

# CURA RADICAL DE LA SINUSITIS ETMOIDO-MAXILAR CRONICA

por

JESÚS SORALUCE

*Capitán médico*

La sinusitis—término empleado por vez primera por Gillé, en 1893, pues hasta entonces sólo se habla de empiema—etmoido maxilar crónica es enfermedad que recidiva con gran frecuencia por causa de no tratar muy radicalmente las células etmoidales, que son, cuando no su causa primera, su entretenimiento constante, hecho éste incontrovertible después de los estudios de Vilar-Fiol, que tan categóricamente y terminantemente demostró las íntimas relaciones y conexiones de las células etmoidales con los senos frontales y maxilares, y que, por tanto, como su primera conclusión quirúrgica, podemos establecer la razón axiomática del *sublata causa, tollitur effectus*.

En este trabajo transcribimos un extracto de nuestra tesis doctoral, que nos fué sugerida por el hecho de habérsenos practicado esta intervención radical (historia clínica núm. 1) hace unos años, lo que motivó doblemente nuestro celo e interés por los enfermos de estas sinusitis, y que hoy, apremios de espacio, nos obligan a prescindir de las descripciones anatómicas e históricas de los diversos procedimientos empleados hasta la fecha, en cura radical, así como la exposición de las historias clínicas, limitándonos, por ahora, a reseñar las consideraciones clínicas, técnica empleada y conclusiones.

La casuística de nuestra memoria abarca veinticinco casos, de los cuales tres son himipansinusitis y las restantes son puras sinusitis etmoidomaxilare.

En su estudio hemos observado enfermos desde los que, desde mucho tiempo atrás, presentan clara sintomatología nasal, con franco comienzo de etmoiditis, y que han pasado por sucesivas cauterizaciones, concotomía, extracciones de pólipos,

etcétera, hasta los enfermos que, no habiendo tenido manifestación rinógena alguna, se han visto sorprendidos por un comienzo brusco de edema en dorso de nariz, cerca de la órbita, y que, después de algunos días de ligeros dolores, termina por abertura espontánea, con la consiguiente expulsión de pus, que les induce a acudir a la consulta, pasando por la gama intermedia sitomatológica, que hacen que, justificadamente, se pueda clasificar a estas sinusitis como enfermedad de sintomatología, nada clara y precisa por lo general. Por esto, y para el mejor establecimiento de su diagnóstico, hemos procurado seguir aquellos datos o síntomas que, según los diversos autores y escuelas, son, prácticamente, los más frecuentes y constantes en las sinusitis etmoidomaxilares crónicas.

Del estudio de la expresada sintomatología en nuestra casuística deducimos los siguientes resultados estadísticos.

La piorrea, que, según Bouchet, es variable según los sujetos y momentos, muchos enfermos la describen con la sencilla fórmula de moco que mancha el pañuelo, dándose en doce de nuestros casos, lo que supone la positividad de dicho síntoma objetivo en el 48 por 100 de la casuística.

La cacosmia, que, según Bouchet, sería un síntoma capital de la sinusitis maxilar, lo presentan catorce de los casos, lo que equivale a 56 por 100 de la positividad.

La anosmia figura en nueve casos, o sea el 36 por 100 de ellos.

El dolor al a presión de la fosa canina, que según Escat y Calvet no tiene apenas valor, vemos lo acusan, más o menos claro, diez enfermos, o sea el 40 por 100 de los casos. El Grünwald lo vemos acusado en cinco casos, o sea en el 20 por 100 de los enfermos, y en realidad, estos dos síntomas vemos lo acusan en las agudizaciones sinusales, o bien poco tiempo después de su remisión aguda.

En el estudio de la dentadura nos hemos fijado si las piezas sinusianas, segundo premolar y primero y segundo molar, están afectadas en el lado correspondiente a la sinusitis, y, por tanto, pueden ser su causa. Según Escat y Calvet, son la causa de la gran mayoría de las sinusitis maxilares y afirman que la gripe no sería más que la causa de la agudización ape-

xial, y por eso muchas veces parecen rinógenas. Chavaune también afirma que la gran mayoría de las sinusitis son de origen dentario, y que, por tanto, antes de efectuar la radical hay que eliminar este foco apical. Dunning insiste, igualmente, en esta primaria vía de infección y asegura que el uso de la radiografía demuestra, evidentemente, esta vía ascendente.

Nosotros, sin olvidar esta vía, a la que creemos se ha dado excesiva importancia, y que, en realidad, ocupa el segundo lugar en la etiología sinusal maxilar (Weselly, Laurens, Denker, etcétera), opinamos, conformes con los trabajos de Vilar-Fiol, que existe una comunicación de las células etmoidales anteriores y los senos frontal y maxilar que, favorecida por la constitución anatómica del conducto etmoideo-maxilar y del canal uncibular, facilita el paso al estado crónico de las inflamaciones nasales o sinusales, y consideramos que la causa sinusal es descendente, ya que, en realidad, el antro maxilar es un divertículo anatómico y fisiológico de las fosas nasales, y esto explica que las alteraciones patológicas de estas últimas semanas se hagan en la dirección de estas cavidades accesorias.

Presenta la dentadura cariada en las piezas sinusales del lado afecto de sinusitis (pero sin ninguna otra manifestación dental) cuatro de nuestros casos, lo que supone el 16 por 100.

Después practicamos la rinoscopia anterior y posterior. En los casos en que hay pólipos practicamos su extracción y después estudiamos la procedencia del pus del meato medio. Este estudio lo hemos hecho, para mayor certeza diagnóstica, antes y después de la punción sinusal y antes y después de la aplicación de adrenalina en dicho meato, pues estudiado el Fraenkel, que vemos es positivo en 15 casos, lo que supone el 60 por 100 de positividad, debemos inquirir el origen del pus que sigue apareciendo en el meato después del lavado del seno, pues sabemos que entonces sólo puede proceder del frontal o etmoides, y en la duda su procedencia nos la revelará la radiografía, la cual nos indicará el estado del etmoides y del frontal.

Después seguimos con la transiluminación de Vohsen, que, según Bouchet, en las sinusitis maxilares crónicas que no tienen mucho pus es fuente de errores; nos ha dado resultados positivos en 20 casos, o sea en el 80 por 100 de la casuística.

El signo de Garel, que, según Burger, es positivo en el 80 u 85 por 100 de los casos, nos ha sido también positivo en 17 historias, lo que supone el 68 por 100 de la casuística.

Luego practicamos la radiografía, a la que consideramos, con Worms, que no es un lujo inútil, sino que tiene un gran valor de confirmación y que completa las enseñanzas recogidas rinoscopia y diafanoscopia, aparte que revela infecciones antrales que pasarían inadvertidas, sin que ello tampoco quiera decir que lo sea todo, como algunos pretenden, porque no en todos los senos infectados se ve a opacidad justificante, como en los casos descritos por Straina, que en dos perfectamente radiografiados acusaban lesiones del seno maxilar, resultando que al ser operados no aparecían tales lesiones; a nosotros nos pasó lo mismo en un caso que citaemos más adelante. En nuestra casuística han acusado radiografía positiva 22 casos, que suponen el 88 por 100.

Por último efectuamos la punción del seno maxilar, que, a la vez que signo real de confirmación diagnóstica, como afirma Canuyt, y que dice debe ser colocado a la misma altura que las punciones pleural, lumbar y de una articulación, y que debe ser hecha con comodidad, sin dolor, sin esfuerzo y sin hemorragia, nos sirve de limpieza antral preoperatoria. Previamente hacemos, como ya hemos indicado más arriba, la extirpación de pólipos existentes, tanto como estudio rinoscópico como para precisar que el pus del meato medio es maxilar, frontal o etmoidal, como para favorecer la salida del líquido del lavado. En un caso solamente dejamos de practicarlo, basados en que el dolor a la presión en fosa canina, diafanoscopia y radiografía eran positivas en el lado derecho de una enferma que decía tener molestias, no respirar de dicho lado y padecer cacosmia subjetiva, y que rinoscópicamente sólo se le apreciaba una ligera hipertrofia del cornete inferior de ese lado; operada, vimos tenía un seno con mucosa macroscópicamente normal, si bien muy pequeño, al cual achacamos, como señala Alonso Ferrer, la opacidad radiográfica. Desde entonces no dejamos de practicar la punción sinusal, que en nuestra casuística nos ha dado el 100 por 100 de casos positivos.

De los diversos procedimientos de intervención existentes empleamos el Denker, que según Faulkner, es una combina-

ción de los métodos de Skillern y de Caldwell-Luc, y que, según Brenon, es una combinación del Canfield y del Vacher, por lo que le denomina el método de Canfield-Vachar-Denker, y que, según el autor, es una ampliación del método de Caldwell-Luc, combinado con las modificaciones de Boenninghaus, Kretschmann y Friedrich. Le damos preferencia porque al resecar, por vía bucal, aparece la pared facial, y especialmente el ángulo anterior del seno, o cresta piriformis, diedro resultante de la unión de la cara externa nasal y la yugal del seno maxilar, y que cuando la excavación de ambas caras es muy acentuada, el diedro puede llegar a ser tan sólo una hendidura, y como precisamente este ángulo es uno de los puntos del seno maxilar donde más preferentemente se acumulan las fungosidades, que si no son eliminadas, al igual que el etmoides infectado, persistirán después de la intervención y harán que no cese la supuración sinusal; con el Denker conseguimos, además de eliminar dicho ángulo focal fungoso, mucha mayor visibilidad del campo operatorio, y con ello mayor facilidad en el manejo del instrumental, especialmente para el ataque a la región etmoidal, causa o entretenimiento de las sinusitis rinógenas.

A continuación sintetizamos su método en los tiempos tal como lo practicamos, como norma de trabajo personal impuesta para la mayor facilidad de la intervención, recordando siempre que la acción quirúrgica ha de ser reglamentada, precisa y ordenada.

Las 15 primeras intervenciones han sido practicadas antes de emplearse la anestesia de base, o sea anestesia de contacto, de infiltración y troncular; las restantes han sido practicadas con anestesia de base, contacto e infiltración gingivolabial.

La anestesia de base la efectuamos poniendo una ampolla una hora antes de la intervención y otra momentos antes del comienzo. La de contacto, colocando por rinoscopia anterior algodones empapados en solución de cocaína al 10 por 100, con unas gotas de adrenalina al milésimo, uno debajo del cornete inferior y adosado y abarcando la mayor extensión de la pared externa de la fosa nasal, y la otra por encima del cornete y abarcando la mayor extensión de la pared externa del meato medio, tanto en altura como en profundidad.

La anestesia por novocaína al 1 por 100, adicionada con adrenalina, se infiltra en el reborde entre encía y labio, introduciéndose desde el último molar hasta el frenillo, y por la parte superior hasta cerca del borde orbitario, y por arriba y adentro hasta zona piriforme.

## INTERVENCION

Primero. Incisión, desde el último molar hasta pasar el frenillo, por encima del reborde gingivolabial y siempre paralelo a este reborde, o sea, en pleno labio, con el fin de que la sutura sea más fácil.

Segundo. Legrado de toda la cara antero-externa del seno maxilar y en su parte interna, basal, despegamiento de la mucosa nasal en su pared meática inferior a partir de la abertura piriforme.

Tercero. Trepanación, practicando, en la parte más externa de la pared del seno, un agujero con la gubia que nos lleva al antro.

Cuarto. Resección, no sólo de un fragmento de la apófisis ascendente del maxilar superior, como de un centímetro de alto, como corrientemente se hace en esta intervención, sino resecando lo más ampliamente posible dicha apófisis ascendente con lo que conseguimos una gran amplitud de campo operatorio, y, por tanto, mayor facilidad para el manejo del instrumental y una gran facilidad para la extirpación de las células etmoidales.

Quinto. Raspado de la cavidad sinusal.

Sexto. Extirpación de las células etmoidales por esta vía sinusal.

Séptimo. Resección de la pared ósea interna de la cavidad antral, correspondiente al meato inferior.

Octavo. Extracción de algodones, impregnados de anestésicos, que se colocaron en la fosa nasal.

Noveno. Abertura de la ventana sinusal en el meato inferior, a base de la mucosa despegada (en el segundo tiempo) y a través de la resección ósea practicada (en el séptimo tiempo), de base inferior, y que luego se extiende sobre el suelo nasal, con lo que queda una amplia comunicación sinusonasal.

Décimo. Luxación del cornete inferior, a través de la amplia ventana establecida.

Undécimo. Taponamiento con gasa, previo espolvoramiento con sulfamidas.

Duodécimo. Sutura discontinua.

Al que suscribe le fué practicada la radical, como hemos dicho anteriormente, y podemos expresar que de los tiempos de la anestesia, la única acusada es la troncular, de impresión desagradable y algo dolorosa con sensación de penetramiento profundo, la entrada de líquido parece como la introducción de una cuña en la parte de los molares posteriores que inmovilizase el masétero, que tienta a mover las mandíbulas para comprobarlo o no. La colocación de las torundas para evitar la caída de la sangre en faringe causan el efecto de un cuerpo extraño de gran estorbo, que se olvida pronto por la procupación del acto quirúrgico.

La sección por el bisturí no se siente, así, como apenas, el despegamiento de las partes blandas y algo más la acción de los separadores. El primer golpe de martillo produce una sorpresa como de dolor en la frente, pero que, pensando y observando, se percibe francamente no es más que la reflexión de la vibración del golpe de la cara al punto de apoyo occipital en la mesa de operaciones y de su retransmisión, por reflexión, a la frente, que es donde se percibe el choque de cada martillazo, que, por lo demás, en ningún momento es doloroso. La acción de la pinza gubia cortante nos resultó desagradable en extremo, pues si bien es cierto que no duele, da una sensación de dentera y arrancamiento lento, de arrastre, desgarrador, del hueso como si fuera desde la base del cráneo hacia fuera. El raspado por las cucharillas no se advierte más que por el ruido que hacen al chocar en las paredes. La intervención en etmoides es algo ligeramente dolorosa. Por lo demás, poniendo aún atención y conociendo los tiempos de la intervención, no es posible darse cuenta exactamente de la actuación del cirujano. El corte de mucosa nasal, así como la sutura, no son percibidos.

Terminada la operación, no se siente sensación alguna de fatiga.

## CONCLUSIONES

Primera. Para la cura radical de la sinusitis etmoide-maxilar empleamos el Denker; pero resecando más ampliamente la apófisis ascendente del maxilar superior.

Segunda. En consecuencia, ello nos da más amplia zona de acceso a las lesiones sinusonasales.

Tercera. Dándonos mayor campo, favorece la visión del conjunto y da más facilidad para el manejo del instrumental.

Cuarta. Con estas ventajas, la extirpación etmoidal se hace más cómoda, elegante y, sobre todo, más radical y de mayor eficacia.

Quinta. Con estas facilidades operatorias la intervención se efectúa en más breve tiempo.

Sexta. El curso post-operatorio es también muy breve.

Séptima. Nos evitamos con esta cura radical el tener que recurrir a posteriores etmoidoctemías por vía endonasal.

Octava. El resultado estético es también perfecto, pues no se observa alteración alguna externa.

Novena. Dada la amplia comunicación que se establece, hace que sea el método que mejor cumple las condiciones esenciales para una cura radical, que son:

- a) Asegurar la amplia evacuación del contenido séptico.
- b) Permitir la ablación de las lesiones causales.
- c) Conducir a la cicatrización en el mínimo tiempo. (per. *Med. Círg. Gral.*, XI, 9.)

---

DR. JOAQUÍN DE PRADA: *La fiebre "Q" en España*, "Med. Colon.", 471 (1949)

Demostrada la presencia de la fiebre "Q" en España, se hace preciso un estudio entomológico por entomólogo adecuado, que estudie la extensión de ésta y de otras garrapatas de importancia médica y veterinaria, desde el punto de vista sanitario y que nos sirva de elemento docente a médicos y veterinarios. Hay que llamar la atención de los médicos de los servicios antipalúdicos sobre esta enfermedad, con unos síntomas tan confusos y comunes con gripe, fiebre de Malta, paludismo, tuberculosis, fiebre recurrente española, y que sin auxilio de un laboratorio bien equipado de hombres y material es imposible hacer el diagnóstico con exactitud.