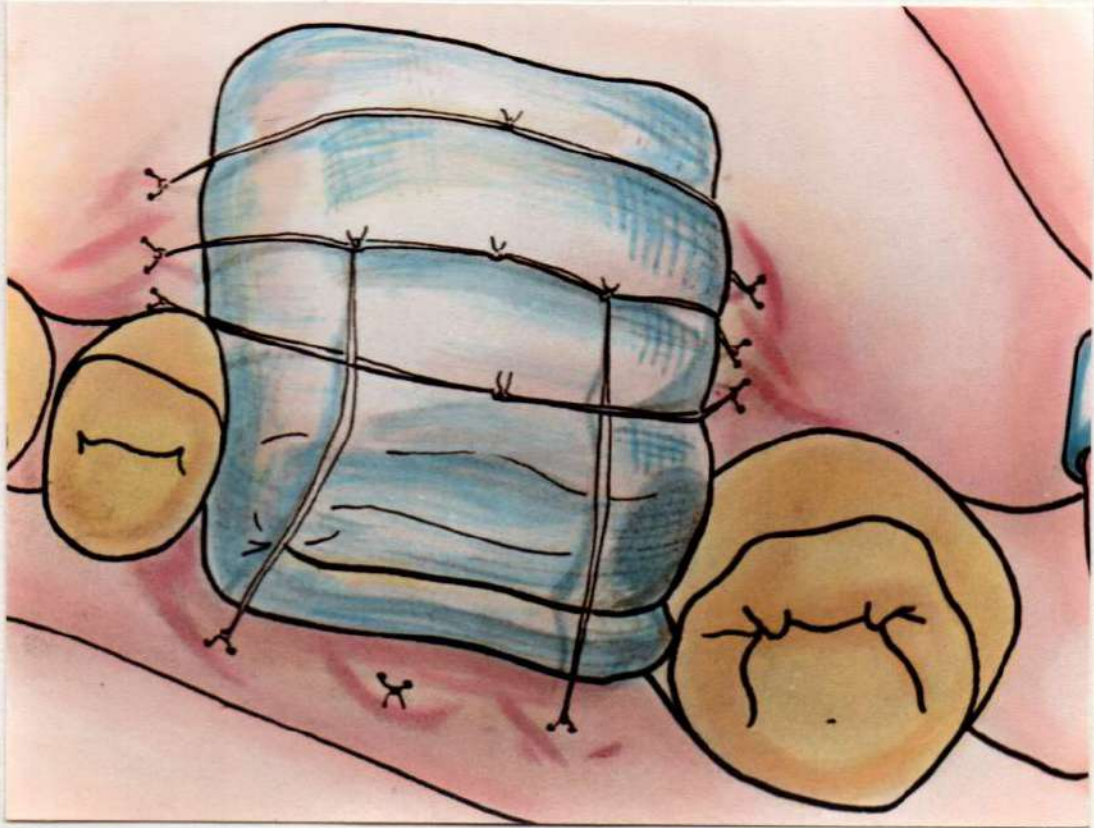


Fig. N° 112.- En la Fig. podemos observar el apósito compresivo intraoral, aplicado sobre la zona intervenida; los hilos de los puntos de tracción y fijación, arudados sobre él, lo mantienen en posición.-

(Diagrama del autor).-

Para completar la compresión y evitar el edema de los tejidos del carrillo, que puede llegar a traccionar peligrosamente el colgajo, hacemos un vendaje sobre la zona. La Fig. N° 113, muestra su ubicación.



Fig. N° 113.- Muestra el vendaje compresivo externo; consta de dos sectores, uno horizontal circular y otro semicircular vertical, deslizando este último hacia adelante o atrás, se ajusta o afloja respectivamente la compresión del sector circular.-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 641).-

Hemos descrito el procedimiento, exactamente como lo realizamos. Con el propósito de evitar que los detalles técnicos deben ser deducidos o mal entendidos, por información deficiente, hemos realizado la mencionada descripción en forma extensa y minuciosa; creemos que todos aquellos a que nos referimos, son igualmente importantes así como también, el orden de su realización. Para avalar lo expresado daremos los siguientes ejemplos que, a prima facie, parecieran ser superfluos: los puntos de "tracción y fijación" del colgajo vestibular deben emerger por su cara mucosa para que, al

ser traccionado, pueda entrar profundamente en el "BOLSILLO PALATINO" y cubrir con exceso el borde correspondiente de la perforación ósea (ver Figs. N° 99-100-101); si lo hicieran en forma contraria ocurriría lo que en la técnica de Berger, que el colgajo se dobla ligeramente en su borde y adapta por su cara cruenta a la correspondiente de la mucosa palatina (otra concepción de la sutura), ver Fig. N° 80 c.-

El segundo ejemplo se refiere al orden de realización de las maniobras. La sección del periostio, destinada a conseguir el alargamiento del colgajo, debe realizarse después que se han conformado los lechos vestibulares y el "BOLSILLO PALATINO"; como la sección crea una zona cruenta que sangra bastante, hecha antes, perturbaría extraordinariamente la ejecución de las mismas. La coagulación de los puntos sangrantes resulta eficaz si no se traumatiza la zona en maniobras posteriores; cuanto mejor es entonces, seccionar el periostio, coagular e inmediatamente después adosar el colgajo y fijarlo en el lecho ya preparado. En varias oportunidades hemos visto cometer este error con los trastornos consecutivos.-

D- HECHOS PRINCIPIOS Y CONCEPTOS EN QUE SUSTENTAMOS
LOS AGREGADOS Y MODIFICACIONES QUE EXPOSIMOS

Como bien lo destacó Wassmund: en las comunicaciones crónicas el procedimiento resulta seguro únicamente si va acompañado de un primer recubrimiento. A nuestro entender, la inseguridad del procedimiento simple resulta de que el borde del colgajo, tal como se lo sutura, queda ubicado prácticamente sobre la perforación; sin cubrir el contorno palatino con el exceso suficiente. El doble recubrimiento seguramente supera el problema, de allí su recomendación para las comunicaciones crónicas. Nosotros sin embargo no lo hemos realizado nunca, ni lo recomendamos, por las razones que expondre-

nos seguidamente:

- existencia, descripta por otros y constatada por nosotros en un número importante de los casos operados, de "sinusitis parciales o localizadas" ⁵²; estos procesos, como su nombre lo indica, son circunscriptos y asientan en la vecindad inmediata de la desembocadura sinusal de la comunicación, no dan sintomatología ruidosa pudiendo por lo tanto pasar desapercibidos.-
- existencia de verdaderos "focos de osteítis" ⁵³ con granulaciones infectadas, hueso necrótico, esquirlas desprendidas, restos radiculares, etc.; estos "focos" se encuentran en el trayecto y comprometen también el seno maxilar.-
- existencia en el trayecto, sin que llegue a crearse el problema anterior, de: raíces o restos, cemento quirúrgico (ver Fig. 34), trozos de gasa, algodón, instrumentos fracturados, etc. (Ver cuadro de presentación de la casuística).-
- existencia de los mismos elementos en el seno maxilar; aquí no suelen ser detectados por los estudios radiográficos comunes Fig. N° 58 a,b, y a veces por los estudios especializados.-
- además de las expresadas y suponiendo que el seno y el trayecto se encontraran libres de los elementos y procesos mencionados, creemos que el tejido del trayecto no ofrece las condiciones indispensables para servir de pedículo; las Figs. N° 36 y 37 a,b,c que muestran su aspecto macroscópico y microscópico resultan, a nuestro entender, demostrativas al respecto.-

Las situaciones consignadas, que conocíamos teóricamente y fuimos constatando en las intervenciones, nos han llevado a extirpar sistemáticamente el trayecto de la comunicación, curetear el hueso subyacente y explorar el seno, para cerciorarnos si existen los citados problemas. A continuación realizamos lavajes profundos del seno, para eliminar los cuerpos extraños; el hecho de no haberlos detectado radiológicamente, no excluye esta maniobra. Ya hicimos men

ción a los "hallazgos sorpresa": buscando una raíz, encontramos además, la canastilla alveolar correspondiente separada de la misma. H.Cl. 1163; buscando un trozo de cemento quirúrgico, que aparecía en la radiografía, encontramos también una raíz. H.Cl. 361'. Si para realizar correctamente las maniobras mencionadas hiciera falta ampliar la brecha, se lo hace preferentemente hacia arriba; esta zona, como vimos, no ofrece dificultades para el recubrimiento.-

En concreto, que por las distintas causas confluentes que expusimos, en ningún caso de nuestra serie pudimos recurrir al doble recubrimiento. No negamos la seguridad que la formación de un primer plano con el colgajo marginal, confiere a la intervención; sin embargo, nos preocupó siempre el futuro de este colgajo que puede no cruzarse y mantener o desencadenar un problema sinusal; también el futuro del seno que no es explorado lo suficiente como para descartar, en forma categórica, la existencia de procesos localizados y cuerpos extraños que, muchas veces, pasan desapercibidos a los estudios clínicos y radiológicos. No obstante lo expresado, creemos que el procedimiento puede resultar útil para las comunicaciones de diámetro mayor con seno bien aireado y desprovisto de los problemas que especificamos.-

En lo que comentamos anteriormente, nació la inquietud de tratar las comunicaciones crónicas por recubrimiento simple, eliminando radicalmente el trayecto.-

El colgajo gingivo-yugal vertical de desplazamiento longitudinal, alargado según Wassmund!, nos resultaba extraordinario; su nutrición, flexibilidad y extensibilidad, promovían esta consideración. En consecuencia, buscamos la forma para que empleado solo, proporcionara el mismo margen de seguridad que en las agudas donde en especial se recomendaba su empleo; también un nivel de éxito, por lo menos similar, al obtenido con el doble recubrimiento en las comu-

nificaciones crónicas. Esto último de acuerdo a los datos de sus defensores.-

De esta idea resultó el procedimiento "TECNICA DEL BOLSILLO" cuya base, como vimos en la descripción, es el colgajo de Wassund; pero integrarían confluencia una serie de detalles de varias técnicas y otros, de nuestra elaboración. De acuerdo al porcentaje del éxito obtenido con ella, próximo al 100%, pensamos haber alcanzado nuestro cometido.-

A continuación nos referiremos a las razones por las que, a nuestro entender, el procedimiento resulta de tanta seguridad:

- la divergencia exagerada que damos a los bordes anterior y posterior del colgajo, ver Fig. N° 83 y 86, hacen que su ancho resulte suficiente para cubrir con exceso la perforación ósea, a pesar del angostamiento que sufre al ser alargado; el colgajo así tallado, al ser descendido en todo para ubicarlo en el lecho receptor, resulta con su parte más ancha sobre la perforación, ver Fig. N° 95 y 101. Esto fué programado considerando: que la ubicación y tamaño "real" de la perforación ósea, comprenden el proceso alveolar y se extienden hacia la vertiente vestibular y pared externa del seno; también que el diámetro se agranda por la extirpación del trayecto y curetaje del hueso subyacente.-
- la ampliación del lecho receptor, ver Fig. N° 96 y 97, hacia vestibular y palatino, proporciona una extensa superficie de hueso sano en la cual el colgajo puede adosarse, con sus bordes alejados prudentemente del contorno de la perforación, ver Fig. 101.-
- los bordes del colgajo alojados profundamente en el "BOLSILLO PALATINO" y "LECHOS VESTIBULARES", donde fueron introducidos y fijados por los puntos de colchonero, ver Fig. N° 102 y 103, resultan cubiertos y protegidos por un verdadero "apósito biológico" que le forman la fibromucosa palatina y las solapas o colgajos gingivo-gugales; quedan así, al abrigo de las injurias del medio

- oral (traumáticas, microbianas y alimenticias), ver Fig. 107.-
- otra razón de seguridad es que el mencionado recubrimiento ejerce sobre el colgajo una ligera compresión, que hace mas íntimo su adosamiento a la superficie ósea.-
 - la citada compresión aumenta además la resistencia friccional al desplazamiento del colgajo, en la zona de su adaptación al lecho receptor y crea otra, entre la cara epitelizada de su borde y la oruanta del "apósito biológico".-
 - la permanencia del colgajo en su nueva posición, se encuentra asegurada por los puntos de colchonero de "tracción" y "fijación" y además por la sutura continua; esta hace un verdadero sellado de todo el contorno, ver Fig. N° 110.-
 - el apósito "compresivo" y "protector" resulta también un factor de seguridad, ya que mantiene perfectamente adosado el colgajo al lecho receptor, sobre todo, en los primeros momentos posteriores a la intervención.-

- CICATRIZACION:- Descripta la técnica y expuestas las razones de su seguridad, nos referiremos recién a la cicatrización, creyendo que en esta forma se comprenderá mejor el problema; lo haremos en el aspecto macro y microscópico.-

- Macroscópico: en el control mediate, después que se han retirado los puntos de sutura, se observa en todos los casos que el contorno de la mucosa vestibular y palatina, "apósito biológico", no se ha adherido al colgajo, ver Figs. N° 114 a y 115 a. Esta es la resultante lógica de como se realizó la sutura (superponiendo los labios y no borde a borde), ver Figs. N° 108 y 109 b. Al cabo de algunos días (10 mas o menos) el espacio tiende a desaparecer y llega a hacerlo completamente, interpretamos que en base a la retracción del borde libre ("apósito biológico"); queda entonces un resalte de éste con respecto al plano del colgajo, ver Fig. 115 a,b. A posteriori desaparece primero el resalte vestibular persistiendo

por palatino; en muchos casos, sin embargo, se nivela también y queda solamente una cicatriz lineal, ver Fig. N° 115 b.



Fig. N° 114 a,b.- a, Control fotográfico a 6 días de la intervención. Muestra el contorno de la mucosa vestibular y palatina separado de la superficie del colgajo, la sutura se retiró el día anterior; b, fotografía tomada a los 16 días de la intervención y a 10 días de haberse retirado los puntos de sutura. Muestra el contorno de la mucosa vestibular y palatina que se ha retraído y el resalte de éste sobre la superficie del colgajo.-

(Corresponde a muestra casística H.CI. 641).-



Fig. N° 115 a,b.- a, Control fotográfico a 12 días de la intervención. Muestra el contorno de la mucosa vestibular y palatina "apósito biológico", separado de la superficie del colgajo, la sutura fué retirada a los 6 días; b, fotografía tomada al año de la intervención. Muestra la mucosa vestibular y palatina al mismo nivel; el resalte ha desaparecido; en la zona de unión se observa únicamente una cicatriz lineal.-

(Corresponde a muestra casística H.CI 602').--

La desaparición del desnivel entre el contorno de la mucosa vestibular y palatina con la zona del colgajo, no es únicamente problema de tiempo; así por ejemplo, en el control de uno de los casos realizado a 7 años de la intervención vemos que persiste en forma pronunciada (ver Fig. N° 116) pensamos que depende en parte del diámetro de la perforación ósea. Si la comunicación es grande el problema se acentúa, también cuando la zona es anodónica; esto no tiene importancia sin embargo, bajo el punto de vista protético ya que varios de estos enfermos (como el de la Fig. 116) llevan prótesis a placa sin ningún problema.



Fig. N° 116.- Muestra la persistencia de la depresión correspondiente a la zona del colgajo y el resalte de la mucosa vestibular y fibromucosa palatina a los 7 años de la intervención.-

(Corresponde a nuestra casística H. Cl. 815 igual a 68').-

- Microscópicas: por la dificultad de efectuar tomas de material de la zona de cicatrización para realizar los estudios microscópicos correspondientes, no nos ha sido posible obtener una secuencia que pueda mostrar la evolución de la cicatrización, en la zona del "BOLILLO PALATINO"; sin embargo en algunos casos en que se practican extracciones dentarias vecinas a la intervención, pudimos hacerle aprovechando la circunstancia. El material obtenido nos permitió realizar las observaciones siguientes: a los 8 meses, a los 4 años y a los 6.-

- observación a los 3 meses: en la microfotografía de la preparación correspondiente, ver Fig. N° 117, se observa que en el lugar de conjunción de la mucosa vestibular y palatina (zona del "BOLSILLO"), aún persiste una grieta y en ella un acúmulo de glóbulos rojos, posiblemente debido a la hemorragia que se produjo en el momento de la toma del material. Esta grieta no es una efracción que interrumpa el epitelio y deje al descubierto el corion sino una invaginación del epitelio, este se encuentra finamente queratinizado e hiperplásico; el tejido conjuntivo fibroso es normal. El caso se refiere a la H.Cl. 808.-

- observación a los 4 años: en la microfotografía de la preparación correspondiente, ver Fig. N° 118, a mayor aumento que la anterior, se observa en el lugar de conjunción de la mucosa vestibular y palatina (zona del "BOLSILLO") una depresión y no grieta. El epitelio es pavimentoso estratificado, se encuentra ligeramente paraqueratinizado y presenta fenómenos de hiperplasia; el conjuntivo subyacente, escasamente celular, es normal. El caso se refiere a la H.Cl. 465.-

- observación a los 6 años: en la microfotografía de la preparación correspondiente, ver Fig. N° 119, que como las anteriores se hizo con tejido tomado exactamente del lugar de cicatrización que estamos estudiando (zona del "BOLSILLO"); no se observa ni grieta ni aún depresión que haga siquiera presumir el lugar de conjunción de la mucosa vestibular y palatina. El epitelio es pavimentoso estratificado, paraqueratinizado en algunos sitios y en otros finamente queratinizado, presenta ligeros fenómenos de hiperplasia; el conjuntivo fibroso subyacente es normal. El caso se refiere a la H. Cl. 57.-

Lo que acabamos de exponer corresponde a la descripción objetiva del problema de la cicatrización, creemos que las observaciones microscópicas realizadas permiten, con las reticencias que plantean

el reducido número de casos, establecer una correlación con lo que hemos observado macroscópicamente en la clínica. Lo real es que la cicatrización superponiendo una zona cruenta a otra no cruenta, no ocurre en la "TECNICA DEL BOLSILLO", se produce sin problemas. La unión se realiza en el fondo del "BOLSILLO", pues el tejido que corresponde al "apósito biológico" se retrae progresivamente después de cumplir su función. Esta función fué destacada en párrafos anteriores, cuando nos referimos a las razones de seguridad del procedimiento.-

En las primeras intervenciones realizábamos la decapitelización del borde del colgajo pensando que era mas correcto confrontar zonas cruentas, pero pronto debimos descartar esta maniobra pues nos debilitaba precisamente el lugar donde colocábamos los puntos de "tracción" y "fijación"; de estos casos no se realizó control por lo cual no hacemos otro comentario al respecto.-



Fig. N° 117.- Muestra el lugar de cicatrización donde confluyen la fibromucosa palatina y el colgajo vestibular (zona del "BOLSILLO"). Se observa allí una grieta, invaginación del epitelio y no afección que deje descubierto el corion. El epitelio es estratificado y finamente queratinizado, el conjuntivo es normal. La toma del material se realizó a los 8 meses.-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 808).-

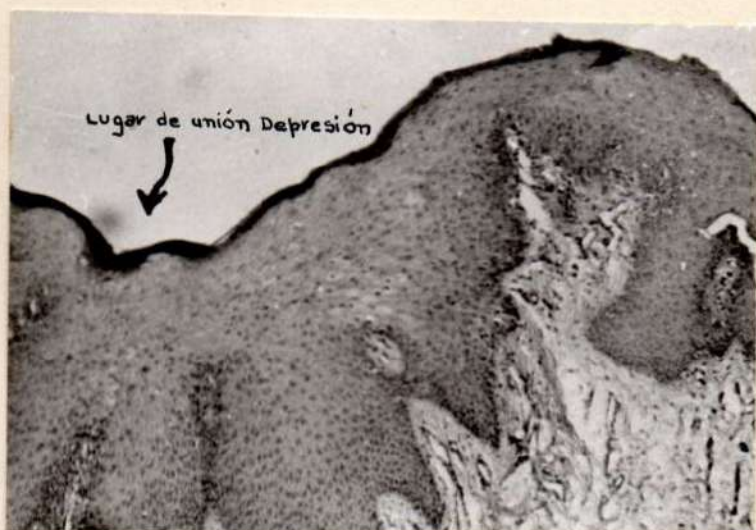


Fig. N° 118.- Muestra el lugar de cicatrización donde confluyen la fibromucosa palatina y el colgajo vestibular (zona del "BOLSILLO"), no se observa aquí la grieta de la Fig. 117 sino simplemente una depresión. El epitelio es pavimentoso estratificado ligeramente paraqueratinizado y presenta fenómenos de hiperplasia, el conjuntivo subyacente es normal. La toma del material se realizó a los 4 años de la intervención.-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 465).-



Fig. N° 119.- Muestra el lugar de cicatrización donde confluyen la fibromucosa palatina y el colgajo vestibular (zona del "BOLSILLO"), no se observan aquí grieta, depresión u otro accidente o detalle histológico que señale el lugar de unión. El epitelio es pavimentoso estratificado paraqueratinizado en algunos sitios y en otros finamente queratinizado, el conjuntivo es normal. La toma de material se realizó a los 6 años.-

(Corresponde a nuestra casuística H.Cl. 57).-

Los exámenes histopatológicos correspondientes a las Figs. N° 117-118-119 se realizaron en la Cátedra de Anat. y Fisiol. Patológicas General y Especial. Fac. de Odontología U.N.C.- Prof. Dr Hector Gendelman.-

Hemos expuesto las razones de orden técnico, en las cuales creemos radica la seguridad del procedimiento, también la forma como se efectúa la cicatrización de acuerdo a los controles clínicos y anatómopatológicos; con respecto a lo primero destacamos, que como vimos en párrafos anteriores, estas no se refirieron únicamente al hecho del cierre de la comunicación sino también a la salud del seno maxilar, pues entendemos que el éxito en el tratamiento de las comunicaciones antrobucales debe comprender los dos aspectos.-

E- PRESENTACION Y ESTUDIO DE LA CASUISTICA

Expuesto el propósito de esta experiencia clínico-quirúrgica y habiendo descripto detalladamente el procedimiento empleado ("TECNICA DEL BOLSILLO") así como también los hechos y razones que lo fundamentan, corresponde estudiar la casuística de comunicaciones odontógenas donde se realizó la experiencia para referirnos después al tratamiento, controles postoperatorios y valoración de los resultados. En forma ligera veremos también las odontógenas que recibieron otros tratamientos y las no odontógenas, estas a pesar de su reducido número servirán para hacer comparaciones y aumentar la casuística de otros trabajos.-

Para la referida presentación y estudio correspondiente nos ha parecido adecuado, por lo sintético y demostrativo, valernos de la tabla N° 1 o cuadro que hemos titulado:

PRESENTACION DE LA CASUISTICA CORRESPONDIENTE A 52 PACIENTES DE COMUNICACIONES ANTRO-BOCALES DISTRIBUIDOS SEGUN SUS CARACTERISTICAS CLINICO-RADIOGRAFICAS, ESTADO SINUSAL TRATAMIENTO Y CONTROL.-

a- Presentación de la casuística

Al efecto han sido asentadas en la citada tabla (ver tabla N° 1) las H.Cl. correspondientes cuyo total es 52; el número de orden y propio dispuestos en forma vertical y los datos de cada una (seleccionados de acuerdo a la necesidad de este trabajo) desplegados en sentido horizontal. Para su anotación hemos recurrido a signos, algunos perfectamente conocidos y otros elegidos para el caso; figuraran sus equivalentes.-

Los datos a que hicimos referencia se encuentran consignados en el siguiente orden: edad, elemento cuya exodencia determinó la comunicación, etiología, estado evolutivo, ubicación-tamaño (real y virtual), relación de la comunicación con piezas dentarias, cuerpos extraños en el trayecto, pruebas de diagnóstico (Valsalva y sondaje), constatación radiológica y determinación de si es recidivante; lo anterior como vicios, se refiere a las características y diagnóstico clínico-radiográfico de la comunicación, seguidamente los datos de diagnóstico clínico-radiográfico del estado sinusal. En una segunda parte han sido ubicados los que se refieren a tratamiento, tanto al médico del seno maxilar previo a la comunicación, al realizado conjuntamente (tratamiento quirúrgico radical), como al de la comunicación en sí. En la última parte de la tabla o cuadro se encuentran los datos de control, del post-operatorio inmediato-mediate y del remoto. Del inmediato los correspondientes a la intervención en sí: dolor, tumefacción, hemorragia, que nos permiten valorar la intensidad de la injuria y, el date de apertura o no, con el que valoramos el éxito o fracaso del procedimiento; otro antecedente importante es el del bloqueo del seno, que será comparado con su homólogo. Del control remoto se han anotado los datos de bloqueo (bridas) y del estado sinusal, determinado por la clínica y la radiología. Por último en el casillero final, han sido consignadas observaciones de distinta índole.-

Como es fácil apreciar la mencionada tabla, que presentamos para mostrar la casuística correspondiente, ha sido estructurada de tal modo, que permita extraer rápidamente los datos necesarios para realizar cualquier estudio ya sea, de un caso en particular o de varios agrupados según su etiología, estado evolutivo, etc., ver además, sus características comunes y los resultados del tratamiento instituido. Así por ejemplo, en una observación ligera, podemos determinar que el caso N° 7 corresponde a una comunicación odontógena consecutiva a la extracción del primer molar superior derecho, que tiene 30 días de evolución, se encuentra ubicada sobre el proceso alveolar, es de tamaño mediano, está relacionada por mesial y distal con piezas dentarias, las pruebas de determinación clínica son positivas, el seno se presenta clínicamente sano y radiológicamente enfermo, fué tratada con "TECNICA DEL BOLSILLO" habiéndose practicado conjuntamente la intervención radical del seno maxilar, que los controles determinaron el éxito de la intervención en lo que respecta a la no apertura de la comunicación, que el bloqueo total del post-operatorio inmediato desapareció completamente en el control remoto y que el seno maxilar se mantuvo en el mismo estado; en observaciones se halla consignado que el paciente padece de sinusitis alérgica. En la misma forma que hemos podido apreciar lo anteriormente especificado, observamos que el mayor número de comunicaciones fueron odontógenas crónicas, que casi todas de diámetro pequeño, que el sondaje resultó positivo en todos los casos y que de todas las tratadas con "TECNICA DEL BOLSILLO" recidivó tan solo una.-

Concretando en la tabla 1 de presentación de la casuística, están asentados todos los datos que contiene el historial clínico correspondiente; destacamos que de ella se originan las que desarrollaremos para estudiar todos los aspectos que conciernen a este trabajo.- (Ver tabla N° 1 plegada en la página siguiente)

b- Estudio de la casuística

Cuando nos referimos a las comunicaciones antro-bucales en general dijimos que sus características de ubicación, tamaño, relación o no con piezas dentarias, estado sinusial, etc. incidían sobre el tratamiento en grado distinto, planteando a veces la necesidad de una simple modificación al procedimiento que se acostumbra emplear y en otras un enfoque totalmente distinto. Conviene estudiar entonces, en la casuística que hemos presentado, el número y porcentaje de comunicaciones odontógenas y no odontógenas que se encuentra afectado por cada una de las "características" enunciadas; lo mismo con respecto a las pruebas de diagnóstico y estado concomitante del seno maxilar. Para tal fin nos valdremos de la tabla N° 2 donde se ha hecho el desarrollo numérico y porcentual de los datos correspondientes; estos se obtuvieron en la tabla N° 1. (Ver tabla N° 2, pág. 188).-

Como primera observación, al comparar numérica y porcentualmente el grupo de las odontógenas y no odontógenas, surge la evidencia del predominio extraordinario de las primeras pues representan el 92,4% del total de nuestra casuística. Continuando con la tarea comparativa referida a los valores parciales, absolutos y relativos de cada grupo destacaremos los aspectos que, a nuestro entender, revisten más importancia; vemos así, que mientras la ubicación "virtual" de las comunicaciones odontógenas es del 100% alveolar, en las no odontógenas lo es en un 25% y, en un 75% vestibular; con respecto a la ubicación "real" las odontógenas son palato-alveolo-vestibulares en 2,1%, alveolares en un 56,2% y alveolo-vestibulares en 41,7%; en cambio las no odontógenas son todas palato-alveolo-vestibulares es decir el 100%; el tamaño "virtual" de las odontógenas es pequeño en el 100% de los casos y en las no odontógenas en el 75%, el otro 25% corresponde a las grandes; los casos de odontógenas 50% pequeñas y 50% medianas; los de no odontógenas 50% medianas y 50% grandes.

Características y diagnóstico
Desarrollo numérico y porcentual de la tabla 1

Características	Odontógenas		No odontóg.	
	Nº	%	Nº	%
Total				
General 52	48	92,4	4	7,6
Estado Evolutivo				
Total	48	100	4	100
Agudas	7	14,6	1	25
ptd de Urg.	9	18,7		
Crónicas	32	66,7	3	75
Ubicación				
Total	48	100	4	100
V Alveolares	48	100	1	25
V Vestibulares			3	75
Pal. Alv. Vest.				
Total	48	100	4	100
P Alveolares	27	56,2		
P Alveolo vest.	20	41,7		
P Pal. Alv. Vest.	1	2,1	4	100
Tamaño				
Total	48	100	4	100
V Pequeñas	48	100	3	75
V Medianas				
V Grandes			1	25
Total	48	100	4	100
R Pequeñas	24	50		
R Medianas	24	50	2	50
R Grandes			2	50
Rel. con piezas dent.				
Total	48	100	4	100
Mesial	6	12,5		
Distal	8	16,7	1	25
Mesial y distal	27	56,2		
NO	13	27,1	3	75
Cuerpo Ext. Trayecto				
Total	48	100	4	100
Ariz cemento	4	8,3		
No	1	2,1		
No	43	89,6	4	100

Características	Odontógenas		No odontóg.	
	Nº	%	Nº	%
Total				
General 52	48	92,4	4	7,6
Prueba de Valsalva				
Total	48	100	4	100
Positiva	42	87,5	4	100
Negativa	6	12,5		
Radiología				
Total	48	100	4	100
Positiva	38	79,2	3	75
Negativa	2	4,2		
Dudosa	7	14,6		
No se hizo	1	2	1	25
Sondaje				
Total	48	100	4	100
Positivo	48	100	4	100
Negativo				
Estado sinusal				
Total	48	100	4	100
CSRS	5	10,45		
CSRE	12	25		
CSR?	5	10,45	2	50
CERE	25	52,1	2	50
CEA?	1	2		
Cuerpo Ext. SM				
Total	48	100	4	100
Ariz cemento	9	19		
Ariz cemento	1	2		
Ariz-hueso	1	2		
NO	36	75	4	100
Recidivantes				
Total	48	100	4	100
Si	7	14,6		
No	41	85,4	4	100

Podríamos consignar otras características diferenciales pero estas no tienen, a nuestro entender, mayor significación por lo cual las dejamos de lado. Destacamos que nuestra casuística de comunicaciones no odontógenas, corresponde a secuelas de intervenciones de pú o de embargadura, resultando que el tamaño y ubicación de las mismas no corresponde en general, ni remotamente, al de aquellas consecutivas a intervenciones mayores, donde a veces por desaparición de gran parte de la infraestructura se ponen en amplia comunicación la cavidad oral, fosas nasales y el seno maxilar.-

Las referencias que hicimos no tienen la pretensión de fijar valores, pues el número de comunicaciones no odontógenas es en realidad muy reducido, pero nos ha parecido prudente aprovecharlas para recordar lo que ya expusimos sobre las características de las comunicaciones de distinta etiología; también estos datos, podrán ser aprovechados para conformar estadísticas de cierto volumen.-

Continuando con el estudio de la casuística nos dedicaremos en especial a las comunicaciones no odontógenas, ya que sobre ellas (en particular crónicas) realizamos nuestra experiencia de tratamiento, para esto nos servirá la tabla N° 2 en la que figuran los valores absolutos y relativos correspondientes.-

- Estudio de 48 comunicaciones odontógenas bajo los aspectos consignados. Comentario de las observaciones más importantes:
Características, estado sinusal y pruebas de diagnóstico
-Estado evolutivo: 7 fueron agudas, es decir el 14,6%; 9 o sea el 18,7% en período de organización y 32 el 66,7% crónicas. En esta distribución resulta significativo el predominio de las crónicas, pensamos que ello se debe a que como el tamaño de las comunicaciones odontógenas es pequeño, las alteraciones funcionales que se traducen por voz gangosa, escape de aire y líquidos, a veces también sólidos por fosas nasales, si bien es cierto son en general evidentes y alarman en el momento en que se produce la comunicación

no llegan a constituir un impedimento absoluto para las funciones correspondientes; en consecuencia, los pacientes no valoran el problema en su justa magnitud y pasado el primer impacto lo sobrellevan sin mayor preocupación, otros por el contrario sufren verdaderos estados depresivos, sobre todo, si ha fracasado el tratamiento y se instala de nuevo el proceso. La complicación sinusial aguda con su cortejo sintomático, así como también las reactivaciones, cuando el proceso ha evolucionado hacia la cronicidad, los colocan recién frente a la realidad de un proceso patológico de cierta importancia; la salida de pus por la comunicación y nariz, la percepción de olor fétido y el dolor, son los "síntomas de alarma". Lo expresado no es culpa solamente del paciente indolente, al respecto es bueno destacar lo que ya fué consignado: "en la evolución hacia la cronicidad de las comunicaciones agudas, juega importante papel el tratamiento instituido; muchas de las comunicaciones crónicas de nuestra serie, son la consecuencia de medidas terapéuticas anodinas mantenidas con insistencia y hasta obstinación a pesar de su inefectividad".-

La influencia del estado evolutivo sobre el tratamiento en lo que a técnica se refiere, radica para algunos que, en el caso de las crónicas de diámetro pequeño o mediano, permiten ser tratadas por doble recubrimiento mediante colgajos marginales (Wassmund, Lautenschläger obvian las citas); nosotros, como veremos, hemos solucionado el problema con el recubrimiento simple.-

- Ubicación, distinguiremos como lo hicimos hasta ahora, ubicación "virtual" y "real":

Ubicación "virtual": las 48 fueron alveolares es decir el 100%, ob-servándose en las crónicas tendencia hacia la vertiente vestibular.

Ubicación "real": (la correspondiente a la perforación ósea) 20 casos, es decir el 41,7% fueron alveolo-vestibulares comprendiendo la vertiente vestibular y en extensión variable las caras anterior,

infero-externa o póstero-externa del seno maxilar; de las restantes, 27 el 56,2% alveolares y 1, el 2,1% palato-alveolo-vestibular. Como hecho importante destacamos que el 41,7% de los casos de comunicaciones que ostentaban a la observación directa ubicación alveolar, eran de acuerdo a la ubicación de la efracción ósea, alveolo-vestibulares; ya nos hemos referido a la influencia de este hecho en la elección de la técnica, sin embargo insistiremos mas adelante al estudiar tamaño.-

- Tamaño: con el tamaño de las comunicaciones ocurre otro tanto, el de la efracción mucosa no corresponde en general al de la perforación ósea que resulta bastante mayor; de allí nuestra insistencia de distinguir también un tamaño "virtual" y otro "real". Vemos así que, de las 48 comunicaciones que estamos estudiando, el 100% fueron de tamaño "virtual" pequeño, las mas, verdaderos trayectos fistulosos; en cambio en el 50% de estos casos la perforación ósea era de diámetro bastante mayor, esto determinó que fueran calificadas de tamaño "real" mediano. El otro 50%, aún cuando la efracción ósea era también mayor, la diferencia no resultaba tan importante por lo que resolvimos considerarlas de diámetro "real" pequeño, de estas muchas fueron agudas donde el problema en general suele resultar a la inversa (ver Fig. N° 73).-

En las páginas 71-73 donde tratamos en extenso el problema, vimos que en las comunicaciones crónicas la diferencia de la ubicación y el tamaño que llamamos "virtual" y el que llamamos "real", resultaba del remodelamiento del contorno de la perforación ósea, pues al producirse el descubre del hueso traumatizado o infectado, aumentaba el diámetro de la misma; en cambio, la cicatrización de la perforación mucosa reparaba en forma centripeta reduciéndolo. Las Figs. N° 40-41 H.Cl. 351 son suficientemente demostrativas al respecto.-

A los efectos del tratamiento interesa, como ya dijimos, determi -

nar la ubicación y el diámetro "real" sobre todo cuando se van a emplear colgajos gingivo-yugales horizontales (Fig. N° 66) o palatinos (Fig. N° 69); en los primeros, como fue consignado pág. 117, el diseño deberá realizarse en forma tal que el colgajo resultante al ser desplazado lateralmente, no deje al descubierto el borde de la perforación ósea. Es bueno destacar aquí la ventaja que en este aspecto ofrece el colgajo gingivo-vascular-vertical, cuyo pedículo se encuentra cubriendo la zona que en el caso de los otros colgajos resulta "crítica". En lo que respecta a los colgajos palatinos, estos deberán tener el largo suficiente como para extenderse hacia vestibular y cubrir ampliamente la perforación.-

- Relación con piezas dentarias: ya hemos destacado la importancia que tiene la existencia o no de piezas dentarias en las vecindades de la comunicación, factor que lo referimos a condiciones del lugar o terreno. De las comunicaciones odontógenas de nuestra casuística, resultaron 34 o sea el 70,8% relacionadas con piezas dentarias, ya sea por mesial, distal o por mesial y distal; las 14 restantes o sea el 29,2% no tenían relación con piezas dentarias, es decir que la zona inmediata vecina era anodónica.-

Cuando estudiamos las distintas técnicas para el tratamiento de las comunicaciones entre-bucales, vimos las restricciones que la existencia de piezas dentarias en la vecindad inmediata de la perforación, imponía a varias de ellas (ver capítulo correspondiente) llegando en oportunidades a hacer imposible el procedimiento como ocurre con la técnica de Vichetti (Fig. N° 87). La restricción del empleo de los colgajos palatinos, en el caso que existan piezas dentarias por mesial y distal e inclusive únicamente por distal es a nuestro entender evidente, pues la poca flexibilidad de tales colgajos no permite rotarlos lo suficiente como para pasarlos entre las piezas dentarias y extenderlos sin tensión para cubrir comunicaciones de ubicación "real" alveolo-vestibular; estas como ha

nos visto, representan el 41,7% del total de las comunicaciones odontógenas de nuestra serie. El colgajo gingivo-yugal-vertical de desplazamiento longitudinal nos ha resultado, en contraposición de los anteriores, de una versatilidad extraordinaria ya que frente a las distintas situaciones enunciadas, pudimos emplearlo sin inconvenientes; por rara coincidencia en el caso de apertura que tuvimos, la zona era anodónica.-

- Cuerpos extraños: en 5 de los casos el 10,4% se observaron cuerpos extraños en el trayecto; en 4 de ellos raíces y en 1 cemento quirúrgico. La circunstancia de la existencia de cuerpos extraños, imposibilita realizar la técnica del doble recubrimiento con colgajos marginales, pues se hace menester eliminar el trayecto de la comunicación; este hecho entre otros, nos indujo a buscar la forma de que la técnica con recubrimiento simple resulte segura como cualquiera de doble recubrimiento (se entiende, para el caso de las comunicaciones que estamos estudiando).-

- Recidiva: de las 48 comunicaciones odontógenas 7 el 14,6%, habían recibido tratamiento anterior, consistente en algunos casos y en el estado agudo en aproximación y sutura de los bordes; en 1 caso colgajo palatino y contrapertura nasal (ver tabla I H.Cl. 947') destacamos que era además alveolo-vestibular; en otro (ver tabla I H.Cl. 738') con colgajo vestibular sin alargamiento y tratamiento radical del seno maxilar. Se consiguió en ellas un cierre temporario, estas son las que hemos registrado como recidivantes; creemos que el problema radicó en la no consideración del estado sinusal, así como también en lo inadecuado de la técnica.-

- Pruebas de diagnóstico, comportamiento frente a ellas de las comunicaciones odontógenas de nuestra serie:

Prueba de Valsalva: esta resultó positiva en 42 de los casos es decir en el 87,5% y negativa en las 6 restantes, 12,5%. La explicación de que la prueba de Valsalva resulte negativa existiendo la

comunicación la encontramos, en muchas de las intervenciones realizadas en las que observamos formaciones poliposas que hacían de verdaderas válvulas, situación que como vimos, fué igualmente destacada en trabajos anteriores⁵⁷. En el caso de una comunicación aguda en que resultó también negativa, suponemos que ello se debió a la formación de coágulos o acúmulo de secreción mucosa en la desembocadura sinusal del trayecto (ver tabla N° 1 H.Cl. 489).-

Aprovechamos esta oportunidad para destacar que con alguna frecuencia la prueba de Valsalva resultó negativa en el primer examen, pero que después de realizados algunos lavajes del seno maxilar, se hizo positiva, pensamos que ello se debió a la remoción de mucus, pues, así como también a la descongestión. Para concluir diremos que la prueba de Valsalva en los casos de nuestra serie, resultó de valor diagnóstico relativo ya que en el 12,5% de los casos fué negativa, existiendo la comunicación.-

- Sondajes: con el sondaje pasó lo contrario, de los 48 casos en todos resultó positivo empleando, es bueno destacarlo, instrumental o elementos adecuados al diámetro, así por ejemplo, si bien en la mayoría de los casos resultó factible realizar la prueba con la sonda oliva, en otros, donde la comunicación era casi imperceptible, fué necesario recurrir a una hebra de orin de Florencia o a sondas de anidonecia despuntadas como en el caso de la H.Cl. 54, ver Fig. N° 42. Hemos empleado también hebras de nylon cuando teníamos que crear la perforación o, producir de nuevo la efracción como en el caso de comunicaciones agudas, que parecían estar en vías de cicatrización.-

Nos permitimos recomendar la maniobra por lo concluyente que resulta, pero destacamos al mismo tiempo que realizada en forma descomprensiva puede determinar la comunicación.-

- Radiologías: en 38 casos nos pareció suficientemente demostrativa como para diagnosticar la existencia de la comunicación, es decir

en el 79,2%; en 7, el 14,6% dudosa, en 2 casos 4,2% negativa; en 1 no se hizo estudio radiológico; estos fueron los resultados, en lo que se refiere a la determinación de la existencia o no de la comunicación. Conviene destacar enfáticamente que no es el único dato que podemos obtener de la radiología, pues además nos ayuda a determinar el diámetro y ubicación "real" de la perforación; esto se puede apreciar perfectamente bien en varios de los casos, hemos elegido por lo demostrativo el de la Fig. N° 45 que muestra el aspecto radiográfico de una comunicación buco-sinusal crónica, en la que se ha introducido una sonda oliva ajustada al trayecto, al tamaño "virtual" lo determina el espesor del instrumento y al "real" la extensión en que se encuentra interrumpida la cortical del piso sinusal. No olvidemos también que por su intermedio se detectan los cuerpos extraños a que nos hemos referido anteriormente.-

- Estado del seno maxilar: ya hemos destacado en muchas oportunidades la necesidad de determinar el estado del seno maxilar, antes de instituir el tratamiento de la comunicación, para poder obrar en consecuencia. Atento a este concepto lo hemos estudiado clínica y radiológicamente, en el afán también de determinar de paso la relación entre el resultado de la observación clínica (forma esencial del diagnóstico) y el resultado de la radiología (elemento complementario). Para decidir la conducta nos ajustamos por lo general a la clínica.-

Hemos agrupado los distintos casos en: clínica y radiológicamente sanos; clínicamente sanos y radiológicamente enfermos; clínicamente sanos y radiológicamente con interrogante; clínica y radiológicamente enfermos y clínicamente sanos y radiológicamente con interrogante. Los enfermos que llegaron a nuestra consulta con el signo clínico y radiológicamente sano fueron 5, es decir el 10,45%; clínicamente sano y radiológicamente enfermo 12, el 25%; clínicamente sano y radiológicamente con interrogante 5, el 10,45%; clínica

ca y radiológicamente enfermo 25, 52,1% y clínicamente enfermo y radiológicamente con interrogante 1 es decir el 2%.-

A los fines de destacar la relación existente entre el estado evolutivo de las comunicaciones y el estado sinusal, consignamos los siguientes datos: del total de casos de comunicaciones agudas un 26,6% presentaba el seno clínica y radiológicamente sano, de las en período de organización el 11,1% y de las crónicas tan solo el 6,25%; en cambio presentaban el seno clínica y radiológicamente enfermo el 14,2% de las agudas, el 44,4% de las de en período de organización y el 62,5% de las crónicas (ver tabla N° 3 pág. 197). Hemos elegido estos datos por considerarlos demostrativos en el sentido de que la complicación sinusal, se hace tanto mas frecuente cuanto mas tiempo haya transcurrido desde que se produjo la comunicación, esto concuerda con las observaciones de Wassund sobre la relación entre el estado sinusal y el tiempo de instalación de la comunicación⁵¹.-

Entre los antecedentes de la enfermedad actual, en un elevado porcentaje de los casos de comunicaciones de nuestra serie, sobre todo crónicas y en período de organización, hemos observado que producida la comunicación al primero, segundo o tercer día, los enfermos notaban olor fétido y supuración; este hecho nos hizo pensar de que en un buen número de casos, el seno maxilar se encontraba ya infectado al ocurrir la comunicación produciéndose en consecuencia, una reactivación del proceso y la instalación de la comunicación, transformada en vía de drenaje de la secreción sinusal. Esta posibilidad fué consignada ya y tratamos de hacerla gráfica en la Fig. N° 35.-

Lo que acabamos de considerar plantea un interrogante a lo que apuntamos con anterioridad. En los casos que nos fueron derivados no pudimos establecer si el seno estaba enfermo o sano, antes de producirse la comunicación.-

Tabla 3

RELACION ESTADO EVOLUTIVO Y ESTADO SINUSAL	Totales		C.S.R.S.		C.S.R.E.		C.S.R.?		C.E.R.E.		C.E.R.?	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agudas	7	100	2	28,6	2	28,6	2	28,6	1	14,2	1	14,2
Periodo de Org.	9	100	1	11,1	3	33,3	1	11,1	4	44,5		
Crónicas	32	100	2	6,25	7	21,9	2	6,25	20	62,5	1	3,1

- Cuerpos extraños en el seno maxilar: este es otro factor que influye en la elección de la técnica para el tratamiento de las comunicaciones, pues es fácil comprender que su extracción cuando se recurre al doble recubrimiento al no poderse realizar por la comunicación, exige un abordaje distinto. Recordamos también, que Waagmund mostró la posibilidad de la intervención conjunta del seno maxilar y la comunicación, mediante la ampliación de la incisión anterior lo que se podrá aprovechar para la situación que estamos estudiando. Por nuestra parte en los 12 casos de la serie que tuvieron el problema lo solucionamos ampliando la perforación ósea hacia la parte superior (cara externa del seno) extrayendo por esa vía el cuerpo extraño. Ya nos hemos referido al valor de la irrigación profusa que empleamos sistemáticamente.-

Los valores numéricos y porcentuales de este aspecto, en los enfermos de nuestra casuística, fueron los siguientes: en 9 casos 19% encontramos raíz; en 1 caso 2% cemento; en 1 caso 2% raíz y cemento; en 1 caso 2% raíz y hueso; en los 36 restantes 75% el seno se encontraba libre de cuerpos extraños. En concreto que 12 casos 25% presentaban cuerpos extraños y 36 el 75% no.-

Damos por terminado el estudio estadístico de este cuadro (tabla N° 2) donde nos permitimos hacer una serie de anotaciones técnicas sobre algunos problemas que tuvieron ciertas particularidades y su posterior solución.-

F. TRATAMIENTO Y VALORACION DE LOS RESULTADOS

Antes de estudiar el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales con la "TECNICA DEL BOLSILLO" y analizar los resultados, nos referiremos a los aspectos mas importantes del tratamiento del seno maxilar pues, aunque los datos correspondientes se encuentran consignados en la tabla N° 1 donde fué presentado el problema to -

tal, creemos conveniente destacarlos. Recordemos que la sinusitis maxilar es la complicación que aparece primero, la mas frecuente y en general la mas importante, en nuestra casuística de comunicaciones crónicas registramos un 62,5% de procesos sinusales activos; un 21,9% que si bien no manifestaban sintomatología clínica, presentaban signos radiológicos positivos y un 3,1% con sintomatología clínica positiva sin estudio radiológico, esto hace un total de un 87,50% de casos con signos de enfermedad sinusal (los porcentajes fueron extraídos de la tabla N° 3). Aunque el motivo principal de este apartado sea analizar e informar los resultados obtenidos con la técnica en cuestión, no hemos podido dejar de destacar estas observaciones. En los casos de sinusitis perfectamente constatada así como también en los dudosos, se instituyó el tratamiento como figura consignado en la tabla N° 1 (tratamiento del seno maxilar, local y general), el local consistió en lavajes profusos a través de la comunicación con antisépticos o antibióticos (en dilución adecuada) hasta la desaparición total de los síntomas; el tratamiento general se hizo en base a antibióticos, antiinflamatorios y vacunas y se lo instituyó en especial en los casos donde la sintomatología general y local fué mas notable.-

Nos referiremos al tratamiento y haremos la valoración de los resultados de acuerdo al siguiente orden:

a- Tratamiento de las comunicaciones con "TECNICA DEL BOLSILLO", valoración de los resultados de acuerdo al estado evolutivo y al estado del seno maxilar.-

b- Tratamiento de las comunicaciones con "TECNICA DEL BOLSILLO", incidencia de sus características, resultados, valoración: en las agudas, período de organización y crónicas.-

El análisis detallado numérico y porcentual se hará unicamente sobre el tratamiento de las odontógenas, sin embargo en el primer aspecto consignado, nos referiremos ligeramente a las no odontógenas.

Recordemos que de la serie de comunicaciones antro-bucales que presentamos en la tabla N° 1 y estudiamos numérica y porcentualmente en la tabla N° 2, 46 fueron odontógenas consecutivas a exodoncia y 4 no odontógenas, secuelas de otras intervenciones o producidas por procesos patológicos.-

a- Tratamiento de las comunicaciones con "TECNICA DEL BOLSILLO", valoración de los resultados de acuerdo al estado evolutivo y al estado del seno maxilar

De las 46 comunicaciones odontógenas, 44 fueron tratadas con "TECNICA DEL BOLSILLO" y las 4 restantes con otros procedimientos.- Para realizar el estudio correspondiente nos valdremos de la tabla N° 4 (ver pág. N° 205) en la cual ha sido consignado en posición vertical el estado evolutivo de las comunicaciones y en la horizontal el estado y tratamiento del seno maxilar; a continuación el tratamiento de la comunicación y los controles correspondientes inmediato, mediano y remoto. (Se acompaña gráfico para destacar algunos aspectos pág. N° 206).-

Veamos primero las comunicaciones agudas: de un total de 5 casos, 2 el 40% presentaban el seno clínico y radiológicamente sano, por supuesto que en ellos se realizó el tratamiento de la comunicación tomando únicamente los cuidados pre-operatorios comunes; 1 caso el 20% clínicamente sano y radiológicamente enfermo se procedió de igual forma que en el anterior; 1 caso 20% clínicamente sano y sin estudio radiológico lo mismo; en el último el 20% clínica y radiológicamente enfermo se realizó tratamiento previo del seno maxilar y recién la intervención plástica. En concreto que 4 de los casos analizados no acusaban infección activa del seno maxilar, estos no recibieron tratamiento previo y 1 si, el clínico y radiológicamente enfermo; los 5 casos fueron tratados con "TECNICA DEL BOLSILLO" con los siguientes resultados: en el control inmediato-mediano registramos como dato importante por su supuesta incidencia en la 2ª

na chapeable, el bloqueo del surco que resultó "completo" en los 5 casos es decir el 100% y, la apertura de la plástica que nos da la pauta del éxito o fracaso de la intervención; esta no se produjo en ninguno de los casos intervenidos de modo que el éxito fué de un 100%. En el control remoto vemos que en 3 casos es decir el 60% el bloqueo completo se transformó en simples bridas (se hacen manifestaciones al separar el carrillo hacia arriba y afuera) son depresibles y en número variable (1, 2 ó 3), este aspecto se encuentra consignado en cada uno de los casos registrados en la tabla N° 1, la mas constante corresponde al lugar de la incisión anterior (ver Figs. N° 120-121-122 pág. 207); en 2 de los casos el 40% el bloqueo había desaparecido por completo, destacamos que las bridas secundarias del bloqueo primario, son depresibles y no significan impedimento para la confección de las prótesis a placas, pues de los enfermos con este accidente, muchos las llevan manifestando que les resultan confortables y que el profesional tratante no hizo en la oportunidad de su confección, ninguna observación referida al problema H. Cl. 497-490*-151-68 etc. (el dato figura en columna de observaciones).-

Con respecto a los resultados del control remoto referidos al seno maxilar, observamos que en los 5 casos es decir el 100% este resultó clínica y radiológicamente sano !. Para concretar diremos que en las comunicaciones antro-bucales agudas, el éxito resultó evidente tanto en el aspecto de la plástica en si como del seno maxilar.-

Veamos ahora las comunicaciones en período de organización; estas fueron 9; en 1 caso el 11,1% el seno maxilar se encontraba clínica y radiológicamente sano; en 3 casos el 33,3% clinicamente sano y radiológicamente enfermo, de estos en 2 el 66,7% se hizo tratamiento previo a la intervención plástica y en 1 el 33,3% se hizo tratamiento radical conjunto. Un caso el 11,1% presentaba el seno clíni

camente sano y radiológicamente con interrogante (no se hizo estudio radiográfico) este fué intervenido con pre-operatorio común es decir sin tratamiento previo del seno maxilar; en los 4 casos restantes 44,5% el seno se presentaba clínica y radiológicamente enfermo, 3 de estos recibieron el tratamiento médico general y local correspondiente antes de realizar la intervención, el otro caso lo mismo mas el tratamiento radical en el momento de la intervención; con respecto a la comunicación todos fueron tratados con "TECNICA DEL BOLSILLO". Controles inmediato-medio: el 100% bloqueo completo del surco, en ninguno se produjo apertura. Control remoto: de 9 casos con bloqueo completo, 5 el 55,7% regresó hasta quedar representado por simples bridas cuya significación vimos ya en el caso de las agudas; en 4 el 44,3% desapareció por completo. Concretando que con respecto a la intervención en sí, resultó exitosa en el 100% de los casos pues no se produjo ninguna apertura y además, el bloqueo completo observado en el post-operatorio inmediato en el 100% de los casos, en el remoto desapareció completamente en 4 casos el 44,3% y se transformó en simples bridas en 5 casos es decir en un 55,7%.

En lo que respecta al estado sinusal observamos que todos los casos han padecido, por lo menos en lo que al estudio clínico se refiere, a menos aunque 4 el 44,5% presentan signos radiológicos de enfermedad sinusal y 2 el 22,2% interrogante.-

Veamos ahora los casos de comunicaciones crónicas: estos fueron 30 todos intervenidos con "TECNICA DEL BOLSILLO"; en el control inmediato-medio los 30 es decir el 100% presentaron bloqueo completo del surco, tan solo 1 el 3,3% apertura, es de consignar que este fué el único fracaso en el tratamiento del total de comunicaciones odontógenas con "TECNICA DEL BOLSILLO". En el control remoto (siempre refiriéndonos al tratamiento de la comunicación en sí) registramos lo siguiente: de los 30 el 100% que vimos, hicieron bloqueo

completo; en 11 casos el 36,6% este desapareció completamente y en 19 el 63,4% se transformó en simples bridas, ya vimos que no tenían significación bajo el aspecto protético.-

Con respecto al estado sinusal tratamiento y control diremos lo siguiente: tan solo 2 se presentaron a la consulta con el seno clínica y radiológicamente sano (dato que coincide con las observaciones realizadas sobre la incidencia del tiempo transcurrido, en la frecuencia de la complicación sinusal); en el renglón correspondiente del control remoto, observamos que este número y porcentaje se han elevado respectivamente a 13 el 43,3%. Los clínicamente sanos y radiológicamente enfermos fueron 6 el 20%, de estos 3 el 50% recibieron tratamiento previo y 3 el 50% no; en el renglón correspondiente del control remoto observamos que el número y porcentaje se ha elevado a 10 el 33,3%; los clínicamente sanos y radiológicamente con interrogante fueron 2 el 6,7%, estos no recibieron tratamiento previo a la intervención; en el renglón correspondiente del control remoto las cifras no se han modificado. Los clínicamente y radiológicamente enfermos fueron 19 el 63,3% porcentaje altamente significativo, 16 el 84,5% recibieron tratamiento previo, 1 el 5,1% tratamiento previo y radical y 2 el 10,4% tratamiento radical conjunto; en el renglón correspondiente del post-operatorio el número y porcentaje decreció a 5, el 16,7%, de estos casos 2 que figuran en la tabla N° 1, no fueron controlados únicamente en el remoto, estos se distribuyeron de acuerdo a la importancia porcentual de los controlados. Concretando diremos que en lo que respecta a la intervención del seno maxilar con la "TECNICA DEL BOLSILLO" esta resultó exitosa en el 96,7% de los casos pues tan solo en 1 el 3,3% se produjo la apertura de la plástica, corresponde a la H.CI. 947, este enfermo fué controlado al año y medio de la intervención; la sinusitis maxilar bilateral constatada clínica y radiológicamente en la primera consulta se mantenía aún. Antes de la interven -

ción recibió tratamiento local del seno maxilar (lavajes por vía de la comunicación) así como también general (antibióticos y antiinflamatorios).-

En este momento está siendo preparado para intervenirlo nuevamente, sin embargo el proceso se muestra rebelde y no hemos conseguido la desaparición de los síntomas sino en forma temporaria, pensamos que la intervención deberá comprender también el tratamiento radical del seno maxilar, conducta que hemos seguido en casos similares.-

En lo que respecta al seno maxilar destacamos también, para concretar el análisis realizado, los siguientes hechos: el estado sinusial se presentaba clínica y radiológicamente sano, tan solo en 2 de los casos que llegaron a nuestra consulta, es decir el 6,7% después del tratamiento instituido resultaron 13 casos es decir el 43,3%; en cambio 19 casos el 63,3% que registramos antes de ser tratados, encontramos en el control remoto tan solo 5 el 16,7%; el resto pasó a engrosar los grupos clínica y radiológicamente sanos, clínicamente sanos y radiológicamente enfermos y clínicamente sano y radiológicamente con interrogante, es evidente el resultado positivo del tratamiento.-

Hemos demostrado que la "TECNICA DEL BOLSILLO" resulta practicamente tan segura en el tratamiento de las comunicaciones agudas, en periodo de organización como en las crónicas, donde realizamos la experiencia del tratamiento con especial interés. En varias oportunidades hemos destacado que nuestro propósito o mejor dicho punto de mira, fué conseguir con el recubrimiento simple o único en el tratamiento de las comunicaciones crónicas, el mismo porcentaje de éxito que en las agudas o el que ofrecen para algunos, las de doble recubrimiento en las crónicas; creemos que los valores totales y parciales que hemos expuesto, son suficientemente alocuentes al respecto.-

Gráfico 1

Comunicaciones Antro Bucales Odontógenas Tratadas con "TECNICA DEL BOLSILLO" Aclaración del estado evolutivo y sinusal - Controles según Valores Relativos





Fig. N° 120 a,b.- a, Muestra brida ubicada en el lugar de la incisión anterior, único recuerdo del bloqueo completo observado en el post-operatorio inmediato; su significación protética es comparable a la de un frenillo lateral; b, el mismo caso mostrando la prótesis colocada. Control a los 4 años. H.Cl. 485.-



Fig. N° 121 a,b.- a, Muestra brida ubicada en el lugar de la incisión anterior, único recuerdo del bloqueo completo observado en el post-operatorio inmediato; su significación protética es comparable a la de un frenillo lateral; b, el mismo caso mostrando la prótesis colocada. Control a los 8 años. H.Cl. 56.-



Fig. N° 122 a,b.- a, Muestra brida ubicada en el lugar de la incisión anterior, único recuerdo del bloqueo completo observado en el post-operatorio inmediato; su significación protética es comparable a la de un frenillo lateral; b, el mismo caso mostrando la prótesis colocada. Control a los 2 años. H.Cl. 798.-

Hemos visto el tratamiento de las comunicaciones odontógenas de acuerdo a lo consignado en el apartado a; nos referiremos ahora en el mismo aspecto y en forma ligera, a las no odontógenas. Los casos de este grupo operados con la "TECNICA DEL BOLSILLO" fueron 3 (ver tabla N^o 5); en 1 de ellos la plástica se realizó inmediatamente después que se produjo la comunicación (intervención de tumor H.Cl. 384); la plástica no dió resultado, atribuimos el fracaso a que en el momento de la síntesis, el paciente tuvo un accidente circulatorio que nos obligó a realizar en forma acelerada, no pudimos efectuar la sutura continua ni el apósito compresivo intraoral, detalles de "seguridad" a los que asignamos tanta importancia. Los otros 2 casos fueron comunicaciones crónicas, 1 de fistula entre-bucal con proceso quístico intermedio (H.Cl. 149 Figs. 43 a, b) y otro, secuela de intervención de Caldwell-Luc (H.Cl. 345) en ambos casos el tratamiento resultó exitoso (ver control inmediato).- Con respecto al bloqueo del surco en los 3 casos fué completo, en el control remoto en uno persistió, en otro desapareció y en último se transformó en brida; los 3 enfermos usan prótesis a placa sin inconvenientes. Con respecto al estado sinusal antes del tratamiento y en el control remoto, en la comunicación aguda su estado se mantuvo sin variantes, clínicamente sano; en las crónicas, el caso clínicamente enfermo y radiológicamente enfermo pasó a clínicamente sano y radiológicamente enfermo, el otro se mantuvo en la misma condición. En concreto que de las 4 comunicaciones no odontógenas, 1 recibió únicamente tratamiento médico del seno maxilar manteniéndose abierta, las 3 restantes fueron tratadas con la "TECNICA DEL BOLSILLO" con un éxito y dos fracasos.-

Reconocemos que el valor estadístico de esta experiencia es prácticamente nulo, pero siguiendo la misma conducta que cuando estudiamos las características nos hemos referido a su tratamiento para hacer algún comentario y consignar los hechos.-

b- Tratamiento de las comunicaciones con "TECNICA DEL BOLSILLO",
incidencia de sus características, resultados, valoración: en el
total, en las agudas, periodo de organización y crónicas

- Tratamiento, resultados y valoración en el total.-

En este apartado nos referiremos a los 44 casos de comunicaciones odontógenas tratadas con "TECNICA DEL BOLSILLO", para recién en los subsiguientes hacerlo por separado de las agudas, periodo de organización y crónicas. A los fines correspondientes nos valdremos de la tabla 6 (ver pág. N° 215) donde hemos colocado las características en posición vertical, en la horizontal la técnica empleada y los controles; el inmediato-mediate referido al bloqueo y apertura; el remoto a bloqueo. Aquí no figura ningún dato sobre el estado sinusal, el problema fué estudiado exhaustivamente en el apartado anterior. (Se acompañan gráficos N° 2-3, ver págs. 216-217)

De los 44 casos de comunicaciones tratadas con "TECNICA DEL BOLSILLO", en el control inmediato-mediate el 100% hizo bloqueo completo y tan solo uno apertura el 2,3%. En el control remoto de los 44 casos que hicieron bloqueo completo en 27 el 61,4% este se transformó en simples bridas cuyas características e incidencia en el terreno protésico ya determinamos, en las 17 restantes el 38,6% desapareció por completo quedando el surco practicamente normal; con respecto a estos totales y antes de empezar a considerar los valores absolutos y relativos representativos de la medida en que las características han influido en el tratamiento instituido, destacamos lo siguiente: en lo que respecta al éxito o fracaso de la plástica valorado de acuerdo al cierre o apertura respectivamente, hemos conseguido un 97,7% de éxito y tan solo un 2,3% de fracaso; valorado el procedimiento, de acuerdo a su incidencia sobre el terreno protésico, podemos decir que en 17 casos el 38,6% el éxito fué completo y que en los 27 restantes el 61,4% a pesar de haberse producido bridas, estas al ser blandas y facilmente depresibles,

no constituyeron en los casos de prótesis a placa ningún impedimen-
to.-

Vemos ahora la distribución de los totales de acuerdo a las caracte-
rísticas que hemos considerado mas importantes.-

- Ubicación "virtual" y "real"

Ubicación "virtual": los 44 casos fueron alveolares, en el control
inmediato-mediate 1 el 2,3% hizo apertura, el 100% bloqueo comple-
to; en el control remoto en 27 casos el 61,4% este se transformó
en simples bridas y en 17 el 38,6% desapareció por completo.-

Ubicación "real": 23 fueron alveolares, en el control inmediato -
mediate ninguno hizo apertura, el 100% hizo bloqueo completo; en
el control remoto en 13 casos el 56,5% este se transformó en sin-
ples bridas, en los 10 restantes el 43,5% desapareció por completo;
20 fueron alveolo-vestibulares, 1 el 5% hizo apertura, el 100% hi-
zo bloqueo completo; en el control remoto en 13 casos el 65% este
se transformó en bridas y en 7 el 35% desapareció por completo.-

Con respecto a lo observado en ubicación "virtual" podemos decir
lo siguiente: como todas las comunicaciones odontógenas de nuestra
serie fueron alveolares, lo único que podemos determinar en consec-
uencia es que no ha habido incidencia negativa de esta caracte-
rística tan propia, ya que afecta el 100% de las odontógenas; el por-
centaje de éxito en lo que respecta al cierre de la comunicación
fue de un 97,7%. Con respecto al bloqueo total observado en el
post-operatorio inmediato-mediate, al desaparecer completamente en
el 38% de los casos y transformarse en bridas en el 61,4% (de nin-
guna significación) no influye negativamente bajo el aspecto proté-
tico.-

Con respecto a lo observado en ubicación "real" vimos que los ca-
sos se repartieron en "alveolares" (la comunicación se encuentra
sobre la cresta); en "alveolo-vestibulares" (sobre la cresta con li-
gera tendencia palatina y franca tendencia hacia la vertiente ves-

tibular y cara externa del seno) y en "palato-alveolo-vestibulares" (que comprenden la vertiente palatina, la cresta alveolar, la vertiente vestibular y, en mayor o menor extensión, la cara externa del seno). El único fracaso incidió en el grupo de las alveolo-vestibulares; el 100% de los dos grupos en el post-operatorio inmediato-medio hicieron bloqueo completo; su transformación en bridas y desaparición por completo de acuerdo a las cifras observadas (56,5% y 43,5% para las alveolares y 65% y 35% para las alveolo-vestibulares respectivamente) son suficientemente elocuentes para desprestigiar su incidencia en el terreno protésico.-

Enfatizamos que cualquiera sea la ubicación, la "TECNICA DEL BOLSI LLO" cubre ampliamente sus demandas.-

- Tamaño "virtual" y "real"

Tamaño "virtual": nos ajustamos a la clasificación de pequeñas, medianas y grandes; en los 44 casos el 100% fueron pequeñas, muchas verdaderos trayectos fistulosos; en el control inmediato-medio se registró una sola apertura el 2,3%, las 44 hicieron bloqueo completo; en el control remoto este se transformó en bridas en 27 casos el 61,4%, en 17 casos el 38,6% desapareció por completo.-

Tamaño "real": nos ajustamos a la misma clasificación, de los 44 casos solo 20 fueron pequeñas; en el control post-operatorio inmediato-medio no se registró ninguna apertura, las 20 hicieron bloqueo completo; en el control remoto este se transformó en bridas en 12 casos el 60% y desapareció completamente en 8 el 40%. Los casos de medianas fueron 24, en el control inmediato-medio 1 caso el 4,2% recidivó y los 24 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 15 casos el 62,5% se transformó en bridas y en 9 el 37,5% desapareció por completo.-

Concretando diremos: que en lo que respecta al tamaño "virtual" y "real" de las comunicaciones antro-bucales odontógenas, el diámetro de las primeras (mas o menos uniforme que afecta el 100% de

los casos) no incidió en absoluto; en cuanto a las segundas, a pesar de las variaciones importantes que nos obligaron a agruparlas en pequeñas y medianas, habiendo recaído el fracaso entre las segundas dando un porcentaje de un 2,3%, la valoración del éxito es prácticamente la misma. Igual apreciación podemos realizar con respecto al bloqueo completo y su evolución, registrada en el control remoto, hacia la transformación en bridas o desaparición total; el número y porcentaje lo evidencian.-

- Relación con piezas dentarias por: mesial, distal, mesial-distal y no.

Por mesial: los casos relacionados con piezas dentarias por mesial fueron 6, en el control inmediato-mediate no se observó ninguna apertura, todos hicieron bloqueo completo; en el control remoto este se transformó en bridas en 2 casos y en 4 el 66,7% desapareció por completo.-

Por distal: los relacionados por distal fueron 7, en el control inmediato-mediate no se observó ninguna apertura, los 7 hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 5 casos el 71,5% este se transformó en bridas y en 2 casos el 28,5% desapareció por completo.-

Por mesial-distal: los relacionados por mesial-distal fueron 19, en el control inmediato-mediate no se observó ninguna apertura, todos hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 13 casos 68,5% se transformó en simples bridas y en 6 el 31,5% desapareció por completo.-

No: los casos sin relación con piezas dentarias fueron 12, de estos 1 el 8,3% hizo apertura (recidivó), los 12 hicieron bloqueo completo; en el control remoto este se transformó en bridas en 7 casos el 58,2% y en 5 el 41,8% desapareció por completo.

Concretando diremos: que la característica de terreno a que nos ha nos referido, relacionada con la existencia o no de piezas denta -

rias, no incide practicamente en la realización de la plástica con "TECNICA DEL BOLSILLO" pues el porcentaje de éxitos en los casos de relación mesial, distal e inclusive mesio-distal, fué del 100% apareciendo como hecho insólito una recidiva en el grupo, donde resultó mas fácil y seguro el procedimiento. Enfatizamos la veracidad del procedimiento.-

- Recidivantes o no: del total 7 fueron recidivantes, todos tratados con "TECNICA DEL BOLSILLO"; en el control inmediato-mediate no se registró ninguna apertura, destacamos esta circunstancia por referirse a comunicaciones en las cuales se había intentado otro tratamiento; los 7 casos hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 6 casos el bloqueo se transformó en bridas y en 1 desapareció por completo, aquí el alto porcentaje de bridas 85,7% se explica por la incidencia de las intervenciones anteriores, los otros 37 casos fueron vírgenes de otras intervenciones, en este grupo recayó la apertura con un porcentaje de 2,7%, en cuanto al bloqueo fué total en los 37 casos 100%; en el control remoto en 21 casos el 56,8% se transformó en bridas y en 16 el 43,2% desapareció por completo.-

Para terminar con el análisis de la relación, característica-tratamiento con la "TECNICA DEL BOLSILLO" dejemos consignado que la incidencia de estas (ubicación, tamaño, relación con piezas dentarias y recidiva o no) con sus variaciones resulta practicamente nula, ya que el procedimiento cubre todas las eventualidades; el porcentaje de fracasos en el total 2,3%, nos parece suficiente para cimentar esta aseveración.-

Lo que acabamos de consignar se refiere al total de casos. Falta analizar el mismo aspecto en relación al estado evolutivo de la comunicación. En esta forma podremos conocer lo que ocurre en las agudas, periodo de organización y especialmente en las crónicas donde radica nuestro mayor interés.-

Tabla 6
COMUNICACIONES ANTRÓ BUCALES OBONTÓGENAS
TRATADAS CON "TÉCNICA DEL BOLSILLO"
 Relación con sus características y
 controles según valores absolutos y relativos

Características del grupo total	Tratados con TÉCNICA DEL BOLSILLO		Controles									
			Inmediato y Mediato				Remoto					
			Apertura		Bloqueo completo		Bloqueo		Apertura			
							Bridas	NO				
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total General	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Ubicación:												
Total	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
alveolar			1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
vestibulares												
Pal. Alv. vest.												
Total	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Alveolar	33	100			23	100	13	56,5	10	43,5		
Alv. vest.	20	100	1	5,0	20	100	13	65,0	7	35,0	1	5,0
Pal. Alv. vest.	1	100			1	100	1	100				
Tamaño												
Total	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Pequeñas	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Medianas												
Grandes												
Total	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Pequeñas	20	100			20	100	12	60,0	8	40,0		
Medianas	24	100	1	4,2	24	100	15	62,5	9	37,5	1	4,2
Grandes												
Rel. con pieza dent.												
Total	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Mesial	6	100			6	100	2	33,3	4	66,7		
Distal	7	100			7	100	5	71,5	2	28,5		
Mesial-Distal	19	100			19	100	13	68,5	6	31,5		
NO	12	100	1	8,3	12	100	7	58,2	5	41,8	1	8,3
Recidivantes												
Total	44	100	1	2,3	44	100	27	61,4	17	38,6	1	2,3
Si	7	100			7	100	6	85,7	1	14,3		
NO	37	100	1	2,7	37	100	21	56,8	16	43,2	1	2,7

Tratamiento de las Comunicaciones Antro - Bucales Odomtógenas con "Técnica del Bolsillo". Relación con el Estado Evolutivo - Totales - 44

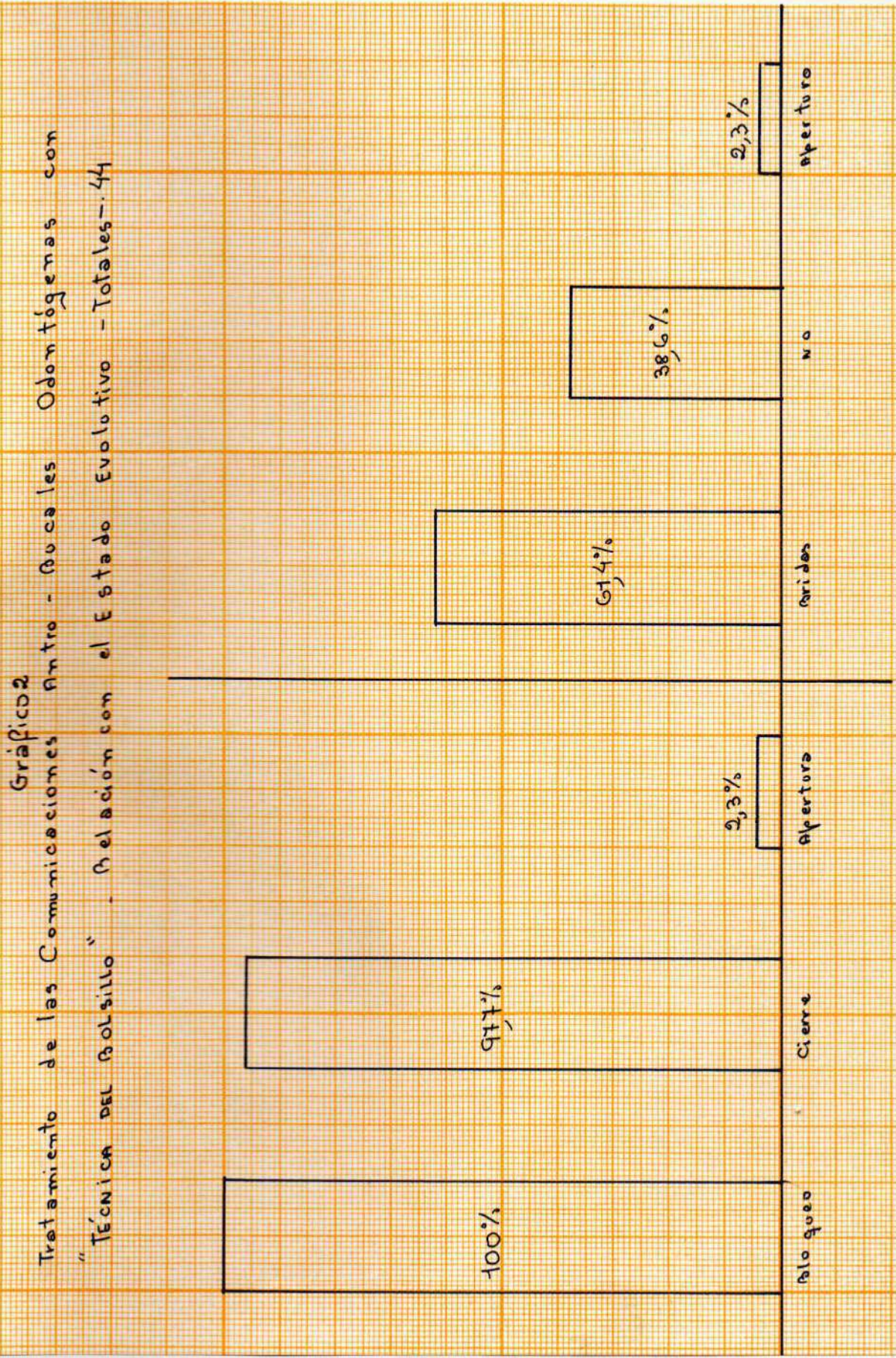
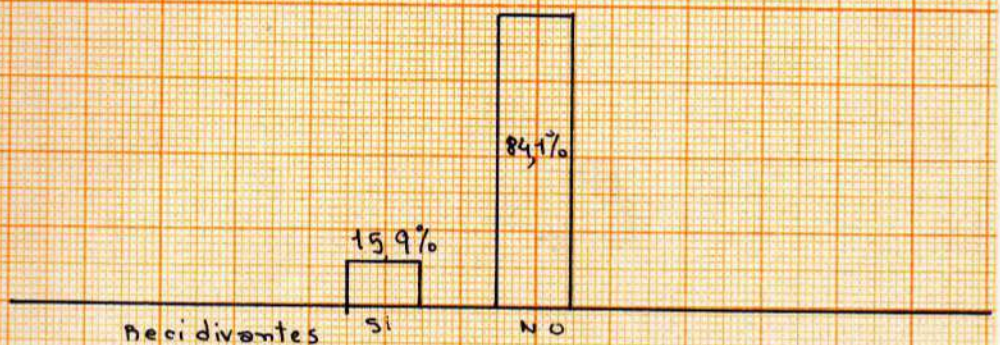
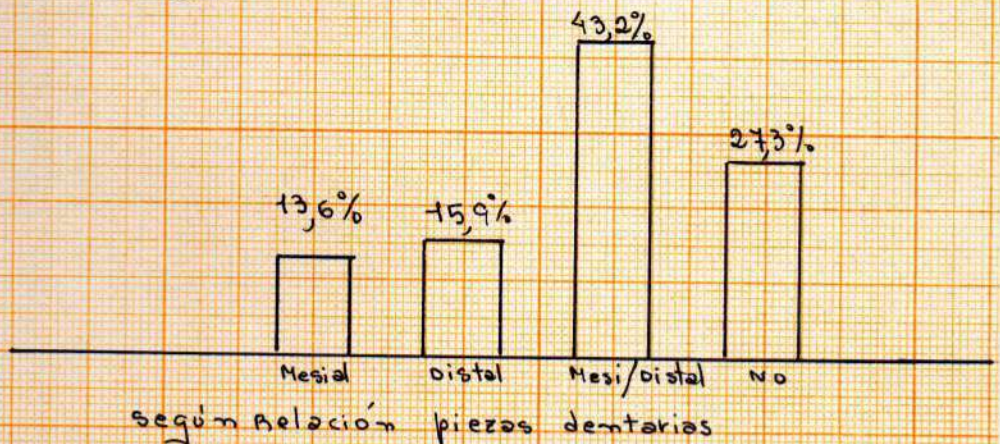
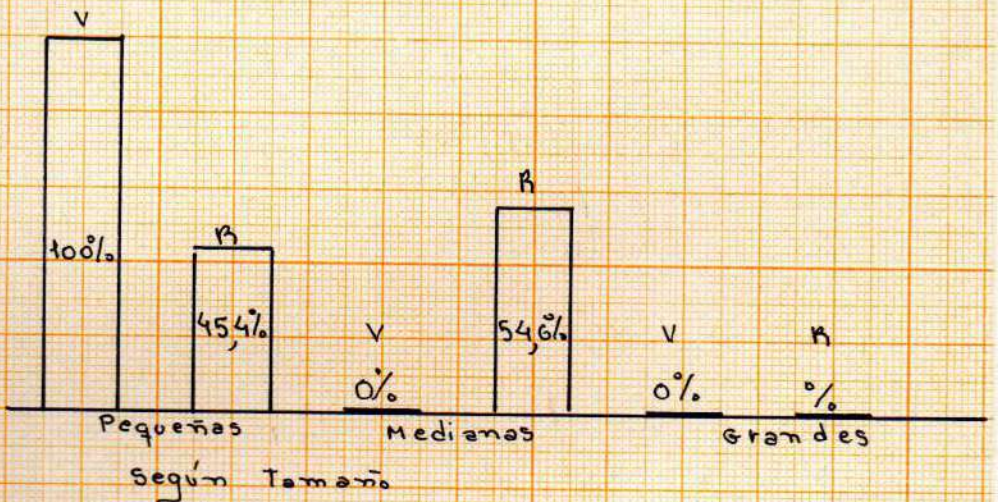
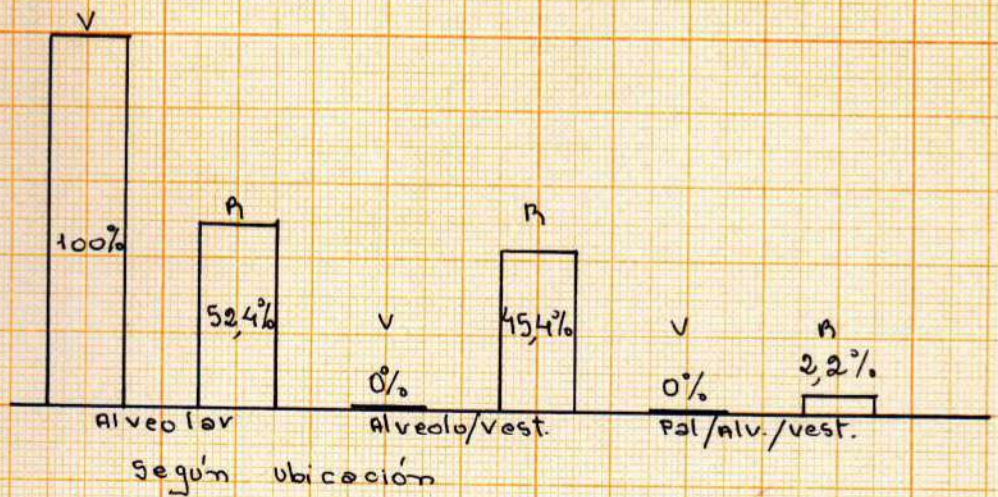


Gráfico 3

Distribución de 44 Comunicaciones Antro-Bucales Odontógenas de acuerdo a sus características



- Tratamiento de las comunicaciones agudas con "TECNICA DEL BOLLILLO", incidencia de sus características, resultados y su valoración. (Ver tabla 7 pág. 221. Se acompaña gráfico N° 4 pág. 222).-

El estudio del tratamiento de las comunicaciones antro-bucales agudas y la incidencia de sus características, no presenta en realidad aspectos muy variados; estos sin embargo resultan importantes, para realizar comparaciones con los otros grupos. En lo que respecta al total hemos observado lo siguiente: en el control post-operatorio inmediato-mediate ningún caso hizo apertura, los 5 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 3 casos el 60% este se transformó en bridas y en 2 el 40% desapareció por completo.-

Veamos ahora la distribución de estos totales de acuerdo a las características mas importantes.

- Ubicación "virtual" y "real"

Ubicación "virtual": en lo que respecta al grupo que estamos estudiando, los 5 casos el 100% fueron alveolares; en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 5 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto este en 3 casos el 60% se transformó en bridas y en 2 el 40% desapareció por completo.-

Ubicación "real": todos los casos fueron alveolares, en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 5 el 100% bloqueo completo; en el control remoto este se transformó en 3 casos el 60% en bridas y en 2 el 40% desapareció por completo.-

- Tamaño "virtual" y "real"

Tamaño "virtual": 5 casos el 100% fueron de tamaño pequeño; en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 5 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 3 el 60% este se transformó en bridas y en 2 casos el 40% desapareció por completo.

Tamaño "real": los 5 casos fueron de tamaño pequeño; en el control

inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 5 bloqueos completo; en el control remoto en 3 casos el 60% este se transformó en bridas y en 2 el 40% desapareció por completo.-

- Relación con piezas dentarias: aquí se rompe la monotonía del análisis anterior pues los casos se distribuyen en tres posibilidades; de los 5 casos 1 estaba relacionado por distal; en el control post-operatorio inmediato-mediate no hizo apertura, hizo bloqueo completo; en el control remoto este desapareció totalmente; 1 caso estaba relacionado por distal, en el control inmediato-mediate no hizo apertura, hizo bloqueo completo; en el control remoto este se transformó en bridas; 3 casos estaban relacionados por mesial y distal, en el post-operatorio inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 3 casos hicieron bloqueo completo; en el control remoto este en 2 casos el 66,7% se transformó en bridas y en 1 el 33,3% desapareció por completo.-

- Recidiva: ningún caso fué recidivante.-

Analizando los valores relativos y absolutos de la tabla correspondiente a las comunicaciones agudas, podemos concretar lo siguiente: la uniformidad de ubicación "virtual" y "real" y tamaño "virtual" y "real" (todas alveolares y todas pequeñas) ha hecho que las cifras correspondientes no presenten variaciones, por otra parte en todos los casos no se presentó ninguna apertura, en todos el bloqueo fué completo y los valores correspondientes a su transformación en bridas o desaparición, fueron los mismos. En lo que respecta a la relación con piezas dentarias y su incidencia en el tratamiento, el problema resultó mas demostrativo permitiéndonos hacer resaltar que la circunstancia de la relación mesial, distal y mesio-distal, no dificultó en ningún caso la realización del procedimiento ya que el tratamiento resultó efectivo en el 100% de los casos.-

Con respecto al bloqueo total observado en el post-operatorio inag

diato-mediate vemos que en un porcentaje alto desapareció por completo o transformó en bridas, las que de acuerdo a su significación no ocasionan perturbaciones mayores en el tratamiento protético.-

Para terminar destacamos que la "TECNICA DEL BOLSILLO" cubre las demandas de tamaño, ubicación, características de terreno, que afectaron las comunicaciones agudas de nuestra serie; el porcentaje de éxito en lo que se refiere al cierre de la comunicación en el 100% de los casos tratados, es argumento suficiente para respaldar la aseveración.-

En lo que respecta al bloqueo repetimos lo que expresamos sobre el total de los casos tratados: "si bien este es completo en el control inmediato-mediate, en el control remoto desaparece por completo en un elevado porcentaje de casos o se transforma en bridas de escasa significación".-

En oportunidad de realizarse una Sesión Deliberativa sobre "Complicaciones con la cavidad sinusal en la práctica odontológica" donde presentamos como correlatores la "TECNICA DEL BOLSILLO" (VI Jornadas Internacionales Odontológicas del Centro de la República), se nos observó que el procedimiento no podía realizarse en las comunicaciones agudas, pensando que el colgajo no permitiría el alargamiento suficiente, como para ser introducido en el "bolsillo"; pudimos demostrar lo contrario en uno de los casos presentados. Los valores numéricos y porcentuales reafirman lo que aseguramos en aquella oportunidad.-

Tabla 7

COMUNICACIONES ANTRÓ BUCALES ODONTÓGENAS TRATADAS CON "TECNICA DEL BOLSILLO"

RELACION CON SUS CARACTERISTICAS Y CONTROLES SEGUN VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS.-

Características - grupo de las Agudas	Tratadas con TECNICA DEL BOLSILLO		Controles									
			Inmediato y Mediato				Remoto					
			Apertura		Bloqueo completo		Bloqueo		Apertura			
							Bridas	NO				
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total General	5	100			5	100	3	60	2	40		
Ubicación												
Total	5	100			5	100	3	60	2	40		
Alveolar	5	100			5	100	3	60	2	40		
vestibulares												
Pal. Alv. Vest.												
Total	5	100			5	100	3	60	2	40		
Alveolar	5	100			5	100	3	60	2	40		
Alv. Vest.												
Pal. Alv. vest.												
Tamaño												
Total	5	100			5	100	3	60	2	40		
Pequeñas	5	100			5	100	3	60	2	40		
Medianas												
Grandes												
Total	5	100			5	100	3	60	2	40		
Pequeñas	5	100			5	100	3	60	2	40		
Medianas												
Grandes												
Rel. con pieza dent.												
Total	5	100			5	100	3	60	2	40		
Mesial	1	100			1	100			1	100		
Distal	1	100			1	100	1	100				
Mesial-Distal	3	100			3	100	2	66.7	1	33.3		
NO												
Recidivantes												
Total	5	100			5	100	3	60	2	40		
Si												
No	5	100			5	100	3	60	2	40		

Tratamiento de las Comunicaciones Antro - Bucales Odontógenas con
 "TÉCNICA DEL BOLSILLO" - Relación con el Estado Evolutivo-AGUDAS - 5

Gráfico 4

Control
 Inmediato - Mediato

Control
 Remoto



- Tratamiento de las comunicaciones en período de organización con "TECNICA DEL BOLSILLO", incidencia de sus características, resultados, valoración. (Ver tabla 8 pág. 226. Se acompaña gráfico N° 5 pág. 227).-

Como en las agudas, el estudio del tratamiento de las comunicaciones en período de organización y la incidencia de sus características en el mismo, no presenta facetas muy variadas pero si algunos aspectos que interesa considerar. En lo que respecta al total (9 casos) en el control post-operatorio inmediato-mediate no se registró ninguna apertura, de modo que en este aspecto el éxito fué del 100%, los 9 casos hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 5 el 55,5% este se transformó en bridas y en 4 el 44,5% desapareció por completo; al compararnos estos valores vemos que en un 45% de los casos el éxito fué total, ya que el bloqueo desapareció completamente y en el 55% se transformó en bridas cuya significación como vimos, era practicamente despreciable.-

Vemos ahora la distribución de estos totales de acuerdo a las características mas importantes.-

- Ubicación "virtual" y "real"

Ubicación "virtual": en lo que respecta al grupo que estamos estudiando los 9 casos 100% fueron alveolares, los valores absolutos y relativos correspondientes al control son los mismos que en el total analizado, es decir que no se observó ningún caso de apertura, que las 9 hicieron bloqueo completo, etc.

Ubicación "real": en lo que respecta al grupo que estamos estudiando de todos los casos fueron alveolares y los valores absolutos y relativos correspondientes al control, fueron los mismos que en la ubicación "virtual".-

- Tamaño "virtual" y "real"

Tamaño "virtual": en todos los casos fué pequeño, en el control inmediato-mediate no se observó ninguna apertura, los 9 el 100% hi -

cieron bloqueo completo; en el control remoto en 5 el 55,5% este se transformó en bridas y en 4 el 44,5% desapareció por completo. Tamaño "real"; aquí se rompe la monotonía del análisis anterior pues el total se divide en pequeñas y medianas. De los 9 casos el 100% 7 fueron de tamaño pequeño; en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 7 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto este en 3 casos 42,8% se transformó en bridas y en 4 el 57,2% desapareció por completo, los 2 restantes fueron de tamaño mediano, en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, los 2 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto 2 el 100% este se transformó en bridas.-

- Relación con piezas dentarias: de los 9 casos, 2 tenían relación distal, 3 mesio-distal y 4 no tenían relación. De los 2 con relación mesial en el control inmediato-mediate el 100% no hizo apertura, el 100% hizo bloqueo completo; en el control remoto en 1 el 50% este se transformó en bridas y en 1 el 50% desapareció por completo. De los 3 casos con relación mesial y distal el 100% no hizo apertura y el 100% hizo bloqueo completo; en el control remoto en 1 el 33,3% este se transformó en bridas y en 2 el 66,7% desapareció por completo. Los 4 sin relación con piezas dentarias en el control inmediato-mediate no hicieron apertura y el 100% hizo bloqueo completo; en el control remoto 3 el 75% este se transformó en bridas y en 1 caso el 25% desapareció por completo.-

- Recidivas: los 9 casos no habían recibido tratamiento anterior, les corresponden en consecuencia los mismos valores absolutos y relativos que vimos al considerar el total.-

Analizando los valores absolutos y relativos de este grupo con la finalidad que determinamos podemos decir que: con respecto a ubicación "virtual" y "real" como en todos los casos, esta fué alveolar y en el control inmediato-mediate no hubo ninguna apertura, esta característica no incidió desfavorablemente en el tratamiento con

la "TECNICA DEL BOLSILLO" más no hubo ninguna apertura, en los casos de pequeñas la proporción entre los valores representativos de la transformación del bloqueo completo en bridas o su desaparición total, resultan favorables pues en ellos el 57,2% el bloqueo desapareció por completo y en el 42,8% se transformó en simples bridas, este es el único caso donde se han invertido los términos. En cuanto a la relación con piezas dentarias, también se nota en forma clara la no incidencia desfavorable de cualquiera de las situaciones, en el tratamiento con la "TECNICA DEL BOLSILLO" ya que en el 100% de los casos no se produjo ninguna apertura y el bloqueo completo desapareció en un porcentaje elevado de casos y en otros se transformó en bridas.-

En lo que respecta a la recidiva todos fueron casos vírgenes de intervención anterior, como la situación contraria no se presentó en ningún caso, este aspecto no merece ser comentado.-

Enfatizamos el éxito obtenido con la "TECNICA DEL BOLSILLO" en el 100% de los casos tratados, tanto en el aspecto del cierre de la comunicación en sí como en su poca incidencia sobre el terreno prótético.-

Para terminar con el análisis del aspecto que estamos estudiando nos referiremos al grupo de las crónicas, recordemos que su problemática fué la que nos instó a realizar la presente experiencia el nico-quirúrgica y que la técnica que empleamos "TECNICA DEL BOLSILLO" de recubrimiento simple, fué estructurada en forma tal, como para alcanzar con ella el mismo margen de seguridad que el conseguido con las técnicas de doble recubrimiento. En algunos valores numéricos y porcentuales referidos al total de los casos tratados, hemos podido apreciar ya, que el propósito se ha conseguido; los valores a que nos referimos son los obtenidos del análisis: tratamiento-relación estado sinusal y tratamiento-relación características influyentes.-

Tabla 8 COMUNICACIONES ANTRO BUCALES ODONTOGENAS TRATADAS CON "TECNICA DEL BOLSILLO"

RELACION CON SUS CARACTERISTICAS Y CONTROLES SEGUN
VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS.-

Características del grupo - Periodo de Organización	Tratadas con TECNICA DEL BOLSILLO		Controles									
			Inmediato y Mediato				Remoto					
			Apertura		Bloqueo completo		Bloqueo				Apertura	
							Bridas		No			
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total General	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
<u>Ubicación</u>												
Total	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Alveolar	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
vestibulares												
Pel. Alv. vest.												
Total	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Alveolar	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Alv. Vest.												
Pel. Alv. vest.												
<u>Tamaño</u>												
Total	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Pequeñas	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Medianas												
Grandes												
Total	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Pequeñas	7	100			7	100	3	42,8	4	57,2		
Medianas	2	100			2	100	2	100				
Grandes												
<u>Rel. con pieza dent.</u>												
Total	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
Mesial	2	100			2	100	1	50	1	50		
Distal												
Mesial-Distal	3	100			3	100	1	33,3	2	66,7		
No	4	100			4	100	3	75	1	25		
<u>Recidivantes</u>												
Total	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		
si												
No	9	100			9	100	5	55,5	4	44,5		

Gráfico 5
 Tratamiento de las Comunicaciones Antro Bucales - Odontógenas con
 "TÉCNICA DEL Golsillo" - Relación con el Estado Evolutivo - prd de Organización - 9



- TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES CRONICAS CON "TECNICA DEL BOLSILLO". INCIDENCIAS DE SUS CARACTERISTICAS, RESULTADOS, VALORACION. (Ver tabla 9 pág. 232. Se acompaña gráfico N° 6 pág. 233).-

El total fueron 30, 2 que no pudieron ser controladas a distancia, es decir en lo que respecta a la transformación del bloqueo en bridas o desaparición total, fueron ingresadas a las controladas de acuerdo a la importancia del valor numérico y porcentual.-

Los 30 casos fueron operados con "TECNICA DEL BOLSILLO"; en el control inmediato-mediate observamos que 1 hizo apertura el 3,3%, los 30 el 100% bloqueo completo; en el control remoto en 19 el 63,3% este se transformó en bridas y en 11 el 36,7% desapareció por completo.-

Para ver la incidencia de las características en el tratamiento y valorar los resultados, haremos la distribución de estos totales entre las que hemos considerado mas importantes.-

- Ubicación "virtual" y "real"

Ubicación "virtual": en lo que respecta al grupo que estamos estudiando, los 30 casos fueron alveolares; en el control inmediato-mediate observamos que tan solo 1 hizo apertura el 3,3%, los 30 bloqueo completo; en el control remoto siguen por supuesto los valores absolutos y relativos del total.-

Ubicación "real": los 30 casos se distribuyeron en forma bastante desproporcionada en tres posibilidades, 9 fueron alveolares, 20 alveolo-vestibulares y 1 palato-alveolo-vestibular correspondiéndoles los siguientes valores porcentuales: 30,0%, 66,7% y 3,3% respectivamente.-

De los 9 casos de alveolares observamos en el control post-operatario inmediato-mediate, que ningún caso, 0%, hizo apertura, los 9, el 100%, bloqueo completo; en el control remoto en 5 casos el 55,5% este se transformó en bridas y en 4 casos el 44,5% desapareció por

completo. De las 20 alveolares observamos en el control post-operario inmediato-mediate que 1 el 5% hizo apertura, es decir que el único fracaso recayó en este grupo, los 20 casos el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 13 el 65% se transformó en bridas y en 7 el 35% desapareció por completo. Con respecto a la distinta ubicación que pueden afectar las comunicaciones entrobucales crónicas en lo que a la perforación ósea se refiere, ya que en la "virtual" fueron todas alveolares diremos que aún cuando el fracaso registrado en apertura se haya producido en el grupo de las alveolares, su incidencia es tan mínima que no pueda determinar que esta ubicación predisponga al fracaso, por otra parte el número de estas es bastante mayor haciendo mas factible que el fracaso se produzca en el grupo. Con respecto al bloqueo completo registrado en el 100% de las alveolares y alveolo-vestibulares, vemos que se transformó en bridas o desapareció por completo, distribuyéndose los resultados correspondientes en forma mas o menos proporcional, la diferencia del 10% no tiene ningún significado práctico.-

- Tamaño "virtual" y "real"

Tamaño "virtual": todos los casos fueron de tamaño pequeño, las variaciones de diámetro no fueron tantas como para si quiera colocar algunos entre los de tamaño mediano, en el control inmediato-mediate les correspondieron por supuesto, los mismos valores absolutos y relativos.-

Tamaño "real": de los 30 casos 8 el 26,6% fueron de tamaño pequeño y los 22 restantes 73,4% de tamaño mediano; conviene aquí recordar que en las agudas el 100% fueron pequeñas, las en período de organización el 78% pequeñas y el 22% medianas para destacar que el tamaño "real" de las crónicas, es mayor en un importante porcentaje; ya explicamos los motivos de esta situación.-

De los 8 casos de tamaño pequeño en el control inmediato-mediate,

no se registró ninguna apertura todos hicieron bloqueo completo, en 6 casos el 75% este se transformó en bridas y en 2 casos el 25% desapareció por completo, de los 22 casos de tamaño mediano en el control post-operatorio inmediato-mediate 1 el 4,5% hizo apertura, los 22 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 13 casos 59,2% este se transformó en bridas y en 9 el 40,8% desapareció por completo.-

El tamaño de las comunicaciones en los casos que estamos estudiando, con variaciones de diámetro escasas en el "virtual" (todos catalogados de tamaño pequeño) y las variaciones importantes en el "real" que nos llevaron a considerar 22 casos el 73,4% de tamaño mediano; no ha tenido mayor significación, ya que tan solo en 1 caso el 3,3% se registró apertura, esto con respecto al total. En el parcial correspondiente 1 caso resulta el 4,5%. Con respecto al bloqueo completo registrado en el control inmediato-mediate y los valores de su transformación en bridas o desaparición, los resultados se explican pues las de mayor diámetro necesitan ampliar mas el lecho receptor y descender mas el colgajo, el bloqueo inmediato resulta mayor y su desaparición total mas problemática.-

- Relación con piezas dentarias por mesial y distal: los 30 casos se distribuyeron de la siguiente forma, 3 el 10% con relación mesial, 6 el 20% con relación distal, 13 el 43,4% con relación mesio distal y 8 el 26,6% sin relación. De los 3 casos con relación mesial en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, todos hicieron bloqueo completo; en el control remoto de estos 1 el 33,3% se transformó en bridas, en 2 el 66,7% desapareció por completo; los casos con relación distal fueron 6, en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertura, el 100% bloqueo completo; en el control remoto en 4 casos 66,7% este se transformó en bridas, en 2 el 33,3% desapareció por completo. De los 13 casos con relación mesial y distal, en el control inmediato-mediate ninguno hizo apertu

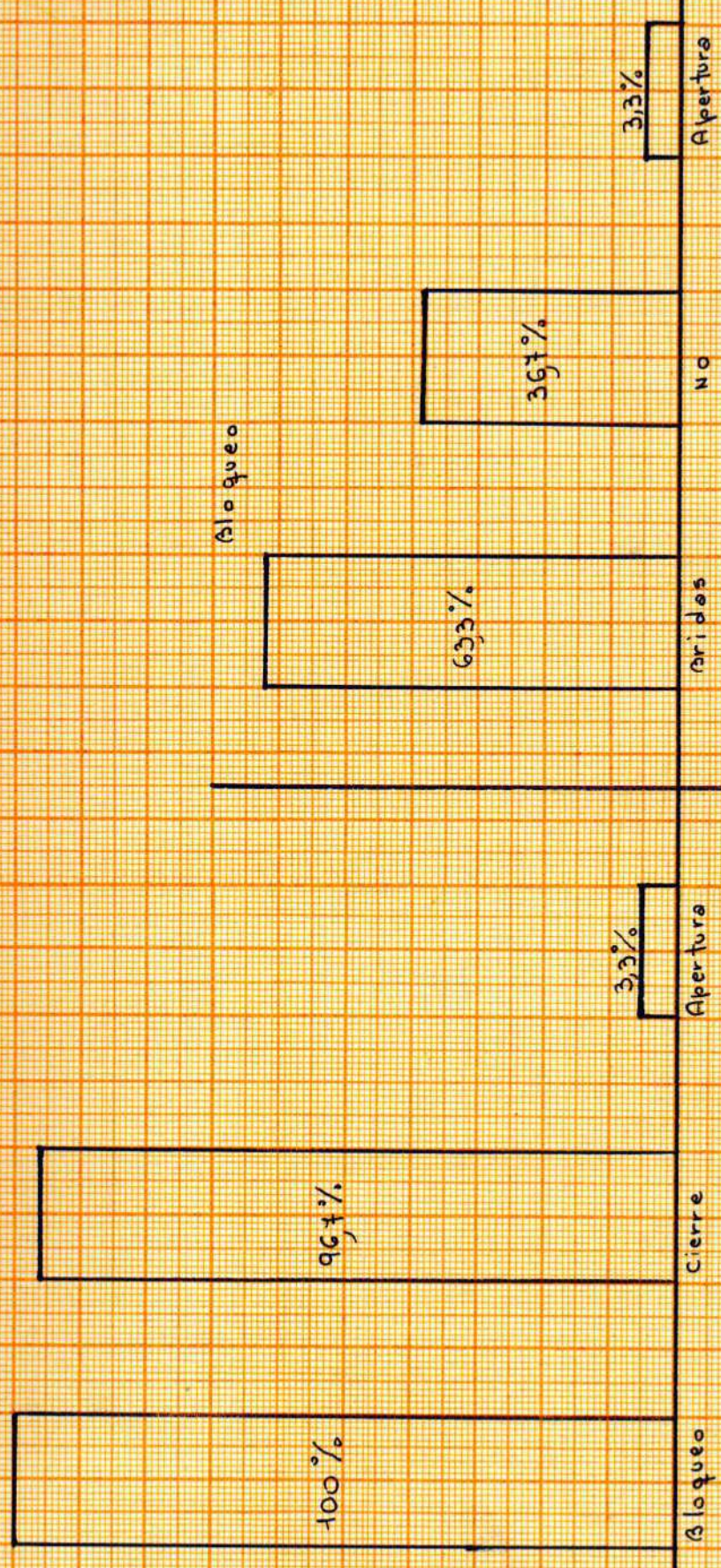
ra, los 13 el 100% hizo bloqueo completo; en el control remoto en 10 casos el 76,7% se transformó en bridas y en 3 casos el 23,3% desapareció por completo. De los 8 casos sin relación con piezas dentarias, en el control inmediato-mediate 1 el 12,5% hizo apertura, los 8 el 100% hicieron bloqueo completo; en el control remoto en 4 casos el 50% este se transformó en bridas y en 4 el 50% desapareció por completo. Como hechos significativos podemos destacar lo siguiente: con respecto a la existencia o no de piezas dentarias en las vecindades de la comunicación, todos están de acuerdo en que la primera situación resulta desfavorable para el tratamiento (obvian las citas); en los casos de nuestra serie por rara coincidencia, el único fracaso con la "TECNICA DEL BOLSILLO" ocurrió en 1 caso en que no existían piezas dentarias en las vecindades inmediatas a la comunicación; ya destacamos, cuando hicimos el análisis del total de los casos intervenidos, las causas que a nuestro entender, fueron las responsables de esta recidiva (referidas al seno maxilar y a defecto de técnica). En concreto, que la incidencia de la característica de terreno que estamos estudiando es prácticamente nula mas aún lo considerado como desfavorable, no trajo problema. Con respecto al bloqueo en el control remoto se observa la mayor incidencia de bridas, en el caso del grupo con relación mesial y distal el 76,7%, el hecho tiene explicación lógica pues el colgajo debe ser traspuesto, para introducirlo en el bolsillo palatino pasando entre las piezas dentarias vecinas; el bloqueo total que se produce en el primer momento es mas pronunciado y por lo tanto se hace mas problemática su desaparición completa.-

- Recidiva: de los 30 casos 7 el 23,3% habían sido tratados por otros métodos, en el control inmediato-mediate no hubo apertura, el 100% bloqueo completo; en el remoto en el 85,7% se transformó en bridas (porcentaje mas alto) la explicación está en la incidencia sobre el terreno, de los tratamientos anteriores; en el 14,3% desapareció por completo.-

Tabla 9
COMUNICACIONES ANTRÓ BUCALES ODONTÓGENAS
TRATADAS CON "TÉCNICA DEL BOLSILLO"
 Relación con sus características y
 controles según valores absolutos y relativos

Características — grupo de las Crónicas	Tratadas con TÉCNICA DEL BOLSILLO		Controles									
			Inmediato y Mediato					Remoto				
			Apertura		Bloqueo completo		Bloqueo				Apertura	
							Bridas		No			
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total General	30	100	1	33	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
<u>Ubicación</u>												
Total	30	100	1	33	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
Alveolar	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7		
Vestibulares												
Pal. Alv. Vest.												
Total	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
Alveolar	9	100			9	100	5	55,6	4	44,4		
Alv. vest.	20	100	1	5,0	20	100	13	65,0	7	35,0	1	5,0
Pal. Alv. Vest.	1	100			1	100	1	100				
<u>Tamaño</u>												
Total	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
Pequeñas	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
Medianas												
Grandes												
Total	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
Pequeñas	8	100			8	100	6	75,0	2	25,0		
Medianas	22	100	1	4,5	22	100	13	59,2	9	40,8	1	4,5
Grandes												
<u>Rel. con pieza dent.</u>												
Total	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
Mesial	30	100			3	100	1	33,3	2	66,7		
Distal	6	100			6	100	4	66,7	2	33,3		
Mesial-Distal	13	100			13	100	10	76,7	3	23,3		
NO	8	100	1	12,5	8	100	4	50,0	4	50,0	1	12,5
<u>Reincidentes</u>												
Total	30	100	1	3,3	30	100	19	63,3	11	36,7	1	3,3
SI	7	100			7	100	6	85,7	1	14,3		
NO	23	100	1	4,3	23	100	13	56,5	10	43,5	1	4,3

Tratamiento de las Comunicaciones Antro Bucales - Odontógenas con "TÉCNICA DEL BOLSILLO" - Relación con el Estado Evolutivo - Crónicas - 30



C- ANALISIS ESTADISTICO DE ALGUNOS ASPECTOS REPRESENTATIVOS

Considerando la tabla 4 en su rubro principal de totales donde se consigna el resultado fundamental de nuestro tratamiento, al demostrar en el control inmediato-mediate que de las 44 comunicaciones entro-bucales sometidas a la "TECNICA DEL BOLSILLO" cerraron 43 y se abrió tan solo 1, resulta evidente el éxito del procedimiento. A pesar de ser muy terminante este resultado, 97,7% de éxitos contra 2,3% de fracasos, realizamos la significación estadística de los mismos y encontramos que la diferencia entre 97,7% y el 100% de éxitos o considerando lo negativo entre 2,3% de fracasos y el 0%, no proporciona evidencia de que exista algún factor selectivo en la "TECNICA DEL BOLSILLO" o, en otros términos, que las diferencias encontradas son debidas a la acción del azar ya que la desviación relativa con los valores considerados es un valor igual a 1,04 por lo que $P = 0,298$.

Si observamos ahora en los 44 casos de comunicaciones tratadas con "TECNICA DEL BOLSILLO" la evolución que ha sufrido a través del tiempo el bloqueo completo que se presenta en el control inmediato mediate, vemos que en el control remoto este ha desaparecido como tal en el 100% de los casos pasando a bridas en un 61,3% y a desaparición total en un 38,7%. Esta cifra tan evidente, no necesita ninguna prueba estadística por su mismo valor. Ahora bien en cuanto a la transformación en bridas y la persistencia de las mismas aún en controles alejados, en el 61,3% de los casos, podemos decir que la diferencia entre el 61,3% y el 0% desaparición, es significativa pues P es menor que 0,001, es decir que el hecho es atribuible a la técnica. Corresponde insistir que tales bridas, resabio del bloqueo total, no tienen mayor trascendencia en el aspecto protético siendo comparable en la mayoría de los casos a la del frenillo anterior o lateral.-

Continuando el análisis de esta misma planilla (siempre sobre el ítem totales) y ahora considerando el comportamiento de acuerdo al estado simusal, podemos decir que en el momento de la consulta, de las 44 comunicaciones antro-bucales 5 presentaban el seno completamente sano (clínica y radiológicamente) y 39 alguna manifestación patológica (clínica, radiológica o ambas a la vez). Luego del tratamiento correspondiente y realizada la plástica con la "TECNICA DEL BOLSILLO" encontramos en el control remoto 21 casos de senos completamente sanos clínica y radiológicamente y 23 con alguna manifestación patológica. Analizando estadísticamente las diferencias existentes entre los casos de comunicaciones con senos totalmente sanos antes y después del tratamiento, comprobamos que son altamente significativas ya que P es mucho menor que 0,001.-

Si redistribuimos los 44 casos de comunicaciones, considerando ahora como seno sano aquellos que lo fueron clínicamente sin importar la radiología observamos que estos fueron 19, siendo por lo tanto enfermos clínica y radiológicamente los 25 restantes. En el control remoto estos resultados se transformaron en 39 y 5 respectivamente. Realizado el estudio estadístico correspondiente encontramos que las diferencias son significativas ya que P es menor que 0,001.-

Grupo de las crónicas: en esta misma tabla (4) podemos analizar el grupo de las comunicaciones antro-bucales crónicas que fueron tratadas con la "TECNICA DEL BOLSILLO", estas fueron 30; comprobamos en el control inmediato que 29 comunicaciones cerraron perfectamente y tan solo 1 hizo apertura. Este resultado tan evidente a favor del éxito alcanzado con el procedimiento sufrió igualmente el análisis estadístico, comprobándose que en el 96,7% de éxitos o en el 3,3% de fracasos, presentaban una desviación relativa igual a 1,06 correspondiéndole un $P= 0,289$.-

Si observamos ahora en los 30 casos de comunicaciones crónicas tra

tadas con la "TECNICA DEL BOLSILLO" la evolución que sufrió a través del tiempo el bloqueo completo observado en el post-operatorio inmediato-mediate, vemos que en el control remoto este ha desaparecido como tal en el 100% de los casos, pasando a transformarse en bridas en un 63,4% y desapareciendo completamente en un 36,6%. Esto no necesita análisis estadístico por su mismo valor. En lo que respecta a la transformación en bridas y su persistencia aún en controles alejados en el 63,4%, podemos decir que la diferencia entre 63,4% y el 0% (desaparición) es significativa ya que P es menor que 0,001; es decir que el hecho es atribuible a la técnica. Repetimos aquí la observación que hicimos con respecto a la significación protética de las mismas.-

Continuando con la observación de las comunicaciones antro-bucales crónicas, analizaremos lo que ocurrió con el estado sinusal. De los 30 casos solamente 10 presentaban el seno clínicamente sano, las 20 restantes enfermo (clínica y radiológicamente). Después de instituido el tratamiento correspondiente y realizada la plástica, observamos en el control remoto que 25 casos presentaban el seno clínicamente sano y solo 5 clínica y radiológicamente enfermo; esta diferencia de estado sinusal, encontrada antes y después del tratamiento (del seno y de la comunicación) resulta significativa ya que P es menor que 0,001.-

Análisis de los resultados en relación a características (en el total y crónicas): en el total analizando estadísticamente los resultados del tratamiento de las comunicaciones antro-bucales odontológicas con la "TECNICA DEL BOLSILLO", en relación a las características consideradas influyentes, para determinar la medida en que cada una de ellas trasciende en el mismo (tabla 6) vemos que de las 20 comunicaciones cuya ubicación "real" era alveolo-vestibular, tan solo 1 hizo apertura cerrando las 19 restantes; esta única apertura no es estadísticamente significativa ya que P= 3,078.-

Con respecto al tamaño "real" vemos que 24 comunicaciones fueron de diámetro mediano, 1 hizo apertura y 23 cerraron; esta apertura no es estadísticamente significativa ya que $P = 0,2878$.-

Con respecto a la relación con piezas dentarias observamos que la apertura, recayó en el grupo de las 12 comunicaciones no relacionadas, esta única apertura no es estadísticamente significativa ya que $P = 0,2988$.-

Siguiendo con el total analizaremos el bloqueo completo y su evolución. Vemos que de los 23 casos de comunicaciones cuya ubicación "real" fué alveolar, el 100% hizo bloqueo completo (control inmediato-mediate); en el control remoto este desapareció como tal en el 100% de los casos, transformándose en bridas en un 56,5% y desapareciendo completamente en un 43,5%; la cifra de la desaparición como tal es tan evidente que no necesita ningún análisis estadístico. Ahora bien en cuanto a la transformación en bridas y su persistencia en controles alejados en el 56,5% de los casos podemos decir que la diferencia entre 56,5% (persistencia como bridas) y el 0% (desaparición) es significativa pues P es mucho menor que 0,001; en otras palabras que el hecho se debe a la técnica.-

La misma significación encontramos en el análisis de las 20 comunicaciones alveolo-vestibulares (ubicación "real"); en estas el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció posteriormente como tal en el 100% de los casos para transformarse en bridas en el 65% y desaparecer por completo en el 35%. El aspecto de la desaparición como tal no necesita análisis estadístico por su mismo valor. Ahora bien en lo que respecta a la transformación en bridas y su persistencia, vemos que la diferencia entre el 65% y el 0% (desaparición) es significativa, pues P es menor que 0,001.-

Con el tamaño "real" ocurre otro tanto, pues de las 20 de tamaño pequeño el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció como tal en el control remoto en el 100% de los casos ya que se transformó

en bridas en el 60% y en el 40% desapareció por completo; la desaparición del bloqueo como tal en el 100% de los casos no necesita análisis estadístico por su mismo valor. En lo que respecta a su transformación en bridas y persistencia de las mismas en el 60%, la diferencia con el 0% (desaparición) es significativa pues P es mucho menor que 0,001.-

Las de tamaño mediano fueron 24, el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció como tal en el 100% de los casos ya que se transformó en bridas en el 62,5% y desapareció por completo en el 37,5%. El aspecto de la desaparición como tal en el 100% de los casos (control remoto) no necesita análisis estadístico. En lo que se refiere a la persistencia en bridas en el 62,5% vemos que la diferencia con el 0% (desaparición) es muy significativa ya que P es mucho menor que 0,001.-

En lo que a relación con piezas dentarias se refiere vemos que: 6 casos tenían relación mesial y todos hicieron bloqueo completo y que en el 100% desapareció como tal (control remoto). En lo que respecta a la transformación en bridas en el 33,3% y desaparición total en el 66,7% los resultados se invirtieron en referencia a los casos anteriores, ya que la diferencia entre 33,3% (persistencia en bridas) y el 0% (desaparición) no es significativa pues $P = 0,05$.-

De los 7 casos con relación distal todos hicieron bloqueo completo el que desapareció como tal (en el control remoto) en el 100% de los casos; como en los casos anteriores al decir que desapareció como tal nos referimos a que se transformó en bridas o desapareció por completo, lo primero ocurrió en el 71,5% de los casos y lo segundo en el 28,5%. Con respecto a la desaparición como tal no necesita análisis estadístico. En lo que se refiere a la transformación en bridas y su persistencia resulta lo siguiente: la diferencia entre 71,5% (transformación en bridas y su persistencia) y el

0% (desaparición total) es significativa ya que P es menor que 0,001.-

Los casos con relación mesial y distal fueron 19, todos hicieron bloqueo completo (control inmediato) y en el 100% (control remoto) desapareció como tal por completo. La transformación en bridas y su persistencia se produjo en el 68,5% y la desaparición total en un 31,5%; en lo que respecta a las primeras vemos que la diferencia de su porcentaje con el 0% (desaparición) es muy significativo pues P es mucho menor que 0,001.-

Los casos sin relación fueron 12, el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció como tal en el 100% de los casos transformándose en bridas en el 58,2% y desapareciendo totalmente en el 41,8%. En lo que respecta a su desaparición como tal en el 100% de los casos, no necesita análisis estadístico. En lo que se refiere a su transformación en bridas y persistencia en el 58,2% vemos que la diferencia con el 0% (desaparición) es significativa pues P es menor que 0,001.-

Continuando con el análisis de los resultados en relación a las características y habiéndolo hecho en el total, lo haremos ahora en las crónicas hacia las cuales estuvo siempre orientado este trabajo. Recordemos que los casos fueron 30 (ver tabla 9).-

Con respecto a la ubicación "real" vemos que 20 casos de comunicaciones eran alveolo-vestibulares, de estas tan solo 1 hizo apertura cerrando en consecuencia las 19 restantes; esta única apertura no es estadísticamente significativa ya que $P = 0,3078$.-

Con respecto al tamaño "real" vemos que 22 comunicaciones fueron de diámetro mediano, 1 hizo apertura y 21 cerraron; esta apertura no es estadísticamente significativa ya que $P = 0,3032$.-

Con respecto a la relación con piezas dentarias observamos que la única apertura recayó en el grupo de las 8 comunicaciones no relacionadas, esta apertura no es estadísticamente significativa ya

que $P = 0,2892$.-

Siguiendo con el total de las crónicas, analizaremos el bloqueo completo y su evolución. Vemos que de los 9 casos cuya ubicación "real" fué alveolar, el 100% hizo bloqueo completo (control inmediato-mediate); en el control remoto este desapareció como tal en el 100% de los casos transformándose en bridas en un 55,6% y desapareciendo completamente en un 44,4%. La cifra correspondiente a la desaparición como tal es tan evidente que no necesita ningún análisis estadístico. Ahora bien en cuanto a la transformación en bridas en el 55,6% de los casos podemos decir que la diferencia entre el 55,6% y el 0% (desaparición) es significativa pues $P = 0,001$. Parecida significación encontramos en el análisis de las 20 comunicaciones alveolo-vestibulares (ubicación "real"); en estas el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció completamente como tal (control remoto) en el 100% de los casos para transformarse en bridas en el 65% y desaparecer por completo en el 35%. La desaparición total no necesita análisis estadístico por su mismo valor. En lo que respecta a la transformación en bridas y su persistencia, vemos que la diferencia entre el 65% y el 0% (desaparición) es significativa pues P es mucho menor que 0,001.-

Con el tamaño "real" ocurre otro tanto pues de las 8 de tamaño pequeño el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció como tal (en el control remoto) en el 100% de los casos ya que se transformó en bridas en el 75% y en el 25% desapareció por completo, la desaparición del bloqueo como tal en el 100% de los casos no necesita análisis estadístico por su mismo valor. En lo que respecta a su transformación en bridas y persistencia de las mismas en el 75% la diferencia con el 0% (desaparición total) es significativa pues P es menor que 0,001.-

De las 20 de tamaño mediano el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció como tal en el 100% de los casos (control remoto) para

transformarse en bridas en el 59,2% y desaparecer en el 40,8%. El aspecto de la desaparición como tal no necesita análisis estadístico por su mismo valor. En lo que respecta a su transformación en bridas y persistencia de las mismas en el 59,2% la diferencia con el 0% (desaparición) es significativa pues P es menor que 0,001.- En lo que a relación con piezas dentarias se refiere vemos que: 3 casos tenían relación mesial y todos hicieron bloqueo completo y que en el 100% desapareció como tal (control remoto); este aspecto no necesita análisis estadístico. En lo que respecta a la transformación en bridas en el 33,3% y desaparición total en el 66,7% lo mismo que en el total de casos los resultados se invirtieron ya que la diferencia entre 33,3% (persistencia en bridas) y el 0% (desaparición) no es significativa pues $P= 0,22$.-

En los 6 casos con relación distal, todos hicieron bloqueo completo que desapareció como tal en el 100% de los casos (control remoto), en el 66,7% se transformó en bridas y en el 33,3% desapareció por completo. Como en los otros casos la desaparición del bloqueo como tal no necesita análisis estadístico. En lo que se refiere a la transformación en bridas la diferencia entre el 66,7% y el 0% (desaparición) es significativa ya que P es menor que 0,001.-

Los casos con relación mesial y distal fueron 13, todos hicieron bloqueo completo (control inmediato-mediate) y en el 100% (control remoto) desapareció como tal por completo. La transformación en bridas y su persistencia, se produjo en el 76,7% y la desaparición total en el 23,3%. En lo que respecta a su desaparición como tal en el 100% de los casos, no necesita análisis estadístico. En lo que se refiere a su transformación en bridas y persistencia en el 76,7% vemos que la diferencia con el 0% (desaparición) es significativa pues P es menor que 0,001.-

Los casos sin relación fueron 8, el 100% hizo bloqueo completo el que desapareció como tal en igual porcentaje. La transformación en

bridas y su persistencia se produjo en el 50% de los casos, en el otro 50% desapareció completamente. En el aspecto de la desaparición del bloqueo completo como tal no hace falta análisis estadístico por su mismo valor. En lo que se refiere a la transformación en bridas y su persistencia en el 50%, vemos que la diferencia con el 0% (desaparición) es significativa ya que $P = 0,0046$.

B- DISCUSION

Después de haber estudiado el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales odontógenas de nuestra serie con la "TECNICA DEL BOLSILLO" y hecho el análisis de los resultados obtenidos en el total indiscriminado, así como también bajo los distintos aspectos en que consideramos el problema; nos ha parecido conveniente discutir los hechos que en el transcurso del mencionado estudio nos resultan mas interesantes y significativos.-

Las comunicaciones odontógenas que hemos estudiado tuvieron características de ubicación y tamaño "virtual" bastante uniformes; todas fueron alveolares con ligera tendencia vestibular y todas pequeñas, algunas verdaderos trayectos fistulosos (cuello de la etiología) y, si es verdad que existieron variaciones en los distintos casos observados, estas no fueron nunca tan notables como para incluir por lo menos algunos casos, entre las medianas. Resulta entonces que el factor ubicación-tamaño, tan importante de considerar cuando se estudia el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales en general, aquí pareciera no jugar papel alguno.-

Mirado el problema con tal simplicidad, la apreciación anterior resultaría justa y sería acertado decir que las comunicaciones odontógenas en relación a lo referido, pueden tratarse con técnicas un tanto indiferentes, ya que el lugar y el tamaño se encuentran al alcance de los colgajos palatinos y vestibulares; sin embargo es bueno recordar, que las comunicaciones que estamos estudiando ostentan también una ubicación y tamaño que hemos denominado "real" referido a la perforación ósea y que es en definitiva el que se debe analizar (ver tabla 6). Aquí el problema cambia por completo, pues la ubicación y el tamaño de la perforación resultan muy distintos (ver Figs. N° 40-41); además los casos se distribuyeron en lo que a ubicación se refiere, entre alveolares y alveolo-vestibu-

laras (ver tabla 6) y en lo que a tamaño, entre pequeñas y medianas en forma mas o menos proporcional; no se registró ningún caso de "grandes". Después de lo expresado resulta fácil comprender la insistencia con que hemos destacado este hecho y ahora discutimos en favor de su consideración. El plan de tratamiento debe realizarse en consecuencia, de acuerdo con lo observado siendo necesario discriminar entonces si son mas adecuados los colgajos palatinos o vestibulares.-

Un tanto temerosos y confesando nuestra falta de experiencia en el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales odontógenas con técnicas de colgajo palatino, sentamos posición en favor de los colgajos vestibulares. Como primer argumento esgrimiremos el resultado de nuestra experiencia, que no hemos podido parangonar con otras (empleando colgajos palatinos) por no haber encontrado ninguna numéricamente significativa, en la literatura que nos ha sido posible consultar. Existen muchos argumentos de orden técnico a los que nos referimos ya en varias oportunidades: características de los tejidos correspondientes, firmes y poco extensibles los palatinos, también de irrigación muy particular "vaso único"; blande y extensibles los vestibulares, irrigación por "vasos múltiples" en "forma de lluvia"⁴¹; necesario desplazamiento lateral de los primeros (Figs. N° 54-69) que disminuye la irrigación y, desplazamiento longitudinal del vestibular que empleamos (Figs. N° 53-102-103) que no disminuye la irrigación. Siendo la ubicación "real" al veolo-vestibular, el colgajo que empleamos en la "TECNICA DEL BOLSILLO" cubre ampliamente esta zona ya que esta se extiende justamente hacia el lugar del pedículo. Los colgajos palatinos como hemos visto, son empleados también. Muchos autores cuyas citas realizamos al hablar de tratamiento, se muestran muy partidarios de ellos y sus argumentos son atendibles; nosotros pensamos que su manejo resulta bastante mas difícil e inseguro pues deben ser largos

para alcanzar la zona vestibular y muchas veces angostos para pa - sar entre las piezas dentarias remanentes, también sufrir rotacio - nes exageradas; se crean en consecuencia problemas de nutrición que pueden determinar la necrosis de su porción terminal, lo hemos observado en el caso N° 47 H.Cl. 947' (ver tabla 1).-

De todos modos y aún salvado los problemas que expusimos, el extre - mo del colgajo queda muy próximo al contorno de la comunicación so - bre la vertiente vestibular del proceso alveolar o la cara externa del seno; a este lugar lo hemos denominado "zona crítica". Se nos podrá replicar con la observación de que cuando se emplea el colga - jo vestibular la "zona crítica" se traslada hacia palatino a lo cual respondemos: que mediante el "bolsillo palatino" hemos conse - guido ampliar el lecho receptor y cubrir ampliamente la comunica - ción; la porción terminal del colgajo queda en consecuencia comple - tamente alejada del contorno de la perforación ósea, cubierta, com - primida, y protegida por el apósito biológico. Esto fué comentado en extenso al explicar la técnica y dar las razones de la seguri - dad del procedimiento.-

A pesar de la importancia que reviste a los fines del tratamiento, la especial consideración de la ubicación y el tamaño de la perforación ósea, hemos notado que pocos autores se han preocupado de destacarlo con el énfasis necesario encontrándose entre estos po - cos a Cichetti, este sugiere una forma la acupuntura, para determi - narla⁹⁸. Todas las variaciones de ubicación y tamaño que hemos ob - servado y que fueron consignadas en las tablas correspondientes, han sido cubiertas con amplio margen por la "TECNICA DEL BOLSILLO" que como vimos, fué empleada con éxito en 44 casos: 5 agudos, 9 en período de organización y 30 crónicos. Presumimos que el colgajo palatino no ofrece las mismas posibilidades empleado como recubri - miento único.-

Recordemos las técnicas de doble recubrimiento tan defendidas por

Wassmund, Lautenschläger y otros y lo que expresaba el primero al respecto: "estos colgajos resultan seguros cuando van precedidos de un primer plano" y "la seguridad que se obtiene con el recubrimiento doble utilizando colgajos palatinos, no se consigue con el método empleado en las perforaciones recientes" (ver pág. 138).- Continuando diremos, que el problema se agrava en forma indiscutida en lo que se refiere al empleo de colgajo palatino, con la existencia de piezas dentarias en las vecindades de la comunicación por distal y mas aún por mesial y distal; la relación mesial en cambio no tiene trascendencia. Con respecto a las primeras es fácil comprender que para cubrir una comunicación alveolo-vestibular tendrá que tallarse un colgajo que a de resultar de proporciones inadecuadas; también la rotación tolerable, estará justo en el límite máximo de los 90°. Este problema en la técnica que empleamos resulta intrascendente, pues el desplazamiento longitudinal (de vestibular a palatino) se realiza sin inconveniente en cualquier situación; se suma la ventaja de que el desplazamiento no deja zonas cruentas.-

Para el grupo de comunicaciones que estamos estudiando, el doble recubrimiento nos parece una complicación innecesaria por lo que acabamos de expresar y además peligroso por las circunstancias que analizamos en el apartado B (ver págs. 173-174-175). La extirpación del trayecto de la comunicación y la exploración del seno maxilar, nos han parecido siempre fundamentales, por ello no recurrimos nunca a los colgajos marginales. Destacamos que a pesar de haber extremado la consideración del estado sinusal como se puede apreciar en la tabla 4; 5 casos, es decir el 11,4% se presentaron en el control remoto con signos clínicos y radiológicos de enfermedad sinusal, si bien es cierto este problema puede resultar ajeno a la intervención ya que varios fueron procesos bilaterales, esto no deja de resultar inquietante. Creemos que un porcentaje aprecia



ble de casos presentaban el seno enfermo cuando se produjo la comunicación siendo su etiología rinógena; en consecuencia, el tratamiento local del seno correspondiente y la plástica no curaron el proceso bilateral.-

Otro aspecto que interesa discutir y que concierne a todas las técnicas que emplean colgajos vestibulares, es el problema del bloqueo del arco. En las tablas correspondientes vemos que en el control inmediato el bloqueo es total comprendiendo por supuesto en el sentido ántero-posterior todo el ancho del colgajo, si esta situación fuera permanente podría llegar a constituir una dificultad para la confección de aparatos protéticos (prótesis a placa) pero en el control post-operatorio remoto hemos observado que en ningún caso el bloqueo se mantiene completo, transformándose en bridas cuya significación es comparativamente la de un frenillo lateral o en su defecto, desaparece por completo. Ya nos hemos referido a que varios enfermos de nuestra serie son portadores de prótesis a placa y que las usan sin inconvenientes.-

Hemos dejado para tratar en último término la seguridad que ofrece la "TECNICA DEL BOLSILLO"; esta como vimos, se basa en la ampliación del lecho receptor que permite adosar el colgajo sobre una extensión considerable de hueso sano, rebasando el contorno de la perforación ósea, también en el "apósito biológico" que le ofrecen el tejido vestibular y palatino subyacente; a esto se suma la sutura continua y el "apósito compresivo". El porcentaje de éxito en el total de las comunicaciones odontógenas tratadas alcanza el 97,7% en el total; en las agudas el 100%; en período de organización el 100% y en las crónicas (grupo donde se produjo el único caso de apertura) el 96,7%, cifras que en el análisis estadístico son altamente significativas (ver pág. 234). Recordemos que es una técnica de recubrimiento simple y que a estas se las consideró siempre poco seguras para el tratamiento de las crónicas.-

Análisis del fracaso: el caso en que se produjo la apertura correspondió a una comunicación odontógena crónica, de ubicación "real" alveolo-vestibular y tamaño "real" mediano, no tenía relación inmediata con piezas dentarias y el seno maxilar se presentaba clínica y radiológicamente enfermo con síntomas de sinusitis bilateral, vaciamiento total del seno izquierdo y franco engrosamiento (7 u 8 mm mas o menos) de la mucosa sinusal lado derecho; antes de la intervención se realizó tratamiento con lavajes a través de la comunicación, no se vierte a fosas nasales, refluye un líquido mucopurulento. Desaparecen los síntomas pero el paciente sufre un fuerte resfriado debiéndose realizar de nuevo los lavajes hasta conseguir su regresión, frente a estas alternativas se resuelve intervenir realizando conjuntamente la plástica y la intervención del seno maxilar. En el control post-operatorio inmediato-mediate no se observa nada anormal, no concurre a los controles subsiguientes y recién lo hace a los 4 meses manifestando síntomas de enfermedad sinusal, la comunicación se encuentra abierta (efracción puntiforme). Este fracaso ocurre como hecho insólito, casualmente donde las características de la comunicación ofrecen menos dificultad para la realización de la técnica, no existencia de piezas dentarias en la vecindad inmediata de la perforación, la que ocurrió en el alveolo del segundo molar no existiendo ni primero, ni tercero; atribuimos el fracaso a que el estado sinusal no pudo ser dominado completamente con el tratamiento instituido. Que esta observación sirva para hacer evidente la necesidad de considerar el estado sinusal así como también para destacar la interrelación del problema comunicación-seno maxilar.-

I- CONCLUSIONES

La "TECNICA DEL BOLSILLO" resulta de la conjunción de una serie de detalles tomados de otras técnicas y se vale fundamentalmente del colgajo alargado de Wassmund. Tiene como características relevantes la eliminación sistemática del trayecto de la comunicación, la ampliación del lecho receptor y formación de un "apósito biológico" que cubre el contorno del colgajo; la fijación del mismo se realiza por doble sutura, una de tracción y fijación con puntos de colchonero y otra de seguridad por sutura continua.-

1.- La "TECNICA DEL BOLSILLO" proporciona un amplio margen de seguridad en el tratamiento de las comunicaciones antro-bucales odontógenas consecutivas a exodoncia, esta conclusión referida al aspecto obturatriz se comprueba a través del porcentaje de éxito obtenido: en las agudas el 100%, en período de organización el 100% y en las crónicas, hacia las cuales estuvo orientada la experiencia, el 96,7%.-

En el análisis estadístico referido a las crónicas encontramos que la diferencia entre el 96,7% y el 100% de éxito presenta una desviación relativa de 1,06 correspondiéndole un $P = 0,289$.-

2.- En lo que respecta a la trascendencia del procedimiento sobre el terreno protético podemos decir que es prácticamente nula, pues si bien es cierto que en el control inmediato-mediate se produjo el bloqueo del surco en el 100% de los casos y en una amplitud mesio-distal correspondiente al ancho del colgajo, es igualmente cierto que en el control remoto el citado bloqueo desapareció como bloqueo completo en el 100% de los casos para transformarse en bridas o desaparecer totalmente. La transformación en bridas ocurrió en el 61,3% del total de casos y en las crónicas en el 63,4%, el hecho de la transformación del bloqueo en bridas significa la regresión parcial del mismo y es atribuible a la técnica ya que en

ambos casos P resultó menor que 0,001. Lo expresado no contradice lo que afirmamos en esta conclusión ya que las bridas no tienen mayor significación en el terreno protético, pudiendo compararse a la del frenillo medio o lateral. En última instancia la solución quirúrgica del problema resulta de extraordinaria simplicidad.-

3.- La "TECNICA DEL BOLSILLO" de recubrimiento simple ofrece sobre la de doble recubrimiento, con igual margen de seguridad respecto al cierre, la ventaja de poder explorar el seno maxilar a través de la perforación ósea sin la complicación de otro abordaje y obrar en consecuencia; esto se debe a que se realiza la extirpación sistemática del trayecto de la comunicación. Ya dijimos que esta circunstancia nos indujo a perfeccionar el procedimiento para alcanzar el margen de seguridad atribuido a las técnicas de doble recubrimiento. Pensamos que el porcentaje de curación conseguido se debió en gran parte a la consideración del problema sinusal.-

4.- La "TECNICA DEL BOLSILLO" cubre ampliamente las demandas de ubicación, tamaño y en lo que se refiere a las características del terreno, las variantes de relación con piezas dentarias por mesial, distal, mesial y distal y no relación; esta conclusión podrá resultar redundancia, pues si hemos realizado ya éxito y fracaso en el total y en las crónicas, pareciera obvio hacerlo con respecto a las características que ellas presentan por lo que hacemos la aclaración que el problema es aquí discriminativo.-

Confirmando lo expresado expondremos los resultados del análisis estadístico referido únicamente a las comunicaciones crónicas.-

Con respecto a la ubicación "real" que creemos es la más importante de considerar, las alveolo-vestibulares que fueron 20, tan solo 1 hizo apertura correspondiéndole $P=0,3076$; con respecto al tamaño "real" 22 fueron de tamaño mediano, 1 hizo apertura y 21 cerraron correspondiéndole $P=0,3032$; con respecto a la relación con piezas dentarias la única apertura recayó como hecho insólito en

el grupo de las 8 comunicaciones no relacionadas, es decir donde el tratamiento resulta mas simple, a este rubro le correspondió P= 0,2892.-

5.- La comunicación bucco-sinusal y el problema del seno maxilar guardan estrecha relación, ya lo expresamos y representamos graficamente; de modo que, para instituir el tratamiento, deberán considerarse siempre los dos aspectos. Es decir, que la programación puede comprender el tratamiento previo del seno maxilar o el de éste y la comunicación a la vez; ambas posibilidades existen y tienen indicaciones precisas. Lo expresado fué de norma en la experiencia quirúrgica que realizamos, en la cual salvo raras excepciones, se procedió en forma contraria debido a errores de interpretación, que descubrimos cuando se hizo la revisión completa de todos los casos.-

6.- Atribuimos el elevado porcentaje de éxito obtenido a la técnica y a la observancia de lo concerniente al seno maxilar.-
La tabla 4 resulta lo suficiente demostrativa al respecto.-

J- RESUMEN

La experiencia se realizó sobre 30 comunicaciones odontógenas consecutivas a exodoncia. Estuvo destinada a valorar una técnica de recubrimiento simple ("TECNICA DEL BOLSILLO") en el tratamiento de las comunicaciones crónicas, donde en general se recomienda emplear el doble recubrimiento. Con el objeto de realizar algunos estudios comparativos se analizaron también los resultados del tratamiento de 5 comunicaciones agudas y 9 en periodo de organización.-
Las valoraciones correspondientes se hicieron considerando los siguientes aspectos: seguridad en el cierre, incidencia en el terreno protético y trascendencia en el estado sinusal; los resultados fueron altamente significativos, demostrando la eficiencia de la "TECNICA DEL BOLSILLO".-

Dr. Corvino

- BIBLIOGRAFIA

- 1- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20415:G¹⁰:1.-
- 1- SUAREZ O.- Clases magistrales dictadas en la Cátedra de Anato - Descriptiva- Fac. de Odontología - Universidad Nac. de Córdoba.
- 2- SICHER H., TANDLER J.- Anatomía para Dentistas - II:220:1950.-
- 3- APRILE H. FIGUIN M.L.- (cita a Della Vedoba)- Anatomía Odontol^ógica - III:264:1960.-
- 4- APRILE H. FIGUIN M.L.- (cita a Connor)- Anatomía Odontol^ógica - III:264:1960.-
- 5- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20415:G¹⁰:1.-
- 6- APRILE H. FIGUIN M.L.- (cita a Dieulafoy-Gayral) - Anatomía Odontol^ógica - III:265:1960.-
- 7- TESTUT L. JACOB G.- Tratado de Anatomía Topográfica - 8:530:1956
- 8- APRILE H. FIGUIN M.L.- Anatomía Odontol^ógica - III:265:1960.-
- 9- TESTUT L. JACOB G.- Anatomía Topográfica - 8:530:1956.-
- 10- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20415:G¹⁰:1.-
- 11- TESTUT L. LATARJET.- Tratado de Anatomía Humana - I:228:1960.-
- 12- SICHER H. TANDLER J.- Anatomía para Dentistas - II:222:1950.-
- 13- TRUNK - KELLER.- Detailed Atlas of Head and Neck- 79-90:1954.-
- 14- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20415:G¹⁰:2.-
- 15- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale 20415:G¹⁰:2.-
- 16- ECHEVERRIA M.- Estudio anátomo-topográfico del orificio infra-orbitario - Anales Españoles de Odonto-Stomatología - XXI:87-103:1962.-

- 17- FLOTTES L. HELLUY M. RIU R. LE BEN P.- Les incidences dentaires de la chirurgie du sinus maxillaire - Revue de Stomatologie - 62:1-2:5-20:1961.-
- 18- THOMA K.- Patologia Bucal.- I:541:2.-
- 19- SCHAFER G.W., HAINES M.K., LEVY B.M.- Patologia Bucal 367:1961.-
- 20- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus.- Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20415:G¹⁰:2.-
- 20- SUAREZ O.- Clases Magistrales dictadas en la Cátedra de Anatomía Descriptiva- Fac. de Odontología- Universidad Nac. de Córdoba.-
- 21- FLOTTES L. HELLUY M. RIU R. LE BEN P.- Les incidences dentaires de la chirurgie du sinus maxillaire - Revue de Stomatologie - 62:1-2:5-20:1961.-
- 22- THOMA K.- Patologia Bucal.- I:541:2.-
- 23- GUNNAR MARTENSSON- Dental injuries following radical surgery on the maxillary sinus- Acta Oto-Laryngologica- Supplementum LXXXIV Cap.X:62:1950.-
- 24- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus- Encyclopédie Médico Chirurgicale- 20415:G¹⁰:3.-
- 25- TESTUT L. JACOB O.- (cita a Carnechan) Anatomía Topográfica - 8:533:1956.-
- 26- RICHIER J. MERCIER J.- Anatomie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale- 20415:G¹⁰:5.-
- 27- HUTCHINSON A.G.W.- Diagnóstico Radiológico Dental y Bucal - 25: 1954.-
- 28- BAUER W.H.- Maxillary sinusitis of dental origin.- Am.J.Orthodontic (Oral Surgery Sect.) 29:133-151:1943.-
- 29- GUNNAR MARTENSSON.- Dental injuries following radical surgery on the maxillary sinus - Acta Oto-Laryngologica - Supplementum LXXXIV:36:1950.-

- 30- SCHNEIDER O.- Untersuchungen über die einwirkung der kieferhöhlenoperation nach Caldwell-Luc und Denker auf die zähne; zahnärztliche Rundschau 44:555:1942.-
- 31- BODEL A.- Zur frage der Zahnschäden nach kieferhöhlenoperationen Practica Otorhinolaryn. 6:57:1944.-
- 32- GUNNAR MARTENSSON.- Dental injuries following radical surgery on the maxillary sinus - Acta-Oto-Laryngologica - Supplementum LXXXIV:36:1950.-
- 33- ORBAN B.- Histología y Embriología Bucco-Dental - 345:1957.-
- 34- FLOTTES L. RIU R. LE DEN.- Fisiologie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale 20415:A¹⁰:1.-
- 35- FLOTTES L. RIU R. LE DEN.- Fisiologie des sinus - Encyclopédie Médico Chirurgicale 20415:A¹⁰:1.-
- 36- ROMERO DIAZ E.- Fisiología y clínica de la sinusitis (Tesis) - Fisiología de la mucosa paranasal - 46:1949.-
- 37- ORBAN B.- Histología y Embriología Bucco-Dentaria - 219:1957.-
- 38- GLIKMAN I.- Periodontología Clínica.- 5:1954.-
- 39- GLIKMAN I.- Periodontología Clínica.- 5:1954.-
- 40- KING J.D.- Gingival disease in dundes.- D.Rec - 65:9-32-55:1945.
- 41- SUAREZ O.- Clases Magistrales dictadas en la Cátedra de Anatomía Descriptiva - Fac. de Odontología - Univ. Nac. de Córdoba.-
- 42- APRILE H. FIGUIN M.E.- Anatomía Odontológica - III:IX:497:1960.-
- 43- GINESTET G. MERVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20480:M¹⁰:1.-
- 44- ORBAN B.- Histología y Embriología Bucco-Dental - 201:1957.-
- 45- BERCHER. FARGIN-FAYOLLE.- Pathologie Dentaire - II:534:1950.-
- 46- RIES CARRERO G.- Cirugía Bucal II:774:1957.-
- 47- GINESTET G. MERVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20480:M¹⁰:1.-

- 48- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Estomatología -
 FROHLICH E.- Oclusión plástica de las pérdidas de sustancia
 etc.- II:1236:1963.-
- 49- RIES CENTENO G.- Cirugía Bucal - II:999:1957.-
- 50- GINESTET G. MERVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales.-
 Encyclopédie Médico Chirurgicale 20480:M¹⁰:2.-
- 51- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Estomatología -
 III:2:1239:1963.-
- 52- GRIGNON M.J.L.- Fermeture des communications bucco-sinusiennes.
 Revue de Stomatologie - 58:12:748:1957.-
- 53- DARGISSAC M.- L' A.T.S. en solution a 30% dans la cure des sinu-
 sites suppurées d'origine dentaire traitées par la communication
 bucco-sinusiennes - 59:12:881:1958.-
- 54- LAUTENSCHLAGER A.- Platischer Verschluss Oraler Offnungen in
 der Oberkieferhöhle - Der Chirurg - 2:296:1939.-
- 55- GRIGNON M.J.L.- Fermetures des communications bucco-sinusiennes
 Revue de Stomatologie - 58:12:748:1957.-
- 56- GINESTET G. MERVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales.-
 Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20480:M¹⁰:3.-
- 57- GRIGNON M.J.L.- Fermetures des communications bucco- sinusiennes
 Revue de Stomatologie - 58:12:748:1957.-
- 58- GINESTET G. MERVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales-
 Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20480:M¹⁰:2.-
- 59- ELISETH C.- Fistulas bucales;- su tratamiento.- Rev.Odontol.
 28:421:1949.-
- 60- RIES CENTENO G.- Cirugía Bucal II:789:1957.-
- 61- GLASBEITSCHITSCH F.- Inflammations d'origine dentaire des sinus
 maxillaire.- Acta Stomatologica.- 3-4:57:541:556:1960.-

- 62- DARCISSAC M.- L' A.T.S. en solution a 30% dans la cure des sinusites suppurées d'origine dentaire traitées par la communication bucco-sinusiennes - 59:12:861:1958.-
- 63- MILLER J. LONG P.- Treatment of antro-oral fistula with particular reference to use of streptoquinase and streptodornase - 55:7:453:1952.-
- 64- SCHUCHARIT K.- Tratado General de Odonto-Estomatología.-
 FROHLICH E.- Oclusión plástica de las pérdidas de sustancia adquiridas, etc.- II:III:1238:1963.-
- 65- GINSBERT G. MERVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales.- Encyclopédie Médico Chirurgicale.- 20480:M¹⁰:4.-
- 66- CHOMPRET. INCHAURE. RICHARD.- Technique Chirurgicale Stomatologique - III:313:1951.-
- 67- FICHLER H. TRAEHNER R.- Cirugía Bucal y de los maxilares.- II:165:1953.-
- 68- BERCHER. PARGIN-FAYOLLE.- Pathologie Dentaire - II:536:1950.-
- 69- JACOWSKI. GRIGNON M.J.L.- Les communications bucco-sinuales.- Rev. de Stomatologie - 52:7:693-743:1951.-
- 70- RIES GENWINDO G.- Cirugía Bucal II:775:1957.-
- 71- SHARP G.S.- et al - Ameloblastoma of the jaws - Oral Surg, Oral Med. and Oral Path. - 8:281:1930.-
- 72- SCHUCHARIT K.- Tratado General de Odonto-Estomatología.-
 FROHLICH E.- Oclusión plástica de las pérdidas de sustancia, etc.,... - II:III:1242:1963.-
- 73- KOHLER J.A.- Zahnärztliche chirurgie - ABSCHNITT B.- Chirurgische eingriffe zur gewebeschaffung und zur gewebordnung (Plastik) - II:259:1956.-
- 74- BEHMANN A.- Eine methode zur schließung von kieferhöhlenperforationen deutsche zahnärztliche wochenschrift- 616:216:1089:874.

- 75- KOHLER J.A.- Zahnärztliche Chirurgie.- ABSCHNITT E.- Chirurgische eingriffe zur gewebeschaffung und zur gewebordnung.- (Plastik) - II:251:1956 -
- 76- GRIGNON H.J.L.- Fermetures des communications bucco-sinusiennes- Revue de Stomatologie - 58:12:754:1957.-
- 77- FOMON S.- Cirugia Plástica y Reparadora - Transplante de tejidos - II:199:1943.-
- 78- FOMON S.- Cirugia Plástica y Reparadora - Transplante de tejidos - II:199:1943.-
- 79- RIES CENIZO G.- Cirugia Bucal - II:776:1957.-
- 80- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Stomatologia.- FROHLICH E.- Oclusión Plástica de las Pérdidas de Sustancias, etc...etc - II:III:1239:1963.-
- 81- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Stomatologia - FROHLICH E.- Oclusión Plástica de las Pérdidas de sustancia, etc II:III:1243:1963.-
- 82- GINZETZ G. MERVILLE L.- Communicationes bucco-sinuso-nasales - Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20480:10:5.-
- 83- WASSMUND H.- Lehrbuch der praktischen chirurgie des mundes und der kiefer - II:168:1939.-
- 84- KOHLER J.A.- Zahnärztliche Chirurgie - ABSCHNITT E.- Chirurgische eingriffe zur gewebeschaffung und zur gewebordnung.- (Plastik) - II:262:1956.-
- 85- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Stomatologia.- Operaciones plásticas en la región bucco-maxilar - II:III:1362:1963.-
- 86- KOHLER J.A.- Zahnärztliche Chirurgie.- ABSCHNITT E.- Chirurgische eingriffe zur gewebeschaffung und zur gewebordnung.- (Plastik) - II:262:1956.-
- 87- KOHLER J.A.- Zahnärztliche Chirurgie - II:255:1956.-

- 88- SCHUCHARDT K.- Tratado Genral de Odonto-Estomatologia.-
 FROHLICH E.- Oclusión Plástica de las Pérdias de Sustancia,
 etc,... - II:III:1241:1963.-
- 89- KIRSCHNER M. GULEKE H. ZENKER R.- Tratado de Técnica Operatoria
 General y Especial - IV:225:1961.-
- 90- RIES GENTENO G.- Cirugia Bucal II:790:1957.-
- 91- SCHUCHARDT K.- Tratado Genral de Odonto-Estomatologia -
 FROHLICH E.- Oclusión Plástica de las Pérdidas de Sustancias,
 etc II:III:1241:1963.-
- 92- WASMUND H.- Lehrbuch der praktischen chirurgie des mundes und
 der kieker - II:189:1939.-
- 93- CRIGNON M.J.L.- Fermetures des communications bucco-sinusiennes
 Revue de Stomatologie - 58:12:750:1948.-
- 94- KOHLER J.A.- Zahnärztliche Chirurgie - ABSCHNITT E.- Chirurgie-
 che eingriffe zur gewebsbeschaffung und zur gewebsordnung.-
 (Plastik)- II:259-261:1956.-
- 95- KOHLER J.A.- Zahnärztliche Chirurgie - II:254:1956.-
- 96- KIRSCHNER M. GULEKE H. ZENKER R.- Tratado de Técnica Operatoria
 General y Especial - IV:232:1961.-
- 97- KIRSCHNER M. GULEKE H. ZENKER R.- Tratado de Técnica Operatoria
 General y Especial - IV:233:1961.-
- 98- CICHETTI J.M.- Refuerzo de la plástica en el tratamiento de las
 comunicaciones bucco-sinuales crónicas - Rev.Cirugia D.M.F. -
 6:42:1944.-
- 99- KAZARJIAN V.- Tratamiento quirúrgico de los Traumatismos de la
 Cara - I:496:1952.-
- 100- THOMA K.- Cirugia Bucal - II:1517:1955.-
- 101- BLAIR V. IVY R.- Essentials of Oral Surgery - IV:310:1951.-
- 102- DUNNING H.S.- Treatment of cronic maxillary sinusitis of oral
 origin - J.A.M.A. 75:1394:1920.-

- 103- DUNNING H.S.- Treatment of chronic maxillary sinusitis of oral origin - J.A.M.A 75:1395:1920.-
- 104- THOMA K.- Cirugia Bucal - II:1517:1955.-
- 105- GINSBURG G. NEWVILLE L.- Communications bucco-sinuso-nasales.- Encyclopédie Médico Chirurgicale - 20480:N¹⁰:3.-
- 106- Wallner L.- Treatment of oro-antral fistula - Arch.of Oto-Laryngology - 55:6:666:1952.-
- 107- ZUCKER G.O.- Tratado de Cirugia Bucal - I:218-219:1959.-
- 108- CICHETTI J.M.- Refuerzo de la Plástica en el tratamiento de las comunicaciones buco-sinusales crónicas - Rev.Cirugia D.M.F.- 6:39:1944.-
- 109- KIRSCHNER M. GULNER B. ZENKER R.- Tratado de Técnica Operatoria General y Especial - IV:70:1961.-
- 110- BEHRMANN A.- Deutsche zahnärztliche wochenschrift-eine methode zur schliessung von kieferhöhlenperforationen - 48:1136-1138:36.-
- 111- WASSERUND H.- Lehrbuch der praktischen chirurgie des mundes und der kiefer plastik von defekten im alveolar fortsatz-II:176:1939
- 112- WALLNER L.- Treatment of oro-antral fistula - Archives of Otolaryngology - 55:6:666:670:1952.-
- 113- GELESNIK F.- Nuestras experiencias en el tratamiento de las comunicaciones buco-sinusales - Rev.C.O.C - 3:3-5:1963.-
- 114- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Estomatol.-II:III:1245:
- 115- BERSH J.H.- Plastic repair of a large alveolar-antral fistula - 43:2:141-142:1946.-
- 116- SCHUCHARDT K.- Tratado General de Odonto-Estomatol.-II:III:1391:63
- 117- WASSERUND H.- Lehrbuch der praktischen chirurgie des mundes und der kiefer - II:176:1939.-
- 118- GINSBURG G.- Encyclopédie Médico Chirurg. - 20480:N¹⁰:5.-
- 119- WASSERUND H.- Ob.cit (cita 117) - II:176:1939.-