

QUISTES DE LOS MAXILARES

Iván Alberto Manotas Arévalo*

RESUMEN

Los Grandes Quistes de los Maxilares han estado vinculados siempre a la humanidad, desde tiempos remotos, pues han sido halladas en restos de especímenes fósiles, han llamado la atención de los clínicos, en torno a su etiología, en la que se ha introducido la participación de la genética, (demostrada en el desarrollo de los queratoquistes maxilares), la fisiopatología, características histológicas (inmunohistoquímica), posibilidades diagnósticas por la imagen, (como la tomografía computarizada y la resonancia nuclear magnética) y otras pruebas. Además llaman la atención al estudio, por sus alternativas de manejo especialmente las formas radicales, y el análisis de asociaciones a otras patologías benignas y malignas, y de la recurrencia muy alta de algunas de éstas lesiones. Mucho se ha desarrollado para elucidar su naturaleza real, estadiar adecuadamente la lesión descartando asociaciones patológicas sindrómicas, indicar un tratamiento apropiado, y realizar seguimientos a largo plazo. Este artículo pretende recaudar una información general que dé parámetros para abordar el estudio de los quistes maxilares a partir de la presentación de un caso clínico.

Palabras Clave: Quistes, Neoplasias, Tumores Maxilares

SUMMARY

The Great cysts of the jaws have been presents in the humanity a long time , since the early evolution , because have been found in fossilized specimens, they have called the attention of the clinicians, around their etiology, in her that has notified the genetic area, (demostrada en el growth of the keratocysts of the jaws), the physiopathology, microscopic appearance (histologic features, and immunocytochemical techniques), diagnostics possibilities for the image, (like Computed tpmography and magnetic resonance imaging), and another tests. Besides call the attention specially you form then radical upon study, for his alternatives of handlindg, of association ´ s analisys to another beningn and malignant pathologies, and of the very high recurrence of some of these lesions. Very much has development to elucidate his nature real , to classify adequatly the lesion discarding pathological associations sindromicases, to indicate an appropriate treatment, and to acomplish tracking in the long run. This one article intends to collect an general information that give we parameters to discuss the study of maxillary cysts starting from the presentation of a clinical case.

Key words: cyst, neoplasms, tumors of the jaws

* Odontólogo. Cirujano Maxilofacial. Programa de Odontología. Coordinador Autoevaluación y aseguramiento de la calidad, Docente de Patología y Anatomía, Universidad del Magdalena

Artículo recibido el 1 de julio de 2004 y aceptado el 23 de agosto de 2004

INTRODUCCIÓN

Muchas personas piensan que en los maxilares no se presentan lesiones quísticas o tumorales o neoplásicas en general. Pero estas siempre han estado vinculadas a la humanidad. Históricamente lesiones de características idénticas a las hoy clasificadas como quistes han sido reportadas en Homo Erectus con 20.000 años de edad, igualmente en el homo sapiens de 4000 años de edad, especímenes egipcios, e indios precolombinos, pero la sistematización de estos procesos se describen en El Hábeas Hipocraticum¹ y más avanzada la edad media en Universidades de Italia y Francia, clínicos y científicos contribuyen al entendimiento de estas lesiones con el desarrollo de la microscopía de luz, el desarrollo de técnicas quirúrgicas, resecciones e injertos, el control hemostático, el control de la infección, la técnica anestésica, la comprensión del metabolismo del calcio, la radiología y dentro de ella la tomografía, la genética,^{2,3} la comprensión biológica de la patología^{4,6} y hasta nuestros días en el entendimiento molecular de la misma, tanto para su eliminación como para el restablecimiento de la forma y función de las estructuras afectadas.^{1,7}

Definición: Existe una versión convencional acerca de lo que es un quiste: Una lesión que es un saco epitelial lleno de un material fluido o semifluido y que causa una cavidad patológica.^{1,5,6,8} Algunos piensan que varias de estas lesiones solo representan una alteración del proceso de odontogénesis y no neoplasias verdaderas, cuando por se la alteración de la odontogenia se constituye ya en una patología y la demostración histológica de lo alterado y su estructura lo determina como tal, además de encontrarse lesiones en los maxilares que se puede demostrar nada tienen que ver con el proceso odontogénico.^{9,10}

Clasificación: Inicia la clasificación con la propuesta por Robinson: 1945 y que atendía primordialmente al origen epitelial de la lesión,¹¹ poste-

riormente se plantearon otras clasificaciones como Thoma-Robinson- Bernier: 1960, Kruger: 1964, Seward: 1964, Lucas: 1964, Shaffer: 1966⁵, Gorlin: 1970, Main 1970:, Shaffer propone la clasificación de la OMS 1971,⁵ y actualmente se revisa la Clasificación OMS 1992.⁵⁻⁷

Quistes Odontógenos: Quiste dentígero, Quiste periodontal lateral, Queratoquiste Odontógeno, Quiste Odontógeno calcificante, y Quiste Odontógeno glandular, Quiste de Erupción, Quiste sialo-odontógeno (Todos ellos de predominio central) y el quiste gingival del recién nacido y el del Adulto(periféricos).

Quistes No Odontógenos: Quistes Globulomaxilares, Quiste Mandibular medio, Quiste Maxilar medio, Quiste del Conducto Nasopalatino, (de Predominio Central) y Quiste Nasolabial(de predominio periférico).

Quistes Inflamatorios: Quiste Radicular (apical, lateral y residual), Quiste periodontal (colateral inflamatorio, bucal mandibular infectado).

Quistes no epiteliales (Seudoquistes): Quiste óseo aneurismático, Quiste óseo traumático, Quiste óseo estático, defecto focal osteoporótico maxilar (de predominio Central) Ránula y mucocele (periféricos)

De la Anterior lista escapan algunos quistes de la región de cabeza y cuello que aparecen referenciados por autores^{1,5,6} que consideran que debe hacerse su estudio en conjunto por compartir una región anatómica y por prestarse para el diagnóstico diferencial como son: Quistes Branquiales, dermoides y epidermoides, sebáceos, del Conducto tirogloso, Quistes linfoepiteliales, entre otros.

Características Clínicas: Las características de los quistes son compartidas por la mayoría de ellos, es así que cuando ya han pasado el nivel subclínico y se expresan en la clínica han sido lesiones expansivas redondeadas, definidas, asintomáticas, de crecimiento muy lento, llegando a adquirir gran tamaño, e inclusive a exteriorizarse, vaciando, en

algunas veces parte de su contenido al medio bucal.^{5,6,11,12} Pueden sobreinfectarse en ocasiones produciendo dolor.⁷ Pero aunque ésta condición no se compruebe la ubicación del quiste determina la sensación de dolor o tensión o de movilidad o presión dental con cambios reales en las posiciones dentales y en la relación oclusal. La parestesia no es frecuente pero puede darse.

El crecimiento excesivo llega a la reabsorción de las tablas óseas y adelgazamiento de las corticales pudiendo palparse fluctuación o renitencia, se aprecia la deformidad facial a expensas de la deformidad ósea del maxilar comprometido, puede establecerse vaciamiento a cavidad vecina y fistulización de la lesión. Debe observarse la fórmula dentaria del paciente para detectar tal vez la ausencia clínica de algún diente.⁸ No hay predominio por alguno de los sexos.⁵

Características Histológicas y de Laboratorio

Clínico. Al examen histopatológico de las lesiones quísticas éstas se mostrarán compuestas por una membrana interna de epitelio generalmente plano y estratificado (a veces columnar o cuboide) y delimitado muchas veces por una pared de tejido conectivo fibroso. El grosor del revestimiento epitelial es muy variable, y se puede determinar la presencia de orto y para queratina. Las capas basales también pueden mostrar características propias del tipo de quiste. Células fantasmas, células claras, células plasmáticas, infiltrado inflamatorio, cristales de colesterol, son otros factores a determinar histopatológicamente. Se ha apreciado que en la pared quística algún tumor verdadero pueda constituirse a partir de transformación celular^{5,5,13} y de estos algún porcentaje mínimo puede llegar a convertirse en carcinoma especialmente los tipos adenocarcinoma o mucoepidermoide.^{12,14} El estudio del líquido del contenido quístico es importante aún cuando se hace poco frecuente. Puede presentar partículas brillantes a la transiluminación, cristales de colesterol desprendido de la pared. La queratina exfoliada se aprecia en los queratoquistes,

el sebo en los quistes sebáceos viscosos y una multicelularidad plana generalmente exfoliada. El líquido linfático acompaña los quistes linfoides, y la erosión vascular por la extensión del quiste puede dar aspecto parduzco por la degradación de las microhemorragias periódicas resultantes^{7,8} deben descartarse lesiones vasculares tipo malformaciones o neoplasias.

Características Imagenológicas. Los Quistes son lesiones cavitarias, y cuando se producen en el interior de los maxilares deben comportarse en la imagen como todas las lesiones que causan pérdida de la densidad ósea focalizada, de modo que en las imágenes radiográficas convencionales ya sean del tipo intraoral (periapicales u oclusales) o extraorales (radiografías planas convencionales extraorales o la radiografía panorámica), producen imágenes redondeadas, radiolúcidas, definidas y que dependiendo de su velocidad de crecimiento podrían ofrecer un halo radioopaco periférico.⁸ Generalmente son cavidades uniloculares, pero también pueden verse como cavidades múltiples (multiloculares) según el comportamiento específico del quiste de que se trate. Avances en la Imagen han ofrecido la Tomografía Computarizada que mejora la definición de la imagen para la determinación de la extensión del quiste, y los diferentes contrastes imprimen un sello característico a cada tejido y al contenido líquido, revelando además las sustancias sólidas que pueda contener como tumores intramurales o estructuras dentarias.¹² La resonancia nuclear magnética es un estudio de gran valor en estas lesiones sobre todo si se trata de delimitar la extensión de grandes lesiones a los espacios y tejidos blandos vecinos y la capacidad de obtener positivos verdaderos de lesiones intramurales. Cavidades anatómicas y forámenes deben ser considerados en el diagnóstico diferencial.

Los estudios Ultrasonográficos son de valor limitado a las lesiones quísticas de tejidos blandos o periféricas.¹

Tratamiento: Actualmente, las formas de tratamientos de los quistes incluye tres modos básicos: 1- La enucleación 2- La descompresión y 3 La marsupialización, todas ellas por abordajes intrabucales en su gran mayoría.^{1,5-8,11}

En la enucleación la intención es retirar completamente la pared quística de su cavidad ósea incluidas las estructuras que contenga. En la descompresión se realiza la colocación a través de la pared ósea que contiene la cavidad quística de un aditamento que permita la salida permanente del líquido y así la reducción de la presión hidrostática reduce la expansión ósea, favorece la neoformación ósea hasta poder retirar un gran quiste ya reducido, en un procedimiento del tipo enucleación. En la Marsupialización al igual que en la descompresión se aprovecha la descompresión del quiste pero a través de una gran ventana que permita ese proceso descrito, para luego después de varias semanas o meses realizar el procedimiento de enucleación, aún cuando en algunos casos no sería necesario.

Debe considerarse la ostectomía periférica en caso de no estar seguro acerca de la presencia de lesiones satélites o desgarro de la membrana, en cuyo caso también se acostumbraba pincelar con sustancias magistrales las paredes residuales. Los dientes involucrados directamente en la lesión deben removerse, caso contrario a aquellos involucrados indirectamente y se considera la necesidad del manejo endodóntico para preservarlos.¹

Debe considerarse la reconstrucción de los defectos, evitar la resección grosera de los rebordes alveolares y conservar la posibilidad de rehabilitación dental posterior con prótesis e implantes.

Deben identificarse y preservarse las estructuras nobles que resulten involucradas dada la benignidad de las lesiones quísticas, sin sobrevalorar el juicio quirúrgico. Algunos quistes son particularmente señalados como recurrentes, sin embargo la generalidad es que su recurrencia es baja.^{1,8}

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenino(codigo AO) 30 años de edad, quien consulta por expansión de dos años de evolución de su ángulo mandibular, asintomática inicialmente, esporádicamente punzadas, tratada con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos sin resultados, posterior a lo cual le ordenan radiografía panorámica y remisión a cirugía maxilofacial. La radiografía Panorámica revela una lesión osteolítica redondeada, no muy definida que es acompañada por un tercer molar desplazado hacia el borde inferior mandibular en posición invertido. Se ordena Tomografía Computarizada considerando la expansión de la tabla lingual y la extensión de la lesión, la cual demuestra cavidad patológica central mandibular que compromete tercer molar invertido desplazado y remanencia del conducto dentario en el borde basilar, además de adelgazamiento de las corticales. Se Realiza Resonancia Nuclear Magnética la cual deja ver lesión redondeada confinada a las tablas adelgazadas mandibulares de gran capacidad con contenido líquido de baja densidad. Bajo Anestesia General por Intubación Nasotraqueal, se realiza punción para aspiración con aguja 18, logrando aspiración de líquido amarillo claro con signos de cristaloides suspendidos, lo que se consideró del tipo quístico. Se realiza incisión sobre el reborde desde 45 vestibular hasta borde anterior de la rama ascendente, disección hasta plano óseo, y exposición del campo mandibular, se halla la delgada capa perióstica la cual se incide y se inicia desprendimiento de la membrana epitelial gruesa que se retira en su totalidad, al fondo de la cavidad se halla estructura dentaria correspondiente al diente descrito y se retira, enviando a estudio histopatológico. Se revisa la cavidad, se realiza hemostasia, se identificó y preservó el nervio dentario inferior, regularización de bordes remanentes y reposición del colgajo con sutura tipo poliláctico 3-0 continua. Procedimiento sin complicaciones. El estudio histopatológico revela membrana epitelial compatible con lesión quística, infiltrado inflamatorio



Figura 1. Vista clínica Intrabucal de área retromolar derecha con expansión lingual y vestibular de la rama mandibular.



Figura 5. Vista transoperatoria de la cavidad residual postresección de la membrana quística, nótese impresiones osteolíticas en la base mandibular expuesta.



Figura 2. Vista de la Radiografía Panorámica (segmento derecho posterior) que revela cavidad radiolúcida con diente desplazado hacia la base mandibular.



Figura 3. Vista de Tomografía Computarizada, corte Coronal que evidencia expansión cortical mandibular vestibular y lingual a expensas de cavidad osteolítica.



Figura 4. Vista de Resonancia Nuclear Magnética que revela Cavidad Mandibular contrastada sin extensión a los tejidos blandos periféricos.



Figura 6. Vista del cierre quirúrgico, confrontación para cicatrización por primera intención.



Figura 7. Corte Histológico correspondiente a una lesión quística con membrana epitelial y producción de queratina con capas descamadas.

moderado. Dada la presencia de membrana quística involucrando la estructura dentaria se determina designar como Diagnóstico definitivo al Quiste Dentígero. Evolución a cicatrización final satisfactoria.

CASO CLÍNICO 2

Paciente Masculino (Codigo JAP), de 64 años de edad quien asiste a la consulta manifestando la necesidad de rehabilitación dental. Al examen clínico, paciente edéntulo parcial superior inferior, En el maxilar superior especialmente ausencia de 11 12 14 21 22 24 17 18 27 28, lo cual deja edéntulo el segmento anterior. Presencia de caninos 13 y 23 como restos

dentarios, 23 presenta resto metálico compatible con núcleo prefabricado. Inflamación gingival generalizada, exudado crevicular, agrandamiento gingival, y fistula vestibular a nivel apical de 23. Se ordena Radiografía panorámica que revela la fórmula dentaria descrita, dientes remanentes 23 y 13 en el estado de resto dentario presentan lesiones osteolíticas apicales redondeadas definidas relacionadas al ápice dentario. Se programa remoción quirúrgica bajo anestesia local se realiza levantamiento de colgajo mucoperióstico tipo semitrapezoidal, relajantes distales, que involucra 13 y 23 se disecciona a plano óseo y se exponen tablas óseas, se

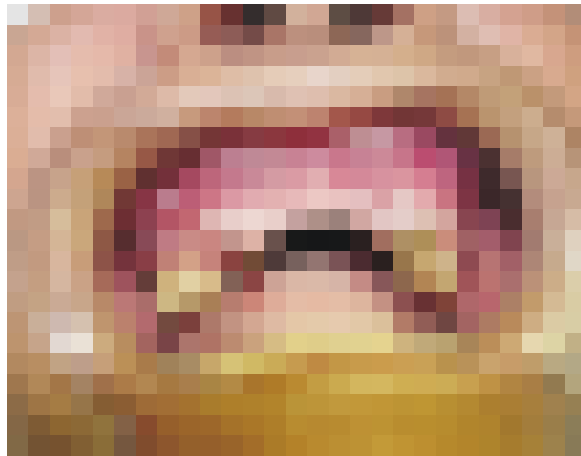


Figura 8. Vista clínica región maxilar superior anterior que expone restos dentarios de 13 y 23. Nótese la fistula vestibular en área 23.

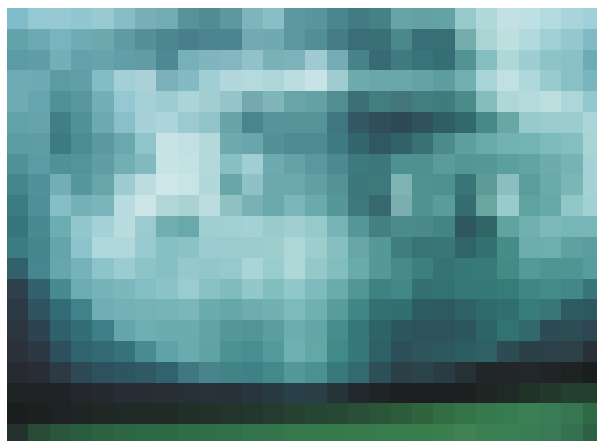


Figura 9. Imagen de radiografía Panorámica que revela particularmente lesiones osteolíticas redondeadas definidas relacionadas a las regiones apicales de 13 y 23.



Figura 10. Vista Transoperatorio de área quirúrgica 13 postexodoncia del resto dentario y que muestra la lesión quística siendo enucleada con cureta angulada.

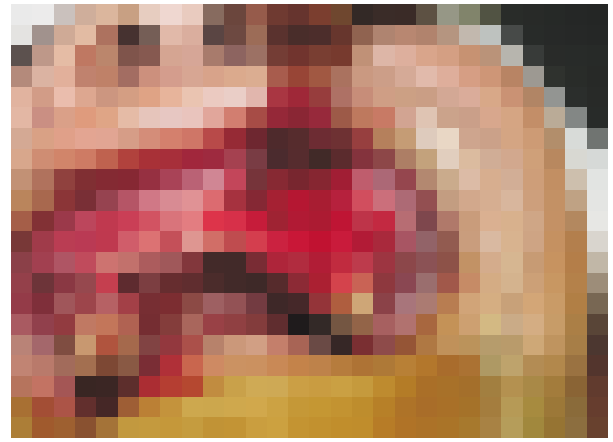


Figura 11. Vista transoperatoria de área quirúrgica de 23 postexodoncia del resto dentario y que muestra la cavidad quística residual. En su interior cóangulo postresección.



Figura 12. Corte histológico correspondiente a una lesión quística inflamatoria apical con membrana epitelial plana y abundante infiltrado inflamatorio.

realiza la remoción de los restos dentarios 13-23 y se procede a la enucleación de tejido blando apical, membrana organizada tipo bolsa que deja un exudado amarillento, se lava la cavidad, se regularizan bordes y se reposiciona colgajo con sutura seda negra 3-0 discontinua. Reporte histopatológico revela membrana epitelial plana estratificada con alto contenido infiltrado inflamatorio. Se hace diagnóstico de quistes apicales inflamatorios. Evolución a cicatrización final satisfactoria.

Discusión y conclusiones: Los quistes son lesiones que se pueden presentar en la economía corpo-

ral incluidos los maxilares. Numerosos hallazgos han llevado a acuñar muchas denominaciones y clasificaciones. Se requiere el abordaje de ellas para un completo estudio y comprensión de los fundamentos básicos de su biología. Los avances en imagenología han conducido a ampliar la visión que de ellos se tenía hasta la era de la radiografía convencional. El estudio de los quistes en la región bucal debe extenderse al de las lesiones similares de presentación en cabeza y cuello.

REFERENCIAS

1. Clinics of North America Oral and Maxillofacial Surgery. Benign lesions of the jaws. Ed W.B.Saunders Company 1991.
2. Regezzi, J Sciuba, J. Pogrel, M. Atlas of Oral and maxillofacial pathology Edit W.B.Saunders Company 2000. ISBN 07216-8460-2
3. Sack, George. Genetica medica. Edit Mc Graw Hill 2002 ISBN 0-07-057988-9
4. Cotran, Kumar, Collins. Patología Estructural y funcional Robbins. Edit McGrawHill Interamericana. 2000. . 6a ed. ISBN 84-486-0250-1
5. Shaffer, Hyne, Levy. Tratado de patología Bucal. Ed Interamericana/W.B.Saunders Company 1998. ISBN 968-25-1033-3
6. Regezzi, J. Sciuba, J. Patología Bucal Correlaciones clinico patológicas. Edit Mc Graw- Hill 2000 ISBN 970-10-2691-8 3a ed.

7. Bermudo Añino, Lucas. Atlas de cirugía Oral Edit A.G.Gutemberg S.A. España 2001
8. Wood, Norman. GoazPaul Lesiones Orales y Maxilofaciales diagnostico diferencial. Edit Harcourt Brace de España S.A. 1998 ISBN 84-8174-293-7
9. Tanaka, Hisashi. Simple cyst of the mandibular condyle. Journal Oral and Maxillofacial Surgery V54,N 12 December 1996 ISSN 0278-2391. p 1454-58
10. Noghreyan, Albert. Zigomatic mucocele causing facial swelling. Journal Oral and Maxillofacial Surgery V54,N 12 December 1996 issn 0278-2391. p 1469-71
11. Killey,H.Kay,L. Seward,L. Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnostico y tratamiento. Churchill Livingstone/ Editorial Mundi Bs Aires. 1979
12. Raspall, Guillermo. Enfermedades de los maxilares. Edit Salvat 1990 ISBN 84-345-2381-7
13. De Vicente Rodríguez, JC. Gonzalez Mendez S. Tumores No odontogenicos. Medicina Oral 1997;2:83-93. ISSN 1137-2834
14. Clinics in Oncology, head and neck cancer V 5 #3 Nov 1986 W.B. Saunder Company.