

LEZIUNILE CRONICE SINUZALE DESCHISE

Ciobanu Victoria, asist. univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Dandara Mihaela, asist. univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Cebotari Mihai, asist. univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Cucereavii Nicolae, asist. univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Vlas Vasile, asist. univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Hîțu Dumitru, dr. șt. med., conf.univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat:

Introducere. Leziunile deschise ale sinusului maxilar sunt afecțiuni cu incidență crescută și cu entități nozologice diferite: comunicarea oro-sinuzală, fistulă oro-sinuzală, sinuzită perforativă. Complexitatea anatomică a regiunii și spectrul clinic comun al acestor patologii impun o colaborare interdisciplinară între stomatolog și otorinolaringolog. Comunicarea oro-sinuzală reprezintă deschiderea accidentală a sinusului maxilar în timpul intervențiilor chirurgicale, manifestându-se inițial în absența fenomenelor inflamatorii. Datele din literatura de specialitate subliniază actualitatea temei, aceasta rămânând un subiect de dezbatere între specialiști. Studiile recente indică că la 1/5 dintre pacienții cu comunicarea oro-sinuzală sunt diagnosticate eronat, și succesul terapeutic după intervenția primară este raportat doar în 1/3 din cazuri. Comunicarea oro-sinuzală este considerată o complicație rară a chirurgiei orale, studiile raportând diferite rate de incidență, variind de la 0,31% la 13%, în timp ce a fistula oro-sinuzală prezintă o rată de 0,2%. **Scopul lucrării:** Evaluarea particularităților clinice ale leziunilor sinuzale deschise prin prisma datelor actuale din literatura de specialitate.

Material și metode. Pentru atingerea obiectivelor propuse, s-a realizat o analiză de sinteză a literaturii medicale relevante, selectând studii clinice și articole de revizuire publicate în baze de date internaționale.

Concluzii. Analiza datelor literaturii de specialitate propun noi metode diagnostice și terapeutice ce vin să completeze și să rezolve neajunsurile celor existente. Este esențială distincția între COS (leziune primară, acută, neinfectată) și FOS (leziune secundară, cronică, asociată cu un proces inflamator). Examenul radiografic preoperator riguros constituie factorul determinant în prevenirea acestor complicații și asigurarea succesului terapeutic.

Cuvinte-cheie: Comunicarea oro-sinuzală, fistulă oro-sinuzală, sinusul maxilar.

Introducere

Leziunile deschise ale sinusului maxilar (LDSM), acute sau cronice, reprezintă entități clinice cu o incidență semnificativă în practica chirurgiei oro-maxilo-faciale. Acestea includ entități nozologice distincte: comunicarea oro-sinuzală (COS), fistula oro-sinuzală (FOS) și sinuzita perforativă (SP). Managementul optim al acestor patologii necesită o abordare interdisciplinară complexă, implicând colaborarea dintre chirurgii oro-maxilo-faciali și medicii specialiști ORL [1, 8-10, 17, 18, 24, 27].

Din punct de vedere structural, comunicarea reprezintă un orificiu patologic, congenital sau dobândit, care stabilește o legătură directă între două cavități (bucală și sinusală sau bucală și nazală) ori între o cavitate și mediul exterior [7]. În ciuda frecvenței lor, datele din literatura de specialitate oferă interpretări divergente privind definițiile, clasificările și strategiile terapeutice, ceea ce impune o sistematizare riguroasă a acestor concepte pentru a asigura o atitudine diagnostică și curativă corectă [1-33].

Frecvența COS variază considerabil în funcție de factori geografici, socio-economici și culturali. Alegerea conduitei terapeutice este condiționată de variabile multiple: vârsta pacientului, statusul sistemic, prezența comorbidităților, starea de sănătate a sinusurilor, precum și caracteristicile defectului, inclusiv dimensiunea, localizarea și raportul cu țesuturile adiacente. De asemenea, experiența clinică și abilitățile tehnice ale medicului operator joacă un rol determinant în succesul intervenției [1].

Principala etiologie a morbidității sinusului maxilar de origine odontogenă rezidă în traumatizarea procesului alveolar în timpul extracțiilor dentare sau al altor manevre chirurgicale invazive. Totodată, patologia sinusală este frecvent corelată cu afecțiunile periapicale și cu erorile de tehnică în tratamentele endodontice ale dinților arcadei superioare [1, 10, 18, 19].

O meta-analiză realizată de Arias-Irímia a arătat că 55,97% dintre cazurile de sinuzită odontogenă sunt de natură iatrogenă, iar în cadrul acestui grup fistulele oro-sinuzale reprezintă 47,5% din cauze [12].

Actualitatea temei este susținută de varietatea metodelor de plastic propuse, subiectul rămânând intens dezbătut în literatura de specialitate. Studiile recente indică faptul că 20% dintre pacienții cu COS beneficiază de un diagnostic eronat, iar rata de vindecare după tratamentul inițial este de doar 33% [25]. Deși COS este raportată ca o complicație relativ rară, cu o incidență variind între 0,31% și 13%, tranziția către FOS, estimată la aproximativ 0,2%, reprezintă în majoritatea cazurilor consecința unui eșec diagnostic sau terapeutic [3, 20].

Evoluția fiziopatologică este rapidă. Comunicările de mici dimensiuni (<3 mm), neinfectate, se pot închide spontan, în timp ce defectele care depășesc 5 mm necesită, de regulă, închidere chirurgicală. În absența tratamentului, persistența defectului determină epitelizarea traiectului și formarea fistulei oro-sinuzale prin fuziunea epiteliului oral cu membrana Schneideriană [15]. Riscul de sinuzită este major, literatura raportând o incidență a proceselor inflamatorii de aproximativ 50% în primele 48 de ore și de până la 90% în decurs de două săptămâni de la producerea leziunii [17, 18].

În literatura de specialitate persistă confuzii terminologice între COS și FOS, utilizându-se variate sinonime, precum comunicare buco-sinusală, comunicare oro-antrală, comunicare alveolo-sinusală sau perforație oro-sinusală pentru COS, respectiv fistulă buco-sinusală, fistulă oro-antrală sau fistulă alveolo-sinusală pentru FOS. Prezenta lucrare își propune să clarifice aceste noțiuni și să definească precis criteriile de diagnostic pentru COS, FOS și SP. Elaborarea unor măsuri individualizate de diagnostic, tratament complex și profilaxie, alături de o dispensarizare activă, reprezintă pilonii succesului în reabilitarea pacienților cu leziuni deschise ale sinusului maxilar [1-33].

Scopul prezentei lucrări constă în realizarea unei analize sistematice și aprofundate a datelor din literatura de specialitate referitoare la managementul leziunilor deschise ale sinusului maxilar, explorând spectrul clinic al acestora de la fazele acute până la cronicizarea procesului patologic.

Rezultate și discuții

În practica chirurgiei oro-maxilo-faciale, leziunile deschise ale sinusului maxilar reprezintă o problemă actuală prin prisma complicațiilor inflamatorii pe care le generează. Analiza literaturii de specialitate relevă faptul că succesul terapeutic este direct proporțional cu rapiditatea diagnosticului. O comunicare oro-sinusală identificată și tratată imediat după producere are un prognostic favorabil, cu tendință spre vindecare per primam intentionem. În caz contrar, evoluția naturală a unei COS netratate urmează un parcurs fiziopatologic predictibil: contaminarea cavității sinusale cu flora microbiană orală, instalarea sinuzitei perforative și, în final, organizarea traiectului într-o fistulă oro-sinusală cronică.

Etiologia acestor soluții de continuitate este dominată, în mod covârșitor, de factorul iatrogen, în special de traumatismul chirurgical survenit în timpul odontectomiilor. Din cauza proximității anatomice dintre rădăcinile dinților posteriori maxilari și podeaua sinusului maxilar, extracția acestora reprezintă cauza principală, fiind raportată în până la 92,63% din cazuri în cadrul intervențiilor electivă sau de urgență asupra peretelui inferior sinusal. Această incidență ridicată este adesea asociată cu factori precum fracturile de tuberozitate maxilară, infecțiile dento-alveolare cronice care subțiază peretele osos sau manevrele de luxare a molarilor ale căror rădăcini proemină în cavitatea sinusală. Literatura menționează, de asemenea, cauze mai

rare, dar semnificative, precum dislocarea implanturilor dentare (4,47%), traumatismele maxilo-faciale (1,30%) sau procesele de osteoradionecroză [29].

Datele statistice prezintă variații considerabile în funcție de perspectivele autorilor consultați. În timp ce unele studii plasează factorul odontogen la peste 90%, alte cercetări indică o distribuție mai heterogenă, în care extracțiile dentare ocupă 50%, restul fiind atribuit patologiei tumorale (18,5%), osteomielitei (11%), intervențiilor chirurgicale asupra sinusului maxilar (7,5%), traumatismelor (7,5%) și chisturilor dentigere (3,7%). În pofida acestor discrepanțe, factorul odontogen rămâne determinantul major al morbidității sinusului maxilar [33].

Deși LDSM sunt frecvente, clasificările unitare lipsesc. Fronie A. (2014) și alți cercetători [7, 16] propun o împărțire topografică utilă pentru practica clinică. Astfel, defectele pot fi clasificate în funcție de localizare în: „fistule joase”, situate direct pe creasta alveolară superioară în regiunea premolar-molară; „fistule înalte”, localizate la nivelul vestibulului bucal; și fistule palatinale, mai rare, dar dificil de tratat din cauza particularităților anatomice și a rigidității mucoasei locale.

O altă clasificare fundamentală se bazează pe criteriul temporal și histologic. Se distinge astfel COS acută, reprezentând o plagă proaspătă fără componentă epitelială, de FOS cronică, în care traiecul comunicant este deja epitelizat. Fronie [16] introduce un prag critic de 15 zile, considerând că orice comunicare care persistă peste acest interval trebuie interpretată drept fistulă cronică. Această viziune este nuanțată de Afanasiev A. (2019), care extinde pragul la 21 de zile, apreciind că abia după trei săptămâni procesul de epitelizare a alveolei și formarea canalului fistulos sunt complete [30]. Aceste delimitări sunt relevante nu doar conceptual, ci și terapeutic, deoarece comunicările acute pot fi tratate prin tehnici chirurgicale simple, în timp ce fistulele cronice necesită excizia traiecului epitelizat și reconstrucția defectului prin diferite tehnici de plasticie.

Clarificarea terminologiei reprezintă un aspect central al analizei, deoarece literatura medicală evidențiază o confuzie semantică persistentă între noțiunile de „comunicare” și „fistulă”. Timofeev A. (2007) introduce noțiunile de fistulă primară, definită ca un canal format în 7-10 zile postextracțional, și fistulă secundară, reprezentând rezultatul unei intervenții de plasticie eșuate [32]. În același timp, definițiile pentru COS variază de la „soluție de continuitate patologică” [7] la „conexiune anormală” [4] sau „deschidere nenaturală” [2, 24, 29]. Unii autori [8, 27] utilizează însă termenul de „fistulă” chiar și pentru fazele acute, ceea ce introduce un grad suplimentar de ambiguitate terminologică. Din punct de vedere anatomo-patologic, această echivalare este imprecisă, întrucât comunicarea desemnează existența unui orificiu patologic, în timp ce fistula presupune organizarea unui conduct tapetat cu epiteliiu.

Pentru înțelegerea adecvată a acestor leziuni, este utilă și analiza etimologică și clinică a termenului „fistulă”. Provenind din latinescul *fistula* („tub”, „țeavă”, „canal”), termenul desemnează, conform lui Ida G. (2003), un canal anormal stabilit între două organe interne sau între un organ și suprafața corpului [14]. În viziunea lui I. Coteanu (1998), fistula este un canal format accidental sau iatrogen, care stabilește o legătură între o cavitate naturală, precum sinusul maxilar, și exterior, servind la drenajul secrețiilor fiziologice sau patologice [11]. Din punct de vedere chirurgical, fistula nu reprezintă doar un orificiu, ci un conduct organizat care străbate mai multe planuri anatomice și se termină la nivelul mucoasei sau tegumentului. Prezența constantă a fluidelor salivare sau sinuzale întreține patența acestui canal și împiedică procesele naturale de cicatrizare [23].

O altă dilemă identificată în literatura de specialitate privește alegerea termenului „comunicare oro-antrală” versus „comunicare oro-sinuzală”. Deși ambii termeni sunt utilizați frecvent, utilizarea expresiei „oro-sinuzală” pare mai adecvată din punct de vedere clinic și topografic, deoarece descrie explicit relația patologică dintre cavitatea orală și sinusul maxilar. Din acest considerent, prezenta lucrare recomandă utilizarea sistematică a termenului de comunicare oro-sinuzală [30].

Transformarea unei COS într-o fistulă oro-sinuzală este un proces dinamic, dominat de migrarea epiteliului oral în defectul osos. Această epitelizare, care poate debuta încă din primele 48-72 de ore, reduce

considerabil posibilitatea închiderii spontane a perforației [5]. Dacă în faza acută COS poate fi inițial neinfectată, persistența orificiului conduce frecvent la contaminarea sinusului și la apariția sinuzitei perforative. Literatura raportează că 50% dintre pacienți dezvoltă sinuzită în primele 48-72 de ore, iar procentul crește până la 90% după două săptămâni [13, 26].

Momentul exact al epitelizării reprezintă unul dintre cele mai divergente aspecte din datele consultate. Analiza literaturii permite delimitarea a trei intervale orientative pentru formarea FOS. Faza ultra-scurtă (24-72 de ore) este susținută de studiile care arată că migrarea epitelială începe precoce și poate împiedica închiderea spontană [3, 5]. Faza medie (7-10 zile), susținută de Sabo și Timofeev, corespunde perioadei în care plaga dobândește aspectul unui traiect fistulos tapetat cu epitelii scuamos stratificat [31, 32]. Faza tardivă (peste 14-21 de zile) corespunde perioadei în care fistula este considerată complet matură și cronică [15, 16, 30].

Indiferent de pragul temporal acceptat, implicațiile clinice rămân aceleași: o COS netratată determină apariția sinuzitei într-un interval foarte scurt și favorizează ulterior organizarea fistulei cronice. Din acest motiv, termenul de comunicare oro-sinuzală ar trebui rezervat fazei primare, acute și neepitelizate, în timp ce termenul de fistulă oro-sinuzală ar trebui utilizat pentru leziunile secundare, epitelizate și frecvent asociate cu inflamația cronică a sinusului maxilar.

Cercetările efectuate de Sabo [31] demonstrează că intervalul mediu de 7-8 zile poate fi suficient pentru ca traiectul să devină complet căptușit cu epitelii scuamos stratificat, prezentând modificări histologice de tip acantoză. Odată ce acest tract fistulos se organizează, rata de succes a tratamentului secundar scade la aproximativ 67% [19], iar vindecarea este compromisă de osteita marginilor osoase și de infecția sinusală cronică. Aceste date susțin ideea că COS reprezintă entitatea primară, acută, în timp ce FOS constituie consecința secundară, cronică și epitelizată a eșecului diagnostic sau terapeutic inițial [20, 22, 30].

Concluzii

1. Analiza aprofundată a literaturii de specialitate impune revizuirea și clarificarea entităților nozologice existente, pentru a implementa metode diagnostice și curative care să rezolve neajunsurile protocoalelor actuale.
2. Comunicarea oro-sinuzală trebuie considerată o urgență chirurgicală primară, de natură acută și neinfectată, care trebuie tratată înainte ca pacientul să părăsească cabinetul stomatologic, prevenind astfel contaminarea sinusală.
3. Fistula oro-sinuzală reprezintă o etapă patologică secundară, marcată de cronicizare și inflamație, caracterizându-se prin epitelizarea traiectului fistulos.

BIBLIOGRAFIE

1. Ababii I., și alții. *Otorinolaringologie*. Centrul EditorialPoligrafic „Medicina” Chișinău, 2019. pp. 430.
2. Asma Azzouzi, Lamiae Hallab, Saliha Chbicheb. Diagnosis and Management of oro-antral fistula: Case series and review. In: *International Journal of Surgery Case Reports* 97 (2022) 107436.
3. Adamska, P.; end KaczorukWieremczuk, M.; PylińskaDabrowska, D.; Stasiak, M.; Bartmanski, M.; Zedler, A.; Studniarek, M. Treatment of Oroantral Communication and Fistulas with the Use of Blood-Derived Platelet-Rich Preparations Rich in Growth Factors: A Systematic Review. *Int. J. Mol. Sci.* 2024, 25, 11507. <https://doi.org/10.3390/ijms252111507>.
4. Bader Fatani, Ahmed Fatani, Ahmed Alomar. Oro-Antral Communication and Fistula: A Review of the Literature. *Saudi Journal of Oral and Dental Research*, Dec, 2020; 5(12): 575-581.
5. Bereczki-Temistocle, D.L.; Gurzu, S.; Jung, I.; Cosarca, A.; Beresescu, G.; Golu, V.; Petrovan, C.; Ormenisan, A. Selecting the Best Surgical Treatment Methods in Oro-Antral Communications. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 14543. [CrossRef]
6. Bolintineanu S., Monica V., A. Șișu, E. Pop, L. Roșu, L. Stoican, A. Pustai, C. Matu, C. Petrescu. *Anatomia omului cap și gât*. Editura „Victor Babeș” Timișoara 2018. Pp. 32.

7. Bucur A, Carlos Navarro Vila, John Lowry, Julio Acero. - București: *Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, volumul I*. Q. Med Publishing, 2009, Vol 2. p. 385. ISBN 978-973-88553-7-3.
8. Burlibașa C., *Chirurgie orală și maxilofacială*. Editura medicală, București, 2007, p. 653-697.
9. Cabac V. Incidența sinuzitei cronice. *Analele științifice*, Ediția XII-a, Volumul 4, Probleme clinico-chirurgicale. Zilele Universității, Chișinău, 2011, pag. 285-289.
10. Chele N., G. MOTELICA, O. ZĂNOAGĂ, E. SLABARI. *EXTRACȚIA DENTARĂ – TEHNICI, ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚII*. Chișinău 2022. Pag.188.
11. Coteanu I., Seche L., Seche M., *DEX al limbii române*. București 1998, pag. 382.
12. DUZH A.N., V.V. ALIAMOVSKII, O.R. SOKOLOVA. INFLUENCE OF ORAL HEALTH LITERACY OF PARENTS ON THE DENTAL STATUS OF CHILDREN. *JOURNAL OF NEW MEDICAL TECHNOLOGIES*, eEdition - 2019-N 5, 66-71.
13. Eneroth C.M.; Martensson, G. Closure of Antro-Alveolar Fistulae. *Acta Otolaryngol.* 1961, 53, 477–485. [[CrossRef](#)].
14. Ida G. Dox. *Dicționar medical Ilustrativ*. Cluj-Napoca, 2003, (pag188).
15. Jae-Woong Jung, Sung ok Hong, Eun-Jee Lee, Ra-Yeon Kim, Yu-Jin Jee. The double-barrier technique using platelet-rich fibrin for closure of oroantral fistulas National Library of Medicine. *J. Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2023;49:163-168.
16. Fronie A. *Curs de chirurgie maxilo-facială traumatismele și supurațiile în regiunea OMF*. Craiova, 2014, Pag. 193-199.
17. Hîțu D. Sinuzita Maxilară Odontogenă Perforativă. *Medicina Stomatologică*, 2014; pp 20-27.
18. Hîțu D. Comunicare oro-antrală (Curs teoretic). *Medicina Stomatologică*. Nr. 3(32), Chișinău, 2014, pag. 103 – 107.
19. Khandelwal, P.; Hajira, N. Management of Oro-Antral Communication and Fistula: Various Surgical Options. *World J. Plast. Surg.* 2017, 6, 3–8.
20. Puria Parvini, Karina Obreja1, Amira Begic, Frank Schwarz, Jürgen Becker, Robert Sader, Loutfi Salti. Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. In: *International Journal of Implant Dentistry* (2019) 5:13.
21. Pawlik P, Stanek A, Wyganowska-Świątkowska M, Błochowiak K. The epidemiological pattern of oroantral communication – a retrospective study. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine Eur J Clin Exp Med* 2019; 17 (1): 38.
22. Rama Shahrour, Priya Shah, Thimanthi Withana, Jennifer Jung, Ali Z Syed. Oroantral communication, its causes, complications, treatments and radiographic features: A pictorial review. In: *Imaging Science in Dentistry* 2021; 51: 307-11.
23. Rotaru A., Băciuț G., Rotaru H. *Chirurgie maxilo-facială*, Vol I, Cluj-Napoca, 2003. pag. 556.
24. Sencu E, Enachi V, Cernei V, Condiții epidemiologice, bacteriologice și clinice în sinuzita maxilară odontogenă, In: *Arta Mediclă*, Chisinau, 2020; pp 14- 18.
25. Salian Kiran Kumar Krishanappa, Eachempati Prashanti, Kumbargere N Sumanth, Shetty Naresh, Soe Moe, Himanshi Aggarwal, Rebecca J Mathew Interventions for treating oro-antral communications and fistulae due to dental procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 16;8(8):CD011784.
26. Stefano Oliva, Felice Lorusso, Antonio Scarano, Maurizio D’Amario, Giovanna Murmura. The Treatment and Management of Oroantral Communications and Fistulas: A Systematic Review and Network Metanalysis *Dent. J.* 2024, 12, 147. <https://doi.org/10.3390/dj12050147>.
27. Timoșca G., C. Burlibașa. *Chirurgie oro-maxilofacială*, Universitas, Chișinău, 1992, p. 265-298.
28. Timotius Andi Kadrianto, Endang Sjamsudin. Oroantral Fistula. *Journal of Medical and Biomedical Studies*. Volume 7, Issue 6; June: 2023; Page No. 30-40. DOI: <https://doi.org/10.32553/ijmbs.v7i6.2714>.
29. Vijay Ebenezer, Balakrishnan, Rakeshmohan, Vigil Dev Asir. *Management Of Oro Antral Communication: A Reivew*. In: *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* Volume 07, Issue 2, 2020 6382.

30. Афанасьев В. и др. *Хирургическая стоматология*: Москва 2019. С. 398.
31. Сабо Е. *Амбулаторная хирургия зубов и полости рта*: - Будапешт: изд-во академии наук Венгрии, 1977. - С. 279-280.
32. Тимофеев А. *Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*. Москва, 2007, с. 274-293.
33. [www. exodontia. info/oro-antral-communication.htm](http://www.exodontia.info/oro-antral-communication.htm).

CHRONIC OPEN LESIONS OF THE MAXILLARY SINUS

Ciobanu Victoria, assist. prof., Department of oral-maxillofacial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”, „Nicolae Testemițanu” SUMPh

Dandara Mihaela, assist. prof., Department of oral-maxillofacial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”, „Nicolae Testemițanu” SUMPh

Cebotari Mihai, assist. prof., Department of oral-maxillofacial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”, „Nicolae Testemițanu” SUMPh

Cucereavii Nicolae, assist. prof., Department of oral-maxillofacial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”, „Nicolae Testemițanu” SUMPh

Vlas Vasile, assist. prof., Department of oral-maxillofacial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”, „Nicolae Testemițanu” SUMPh

Hîțu Dumitru, PhD, assoc. prof., Department of oral-maxillofacial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”, „Nicolae Testemițanu” SUMPh

Abstract:

Background. Open maxillary sinus lesions are conditions with a high incidence and involve distinct nosological entities: oroantral communication (OAC), oroantral fistula (OAF), and perforative sinusitis. The anatomical complexity of the region and the shared clinical spectrum of these pathologies necessitate interdisciplinary collaboration between dentists and otolaryngologists. Oroantral communication represents the accidental opening of the maxillary sinus during surgical interventions, initially manifesting in the absence of inflammatory phenomena. Data from the specialized literature highlight the relevance of this topic, which remains a subject of debate among specialists. Recent studies indicate that 1/5 of patients with oroantral communication are misdiagnosed, and therapeutic success after primary intervention is reported in only 1/3 of cases. Oroantral communication is considered a rare complication of oral surgery, with studies reporting various incidence rates ranging from 0.31% to 13%, while oroantral fistula presents a rate of 0.2%.

Objective of the study. To evaluate the clinical particularities of open sinus lesions based on current data from the specialized literature.

Materials and Methods. To achieve the proposed objectives, a synthesis analysis of the relevant medical literature was conducted, selecting clinical studies and review articles published in international databases.

Conclusions. The analysis of literature data proposes new diagnostic and therapeutic methods intended to complement and resolve the shortcomings of existing ones. It is essential to distinguish between OAC (primary, acute, non-infected lesion) and OAF (secondary, chronic lesion associated with an inflammatory process). A rigorous preoperative radiographic examination constitutes the determining factor in preventing these complications and ensuring therapeutic success.

Keywords: oroantral communication, oroantral fistula, maxillary sinus.

Introduction

Open maxillary sinus lesions (OMSL), whether acute or chronic, represent clinical entities with a significant incidence in oral and maxillofacial surgery practice. These encompass distinct nosological entities: oroantral communication (OAC), oroantral fistula (OAF), and perforative sinusitis (PS). The optimal