



Informe Breve

Sinusopatía Odontógena. Reporte de dos casos

Behr, Lorena T.; Auchter, F.; Zapata, M.G.

La sinusitis maxilar es definida como una inflamación de la mucosa del seno maxilar y cuando tiene una duración mayor a 12 semanas es clasificada como crónica. En algunos casos la enfermedad odontógena es el factor de mayor predisposición, cualquier enfermedad derivada de la odontología o estructuras dentoalveolares podrían conducir a diversas enfermedades patológicas presentaciones en los senos paranasales ⁽¹⁾.

El seno maxilar es parte de una serie de senos paranasales que incluyen el frontal, el etmoides y el esfenoides. Comienza el crecimiento del seno maxilar aproximadamente a los 3 meses de vida intrauterina. A medida que crecen, los senos continúan neumatizándose y típicamente abarcando desde el canino hasta los terceros molares. El crecimiento final del seno maxilar corresponde con la erupción de los dientes permanentes entre los 12 y los 14 años de edad. En algunos individuos puede continuar neumatizándose cuya expansión continua provoca un adelgazamiento de la capa delgada de mucoperiostio que la separa de los dientes. Las raíces de los segundos molares están más cerca del piso del seno, seguidos en frecuencia por las raíces del primer molar y tercer molar ⁽²⁾.

En el paciente desdentado, el seno puede expandirse aún más en el hueso dentoalveolar, dejando sólo una capa delgada que separa el seno de la cavidad bucal, esta plantea un desafío al dentista cuando el paciente lo desea restauración de la dentición con prótesis dentales ⁽³⁾

La sinusitis odontogénica se presenta en la práctica clínica otorrinolaringológica y odontológica. Se ha informado que aproximadamente el 10% de todos los casos de sinusitis maxilar tienen un origen odontogénico, pero recientes estudios sugieren una incidencia de hasta 41% ⁽⁴⁾. Las causas odontogénicas más comunes incluyen periodontitis apical, fistulas oroantrales e infecciones por extrusión intraantral de cuerpos extraños (implantes).

De acuerdo a la guía EPOS, se caracteriza por dos o más síntomas, unos de los cuales debe ser bloqueo / obstrucción / congestión nasal, o secreción nasal asociada con dolor / presión facial y / o reducción / pérdida del olfato durante 12 semanas ⁽⁵⁾.

La tomografía computarizada y la TC de haz cónico son las herramientas más fiables para la evaluación de estructuras dentro y adyacente a los senos maxilares, principalmente debido al hecho de que estas técnicas permiten la obtención de imágenes tridimensionales y, en algunos casos, evaluación de los tejidos blandos ⁽⁶⁾.

El tratamiento es complejo y consiste en remover la causa etiológica y el tratamiento quirúrgico de la sinusitis. No existe un tratamiento Gold estándar, en la literatura se destacan opciones como Caldwell-Luc, cirugía endoscópica sinusal, extracciones dentales y combinaciones de estas. ⁽⁷⁾ El tratamiento antibiótico debe estar direccionado, ya que la etiología en la sinusitis aguda y en la sinusitis odontogénica son completamente diferentes, siendo en esta última muy frecuentes hallar además de anaerobios Gram negativos, bacterias aerobias. En nuestros casos, el antibiótico fue dirigido a *Stafilococcus aureus* (agente hallado).

CASO 1 (Fig. 1 y 2)

Paciente sexo masculino de 67 años, con antecedentes de implantes dentales osteointegrados, posterior pansinusitis homolateral al implante (izquierda), medicado sin mejoría sintomatológica, solicita tomografía, que junto a síntomas acrescentes requiere la resección combinada en conjunto ORL y cirugía maxilofacial. Sinusotomía con drenaje de secreciones endosinusales máxilofrontoetmoidal, resección de hueso de pared anterior sinusomaxilar comprometido, y revisión de fistula oroantral.

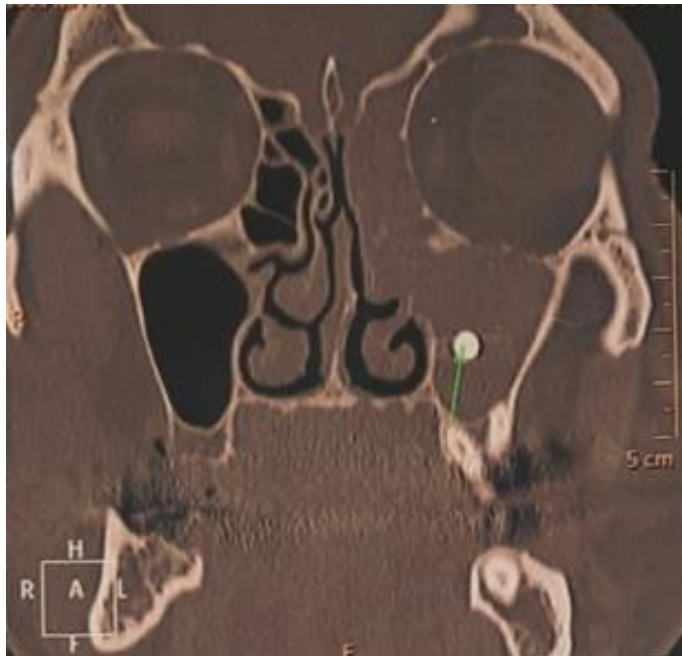


Fig.1: Tomografía computada de macizo craneofacial en corte coronal. Se evidencia velamiento del seno maxilar izquierdo, con material de implante desplazado en su interior.

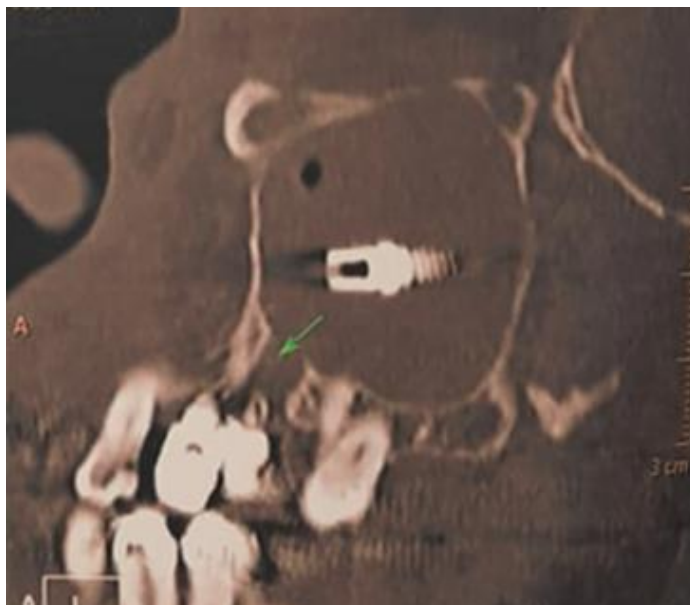


Fig. 2: Tomografía computada de macizo craneofacial en corte sagital. Se observa velamiento del seno maxilar izquierdo con material de implante desplazado en su interior. Flecha señalando fistula oroantral



CASO 2 (Fig. 3)

Paciente de sexo masculino, 53 años, con antecedente de extracción de molar superior izquierdo y posterior pansinusopatia homolateral. Se solicita tomografía computada que evidencia colección. Se medica sin éxito con tratamientos habituales para la patología y se procede a realizar tratamiento quirúrgico, sinusotomía con drenaje de material purulento.



Fig. 3: Tomografía computada de macizo craneofacial en corte coronal donde se evidencia seno maxilar derecho velado.

En los casos presentados se desarrolló una sinusitis maxilo-etmoideo-esfeno-frontal homolateral izquierda (pansinusitis unilateral) crónica que tuvo como mayor factor predisponente a la afección odontológica previa, en el primer caso por desplazamiento de material de implante, y el en segundo caso por una fistula oroantral posterior a extracción de pieza dentaria (molar). Ambos pacientes habían desarrollado dolor facial, rinorrea mucopurulenta, obstrucción nasal y el tratamiento de elección fue en primera instancia antibioticoterapia para patología sinusal (inhibidores de betalactamasas y amoxicilina), que al no mostrar mejoría se decide tratamiento definitivo quirúrgico, realizándose abordaje por Caldwell- Luc.

Se extrajeron en ambos casos, aproximadamente 15 ml de material purulento y mucosa hipertrófica que se mandan a cultivo y anatomía patológica, dando posteriormente el cultivo positivo para *Estafilococos aureus* sensibles a Ciprofloxacina, con cuya antibioticoterapia mostraron clara mejoría de la signosintomatología.

El diagnóstico y tratamiento correcto de las sinusitis maxilares odontogénicas debe ser multidisciplinario. Un examen odontológico acucioso, junto con la recopilación de la historia médica y el uso de imágenes adecuadas son esenciales para el diagnóstico y para planificar un manejo terapéutico adecuado. Es importante recordar que la infección odontogénica clásica es una infección mixta aeróbica-anaeróbica, con anaerobios predominante. Además de ello, es imprescindible el tratamiento odontológico de la etiología.



La sinusitis maxilar odontogénica involucra un manejo tanto del equipo de otorrinolaringología como de cirugía maxilofacial, por lo que es imprescindible la buena comunicación y el trabajo conjunto de ambos equipos, facilitando el manejo de la patología y llevando a resultados exitosos.

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTOS DE INTERESES

BIBLIOGRAFIA:

1. Pushkar Mehra, BDS, DMD, and Daniel Jeong, DDS. Maxillary Sinusitis of Odontogenic Origin. *Current Allergy and Asthma Reports* 2009, 9:238–243
2. Silvio Taschieri Sara Torretta Stefano Corbella Massimo Del Fabbro Luca Francetti, Alessandra Lolato1 & Pasquale Capaccio. Pathophysiology of sinusitis of odontogenic origin. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* (2015), 0, 1–7.
3. Soung Min Kim. Definition and management of odontogenic maxillary sinusitis. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery* (2019) 41:13.
4. Rokas Aukštakalnis, Rūta Simonavičiūtė, Regimantas Simuntis. Treatment options for odontogenic maxillary sinusitis: a review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 20: 22-6, 2018.
5. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 *Rhinology*. 2020 Suppl. 29: 1-464.
6. Fábio Vidal, Thais Machado Coutinho, Dennis de Carvalho Ferreira, Rodrigo Carvalho de Souza & Lucio Souza Gonçalves. Odontogenic sinusitis: a comprehensive review. *Acta Odontologica Scandinavica*, 75:8, 623-633, 2017.
7. Kristine von Bischhoffshausen, Cristián Teuber, Sebastián Tapia, Claudio Callejas, Hernán Ramírez, Alex Vargas. Diagnóstico y tratamiento de la sinusitis maxilar odontogénica. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2019; 79: 357-365.

Datos de autor

Título

Sinusopatía odontogénica. Reporte de dos casos.

Autores

Behr, Lorena Teresita; Auchter, Federico; Zapata, María Gabriela

Hospital José Ramón Vidal (Necochea 1050, Corrientes Capital)

E-mail: lorebehr@gmail.com