

ABORDAJE QUIRURGICO DEL QUISTE GLOBULOMAXILAR

Elmo Palacios A. * Manuel Silva L.** Lizardo Saenz Q.

Resumen

Se define y clasifica el quiste globulomáxilar, indicándose las controversias actuales sobre su etiología y se describen las técnicas para su abordaje quirúrgico. Finalmente se presenta un caso clínico tratado en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilo Facial.

Palabras clave: Quiste Globulomáxilar, Epitelio Odontógeno, Cirugía Apical, Cistotomía, Cistectomía.

Summary

Is defined and classified the Globular Cyst of Maxillary, indicating the controversy about your etiology and describe the thecnics for the surgical treatment. Finally to introduce a clinical case. Your treatment is realiced in the Nationald University of San Marcos School of Dentistry Department ofthe Oral and Facial Maxillary Surgery, in Lima-Perú.

Key Words: Globular Cyst of Maxillary. Odontogenus Tissues. Apical Surgery. Cistotomy. Cistectomy.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Definir y ubicar taxonómicamente el quiste globulomáxilar
2. explicar la etiopatogenia de los quistes globulomaxilares
3. Señalar los criterios de elección diferencial de las técnicas quirúrgicas.
4. Precisar el Principio más importante ehn la cirugía apical, como parte del tratamiento integral.

INTRODUCCION

Los quistes son cavidades encapsuladas patológicas, localizadas en el hueso o partes blandas, con contenido líquido, semilíquido o gaseoso y que aumentan lentamente de tamaño. La superficie interna del saco conectivo, habitualmente esta recubierta por un revestimiento epitelial (3).

El quiste glóbulomaxilar, se define como un quiste que desarrolla en el maxilar superior, entre el incisivo lateral y el camino. Esta incluido en la categoría de quistes no odontógenos (OMS).

Kamann, W.K (49 manifiesta que solo un 1.6% de los quistes del maxilar superior se clasifican como tales.

El presente artículo tiene como finalidad definir conceptual y taxonómicamente el quiste globulomáxilar, señalar las controversias actuales sobre su etiología, así como señalar las diferentes técnicas para su abordaje quirúrgico.

ANTECEDENTES

Etiología.

En la actualidad, los puntos de vista sobre su etiología son aún controversiales, a pesar de ello, su denominación está tan extendida que la clasificación de la OMS la ha adoptado, independiente de su patogenia (5) (8), a tal punto que se sugiere utilizar el término quiste "glóbulomaxilar" sólo como criterio clínico (7).

Para estos autores resultaría improbable que se forme en la sutura glóbulomaxilar (Christ, 1970; Little y Jakobsen, 1973). En su lugar sugieren que es más probable tenga su origen en el epitelio odontógeno. Regezi (7) cita el concepto embriológico actual según

* Profesor J.P. Sección de Cirugía Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología UNMSM.
Profesor de la Facultad de Estomatología UIGV.

** Mg. E. Profesor Asociado Sección de Cirugía, Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología UNMSM.

*** Profesor auxiliar Sección de Cirugía Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología UNMSM.
Profesor de la Facultad de Estomatología UIGV. Jefe del Servicio de Cirugía Maxilo Facial Hospital María Auxiliadora.

el cual la fusión del paladar secundario es la única circunstancia que permite el secuestro de epitelio superficial anatómicamente no relacionado y además señala que luego de reevaluar 37 casos reportados como quistes glóbulomaxilares, se demostró que correspondían a quistes radiculares, granulomas periapicales, quistes periodontales laterales, queratoquiste odontógenos, granulomas centrales de células gigantes, un COC y un mixoma odontógeno. Aún más, Aisemberg e Inman (8) reportaron un caso de ameloblastoma desarrollado en un quiste glóbulomaxilar lo que también haría pensar en su origen odontógeno.

Cuadro Clínico.

Luego de permanecer asintomático durante un largo período de tiempo, aparece clínicamente sobre todo en la segunda década de vida (3,4), habiéndose encontrado una mayor incidencia en mujeres, con una relación de 4 a 1 respecto a los varones.

La convergencia de las coronas dentarias por inclinación del eje axial del incisivo lateral y el canino, es a menudo el primer signo clínico de la presencia de un proceso patológico que genera desplazamiento lateral desde la región radicular. Una prominencia ósea en la región vestibular o palatina es poco frecuente y se observan sólo en quistes muy voluminosos.

Sólo en ciertas ocasiones, se detecta por una fístula en la apófisis alveolar, además existe la posibilidad que evolucione hacia la fosa nasal y produzca una prominencia en el piso de la misma. Los dientes vecinos conservan su vitalidad, a menos que también se encuentren comprometidos lo cual hace más problemático el diagnóstico diferencial.

Evaluación Radiográfica.

Generalmente el hallazgo se realiza de manera accidental, durante el examen radiográfico. se observa de manera característica, como una área radiolúcida unilocular, entre redondeada y forma de pera invertida, nítidamente delimitada entre las raíces del incisivo lateral y el canino con mayor o menor divergencia de las raíces de estos dientes según su expansión y cuya lámina dura generalmente es continua, y en muy raras veces interrumpida (2,3,4,8,).

Histología.

La cavidad quística está revestida por epitelio escamoso estratificado o cilíndrico cilado. el caso fibroso es de tejido conectivo con raros signos de infiltración inflamatoria y de grosor variable. El contenido del quiste es de colesterol. (3,6)

MATERIALES Y METODOS

Para su abordaje quirúrgico se deben considerar todos los métodos para tratar quistes de gran tamaño a nivel maxilo mandibular. Desde finales del siglo XIX y a principios del siglo XX Partsch desarrolló las técnicas quirúrgicas tipo, vigentes aún hoy día para el tratamiento de estas entidades patológicas, basadas en la relación patogénica entre la integridad del folículo quístico, la conservación de la diferencia de presión osmótica entre el lumen quístico y el hueso adyacente, así como el modo e crecimiento resultante.

Se han planteado como alternativas quirúrgicas, la cistectomía y la cistotomía, está última basada en el conocimiento que el folículo quístico inicia un proceso de metaplasia o adaptación morfofuncional celular, tras un breve período de tiempo, convirtiéndose en epitelio del espacio anatómico colindante. Además se debe tener en cuenta su localización, expansión y edad del paciente.

Considerando la elección diferencial de la técnica, se podría afirmar que la cistectomía sería la técnica de preferencia, la que básicamente consiste en elevar un colgajo mucoperiostico, osteotomía y ostectomía y enucleación del saco fibroso. Cuando es necesario se realiza el tratamiento de conductos de los dientes afectados, siguiendo los dos métodos validos en lo que respecta a la relación cirugía-endodoncia: La obturación retrógrada del conducto radicular con amalgama de plara es la intervención de mayor realización y para la cual existen las mayores indicaciones (1). Cabe precisar que actualmente se usan con éxito otros materiales de obturación menos tóxicos y que cumplen los mismos principios, tales como los cementos: Super EBA, EBA, IRM, en base a óxido de zinc reforzado. Finalmente se efectúa la síntesis o sutura, con lo que se busca la cicatrización por primera intención.

Caso Clínico.

Paciente varón de 12 años de edad sin antecedentes sistémicos contributorios qu es remitido al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilo Facial de la Facultad por presentar un ligero incremento de volumen de la región vestibular a nivel de las piezas número 2,2; 2,3 en posición mesioangulada, en las que se constató clínicamente su vitalidad pulpar. Radiográficamente se observó una amplia imagen radiolúcida en forma de pera invertida, localizada entre las referidas piezas y con divergencia apical de sus ejes axiales respectivos.



Foto 1.- Radiografía Panorámica en la que se observa una amplia imagen radiolúcida unilocular nitidamente definida a nivel de las piezas dentarias N° 2,2 : 2,3.



Foto 2.- Levantamiento del colgajo mucoperióstico según la Técnica de Newman.



Foto 3.- Técnica de biopsia por aspiración del contenido quístico.



Foto 4.- Enucleación del saco quístico.



Foto 5.- Preparación biomécanica de conducto siguiendo la técnica a "cielo abierto".

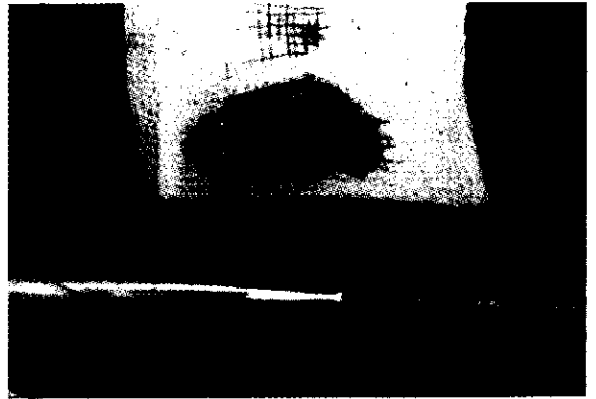


Foto 6.- Muestra anatomopatológica y contenido líquido remitidos para estudio histopatológico.

Previo asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos y anestesia regional, se procede al levantamiento del colgajo mucoperióstico siguiendo la técnica de Newman. Se encontró la cortical vestibular que recubría la lesión quística sumamente delgada y en una extensión irregular de aproximadamente 1 cm. de diámetro translúcida y casi inexistente, haciendo posible la decorticalización

únicamente con pinzas. Se realizó la aspiración del contenido líquido con jeringa descartable de 20cc. e inmediatamente se enúclea el saco quístico con legra y gasa húmeda, traccionándolo cuidadosamente con pinzas Kelly.

Se procede a la obturación definitiva del conducto radicular de la pieza número 2,2 con conos de gutapercha y eugenato reforzado (IRM) bicelado

y sellado apical. Finalmente se efectuó la síntesis del colgajo y se remitió la muestra para su estudio anatomopatológico, cuyo resultado fue: QUISTE MAXILAR A las 72 horas después sólo hubo ligera tumefacción de la región vestibular, retirándose la sutura 7 días después, dándose de alta al paciente citándolo para su evaluación clínica radiográfica 45 días después.

RESULTADOS

Las tasas de concurrencia varían de acuerdo a los trastornos específicos diagnosticados histopatológicamente, así por ejemplo los queratoquistes odontógenos presentan una tasa de recurrencia mayor que los quistes radiculares, ya que es bien sabido que los primeros evolucionan por infiltración, generando múltiples quistes "sátélites" en las paredes de la cavidad ósea. El pronóstico varía si se presentan un tumor odontógeno como TAO o mixoma odontógeno. En todo caso, la resección quirúrgica completa del saco

fibroso, nos asegurará un pronóstico más favorable (7).

CONCLUSIONES

- La valoración clínica radiográfica meticulosa es importante para plantear en el diagnóstico diferencial, la probable presencia del quiste globulomaxilar.
- Cuando las piezas dentarias adyacentes se encuentran desvitalizadas, se hace más compelto aún, con un criterio clínico, el diagnóstico diferencial del quiste globulomaxilar.
- En el acto quirúrgico, durante la enucleación del saco fibroso, se debe buscar si existe o no adherencia del mismo, a la porción apical o periodontal de las piezas vecinas.

La muestra anatomopatólogica, debe ser remitida íntegramente para su estudio y diagnóstico definitivo en el servicio respectivo, demostrándolo o no la presencia de tejido epitelial.

BIBLIOGRAFIA

- * *Corrado Tavelli* Indicaciones Clínicas para el Tratamiento Quirúrgico Endodóntico Rev. Compendio Año N°9 N° 2 35:40 1993/1994
- * *Higashi Tomomitsu* Diagnóstico Radiológico Actualidades Médico odontológicas Lat. C.A. 1993
- * *Horch, H.H.* "Cirugía Odontoestomatológica" Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona 1992
- * *Kamann, W.K.* Localización Típica de un Quiste Globulomaxilar Quintessence (de. esp.) Volumen 10, N° 4, 1997
- * *Laskin D.M.* "Cirugía Bucal y Maxilofacial" Edit. Panamericana Buenos Aires 1987
- * *Portilla R.J.* et al Texto de Patología Oral Editorial El Ateneo, México 1989
- * *Regezi J.A.* Patología Bucal Interamericana México D.F. 1991.
- * *Shaffer W.G.*, Tratado de Patología Bucal Edit. Interamericana, México 2da. edición 1986.