



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSO BUCAL PARA EL MANEJO DE  
COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: SERIE DE CASOS**

**Autor:**

Br. Mario Querales

Urb. Yuma II, calle No 3. Municipio San Diego  
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA**

**EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSO BUCAL PARA EL MANEJO DE  
COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO  
CLÍNICO**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
ODONTÓLOGO

**Autor:**

Mario Querales

**Tutor:**

Jesús Pérez

San Diego, Junio 2023




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



#### CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto, elaborado por el ciudadano **Mario Querales**, titular de la cédula de identidad N° **V. 28128325** respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO CLÍNICO**, adscrito a la línea de investigación: **Odontología clínica y correctiva**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 10 días del mes de Octubre del año dos mil veintitres.

  
(Firma autógrafa del tutor)  
Jesus Perez  
CI V- 20 268.972



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

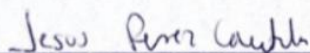


### ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

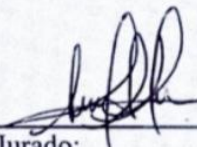
El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: SERIE DE CASOS** realizado por el (la) Br.Mario Querales , portador(a) de la Cédula de Identidad N°28.128.325 Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.


En San Diego, a los 15 días del mes de noviembre del año dos mil 2023

Jurado

  
Tutor Académico:  
Nombre:  
C.I.: 20268972



  
Jurado:  
Nombre: Nur Abou Harb  
C.I.: 26.518.700

  
Jurado:  
Nombre: Carlos Lugo  
C.I. 65745582



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE C  
REPÚBLICA BOLIVIANAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN  
PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe Jesús Pérez Candela, portador de la cédula de identidad N° V-20268 972 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el ciudadano, Mario Querales, portador de la cédula de identidad N° V- titulado “EFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSEO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO CLÍNICO”, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

**En San Diego, a los 26 días del mes de octubre del año dos mil 2023  
Jesús Pérez Candela  
V-20.268.972**



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSEO BUCAL PARA EL MANEJO DE  
COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO  
CLÍNICO

**Autor(a):**

Mario Querales

**Tutor(a):**

Jesús Pérez

**Línea de investigación:** Odontología  
Clínica y Correctiva

**Fecha:** Noviembre de 2023

**RESUMEN INFORMATIVO**

**Introducción:** Una comunicación bucosinusal (CBS) es un estado patológico caracterizado por la presencia de un espacio entre la cavidad bucal y el seno maxilar, secundario a la pérdida del tejido duro y/o blando que normalmente separa ambas cavidades. Uno de los tratamientos propuestos para esta anomalía, es el colgajo adiposo bucal, el cual es una alternativa para la reparación de defectos postquirúrgicos. Las estrechas relaciones entre el suelo del seno maxilar y las fosas nasales con los ápices de los dientes del maxilar, explican porque estas cavidades pueden verse afectadas a menudo por procesos infecciosos odontogénicos, y pueden ser agredidas iatrogénicamente por maniobras comunes como una osteotomía. Se destaca que la comunicación sinusal es una complicación que puede producirse durante un procedimiento. **Objetivo general:** Describir la efectividad de colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucosinusal inmediata en un paciente. **Metodología:** Este estudio se enmarcó, dentro de un “Estudio de casos” y la situación actual de dos paciente que será sometido a una intervención quirúrgica para un colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucosinusal. **Presentación del caso:** Se tomaron en cuenta el caso de dos pacientes que presentaron comunicaciones bucosinusales durante el procedimiento de la extracción, el primer caso se trató de la extracción de restos radiculares y el segundo de una osteotomía de un tercer molar. **Conclusiones:** Una vez analizadas todas las fases dadas en el procedimiento quirúrgico durante los tiempos operatorios, se pudo corregir con éxito el defecto anatómico por medio del colgajo adiposo bucal

**Descriptor:** Colgajo adiposo bucal, comunicación bucosinusal, defectos óseos



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
SCHOOL OF DENTISTRY**



**EFFECTIVENESS OF BUCCAL ADIPOSE FLAP FOR THE MANAGEMENT  
OF IMMEDIATE BUCOSINUSAL COMMUNICATION: A CLINICAL CASE  
REPORT**

**Author:**

Mario Querales

**Tutor:** Jesús Pérez

**Research line:** Odontología Clínica y Correctiva

**Date:** November 2023

**INFORMATIVE SUMMARY**

**Introduction:** A buccal sinus communication (CBS) is a pathological condition characterised by the presence of a space between the buccal cavity and the maxillary sinus, secondary to the loss of the hard and/or soft tissue that normally separates the two cavities. One of the treatments proposed for this anomaly is the buccal adipose flap, which is an alternative for the repair of post-surgical defects. The close relationship between the floor of the maxillary sinus and the nostrils with the apices of the maxillary teeth explains why these cavities can often be affected by odontogenic infectious processes, and can be iatrogenically attacked by common manoeuvres such as osteotomy. Sinus communication is highlighted as a complication that can occur during a procedure. **Overall objective:** To describe the effectiveness of buccal adipose flap for the management of immediate oral sinus communication in one patient. **Methodology:** This study was framed as a "Case Study" and the current situation of two patients who will undergo surgery for a buccal adipose flap for the management of buccal sinus communication. **Case presentation:** The case of two patients who presented with buccosinusal communications during the extraction procedure were considered, the first case involved the extraction of root debris and the second case involved an osteotomy of a third molar. **Conclusions:** After analysing all the phases of the surgical procedure during the operative times, the anatomical defect was successfully corrected by means of the buccal adipose flap.

**Descriptors:** Oral fat flap, oral sinus communication, bone defects

## ÍNDICE

	<b>p-p</b>
RESUMEN INFORMATIVO .....	i
INFORMATIVE SUMMARY .....	ii
ÍNDICE .....	iii
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	5
EL PROBLEMA .....	5
1.3 Justificación.....	8
CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 Antecedentes de la investigación.....	11
2.2 Bases teóricas .....	15
2.4 Definición de términos .....	27
CAPITULO III .....	29
MARCO METODOLÓGICO .....	29
3.1 Tipo de investigación.....	29
3.3 Diseño de la Investigación.....	30
3.4 Fases de la investigación.....	30
CAPITULO IV .....	32
PRESENTACIÓN DE LOS CASOS .....	32
4.1 Descripción del caso clínico.....	32
4.2 Discusión.....	40
CAPITULO V .....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

	pag
Figura 1 Examen radiográfico .....	33
Figura 2 Cierre mediante colgajo .....	34
Figura 3 Control postoperatorio .....	35
Figura 4 Examen radiográfico .....	37
Figura 5 (a y b) Proceso de cierre mediante colgajo .....	39
Figura 6 Control postoperatorio tras 4 meses .....	39

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

Este gran sueño desde niño fue puesto por Dios en mi corazón, me dotó de mucho amor y pasión por lo que hago, tengo la certeza que mi carrera y mi futuro está escrito por El sus planes infinito al igual que sus sueños he confiado toda mi vida en El. Gracias a eso puedo gozar de todo sus regalos

Papá Gracias por cada consejo sabio que me diste por la dirección y la visión que me has enseñado desde niño siempre los he seguido y obedecido, consecuentemente a eso hoy puedo ver lo poco de lo que falta,

Mamá Gracias por el amor que me has impartido desde niño a igual de la empatía hacia las personas y tú hermoso Don de servicio que me has enseñado por hechos toda la vida.

Jesús Pérez, estoy sumamente agradecido por todo el esfuerzo que ha hecho por mí por estar pendiente de todas las correcciones y siempre querer lo mejor para mí y apoyarme en mi formación muy agradecido por siempre sacar lo mejor de mí.

Mariángel Domínguez

Gracias por tu apoyo en toda esta investigación, en cada paciente fuiste una pieza clave para que todo esto se lograra

## INTRODUCCIÓN

El seno maxilar o también denominado como antro de Highmore es una cavidad neumática que forma parte de los senos paranasales de la cara, dentro de ellas la más grande, ubicada en el maxilar superior la cual se tiene íntima relación con las fosas nasales por medio del ostium maxilar (1).

Se caracteriza por tener una forma de pirámide y una mucosa interna que reviste la cavidad denominada membrana de Schneider la cual es de tipo respiratorio con un grosor mayor a nivel de la pared nasal que las demás paredes. La comunicación bucosinusal (CBS) se define como un espacio formado de manera accidental, iatrogénica, patológica o traumática, creando una perforación del seno maxilar que consiste en una comunicación con la cavidad oral como producto de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y sinusal) y tejidos duros (dientes y hueso maxilar).

El principal factor para que se produzca una CBS es la exodoncia de piezas dentarias en cercanía al piso de seno, ya que esto favorece el ingreso y contaminación bacteriana desde la cavidad oral hacia el interior del seno maxilar, también puede producirse en cirugías de implantes dentales, provocando una CBS de forma inmediata, otros factores asociados a la CBS menos frecuentes son la presencia de quistes o tumores, traumatismos, osteomielitis, piezas dentarias desplazadas a seno maxilar, elevación de seno, infecciones periodontales, irradiación de cabeza y cuello, sífilis, tuberculosis, osteonecrosis maxilar por bifosfonatos (1).

En la clínica una CBS puede ser muy variada, presentándose de una forma asintomática o presentar una sintomatología de manera no inmediata, como en casos de defectos pequeños que pueden darse su cierre por un coágulo creado después de la exodoncia dental; sin embargo, con el pasar del tiempo, el seno maxilar queda expuesto al medio bucal y puede producir una infección caracterizada por dolor y sensación de presión debido al acúmulo de una secreción purulenta; éstos signos y síntomas pueden ser muy llamativos y variados que afectan funciones fisiológicas del paciente tales como alteraciones en la deglución, respiración o fonación, dolor en zonas infraorbitaria, geniana y tejidos circundantes a la CBS, supuración por fosa nasal unilateral, fiebre, malestar general(1).

Un correcto diagnóstico ayudará a ofrecer un eficaz tratamiento frente a esta complicación, ya que es una de las más frecuentes dentro del campo de la cirugía oral. El tratamiento de esta enfermedad patológica es netamente quirúrgico, en la cual existen varias técnicas quirúrgicas mediante desplazamientos de colgajos para solucionar una CBS de acuerdo a su localización y extensión, estudiándose en la presente investigación a través de un caso clínico el colgajo adiposo bucal (2).

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del Problema**

La comunicación bucosinusal es una de las complicaciones más frecuentes dentro de la cirugía oral y maxilofacial, por lo que tiene efectos negativos cuando ésta llega a presentarse después de la exodoncia de uno o varios molares superiores, patologías, fracturas, iatrogenias, etc., la cual deberá ser diagnosticada y tratada quirúrgicamente de manera inmediata para evitar complicaciones posteriores a la intervención en el paciente, donde haya sido involucrado el seno maxilar, esto puede repercutir en alteraciones respiratorias o procesos infecciosos como una sinusitis o fistulas oroantrales que pueden llegar a comprometer significativamente la vida del paciente (1).

De esta manera, la comunicación bucosinusal (CBS, por sus siglas en inglés) es un problema de extracción dental que promueve la contaminación microbiana oral o un proceso infeccioso de larga duración, puede ocurrir inflamación crónica de las membranas sinusales y epitelización permanente de las membranas sinusales, lo que puede conducir a un aumento de la sinusitis. Cuando una comunicación bucosinusal, es reciente, sus contornos son caracterizados por un aspecto edematoso, por lo que su curación espontánea depende completamente de la presencia de un coágulo normal,

estable y no infectado, y del hecho de que puede estar cubierto por el epitelio ciliado de la mucosa sinusal y la mucosa sinusal (1).

De este modo, en la práctica odontológica los casos más frecuentes en los que se presenta esta complicación, es en la exodoncia del segundo premolar superior, así también como en el primer y segundo molar superior (este último también denominado “diente antral”). Esto es posible a la pequeña distancia entre sus ápices y dicha cavidad, que varía entre 2-3 mm en la zona que conforma el piso. Un estudio realizado por Killey y Kay en 250 pacientes, expone que más de la mitad de las fístulas buco sinusales ocurren, tras la extracción del primer molar superior. También puede aparecer esta complicación en los casos de las extracciones de los terceros molares, cuando se efectúa una técnica quirúrgica agresiva, un legrado alveolar post extracción desmesurado o cuando el paciente, durante el postoperatorio inmediato, hace maniobras en las que aumentan la presión intra sinusal (1).

Sin embargo, es importante destacar que existen otros factores que pueden producir una perforación de la membrana sinusal y una CBS, como son los traumatismos, otras extracciones dentarias, la cirugía implantológica y la irradiación de cabeza y cuello. También se puede incluir la patología infecciosa e inflamatoria del maxilar superior, los quistes originados a partir de la mucosa del seno maxilar, las neoplasias sinusales benignas o malignas e infecciones específicas como la sífilis o la tuberculosis.

Por lo cual, las estrechas relaciones entre el suelo del seno maxilar y las fosas nasales con los ápices de los dientes del maxilar, explican porque estas cavidades pueden

verse afectadas a menudo por procesos infecciosos odontogénicos, y pueden ser agredidas iatrogénicamente por maniobras comunes como una osteotomía

Con base a lo planteado, se destaca que la comunicación sinusal es una complicación que puede producirse durante la extracción de molares, y puede tener consecuencias graves para la salud bucal del paciente. Es por ello que resulta fundamental conocer las medidas necesarias para prevenir y tratar esta complicación (2).

Por su parte, se enfatiza que es importante conocer los factores de riesgo asociados a la comunicación sinusal, así como los protocolos de tratamiento y prevención de esta complicación, para poder ofrecer a los pacientes una atención odontológica de calidad (3).

Además, el manejo y protocolo de comunicaciones sinusales tras una osteotomía de molares es un tema que requiere de un abordaje multidisciplinar, que involucre a especialistas en cirugía oral y maxilofacial, y radiólogos (4). Esto resalta la importancia de que los profesionales en este campo estén actualizados y capacitados para abordar este tipo de situaciones que conforma parte del conjunto de complicaciones más frecuentes en la dinámica de cirugía bucal, debido a esto, se llevará a cabo un estudio de casos con el fin de evaluar la dinámica del proceso clínico, los factores de riesgo y los aspectos a tomar en cuenta durante el procedimiento dado en las instalaciones de la Universidad José Antonio Páez.

### **1.1.1 Formulación del problema**

Para indagar sobre el problema planteado la siguiente investigación logró a través de una serie de casos realizados en las Clínicas de cirugía bucal de la Universidad José Antonio Páez, responder a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la efectividad de colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucosinusal inmediata?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Describir la efectividad de colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucosinusal inmediata en un paciente.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Diagnosticar la condición de un paciente con una comunicación bucosinusal inmediata tras una extracción de molares.
- Explicar el procedimiento quirúrgico para el logro de un cierre de una comunicación bucosinusal por medio de un colgajo adiposo bucal.
- Evaluar la evolución postoperatoria del paciente

## **1.3 Justificación**

Existe con frecuencia las perforaciones de los senos en procedimientos que involucran molares, esto como resultado del empleo de técnicas quirúrgicas inadecuadas, la intrusión de una raíz al seno, dado por una maniobra brusca con el instrumental o bien por la existencia de lesión periapical, la cual favorece el

adelgazamiento del piso del seno y, por ende, su apertura. Puede generarse también en la cirugía periapical debido a la dificultad que entraña la localización de los ápices y su relación con dicha estructura.

Debido a esto, al momento de la planificar un procedimiento quirúrgico, es relevante tomar en cuenta diversos aspectos al evaluar el caso que se presenta, en especial de manera radiológica. En el estudio de una de las complicaciones más frecuentes dentro del campo de la cirugía oral y maxilofacial, como es la comunicación bucosinusal u oroantral, este estudio busca ilustrar y reforzar los conocimientos de los profesionales de la salud bucal y así brindar una correcta atención odontológica a los pacientes, evitando riesgos que se pueden presentar durante o después de una osteotomía, gracias a maniobras erróneas e inadecuadas al momento de la intervención, sin antes haber tenido claro los conceptos de cómo diagnosticar y tratar una comunicación bucosinusal.

Con base a lo expuesto, los beneficios de esta investigación serán tanto para los estudiantes, odontólogos y cirujanos que requieran conocer a profundidad un manejo y protocolo de la comunicación bucosinusal, evaluando primero el tipo de caso clínico para poder elegir la técnica quirúrgica adecuada de primera elección, con el fin de proporcionar un atención integral, optimizando la calidad de vida del paciente, el cual debe ser evaluado y llevado una evaluación radiográfica que coloque en evidencia los factores anatómicos y la cicatrización de los tejidos involucrados en la

cirugía, sin que exista recidiva de dicha patología o un cuadro infeccioso que agrave la situación del paciente.

#### **1.4 Alcance y Limitaciones**

La presente investigación se llevó a cabo realizando el estudio de casos sobre el manejo de una comunicación bucosinusal tras la extracción de restos radiculares por medio de un colgajo Adiposo Bucal para el Manejo de Comunicación Bucosinusal Inmediata. El paciente fue atendido para el tratamiento correctivo de la comunicación bucosinusal en la Facultad de Odontología- UJAP durante el periodo 2CR-2023.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Para la elaboración del presente trabajo, se realizó una revisión de varias investigaciones que sirvieron como fuente de aporte teórico y metodológico necesarios para la elaboración de esta investigación, organizadas de manera cronológica desde los estudios más recientes a lo más antiguos.

En una revisión pictórica presentada por Shahrour y cols. (2021) titulada “ Comunicación oroantral, sus causas, complicaciones, tratamientos y características radiográficas: una revisión pictórica” cuyo objetivo principal fue evaluar las características de la comunicación oroantral. Los rasgos característicos de la ACO incluyen discontinuidad del piso del seno maxilar, engrosamiento de la mucosa del seno maxilar o una combinación de ambos. Las modalidades de imágenes bidimensionales son el método de elección para identificar discontinuidades en el piso del seno maxilar. Sin embargo, las modalidades de imágenes tridimensionales también son esenciales para determinar el estado del tejido blando en el seno maxilar. La integración de modalidades de imágenes bidimensionales y tridimensionales es crucial para el diagnóstico correcto y el tratamiento integral de la ACO. Sin embargo, el diagnóstico de ACO debe confirmarse clínicamente para evitar cargas mentales y financieras innecesarias para los pacientes (5).

Ramirez y cols(2020) realizó un artículo titulado: “Uso de bolsa adiposa de Bichat pediculada como recurso para el cierre de comunicaciones y fistulas bucoantrales”, cuyo objetivo se basó en reportar el caso clínico de un paciente que acudió a la clínica universitaria de la Universidad UTE con una comunicación buco sinusal y el tratamiento quirúrgico a través de un colgajo pediculado de la bolsa adiposa de Bichat, como alternativa satisfactoria en el cierre de la comunicación y corrección de los defectos óseos intraorales. A través de dicho procedimiento, se logró corregir la condición, sin embargo, como hallazgo del caso, ocurrió una reducción del surco bucal, desventaja para la confección protésica del paciente, reportándose como la principal complicación, sin embargo la combinación de colgajo bucal y bolsa adiposa de Bichat se muestra como procedimiento apropiado para el cierre de fistulas ubicadas en el área del segundo y tercer molar maxilar, con un evidente éxito en la reconstrucción de defectos intraorales, siempre y cuando las condiciones se presten apropiadas para ello, de ahí nuevamente recalcar la necesidad de un buen diagnóstico y análisis complementario (6).

Tania (2020), en su estudio llamado “Factores de riesgo y su relación con la comunicación bucosinusal durante la extracción de terceros molares maxilares”, cuyo objetivo principal analizar los factores de riesgo y su relación con la comunicación bucosinusal durante la extracción de terceros molares maxilares. Siendo un estudio de tipo observacional, analítico transversal. La muestra total fue de 788 historias clínicas y radiografías panorámicas de pacientes que se sometieron a extracción de terceros

molares maxilares bajo anestesia local entre los periodos 2016 - 2019 en el área de cirugía dentoalveolar y maxilofacial del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Se analizaron los factores demográficos (edad /sexo) y otros factores como patología preoperatoria. En las radiografías panorámicas se determinó la posición anatómica del tercer molar superior de acuerdo con la clasificación de modificada de Archer es decir, la profundidad relativa del tercer molar maxilar en el hueso (Clase A, B y C), la posición del eje largo del tercer molar superior en relación con el eje largo del segundo molar (vertical, mesioangular, distoangular, bucoangular, otras) Los datos obtenidos se tabularon en una matriz diseñada en el programa Excel y procesados en un programa estadístico informático SPSS, utilizando el test estadístico Chi-cuadrado. Obteniendo como conclusión, que Los factores demográficos (sexo y edad) no tienen relación con la presencia de comunicación bucosinusal durante la extracción de terceros molares maxilares. Los factores radiográficos, profundidad tipo C y angulación mesioangular de la clasificación modificada de Archer son factores de riesgo significativos para la comunicación bucosinusal y, por lo tanto, representan los mejores indicadores de la probabilidad de que ocurra esta complicación (7).

Gatti y col. (2019) publicaron un artículo titulado: “Principios fundamentales para el tratamiento de las comunicaciones bucosinuales. Presentación de cuatro casos clínicos ”, cuyo objetivo presentar cuatro situaciones clínicas de comunicaciones bucosinuales crónicas que fueron resueltas mediante tres técnicas quirúrgicas diferentes con un mismo protocolo, que consta de tres principios fundamentales. A

través del uso de tres principios fundamentales, para lo cual se utilizaron tres técnicas quirúrgicas diferentes: colgajo de avance vestibular, bola adiposa de Bichat y raqueta palatina. Todos los casos evolucionaron de manera favorable y sin recurrencia (8).

Kumar y cols. (2018), en un estudio titulado: “Intervenciones para el tratamiento de comunicaciones oro-antrales y fistulas debidas a procedimientos odontológicos” cuyo objetivo principal fue evaluar la efectividad y seguridad de diversas intervenciones para el tratamiento de comunicaciones oro-antrales y fístulas por procedimientos odontológicos. e incluyó sólo un estudio en esta revisión, que comparó dos intervenciones quirúrgicas: colgajo pediculado de almohadilla de grasa bucal y colgajo bucal para el tratamiento de las comunicaciones oroantrales. El estudio involucró a 20 participantes. El riesgo de sesgo no estaba claro. El resultado relevante informado en este ensayo fue el cierre exitoso (completo) de la comunicación oroantral. La calidad de la evidencia para el resultado primario fue muy baja. El estudio no encontró pruebas de una diferencia entre las intervenciones para el cierre exitoso (completo) de una comunicación oroantral (RR 1,00; IC del 95%: 0,83 a 1,20) un mes después de la cirugía. Todas las comunicaciones oroantrales en ambos grupos se cerraron exitosamente, por lo que no hubo efectos adversos debido al fracaso del tratamiento. No se encontraron ensayos que evaluaran ninguna otra intervención para el tratamiento de las comunicaciones oroantrales o fístulas debidas a procedimientos dentales (9).

De tal modo, las investigaciones mencionadas son fundamentales para este estudio, pues son referencias que describen aspectos clínicos y radiográficos de la comunicación bucosinusal, así como la metodología correctiva de este tipo de condición orientada a la anatomía de la zona posterior, permitiendo exponer evidencia científica acerca del abordaje quirúrgico de una comunicación bucosinusal.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Seno maxilar**

El seno maxilar o también llamado antro de Highmore término definido como cavidad o espacio hueco en el hueso. Definido por primera vez, por el anatomista inglés del siglo XVII Nataniel Highmore (10). El seno maxilar no es nada más que una cavidad neumática evolucionada en la parte interna del cuerpo del hueso maxilar, esta cavidad tiene comunicación con las fosas nasales, de esta manera siendo parte de los senos paranasales. Mantiene una íntima relación con las piezas dentarias posicionadas del lado superoposterior y al ser extraídas queda comprometida la cavidad bucal, provocando una estrecha comunicación bucosinusal, estimada como un estado patológico determinada por la presencia de la solución continua entre el seno maxilar y la cavidad oral (10).

Entre los senos paranasales es el primero en desarrollarse, el más grande y se forma a partir de las diez semanas de gestación. El ser humano al nacer dicho seno posee una extensión de 5 mm, su neumatización tiene aproximadamente una

velocidad de 2 mm anualmente y el volumen en general de 15 ml. Este seno va creciendo de la misma manera que lo hace el hueso maxilar superior, por consiguiente, de la evolución general del rostro y además de la emisión de las piezas dentarias. Posterior del brote del segundo molar permanente ya obtiene potencialmente la forma y tamaño del adulto, y el brote del tercer molar y el cierre apical indica el término del crecimiento de los senos, esto se da a partir de los 18 hasta los 25 años de edad (11).

#### **2.2.1.1. Funciones del seno Maxilar**

Dicho seno maxilar dispone la función de otorgar resonancia a la voz, ejercer como cámara para calentar, humidificar el aire que ingresa al inspirar, disminuir el peso del cráneo y preservar las diferentes estructuras intracraneales de los posibles traumatismos que se presenten en el futuro, y posee función defensiva ya que su secreción mucosa contiene Lisozima que es un principio antibacteriano. Saber con exactitud el conocimiento de la anatomía topográfica de este seno es de vital importancia para los encargados de la preservación oral definidos como estomatólogos, ya que esto les permite identificar las numerosas lesiones sinusales de origen bucal y también evitar cualquier tipo de acción que ocasione algún tipo de daño (12).

#### **2.2.2 Comunicación Bucosinusal**

La comunicación bucosinusal se la describe, como el espacio originado de manera accidental, iatrogénica, patológica o traumática entre la cavidad oral y el seno

maxilar. Si la comunicación bucosinusal no es tratada a tiempo dentro de un plazo de 72 horas dará como resultado una fístula oroantral y la formación de una infección sinusal aguda (13). La comunicación bucosinusal es diversa ya que puede ser traumática, iatrogénica o relacionada a otros organismos clínicas; No obstante, la presencia de una infección relacionada, principalmente en un seno infectado, cambiará las manifestaciones clínicas y el procedimiento en cada situación, sin embargo, se manifiesta que en gran mayoría los métodos quirúrgicos por lo general fracasan debido a que no se eliminó previamente el proceso séptico (14).

Sin embargo, cuando es reciente la comunicación bucosinusal, se pueden producir bordes son edematosos y tumefactos, durante su cicatrización espontánea depende de la existencia de un coágulo normal, estable y no infectado, para que pueda ser recubierto con el epitelio de la mucosa sinusal, tomando en cuenta la longitud de la comunicación. La comunicación debe ser menor que el diámetro de la pieza extraída

### **2.3.1. Epidemiología**

En la gran cantidad de estudios e investigaciones hay un predominio de esta complicación en pacientes del género femenino y más frecuente en personas de la tercera a quinta década de vida y el riesgo de una CBS aumenta con la edad. Estadísticas revelan que existe un predominio en la zona del maxilar superior izquierda ya que por la posición incómoda de trabajo dificulta la visualización del campo operatorio por parte del profesional (15).

### **2.3.2. Etiología**

Las comunicaciones bucosinuales suelen ser clasificadas o subdivididas en iatrogénicas, no iatrogénicas y asociadas a otras patologías:

#### **2.3.2.1. Comunicaciones Iatrogénicas**

Estas representan el mayor porcentaje de las comunicaciones bucosinuales, ya que pueden ser consecuencia de errores en la manipulación del operador. Existen varios factores por los cuáles se que pueden producir: (16).

- Exodoncias de dientes erupcionados en los sectores latero posteriores del hueso maxilar superior. Los dientes con raíces largas y divergentes tienen mayor frecuencia de producir una CBS. Mayor incidencia en los primeros molares, los segundos molares, terceros molares, y por último los premolares y caninos.

- Exodoncia de dientes incluidos, en especial terceros molares.
- Dislocación de raíces dentarias o piezas dentales dentro del seno maxilar; relacionado con un error técnico del operador.
- Remoción quirúrgica de malformaciones benignas como, odontomas u otros tumores odontógenos y no odontógenos, en íntima relación con la mucosa sinusal.
- Preparación de zonas implantares por una falla técnica, causada por un diagnóstico inapropiado del espacio entre el margen alveolar y el piso del seno.

#### **2.3.2.2. Comunicaciones no iatrogénicas**

En la mayoría de los casos, son consecuencia de traumatismo, por ejemplo, la exodoncia errónea de piezas dentales del proceso alveolar. Se puede también relacionar con patologías del seno maxilar que pueden crear una comunicación bucosinusal después de la fistulización espontánea del seno (17).

A su base histológica, las comunicaciones bucosinuales se pueden diferenciar en tres cuadros distintos, comunicaciones oroantrales, fistulas oroantrales y pseudopolipos sinusales (17).

- Comunicaciones oroantrales: caracterizada por la existencia de una vía que comunica la cavidad oral y el seno maxilar con la ausencia de un revestimiento epitelial de la misma. Es el estadio inicial de la patología y es susceptible a que se logre su cierre por una cicatrización espontánea (18).

- Fistulas oroantrales: representada por una vía recubierta por un tejido de epitelización, que es originada a partir de la mucosa oral y de la mucosa sinusal, y que fracasa en su cicatrización espontánea si no es tratada a tiempo. Representa un período más avanzado de la patología sinusal (18).

- Pseudopolipos sinusales: se producen después de la ruptura de la continuidad de la mucosa sinusal a través de la comunicación y relacionado a sinusitis crónica. Producidas por lo general, posterior a comunicaciones bucosinuales muy amplias, como producto de una infección crónica del antro no tratada durante mucho tiempo (18).

### **2.3.2.3. Causas asociadas a otras patologías**

#### **- Anomalías Del Desarrollo**

Las más común es la fisura labio, alveolo, palatinas, pueden resultar comunicaciones bucosinusales, ya sea de causa primaria o como consecuencia de cirugías repetidas para tratarlas. (17).

#### **- Enfermedades infecciosas**

De origen dentario: patologías como el granuloma o un absceso apical pueden perforar el piso del seno maxilar durante su extracción.

De origen sinusal: una patología como la sinusitis aguda o crónica pueden ocasionar la destrucción de la pared sinusal. Producida también por una osteítis u osteomielitis del hueso maxilar superior. Por infecciones específicas como la tuberculosis localizada en la bóveda palatina o la goma del paladar (sífilis terciaria) que pueden llegar a causar perforaciones. Estos tipos de patologías son pocos frecuentes (17).

#### **- Patología Quística**

El crecimiento continuo de quistes sinusales o de quistes odontogénicos maxilares destruyen las estructuras óseas y producen una comunicación bucosinusal (17).

#### **- Patología Tumoral**

Tumores benignos desplazan la membrana sinusal y los malignos destruyen las estructuras vecinas. Dentro de los tumores malignos destacamos el carcinoma epidermoide gingival con extensión sinusal y el granuloma maligno centrofacial (17).

- Enfermedades Óseas

La más frecuente es la alveolitis seca como una de las posibles causas de las comunicaciones bucosinusales; por ello la trataremos convenientemente con el fin de evitar esta secuela (17).

- VIH/SIDA

Se han descrito fistulas bucosinusales como complicación de la enfermedad periodontal en pacientes seropositivos (HIV +) (17).

### **2.3.3. Manifestaciones Clínicas**

Una comunicación bucosinusal en su inicio, no produce, síntomas clínicos claramente definibles ni sencillas de interpretar por el propio paciente. Si la comunicación bucosinusal se produce por causa iatrogénica, es decir por un accidente traumático que perfora el piso del seno maxilar, existe evidencia de una sensación de dolor leve, ligera tumefacción. Si no se produce el cierre inmediato de la comunicación dado por la formación del coágulo, ya que no es suficiente para provocar una correcta cicatrización de aquella a causa del flujo de gérmenes de la cavidad bucal hacia el seno, la comunicación se amplía, y aunque probablemente desaparecerán los síntomas de dolor y tumefacción, el paciente comienza a sentir la

entrada de líquidos y la pérdida del aire (maniobras involuntarias de Vasalva). En caso que el paciente siga evolucionando sin tratamiento, este puede experimentar la salida de fluidos por la nariz durante la ingesta de alimentos o líquidos (19).

Cuando la comunicación se estableció gracias a un proceso infeccioso y no provocado por una maniobra iatrogénica, existe la sintomatología como antecedente previo del proceso infeccioso dentario, apical o periapical, existiendo un dolor intenso, inflamación, imposibilidad de masticación, entre otras (19).

Al establecerse de estos casos la comunicación bucosinusal se suele acompañar de una reacción más aguda de la mucosa del seno maxilar debido a la contaminación inmediata con el cuadro infeccioso por un absceso o de origen no dentario o periimplantario, por lo que existe un cuadro agravado con más proliferación bacteriana. En cualquiera de estas situaciones suele establecerse una sinusitis maxilar aguda o crónica con los síntomas y signos ya referidos (19).

#### **2.3.4. Diagnóstico**

El diagnóstico va a depender en gran medida del tamaño de la comunicación y del desarrollo de la patología. Como ha sido mencionado, cuando existe una pequeña comunicación entre el antro sinusal y la cavidad oral, de corto tiempo de evolución, los signos y síntomas son indiferenciables y difusos, por lo cual es complicado determinar un diagnóstico de sospecha. Si, por el contrario, la comunicación es de gran amplitud y su tiempo de evolución es prolongado, evolucionará con una serie de

signos y síntomas clínicos que permitirán establecer el diagnóstico de la sospecha de la perforación a través de una correcta anamnesis, incluso con la realización de una serie de pruebas que confirmen el diagnóstico (19).

Se realizará una adecuada anamnesis, un correcto examen físico y radiográfico, como la inspección mediante la maniobra de Valsalva para constatar nuestro diagnóstico, el cual consta que el paciente tome aire y trate de ser expulsado por la nariz, mientras el operador comprime los dos orificios nasales; si existe una comunicación con el seno maxilar, el aire inspirado será expulsado por la cavidad alveolar, lo que verifica una pérdida de la continuidad con la cavidad oral, se producirá un burbujeo, ruido o silbido característico. Otra maniobra indicada consta en que el paciente hable, ya que se puede presentar alteraciones durante la fonación, como voz nasal, esto puede ser producto de comunicaciones bucosinuales de gran tamaño (20).

Las comunicaciones bucosinuales pueden clasificarse según su tamaño y tiempo de evolución: Según tamaño:

- Pequeñas: 1 a 2 mm, según literatura no es indispensable realizar algún tipo de intervención quirúrgica ya que cicatrizará espontáneamente, a expensas de un coágulo formado. (8).
- Medianas: 3 4 mm de diámetro. Vissher et al. Menciona que si existe un defecto menor a 5 mm se puede cerrar espontáneamente, aunque generalmente va a

depender de la afección sinusal. Se deberá analizar el tiempo de evolución del defecto y el tejido disponible, si se necesita una intervención quirúrgica o puede formar un coágulo estable (8).

- Grandes: mayor de 5 mm, en este caso todas las comunicaciones bucosinuales deben ser tratadas quirúrgicamente (8).

Según el tiempo de evolución:

- Inmediata: diagnosticada en el momento que se produce la lesión en la intervención quirúrgica.

- Mediata: diagnosticada después de las 24 horas una vez realizada la cirugía

#### (8). 2.3.5. Sinusitis

La inflamación en la mucosa de revestimiento producida en el seno maxilar se la puede denominar como sinusitis maxilar. Puede presentarse como sinusitis aguda o sinusitis crónica. La sinusitis odontógena puede presentarse en casos de inflamación provenientes de piezas dentarias en cercanía al piso del seno maxilar. La apertura accidental del seno maxilar durante la exodoncia dental si no es atendida a tiempo y correctamente puede producir una sinusitis en el cual puede haber una penetración de restos alimenticios y microorganismos de la cavidad oral (21).

Se pueden distinguir tres tipos de sinusitis maxilar:

- Sinusitis Exudativa: es el tipo de sinusitis que se caracteriza por tener un estado inflamatorio de la mucosa sinusal, ésta se encuentra engrosada, edematizada y eritematosa, en la cual existe una gran cantidad de exudado de moco purulento, característico de una sinusitis de origen odontogénico (21).

- Sinusitis Catarral: este cuadro de sinusitis se caracteriza por una mucosa sinusal inflamada y edematizada, la cual exuda gran cantidad de moco. La etiología de esta patología puede ser de origen rinogeno, comenzando su relacionado con una rinitis (21).

- Sinusitis Hiperplásica Productiva: en este caso, la sinusitis se presenta como consecuencia de una sinusitis exudativa no tratada, cuando este ha presentado un cuadro de larga duración. Caracterizada por formación de pólipos que pueden llegar a cubrir completamente la cavidad del seno maxilar y empezar a salir por el ostium maxilar o alveolo dental cuando exista la presencia de una comunicación bucosinusal (21).

La sinusitis de origen odontogénico siempre son producen una secreción purulenta, sin embargo las de tipo rinogenas exudan gran cantidad de moco en todos los casos, pudiendo con el transcurso del tiempo transformarse en una sinusitis purulenta (21).

### **2.3 Bases legales**

La constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999, de los derechos sociales y de las familias, en su artículo 83 sobre la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la

vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (22).

Con respecto a la ley del ejercicio de la odontología 1970, de las disposiciones generales, el artículo 67 sobre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social queda facultado para dictar las medidas sanitarias y de fiscalización que en resguardo de la salud pública y de los intereses profesionales del gremio odontológico, considere necesarias a los efectos de aplicación de la presente Ley (23).

Y finalmente mencionamos al Código de deontología odontológica 1992, sobre los deberes hacia los pacientes, en su artículo 18, explico que el Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional. De los deberes generales de los odontólogos, el artículo 1º sobre el respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

De la investigación en seres humanos, en su artículo 97°, 98° y 99°; la investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos, la investigación clínica debe ser realizada y/o supervisada por personas científicamente calificadas, además el odontólogo responsable de la investigación clínica está el deber de: a. Ejercer todas las medidas tendientes a proteger la salud de la persona sometida al experimento. b. Explicarle con claridad la naturaleza, propósito y riesgos del experimento y obtener de él, por escrito, su libre consentimiento. c. Asumir, no obstante, su libre consentimiento, la responsabilidad plena del experimento, el cual debe ser interrumpido en el momento que él lo solicite.

#### **2.4 Definición de términos**

**Ápice:** Es la parte terminal de la raíz, conocido también como el foramen apical del diente

**Cirugía oral:** procedimiento quirúrgico en la cavidad bucal, maxilares o alrededor de ellos, generalmente hecho por un especialista dental capacitado para realizar ciertos tipos de cirugías orales

**Diente impactado:** pieza dental que no logra erupcionar completa o lo hace parcialmente en el tiempo que le corresponde.

**Maxilar:** hueso de la cara, que puede considerarse robusto y con gran volumen.

#### **Cuadro 1: Operacionalización de Variables**

<b>Objetivo general: Describir la efectividad de colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucossinusal inmediata en un paciente.</b>				
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>Variable independiente</b> Manejo quirúrgico	Planificación y ejecución de un procedimiento quirúrgico, incluyendo la preparación preoperatoria del paciente, la administración de anestesia, la realización de la cirugía en sí mismo y el cuidado postoperatorio.	Eficacia	-Complicaciones durante el procedimiento -Nivel de hemostasia -Tasa de éxito	-Historias clínicas -Lista de cotejos
<b>Variable Dependiente:</b> Comunicación Sinusal	Conexión anormal entre la cavidad oral y el seno maxilar, que puede ocurrir como resultado de una extracción dental, una cirugía oral o un traumatismo facial. Esta comunicación permite que las bacterias de la boca entren en el seno maxilar y puedan provocar infecciones sinusales	Progresión	-Cicatrización -Etiología - Aspecto radiográfico	

Fuente: Querales (2023)

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Basados en la naturaleza y las características del problema planteado como objeto de estudio, en esta investigación, se enmarcó dentro del tipo de investigación de “Estudio de casos” ya que se buscó estudiar intensivamente las características clínicas y la situación actual de un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica para un colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucosinusal inmediata en un paciente. A su vez, corresponde a la línea de investigación Odontología clínica y correctiva (22).

En este enfoque se requirió de un proceso de indagación que utilizó como procedimiento fundamental el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades de salud únicas. Puesto que, el objetivo de los estudios de caso es conocer y comprender la particularidad de una situación para distinguir cómo funcionan las partes y las relaciones con el todo (24).

#### **3.2 Nivel de profundidad**

De acuerdo al nivel de profundidad de la investigación, se enmarcó en ser tipo descriptiva, donde dichos estudios buscaron especificar las propiedades más importantes de personas, grupos, comunidades, entes, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a un proceso de análisis, la cual, según Hurtado, expresa como “el

propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características (25).

### **3.3 Diseño de la Investigación**

La investigación adoptó un diseño cuasi-experimental, el cual se caracterizó por ser un plan de trabajo con el que se pretende estudiar el impacto de los tratamientos y/o los procesos de cambio en situaciones donde los sujetos o unidades de observación no han sido asignados de acuerdo con un criterio aleatorio (26). Además, se trata de un estudio longitudinal, que implica el seguimiento de un mismo grupo de participantes a lo largo del tiempo para evaluar fenómenos que cambian con el lapso, como el desarrollo humano, las tendencias sociales o los efectos a largo plazo de un tratamiento médico (27).

En este tipo de diseño, se recopilaron datos de los mismos individuos en diferentes momentos a lo largo de un período de tiempo definido, sin intervenir directamente en las variables independientes

### **3.4 Fases de la investigación**

De acuerdo a lo expuesto, el estudio de los casos fue ejecutado en tres fases:

**Fase I Diagnostica: Diagnosticar la condición de dos pacientes con una comunicación bucosinusal tras un procedimiento quirúrgico previo.**

Para ello, se describió por medio de los datos de la historia clínica, a un paciente femenino de 40 años de edad procedente de Maracay, quien acude a consulta

odontológica asintomática, manifestando solicitar la exodoncia de unidades dentarias. Durante un procedimiento quirúrgico previo, presentó complicaciones iatrogénicas que derivadas en una comunicación bucosinusal, surgida después de un resto radicular, la cual fue evidenciada por medios radiográficos

### **Fase II: Procedimiento quirúrgico para el logro de un cierre de una comunicación bucosinusal por medio de un colgajo adiposo bucal.**

Se propuso el colgajo adiposo bucal como procedimiento correctivo. El cual comprende un procedimiento que consiste en la elevación de colgajo mucoperióstico. fistulectomía y retiro de resto radicular. Para posteriormente, proceder a la exposición de bolsa adiposa de Bichat y culminar con la reposición y anclaje de bolsa adiposa de Bichat y lograr el cierre quirúrgico en dos planos (28).

### **Fase III: Evaluar la evolución postoperatoria del paciente**

Los pacientes de acuerdo a las condiciones, asistieron a un primer control y al retiro de puntos a los 21 días, durante dicho procedimiento se evaluó la efectividad del cierre, verificando si se logró el cierre hermético, a través del examen clínico y una lista de cotejos aplicada al paciente. A su vez, el paciente debió ser sometido a un tratamiento farmacológico de antibióticos, analgésicos, antiinflamatorio y terapia con antihistaminicos (Cetirizina).

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE LOS CASOS**

#### **4.1 Descripción del caso clínico**

##### **Datos de filiación:**

**Edad:** 40 años

**Sexo:** Femenino

Motivo de consulta: “Incomodidad al momento del acto masticatorio”

Enfermedad actual: Paciente femenino de 40 años de edad natural y procedente de Maracay, acude a consulta odontológica refiriendo inicio de enfermedad actual desde hace 3 años manifestando dificultad al momento del acto masticatorio

**Peso:** 64 kg

**Talla:** 1,55 cm

##### **Signos Vitales**

FC: 85 bpm

TA: 140/100 mmhg

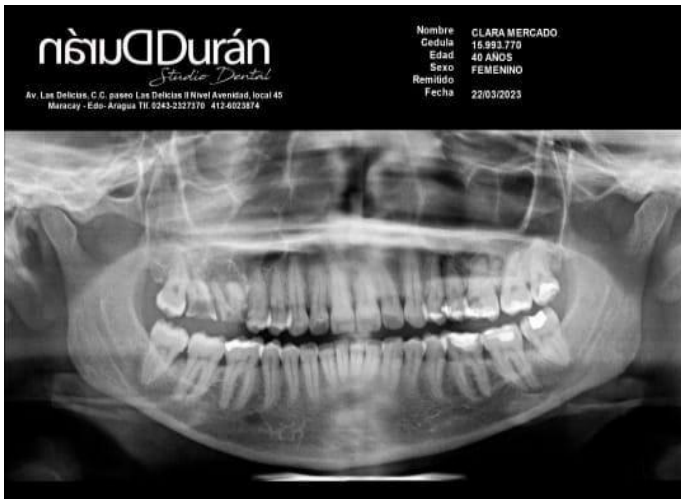
FR: 17 mov/min

TC: 35,5°

##### **Antecedentes familiares**

Abuela materna con padecimiento de diabetes

## Examen Radiográfico



**Figura 1: Examen radiográfico**

## Diagnóstico Pre-operatorio

Resto radicular de la UD 16 y 17

## Procedimiento realizado:

- Técnica anestésica: Infiltrativa

**Complicaciones:** Comunicación bucosinusal por odontectomía UD 16 y 17

**Descripción del procedimiento:** Se realizó la asepsia y antisepsia del área operatoria, para luego dar lugar al procedimiento de anestesia por medio de Lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000, utilizando una técnica infiltrativa bloqueando el nervio alveolar superior medio y posterior. Se llevó a cabo la sindemostomía de la UD 16 y 17, para

luego darse la luxación de los restos radiculares de la UD 16 y 17 con elevadores recto, medio y grueso. Posterior a lo expuesto, se llevó a cabo la avulsión de la UD 16 y 17. En el procedimiento, se presentó como complicación, una comunicación bucosinusal asociada a la odontectomía de la UD #16, se intervino dando el cierre mediante un colgajo pediculado con la bola adiposa de Bichat (Fig 1-2).



**Figura 2:** Cierre mediante un colgajo pediculado con la bola adiposa de Bichat

### **Tratamiento post-operatorio**

Administración de sultamicina 750 mg, 1 tableta cada 12 horas por 7 días

Administración de diclofenac potásico 50 mg, 1 tableta cada 6-8 horas al día

administración de ceterizina 10 mg, 1 tableta por día por 21 día

### **Control Postoperatorio:**

Imágenes del control tras los 4 meses de la intervención quirúrgica, para observar su evolución (Fig 3)



**Figura 3:** Control postoperatorio tras 4 meses

### **Presentación del segundo caso**

#### **Datos de filiación:**

**Edad:** 38 años

**Sexo:** Masculino

Motivo de consulta: “Malocclusion”

**Enfermedad actual** : se trata de px masculino de 31 años de edad quien refiere IEA desde la adolescencia presentando apiñamiento dental, por lo cual acude a facultativo quien indica realizar tratamiento de ortodoncia correctiva y evaluación por cbmf , por lo cual acude a este centro para valoración y conducta.

**Peso:** 71 kg

**Talla:** 1,68 cm

### **Signos Vitales**

FC: 70 bpm

TA: 120/78 mmhg

FR: 18 mov/min

TC: 37°

### **Antecedentes familiares**

Abuela materna con padecimiento de diabetes

### **Exámenes de laboratorio:**

Concentración leucocitaria: 8250mm

HCM: 5.060.000/nl

Hemoglobina: 14,1 gr

Htc: 46%

CHCM: 32%

Concentración plaquetaria: 310.000 mm<sup>3</sup>

Glicemia basal: 70 mg/ dl

Cr: 1,58mg/dl

PT: 13,5 seg



**Figura 4: Examen radiográfico**

**Diagnóstico clínico:**

Exodoncia de la UD 28 Clase I posición B vertical, UD 38 clase I posición A vertical, UD 48 clase I posición A vertical.

**Diagnóstico pre-operatorio:**

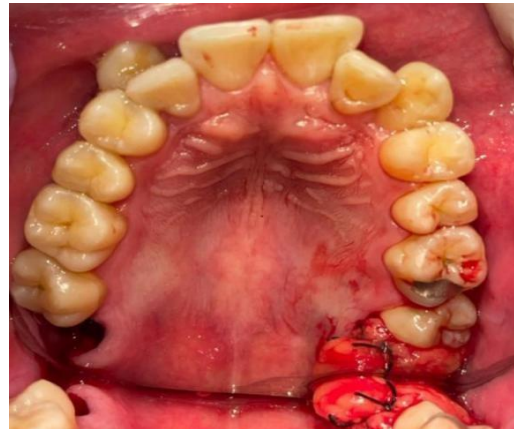
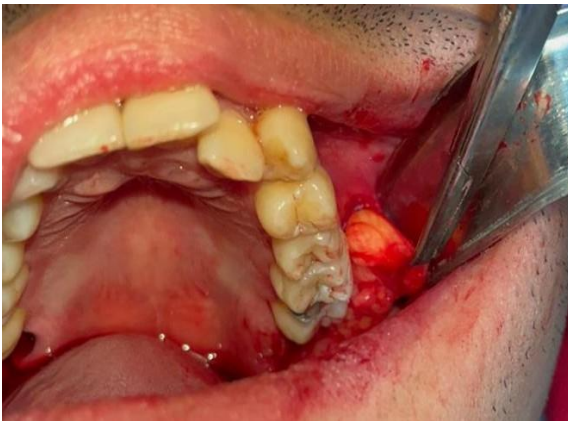
Odontectomía de terceros molares

**Procedimiento realizado:**

- Técnica anestésica: Alveolar superior, troncomandibular, palatino local
- Técnica quirúrgica: Odontectomía y Osteotomía

**Complicaciones:** Comunicación bucosinusal **Descripción del procedimiento:** Se realizó la bucal del área de trabajo con Clorhexidina al 0,12%, para luego administrar

la anestesia por medio de Lidocaina al 2% con epinefrina 1:80.000, utilizando una aguja corta y aplicando la técnica alveolar superior posterior y palatina local. Se llevó a cabo la sindemostomía, luego con un elevador recto medio, con movimientos de rueda y cuña, se logró la avulsión del organo dentario. Para la UD 28 se realizó una incisión con bisturí N°15, se levantó un colgajo con el sindemostomo N °8 de molt. Por medio de un elevador medio, se realizó la avulsión del órgano dentaria, se efectuó la síntesis con sutura de seda. Para la UD 38, se aplicó la técnica troncomandibular, se realizó una incisión con bisturí N°15 de forma triangular, se levantó un colgajo y con una fresa cilíndrica de carburo N°712 se realizó osteotomía, con elevador recto medio se logró la avulsión, se realizó síntesis y se indicó tratamiento farmacológico (Fig 6-7)



**Figura 5 (a y b)** Cierre mediante un colgajo pediculado con la bola adiposa de Bicha

**Tratamiento post-operatorio**

Administración de sultamicina 750 mg, 1 tableta cada 12 horas por 7 días

Administración de diclofenac potásico 50 mg comprimido

Administración de Desloratadina 5 mg tab

Peridont enjuague 0,12%

Control Postoperatorio:



**Figura 6:** Control postoperatorio tras 4 meses de la intervención

## **4.2 Discusión**

La bola adiposa de Bichat es una masa de tejido adiposo fácilmente accesible para la reconstrucción de defectos orales. Una incisión horizontal en el periostio de la zona superior de un colgajo mucoperióstico realizado en la zona posterosuperior de la tuberosidad del maxilar superior, suele ser suficiente para acceder a esta estructura. Stajcic (29) que utiliza esta técnica con éxito en 56 casos de comunicaciones bucosinusales, propone una serie de sugerencias: en primer lugar, la incisión del periostio puede ser innecesaria en aquellos casos en los que exista una laceración vertical en el periostio vestibular; en segundo lugar, cuando se levanta el colgajo, la incisión en el periostio no debe exceder de los cinco milímetros, ya que en alguno de los casos se puede escapar demasiado tejido adiposo a través de la incisión y hacer difícil la visión del campo operatorio; en tercer lugar, desde el momento en el que se haga visible en la cavidad bucal la masa de tejido adiposo, la aspiración del área quirúrgica debe hacerse de forma discontinua, para prevenir la aspiración del tejido graso, con el consiguiente daño al aporte sanguíneo. Por último, se destaca el ser cuidadoso al maniobrar con la masa adiposa, para evitar dañar los vasos sanguíneos, y sobre todo hay que evitar pinzar la parte proximal de la cápsula ya que se podría provocar la necrosis de los lóbulos adiposos distales (29).

Hao (30) comenta que los defectos ideales para ser reconstruidos con esta técnica son los que se presentan en el maxilar superior debido a la proximidad anatómica de esta estructura. Sin embargo, también indica que puede utilizarse la bola adiposa de Bichat en la reconstrucción de zonas más lejanas como el triángulo retromolar y el paladar. Nader (31) publicó 2 casos en los que utiliza la bola adiposa de Bichat como injerto libre para defectos intraorales con buenos resultados. Para Stajatic (29) la técnica de elección ante una comunicación bucosinusal después de una exodoncia es el colgajo de avance recto; sin embargo, señala que el uso de la bola de Bichat para aquellos casos en los que el periostio alveolar vestibular o palatino está muy dañado, representa una solución muy válida, ya que el porcentaje de éxitos es muy elevado y además con esta técnica no se altera la profundidad del vestíbulo (29).

En cuanto al tamaño del defecto, Tideman y cols.(32) concluyeron que es viable reconstruirse defectos de un tamaño máximo de 3x5 mm (siendo 3 la altura y 5 la anchura del defecto) sin comprometer la irrigación sanguínea. Estos autores también describen que la bola adiposa de Bichat expuesta al medio bucal se epiteliza en 2-3 semanas por lo que no requiere ser cubierta totalmente por el colgajo para conseguir el éxito del tratamiento (30). Esta epitelización se produce en la parte oral y en la sinusal (29).

En la literatura encontramos diversos autores como Rapidis y cols. (33) o Alkan y cols. (34) que describen el uso de esta técnica para la reconstrucción de defectos intraorales de medio y gran tamaño (de hasta 5 cm) con resultados satisfactorios,

superando así- el tamaño del defecto que Tideman y cols proponen como máximo. De Moraes (35) describe un caso en el que utiliza esta técnica para el cierre de una comunicación bucosinusal en la misma intervención quirúrgica en la que coloca implantes cigomáticos. Los datos del presente estudio concuerdan con estos autores ya que todas las comunicaciones bucosinuales se resolvieron con éxito tras la utilización de un colgajo pediculado de la bola adiposa de Bichat.

Las complicaciones más frecuentes descritas en la literatura al utilizar esta técnica son la infección, necrosis o rotura parcial del colgajo (29), que no se presentaron en ninguno de los casos expuestos en el presente trabajo. Se ha descrito también la aparición de dolor y trismo que pueden persistir varias semanas (29).

Es importante asegurarse de que se cubre totalmente el defecto quirúrgico, suturar sin tensión y dar normas postoperatorias estrictas al paciente hasta la total cicatrización de la herida para minimizar la incidencia de estas complicaciones (30). Se debe remarcar a los pacientes que deben evitar todo tipo de maniobras de Valsalva que comporten una presión negativa durante las primeras semanas del curso postoperatorio. En el caso de que el uso de esta técnica quirúrgica para solucionar el defecto fracase, normalmente por los motivos ya comentados, es necesario recurrir a opciones terapéuticas más agresivas como son los colgajos a distancia de la lengua, músculo temporal, entre otros. El colgajo vestibular o palatino de avance recto es una de las maniobras más utilizadas, pero, en perforaciones de medio o gran tamaño suele ser insuficiente (29).

El uso de un colgajo pediculado de la bola adiposa de Bichat es una técnica quirúrgica sencilla y rápida con la que se pueden cerrar defectos de hasta 5 cm de diámetro y no se producen cambios en la anatomía ni en la funcionalidad del paciente (30). En la literatura, se encuentra el uso de esta técnica con éxito para cubrir defectos en la región palatina, mucosa bucal, cierre de fístulas oronasales, cubrimiento de la superficie de injertos (28). Otras de sus ventajas son su gran elasticidad y el excelente aporte sanguíneo de esta estructura anatómica por lo que es una buena opción terapéutica y sus resultados son óptimos (29).

#### **4.3 Resultados**

No fue necesaria una segunda intervención en los pacientes efectuó el colgajo pediculado de la bola adiposa de Bichat ya que se produjo el cierre de dichas comunicaciones de forma satisfactoria no se registraron complicaciones peroperatorias en ninguno de los casos. Las complicaciones postoperatorias inmediatas más prevalentes fueron dolor, inflamación, edema. El periodo de seguimiento medio de estos pacientes tras la intervención quirúrgica fue de 21 días semanas. No se evidencia ningún caso de persistencia de la comunicación bucosinusal.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

De acuerdo a lo expuesto, a lo largo de este estudio de casos, se ejecutaron tres fases que se mencionan a continuación:

Inicialmente, se tomo en cuenta la fase I, que diagnosticó la condición de dos pacientes con una comunicación bucosinusal tras un procedimiento quirúrgico previo. Se registraron los datos de los pacientes, como a su vez el diagnóstico por medio de métodos radiográficos e inspección clínica. A través de este procedimiento se llenó la historia clínica de ambos pacientes para llevar a cabo el procedimiento.

Seguidamente, se dio lugar a la fase II que fue un procedimiento quirúrgico para el logro de un cierre de una comunicación bucosinusal por medio de un colgajo adiposo bucal. A través del colgajo adiposo bucal como procedimiento correctivo, se dio lugar a la elevación de colgajo mucoperiostico, fistulectomía y retiro de resto radicular, dando lugar a la exposición de bolsa adiposa de Bichat, finalizando los procedimientos sin ningún tipo de complicaciones.

Finalmente, en la fase III, en la cual se evaluó la evolución postoperatoria de los pacientes. Por medio de un control en el cual se dio lugar al retiro de puntos a los 21 días, verificando factores como la efectividad del cierre, a través del examen clínico

y una lista de cotejos aplicada. De tal manera, se logró comprobar el éxito de los procedimientos y de la terapia farmacológica.

Una vez analizadas todas las fases dadas en el procedimiento quirúrgico durante los tiempos operatorios, se pudo corregir con éxito el defecto anatómico por medio del colgajo adiposo bucal.

## **5.2 Recomendaciones**

Se recomienda realizar una planificación adecuada con el apoyo de radiografías panorámicas. Sin embargo, una radiografía panorámica es una imagen bidimensional y puede producir datos engañosos con respecto a la relación del tercer molar y el piso del seno maxilar. Una imagen tridimensional sería más adecuada, para aclarar la relación tridimensional entre las dos estructuras.

Cuando se presenta una comunicación bucosinusal durante un procedimiento de extracción de molares, el cierre debe realizar de manera inmediata para evitar mayores complicaciones como una fistula oro nasal e infecciones crónicas del seno maxilar. Se recomienda realizar un seguimiento del paciente para verificar que exista una correcta cicatrización. Es recomendable realizar estudios de tipo prospectivo y en múltiples centros con un cuestionario estándar para poder analizar de manera más exacta otras variables que en este estudio no se pudieron incluir como: incisiones, fractura radicular, fractura de tuberosidad, años de experiencia del cirujano y tratamientos realizados para el cierre de comunicación bucosinusal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vila MB, Pedroso LH, Ramos RMG, de las Mercedes Batista Bochs M. Comportamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia atendidas a nivel hospitalario. *Medimay*. 2015;21(3).
2. Suárez MCP, de la Caridad Machín Hernández A, Guerra SLD, Lugo ITR, del Carmen Rosete Mazón M. Comportamiento de las comunicaciones bucosinuales por extracciones dentarias en la atención primaria de salud. *Rev cienc médicas Pinar Río*. 2012;16(3):51–61.
3. Risueño Gómez D, Risueño Pendería M, Ruiz Cañizares A. Comunicaciones oronasales y oroantrales: Presentación de un caso clínico. *Av Periodoncia Implantol Oral*. 2002;14(3):137–41.
4. Harrison DF. Oro-antral fistula. *Br J Clin Pract*. 1961; 15:169–74
5. Shahrour R, Shah P, Withana T, Jung J, Syed AZ. Oroantral communication, its causes, complications, treatments and radiographic features: A pictorial review. *Imaging Sci Dent*. 2021;51(3):307-311. doi: 10.5624/isd.20210035. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34621658; PMCID: PMC8479434.
6. Ramírez Almeida JR, Parise Vasco JM, Armas Vega A, Agurto Castro J. Uso de bolsa adiposa de Bichat pediculada como recurso para el cierre de comunicaciones y fístulas bucoantrales: informe de caso. *OVital*. 2020;2(33):7–14.
7. Tania CVZ. Factores de riesgo y su relación con la comunicación bucosinusal durante la extracción de terceros molares maxilares. [Facultad de Odontología]: Universidad Central de Ecuador; 2020 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21406/3/T-UCE-0015-ODO-043-P.pdf>

8. Gatti PC, Santucci V, Montes de Oca H, Passart J, Bugatto AL, Puia SA. Principios fundamentales para el tratamiento de las comunicaciones bucosinusales. Presentación de cuatro casos clínicos. *Rev Asoc Odontol Argent* 2019;107:63-71.
9. Kiran Kumar Krishanappa S, Eachempati P, Kumbargere Nagraj S, Shetty NY, Moe S, Aggarwal H, Mathew RJ. Interventions for treating oro-antral communications and fistulae due to dental procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 16;8(8):CD011784. doi: 10.1002/14651858.CD011784.pub3. PMID: 30113083; PMCID: PMC6513579.
10. Paparella M, Shumnick D. *Otorrinolaringología*. 3a ed. Madrid: Médica Panamericana; 1994.
11. Coello JR, Villegas AH. Comunicación Oroantral. Informe de caso. *Asociación Dental Mexicana*. 2013 ;109:66-71
12. Martínez B. *Tratado de odontología*. Madrid: Avances Médicos Dentales; 2003.
13. Ávila MJ. Crecimiento y desarrollo del seno maxilar y su relación con las raíces dentarias. *KIRU*. 2005; 200: 76-80
14. Aparicio AX. Colgajos Locales y pediculados en el manejo de las comunicaciones y fístulas oroantrales. *Medicina*. 2011
15. Vila MB, Pedroso LH, Ramos RM, Bochs M. Comportamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia atendida a nivel hospitalario. *MediMay*. 2015; 80: 50-65
16. Estrada S. Tratamiento Quirúrgico de la comunicación bucosinusal. *Acta Odontologica Venezolana*. 2011; 65: 50-65
17. Almeida XI. Técnicas De Abordaje Quirúrgico Del Seno Maxilar En Pacientes De La Clinica De La Facultadiloto De Odontologia De La Universidad De Guayaquil. 2012

18. Chiapasco M, Felisati G. El manejo de las complicaciones posteriores al desplazamiento de implantes orales en los senos paranasales: un informe clínico multicéntrico y protocolos de tratamiento propuestos.2009
19. Donado M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. Barcelona: Massón; 2005.
20. Cosme Gay Escoda LB. Cirugía Bucal. Barcelona: Océano Ergón; 2005.
21. Montilla O. Tratado de cirugía oral y maxilofacial: introducción básica a la enseñanza. Caracas: AMOLCA; 2007.
22. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Pub. Gaceta Oficial N° 5.908. Caracas, Venezuela (30 de diciembre de 1999).
23. Ley del ejercicio de la odontología 1973. Caracas: Ministerio de sanidad y asistencia social (ene. 10, 1973).
24. Ley del ejercicio de la odontología 1943. Caracas: Congreso de la República Bolivariana de Venezuela; (5 de julio de 1943).
25. Código Deontológico de la Odontología de Venezuela 1992. Pub. Gaceta Oficial N° 1.429. Caracas, Venezuela (Ago, 1992).
26. Balestrini M. Como se elabora el proyecto de investigación: (para los estudios formulativos o exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales, experimentales y los proyectos factibles). 7ma. Ed. Pie imprenta: Caracas: consulto-res asociados; 2006
27. Hurtado J. El Proyecto de Investigación. Comprensión holística de la Metodología. 6ta Edición. Caracas, Venezuela: EdicionesQuirón; 2010.
28. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. 3ra. Edición. Distrito Federal (México): Mc Graw-Hill Interamericana; 2003
29. Stajci. The buccal fat padin the closure oforo-antral communications:a study of 56 cases. J Craniomaxillofac Surg. 1992;20:193-7
30. Hao SP. Reconstruction of oral defects with the pedicled buccal fat pad flap. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:863-7.

31. Neder A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983;55:349-50.
32. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicle graft. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986;44:435-40. .
33. Rapidis AD, Alexandridis CA, Eleftheriadis E, Angelopoulos AP. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:158-63.
34. Alkan A, Dolanmaz D, Uzun E, Erdem E. The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Swiss Med Wkly.* 2003;133:465-70
35. Moraes EJ. Closure of oroantral communication with buccal fat pad flap in zygomatic implant surgery: a case report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2008;23:143-6..



San Diego, septiembre 2023

**SOLICITUD**

***Cambio de modalidad de investigación para trabajo de grado.***

Ciudadana  
Aura del Carmen Palencia Medina  
Presente.

Por medio de la presente hago constar que el Br. Mario Querales portador de la cedula de identidad: 28128325 estaba elaborando su trabajo final de grado titulado:

*“Protocolo de comunicaciones sinusales tras osteotomía de molares: Reporte de caso clínico”*  
el cual posterior a discusión con tutor de contenido se sugiere el cambio de título a:

*“Efectividad del colgajo adiposo bucal para el manejo de comunicación bucosinusal inmediata”*

Constancia que expide a los 22 días del mes de septiembre del año 2023

Se solicita el cambio de título por qué el primer paciente no cumplió con los criterios de inclusión que amerita dicho trabajo



Sin más a que hacer referencia y agradeciendo su importante colaboración en la formación de nuestros estudiantes

Atentamente:

Od. Jesus Perez Cautela  
Docente Cirugía Bucal UJAP

*Dr. Jesús Pérez Cautela*  
Res. Cirugía Bucal y Maxilofacial  
C.I. 20.268.972  
MPPS: 34.667 COV: 33.576






 REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  


**EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSEO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO CLÍNICO**  
 Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de ODONTÓLOGO

Autor:  
 Mario Querales  
 Tutor:  
 Jesús Pérez

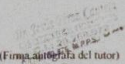
San Diego, octubre de 2021




 REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  


**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto, elaborado por el ciudadano **Mario Querales**, titular de la cédula de identidad N° V. 28128325 respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSEO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO CLÍNICO**, adscrito a la línea de investigación: **Odontología clínica y correctiva**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe, según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 10 días del mes de Octubre del año dos mil veintitres,

  
 (Firma autógrafo del tutor)  
 Jesús Pérez  
 C.I.V- 20.268.972



 REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  


**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe **Jesús Pérez**, portador de la cédula de identidad N° V-20.268.972 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el ciudadano **Mario Querales**, portador de la cédula de identidad N° V-28.128.325 titulado **EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSEO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: REPORTE DE CASO CLÍNICO**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

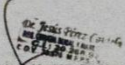
En San Diego, a los 10 días del mes de octubre del año dos mil veintitres

(Firma autógrafo del tutor)  
 Nombres y Apellidos  
 C.I. V-XXXXXXX


 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**EFFECTIVIDAD DE COLGAJO ADIPOSEO BUCAL PARA EL MANEJO DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL INMEDIATA: SERIE DE CASOS**

Autores:  
 Dr. Mario Querales

  
 (Firma autógrafo del autor)  
 Lib. Yuma II, calle 14, Municipio San Diego  
 Teléfono: (0241) 8714240 (exterior) - Fax: (0241) 8712394

