

## SINUSITIS MAXILAR

Su tratamiento por el cirujano dentista:

- a) en estado de colección de seno
- b) en estado de vegetación
- c) en estado de necrosis de las paredes.

La bibliografía de las inflamaciones del seno maxilar tiene un lugar importante en la historia de las ciencias médicas de los siglos xviii y xix. La sintomatología y sobre todo el tratamiento, han dado lugar a vivas discusiones que están hoy olvidadas pero que sería bueno conocer bien para juzgar mejor los procedimientos operatorios modernos.

Fue al fin del siglo xviii que Nathaniel Highmore (1614-1684) publicó la descripción del antro que lleva su nombre, bien que él no hiciera más que seguir a Casserius. Aún practicó una trepanación del seno maxilar por la vía dental extrayendo un canino: pero no supo sacar ningún partido de la observación del enfermo que curaba. Aparte una observación de Molinetti (Pavía 1675) en la que un absceso del seno fue tratado por la trepanación bucal, no se encuentra ninguna traza de esta operación en los escritos de los autores de fines del siglo xviii.

A principios del siglo xix fue que Guillermo Cowper aconsejó la perforación de los alveolos y particularmente la extracción del primer molar, e inyectar en seguida en la cavidad del seno sustancias astringentes. Drake (1701), H. Meibon (1713) y J. Juncker (1720) recomiendan también la vía alveolar y rechazan la operación intentada por Molinetti en Italia. Por lo demás, estos autores probablemente no conocían los trabajos de Cowper.

El primer trabajo importante sobre esta cuestión es la tesis de L. H. Runge sostenida en 1750, en la que las principales afecciones del seno están descritas de un modo sucinto pero muy justo.

La operación de Drake, es decir, la vía alveolar, le parece el método preferible, si bien él cita una observación en la cual su padre hizo con éxito la trepanación de la pared exterior o bucal del seno maxilar. Se encuentran numerosas observaciones en las cuales el método de Cowper fue empleado: en los trabajos de G. Heuermann, de Orléans, de Bourdet, de Benj. Gooch y de J. F. Henkel.

En 1761 uno de los dentistas más célebres de aquel siglo, que contribuyó mucho por su celo a los progresos de la medicina dental, Jourdain, publicó su tratado de enfermedades del seno maxilar en el cual preconizaba la abertura del orificio nasal del antro de Highmore. Su método fue combatido por numerosos cirujanos y sobre todo por Th. Bordenave, (1768-1774). La misma academia la declaró muy difícil, con frecuencia inútil y casi siempre peligrosa.

Hacia la misma época, Lamorier indicaba como lugar de elección para la trepanación del antro de Highmore la pared anterior o bucal, debajo de la apófisis malar. Bordenave puso, sobre todo, en relieve la influencia de los dientes en las afecciones del seno. Aconseja como tratamiento la extracción de los dientes, la perforación de los alveolos y la introducción de una cánula que permita hacer los lavados. Este método conviene en los casos en que el paciente tiene aún dientes, y el autor aconseja que se extraigan los que estén doloridos.

Cuando los dientes han desaparecido y la vía alveolar no es posible, conviene recurrir al método de Lamorier o al de Cowper de preferencia. Los autores de fines del siglo XVIII no hacen más que escoger entre los métodos precedentes, aquellos que convienen mejor a los casos que van a tratar.

La terapéutica hace poco progreso pero se continúa estudiando la sintomatología y la etimología de las afecciones del seno. Los nombres de los cirujanos ingleses: Bedmore, J. Hunter, B. Bell; de los alemanes Weyland, Heckel y Richter, en fin los franceses Choixart y Desault son los más célebres. Ellos precisan las indicaciones operatorias pero no le debemos ninguna innovación. El siglo XIX en su primera mitad continúa las ideas precedentes. Se trepana siempre, sea el fondo del alveolo, sea la fosa canina, y se emplean las inyecciones de Jourdain con más o menos éxito. Los trabajos se acumulan sobre esta importante cuestión quirúrgica que se escapa cada vez más a los dentistas para caer en el dominio de la cirugía general. Nosotros no tenemos el propósito de enumerar todos estos trabajos y citaremos solamente los nombres de Richerand, Cloquet.

las tesis inaugurales de Deschamps, hijo (1804), Lombard (1836). Leclerc (1849) y de Giraldeés (1851).

La revolución que se opera en la cirugía a consecuencia de los trabajos de Lister, de Pasteur modifica sensiblemente las intervenciones.

Los nombres que van unidos a esta cuestión de patología son los de Zuckerkandl (1882), Ziem (1886). Los especialistas se apropiaron de la cuestión y la hicieron progresar rápidamente. Sus estudios tuvieron el gran mérito de mostrar que los síntomas llamados clásicos de la sinusitis: hinchazón de la mejilla, dolor local, aumento de la supuración según la posición del enfermo eran síntomas del todo inconstantes.

Las formas latentes de la afección son cada vez más estudiadas por Tornwaldt. La etiología queda precisada, es dentaria en la gran mayoría de los casos para Frankel, nasal para Schiffers.

Los trabajos en Francia no son menos importantes. Citaremos entre los más recientes los de Luc, que ha dado su nombre a un procedimiento operatorio.

De esta rápida revista histórica nosotros quisiéramos llegar a una conclusión y es que las inflamaciones del seno maxilar pueden y deben ser tratadas por los cirujano-dentistas. Ellas lo han sido en otra época, y no es admisible que abandonemos a nuestros colegas los rinólogos, afecciones que tratadas a tiempo por nosotros, son fáciles de curar. Tenemos una vía de acceso al antro de Highmore, puesto que extraído el diente nos hallamos en el lugar deseado. Guiados por estas razones hemos tenido varias veces ocasión de tratar sinusitis maxilares, y es el resultado de nuestra práctica lo que vamos a dar aquí.

#### DEFINICIÓN Y DIVISIÓN

Los antiguos autores describían varias alteraciones del seno; Jourdain enseña que hay dos clases de colecciones en el antro de Highmore; las unas inflamatorias, que son dolorosas y que atacan el hueso; las otras linfáticas, frías, indolentes, que lo ablandan y lo llenan de vegetaciones.

De ordinario se describían: obstrucción inflamatoria o sanguínea, pudiendo terminar o resolverse por supuración; obstrucción linfática, que puede supurar pero que trae de ordinario un derrame

seroso (hidropesía del seno) y por fin la retención de las mucosidades de las formas precedentes.

Los autores modernos han hecho tabla rasa de esta división más didáctica que clínica. Hoy se describen: 1ª, la inflamación del seno: 2ª, el absceso del seno (empiema del seno o sinusitis crónica).

Están de acuerdo en agregar que la inflamación simple es una afección rara, con síntomas oscuros; y que en realidad todo el interés de la descripción y del tratamiento está circunscripto a la sinusitis crónica (absceso o empiema del seno).

Sin embargo, para conformarnos al uso, describiremos estas dos variedades. Agregaremos un capítulo especial para las variedades de las sinusitis que se complican de necrosis de las paredes.

Esta complicación imprime una dirección tan especial que hemos creído conveniente estudiar el tratamiento de la sinusitis.

1ª En la sinusitis inflamatoria simple; 2ª, en la sinusitis crónica (empiema del seno); y 3ª, en las necrosis óseas consecutivas a ciertas sinusitis de larga duración.

#### 1ª SINUSITIS AGUDA

Sinonimia: (inflamación simple del seno maxilar, catarro del seno).

Es Jourdain quien principalmente ha descrito esta afección y ha insistido sobre su tratamiento.

Los síntomas son: un dolor profundo y persistente en la región del seno, dolor que puede irradiarse sea del lado de la nariz, sea del lado del ojo. Los dientes pierden su fijeza y son dolorosos a la presión.

Ya Bordenave había demostrado cuán difícil es de establecer, el diagnóstico del catarro del seno con estos solos elementos. Si la afección retrocede, el médico puede pensar en una fluxión o en una neuralgia dentaria. Si por el contrario llega a la supuración, entonces podrá atribuir los fenómenos iniciales a su verdadera causa.

Diremos para terminar que en el caso de un dolor profundo y persistente en esta región, dolor que se presenta en los casos en que los dientes están en mal estado el dentista podrá suponer el principio de una sinusitis aguda.

Más tarde diremos el tratamiento de la afección en este período.

## 2" SINUSITIS CRONICA

Sinonimia: (absceso del seno, empiema del seno).

La palabra absceso (del latín *abcesmus*, *abscedere*) el apotegma de los antiguos se aplicaba primitivamente a las colecciones purulentas contenidas en una cavidad accidental, pero esta palabra comprendió luego aún aquellas colecciones que se forman en las cavidades naturales. Esto es evidentemente forzar la significación de la palabra. Nuestros predecesores han aceptado no obstante, esta extensión y hasta nuestros días los tratados clásicos y los diccionarios han conservado el término de absceso del seno.

En realidad los abscesos del seno, o del antro de Highmore, son verdaderos empiemas, y este término ha sido con razón propuesto en estos últimos años. Pero como se entiende por empiema exclusivamente la acumulación de pus en las pleuras, a pesar de su exactitud etimológica, la palabra no ha tenido todo el éxito que merecía.

Convendría, no obstante, que fuera fijado este punto de terminología. Los autores contemporáneos lo han comprendido así y el término de absceso del seno no se encuentra hoy más que en los tratados clásicos. Se describen las sinusitis agudas y crónicas (éstas son los abscesos o empiemas del seno) y se está así más cerca de la verdad clínica y anatómo-patológica. Hay en efecto en el absceso, tal como es estudiado y comprendido en nuestros días, un proceso que no existe en la sinusitis crónica, que consiste en la mortificación de los tejidos y la formación de una cavidad a expensas de estos tejidos.

Por todas estas razones pensamos que sería tiempo de abandonar estas denominaciones que no merecen otro respeto que el debido a las cosas antiguas. Nuestros estudiantes dentistas no estarían entonces expuestos a comparar mentalmente el absceso en general y el absceso del seno maxilar. Cambiado el nombre la afección quedaría siempre la misma, y nuestros predecesores lo han estudiado muy bien desde el punto de vista clínico y terapéutico para que, recordando sus trabajos, agreguemos como sinónimo del término sinusitis, el de absceso o empiema del antro de Highmore.

### ETIOLOGÍA

La influencia de las causas generales que han invocado los antiguos autores no parece estar bien demostrada. La teoría de las metástasis, muy cómoda encajaba bien en este caso, pero no era más que una hipótesis.

Las causas externas tienen por el contrario una acción indiscutible.

Es así que las sinusitis crónicas pueden ser debidas a traumatismos (fracturas, ulceraciones producidas por heridas de armas de fuego o instrumento punzante o cortante) a la extracción de los dientes enfermos. Es sabido, en efecto, que en ciertos sujetos las raíces de los dientes penetran en la cavidad del seno. Una periostitis alveolo-dentaria tiene, pues, las mayores probabilidades de provocar una supuración del seno. Una afección de las fosas nasales, de la órbita y aún del carrillo podrá producir el mismo resultado. Las sinusitis frontales por la comunicación con el seno maxilar por medio del infundibulum, son causa con frecuencia de sinusitis maxilares.

En la práctica estúdiense cuidadosamente el sistema dentario y se hallará en él la causa del mal: los antiguos autores lo habían comprendido así y con frecuencia su terapéutica recaía sobre esta región.

En fin, hay una causa de sinusitis crónica que es indiscutible: la infección operatoria en el tratamiento de las caries de cuarto grado (dientes con pulpas muertas).

Desde que las reglas antisépticas han entrado en práctica, los casos de sinusitis han disminuido; es permitido atribuir el gran número de estas afecciones en el siglo xvm a la exagerada atención que los operadores prestaban a esta región.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las observaciones de Maré, Foucher-Dumenil, son clásicas. Ellas bien raras. Ciertos traumatismos graves del cráneo teniendo más tarde un desenlace fatal habían podido servir muy útilmente a esta cuestión; pero en estos casos no se piensa en el seno maxilar cuya importancia es secundaria.

Las observaciones de Maré, Fouche-Dumenil, son clásicas. Ellas nos enseñan que el pus es ordinariamente técido, coagulado y con

creto, que el orificio nasal del antro está, bien cerrado o bien libre y en fin que hay algunas veces engrosamiento o hipertrofia de las paredes y otras necrosis de las paredes.

#### SINTOMATOLOGIA

La descripción antigua de los tratados clásicos ha sido profundamente modificada en estos últimos tiempos por los trabajos de los rinólogos. Los síntomas descritos en aquella época eran los siguientes: dolor profundo sordo fijo al nivel del antro de Highmore y presentando irradiaciones alveolo-dentarias y orbitarias: dientes dolorosos, a la presión y al parecer alargados, fenómenos simpáticos del lado del ojo y la nariz, derrame del pus por la nariz cuando el paciente inclina la cabeza hacia abajo y adelante.

La Rinoscopia ha demostrado que estos síntomas no eran ni constantes ni patognomónicos y ese ha sido el mérito de los trabajos de fines del siglo último, de establecer bien la descripción de las sinusitis maxilares.

El dolor es un síntoma muy inconstante, y cuando existe no está siempre localizado en la región malar: se irradia a la región frontal.

La inflamación del carrillo sobre la que los antiguos autores habían insistido, es aún más rara. Zuckerkandl, sobre trescientos exámenes cadavéricos no ha observado una sola vez la dilatación del seno. Así los autores modernos atribuyen la inflamación del carrillo a quistes dentarios inflamados secundariamente.

El derrame fétido por la nariz correspondiente, es, en efecto el único síntoma que frecuentemente facilita el diagnóstico.

Este derrame se produce cuando el paciente se suena u ocupa una posición especial, la cabeza inclinada hacia abajo y adelante. El paciente siente este olor, y lo compara al de una cloaca, a pescado en descomposición, etc., etc., y sufre de su estado general. No obstante, este carácter de fetidez no es absolutamente constante y no es siempre igualmente intenso. Díganos aún que el derrame en lugar de producirse por la nariz puede producirse por detrás, por las fauces. El examen rinoscópico anterior y posterior permitirá no confundir estos casos con un catarro purulento de la faringe.

Más lejos veremos a propósito del diagnóstico que este derrame constituye uno de los signos llamados de certeza de la sinusitis maxilar.

Si las cosas quedan en su estado y ningún tratamiento detiene la afección, el derrame de pus por la nariz producirá pronto lesiones en la mucosa nasal. Los senos etmoidales y frontales podrán ser invadidos a su vez por propagación puesto que ellos, son también tributarios del meato medio.

Más tarde podrán aparecer fístulas que pueden ser alveolares, palatinas, caninas; pero estos casos son muy raros y las más de las veces el cirujano habrá sido llamado antes que tal complicación se produzca.

Lo que es preciso retener de este cuadro sintomatológico, es que lo más frecuente es que la sinusitis maxilar es una afección que se desarrolla sin que el paciente se aperciba, y que se descubre con ocasión de cualquier otro examen. Así es que los dentistas estamos colocados en condiciones especiales para ello. El examen de la boca nos ha permitido con frecuencia diagnosticar sinusitis maxilares absolutamente ignoradas por los interesados.

#### COMPLICACIONES

Han sido señaladas complicaciones oculares, neuralgias rebeldes, pero la principal es la necrosis de las paredes. Estas alteraciones óseas son ordinariamente limitadas, pueden ser considerables e imprimen, desde luego, un sello muy especial a la enfermedad.

Pero el hecho mismo de su situación, en efecto, el hueso no tiene tendencia a eliminarse y la afección es entonces muy tenaz y por lo mismo difícil de tratar. Por esto es que hemos querido indicar nuestro tratamiento en estos casos tan delicados.

En el primer período, cuando la inflamación no es, como la ha llamado Lermoyez, más que coriza del seno, puede confundirse con una neuralgia o una periositis alveolo-dentaria.

Por lo demás, el dentista no será consultado en este período y por consiguiente no nos detendremos en hacer el estudio de este diagnóstico.

La presencia del pus en el seno ofrece ciertos síntomas que facilitan el diagnóstico. Ocurre con frecuencia al dentista que mientras trata los pacientes, percibe un olor fétido especial, exhalado por la nariz. Tres clases de afecciones pueden determinar este estado: 1<sup>ª</sup>, el coriza, sobre todo en la mujer; 2<sup>ª</sup>, la sinusitis (etmoidal, frontal, esfenoidal y maxilar); y 3<sup>ª</sup>, el ozena.

El coriza se presenta sobre todo en las estaciones frías, casi siempre es pasajero y su diagnóstico no ofrece dificultades.

El ozena (rinitis atrófica) está caracterizado por una dilatación de las fosas nasales fácil de descubrir. Se acompaña de un síntoma característico, cual es la pérdida del olfato. En este caso no existe supuración y las cavidades nasales están secas y cubiertas de costras verdaceas.

Nos queda por examinar el origen de la sinusitis. Se preguntará al enfermo si al sonarse, una de las cavidades nasales supura más que la otra. El examen de la boca se practicará de seguida, aun cuando ofrece gran dificultad para los dentistas de mayor práctica.

No hay que creer que los dientes careados y no obturados, así como también las raíces, sean los únicos capaces de producir la sinusitis. Antiguamente se aconsejaba extraer el diente dolorido a la percusión; nosotros hemos podido comprobar en distintas ocasiones que un diente del todo indoloro, determinando a la percusión un sonido timpánico y transparente a la luz eléctrica, ha determinado la sinusitis. Esto se explica fácilmente pues con frecuencia una fístula alveolo-dentaria se vacía en el seno y entretiene la supuración de esta cavidad. En este caso el diente presenta los caracteres procedentes: indolencia y sonido timpánico.

La explicación es fácil. Un diente cuya pulpa está muerta es atacado de periostitis alveolo-dentaria, ésta va seguida de un absceso que se abre en el seno maxilar y deja una fístula alveolar por la que se desprenden los gases contenidos en la cavidad de la pulpa; consecutivamente se producen rarefacción y osificación del ligamento alveolo-dentario y de ahí el sonido timpánico y la inmovilidad del diente y la dificultad para extraerlo.

Uno de los medios de confirmar el diagnóstico, y que nos ha sido muy útil en muchas ocasiones, es hacer una fuerte inyección de agua oxigenada a través del canal de la raíz. El agua oxigenada, en presencia del pus en la cavidad maxilar, da lugar a un desprendimiento espumoso fácil de ver haciendo sonarse al paciente. Puede percibirse también un ruido particular producido por la formación de esta espuma.

En resumen, para nosotros, los dentistas, la fetidez nasal nos hace sospechar la sinusitis y la presencia, sea de una raíz, sea de

un diente muerto, nos pone en camino de descubrirla. El agua oxigenada es un medio de confirmación.

Los autores clásicos indican signos de probabilidad y de certeza. Los primeros son: un dolor intenso al nivel de la región del seno, el olor fétido especial, el derrame de pus por la nariz, etc., etc. \*

Los signos de certeza son dos:

1» El signo de Hering: opacidad a la luz eléctrica.

29 El signo de Frankel: reaparición del pus en la nariz de antemano limpia, cuando el paciente baja la cabeza.

Más recientemente, para confirmar el diagnóstico, los médicos alemanes han aconsejado hacer punciones exploradoras y para esto han indicado diferentes vías: la alveolar, la canina, y la del meato inferior.

Las diferentes formas, de las cuales vamos a establecer el tratamiento, podrán ser diagnosticadas de la manera siguiente:

Ya hemos indicado el diagnóstico de la sinusitis en su principio.

En el período de vegetación el diagnóstico podrá hacerse por la intensidad de opacidad a la luz eléctrica y por la persistencia a los tratamientos por lavados simples del seno.

En el período de necrosis basta introducir un estilete en el seno, sea por la vía nasal, sea por la alveolar, para encontrar porciones de la pared desnudas,

#### TRATAMIENTO

Cuando la colección purulenta es pequeña y reciente, y si la causa se halla en un fístula alveolo-dentaria abierta en el seno, se puede intentar, con probabilidades de éxito, el tratamiento por medio de lavados con agua oxigenada a 12 volúmenes.

La inyección se hará por el canal radicular, que se obturará enseguida con una mecha de éter iodoformado, y la cavidad del diente se obturará con guttapercha. Este tratamiento se repetirá, al principio cada dos o tres días, después, cada ocho días: más tarde una vez al mes, hasta que el agua oxigenada salga limpia por la nariz, produciendo una sensación de queiradura. Esto indica que el seno está curado. En otros casos el trayecto fistuloso se obtura por cicatrización y entonces las inyecciones no pueden pasar. Aquí la ausencia de pus en la nariz y de trastornos funcionales, será la prueba de

la curación. Estos casos son muy frecuentes y los dentistas tratando dientes con pulpas muertas e infectadas, han curado con frecuencia sinusitis sin apercibirse de ello.

En un período más avanzado, cuando la mucosa del seno está hipertrofiada y piogénica, es preciso practicar la extracción del diente enfermo, el cual será, generalmente, el segundo premolar, el primero o segundo molar grueso superior. Gracias a la anestesia, a la cocaína empleada para la extracción, se trepana la pared alveolar pudiendo servirse para ello de los trépanos de Ottolengui, que sirven para las implantaciones dentarias. Algunas inyecciones de agua oxigenada con una pequeña jeringa de un centímetro cúbico bastarán para hacer desaparecer el pus, a veces concreto, de todas las anfractuosidades del seno. Se practicarán en segunda varios lavados antisépticos empleando el bock o inyector a corriente continua de caotchus Alpha, terminando así de limpiar la cavidad.

Para mantener la comunicación con el seno, puede servirse sea de una mecha de gasa salolada, sea de una pequeña varilla de vidrio que puede prepararse uno mismo en un mechero Bunsen, afilando una extremidad y redondeando la otra en forma de champiñón para evitar que pueda caer en el seno. Esta varilla se fija en su sitio por medio de una ligadura en 8 entre los dientes próximos.

Las cánulas, de plata, permanentes, tienen el inconveniente de convertirse en una fuente de infección y de irritación al cabo de algunos días. En los otros casos se puede servir de una cánula fijada a un aparato de prótesis.

Los lavados del seno deben practicarse en este periodo a lo menos tres veces cada día, y puede hacerlos el enfermo mismo. Es conveniente emplear una solución de permanganato de potasa al 1 por 4 000, o una solución saturada de clorato de potasa. Según el estado de la afección podrán retardarse los lavados haciendo uno al día o cada dos días, y después cada ocho días hasta que esté completamente curada.

En el período de vegetación de la mucosa del seno, el tratamiento será el mismo que el que hemos indicado, solamente que para destruir estas vegetaciones se procederá de la manera siguiente:

Después de haber lavado con agua pura la cavidad, se inyecta en el seno uno o dos centímetros cúbicos de una solución de ácido crómico al 3% y se lava enseguida con agua. Según los casos puede emplearse una solución de ácido crómico más concentrada, con tal

que se lave inmediatamente después a gran agua; un litro a lo menos debe hacerse pasar por la cavidad. Estas cauterizaciones deben ser renovadas cada cuatro o cinco días. En el intervalo debe lavarse tres veces por día con el permanganato o el clorato de potasa. Al cabo de algunos días, después de la cauterización con ácido crómico, se verá salir mezcladas con el agua de los lavados, partículas de vetaciones esfaceladas. Nosotros hemos visto algunas que tenían tres o cuatro centímetros de largo. Preferimos el ácido crómico al cloruro de zinc, que emplean los dentistas, porque este último es muy doloroso. La cantidad de pus que sale en los lavados, indica el estado de la mucosa y el momento en que conviene cesar en las cauterizaciones. Los lavados practicados tres veces por día deben continuarse largo tiempo: pues a veces es preciso algunos meses de tratamiento para que la mucosa del seno vuelva a su estado normal. No será bueno confiarse demasiado a la luz eléctrica, que seguramente dará aún una opacidad más grande del lado enfermo largo tiempo después de estar curado.

En un período más avanzado, cuando la mucosa del seno ha desaparecido y que las paredes quedan desnudas, se practicará una abertura ancha en la cavidad alveolar a fin de dar una fácil salida a los líquidos. Después de haber lavado bien la cavidad con una solución antiséptica de ácido tímico al 1 por 4 000 se rellena con una grasa empapada en una solución de ácido láctico al 20%. Esta cura puede conservarse sin inconveniente dos o tres días y aún más. Se podrá observar al poco tiempo que la sensación obtenida al sondar el hueso con el estilete, insensible para el enfermo en un principio, es comparable a la que produce una superficie rugosa, modificándose gradualmente o haciéndose esta impresión parecida a la que determina el contacto con la madera, después se esponja al propio tiempo que la sensibilidad reaparece.

Lo que resulta es que, localmente, bajo la influencia del ácido láctico, el hueso pierde sus elementos calcáreos hasta su desaparición, apareciendo el nuevo hueso cubierto de su mucosa.

Cuando el estilete no revela porciones de hueso de nudado, el tratamiento debe cambiarse. No debe continuarse rellenando la cavidad, pero será preciso practicar lavados tres veces por día con soluciones poco irritantes, como el borato de sosa, ácido bórico o clorato de potasa. No es raro en efecto encontrar otros casos de sinusitis que se prolongan indefinidamente por causa de la irritación

producida por las inyecciones antisépticas. Las inyecciones de que hemos hecho mención se distanciarán cada vez más, hasta la completa curación.

Durante la aplicación del ácido láctico ha de procurarse mantener la boca en un medio alcalino, a fin de neutralizar el ácido y preservar los dientes de su acción directa.

Se empleará con preferencia el bicarbonato de sosa al 3% o mejor aún la crema de magnesia Philippe, de New York.

Habrán podido observarse que los mencionados tratamientos por su simplicidad, no entrañan peligro alguno, y están al alcance de todos los cirujanos dentistas competentes. Dan siempre excelentes resultados sin exposición a los peligros que acompañan a los otros métodos preconizados. Entre éstos figura el de Luc, que hoy parece estar en boga, y que a nuestro parecer constituye una intervención grave.

Presentes, desde luego, los inconvenientes inherentes a toda operación, a saber: peligro de muerte por la anestesia general. Las indicaciones están limitadas a los casos en que hay fungosidades en el seno. Se ha dado el caso en muchas ocasiones de haber practicado inútilmente la operación dicha de Luc, pues una vez abierto el seno no se han encontrado las vegetaciones supuestas.

El raspado de la cavidad, aun cuando lógico, expone al enfermo a infecciones graves.

Si un microbio patógeno cualquiera, durante o después de la operación penetra en el seno, cuyos vasos están abiertos por el hecho del raspado, se concibe fácilmente que se producirá una propagación por vía venosa o linfática, que repercutirá en las meninges. No son raros los casos en que se ha producido este accidente.

Otra objeción seria, que ponemos a esta operación, es que los vasos y los nervios que vienen a parar a los dientes pasan entre la mucosa y la pared del seno. El raspado debe forzosamente dar por resultado la sección de estos vasos y nervios y por consecuencia las pulpas dentarias, privadas así de los elementos de nutrición, morirán forzosamente y serán nuevos focos de infección que producirán nuevas sinusitis.

Por el contrario, la destrucción de estas vegetaciones por el ácido crómico no lleva consigo este peligro, pues dicho ácido no ataca sino los tejidos embrionarios, siempre que su aplicación sea seguida de un lavado.

### CONCLUSIONES

El cirujano dentista más que ningún otro especialista, por la naturaleza de sus funciones, está llamado a hacer el diagnóstico de las sinusitis maxilares. Para el tratamiento los procedimientos de preferencia serán:

En el estado de simple catarro: lavado de la cavidad con agua oxigenada a través del canal radicular sin extracción del diente.

En el estado de colección purulenta: la extracción del diente, lavados con agua oxigenada y después con permanganato o clorato de potasa.

En el estado de vegetación: el ácido crónico seguido de lavados. En el estado de necrosis: el ácido láctico y lavados consecutivos con antisépticos no irritantes.

NOTA: Este trabajo fue leído en la sesión del 26 de enero de 1902.

Anales de la Academia de Ciencias de La Habana.

Tomo 38. Enero a abril, 1902.

Págs. 146 a la 161.

