

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE COMUNICACIONES BUCOSINUSAL EN EL POSTOPERATORIO TARDÍO: REPORTE DE CASO CLÍNICO

RESUMEN

Al determinar la disolución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar, se está identificando una condición patológica denominada comunicación bucosinusal; se debe obligar al cierre de esta lesión; con el fin de garantizar la salud del seno maxilar, así como otras implicaciones como pudiese ser dificultades en la deglución, fonación y masticación. Al respecto, se han propuesto tratamientos, algunos no quirúrgicos y otros quirúrgicos, dependiendo del tamaño de la fistula oroantral. Los quirúrgicos pueden realizarse desplazando tejidos locales, regionales o injertando. Esta investigación llevo como objetivo el Reportar la resolución quirúrgica de comunicación bucosinusal en postoperatorio tardío. Donde se identifica el paciente que asistió al consultorio odontológico presentando comunicación bucosinusal en postoperatorio tardío. El caso analizado fue tratado de manera quirúrgica utilizando colgajos vestibular de avance recto de tipo trapezoidal por el tamaño y ubicación del defecto, el cual no dio el resultado esperado, manteniendo la fistula oroantral por lo tanto, requirió ser intervenido nuevamente, ejecutándose injerto óseo como material de relleno y se suturó con técnica punto por punto a la mucosa palatina, pudiéndose valorar nuevamente el caso con evolución favorablemente.

Palabras clave: Comunicación bucosinusal, resolución quirúrgica, injerto óseo

AUTORES



Adarmes María

E-mail:

maferadarmes19@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0007-2711-4410>

Institución de Procedencia:

Área De Odontología De La
Universidad Nacional Experimental
Rómulo Gallegos. Guárico Venezuela



Vanessa Pérez

E-MAIL:

vanessabeatrizpl@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0007-15902-863x>

Institución De Procedencia:

Área De Odontología De La
Universidad Nacional Experimental
Rómulo Gallegos. Guárico Venezuela



Rebeca Páez

E-MAIL:

od.rebecapaez@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0002-0341-7218>

Institución de Procedencia:

Área De Odontología De La
Universidad Nacional Experimental
Rómulo Gallegos. Guárico Venezuela

Cita de este artículo: Adarmes M, Pérez V Y Paéz Rebeca (2025) Resolución quirúrgica de comunicaciones bucosinusal en el postoperatorio tardío: reporte de caso clínico

Aceptado: 1-10-2024 Aprobado: 15-2-2025 Publicado: 1-4-2025

ABSTRACT

By determining the dissolution of continuity between the oral cavity and the maxillary sinus, a pathological condition called oroantral communication is identified; this lesion must be closed to ensure the health of the maxillary sinus, as well as other implications such as difficulties with swallowing, phonation, and mastication. In this regard, treatments have been proposed, some nonsurgical and others surgical, depending on the size of the oroantral fistula. Surgical treatments can be performed by displacing local or regional tissues or by grafting. The objective of this research was to report the surgical resolution of oroantral communication in the late postoperative period. The patient who attended the dental office presenting with oroantral communication in the late postoperative period is identified. The case analyzed was treated surgically using trapezoidal, straight-advanced vestibular flaps due to the size and location of the defect. The defect did not yield the expected results, maintaining the oroantral fistula. Therefore, a repeat operation was required. Bone grafting was used as filling material and sutured to the palatal mucosa using a stitch-by-stitch technique. The case was reassessed with favorable outcome.

Keywords: Buccosinusal communication, surgical resolution, bone grafting

INTRODUCCIÓN

Como se conoce en la práctica, una comunicación bucosinusal, de acuerdo a Funes, G. y Otros (2023), en su artículo publicado en la Revista de Asociación Odontológica de Argentina, “puede producirse cuando se crea un espacio entre el seno maxilar y la cavidad bucal” (1); es decir se identifica cuando el paciente manifiesta que los líquidos se sienten tanto a nivel bucal como nasal. Esta situación se presenta por lo general cuando se ha intervenido previamente.

En este sentido, Hernando J, Gallego L, Junquera L, Villarreal P. (2010), afirman que “la etiología más frecuente de la comunicación bucosinusal, es la exodoncia de molares o premolares superiores” (2); significando que esta patología corresponde al mínimo espacio que poseen muchas veces los ápices de esas piezas dentarias con el seno maxilar.

Es importante destacar, que esta condición se debe tratar para evitar complicaciones como infecciones crónicas; que pudiesen afectar el seno maxilar y la nariz.

Es por ello, que se debe realizar, primeramente, la maniobra de Valsalva o la introducción de una sonda a través del alvéolo, como lo señala Gheisari R., Hosein Zadeh H. Tavanafar S. (2019), destacando que “es fundamental no colocar ningún elemento (gasas o cementos) dentro del alvéolo, ya que los mismos imposibilitarán la tendencia a un cierre espontáneo y fisiológico” (3). Por otra parte, mencionan lo relacionado al tamaño de la comunicación, destacando que, si es pequeño y el seno no se encuentra previamente infectado, las posibilidades de curación sin tratamiento son altas. También pueden realizarse técnicas de desplazamiento de colgajos vestibulares o palatinos si el profesional actuante tiene experiencia en esas técnicas, tal como lo refieren Yalçın S, Oncü B, Emes Y, Atalay B, Aktaş I. (2011, 4)

Luego de constatar, a través de los procedimientos antes mencionados, que efectivamente existe una afección bucal; se indica tratamiento oral, el cual consiste en indicar antibiótico, por ejemplo, amoxicilina + ácido clavulánico y analgésico (aines) cuando se evidencia infección sinusal previa. En caso contrario, dependiendo del tamaño de la comunicación, sin cierre por segunda intención, debe tratarse quirúrgicamente posteriormente.

Al estar en contacto con la paciente que acudió a las instalaciones de Universidad Rómulo Gallegos a la Clínica dada en el Diplomado de Cirugía Bucal, quien después de 6 meses de una exodoncia de molar superior, manifestó presión a nivel nasal e intercambio de fluidos entre la cavidad bucal y seno maxilar; se tomó la decisión del abordaje quirúrgico

Durante la fase diagnóstica de la evaluación de rx panorámica, se planificó además esta investigación que llevo como objetivo el Reportar la resolución quirúrgica de comunicación bucosinusal en postoperatorio tardío. Siendo necesario para ello considerar los sustentos teóricos de las diferentes estrategias quirúrgicas para la resolución de la comunicación bucosinusal.

COLGAJO DE AVANCE RECTO

En cuanto a los tratamientos, hay diferentes tipos con indicaciones precisas. De allí que, el colgajo vestibular radica en mover la mucosa de ese sector sin tensión y suturarla a los bordes del sector palatino (5); siendo necesario cercenar el periostio para rescatar la mucosa, lo que permitirá su movilidad sin presión alguna. Esta técnica, minimiza los riesgos de contaminación con alimentos, hacia el seno maxilar garantizando la cicatrización.

INJERTO ÓSEO

Para la regeneración ósea dental, se implantó material de relleno en el maxilar, con el fin de aumentar la masa ósea; es decir ofrecer al hueso maxilar o a la mandíbula las condiciones adecuadas para dar soporte a un implante.

SINÉRESIS

Como último paso al tratar la comunicación bucosinusal, se procede a la sutura también conocida como síntesis o sinéresis, este procedimiento consiste en el cierre de la herida o solución de continuidad de los tejidos blandos, a través del cocido con hilos quirúrgicos o por el empleo de otros dispositivos, para asegurar la unión y facilitar la cicatrización.

En sentido, el presente trabajo tiene como objetivo explicar el tratamiento de comunicaciones bucosinusal, considerando el reporte de caso, a 6 meses después de la extracción dental.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio de caso clínico, definido por el Dr. David S. Liebeskind, “como una situación o problema médico que se presenta en un paciente, que implica una evaluación detallada y una toma de decisiones informadas para determinar el tratamiento más adecuado” (6). Esta metodología se le aplicó a paciente femenina de 55 años de edad, quien después de 6 meses que le extrajeron la unidad dental N° 26, manifestó presión a nivel nasal, intercambio de fluidos entre la cavidad bucal y seno maxilar; por lo cual primeramente, se formalizó historia clínica, reportando a través de Rx panorámica una discontinuidad o pérdida de la integridad del hueso maxilar que separa la cavidad bucal del seno, abordándose clínicamente a través de la prueba de valsalva logrando determinar la existencia de una fistula bucosinusal.

Para el procedimiento quirúrgico, se prepara la bandeja con los instrumentos necesarios para realizar la intervención, los cuales fueron: bisturí N° 15, mango de bisturí, anestesia (lidocaína al 2% con vaso constrictor 1:80.000), porta carpuler, aguja larga, sindemostomo, jeringa de 20cc, solución salina 0,9%, sutura (vicryl 3 - 0), porta aguja, tijera quirúrgica, gasas, enjuague bucal, eyector, canula. Seguidamente se procedió a preparar el paciente, haciendo asepsia con enjuague bucal o culotorio, colocando el campo abierto, para proceder a anestesiar con técnica infiltrativa alveolar media. Una vez verificado el reflejo de los nervios y determinado no tener reacción, se realizó incisión con colgajo de avance recto de forma trapezoidal; elevando cuidadosamente el colgajo para mantener su irrigación sanguínea; procediendo al lavado de la cavidad con solución 0,9, de forma abundante, para finalmente fijar y suturar con técnica punto por punto, en la zona receptora garantizando una buena cobertura y cierre.

En cuanto al postoperatorio, se le indicó a la paciente tratamiento oral de antibiótico y analgésico (amoxicilina + ácido clavulánico 875mg / 125mg – diclofenac potásico tableta de 50mg).

RESULTADOS

Se abordó la comunicación bucosinusal de la paciente antes descrita, quien a través de entrevista y Rx panorámica se confirmó la sospecha del tipo de lesión que tenía; procediéndose a intervenir quirúrgicamente utilizando la técnica del colgajo de avance recto.

Primera Intervención: Paciente Femenino refiere presión a nivel nasal e intercambio de fluidos en la cavidad bucal y nasal, describiendo haber sido ocasionada después de una extracción de pieza dental 26. Se realizó llenado de Historia clínica, se solicitó radiografía panorámica, donde se evidenció una discontinuidad en el suelo del seno maxilar (fig. 1) asimismo se visualizó fistula oroantral (fig. 2). Luego de la firma del consentimiento informado se procedió a realizar un colgajo vestibular de avance recto tipo trapezoidal exponiendo la pérdida ósea alveolar (fig. 3), haciéndose lavado abundante con solución fisiológica 0.9%. Posteriormente se suturó el colgajo a la mucosa palatina (fig. 4). El paciente no evolucionó favorablemente, observándose la cicatrización incompleta a los 21 días. Por lo tanto, requirió una segunda intervención.



Figura 1. Rx Panorámica



Figura 2. Fistula oroantral



Figura 3. Exposición del hueso maxilar



Figura 4. Cierre a través de sutura



Figura 5. Cicatrización Incompleta



Figura 6. Exposición de hueso maxilar

Segunda intervención: Paciente Femenino acude 21 días después observándose cicatrización incompleta (fig. 5); por lo tanto, requirió ser intervenido nuevamente. Después de la firma del consentimiento informado se realizó un colgajo vestibular de avance recto tipo trapezoidal exponiendo la pérdida ósea alveolar (fig. 6), se realizó abundante lavado con solución fisiológica 0.9%. Ejecutándose injerto óseo con material de relleno (fig. 7) y se suturó con técnica punto por punto a la mucosa palatina (fig. 8). El paciente evolucionó favorablemente, observándose la cicatrización completa a los 21 días.



Figura 7. Injerto Óseo con material de relleno



Figura 8.

DISCUSIÓN

En el caso descrito anteriormente, nos muestra que es necesario utilizar como instrumento de diagnóstico Rx panorámica, ya que mostrará la anatomía dental del paciente indicándonos las posibles complicaciones en relación a las exodoncias; lo que significa que el profesional de odontología deberá exigir previo a cirugía el referido instrumento. Particularmente el caso que nos ocupa, presentó una comunicación bucosinusal puesto que la paciente presentaba una línea estrecha entre el ápice de la unidad dental N° 26 y la zona de continuidad del seno maxilar. Es importante destacar, y de acuerdo a la experiencia en éste tipo de praxis, esta situación ocurre con mucha frecuencia. Adicionalmente, se debe considerar el tiempo de la lesión, pues a mayor lapso menor posibilidad de cierre simple; porque de lo contrario se intervendría quirúrgicamente el paciente implantando injerto óseo para restaurar el hueso maxilar y garantizar la cicatrización.

En cuanto a la técnica utilizada, el colgajo vestibular de avance recto es el más indicado en este caso, donde se evaluó la reparación de una fístula oroantral con dos métodos quirúrgicos (cierre simple e injerto óseo respectivamente).

CONCLUSIÓN

Si no se produce el cierre espontáneo de la comunicación bucosinusal, el tratamiento es quirúrgico; ya que se debe obligar el cierre de la mencionada lesión, restableciendo el funcionamiento normal del seno maxilar. Esto requiere la resección del trayecto fistuloso y el lavado abundante de la cavidad sinusal con una solución de suero fisiológico. El objetivo de la cirugía es realizar un cierre mucoso en dos planos, sinusal y gingival. El plano óseo se rehabilita en ocasiones en un segundo tiempo.

Para realizar la intervención se puede iniciar tratamiento antes de la misma y se mantiene durante al menos una semana de postoperatorio. Indicándose antibiótico amoxicilina + ácido clavulánico de 875mg / 125mg y diclofenac potásico 50mg c/8h.

Se determinó, que el tiempo de presentación de lesión está íntimamente ligado a la toma de decisión en cuanto al procedimiento a utilizar; puesto que el éxito del cierre de la comunicación bucosinusal dependerá del mismo, pues a mayor lapso menor posibilidad de cierre simple; de lo contrario se intervendría quirúrgicamente el paciente implantando injerto óseo para restaurar el hueso maxilar, garantizar la cicatrización y de esta manera evitar exponer al pacientes a más intervenciones quirúrgicas. por lo tanto, requirió ser intervenido nuevamente. Después de la firma del consentimiento informado se realizó un colgajo vestibular de avance recto tipo trapezoidal exponiendo la pérdida ósea alveolar (fig. 6), se realizó abundante lavado con solución fisiológica 0.9%. Ejecutándose injerto óseo con material de relleno (fig. 7) y se suturó con técnica punto por punto a la mucosa palatina (fig. 8). El paciente evolucionó favorablemente, observándose la cicatrización completa a los 21 días.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Franco-Carro B, Barona Dorado C, Martínez González MJS, Rubio Alonso LJ, Martínez González JM. Meta-analytic study on the frequency and treatment of oral antral communications. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16:e682-7. <https://doi.org/10.4317/medoral.17058>
2. Hernando J, Gallego L, Junquera L, Villarreal P. Oroantral communications. A retrospective analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:e499-503. <https://doi.org/10.4317/medoral.15.e499>
3. Gheisari R, Hosein Zadeh H, Tavanafar S. Oro-antral fistula repair with different surgical methods: a retrospective analysis of 147 cases. *J Dent (Shiraz)* 2019;20:107-12. <https://doi.org/10.30476/DENTJODS.2019.44920>
4. Yalçın S, Oncü B, Emes Y, Atalay B, Aktaş I. Surgical treatment of oroantral fistulas: a clinical study of 23 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:333-9. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.02.061>
5. Belmehdi A, El Harti K. Management of oroantral communication using buccal advanced flap. *Pan Afr Med J* 2019;34:69. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.69.19959>
6. Liebeskind, D. S. (2001). The clinical case. *Journal of Medical Education*, 76(5), 567-572.