

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Dr. Juarez, Rolando Pablo A.

Dr. Lucas, Oscar Néstor.

Dr. Almirón, Darío.

Escuela de Posgrado. C.O. del Chaco. Cátedra de
Fisiología Humana - UNNE.

CONICET.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), a propuesta de Pindborg y Kramer, incluyó al quiste globulomaxilar dentro de la clasificación histológica internacional de tumores, como un quiste epitelial de desarrollo no odontogénico. ⁽¹⁰⁾

Esta entidad patológica fue por primera vez descripta por Thoma en 1937, indicando que estos quistes se originan a partir de restos epiteliales que quedan en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del macizo facial embrionario; de ahí el término adoptado para su denominación. ⁽¹⁷⁾

Sicher suscitó la primera polémica en cuanto al origen presuntamente fisural de esta lesión quística, postulando que embriológicamente no es posible el desarrollo del quiste, pues la porción globular del proceso medio nasal es parte integral del proceso maxilar y por lo tanto atrapamiento epitelial entre esos dos procesos no ocurre. ⁽¹⁶⁾

Por su parte Christ, basado en un estudio de correlación clínico-patológico de una serie de radiolucencias de la región globulomaxilar, concluye que el quiste globulomaxilar tendría que ser removido de la clasificación "fisural", ya que la mayoría, sino todos, los quistes de ese sitio anatómico fueron odontogénicos en su origen más bien que fisural. ⁽³⁾

En base a una revisión bibliográfica podemos concluir, sobre la controversia del origen de estos quistes, que entre las raíces del canino e incisivo lateral maxilar pueden ocurrir una variedad de entidades odontogénicas, no odontogénicas e inflamatorias. Una lista de diagnóstico diferencial puede incluir: queratoquiste odontogénico, granuloma central de células gigantes, mixoma odontogénico, quiste primordial, quiste periodontal lateral, ameloblastoma y quiste radicular. Como vemos un diagnóstico de quiste globulomaxilar está notablemente ausente de la lista, sin embargo, habría que tenerlo en cuenta siempre que se llegue a un diagnóstico presuntivo basado en observaciones clínico-radiográficas, seguido por el estudio histopatológico que lo confirme. ^(1, 5, 6, 11, 12, 18, 19)

Rasgos clínicos - Prevalencia

El quiste globulomaxilar se encuentra casi siempre

entre el incisivo lateral y el canino superior; aunque, se han citado casos entre el incisivo central y el lateral. ⁽⁸⁾

Según Bhaskar, ocupan el 17% de los quistes no odontogénicos, pero como mencionamos su frecuencia es origen de controversia. ⁽²⁾

La incidencia es igual para ambos sexos, la edad más común es la adulta y algunos autores le dan una mayor proporción a la raza negra. El lado izquierdo es el más afectado; las lesiones bilaterales son raras. ^(6, 8, 13, 14)

Los síntomas clínicos son casi inexistentes; a veces, está presente una tumefacción, siempre indolora.

Aspecto radiográfico

La imagen radiográfica es de una radiolucidez bien delimitada, piriforme invertida, con el cuello de la "pera" ubicado entre las partes coronarias del canino e incisivo lateral; con fines didácticos se le asignan otras imágenes características como la de higo o aeróstato. ⁽⁴⁾

La divergencia de las raíces de los dientes vecinos es manifestación del "signo de expansión o de rechazo" que provoca el quiste cuando adquiere mayor volumen.

Anatomía patológica

Los cortes microscópicos muestran una cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado o cilíndrico ciliado; en algunos casos pueden observarse ambos tipos de epitelio. El tejido conectivo periepitelial generalmente muestra una inflamación crónica. ^(2, 8, 14, 18)

Caso clínico

Paciente del sexo femenino, de 29 años, se presenta a la consulta con una tumefacción a nivel del surco nasogeniano derecho.

Al interrogatorio la paciente relata haberse realizado la exodoncia del canino superior derecho, hace aproximada-

mente cuatro años; al poco tiempo comenzó a notar una tumoración que se fue agrandando lentamente.

El examen bucal muestra una tumoración, con aspecto de bulbo, ubicada a nivel del fórnix ántero-lateral derecho; es de aproximadamente cuatro centímetros de diámetro y se extiende desde el reborde alveolar a la mucosa de los labios. Es indolora, de coloración azulada y de superficie lisa; a la palpación muestra fluctuación. (Figura 1-A)

Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida

con sus bordes no muy bien definidos, que provoca desplazamiento de las raíces del primer premolar y del incisivo lateral. (Figura 2)

Con el diagnóstico presuntivo, clínico-radiográfico, de quiste globulomaxilar se decide su enucleación. Bajo anestesia local y luego de elevar un colgajo mucoperióstico se eliminó la lesión quística (Figura 1-B), conjuntamente con los restos radiculares adyacentes por fines protésicos. Finalmente, se realizó un raspado cuidadoso del nicho óseo (Figura 1-C), seguido por el cierre primario. (Figura 1-D)

Las secciones histológicas de la biopsia obtenida nos confirmaron el diagnóstico de quiste globulomaxilar. (Figura 3)

Discusión

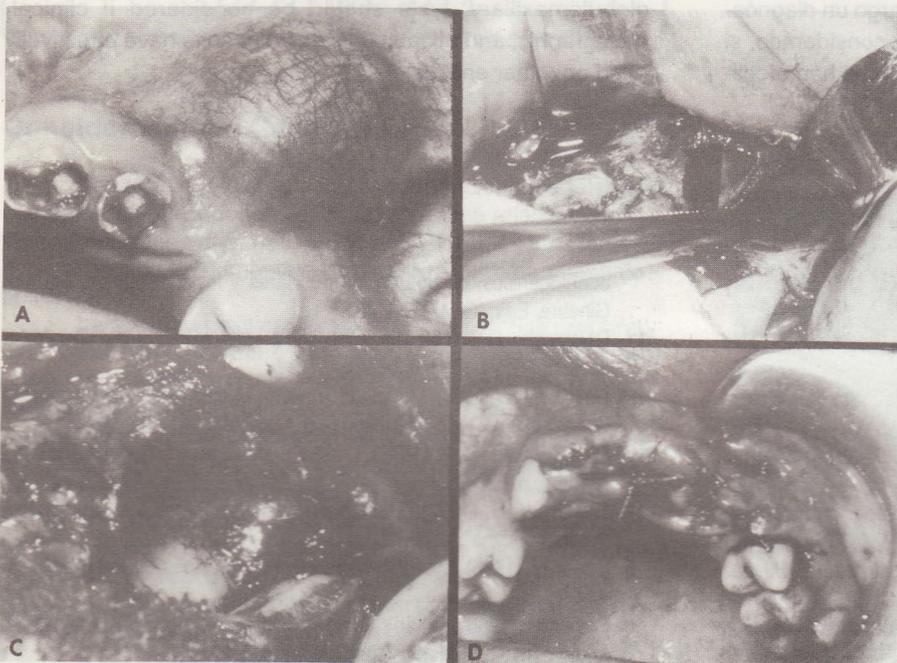
Evidentemente hay una seria controversia en la literatura referente a la entidad quiste globulomaxilar. Es cierto que continuamente otras patologías de la cavidad oral fueron descritas como quistes globulomaxilar, esto lo aclara perfectamente en su trabajo con treinta y siete casos el Dr. Wysocki (19), donde detalla la naturaleza de las distintas radiolucencias globulomaxilares.

Hallazgos en la embriología de la región de cabeza y cuello, sugieren que el origen embriológico "fisural" no debe ser considerado mas como una posibilidad. Así, Patten (9) expresa que el único área del complejo maxilar donde es probable que pueda ocurrir atrapamiento epitelial es en el rafe palatino medio, donde ocurre una verdadera fusión de dos procesos independientes con cubierta epitelial.

Por su parte Little y Jakobsen (7), sugieren que el quiste globulomaxilar puede tener un origen dual, en el epitelio odontogénico o en el no odontogénico.

Posteriormente, Shear (15) afirma que esa entidad nosológica está actualmente suprimida porque trata siempre de lesiones odontogénicas (muy excepcionalmente no odontogénicas) bien definidas donde la sola particularidad es su localización.

El motivo fundamental de este trabajo es demostrar que cuando la evidencia clínica sumada a la radiográfica y todo esto corroborado con la histopatología la entidad nosológica "quiste globulomaxilar" puede ser observada y que a través de la



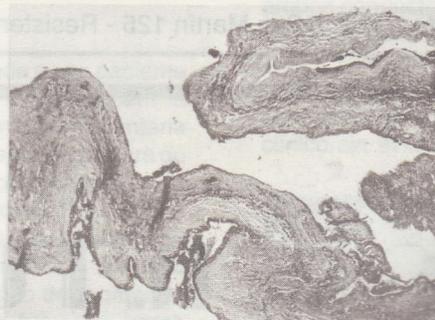
Es una foto clínica compuesta, donde se puede observar:

- A- Aspecto clínico preoperatorio. Obsérvese la tumoración en fondo de surco, en la zona de los dientes 22, 23 y 24.
- B- Durante el desprendimiento cuidadoso de la membrana quística.
- C- Cavidad ósea después de la extirpación total del quiste.
- D- Area quirúrgica con sutura de puntos separados. Notar la readaptación de los bordes de la herida.



②

Muestra una zona radiolúcida relativamente grande entre el incisivo lateral superior y el primer premolar. Obsérvese la divergencia de las raíces de los dientes adyacentes.



③

La fotomicrografía muestra que la cápsula quística se encuentra representada por tejido conectivo inflamado, revestido por epitelio cilíndrico-ciliado pseudoestratificado. En algunos sectores el revestimiento es de tipo Malpighiano. Magnificación original 4x.

histopatología se puede hacer el diagnóstico diferencial de otras patologías.

Resumen

El propósito de este estudio fue aclarar la naturaleza del denominado quiste globulomaxilar. Hallazgos embriológicos e histopatológicos sugieren que el desarrollo de quistes fisurales en esta región del maxilar es altamente improbable y algunos de éstos previamente descritos quistes globulomaxilares son de hecho otras patologías distintas. Sin embargo un diagnóstico de quiste globulomaxilar tendría que ser considerado, si exámenes clínicos, radiográficos y microscópicos han efecti-

vamente descartado otras entidades.

Summary

The purpose of the study was to shed further light on the nature of so-called globulomaxillary cyst. The embryologic and patho-histological findings suggests that the development of fissural cysts in this region of the maxilla is highly unlikely and some of the previously described globulomaxillary cysts are in fact other distinct pathosis. However, a diagnosis of globulomaxillary cysts should be considered if clinical, radiographic, and microscopic examinations have effectively ruled out other entities.

Bibliografía

- 1- Almeida, C.M. (1989). Conservative treatment of a globulomaxillary cyst. *Rev-Port-Estomatol-Cir-Maxilofac.* 30(1):9-17.
- 2- Bhaskar, S. N. (1971). *patología Bucal.* 3ra. ed. Buenos Aires, "El Ateneo". p. 154-156.
- 3- Christ, T. F. (1970). The globulomaxillary cyst: an embryologic misconception. *Oral Surg.* 30(4): 515-526.
- 4- Gómez Mattaldi, R., A. (1975). *Radología Odontológica.* 2da. ed. Buenos Aires, "Mundi". p. 293.
- 5- Kanas, R. J. et. al. (1987). Inverted heart-shaped, interradicular radiolucent area of anterior maxilla. *J A D A.* 115 (6): 887-9.
- 6- Laskin, D. M. (1987). *Cirugía Bucal y Maxilo Facial.* 1ra. ed. Buenos Aires. "Médica Panamericana". p.465-66.
- 7- Little, J. W.; Jakobsen, J. (1973). Origin of the globulomaxillary cyst. *Oral Surg.* 31: 188-195.
- 8- Naitoh, Y. et al. (1989). Radiographic findings of the so-called globulomaxillary cyst. *Nichidai-Koko-Kaga-Ku.* 15(3): 300-4.
- 9- Patten, B. (1968). *Human embryology.* New York, Mc Graw Hill. pp 345-373.
- 10- Pindborg, J.; Kramer, I. (1972). Tipos histológicos de tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones afines. 1ra. ed. Ginebra, Edit. "O.M.S.". p. 42.
- 11- Reissmann, G. (1989). Diagnosis and therapy of globulomaxillary cyst. *Stomatol-DDR.* 39 (10): 684-6.
- 12- Reyhler, H. (1988). *Revue des pseudo-Kystes et lacunes osseuses des maxillares.* *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 89 (4): 190-98.
- 13- Ries Centeno, G. A. (1979). *Cirugía Bucal.* 8va. ed. Buenos Aires, "El Ateneo". p. 630-33.
- 14- Shafer, W. G. (1977). *Tratado de Patología Bucal.* 3ra. ed. México, "Interamericana". p. 70-72.
- 15- Shear, M. (1985). Cyst of the jaws: Recent advances. *J. Oral Pathol.* 14: 43-59.
- 16- Sicher, H. (1966). *Orban's Oral Histology and Embriology.* 6ta, ed. St. Louis, "The C. V. Mosby Company". p.p. 1-17.
- 17- Thoma, K. H. (1937). facial cleft or fissural cysts. *Int. J. Orthod.* 23(2): 83-89.
- 18- Vedtofte, P.; Holmstrup, P. (1989). Inflammatory paradental cysts in the globulomaxillary region. *J-Oral-Pathol-Med.* 18(3): 125-7.
- 19- Wysocki, G. P. (1981). The differential diagnosis of globulomaxillary radiolucencies. *Oral Surg.* 51(3): 281-286.

Dirección de los Autores: Av. San Martín 125 - Resistencia (3500) - Chaco.

OSCAR H. PUEL
ARTICULOS DENTALES

Calle 13 N° 344 - Tel. 30784 y 48030
La Plata