

# Reparación de fístula oronasal palatina mediante colgajo doble y membrana

*La fístula oronasal es una complicación relativamente frecuente. Suele aparecer secundaria a extracciones dentarias en el maxilar y otras patologías o traumatismos en esta zona de la boca, y se manifiesta como una comunicación no fisiológica entre cavidad oral y nasal. Esto origina un conjunto de síntomas desagradables para paciente y propietario. La utilización de la técnica que se describe a continuación evitará fracasos o recaídas en la resolución quirúrgica de estas fístulas.*

Las fístulas oronasales o defectos palatinos son comunicaciones adquiridas entre la cavidad nasal y la cavidad oral y pueden estar causadas por traumatismos o enfermedades.

## Etiología

Las principales causas de los defectos palatinos son:

- Como consecuencia de una enfermedad periodontal avanzada, en una o varias piezas, que produce la formación de bolsas periodontales que progresan hacia el ápice radicular dentario produciendo una osteolisis del hueso maxilar y palatino.
- Traumatismos ocasionados por un golpe o caída, una inadecuada técnica de extracción dentaria, complicaciones de fracturas maxilares, quemaduras eléctricas, como complicaciones de radioterapia y tratamiento de hipertermia de lesiones bucales.

## Diagnóstico

El diagnóstico se obtiene siempre a través de una meticulosa anamnesis en la que cabe destacar que suelen ser secundarias a enfermedad dental o tumores y en pacientes de edad media o avanzada.

Casi siempre observamos descargas nasales de distinta naturaleza (desde serosa, serosanguinolenta o purulenta), estornudos y a veces salida de agua o restos de alimentos por fosas nasales cuando el animal esta comiendo.

El diagnóstico definitivo siempre se hace con el paciente anestesiado para poder asegurar un correcto sondaje periodontal y una radiografía.

Una de las zonas más frecuentes de fístulas oronasales son las zonas de los caninos superiores, es por eso que siempre

debemos introducir la sonda por todo el periodonto de estas piezas, particularmente por la cara palatina, pues en el caso de haber fístula se producirá epistaxis mientras se realiza el sondaje.

En las radiografías debemos buscar: abscesos periapicales, enfermedad periodontal avanzada y fracturas o retenciones radiculares.

## Tratamiento

Hemos de indicar que el tratamiento siempre es quirúrgico, sin embargo en aquellos casos en los que hay una rinitis purulenta severa aconsejamos antes el tratamiento durante 9-12 días previos con antibióticos de amplio espectro frente a anaerobios (como pueden ser clindamicina, ampicilina, sulfadiazina-trimetropim, entre otros).

Aconsejamos también, siempre que sea posible, que en aquellos pacientes afectados de grave enfermedad periodontal, en los que está previsto quitar muchas piezas dentarias, se efectúe primero un tratamiento periodontal (limpieza de boca). Después de 21-30 días, en los que el animal ha recibido antibioterapia y antisepsia local con geles o líquidos con clorhexidina y la boca y encía están totalmente sanas, es el momento de plantearse la cirugía de cierre de las fístulas oronasales, pues de esta forma tenemos muchas más probabilidades de que al intervenir un tejido sano no haya dehiscencia de suturas y fracaso de la cirugía.

Los defectos mínimos oronasales en ocasiones se cierran de forma espontánea.

Son varias las técnicas quirúrgicas descritas para el cierre de estas fístulas como:

- Mediante sutura simple de los bordes de la fístula oronasal.

- Colgajos de mucosa.
- Colgajos mucoperiosticos.

La técnica utilizada de colgajos es más exitosa que la sutura simple de los bordes de la fístula porque se generan menos tensiones y aumentamos el tejido de soporte para la reparación. Los dientes incluidos en la zona de la fístula deberán también ser extraídos 21-30 días antes de la reconstrucción del defecto. En algunos casos, y si el defecto palatal es de origen dental, puede ser necesaria la realización de una maxilectomía de al menos 5 mm desde cada margen para eliminar el hueso necrótico o enfermo.

## Caso clínico

En este caso se describe la técnica de reparación con colgajo doble y membrana de colágeno, de un perro de raza Cocker que acudió a nuestra clínica para la resolución de un problema inicial de grave halitosis, retracción gingival con exposición ósea del hueso maxilar y dehiscencias de suturas de intentos previos de cierre de la exposición ósea con colgajos simples de mucosa gingival y oral.

La técnica de colgajo doble con membrana consiste en crear un colgajo mucoperiostico palatal, asegurando una buena irrigación sanguínea, de 2 a 4 mm más largo que la fístula desbridada, elevar el colgajo sin alterar el margen palatal de la fístula, cerrar el defecto primero con una membrana de colágeno suturada a los bordes de la fístula, y sobre esta membrana se pliega el colgajo rotado 180° y se sutura a mucosa gingival con puntos interrumpidos de aproximación con monofilamento absorbible 3/0 o 4/0 y aguja circular para la segunda capa. Después se crea un colgajo de mucosa (gingival y bucal) que se coloca encima de la segunda capa y se

sutura con puntos interrumpidos simples, con una sutura multifilamento con aguja circular atraumática y de calibre 3/0 o 4/0 (nosotros recomendamos el uso de seda pues el nudo es mucho más seguro).

El paladar duro que ha quedado expuesto para la creación del colgajo se puede dejar para que cicatrice por segunda intención o suturar una membrana de colágeno para acelerar su cicatrización (aunque sepamos que en 5-7 días se absorberá o se soltará). □

## Bibliografía

Bojrab M. J., Ellison G. W., Slocum B. *Técnica quirúrgica I: Generalidad, cirugía general, cirugía especializada*, UTET, Torino, 103-113, 2001.

Bojrab M. J., Tholen M. *Small animal oral medicine and surgery*. Lea & Febiger, Filadelfia, 87-95, 1990.

Fossum T. W. *Cirugía en pequeños animales*. Intermedica editorial, 310-315, 2004.

Harvey C. E., Emily P. P. *Small animal dentistry*. Mosby, St Louis, 340-348, 1993.

Wiggs R. B., Lobprise H. B. *Veterinary dentistry. Principles & practice*. Lippincott-Raven, Filadelfia, 241-250 y 408-409, 1997.

Jesús María Fernández Sánchez<sup>1,2</sup>

Marta Del Campo Velasco<sup>2</sup>

Juan Ignacio Trobo Muñoz<sup>1</sup>

Fidel San Román Ascaso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Odontología y Cirugía Maxilo-facial. Hospital Clínico Veterinario (UCM)

<sup>2</sup>Clinica Veterinaria Río Duero (Madrid)

E-mail: cv-rioduero@cvrioduero.com

Imágenes cedidas por los autores

Agradecimientos:

A Marta, Guillermo y Patricia por sus incondicionales apoyos y cariño. A Francisco Javier Fuentes Pozo, veterinario del Hospital Veterinario Constitución de Valencia. A la perrita "Jana" y a su dueña Natalie Busiere Climent por la confianza depositada en nosotros.

## La técnica paso a paso



1. Se aprecia el área de hueso maxilar expuesto entre las piezas 105 y 108. Obsérvense los puntos de sutura de los intentos previos de cierre.



2. Radiografía oclusal intraoral con técnica de la bisectriz de la hemimaxila derecha, donde se observa la zona radiolúcida de osteolisis y necrosis ósea desde



3. Exodoncias con botador de la pieza 105 (1° premolar superior derecho).



4. Extracción, sin ninguna dificultad, del fragmento óseo maxilar con el diente 107 (3° premolar superior derecho). ▶

## La técnica paso a paso



► 5. Fistula oronasal o defecto palatal producido por la necrosis ósea de 20 mm x 6 mm.

6a. Fotografía del fragmento óseo extraído.

6b. Fotografía del fragmento óseo extraído tras su blanqueamiento 48 horas en agua oxigenada.

7. Eliminación de los puntos de sutura previos dados en los anteriores intentos de cierre de la necrosis ósea.

8. Se realiza un colgajo de mucosa (gingival y bucal) de base más ancha teniendo mucho cuidado de no lesionar las ramas del nervio infraorbitario que pasan por esta zona.

9. Se realiza hemostasia con coagulación bipolar para tener una buena visibilidad del campo quirúrgico y evitar sangrados abundantes.

10. Se observa todo el colgajo de mucosa gingival y bucal realizado y preparado para colocarlo sobre el colgajo palatal.

11. Se empieza a realizar la incisión palatina para llevar a cabo el colgajo mucoperiosteico.

12. Se termina de realizar la maniobra anterior.

13. Se comprueba que el colgajo mucoperiosteico de paladar cubre bien y sin tensiones la fistula oronasal.

14a. Membrana de colágeno usada para la primera capa de cierre de la fistula como RTG (Regeneración Tisular Guiada).

14b. Se recorta y coloca la membrana de colágeno sobre la fistula.

15. Sutura de la membrana de colágeno al borde de la fistula mediante puntos sueltos con multifilamento 4/0 absorbible.

16. Rotación de 180° del colgajo mucoperiosteico de paladar, y sutura

del mismo con puntos simples discontinuos con monofilamento 4/0 absorbible al perióstico del hueso maxilar. La cara epitelial o externa del colgajo de paladar queda en contacto con la membrana de colágeno y la cara interna de mucoperiostio queda expuesta para colocar sobre ésta el colgajo de mucosa gingival y oral.

17. Se coloca el colgajo de mucosa gingival y oral sobre la cara mucoperiosteica del colgajo palatal y se sutura con puntos simples discontinuos 4/0 no absorbibles, con aguja atraumática circular. Se empieza suturando por el extremo mesial.

18. Finalización del cierre del colgajo de mucosa oral y gingival y cierre del hueso palatino expuesto con membrana de colágeno mediante puntos simples discontinuos 4/0 no absorbible, con aguja circular atraumática.