

Caso Clínico

Características clínicas, radiográficas e histológicas del quiste glóbulomaxilar y su tratamiento quirúrgico: reporte de un caso.

Cortes Flores Reyna I,* Muñoz Salgado Rubén,* Rojas Heraz Eloy,** Cortés Aroche Sergio,***
Juárez Avalos Alfredo****, Velasco León Estela.*

Resumen

Un quiste del maxilar es definido como una cavidad patológica encapsulada revestida de epitelio y tejido conectivo, localizada en el hueso o las partes blandas con contenido líquido, semilíquido o gaseoso que aumentan lentamente de tamaño. El quiste glóbulomaxilar se forma como una proliferación epitelial en la porción globular entre los procesos nasal y maxilar medio durante el desarrollo embrionario. Es considerado un quiste del desarrollo ya que surge del epitelio no odontogénico a partir de residuos epiteliales del proceso de fusión de la cara. Generalmente se localiza entre el incisivo lateral superior y el canino en el punto correspondiente a la sutura incisiva. Radiográficamente se observa como una radiolucencia invertida en forma de "pera o lágrima" homogénea y bien definida. El presente caso describe las características clínicas, radiográficas e histológicas de un quiste glóbulomaxilar en una paciente pediátrica, así como su manejo quirúrgico y seguimiento a corto plazo.

Palabras clave: Quiste glóbulomaxilar, quiste fisural, quiste no odontogénico, quiste del desarrollo.

Abstract

A maxilar cyst is defined as a slow grow encapsulated pathological cavity covered with epithelial and connective tissue, it's located inside the maxilla or soft tissues, with fluid, semifluid or gaseous contents. Globulomaxillary cyst is form from the globular portion of nasal and maxilar process as a epithelial proliferation during embryologic stages. It is considered as a grow cyst because of its non odontogenic origin from epithelial remnants of facial fusion process. Generally is located between upper lateral incisor and canine. Radiographs shows a homegeneus, well defined inverted "pear/tear shape" radiolucency. Present case describes clinical, radiographic and hysthological features of a glóbulomaxilar cyst in a pediatric dental patient, as well as its surgical treatment and short term follow up.

Key words: Globulomaxillary cyst, fisural cyst, non odontogenic cyst, developmental cyst

*Profesor titular de la Especialidad en Estomatología Pediátrica de la UATx

**Alumno de 2º año de la Especialidad en Estomatología Pediátrica.

***Profesor adjunto del servicio de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Odontología UATx

****Profesor adjunto del servicio de Anestesiología de la Facultad de Odontología UATx

Correspondencia: Rubén Muñoz Salgado e-mail: ruben.muñoz@uatx.mx

Recibido: Mayo 2017 Aceptado: Julio 2017

Introducción

Los quistes de los maxilares se han descrito desde principios del siglo XVIII (Fauchard 1728, Dupuytren 1839, Malassez 1873, Hertwig 1874, 1974, Lehnert 1967). La primer clasificación fue propuesta por Robinson en 1945 y la última por Kramer, Pindborg y Shear en 1992. Ferenczy (1958) descubrió que los quistes glóbulomaxilares a diferencia de las hendiduras faciales no se producen en el punto de fusión de los procesos globular y maxilar, sino en la unión de la premaxilla con el maxilar. En una minuciosa revisión de literatura Häring et al. (2006), concluyeron que el término glóbulomaxilar ya no debería utilizarse para designar una entidad propia.¹

Un quiste del maxilar es definido como una cavidad patológica encapsulada revestida de epitelio y tejido conectivo localizada en el hueso o las partes blandas con contenido líquido, semi

líquido o gaseoso, que aumentan lentamente de tamaño.^{1,2,3}

El quiste glóbulomaxilar o fisural se forma como una proliferación epitelial en la porción globular entre los procesos nasal y maxilar medio durante el desarrollo embrionario (D' Silva y Anderson 1993) Es considerado un quiste del desarrollo ya que surge del epitelio no odontogénico atrapado en la sutura glóbulomaxilar.^{3,4} Algunos autores mencionan que puede formarse a partir de la presencia de residuos epiteliales provenientes del proceso de fusión de la cara o de la odontogénesis.⁵ Generalmente se localiza entre el incisivo lateral superior y el canino en el punto correspondiente a la sutura incisiva, por lo que se extiende hacia abajo en busca de la eminencia del reborde alveolar, descubriéndose básicamente en un examen radiográfico debido a que es en la mayoría de los casos asintomático o mani-

festarse como un aumento de volumen del pliegue mucolabial superior. Radiográficamente se observa como una radiolucencia invertida en forma de “pera o lágrima” homogénea y bien definida entre las raíces del incisivo lateral y el canino que provoca una expansión de las corticales óseas. Es más frecuente en el sexo femenino (4:1) y durante las primeras dos décadas de la vida.^{5,6}

Histológicamente el área globulomaxilar esta revestida por epitelio columnar y cuboidal ciliado pseudoestratificado, epitelio escamoso estratificado o una combinación de ambos. El quiste glóbulomaxilar podría corresponder a distintas variedades como quistes radiculares, granulomas periapicales, periodontal lateral, queratoquiste odontogénico, granuloma de células gigantes y mixoma odontogénico y carcinoma adenoide quístico. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica mediante enucleación y marsupialización y la eliminación del tejido patológico.¹⁻⁶

Descripción del caso

Paciente femenino de 11 años de edad, atendida en el servicio de estomatología pediátrica de la facultad de odontología de la UATx con antecedentes de trauma orofacial. Los antecedentes personales patológicos y heredofamiliares no fueron relevantes para el caso. A la inspección clínica extraoral se observó un aumento de volumen y una zona edematizada en la región infraorbitaria izquierda (figuras 1); intraoralmente presentaba un aumento de volumen a nivel del incisivo lateral superior izquierdo que se extendía hasta el pliegue mucolabial adyacente a la región extraroral con drenaje de líquido amarillento-café a la presión y hasta la zona palatina media (figuras 2).

El estudio radiográfico reveló una zona radiolúcida en forma de pera invertida con extensa expansión de corticales entre el incisivo lateral y el canino izquierdos y desplazamiento de los órganos dentales sin involucrar el seno maxilar (figura 3). Fue remitida al área de patología oral para su diagnóstico presuntivo. Las características clínicas y radiográficas sugirieron la presencia de un quiste globulomaxilar. La paciente fue remitida entonces al servicio de cirugía maxilofacial donde

se realizó el tratamiento quirúrgico por enucleación, la cavidad mostró una extensión considerable sin involucramiento de otras estructuras anatómicas (figura 4). La paciente fue atendida bajo anestesia general siguiendo el protocolo de atención farmacológica avanzada. El reporte histopatológico reportó que la lesión estaba formada por un epitelio de revestimiento tipo estratificado no queratinizado con zonas de fibrosis hialinizadas, proceso inflamatorio crónico con predominio de linfocitos y células plasmáticas. El procedimiento quirúrgico se realizó sin complicaciones, la paciente se mantiene en vigilancia periódica, mostrando una evolución y pronóstico favorable.

Discusión

Las lesiones de los maxilares son entidades no tan frecuentes según los reportes de la literatura y afortunadamente son aisladas que no representan un peligro para la salud general del paciente. Sin embargo, si no son detectadas y tratadas oportunamente, pueden llegar a ser lesiones muy invasivas afectando a las estructuras adyacentes, como la cavidad nasal, paladar, procesos alveolares y más específicamente, los órganos dentales que en la mayoría de los casos deben ser extraídos junto con la lesión.^{7,8,9,10,11} Esto condiciona la situación postoperatoria a situaciones complejas de rehabilitación.

Se ha observado que en el proceso de cicatrización, la regeneración ósea espontánea ocurre después de la remoción quirúrgica sin necesidad de materiales de injerto aún en cavidades extensas siempre que estén rodeadas de un tejido óseo sano; esto simplifica la técnica quirúrgica, disminuye las complicaciones postoperatorias y reduce los costos. En el caso de compromiso dental, el tratamiento endodóntico es el tratamiento de elección.¹²⁻¹⁵

En situaciones clínicas donde se presume la presencia de una patología en los maxilares es fundamental realizar una minuciosa anamnesis, exploración clínica y contar con estudios complementarios de la zona para establecer el

diagnóstico preciso y ejecutar el tratamiento apropiado. Los estudios histopatológicos son imprescindibles para corroborar y diferenciar el diagnóstico definitivo. Considerar el trabajo multidisciplinario nos permite brindar el manejo estomatológico adecuado para el paciente con el único fin de una práctica de calidad.

Referencias

1. Rodríguez L, Guiardinu Martínez R, Arte M, Blanco A. Quistes de los maxilares: revisión bibliográfica. Rev cubana estomatol [online]. 2006; 43 (4).
2. Oji C. Statistical observations on jaw cysts in eugunu, Nigeria. Odonto Stomatologie. 1999; 85: 33-36.
3. Main D Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. J Oral Pathology, 1985; 14 (1):1-7.
4. Non odontogenic jaw cysts, Web: <http://www.medcollege.de/en/wiki/artikel.php?id=485&lan=2&print=yes>
5. Dammer U, Driemel O, Mohren W, Reichert T. Globulomaxillary cysts—do they really exist?. Clin Oral Invest. 2014; 18(1):239–246.
6. Curé J, Osguthorpe J, Van Tassel P. MR of Nasolabial cysts. AJNR. 1996; 17: 585-588.
7. Saran G, Umapathy D, Mishra N, Ganiga S, Sumalatha, Rai P. Globulomaxillary Cyst in a 16 year old male patient- A case report with review. Journal of Oral Medicine, Oral Surgery. Oral Pathology and Oral Radiology. 2016; 2(3):164-166
8. Orozco J, Díaz A, Fonseca M. Quiste glóbulomaxilar de localización inusual: reporte de un caso. Avances en Odontostomatología. 2009; 25 (6):327-330.
9. Sharma B, Sharma S, Jha A, Deep K, Deep J, Bhuj C. Non odontogenic hard palate cysts with special reference to globulomaxillary cyst. Plastic and Aest Res. 2016; 3: 302-305.
10. Arunkumar JS, Prasad KS, Santhosh S, Ahsan M. Globulomaxillary cysts presenting as a nasal mass. Indian Journal of Dentistry. 2012; 3 (2): 86-88.
11. D'Silva N , Anderson L. Globulomaxillary cyst revisited. O Surg O Med O Patol. 1993; 76 (2):182-84.
12. Rabin R, Kumar S, Arun P. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large jaw cysts: A digital radiographic analysis of 44 consecutive cases. JClinical and Diagnostic Research. 2015; 9 (9): 84-89.
13. Kelleher M. A conservative endodontic therapy following the removal of a globulomaxillary cyst- a case report and review of literatura. Int Endodontic Journal.1984;17:80-84.
14. Formoso M, Figueiredo R, Berini L, Gay C. Lateral periodontal cysts: A retrospective study o 11 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 1 (13):313-7.
15. Fickling BW, Cysts of the Jaw: A long-term survey of types and treatment, Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section odontology. 1965; 58: 847-54.

Figura 1. Fotografías extraorales.



Figura 2. Fotografías intraorales.



Figura 3. Radiografía panorámica.



Figura 4. Tratamiento quirúrgico por enucleación

