

SINUSITIS ODONTÓGENAS

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA-GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA.
| HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

La sinusitis odontogénica es responsable de 10 a 12% de los casos de sinusitis maxilar. Los factores favorecedores son: infección de molares, trauma dental, complicaciones de cirugía dental, implantes y procedimientos quirúrgicos maxilofaciales. La sinusitis maxilar de origen odontogénico merece especial consideración por las diferencias en la patofisiología, microbiología y tratamiento.

CASO CLÍNICO

- Varón de 44 años, alérgico a gramíneas, olivo y al metamizol, que consulta por sinusitis maxilar izquierda desde hacía 5 meses con supuración fétida que no mejora con antibióticos, refiere haber tenido una muela infectada y que le hicieron una endodoncia temporal.
- Se pide una radiografía simple de senos nasales que confirma la sinusitis maxilar con veladura del seno maxilar izquierdo. Se realiza una punción del seno con anestesia tópica a través de la nariz por debajo del cornete inferior (endomeática), extrayéndose gran cantidad de supuración con sangre, realizando un lavado con suero y dejando una pequeña cantidad de betadine. Se instaura tratamiento con moxifloxacino y se pide un TAC de senos nasales, donde se aprecia con gran detalle la infección dental que comunica con el seno maxilar.
- El cultivo y antibiograma de la supuración indica microbios anaerobios: *Peptostreptococcus* ssp y *Prevotella* ssp sensibles a todos los antibióticos y *Streptococcus* ssp resistente a clindamicina.
- A los 10 días, la sintomatología solo ha mejorado un poco, por lo que se decide otra punción del seno maxilar (figura 1), donde vuelve a salir supuración, se prescribe ceftidoren 200, 2 al día, el resultado del cultivo es de *Pseudomonas* auriginosa abundante, junto con anaerobios. Se decide apuntar para antrostomía mediante cirugía endoscópica y revisión por el dentista para eliminación de la muela.

DISCUSIÓN

Las sinusitis de origen dentario se caracterizan por ser unilaterales, provocadas por una caries profunda que afecta a la pulpa dentaria para, a continuación, provocar la necrosis de la misma, produciendo una pe-

riodontitis periapical que concluirá con una afectación del seno maxilar. Frecuentemente se puede observar la comunicación oro-sinusal tras la exodoncia, formándose una fístula que generalmente se cierra espontáneamente.

Además de la microbiología normal de las vías respiratorias como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Branhamella catarrhalis*



FIGURA 1: Punción del seno maxilar endomeática y aspiración de contenido purulento.

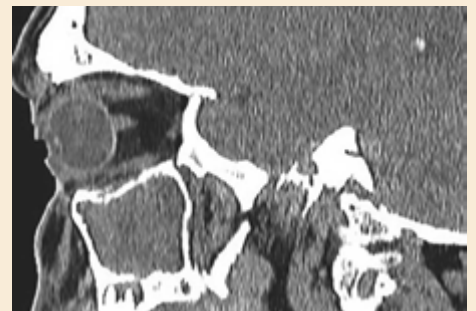


FIGURA 2: Corte tomográfico coronal donde se aprecian las raíces molares.

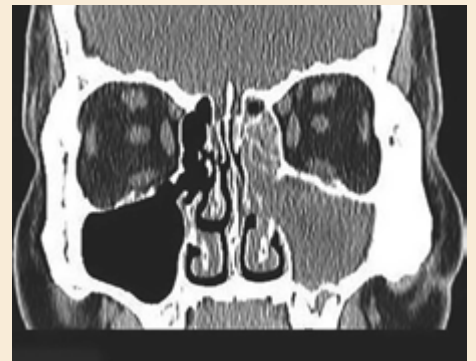


FIGURA 3: Corte sagital donde se aprecia la comunicación al suelo del seno maxilar.

SINUSITIS ODONTÓGENAS

(antes *Moraxella catarrhalis*), las bacterias anaerobias están presentes hasta en 67% de los casos de sinusitis, como *Streptococcus* spp, *Bacteroides*, *Veillonella*, *Corynebacterium*, *Fusobacterium* y *Peptostreptococcus*, que producen una supuración fétida.

El manejo de la rinosinusitis maxilar de origen dentario requiere tratamiento tanto para la infección sinusal como para su origen dentario. Hasta hace poco la opinión general en el manejo de la rinosinusitis maxilar de origen dentario, especialmente si estaba asociada a fístula oroantral, es que requería de abordaje externo, con exploración extensa del seno afectado y cierre de la fístula, es decir, la operación de Caldwell–Luc, realizando una apertura en la pared anterior del seno en la fosa canina, a través de la vía sublabial, con la remoción completa de la mucosa del seno y realizando una ventana en la pared lateral nasal a nivel del meato inferior.

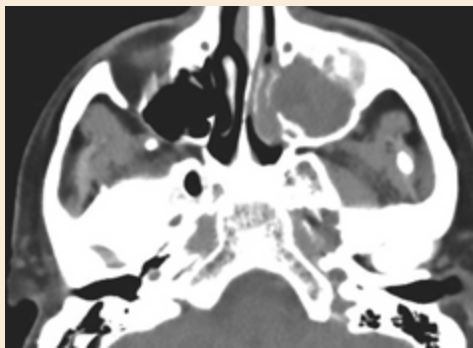


FIGURA 4: Corte axial.

Las desventajas de este procedimiento incluyen tasas más altas de complicación, mayor pérdida de sangre y tiempo de la operación, así como mayor estancia intrahospitalaria.

Además, se ha demostrado que la antrostomía (ventana) en el meato inferior parece ser inútil, debido al patrón de flujo del transporte mucociliar, ya que la existencia de una ventana nasoinferior (meato inferior) no ocasiona redirección del patrón de aclaramiento del seno.

Muchos autores concluyen que la cirugía funcional endoscópica (con antrostomía media) es el tratamiento de elección, al obtener una recuperación más rápida y eficaz del seno implicado, con menor morbilidad y menor tasa de complicaciones que la técnica de Caldwell-Luc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salomón Waizel Haiat,* Miguel Jerves Urgiles,* Alejandro Blanco D’Mendieta,** Alejandro Vargas Aguayo. Sinusitis de origen dental complicada con celulitis orbitaria. ANALES MEDICOS, Vol. 54, Núm. 1. Ene.-Mar. 2009 pp. 40-46.
2. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 135: 349-355.
3. Mortimore S, Wormald P. Management of acute complicated sinusitis: A 5-year review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121 (5): 639-642.
4. Voegels R, Assis D, De La Cortina R, Butugan O. Complications of sinusitis: Review of 145 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121 (2): 216-217.