



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PÁEZ

**MANEJO DE UNA FÍSTULA OROANTRAL.
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Autores:

Mariana Noguera

Camila Márquez

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**MANEJO DE UNA FÍSTULA OROANTRAL.
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Odontólogo.

Autores:

Mariana Noguera

Camila Márquez

Tutor:

Od. Rodrigo Pino

San Diego, mayo de 2023



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por las ciudadanas Mariana Noguera y Camila Márquez, titulares de la cédula de identidad N° V-28.588.257 y V-28.651.627 respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es “Manejo de una fistula oroantral. reporte de caso clínico”, adscrito a la línea de investigación: Odontología clínica y correctiva, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto 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 treinta días del mes de octubre del año dos mil veintidós

Od. Rodrigo Pino

C.I. V-17.399344



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 **Rodrigo Pino**, portador de la cédula de identidad N° **V-17.399344**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la)(los) ciudadanos(as) **Mariana Noguera y Camila Márquez**, portadores de la cédula de identidad N° **V-28.588.257** y **V-28.651.627**, titulado **MANEJO DE UNA FISTULA OROANTRAL. 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 veintiséis días del mes seis del año dos mil veintitrés



Rodrigo Pino
CI.: 17.399344

Dedicatoria

El principal agradecimiento a Dios quién me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mi mamá por ser tan incondicional y siempre apoyarme, mami todos los sacrificios valieron la pena, gracias por tanto.

A mi familia (Barinas), en especial a mis abuelos y mis tíos ***Soledad*** y ***Jaime*** gracias por ser los mejores conmigo, este logro también es de ustedes.

A mi hermano y a mi ***Paulita*** de amor que son mi motivación más bonita.

A mi compañera de tesis ***Mariana Noguera*** y mi hermana de vida, gracias por tu apoyo.

A nuestro tutor ***Rodrigo Pino*** que siempre estuvo para nosotras en todo momento.

Y a mis compañeros que me regalo la Universidad que se convirtieron en mi otra familia y ahora en colegas; ***Mariana N, Andrea C, Camila R, Paola V, Brayán R, Humberto M, María Angélica G, Brian Q, Melany R, Saraí M, Mohamed R.***

Camila Márquez

Dedicatoria

Este trabajo de grado está dedicado primeramente a Dios y a la virgen María por protegerme y darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

A mis padres ***Glenda Madriz*** y ***Luis Noguera*** quienes han sido mi ejemplo a seguir y mi apoyo incondicional durante lo largo de mi vida y de mi carrera, quienes me enseñaron a luchar por mis sueños y ser una mujer llena de valores y principios.

A mi Titi que desde muy pequeña me guió en esta profesión y me enseñó a amar la Odontología como ella lo hace, y quien desde ahora puedo decirle: “titi soy tu colega!!!”.

A mis abuelos por ser un pilar fundamental en mi vida, a mi abuelita ***Ana*** por todo el amor que desde pequeña me inculcaste, a mi abuelita ***Solanda*** quien es una madre y la mejor maestra para mí, gracias por ser luz en mi camino...y especialmente a mi ángel protector, mi abuelito ***Esteban*** quien me enseñó a ser perseverante, que tengo que amar lo que hago y que cada día es una lección más de vida. ¡Esto es para ti, tu muchachita lo logró!

A mis tíos, primos y padrinos por apoyarme en cada paso y darme todo su amor.

A mi compañera de tesis ***Camila Márquez*** quien es una hermana que la vida me regaló y quien me apoyó en la investigación y ejecución de este trabajo.

A mi tutor ***Rodrigo Pino***, gracias por ser un padre para mí y guiarme durante la carrera.

A mis amigas ***Dayvelid Chirinos***, ***Thaireg Ramirez*** y ***Luisana Reyes*** que me apoyaron y aconsejaron cuando lo necesitaba.

Y finalmente a mis compañeros y futuros colegas los cuales los considero mi familia, ¡Feliz de cumplir este logro junto a ustedes! ***Camila M, Andrea C, Camila R, Paola V, Brayan R, Humberto M, María G, Brian Q, Melany R, Saraí M, Mohamed R.***

Mariana Noguera



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: **MANEJO DE UNA FISTULA OROANTRAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO** realizado por la Br. Mariana Noguera, portadora de la Cédula de Identidad N° V-28.588.257 y la Br. Camila Márquez, portadora de la Cédula de Identidad N° V-28.651.627 cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, 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 veintiséis días del mes de junio del año dos mil veintitrés


Jurado






Tutor Académico:
Nombre: Od. Rodrigo Pino
C.I.: V-17.399.344

Jurado:
Nombre: Pablo Mirasm
C.I.: 9070599



Jurado:
Nombre: Camila Márquez
C.I. 20710477

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE FIGURAS | ix |
| RESUMEN INFORMATIVO | x |
| ABSTRACT | xi |
| INTRODUCCIÓN | 01 |
| CAPÍTULO | |
| I EL PROBLEMA | 03 |
| 1.1. Planteamiento del Problema | 06 |
| 1.2. Formulación del Problema | 06 |
| 1.3. Objetivos de la Investigación | 06 |
| 1.3..1. Objetivo General | 06 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 06 |
| 1.4. Justificación | 06 |
| II MARCO TEÓRICO | 09 |
| 2.1. Antecedentes de la Investigación | 09 |
| 2.2. Bases Teóricas | 13 |
| 2.3. Bases Legales | 17 |
| 2.4. Definición de términos | 20 |
| III MARCO METODOLÓGICO | 21 |
| 3.1. Tipo, nivel y diseño de la Investigación | 21 |
| 3.2. Métodos y técnicas de búsqueda de información | 22 |
| 3.2.1. Fase pre-quirúrgica | 22 |
| 3.2.2. Fase quirúrgica | 22 |
| 3.2.3. Fase post-quirúrgica | 23 |
| 3.3. Instrumento de recolección de la información | 23 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información | 23 |
| 3.5. Técnicas de análisis de resultados | 23 |
| IV RESULTADOS | 24 |
| 4.1. Presentación del caso clínico | 24 |
| 4.2. Discusión del caso clínico | 30 |
| V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 33 |
| 5.1. Conclusiones | 33 |
| 5.2. Recomendaciones | 34 |
| REFERENCIAS | 35 |
| ANEXOS | 38 |

LISTA DE FIGURAS

| Figura | | pp |
|---------------|--|-----------|
| 1 | Rx Panorámica | 25 |
| 2 | Técnica anestésica | 26 |
| 3 | Limpieza de la cavidad | 27 |
| 4 | Eliminación de tejido de granulación | 27 |
| 5 | Osteotomía | 27 |
| 6 | Colocación del Hemospon | 27 |
| 7 | Traslado de la bolsa de Bichat | 28 |
| 8 | Sutura | 28 |
| 0 | Control de los 7 días | 29 |
| 10 | Control de lo 45 días | 29 |
| 11 | Rx Panorámica de control de lo 45 días | 30 |



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



MANEJO DE UNA FISTULA OROANTRAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autora: Mariana Noguera
Autora: Camila Márquez
Tutor: Od. Rodrigo Pino
Línea de investigación:
Odontología clínica y correctiva
Fecha: Junio 2023

RESUMEN INFORMATIVO

Introducción: Una fístula oroantral es una comunicación anormal patológica entre la cavidad oral y el seno maxilar que puede presentarse como complicación de una exodoncia, también como resultado de la deficiencia en su cicatrización primaria, infecciones dentarias, radioterapia, osteomielitis, trauma o complicaciones iatrogénicas. La presencia de una fístula conlleva a un seno maxilar permanentemente abierto y la flora microbiana pasa de la cavidad oral al seno maxilar el cual se inflama con todas las posibles consecuencias. **Objetivo:** Este trabajo tiene por objetivo, exponer las técnicas adecuadas para el manejo quirúrgico de una fístula oroantral presente en región molar superior derecha de paciente femenino de 27 años de edad. **Metodología:** La investigación es de tipo caso clínico y se enmarcó en la línea de investigación odontología clínica y correctiva, apoyado en un diseño cuasi-experimental longitudinal, aplicando la técnica de avance vestibular con injerto de bolsa adiposa de Bichat, escogida entre las indicadas para realizar el cierre de la fístula oroantral. **Resultados:** Los resultados de este estudio fueron los esperados al lograrse la cicatrización y cierre de la comunicación oroantral presente en dicha paciente. **Conclusiones:** Se concluye que esta técnica es viable, segura y de fácil manejo para la resolución de los casos de comunicación oroantral.

Descriptor: Fístula oroantral, comunicación bucosinusal, técnica de avance vestibular



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTAL SCHOOL**



**MANAGEMENT OF AN OROANTRAL FISTULA.
CLINICAL CASE REPORT**

Author: Mariana Noguera
Author: Camila Márquez
Tutor: Od. Rodrigo Pino
Line of research:
Clinical and corrective dentistry
Date: Jun 2023

INFORMATIVE SUMMARY

Introduction: An oroantral fistula is an abnormal pathological communication between the oral cavity and the maxillary sinus that can occur as a complication of an extraction, also as a result of a deficiency in its primary healing, dental infections, radiotherapy, osteomyelitis, trauma or iatrogenic complications. The presence of a fistula leads to a permanently open maxillary sinus and the microbial flora passes from the oral cavity to the maxillary sinus which becomes inflamed with all possible consequences. **Objective:** This paper aims to present the appropriate techniques for surgical management of an oroantral fistula present in the upper right molar region of a 27-year-old female patient. **Methodology:** The research is of the clinical case type and was framed within the line of clinical and corrective dentistry research, supported by a longitudinal quasi-experimental design, applying the vestibular advancement technique with Bichat fat bag graft, chosen from among those indicated for perform closure of the oroantral fistula. **Results:** The results of this study were as expected when healing and closure of the oroantral communication present in said patient was achieved. **Conclusions:** It is concluded that this technique is viable, safe and easy to use for the resolution of oroantral communication cases.

Descriptors: Oroantral fistula, oral-sinus communication, vestibular advancement technique

INTRODUCCIÓN

La fístula oroantral se caracteriza por una comunicación patológica entre la cavidad oral y el seno maxilar, se inicia como una comunicación oroantral, pero cuando se reviste de tejido epitelial, impidiendo la cicatrización, se convierte en fístula oroantral. Los pacientes afectados por fístula oroantral presentan síntomas como: paso de líquidos a la nariz, timbre nasal, trastornos en la deglución de líquidos y alimentos, halitosis, secreción nasal, alteración del gusto, obstrucción nasal unilateral o bilateral, dolor de cabeza facial o frontal, sinusitis maxilar aguda o crónica, secreción nasal, dificultad para succionar, tos nocturna, dolor y malestar general(1).

Cabe destacar que existen en general dos tipos de técnicas para reparar una fístula oroantral, unas aplicables a los tejidos blandos y otra aplicadas al hueso. Las relacionadas con tejidos blandos: incisiones relajantes, colgajos de mucosa oral, colgajos de lengua, colgajos de mucoperiostio palatino. Para la reparación ósea se ha planteado la utilización de injertos de tejido óseo provenientes de la costilla, cresta ilíaca, tibia y mandíbula. (2)

Asimismo, esta reparación espontánea vendrá condicionada por el tamaño y la localización de la comunicación, y por la cantidad y calidad de los tejidos locales que van a intervenir en la regeneración tisular. El diámetro límite de la abertura, a partir del cual no se debe esperar el cierre, se encuentra en los 5 mm. Cuanto más corto sea el espacio de tiempo entre el momento de la lesión y su reparación, mayor será la posibilidad de que se produzca un cierre correcto, ya que se evita la infección del seno

maxilar y la epitelización de la lesión. El tiempo máximo que se puede esperar a que una fístula bucosinusal pueda cerrarse espontáneamente son 3-4 semanas (3).

El presente estudio presenta el caso clínico de paciente femenino de 27 años de edad, que acude al servicio de cirugía bucal de la Universidad José Antonio Páez, para extracción de molar superior derecho, presentando una fístula en paladar y realizados historia clínica y los estudios correspondientes se diagnosticó que se trataba de una fístula oroantral y el plan de tratamiento a seguir incluyó la técnica de avance vestibular con injerto de bolsa adiposa de Bichat para el cierre de la fístula.

El trabajo se estructura en cinco capítulos correspondiendo el primero al problema de investigación, objetivos y justificación. Consecutivamente en el segundo capítulo se presentan los antecedentes, bases teóricas y legales; luego, el capítulo tercero plantea la metodología y procedimientos a seguir, para presentar el caso clínico y su discusión en el capítulo cuarto. Finalmente se presenta el quinto capítulo con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para Costich y White, la Cirugía Bucal es la especialidad reconocida de la Odontología más antigua, y muchas de sus técnicas pueden ser y son realizadas por el odontólogo general. Ries Centeno remarca que el cirujano bucal debe poseer el título de odontólogo, ya que esta rama de las Ciencias de la Salud le proporcionará los conocimientos y agilidad manual para abordar la Patología Quirúrgica Bucal(4).

Se conoce que las complicaciones dentales durante o en el post operatorio de una extracción dental se puede describir como una serie de signos y síntomas que pueden afectar a un paciente durante la cirugía o durante la recuperación. Las complicaciones de la cirugía bucal son múltiples, como lo viene siendo la osteítis alveolar, el trismo, la hemorragia, la fractura de tubérculos, o la que se expondrá adelante la cual es una fistula oroantral o también conocida como una comunicación bucosinusal(5).

A nivel mundial, la comunicación bucosinusal (CBS), es una condición patológica que produce una solución de continuidad entre la boca y el seno maxilar, como consecuencia de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y antral) y duros (diente y hueso maxilar). Si bien es cierto, es un problema al realizar una exodoncia de una

unidad dentaria, la cual facilita la contaminación microbiana desde la cavidad oral o continúe el proceso infeccioso durante un tiempo prolongado, se puede producir una inflamación crónica de la membrana sinusal y la epitelización permanente de la fístula bucosinusal, lo que puede producir una sinusitis(6).

Asimismo, se conoce que el seno maxilar suele ser el mayor de los senos paranasales y se aloja principalmente en el cuerpo del maxilar superior, también denominado antro de Highmore. Esta es una cavidad neumática desarrollada en el cuerpo del hueso maxilar, que se comunica con las fosas nasales, formando parte de los senos paranasales, también está recubierto por una membrana que está formada por células que producen moco y es enviado hacia la nariz(7).

Por otra parte, se entiende como fistula oroantral a una comunicación patológica entre la cavidad oral y el seno maxilar. La causa más frecuente de una comunicación oroantral es la extracción de dientes denominados antrales (con ápices muy próximos al seno maxilar), y esto conlleva que, al realizar un empleo de técnicas quirúrgicas inadecuadas, como lo es la intrusión de una raíz al seno por una maniobra brusca con el instrumental, o debido a la existencia de una lesión periapical, la cual favorece adelgazamiento del piso del seno y, por ende, su apertura. Puede generarse también en la cirugía periapical debido a la dificultad que conlleva la localización de los ápices y su relación con dicha estructura (7).

Los pacientes afectados por fístula oroantral presentan síntomas como: paso de líquidos a la nariz, timbre de voz nasal, trastornos en la deglución de líquidos y alimentos, halitosis, secreción nasal, alteración del gusto, obstrucción nasal unilateral

o bilateral, dolor de cabeza facial o frontal, sinusitis maxilar aguda o crónica, secreción nasal, dificultad para succionar, tos nocturna, dolor y malestar (8). Su diagnóstico clínico se realiza con inspección, irrigación y maniobra de Valsalva. En presencia de una fístula oroantral persistente, se observa inflamación uso prolongado de la membrana del seno maxilar y daño al hueso alveolar con signos de inflamación productiva.

La investigación radiológica del sitio es necesaria para validar los hallazgos clínicos. Entre los procedimientos radiográficos empleados, las radiografías periapical, oclusal, panorámica y Waters son las más utilizadas, permitiendo visualizar la cavidad bucal y seno maxilar (9).

Existen varios métodos para cerrar las fístulas oroantrales, tales como: colgajo trapecoidal bucal con o sin almohadilla de grasa bucal, colgajo palatino, injertos óseos e implantes aloplásticos entre otros. El uso de la almohadilla de grasa en las mejillas fue descrito por primera vez por Egyedi (1977) para el cierre de una fístula oroantral, por la facilidad de acceso, menos morbilidad y la posibilidad de realizar el procedimiento bajo anestesia local. Se indica para el cierre de comunicaciones oroantrales de pequeño y mediano tamaño, siendo la más utilizada, con un bajo índice de complicaciones mayores, como: exceso de granulación (9,09%), hernia (3,9%), necrosis parcial (2,59%) y fístula (1,30%), que se puede utilizar una sola vez en cada lado. El éxito de esta técnica está relacionado con el hecho de que la almohadilla de grasa bucal (bolsa de grasa de Bicat) presenta una rica vascularización, así como una región de fácil acceso (10).

1.2. Formulación del Problema

¿Qué tipo de manejo se debe llevar a cabo al momento que el paciente presente una fistula oroantral?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Realizar el manejo quirúrgico de cierre de una fístula oroantral con la técnica de avance vestibular e injerto de bolsa adiposa de Bichat en paciente del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez

1.3.2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar a un paciente que presente fistula oroantral en la clínica de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez.
- Implementar el tratamiento quirúrgico aplicando la técnica de avance vestibular e injerto de bolsa adiposa de Bichat al paciente en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez.
- Evaluar periódicamente al paciente durante el post operatorio en el área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez.

1.4. Justificación de la investigación

La comunicación oroantral es el espacio creado entre el seno maxilar y la cavidad oral, que, si no se trata, progresará a fístula oroantral o enfermedad sinusal crónica.

Estas complicaciones ocurren con mayor frecuencia durante la extracción de molares y premolares superiores (48%). La principal razón es la proximidad anatómica o la proyección de las raíces dentro del seno maxilar. Pueden cerrarse espontáneamente, especialmente cuando el defecto tiene un tamaño inferior a 5 mm, aunque en realidad nunca se ha probado que se curen por sí mismos. Además, es difícil determinar clínicamente el tamaño de la comunicación oroantral. Para prevenir la sinusitis crónica y el desarrollo de fístulas, generalmente se acepta que todos estos defectos deben cerrarse dentro de las 24 a 48 horas (11).

Este estudio se justifica desde el punto de vista teórico porque las comunicaciones oroantrales son situaciones que se pueden presentar en cualquier momento durante una extracción dentaria o llegar el paciente con sinusitis crónica por esta causa y el profesional debe tener el conocimiento del posible diagnóstico, su tratamiento y así explicar al paciente con propiedad las maniobras quirúrgicas más adecuadas para la resolución del caso.

Desde el punto de vista práctico, la selección y aplicación de la estrategia de tratamiento está influenciada por la cantidad y el estado del tejido disponible para la reparación y la posible colocación de implantes dentales en el futuro, de allí que el futuro profesional de la odontología debe dominar las técnicas para cerrar fístulas y comunicaciones oroantrales, como colgajo bucal, colgajo palatino, almohadilla de grasa bucal y modificaciones relacionadas, con sus propias ventajas y desventajas según los casos y el tamaño de los defectos ocurridos. La mayoría de ellos se basan en la movilización del tejido y el avance del colgajo resultante hacia el defecto

(11).Es decir, estos eventos usualmente requieren de la capacitación y puesta al día del odontólogo a la hora de actuar frente a estas afecciones, ya que su intervención se ve reflejada directamente en el pronóstico del paciente.

De allí que desde el punto de vista académico se pretende enriquecer y aumentar el desarrollo de la práctica clínica, de esta forma los estudiantes de Cirugía Bucal, podrán contar con un aporte teórico a la hora de la práctica clínica pues servirá de guía frente a las comunicaciones y fístulas oroantrales, canalizando paso a paso la atención del paciente en base a cada diagnóstico, dando una base sólida para su desempeño en esas situaciones.

Por otra parte, la investigación es de importancia metodológica por constituir una fuente de datos como antecedente de futuras investigaciones relacionadas con esta patología y las técnicas de tratamiento quirúrgico.

En resumen, el presente trabajo adscrito a la línea de investigación de Odontología clínica y correctiva, tiene como finalidad social al reseñar para los estudiantes del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez las técnicas adecuadas para el manejo quirúrgico del cierre de una fistula oroantral en los pacientes afectados, así como incrementar el aprendizaje de cada estudiante y se encuentren preparados al momento de una complicación en el área quirúrgica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Los antecedentes de esta investigación están basados en recopilar conclusiones de otros estudios que han trabajado con comunicación bucosinusal, y así tener una visión más actualizada de la literatura.

En la investigación internacional más reciente publicada por Erique (2022) llevó a cabo una investigación en la cual su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de la Comunicación Bucosinusal en estudiantes de décimo semestre de la carrera de Odontología. Paralelo a esto se realizó una investigación de tipo cualitativo, cuantitativo, descriptivo y transversal. Obtuvo como resultado de que el nivel de conocimiento medio fue el que predominó, seguido del nivel alto y bajo, así como el género femenino. Asimismo, se logró concluir que existen diferentes manejos terapéuticos para el cierre de la comunicación bucosinusal, en particular el colgajo bucal, que a la par con materiales hemostáticos son ideales para el cierre de este defecto demostrando ser una técnica eficaz y confiable, debido a su rico suministro de sangre y su base ancha, así mismo, la implementación de antibioticoterapia, enjuagues bucales y descongestionantes nasales(12).

En el reporte de caso internacional más reciente publicado por Moraisy col (2022) titulado: Tratamiento de la fístula del seno oral mediante tejido adiposo bucal: relato

de caso. El objetivo de este estudio fue presentar un caso clínico de fístula bucosinusal con abordaje quirúrgico utilizando tejido adiposo bucal. El paciente masculino de 27 años que acudió al Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, Recife-PE, con una queja sintomática en la región del alvéolo del diente 16 después de la extracción hace 04 meses, así como paso de líquido de la cavida En el reporte de caso internacional más reciente publicado por Moraisy col (2022) titulado: Tratamiento de la fístula del seno oral mediante tejido adiposo bucal: relato de caso. El objetivo de este estudio fue presentar un caso clínico de fístula bucosinusal con abordaje quirúrgico utilizando tejido adiposo bucal. El paciente masculino de 27 años que acudió al Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, Recife-PE, con una queja sintomática en la región del alvéolo del diente 16 después de la extracción hace 04 meses, así como paso de líquido de la cavidad bucal a la cavidad nasal, mal aliento y sinusopatía. El examen intraoral reveló la presencia de un defecto en el reborde alveolar compatible con una fístula en la región del reborde alveolar del diente 16. El examen de imagen tipo tomografía de la cara mostró una región hipodensa compatible con fenestración ósea en el alvéolo maxilar de aproximadamente 04 cm, cerrando la hipótesis diagnóstica de fístula oral-seno. Se dio inició al tratamiento con antibióticos y descongestionantes nasales 05 días antes de la cirugía. El paciente fue sometido a anestesia general, incisión sobre el reborde alveolar sin pasar por la fístula asociada a una incisión de relajación anterior, desplazamiento de tejido y divulgación hasta exposición de la extensión del cuerpo adiposo bucal, que se utilizó como injerto pediculado, en el cierre de la fístula. Dado lo anterior, se logró concluir que el uso de

Bichat ball es un método seguro y eficaz en casos de reconstrucción de defectos de fístula oroantral de pequeña a mediana extensión. Ante el caso expuesto y lo que se recogió durante la revisión de la literatura, se concluye que la técnica de cierre de la fístula bucosinusal con el uso de la bolsa adiposa de Bichat es aplicable, con fácil manipulación, postoperatorio cómodo para el paciente, preservando la profundidad del surco vestibular, y no necesitando material especializado, convirtiéndose en un enfoque terapéutico simple. Finalmente, se recomienda en los próximos estudios que se utilicen otras técnicas para obtener una comparación entre los tipos de cierres, como el retalho palatal y el retalho oral, siguiendo y contrastando los pronósticos a partir de un tiempo estipulado (13).

En la investigación internacional realizada por Sáenz (2021) titulada: Comunicaciones orosinusales. complicación quirúrgica en la exodoncia de canino incluido en Bóveda Palatina llevada a cabo en Sevilla España. Cuyo objetivo general fue realizar una revisión bibliográfica de la evidencia científica publicada hasta la fecha sobre comunicaciones orosinusales, a propósito de un caso de una comunicación bucosinusal producido por la exodoncia de un canino incluido cuyo ápice fue localizado en el seno maxilar en una CBCT; para analizar las posibles intervenciones quirúrgicas idóneas con las que garantizar el éxito de la resolución de las comunicaciones evitando con ello la posible aparición de sinusitis agudas. Obtuvo como resultado que la eliminación de las características patológicas del seno maxilar es fundamental para el éxito del tratamiento. El cierre inmediato de los defectos orosinusales agudos tiene una alta tasa de éxito, que se acerca al 95%, pero se ha

informado que la tasa de éxito del cierre en una segunda cirugía por imposibilidad de cierre por primera intención de las COS es tan baja como el 67%. Como deducción de la revisión bibliográfica encontrada respecto a este, se logró concluir que las comunicaciones orosinusales están presentes en la práctica clínica del día a día del cirujano, produciéndose casi al 100% en zona molar o premolar, a excepción de diferentes situaciones como la planteada anteriormente(14).

La investigación internacional más reciente publicada por Tay (2021) titulada: "Manejo clínico y tratamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia" realizada en Guayaquil, etiológicamente está relacionada a maniobras erróneas y movimientos no deseados o bruscos durante el uso de elevadores y fórceps para la extirpación de la pieza dentaria, la cual requiere un cierre inmediato, para impedir la contaminación del seno maxilar. El objetivo de esta investigación fue conocer cómo sería el manejo clínico y tratamiento a realizar en una comunicación bucosinusal post exodoncia, por lo que se explicara los diferentes tipos de tratamiento para dicho cierre. Se implementó un método de estudio bibliográfico, retrospectivo de método deductivo, con la recolección de artículos en distintos idiomas. Se determinó que el diagnóstico de una comunicación bucosinusal deberá ser realizada de una manera pertinente durante la exodoncia de una pieza dental la cual debe ser interpuesta de forma inmediata sin exceder el tiempo de 48 a 72 horas, si no se participa en ese tiempo puede provocar una complicación infecciosa como es una sinusitis o una fístula oroantrales. Las técnicas quirúrgicas favorables frente a una comunicación bucosinusal son varias, por el cual es fundamental saber su tamaño y extensión para

poder elegir la técnica correspondiente. La técnica de primera elección mayormente seleccionada será el diseño de un colgajo vestibular, el cual favorecerá en la cicatrización gracias a la buena irrigación, fácil realización, manipulación, y baja probabilidad de lesionar estructuras cercanas durante su ejecución (15).

En la investigación internacional realizada por Sánchez y col (2018) titulada: “Cierre de comunicación oroantral mediante el uso de membrana de plasma” llevado a cabo en México mediante una Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. El caso clínico se trató de un paciente de 42 años de edad con antecedente de extracción del UD 16 por facultativo particular, desarrollando posteriormente un cuadro de sinusitis, por lo que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Regional 1o de Octubre, I.S.S.S.T.E. en la CDMX, siendo valorado por dicho servicio, donde se observa una comunicación franca entre la cavidad bucal y el seno maxilar, realizándose cierre de la misma con una membrana de plasma rico en factores de crecimiento plaquetario. Llegando a la conclusión que el cirujano maxilofacial cuenta con el adiestramiento para poder realizar el cierre de las comunicaciones oroantrales de múltiples maneras disponibles y determinar cuál es la más adecuada para cada paciente, para proveer el éxito del tratamiento (16).

2.2. Bases Teóricas

Las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado (17), en relación con la comunicación bucosinusal que es una

condición patológica que produce una solución de continuidad entre la boca y el seno maxilar, como consecuencia de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y astral), y duros (diente y hueso maxilar) (15).

Comunicación Bucosinusal

La comunicación del seno oral es una complicación quirúrgica patológica, que se caracteriza por existir una continuidad entre la cavidad oral y el seno maxilar debido a la pérdida de tejido blando (mucosa bucal y antral) y tejido duro (dientes y maxilar) (15).

Seno maxilar

El seno maxilar, también conocido como cueva de Highmore o cavidad sinusal, es una cavidad excavada en el cuerpo maxilar. Es el mayor de los senos paranasales, es el primero en formarse durante el tercer mes de embarazo y se forma por invasión de la membrana mucosa de la pared lateral del infundíbulo del seno etmoidal; el cual continúa desarrollándose en los primeros años de vida hasta que alcanza la parte inferior de la fosa nasal durante aproximadamente los 7 a 8 años y crece hasta la edad adulta (18).

Tipos de comunicación bucosinusal

Las causas de la comunicación bucosinusal es muy variada y podemos clasificarlas en:

Comunicaciones iatrogénicas, Suele ocurrir comunicación iatrogénica, que puede deberse a una mala técnica utilizada por el operador, sumada a situaciones anatómicas especiales por diversas razones, es decir, existe continuidad entre los elementos anatómicos a extirpar y los senos nasales, ocurriendo por varias razones:

- Extracción de dientes erupcionados en zonas maxilares posteriores en la que se destacan los primeros y segundos molares con más cercanía al seno, siguen los terceros molares, los premolares y los caninos en ese orden solo cuando el seno este neumatizado. También cuando existen raíces largas y divergentes.

- Extracción quirúrgica de piezas dentarias incluidas como los terceros molares, segundos premolares superiores y, rara vez, los caninos.

- Desplazamiento de raíces o dientes en el seno maxilar relacionándose con una mala técnica.

- Enucleación de lesiones periapicales o quísticas cuyas paredes han estado adheridas a la mucosa sinusal.

- Retiro de neoformaciones benignas como, por ejemplo, odontomas u otros tumores odontógenos y no odontógenos en relación directa con la mucosa sinusal.

- Preparación de zonas para implantes en los sectores maxilares posterolaterales relacionándose con un error técnico por un estudio inadecuado del espacio disponible entre margen alveolar y piso del seno.

Comunicación no iatrogénica, es el resultado de un traumatismo así tenemos una extracción muy traumática y el traumatismo del proceso alveolar, el cual puede estar relacionado con procesos sépticos del seno maxilar, aquellos que pueden formar comunicación después de una fístula sinusal espontánea (19).

Según localización se dividen:

- Comunicaciones alveolo-sinusales.
- Comunicaciones palatino-sinusales.
- Comunicaciones vestíbulo-sinusales.

Según su histología:

- Comunicaciones oroantrales.
- Fístulas oroantrales.
- Pseudopólipos sinusales Patologías que provocan una comunicación.

Técnicas quirúrgicas para cierre de fístula oroantral

Técnica de avance vestibular

El método más popular y comúnmente usado para el cierre quirúrgico de la fístula oroantral es el colgajo de avance bucal, que se conoce como colgajo de Rehrmann. Es un colgajo simple, fácil de obtener y versátil. Tiene un excelente suministro de sangre debido a su amplia base, lo que lo convierte en una opción quirúrgica confiable y altamente exitosa para el manejo de la fístula oroantral. Su proximidad al sitio quirúrgico lo convierte en una opción ideal, evitando así la morbilidad del segundo

sitio quirúrgico. Como tiene un volumen adecuado de tejido, el cierre de fístula oroantral no tiene tensión, lo que garantiza un flujo sanguíneo adecuado al tejido. Tiene la gran desventaja de la subsiguiente reducción de la profundidad vestibular bucal (20).

Injerto de bolsa adiposa de Bichat

Otra técnica relativamente menos popular para el cierre de la fístula oroantral es el uso de almohadillas de grasa bucal pediculadas (bolsa adiposa de Bichat). Fue descrito por primera vez por Egyedi. Tiene un suministro de sangre constante y confiable cuando se usa como un colgajo pediculado. El tamaño de la almohadilla de grasa permanece constante en un individuo, independientemente del peso corporal y la distribución de grasa de un individuo. Está presente adyacente al sitio quirúrgico, por lo que reduce el tiempo quirúrgico. Es fácil de recolectar, es fácil de movilizar, tiene un excelente suministro de sangre y causa una morbilidad mínima en el sitio donante. La epitelización completa tiene lugar en un período de 2 a 3 semanas. La profundidad del surco bucal tampoco se ve afectada por este procedimiento; por lo tanto, supera la desventaja de la reducción de la profundidad vestibular que ocurre si se reconstruye con un colgajo de avance bucal (20).

2.3. Bases Legales

Código de Deontología Odontológica (21)

Artículo 1. 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.

Artículo 2. El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

Artículo 17. El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

Artículo 18. 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.

Artículo 19. Si el Odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiere lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud.

Los principios deontológicos que rigen a las profesiones de tan importante labor de atención en salud, representan un reto vocacional y ético para realizar el trabajo con mística y entrega; pero sobre todo con amplio aprendizaje basado en la preparación

constante, la innovación e investigación en la integralidad de conocimientos en materia de salud, desde la prevención hasta la atención y tratamiento oportuno.

Ley del Ejercicio de la Odontología de los Deberes Generales de los Odontólogos (22):

Artículo 1.- 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. Según lo expresado en este artículo, el odontólogo debe preservar la salud y la vida, por lo tanto, es fundamental para su formación académica y su práctica profesional el manejo teórico y práctico de los procedimientos quirúrgicos que realiza a sus pacientes.

Artículo 2.- El profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la atención integral en salud requerida. De acuerdo con este artículo es fundamental el manejo de los conocimientos científicos actuales en todas las áreas de la odontología.

En tal sentido, es responsabilidad del profesional de la odontología brindarle al paciente el diagnóstico correcto y oportuno de la patología que presenta para garantizar un estado de salud óptimo, en concordancia con lo establecido en el Código de Deontología Odontológica.

2.4. Definición de términos

Cirugía Bucal: operación quirúrgica que se realiza en la cavidad oral (dientes, mucosas y tejidos accesorios) para solucionar o extirpar elementos anatómicos patológicos.

Exodoncia: La extracción dental es un procedimiento que incorpora la aplicación correcta de principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente.

Fistula oroantral: Una comunicación oroantral es una abertura anormal entre la cavidad bucal y el seno maxilar. Cuando no logra cerrarse espontáneamente se mantiene abierta, se epiteliza y se convierte en una fístula oroantral

Manejo: acción de manejar, de organizar o conducir un objeto o una situación bajo características especiales que lo hacen específica y, por consiguiente, requieren destrezas igualmente particulares.

Técnica: procedimiento que normalmente está compuesto por una serie de reglas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, nivel y diseño de la Investigación

El tipo de investigación está dentro de la línea de Odontología Clínica y Correctiva, como también es desarrollada a través de un estudio de caso, el cual requiere indagar en la profundidad del caso para obtener resultados exitosos. A su vez el nivel de profundidad es de tipo descriptivo, ya que esta consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (17). Asimismo, el diseño según el tipo de datos e información que requiere dicho trabajo es cuasi experimental y longitudinal mediante el estudio de un caso. Cabe destacar que el estudio de casos es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes (23).

Compartir los casos clínicos facilita el aprendizaje continuo del profesional, su objetivo es contribuir al conocimiento médico, presentando aspectos nuevos o instructivos de una patología determinada, muestran alguna aplicación clínica importante, describen una complicación de algún tratamiento. y dan ejemplo de un enfoque práctico y novedoso para el diagnóstico o el manejo de una enfermedad (24).

3.2. Métodos y técnicas de búsqueda de información

3.2.1. Fase pre-quirúrgica:

En esta etapa se utilizó como instrumento de recolección de datos la historia clínica procediéndose al llenado de la misma, donde debió recolectarse además de los datos personales de la paciente y su anamnesis, toda la información acerca de la patología a tratar complementada con la técnica de observación para así, poder determinar el abordaje correcto y obtener un resultado exitoso.

Exámenes de laboratorio solicitados:

Hematología completa, Urea, Creatinina, PT, PTT, Glicemia, Plaquetas, VDRL / HIV

Examen radiográfico solicitado: Radiografía panorámica

Manejo ético: El estudio se realizó de acuerdo con la declaración de Helsinki y sus enmiendas, obteniéndose el consentimiento informado de la paciente participante.

3.2.2. Fase quirúrgica:

Consistió en la intervención quirúrgica del cierre de la fistula oroantral utilizando la técnica de avance vestibular e injerto de bolsa adiposa de Bichat.

Material e instrumental utilizado:

Campo quirúrgico abierto, campo cerrado, clorhexidina, solución yodada, tríada (espejo, explorador y pinza algodoner), separador de Minnesota, portacarpule, lidocaína al 2%, aguja larga de 35mm, gasas y algodones estériles, elevador fino y medio,

fórceps 18R, cureta de Lucas, jeringa para irrigar de 20cc, solución fisiológica, bisturí, mango de bisturí, hemospon, bolsa adiposa de Bichat, sutura de seda de nylon Nro. 30, pinza mosquito.

3.2.3. Fase post-quirúrgica:

Se realizó un seguimiento de los avances de la paciente durante post operatorio, se utilizó la siguiente lista de cotejo para registrar la evolución del caso clínico.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Como técnica de obtención de datos se utilizó la observación intrabucal, extrabucal así como de las tomas radiográficas y exámenes de laboratorio, En cuanto a los instrumentos de registro de la información, se utilizó la Historia Clínica y la lista de cotejo (Ver anexo 1)

3.5. Técnicas de análisis de resultados

Cabe destacar que los resultados obtenidos a través de la observación y registros de las evidencias clínicas, permitieron el análisis crítico de la idoneidad de la técnica quirúrgica empleada para el cierre de la fístula oroantral como parte fundamental en este trabajo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación del caso clínico

Se trata de paciente femenina de 27 años de edad, procedente de Guacara, que acude al servicio de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, refiriendo molestias en un molar con tratamiento endodóntico defectuoso.

Se inicia la **fase pre-operatoria** con la realización de la Historia Clínica donde la paciente no refiere enfermedades personales patológicas, refiere antecedentes alérgicos al yodo en grandes cantidades, no refiere ni embarazo, ni antecedentes quirúrgicos a nivel general, ni quirúrgicos odontológicos.

La paciente refiere estar bajo tratamiento médico para el acné: tiene indicado Cuticlin (Isotretinoína) cápsula 10mg por un mes. Px refiere ser intolerante a la lactosa y problemas hormonales, refiere dolor en las articulaciones de las piernas debido al aumento de peso.

Peso: 67 kg. Talla: 1.66. Tensión arterial: 121/85mmHg.

Al examen clínico se observó la corona de la UD 16 fracturada, con pérdida de las cúspides mesiales; la px refiere haberse realizado un tratamiento de conducto hace 4 años. Se realizó la prueba de Valsalva donde se le indicó a la paciente que intentara exhalar a través de la vía aérea nasal bloqueada, resultando positivo.

Los exámenes de laboratorio indicados se encontraron en orden. En el examen radiográfico se observó una fistula palatina en la UD 16 dentro del seno paranasal maxilar.



1. Rx panorámica

Diagnóstico clínico: fractura coronal y fístula oroantral. Su plan de tratamiento es una exodoncia indicada en el molar superior derecho tratado endodónticamente y el cierre de la comunicación bucosinusal a través de la técnica de avance vestibular con injerto de bolsa adiposa de Bichat.

Se procedió a la **fase quirúrgica** con la asepsia y antisepsia extra e intraoral con solución yodada, colocación del campo quirúrgico a la paciente, preparación del campo quirúrgico con el instrumental quirúrgico, se realizó la técnica anestésica

alveolar superior posterior con aguja larga de 35 mm de 21 G, infiltración supraperióstica en sector anterior y palatino para refuerzos de la técnica anestésica.



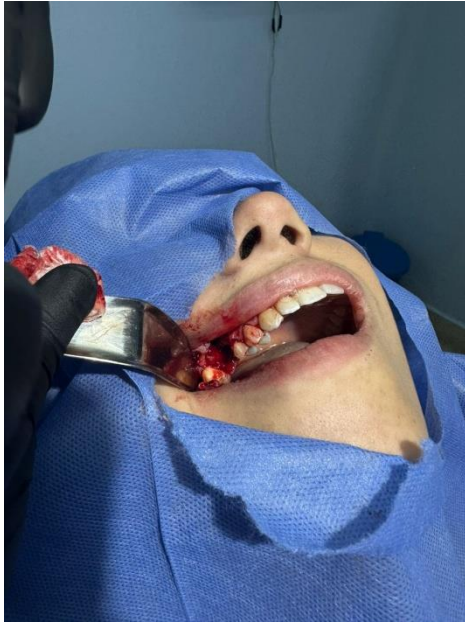
2. Técnica anestésica

Lograda la anestesia de la zona a intervenir, se hizo la sindesmotomía, aplicación de los elevadores con movimientos de cuña rueda y palanca, presión de los fórceps 18R con movimientos de impulsión lateralidad y tracción, luxación de la unidad dentaria y extracción propiamente dicha, limpieza de la cavidad con cureta de Lucas y eliminación de tejido de granulación apical, lavado con solución fisiológica.

Luego se procedió a realizar una incisión de Newman con dos descargas en anterior, en vestibular, separación del colgajo, limpieza con solución fisiológica del seno maxilar, eliminación con cureta de Lucas del tejido de granulación, deshidratación del tejido vestibular para lograr un colgajo de avance, incisión en el pliegue mucobucal, deshibridación del tejido y ubicación de la bolsa adiposa de Bichat, traslado de una porción de la bolsa hacia el alvéolo, colocación de hemospon, tapón de gelita, y por

último sutura con puntos de sutura en todos los pliegues simples con seda con nylon

30.



3. Limpieza de la cavidad



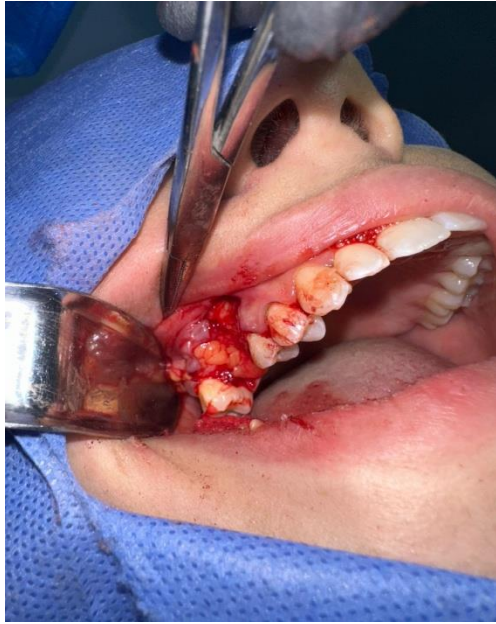
4. Eliminación de tejido de granulación



5. localización de la bolsa adiposa de bichat



6. Colocación de Hemospon



7. *Traslado de la Bolsa de Bichat*



8. *Sutura*

Se indicó antibioticoterapia con Amoxicilina 875 mg / ácido clavulánico 125 mg, una tableta cada 12 horas y un comprimido de Ibuprofeno de 600 mg cada 8 horas como analgésico.

En la fase **post-quirúrgica** los controles post operario se realizaron los días 2 y 3 presentando dolor limitado, leve inflamación, sin presencia de infección y leve limitación de apertura bucal.

La sutura se retiró a los 7 días de ser intervenida la paciente observándose la encía color rosa pálido, sin dolor, sin infección ni inflamación, leve limitación de apertura bucal.

En los controles de los días 15, 30 y 45, no se observó limitación de apertura bucal y se mantuvo sin dolor, sin edema ni infección.



9. Control a los 7 días

Al realizar el control el día 45, se observó el cierre de la fístula y cicatrización total de la zona intervenida con formación de hueso.



Figura 10. Control de los 45 días



Figura 11. Rx Panorámica de control del día 45

Discusión

El cierre de una fístula oroantral es una técnica quirúrgica ardua y desafiante. Se pueden utilizar varias técnicas para el cierre; pero independientemente de la técnica utilizada, el éxito del procedimiento quirúrgico depende de la extirpación efectiva del trayecto fistuloso y la exterminación completa de cualquier patología y/o infección sinusal. Los principales factores que determinan el tipo de cirugía para el cierre de una fístula oroantral son la dimensión y la ubicación del defecto. Los otros factores decisivos podrían ser la adecuación y la salud del tejido adyacente (20).

En el caso clínico presentado, la endodoncia defectuosa del diente 16 ha contribuido al establecimiento de la fístula; la investigación radiológica es importante para complementar el diagnóstico clínico. Es necesario realizar una inspección por

imágenes del seno maxilar, para encontrándose o no la presencia de cuerpos extraños en su interior y la discontinuidad de la línea radiopaca referente al suelo del seno, comparando el lado contralateral (9). Cuando hay persistencia de la fístula oroantral, puede haber una inflamación crónica de la membrana del seno maxilar, lo que conduce a la obstrucción del antro y sinusitis (25).

En este caso, la inspección reveló un tejido fistuloso interno con características similar a la membrana de revestimiento del seno. La maniobra de Valsalva realizada por presión positiva en el seno maxilar con espiración nasal y obstrucción de las fosas nasales, confirmando la salida de aire a través de la fístula. En el examen radiográfico, la discontinuidad del hueso cortical del suelo del seno maxilar. Cuando la comunicación se advierte en el momento de su ocurrencia, el tratamiento es determinada por su longitud. Las comunicaciones de más de 2 mm deben estar cerradas quirúrgicamente. Las comunicaciones menores de 5 mm pueden curar espontáneamente a través de la estabilización del coágulo sanguíneo, pero es consenso entre los autores que no debe haber un cuadro de infección local instalado en el tratamiento con solo la estabilización del coágulo (14).

Entre los diversos métodos para el cierre de comunicaciones oroantrales de pequeño y mediano tamaño, la técnica de la almohadilla de grasa bucal es la más utilizada, con un bajo índice de complicaciones mayores, como: exceso de granulación (9,09%), hernia (3,9%), necrosis parcial. (2,59%) y fístula (1,30%), que se puede utilizar una sola vez en cada lado. El éxito de esta técnica está relacionado

con el hecho de que la almohadilla de grasa bucal presenta una rica vascularización, así como una región de fácil acceso (10).

Al mes de seguimiento, la paciente no presentó recurrencia de comunicación, con buena cicatrización y apariencia tisular, demostrando la efectividad de la técnica de avance vestibular e injerto de bolsa de grasa de Bichat para el tratamiento de fístulas oroantrales de mediano tamaño.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- El diagnóstico es fundamental para el manejo de la fístula oroantral ya que puede provocar la contaminación de los senos paranasales llevando a una infección y una sinusitis crónica.
- Con base en el caso presentado en concordancia con datos de la literatura, se puede concluir, que una vez diagnosticadas las fístulas oroantrales, el colgajo vestibular asociado al injerto de la bolsa de grasa de Bichat es una alternativa viable, segura y efectiva para el cierre de la fístula oroantral, ya que es de fácil acceso y excelente irrigación sanguínea, con altas tasas de éxito y baja morbilidad postoperatoria del paciente.
- El conocimiento de la anatomía y las técnicas quirúrgicas es fundamental ya que la combinación del colgajo bucal y el injerto de la bolsa de grasa de Bichat es muy apropiada para las fístulas ubicadas en el área del segundo y tercer molar superior.

Recomendaciones

- Con base al resultado obtenido en este caso clínico, se recomienda la realización de una guía virtual con el protocolo a seguir para la implementación de esta técnica.
- Debe difundirse este trabajo con su publicación en redes y también ser objeto de estudio avanzado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sá A, Azevedo L, Pinheiro C, Seixas-Martins J, & Cunha L. Oroantral fistula in maxillary and jaw osteonecrosis by bisphosphonates. Case report. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2018 Abr-May-Jun [Consultado 12 Dic 2022]; 44(2):223-230. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922018000200013>
2. Godoy R, Emilio, Godoy S, Alejandro, & Godoy S, Paula. (2011). Cierre de fístula oroantral con injerto óseo y con rotación y avance de colgajo palatino. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, [Internet]. 2011 Dic [Consultado 12 Dic 2022]; 71(3): 257-262. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162011000300011
3. Batista VM, Hernández PL, González RRM, et al. Comportamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia atendidas a nivel hospitalario. *Rev. Cienc. Méd. La Habana*. [Internet]. 2015 [Consultado 12 Dic 2022]; 21(3): 565-574. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh_153_g.pdf
4. Gay C, Berini L. *Tratado de Cirugía Bucal Tomo I*. Madrid España: Ediciones Ergon S.A. 2011.
5. Pazmiño V, Luis F. Manejo de las complicaciones en cirugía bucal: una revisión sistemática. [Tesis] Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. [Consultada 14 Dic 2022]. 23 p. Disponible en <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15116>
6. Solano J. Nivel de conocimiento de comunicación bucosinusal en estudiantes de una universidad privada. *Salud y gestión de la salud*. [Tesis] Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2019. [Consultada 14 Dic 2022]. 61 p. Disponible en [https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2376/TESIS%20FINA L.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2376/TESIS%20FINA%20L.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Pérez, E. Comunicación bucosinusal tras extracción dentaria. *Rev. Rodeo* [Internet]. 2015 [Consultado 12 Dic 2022]; 31(6):677-80. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=213>

8. Khandelwal P, Hajira N. Management of Oro-antral Communication and Fistula: Various Surgical Options. *World J. Plast Surg.* [Internet]. 2017 [Consultado 12 Dic 2022]; 6(1):3-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5339603/>
9. Parvini P, Obreja K, Begic A, Schwarz F, Becker J, Sader R, Salti L. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *Int J Implant Dent.* [Internet]. 2019 [Consultado 14 Dic 2022]; 5(13):1-11. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332128484_Decision-making_in_closure_of_oroantral_communication_and_fistula
10. Scartenizi G, Oliveira C. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de Bichat: relato de caso. *Rev. Odontol. Bras. Central.* [Internet]. 2016 [Consultado 14 Dic 2022] 74(25):143-47. Disponible en: <https://doi.org/10.36065/robrac.v25i74.1051>
11. Belmehdi, A., & El Harti, K. (2019). Management of oroantral communication using buccal advanced flap. *The Pan African Medical Journal*, [Internet]. 2019 [Consultado 14 Dic 2022] 34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6884724/>
12. Erique, X. Manejo de la comunicación bucosinusal por estudiantes de 10mo semestre de la facultad piloto. [Tesis] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2022 [Consultada 9 Ene 2023] 90 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/63570/1/4220ERIQUEximena.pdf>
13. Morais N, Torres I, Barbosa S, Cisneiros F, Correia L, Lira C, et al. Tratamiento de fístula buco-sinusal utilizando tejido adiposo bucal: relato de caso clínico. *Research, Society and Development.* [internet] 2022. [Consultado 9 Ene 2023]; 11(6): 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.23329>
14. Sáenz L, comunicaciones orosinusales. Revisión de literatura reporte de caso clínico. [Tesis] España: Universidad de Sevilla; 2021 [Consultada 9 Ene 2023]. 33 p. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/134805/TFG%20518-S%C3%81ENZ%20ROSADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Tay M. Manejo clínico y tratamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia. [Tesis] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2021 [Consultado 2022 Dic]. 57 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56112>
16. Sánchez S, González R, orales P, et al. Cierre de comunicación oroantral mediante el uso de membrana de plasma. Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. *Revista ADM* [internet]. 2018; [Consultado 9 Ene 2023]; 75 (3):

- 153-158. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od183g.pdf>
17. Arias F. Proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Epísteme; 2006. [Internet] [Citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://books.google.co.ve/books?id=y_743ktfK2sC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
18. Jang K, Kwak S, Ha J, Kim H. Anatomical relationship of maxillary posterior teeth with the sinus floor and buccal cortex. J Oral Rehabil, [internet] 2017. [Consultado 9 Ene 2023]; 44(8):617-625. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28547776/>
19. Heit, O. Anatomía del Seno Maxilar. Importancia clínica de las arterias antrales y de los septum. Rev Col Odont Entre Ríos [internet] 2017. [Consultado 12 Dic 2022]. 15(1): 35-38. Disponible en: https://www.coer.org.ar/descargas/2017_SenoMax.pdf
20. Shukla B, Singh G, Mishra M, Das G, Singh A. Closure of oroantral fistula: Comparison between buccal fat pad and buccal advancement flap: A clinical study. Natl J MaxillofacSurg. [internet] 2021 [Consultado 12 Dic 2022]. Sep-Dec;12(3):404-409. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8820317/>
21. Venezuela. Código de Deontología Odontológica. XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela [internet]. 1992 [Consultado 16 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley2.htm>
22. Venezuela. Ley de Ejercicio de la Odontología. Gaceta Oficial 29.288, 10 de Agosto de 1970. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley1.htm>
23. Jiménez V, Comet C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. ACADEMO [en línea] 2016 diciembre [fecha de acceso 14 de noviembre del 2022]; 3(2):1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757749>
24. Villanueva I. Cómo redactar un caso clínico. Acta Ortopédica Mexicana [en línea] 2009; [Consultado 15 Marzo 2023] 23(5): Sep.-Oct: 315-316 315 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2009/or095n.pdf>
25. Magomedov M, Khelminskaya N, Goncharova A, Starostina A. The modern strategy for the treatment of the patients presenting with odontogenic maxillary sinusitis and the oroantral fistula. Journal of Otorhinolaryngology. [internet] 2015 [Consultado 15 febrero 2023]; 58(2):75-80. DOI: [10.17116/otorino201580275-80](https://doi.org/10.17116/otorino201580275-80)

Anexos

Anexo N° 1

Lista de Cotejo para control post-operatorio

| Día 2 | SI | NO | Día 15 | SI | NO |
|-------------------------------|----|----|-------------------------------|----|----|
| <i>Dolor</i> | x | | <i>Dolor</i> | | x |
| <i>Edema</i> | | x | <i>Edema</i> | x | |
| <i>Limitación de apertura</i> | x | | <i>Limitación de apertura</i> | | x |
| <i>Infección</i> | | x | <i>Infección</i> | | x |
| Día 3 | | | Día 30 | | |
| <i>Dolor</i> | | x | <i>Dolor</i> | | x |
| <i>Edema</i> | x | | <i>Edema</i> | | x |
| <i>Limitación de apertura</i> | | x | <i>Limitación de apertura</i> | | x |
| <i>Infección</i> | | x | <i>Infección</i> | | x |
| Día 7 | | | Día 45 | | |
| <i>Dolor</i> | | x | <i>Dolor</i> | | x |
| <i>Edema</i> | | x | <i>Edema</i> | | x |
| <i>Limitación de apertura</i> | | x | <i>Limitación de apertura</i> | | x |
| <i>Infección</i> | | x | <i>Infección</i> | | x |