

EL TORNO EN CIRUGIA DE SENO MAXILAR Y SUS VENTAJAS

por el

Dr. OCTAVIO DÍAZ VIZZONI

Es tradicional en la cirugía de seno maxilar, ya sea que se quiera efectuar el vaciamiento del mismo o como vía de paso para trabajar en zonas vecinas como etmoides o seno frontal, emplear para trepanar la pared anterior del antro maxilar, gubia o escoplo, con el cual aconseja la técnica operatoria de la especialidad efectuar una ventana de 6 a 8 mm. de lado comenzando a trepanar inmediatamente por debajo del orificio de emergencia del nervio suborbitario, emergencia que es tomada como reparo para esta trepanación; una vez hecha la fenestra se extrae el trozo de hueso procurando no lesionar la mucosa y luego se amplía la ventana por medio de una pinza sacabocados para poner al descubierto, lo más extensamente posible, la cavidad antral, y entonces se comienza a disecar con toda prolijidad el saco mucoso, procurando disecarlo *adintegrum* hasta dejarlo unido a su orificio maxilar en la pared antronal; en ese momento se toma el saco mucoso con pinza y con una asa fría se secciona junto al orificio.

Así descrita la técnica, aun para el que nunca ha practicado esta intervención, parece de ejecución sumamente simple, pero cuando este planteo se traslada al campo quirúrgico el asunto cambia totalmente; ubicado el orificio de emergencia del suborbitario se comienza a trepanar sin otro inconveniente que el evidente *shok* psíquico del martilleo sobre el enfermo, pero una vez efectuada la fenestra vemos, no sin asombro, que el trozo de hueso fenestrado es arrastrado hacia el interior del seno maxilar.

Entonces queremos asir ese trozo rebelde de hueso y tras unos rudos manipuleos, que por cierto no están descritos en la técnica que hemos leído, logramos nuestro objetivo y la pinza aparece triunfante con el trozo de hueso, pero es en un gran porcentaje de casos un triunfo relativo, pues al extraer el trozo fenestrado se desgarran la mucosa y ya no estamos en la parte extrasacular de la mucosa, sino en la endosacular; si intentamos ahora proseguir la disección, ya no tan fácil, y es por ello que el cirujano, en muchos casos, colmada su paciencia, deja a un lado la espátula y toma la cucharilla curetadora

de Volkmann y en forma enérgica procede a curetear, lo cual no hubiera sido necesario efectuar de haberse efectuado una disección prolija, porque en ningún caso el cureteado será tan prolijo en la extracción de *toda* la mucosa y siempre quedarán restos de esa mucosa, con lo cual no se ha logrado el fin de esta operación, que es la extirpación integral de la misma.

Además, trabajando en cadáver, habíamos observado que al trepanar por debajo del agujero infraorbitario en algunas ocasiones se producían pequeñísimas líneas de fractura irradiadas hacia el ángulo interno del ojo y pensamos que ello es muy posible si se tiene en cuenta la delgadez de la pared antral en ese punto.

Relacionamos en seguida esas líneas de fractura con lo irregular del edema postoperatorio en esta intervención que, en ocasiones, es llamativo por su tamaño y duración y en otras ni alcanza a llamar la atención, lo que nos llevó a emitir la opinión de que cuando el edema alcanza gran intensidad es debido a la producción de pequeñas líneas de fractura, en muchas ocasiones microscópicas, producidas por el escoplo.

Todo ello nos llevó a buscar la solución de este problema y resolvimos emplear para fenestrar la fresa dental, para lo cual efectuamos en la pared anterior del antro una serie de orificios distanciados entre sí 3 mm., comenzando por debajo del agujero intraorbitario y circunuyendo una ventana de 10 mm. de lado.

Empleamos una fresa dental perforadora número 6 con botón atraumático.

Lo cual determina que al perforar la pared ósea no atraviase la mucosa, sino que la rechace; una vez efectuada la corona de perforaciones se unen los orificios con una fresa ampliadora o cortadora del mismo diámetro o de diámetro inferior y se extrae el trozo de hueso con extraordinaria facilidad, pues el rechazo de la mucosa con el botón atraumático de la fresa en las sucesivas perforaciones ha ido despejando la mucosa del hueso, y al terminar el corte del hueso, debido a esa circunstancia, la parte seccionada de hueso permanece, al quedar libre, al mismo nivel de la pared anterior del antro.

Además, y ello es una de las razones más importantes que nos haya decidido a adoptar el torno en esta cirugía, el hecho de la ausencia en un 95 por 100 de los casos del edema postoperatorio, tan acentuado y común con el escoplo.

LA DISPONIBILIDAD DE FLUORUROS

Los datos sobre la posibilidad de que el organismo obtenga fluoruros de otras fuentes alimenticias que no sea el agua, son relativamente escasos. Las aguas que de manera natural contienen fluoruros y las aguas fluoruradas de los abastecimientos públicos proporcionan el nivel adecuado de fluoruro, y gracias a ello se logra una baja considerable de la incidencia de la caries dental entre un creciente porcentaje de la población urbana; sin embargo, muchas colectividades se ven privadas de estos beneficios por causa de algunas minorías estridentes y a menudo poco o mal informadas. Además, alrededor del 45 por 100 de la población de Estados Unidos habita zonas rurales, donde no hay sistemas de abastecimiento colectivo de agua. Por consiguiente, existe una constante necesidad de determinar si pueden resultar convenientes otros vehículos de fluoruro además del agua.

Se han hecho numerosas propuestas: el uso diario de píldoras que contengan un compuesto conveniente de fluoruro, o de preparados vitamínicos a los que se agregue un fluoruro; la fluoración de la sal de mesa o de la leche; la distribución de una solución de fluoruro que permita añadir, en los propios hogares, una cantidad adecuada al agua, a la leche o a los jugos de fruta. Cada uno de estos procedimientos exige el interés efectivo del consumidor y su fiel y constante observancia de los niveles recomendados durante todo el prolongado período en que los dientes se calcifican y brotan (desde el comienzo del tercer trimestre del embarazo hasta el brote de la muela del juicio).

A. F. Ligth informa de los resultados de una serie de determinaciones de fluoruro en los dientes de tres generaciones de una familia, junto con el contenido de fluoruro del agua de la colectividad en que residieron durante su juventud. En el caso de la abuela, de los padres y de los tíos, los análisis de fluoruro del agua potable y del esmalte y de la dentina fueron uniformemente bajos. Sin embargo, un niño de la familia se había criado en una colectividad donde el nivel de fluoruro era bajo, pero su madre había consumido, durante los últimos meses del embarazo, leche que contenía 1,5 p.p.m. de fluoruro procedente de una apropiada cantidad de fluoruro de sodio. Además, el niño había recibido también, durante toda su vida, leche que contenía 1,5 p.p.m. de fluoruro. Pues bien; el contenido de fluoruro en los incisivos de la

primera dentición de dicho niño, en el momento en que se exfoliaron, fué elevado, muy superior al de todos sus familiares y en un grado que estaba de acuerdo con la ingestión de cantidades similares de fluoruro procedentes de abastecimientos de agua que contienen fluoruro. Además, a los diez años de edad, los dientes permanentes de este niño no presentaban ninguna caries.

Con anterioridad, el autor había hecho observaciones sobre las posibles variaciones de la ingestión de fluoruro según los distintos individuos, de acuerdo con las cantidades relativas de leche y de agua ingeridas. Al interrogar a seis mujeres en Newburgh, Nueva York, acerca de la cantidad de agua (incluido el café, la sopa, los refrescos, aunque no los jugos cítricos) y de leche consumidas durante el embarazo, que había terminado hacía nueve meses, se observó una gran variedad en la distribución del consumo de líquidos. En el supuesto de que todos los demás factores fueran constantes en una zona donde el agua contenía fluoruro, las mujeres que consumieron altos niveles de leche y bajos niveles de agua durante el embarazo ingirieron menos fluoruro que las que consumieron altos niveles de agua y bajos niveles de leche.

Sin embargo, la situación no puede definirse tan fácilmente porque cabe la posibilidad de que los demás factores no fueran constantes, salvo en circunstancias muy excepcionales. Las diversas preferencias alimenticias pudieron apartar considerablemente el promedio esperado la ingestión de fluoruro de cualquier mujer. Además, en esta encuesta no se prestó atención alguna a la cantidad de fluoruro incorporada a las verduras y a otros alimentos al ser cocidos con agua fluorurada, ni tampoco se tuvo en cuenta la influencia de los distintos procedimientos de cocina. Ninguna de estas variaciones sería suficiente para elevar hasta un nivel tóxico el fluoruro ingerido, pero podrían elevar a un nivel perfectamente satisfactorio la cantidad ingerida en el caso de una mujer que consumiese poca agua y mucha leche.

La falta de datos detallados y exactos sobre la cantidad de fluoruro accesible de varias fuentes, descontada el agua, se señala claramente en estos dos trabajos. Existe una evidente necesidad de proceder a una laboriosa evaluación de estas facetas del metabolismo del fluoruro.

[*Bol. Of. San. Panam.*, 268 (1959)]