

Patología quística en cirugía maxilofacial: revisión de 34 casos de quiste glóbulomaxilar

L. M. González Pérez¹

Med Mil (Esp) 1999; 55 (1): 23-26

RESUMEN

Analizamos nuestros criterios en patología quística del área máxilofacial, basándonos en nuestra experiencia en el estudio y tratamiento de 34 pacientes con quiste glóbulomaxilar, con edades comprendidas entre los 14 y los 48 años. Clínicamente, fue característica la pérdida del surco nasogeniano, la tumefacción labial superior o la ocupación del vestíbulo bucal superior. Todos los casos fueron valorados basándonos en estudios de imagen diagnóstica y en la respuesta pulpar vital de los dientes adyacentes a la lesión quística. Con el término de quiste glóbulomaxilar se designa una entidad patológica específica de tipo malformativo, desarrollada a partir del atrapamiento de epitelio no odontogénico en la sutura glóbulomaxilar, en la unión embriológica del hueso maxilar y la premaxila. Este tipo de patología quística suele ser asintomática, y es característica la imagen radiolúcida separando canino e incisivo lateral de maxilar superior. Este artículo indica que, clínica y patológicamente, el quiste glóbulomaxilar debe ser considerado como una entidad nosológica dentro del amplio capítulo de la patología quística de cabeza y cuello, con una clara indicación quirúrgica mediante resección de toda la pared quística para evitar recidivas del proceso.

PALABRAS CLAVE: Quiste glóbulomaxilar - Diagnóstico diferencial - Quistectomía.

INTRODUCCIÓN

En patología ósea máxilofacial se distingue entre quistes y pseudoquistes. Ambos tipos de lesiones se caracterizan por la presencia de cavidades en el interior del hueso. Mientras que la cavidad ósea del quiste presenta siempre un revestimiento epitelial, la del pseudoquiste no lo tiene. Los quistes se pueden clasificar, de una forma esquemática, en odontógenos y no odontógenos según tengan origen o no en piezas dentarias.

Para la formación de un quiste en los maxilares es indispensable la presencia de epitelio, que está formado por restos embriológicos de la capa epitelial de Hertwig: son los llamados islotes de Malassez. Estos residuos epiteliales proliferan cuando son estimulados por procesos inflamatorios o por traumatismos. A través de la degeneración y de la fluidificación, se produce una vacuolización en estas colecciones epiteliales y, bajo la influencia de fuerzas osmóticas, un crecimiento lento de la lesión quística que reabsorbe o comprime el entorno mediante atrofia por presión, comportándose como un proceso benigno ocupante de espacio. Todo esto origina una imagen radiolúcida característica en los estudios radiográficos. La esclerosis reactiva y la calcificación dan lugar a la formación de un ribete circundante radiopaco en la membrana quística, que sólo está ausente si las circunstancias normales cambian por la aparición de un proceso infeccioso intercurrente. Este mecanismo etiopa-

togénico es común en la mayoría de quistes que se observan en la práctica clínica diaria.

Con el término de quiste glóbulomaxilar (QGM) o quiste fisurario lateral de la cara se designa un proceso óseo benigno expansivo, de localización selectiva en maxilar superior en la unión embriológica del hueso maxilar y la premaxila.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos un grupo de 34 pacientes con QGM, 20 mujeres y 14 hombres, con edades comprendidas entre los 14 y los 48 años, con una edad media de 22 años.

Todos los casos fueron detectados basándonos en estudios de imagen diagnóstica y en la respuesta pulpar vital de los dientes inmediatamente adyacentes a la lesión quística. No incluimos en el presente estudio ningún caso en el que uno o ambos de estos dientes (incisivo lateral y canino superiores) estuvieran ausentes.

Tres casos fueron operados bajo anestesia general; en el resto de los pacientes se utilizó anestesia local y sedación. Fueron intervenidos quirúrgicamente 15 QGM derechos y 19 QGM izquierdos. Se realizó una quistectomía en todos los casos, tras incisiones de Partsch o de Neumann modificada y colgajo mucoperióstico como vía de abordaje. Tras la eliminación del quiste se practicó un legrado cuidadoso de toda la cavidad quística, se rebatió el colgajo y se realizó un cierre cuidadoso de la herida quirúrgica. En dos pacientes se utilizó hidroxiapatita combinada con injerto óseo como material de relleno. Todos los pacientes estudiados siguieron tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

RESULTADOS

Clínicamente, antes de la intervención, en 21 casos se apreció una tumefacción externa evidente con prominencia a nivel

¹ Comandante del Cuerpo Militar de Sanidad (ES). Jefe de Servicio de Cirugía Máxilofacial. Hospital Militar de Sevilla.

Dirección para la correspondencia: Dr. Luis Miguel González Pérez. Servicio de Cirugía Máxilofacial. Hospital Militar de Sevilla. Avenida de Jerez s/n. 41013 Sevilla.

Recibido: 26 de octubre de 1998

Aceptado: 20 de febrero de 1999

del labio superior y surco nasogeniano. En otros 11 casos, la protrusión fue detectada en el examen intraoral a nivel del vestíbulo bucal superior, y en 2 casos a nivel del paladar (figuras 1 y 2).

Los hallazgos radiográficos preoperatorios fueron la separación de raíces y acercamiento de coronas de los dientes próximos al quiste, con una imagen típica en «V» o en forma de pera invertida, en 29 casos (figura 3). En 5 casos, se observó una imagen radiolúcida redondeada entre incisivo lateral y canino superiores con escasa separación de raíces dentarias. En dos pacientes se apreció radiográficamente una comunicación de la lesión quística con el seno maxilar. No se observó ningún caso de comunicación con el suelo de las fosas nasales. No hemos observado ningún caso de lesión bilateral.

Los resultados de los estudios anatomopatológicos revelaron la existencia de un revestimiento epitelial no queratinizado con infiltrado linfoplasmocitario. No se apreciaron atipias citológicas en ninguno de los pacientes.

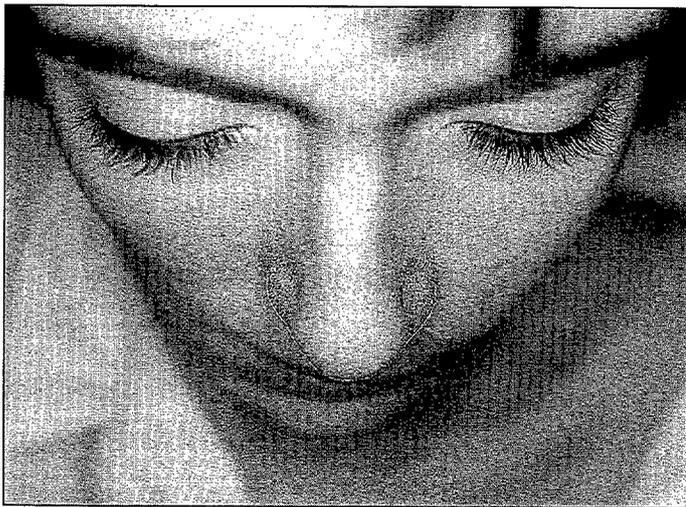


Figura 1. Paciente de 17 años de edad con quiste glóbulomaxilar. Clínicamente, destaca el abombamiento de surco nasogeniano visible externamente.

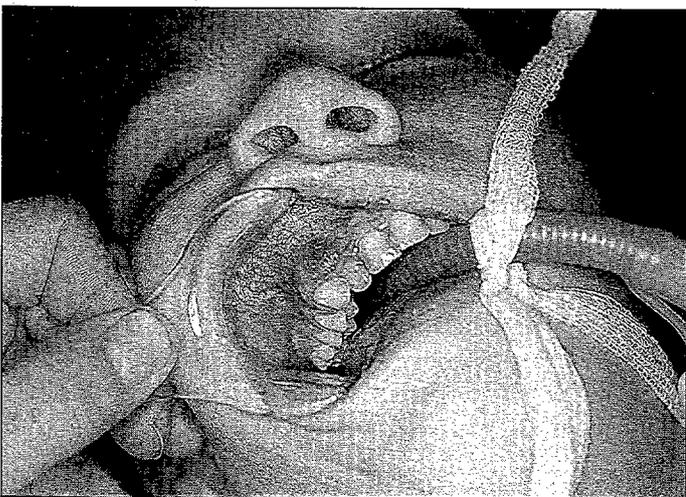


Figura 2. Paciente de 19 años de edad con quiste glóbulomaxilar. Obsérvese cómo la tumoración quística hace prominencia a nivel del vestíbulo oral superior, entre incisivo lateral y canino.

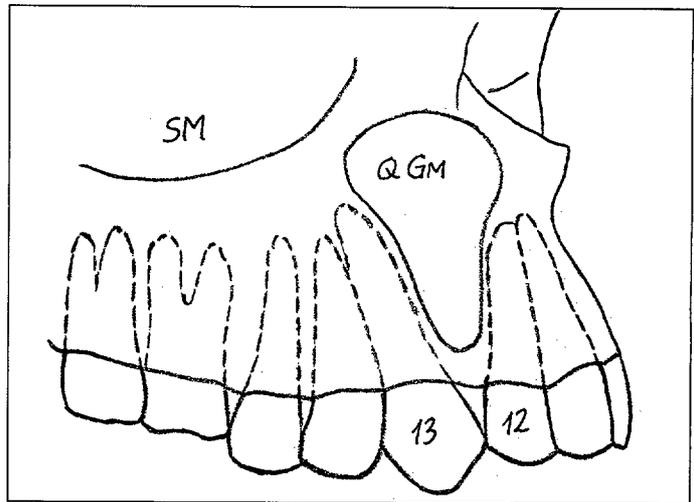


Figura 3. Representación esquemática de la localización de un quiste glóbulomaxilar. SM: seno maxilar. QGM: quiste glóbulomaxilar. 12: incisivo lateral superior derecho. 13: canino superior derecho.

No se observaron alteraciones significativas en el postoperatorio inmediato. En uno de nuestros casos apreciamos una recidiva después de dos años de realizada la quistectomía.

DISCUSIÓN

Numerosas publicaciones describen criterios sobre la etiopatogenia y diagnóstico de los QGM, lo cual ha cambiado la inclusión de esta entidad de un grupo a otro en diversas clasificaciones. En la clasificación de quistes maxilares de la Organización Mundial de la Salud (1-3) los QGM se incluyen dentro del grupo de los quistes epiteliales del desarrollo no odontogénico. En la clasificación de Gorlin (4), esta patología quística se estudia dentro del apartado de los quistes no odontogénicos y fisurales. Y en la clasificación de Shear (5), los QGM se agrupan dentro del capítulo de los quistes epiteliales no odontogénicos.

Durante el desarrollo embrionario de la cara quedan en la profundidad de las diversas estructuras anatómicas, en la zona de las crestas y surcos epiteliales y de las fisuras faciales primitivas, restos epiteliales que más tarde pueden proliferar y formar quistes por influjo de estímulos inflamatorios (8-11). Por ello, estos quistes se denominan fisurarios o disontogénicos.

Estos restos epiteliales se encontrarían a lo largo de la línea de cierre de los diversos procesos embrionarios que constituyen el maxilar superior (12-15), es decir:

- En la línea media del paladar, que sería la línea de fusión de los procesos palatinos.
- En la zona entre incisivo lateral y canino del maxilar superior, que sería la línea de fusión de los procesos globular y premaxilar y maxilar.
- En la región de la base de las fosas nasales, donde estaría la línea de cierre de los procesos nasal medio y lateral con el proceso maxilar.
- Como restos del vestigio de conducto nasopalatino, originando patología quística residual en canal nasopalatino o en la zona de la papila interincisiva.

Quistes glóbulomaxilares

Por lo tanto, al hablar de QGM nos estamos refiriendo a un proceso quístico, fisurario, de localización selectiva en maxilar superior y, concretamente, en la unión embriológica del hueso maxilar y de la premaxila. Es característica la imagen radiolúcida en pera o en «V» con la que se presentan radiográficamente estos quistes, separando canino e incisivo lateral de maxilar superior (7, 16, 17). La imagen en nuestros casos ha sido siempre unilocular, totalmente radiolúcida y de bordes netos, estando perfectamente delimitada la separación con el hueso por reforzamiento de la línea periférica, sin que ésta se vea continuar con las láminas densas peridentarias de los dientes próximos (18). En algunos momentos de la evolución del proceso quístico hemos podido observar borramiento de la línea de condensación periférica porque el quiste haya estado infectado o en comunicación con el exterior, tal como hemos podido apreciar en dos de nuestros pacientes. El diagnóstico diferencial debe plantearse con otros procesos quísticos en relación con su localización, fre-



Figura 4. Imagen intraoperatoria de la quistectomía realizada a la paciente de la figura 2.

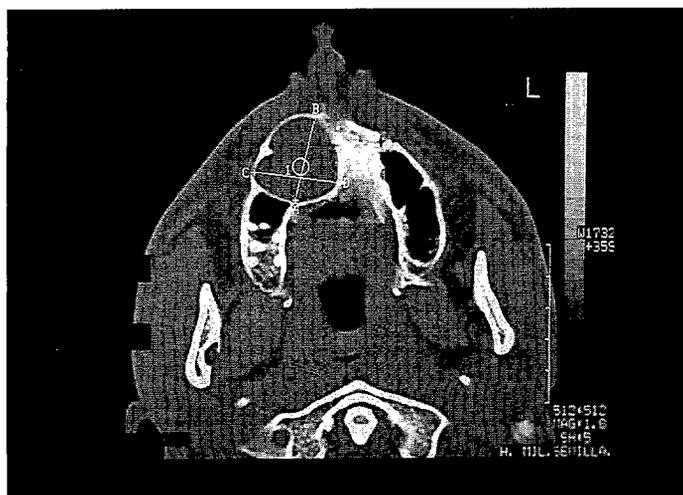


Figura 5. Imagen radiológica de paciente de 18 años de edad con quiste glóbulomaxilar, remitido para su tratamiento quirúrgico desde el Hospital Militar de Melilla. En la TC se observa imagen de gran tamaño, unilocular, de bordes bien delimitados, sin conexión con seno maxilar y que desplaza dientes adyacentes.

cuencia, cuadro clínico-radiológico, aspecto intraoperatorio y resultado de los estudios anatomopatológicos (figuras 4 y 5).

Desde los estudios clásicos de Seward (19), diversos autores han considerado que el término de QGM no es adecuado, puesto que el proceso globular es en realidad el proceso premaxilar de la terminología embriológica. Para otros autores, los QGM aparecen en la unión del mamelón nasal medio con el mamelón maxilar superior (7). Otras publicaciones sugieren que los QGM se desarrollarían a partir de los restos celulares existentes en el lugar de unión del proceso premaxilar con los procesos palatinos laterales derecho e izquierdo, que van a constituir el paladar durante la vida embrionaria (20). La presencia de tejido epitelial escamoso estratificado en muchos casos de QGM, en vez de epitelio columnar ciliado, sugiere la posibilidad planteada por algunos autores de que esta entidad fuese un quiste primordial, que surgiera de un diente supernumerario, mereciendo entonces el nombre de queratoquiste odontogénico, o que incluso podría ser un quiste dentífero lateral del canino superior (4,6). Para Becker se trata de restos del muro epitelial de Hochstetter en la zona de fusión de las protuberancias nasales lateral y media, por lo que también se ha considerado como una forma abortiva de fisura labiomaxilar (21). Como demuestra la existencia de múltiples teorías etiopatogénicas, los QGM tienen un origen muy debatido, siendo nuestro criterio el de considerarlo como un cuadro malformativo poco frecuente derivado de la presencia de restos epiteliales en la unión embriológica maxilar situada entre incisivo lateral y canino superiores, que en respuesta a diversos estímulos inflamatorios o traumáticos originarían el desarrollo de una cavidad quística unilocular.

La actitud ante todo QGM debe ser la de intervenir quirúrgicamente, extirpando cuidadosamente la cápsula quística para evitar recidivas. Es además la mejor forma de que no se produzca cualquier posible transformación metaplásica del epitelio quístico, algo excepcional en este tipo de patología, pero descrito por algunos autores (22, 23). Sólo hemos observado un caso de recurrencia después del tratamiento inicial del QGM, probablemente en relación con una quistectomía incompleta. Las recidivas constituyen uno de los mayores problemas en patología quística oral. Se han utilizado varios métodos para evitar las recidivas como la combinación de la enucleación con criocirugía o el empleo de cauterizadores como la solución de Carnoy, que además tiene una buena acción hemostática, pero que nunca pueden substituir a un curetaje adecuado de la cavidad quística. Otros autores recomiendan rellenar el área de exéresis quística con compuestos de hidroxapatita, combinándolo o no con injertos óseos. En los pacientes de este estudio, se siguió este último método en dos casos debido fundamentalmente al tamaño de la lesión reseca.

En cuanto al postoperatorio, no hemos observado alteraciones valorables. Damos tratamiento antibiótico-antiinflamatorio en todos los casos. No obstante, se han descrito por otros autores diversas complicaciones, en relación con el método quirúrgico empleado y por la relación de vecindad de diversas estructuras: infección de la cavidad ósea, hemorragias, lesiones nerviosas, perforaciones palatinas, apertura del seno maxilar o de las fosas nasales, fracturas óseas o desvitalización de dientes adyacentes a la lesión quística (7,17,18).

CONCLUSIONES

1. Presentamos 34 casos de quiste glóbulomaxilar diagnosticados por criterios clínico-radiológicos. Clínicamente, se trata de una tumoración facial que protruye el surco nasogeniano, y que también se puede detectar a la inspección y palpación del vestíbulo bucal superior o del paladar, situada entre incisivo lateral y canino superiores. Radiológicamente, presenta una imagen radiolúcida característica.
2. Existe una gran controversia sobre el origen de esta patología.
3. El tratamiento es quirúrgico, y consiste en la enucleación total de la lesión quística.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. International histological classification of tumours: Histological typing of odontogenic tumours (2.ª edición). Heidelberg: Ed. Springer-Verlag, 1992.
2. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological typing of odontogenic tumours: A commentary on the second edition. *Cancer* 1992; 70: 2988-2994.
3. Pindborg JJ, Kramer IRH. International histological classification of tumours V. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts, and allied lesions. *World Health Organization* 1971, p. 19.
4. Gorlin RJ. Quistes de los maxilares, suelo de la boca y cuello. En: Gorlin RJ, Goldman HM (eds.) «Patología Oral de Thoma». Barcelona: Ed. Salvat, 1984, p. 487-525.
5. Shear M. Secretory epithelium in the linings of dental cysts. *J Dental Ass* 1960; 15: 117-122.
6. Christ TF. The globulomaxillary cyst: An embriologic misconception. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 30: 515-526.
7. D'Silva N, Anderson L. Globulomaxillary cyst revisited. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76: 182-184.
8. Rude F, Anderson L, Gasser R, Conley D. Three dimensional reconstructions on normal human primary palate. *J Dent Res* 1990; 69: 339-342.
9. Streeter G. Developmental horizons in human embryos: Descriptions of age groups XV, XVI, XVII and XVIII. *Contrib Embryol* 1948; 32: 133-204.
10. Ten Cate AR. Embriology of the head, face and oral cavity. En: Ten Cate AR (ed.) «Oral histology, development, structure and function». St. Louis: Mosby Co., 1996, p. 16-43.
11. Thoma K. Facial cleft or fissural cysts. *Int J Orthod* 1937; 23: 83-89.
12. Diewert V, Shiota K. Morphological observations in normal primary palate and cleft lip embryos in the Kyoto collection. *Teratology* 1990; 41: 663-667.
13. Diewert V, Lozanoff S. Morphogenesis of the human midface during primary palate development. *J Dent Res* 1990; 69: 159-212.
14. Gaare JD, Langman J. Fusion of nasal swelling in the mouse embryo: Surface coat and initial contact. *Am J Anat* 1977; 150: 461-476.
15. Gaare JD, Langman J. Fusion of the nasal swelling in the mouse embryo: Regresion of the nasal fin. *Am J Anat* 1977; 150: 477-500.
16. Raspall G. Patología del esqueleto oseó facial. En: Raspall G. (ed.) «Cirugía Maxilofacial». Barcelona: Ed. Panamericana, 1997, p. 231-236.
17. Roed-Peterson B. Nasolabial cysts: A presentation of five patients with a review of the literature. *Br J Oral Surg* 1970; 7: 85-91.
18. Wysocki GP. The differential diagnosis of globulomaxillary radiolucencies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981; 51: 281-286.
19. Seward GR. Radiology in general dental practice. London: British Dental Association, 1964, p. 50-64.
20. Hollinshead MB, Schneider LC. A histologic and embriologic analysis of so-called globulomaxillary cysts. *Int J Oral Surg* 1980; 9: 281-283.
21. Becker J, Martin M. Bilateral globulomaxillary cysts. *Br Dental J* 1965; 44: 128-138.
22. Browne RM. Metaplasia and degeneration in odontogenic cysts in man. *J Oral Pathol* 1972; 1: 145-158.
23. Shear M. Primary intraalveolar epidermoid carcinoma of the jaw. *J Pathol* 1969; 97: 645-651.