



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Técnicas quirúrgicas para el cierre de comunicación bucosinusal: revisión de la literatura

Surgical techniques for closure of orosinusal communication: literature review

Juan Antonio Rodríguez Alonso ^{1*}, <https://orcid.org/0000-0003-4273-1859>

Ardyn Concepción González Morales ², <https://orcid.org/0009-0005-6966-2023>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr Juan Guiteras Gener". Matanzas, Cuba.

***Autor para correspondencia:** j02rodriguezlonso@gmail.com

Recibido: 09/01/2024

Aceptado: 21/07/2024

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Alonso JA, González-Morales AC. Técnicas quirúrgicas para el cierre de comunicación bucosinusal: revisión de la literatura. Med. Es. [Internet]. 2024 [citado fecha de acceso]; 4(3):e272. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/272>

RESUMEN

Introducción: la comunicación bucosinusal es una condición patológica que se da por la existencia de una solución de continuidad, entre la cavidad bucal y el seno maxilar, mismo que puede deberse a la pérdida de tejidos blandos tanto de la mucosa bucal como de la mucosa sinusal y la pérdida de dientes o del hueso maxilar.

Objetivo: describir las principales técnicas quirúrgicas utilizadas en el cierre de las comunicaciones bucosinusales.

Diseño Metodológico: se utilizó el buscador de Google Académico, Infomed, SciELO y Pubmed. Se aplicó una estrategia de búsqueda de palabras clave: Cirugía Oral, Comunicación buco sinusal, Maxilar, Procedimiento quirúrgico. Se consultaron un total de 20 bibliografías.

Desarrollo: el tratamiento de estas comunicaciones puede ser diferido y esto dependerá del tamaño de la comunicación, la presencia de una infección sinusal previa o el requerimiento de anestesia general. En cuanto a los tratamientos, hay diferentes tipos con indicaciones precisas.

Conclusiones: para el cierre de comunicaciones bucossinuales, se destacan varias técnicas quirúrgicas entre ellas el colgajo vestibular es valorado por su simplicidad y efectividad, mientras que el colgajo palatino rotacional es útil para cierres primarios. El colgajo de tejido conectivo favorece la cicatrización por primera intención, y el colgajo pediculado con tejido adiposo bucal proporciona buen soporte y cicatrización. La elección de la técnica depende del tamaño de la comunicación, la localización anatómica y las condiciones del paciente, siendo crucial para minimizar complicaciones y asegurar una recuperación óptima.

Palabras clave: Cirugía Oral; Comunicación buco sinusal; Maxilar, Procedimiento quirúrgico

ABSTRACT

Introduction: orossinusal communication is a pathological condition that occurs due to the existence of a solution of continuity between the oral cavity and the maxillary sinus, which may be due to the loss of soft tissues of both the oral mucosa and the sinus mucosa. and loss of teeth or jaw bone.

Objective: to describe the main surgical techniques used in the closure of oro-sinus communications.

Methodological design: the Google Academic, Infomed, SciELO and Pubmed search engine was used and a search strategy of keywords: Oral Surgery, Oral Sinus Communication, Maxillary, Surgical Procedure was applied. A total of 20 bibliographies were consulted.

Development: the treatment of these communications may be deferred and this will depend on the size of the communication, the presence of a previous sinus infection or the requirement for general anesthesia. As for treatments, there are different types with precise indications.



Conclusions: for the closure of oro-sinus communications, several surgical techniques stand out, among them the vestibular flap is valued for its simplicity and effectiveness, while the rotational palatal flap is useful for primary closures. The connective tissue flap promotes healing by first intention, and the pedicled flap with buccal adipose tissue provides good support and healing. The choice of technique depends on the size of the communication, the anatomical location and the patient's conditions, being crucial to minimize complications and ensure optimal recovery.

Keywords: Maxilla; Oral Surgery; Oral-sinus communication; Surgical procedure

INTRODUCCIÓN

El seno maxilar, también conocido como antro de Hignmore, es el seno paranasal más grande y se encuentra ubicado en el maxilar superior, ocupando la mayor parte del espacio dentro de este. ^(1,2)

La comunicación bucosinusal (CBS) es una condición patológica que se da por la existencia de una solución de continuidad, entre la cavidad bucal y el seno maxilar, mismo que puede deberse a la pérdida de tejidos blandos tanto de la mucosa bucal como de la mucosa sinusal y la pérdida de dientes o del hueso maxilar. ⁽³⁻⁵⁾

La causa más común de la comunicación bucosinusal es la extracción de molares o premolares superiores. Esto se debe a la estrecha relación que a menudo existe entre las raíces de estos dientes y el seno maxilar. ^(1, 6) Al menos el 15 % de las infecciones en el seno maxilar se originan en los dientes. ⁽⁴⁾

Según la literatura, se ha informado que aproximadamente el 55 % de las veces se produce una comunicación entre la boca y el seno maxilar después de extraer el primer molar superior, mientras que para el segundo molar es del 28 % y para el tercer molar es del 8 %. ⁽⁷⁾

Esto se debe a la corta distancia entre las raíces de los dientes y la cavidad del seno maxilar, que varía entre 1-7 mm, o a la protrusión de las raíces en el suelo del seno maxilar debido al alto grado de neumatización de este. ^(8, 9)

Existen diversos factores que pueden causar una ruptura en la membrana del seno maxilar y provocar una CBS, como traumatismos, extracciones dentales



adicionales, cirugía de implantes, enucleación de quistes relacionados con el seno maxilar o un manejo incorrecto de los instrumentos dentales. (4, 8)

La comunicación oroantral o bucossinusal es una condición poco común en el área maxilofacial. Aunque su prevalencia es baja, cuando esta condición no se cura de manera espontánea, se requiere una intervención quirúrgica para cerrarla. Esto implica un alto costo económico, molestias y dolor para los pacientes. (10)

Por esta razón, se llevó a cabo una revisión con el objetivo de describir las principales técnicas quirúrgicas utilizadas en el cierre de las comunicaciones bucossinuales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, recopilando información entre mayo-junio de 2024. Se utilizaron buscadores como Google Académico, Infomed y las bases de datos SciELO y Pubmed, aplicando una estrategia de búsqueda utilizando palabras clave, como Cirugía Oral, Comunicación buco sinusal, Maxilar, Procedimiento quirúrgico y sus equivalentes en inglés: Maxilla, Oral Surgery, Oral-sinus communication, Surgical procedure. Se realizó un análisis de la calidad, confiabilidad y validez metodológica de los artículos seleccionados. Se seleccionaron un total de 20 fuentes bibliográficas en función de su relevancia como criterio de selección. Además, se enriqueció el estudio mediante el intercambio de información con especialistas y profesores en el tema.

DESARROLLO

Cuando una comunicación bucossinusal es reciente, se pueden observar bordes edematosos y tumefactos, y puede haber un leve dolor asociado. En algunos casos, la comunicación puede cerrarse de forma espontánea o cicatrizar por primera intención. Sin embargo, si esto no ocurre, la comunicación puede ampliarse y la paciente puede notar la entrada de líquidos o residuos sólidos en la cavidad nasal durante la ingesta de alimentos y bebidas. Una vez que la comunicación está establecida debido a un proceso infeccioso pueden aparecer dolor intenso, inflamación, problemas de masticación e incomodidad para el paciente. (8, 11)

El diagnóstico de la comunicación bucossinusal se puede realizar mediante la observación de epistaxis en la fosa nasal del lado de la extracción dental o por el burbujeo de sangre en el alvéolo. La maniobra de Valsalva puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Dado que es difícil determinar clínicamente el

tamaño de la comunicación, se prefiere realizar el cierre quirúrgico de forma inmediata o dentro de las primeras 24 a 48 horas, ya que esto minimiza el riesgo de sinusitis maxilar y formación de fístulas orosinusales. ^(12, 13)

La penetración de la sonda de Bowman, que tiene bordes romos, es otro método válido para diagnosticar las comunicaciones bucosinusales en el suelo del seno maxilar. ⁽⁸⁾

El tratamiento del seno maxilar puede seguir un enfoque conservador que incluye el uso de antibióticos, descongestionantes nasales y lavados, o un enfoque quirúrgico, dependiendo de la situación. Se ha establecido que el tratamiento inmediato, dentro de las primeras 24 a 48 horas, de las personas que presentan una comunicación bucosinusal tiene una tasa de éxito del 95 %, mientras que el cierre posterior a este período tiene un 67,5 % de éxito. ⁽¹⁴⁾

Al realizar el tratamiento, se recomienda realizar un lavado generoso del alvéolo y una succión puntual en el fondo alveolar para buscar posibles restos radiculares pequeños o fragmentos óseos. También se debe evaluar mediante radiografías la presencia de fragmentos dentales en el fondo alveolar o en la luz del seno maxilar. Si se encuentran fragmentos, se sutura el alvéolo y se remite al especialista. ⁽¹⁴⁾

Si la prueba de Valsalva es positiva y no se encuentran ápices dentales en el seno maxilar, se coloca una esponja absorbible en el alvéolo y se remite inmediatamente al cirujano oral y maxilofacial con la prescripción previa de antibióticos. ⁽¹⁴⁾

Se recomienda evitar estornudos, esfuerzo físico y natación, y se aconseja no sonarse fuertemente las fosas nasales. Además, se deben realizar controles radiográficos periapicales y/o extraorales para evaluar los senos maxilares, utilizando radiografías como la de Waters. El cierre quirúrgico es el tratamiento preferido para cerrar las comunicaciones oroantrales. ⁽¹²⁾

El tratamiento de estas comunicaciones puede ser diferido y esto dependerá del tamaño de la comunicación, la presencia de una infección sinusal previa o el requerimiento de anestesia general. En cuanto a los tratamientos, hay diferentes tipos con indicaciones precisas. ⁽⁶⁾

Es importante tener en cuenta que antes de realizar cualquier procedimiento para el cierre de la comunicación bucosinusal se debe conseguir que el seno maxilar se encuentre totalmente limpio y sano. ⁽³⁾

Técnica de colgajo vestibular

Esta técnica es preferible para el cierre de CBS pequeñas (menos de 3 mm) e inmediatas. ^(6,17) Este colgajo se desarrolla realizando dos incisiones verticales bucales divergentes que se extienden hacia el vestíbulo desde el alvéolo de extracción o desde los márgenes del orificio de la comunicación. El colgajo bucal trapezoidal se eleva, atraviesa el defecto y se sutura a los márgenes palatinos del defecto. En este procedimiento, se crea un colgajo mucoperióstico trapezoide de base amplia y se sutura sobre el defecto. Su amplia base asegura un suministro sanguíneo adecuado. ^(4, 17) La cobertura del colgajo mejora mediante incisiones periósticas horizontales. ⁽¹⁷⁾

Técnica de colgajo de rotación palatina

El colgajo palatino es un ejemplo de colgajo a pedículo vascular definido, en donde el largo del colgajo puede ser mayor al ancho, sin temor a la necrosis distal del mismo, mientras que la arteria palatina no se lesione en la disección. Está indicado en comunicaciones de más de 5 mm de diámetro y habitualmente se utiliza realizando un primer plano. ⁽⁶⁾

Para la técnica del colgajo palatino, se delinea una plantilla del defecto óseo y se diseña un colgajo en forma de dedo en el paladar ipsilateral a la comunicación. A continuación, se realizan dos incisiones paralelas, extendiéndose posteroanteriormente desde la unión de los paladares duro y blando hasta la zona de las arrugas. Después, se eleva el colgajo mucoperióstico de espesor total, comenzando en sentido anterior y avanzando posteriormente hasta ver el haz neurovascular palatino mayor saliendo de su agujero. ⁽¹⁷⁾

Cuando se secciona el colgajo en isla del colgajo posterior, se prepara un puente de mucoperiostio entre el defecto y la incisión del colgajo lateral, y el colgajo en isla con su haz neurovascular intacto se rota y tuneliza debajo de ese puente de tejido alveolar, adaptándolo y suturando circunferencialmente al borde de la comunicación sin tensión. Posteriormente, se devuelve el colgajo posterior y se sutura a su lugar original, y se cubre el defecto del área donante palatina anterior. Si el colgajo no llegase a completar el cierre de la comunicación, se realizaría un colgajo bucal para completarse. ⁽¹¹⁾

Técnica de colgajo de bola adiposa de Bichat

El colgajo de bola adiposa de Bichat fue descrito en 1977 por Egyedi.⁽⁶⁾ Esta técnica se usa cuando hay poca posibilidad de utilizar colgajos palatinos. Se exponen las burbujas de Bichat, predispuestas en la parte interna de los carrillos, y se movilizan mediante la liberación de tejido del periostio; se traslada a donde se ubica la entrada de la comunicación y se procede a suturar.⁽¹¹⁾ No son necesarios injertos y la epitelización se completa un mes después de la operación.⁽¹⁷⁾ Su gran aporte sanguíneo ayuda a que se epitelice sola y en poco tiempo. Esta técnica requiere una manipulación muy cuidadosa del colgajo.⁽³⁾

Técnica de colgajo de músculo temporal

El colgajo de músculo temporal fue descrito en 1895 por Lentz. La vascularización del músculo temporal está provista por las arterias temporal profunda anterior y posterior, ramas de la arteria maxilar interna y de la arteria temporal profunda media colateral de la arteria temporal superficial.⁽⁶⁾ En cuanto al colgajo temporal, es una técnica efectiva para el cierre de comunicaciones tanto oroantrales como oronasales de gran tamaño. Esto se debe al volumen y excelente vascularización del músculo temporal. Generalmente se utiliza para reconstrucciones después de cirugías ablativas.⁽¹⁵⁾

Una de las secuelas principales es la estética anormal significativa de la fosa temporal, especialmente cuando se utiliza la mayor parte del músculo.⁽¹⁶⁾ Otra limitación significativa es que la reconstrucción del colgajo músculo temporal impide cualquier forma de dispositivos dentales osteointegrados.^(15, 16)

Técnica de colgajo del dorso lingual

El colgajo del dorso lingual con base anterior fue introducido por Guerrero-Santos y Altamirano en 1966 para la cirugía de cierre de una fístula palatina.⁽⁶⁾ Este método se realiza como alternativa cuando los colgajos bucales o palatinos han fallado.⁽¹¹⁾ Se recomienda realizar un primer plano con la mucosa palatina y luego tallar y llevar el colgajo lingual a la posición deseada. A las tres semanas, si no se presentaron complicaciones, se puede cortar el pedículo, restableciendo la función lingual normal.⁽⁶⁾

Comparación de tasas de éxito y complicaciones

El colgajo bucal es el más utilizado y el más antiguo presentando un 87,2 % de éxito en los procedimientos realizados, teniendo en cuenta que después de

haber realizado el cierre de comunicación oroantral se debe administrar antibióticos como amoxicilina y ácido clavulánico o clindamicina durante al menos siete días, además se deben dar consideraciones generales para el paciente como mantener una higiene oral estricta, evitar sonarse la nariz y mantener una dieta blanda. ⁽¹³⁾

El colgajo también puede resultar en un surco vestibular muy poco profundo, que puede interferir con la rehabilitación prostodóntica y el mantenimiento de la higiene bucal. En cuanto a sus ventajas, aporta un buen riego sanguíneo, requiriéndose en los colgajos bucales una manipulación cuidadosa. ⁽¹⁷⁾

Por otro lado, en una fístula oroantral persistente, antes de realizar el cierre quirúrgico se debe extirpar, llegando a eliminar cualquier patología sinusal, infección sinusal, mucosa degenerada y hueso enfermo, el colgajo más empleado para esta complicación y otros defectos es el colgajo de la bolsa adiposa de Bichat. ⁽¹³⁾

La técnica de colgajo palatino tiene la ventaja de lograr un cierre hermético de la comunicación, debido a que el colgajo vestibular se reposiciona en un sitio alejado de la comunicación, asentando sobre hueso sano y quedando contenido por la fibromucosa palatina disminuyendo la posibilidad de que se produzca la reapertura de una comunicación bucosinusal. ⁽¹⁸⁾

Una de las principales desventajas de utilizar un colgajo palatino para cerrar una CBS es que puede haber riesgo de necrosis del tejido si se realiza una rotación exagerada. ⁽²¹⁾

La técnica se elige debido a la facilidad de rotación del colgajo, su abundante suministro sanguíneo, características constantes, baja morbilidad en el lugar donante, baja tasa de complicaciones, bajo riesgo de infecciones y una rápida técnica quirúrgica. ⁽²⁾ Este método es sencillo, duradero, es muy conveniente y confiable para el cierre de las comunicaciones bucosinuales. ⁽³⁾

Las complicaciones que se suscitan en intervenciones orales con el uso de la bola adiposa de Bichat son mínimas o prácticamente nulas, pues existe un alto grado de efectividad. ⁽¹⁹⁾ Sin embargo, en ciertos casos se observan trismos posoperatorios, lesiones al nervio facial, hematomas, debilidad temporal del músculo buccinador y en ciertos casos deformidad estética de la mejilla. ⁽²⁾

La no atención de comunicaciones buco sinusales siempre desencadenará problemas médicos que involucren hasta la vida del paciente, de ahí la importancia de un diálogo siempre existente entre el personal de salud con el

propósito de intervenir en los primeros momentos y no perjudicar negativamente la vida del paciente. ⁽²⁰⁾

CONCLUSIONES

Para el cierre de comunicaciones bucosinuales, se destacan varias técnicas quirúrgicas entre ellas el colgajo vestibular es valorado por su simplicidad y efectividad, mientras que el colgajo palatino rotacional es útil para cierres primarios. El colgajo de tejido conectivo favorece la cicatrización por primera intención, y el colgajo pediculado con tejido adiposo bucal proporciona buen soporte y cicatrización. La elección de la técnica depende del tamaño de la comunicación, la localización anatómica y las condiciones del paciente, siendo crucial para minimizar complicaciones y asegurar una recuperación óptima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mosca CO, Miguelez SE, Bavaro J, Crocetta C, Rey E. Comunicación buco sinusal a causa de un quiste odontogénico residual. Revista de la Fundación Juan José Carraro [Internet]. 2021. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/odontologia/resource/espt/biblio-1223346>
2. Aynaguano Aynaguano JB. Manejo de las comunicaciones oroantrales en el ámbito de la Odontología General. [Internet]. 2024. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12945>
3. Veloz Vaicilla Gs. Comunicación Bucosinusal De Origen Odontogénico. Presentación De Caso Clínico. [Internet]. 2021. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/13407>
4. Sullca Solano JD. Nivel de conocimiento de comunicación bucosinusal en estudiantes de una universidad privada Huancayo. [Internet]. 2021 [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2376/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Pal S, Rao K, Sanjenbam N, Thounaojam N, Geeta R, Bagde H. A double barrier technique in surgical closure of oroantral communication. Cureus. [Internet]. 2022. [citado 06/01/2024]; 14(11): E31671. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.31671>



6. Funes Pivetta GN, Ailen Cores B, Noemi Soler C, Beltran Bedogni L, Arienza F. Tratamiento de comunicaciones bucosinusales y buconasales. Reporte de cinco casos de diferente etiología. Rev Asoc Odont Arg [Internet]. 2023. [citado 06/01/2024]; 111(2). Disponible en: http://www.SciELO.org.ar/SciELO.php?script=sci_abstract&pid=S2683-72262023000200833&lng=es&nrm=iso
7. Gonzales Alarcon JS. Frecuencia de complicaciones postexodoncia en cirugías de terceros molares en una clínica odontológica de Chiclayo, 2015-2019. [Internet]. 2023. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11613>
8. del Rey Santamaría M, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Incidencia de comunicación bucosinusal tras la extracción de 389 terceros molares superiores. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2006 [citado 06/01/2024]; 11: E334-8. Disponible en: http://SciELO.isciii.es/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000400008
9. Antezana Méndez R. Uso del plasma rico en fibrina (PRF) para la resolución de comunicaciones orosinusales. [Internet]. 2023 [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/34998/TE-113.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Corderch Fonseca CF. Revisión sistemática del uso de fibrina rica en plaquetas para el cierre de comunicaciones y fístulas oroantrales. [Internet]. 2022. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/196221/Revision-sistematica-del-uso-de-fibrina-rica-en-plaquetas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Gamboa Gamboa BG, Bernal Vesga E. Técnicas de diagnóstico y tratamiento más usadas en el manejo de la Comunicación Oroantral por cirujanos orales y maxilofaciales de Santander. [Internet] 2020. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/30749/2020GamboaGabriela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Surco Soncco II. Nivel De Conocimiento Sobre Complicaciones Intra Operatorio y Post Operatorio De Exodoncias En Alumnos Del Séptimo y Noveno Semestre De La Clínica Odontológica De La Universidad Católica De



Santa María, Arequipa 2022. [Internet] 2022. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstreams/d956ec2b-7a36-4a45-b33d-51b736f6a062/download>

13. Fung Mejía V, Vargas Cornejo HM. Nivel de conocimiento sobre el manejo de complicaciones locales post exodoncias simples en los estudiantes de estomatología de una universidad privada Piura, 2021. [Internet]. 2021. [citado 06/01/2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/81300/Fung_MV-Vargas_CHM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Batista Vila M, Hernández Pedroso L, González Ramos RM, Batista Bochs MM. Comportamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia atendidas a nivel hospitalario. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2015. [citado 06/01/2024]; 21(3):566-574. Disponible en: https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/862/pdf_73

15. Vásquez-Villafane A, Arias-Lucano J, Seminario-Amez M, Guevara-Canales J, Morales-Vadillo R, Cava- Vergiu C, Alberca Ramos E. Comunicación bucosinusal: Revisión de la literatura. KIRU [Internet]. 2017. [citado 06/01/2024]; 14(1):91-97. Disponible en: <http://doi.org/10.24265/kiru.2017.v17n1.13>.

16. Lehner J, Gellée T, Levy-Bohbot A, Pomes B, Goudot P, Bertolus C. Cirugía de las comunicaciones buconasosinusales. EMC - Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial [Internet]. 2024. [citado 06/01/2024]; 25(1):1-14. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1635-2505\(24\)49034-8](https://doi.org/10.1016/s1635-2505(24)49034-8)

17. Sáenz Rosado L. Complicación quirúrgica en la exodoncia de canino incluido en bóveda palatina. [Internet]. 2021. [citado 06/01/2024] Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/134805/TFG%20518-S%c3%81ENZ%20ROSADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Corominas O, Emiliano P, Sebastián F, Lucio M. Cuerpo extraño en el seno maxilar. Cierre quirúrgico por la técnica de bolsillo palatino. Revista Facultad Odontología (UNC). [Internet]. 2021. [citado 06/01/2024]; 31(2):20-24. Disponible en: <https://doi.org/10.25014/revfacodont271.2020.31.2.20>



19. García Vergara JG. Uso de la bola adiposa de Bichat en cirugía oral. [Internet]. 2022. [citado 06/01/2024]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/14751/1/UA-ODO-EAC-009-2022.pdf>

20. Ramírez Almeida JR, Parise Vasco JM, Castro JA, Armas Vega A. Uso de bolsa adiposa de Bichat pediculada como recurso para el cierre de comunicaciones y fístulas bucoantrales: informe de caso. Odontología Vital [Internet]. 2020 [citado 06/01/2024]; (33):7-14. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752020000200007&lng=en

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

JARA: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

ACGM: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

