

QUISTE MAXILAR DE LA LINEA MEDIA PRESENTACION DE UN CASO

Miguel E. León Arcila ¹

RESUMEN

El quiste se define como una cavidad patológica revestida de epitelio que por lo regular contiene material líquido o semisólido ¹. El quiste de la línea media maxilar es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios ².

Se presenta un caso clínico de un paciente de 38 años de edad a quien en su consulta de rutina, su odontólogo general encuentra una tumoración localizada en el reborde alveolar zona vestibular entre los dientes 11 y 21. Las imágenes radiográficas muestran una destrucción ósea de aproximadamente 2 cm. de diámetro, con compromiso de la cortical externa e interna. Se realizó un diagnóstico presuntivo de un quiste de la línea media, el cual fue confirmado por una biopsia por punción. Se efectuó un procedimiento quirúrgico consistente en la resección del quiste y reconstrucción ósea primaria con injerto autólogo con hueso medular de cresta ilíaca anterior.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste y la evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria, como lo muestran los controles radiográficos de dos años.

INTRODUCCION

Según la American Academy of Oral Pathology se define como quiste a la lesión que consiste en un saco o espacio anormal (ya sea de tejidos blandos o duros de la boca), que contiene una sustancia líquida o semisólida, que está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conectivo ^{1,3}. Sin embargo es necesario aclarar que asociado a los dientes incluidos se encuentra el folículo dental, una estructura normal, que en ocasiones es diagnosticada erróneamente como de naturaleza quística por patólogos con limitada experiencia en evaluación de lesiones maxilares ⁴.

Según Kramer quiste es una cavidad patológica que contiene un material líquido, semilíquido o gaseoso no creado por acumulación de pus y que a menudo, pero no siempre esta revestida de epitelio ⁵. En algunas ocasiones se pueden encontrar asociados a pus y en estos casos el primer signo de alarma de un quiste es su infección secundaria, es decir aparece un proceso infeccioso en maxilares y en la fase de diagnóstico se encuentran lesiones compatibles con quiste en la radiografía panorámica ⁶.

Es bastante inusual que un quiste produzca parestesia y Aziz reporta lo que califica como el

¹ Cirujano Maxilofacial. Profesor asistente, Escuela de Odontología. Universidad del Valle

segundo caso documentado de parestesia del nervio alveolar inferior asociado a un quiste⁷.

Las lesiones radiolúcidas en dientes que han sufrido necrosis pulpar y no responden adecuadamente al tratamiento endodóntico, han sido estudiadas histológicamente para realizar un diagnóstico diferencial entre quiste y granuloma periapical resaltando la importancia de la biopsia en estos casos según estudios realizados en 805 muestras por Kuc y colaboradores⁸. Además Lusting y colaboradores en un estudio retrospectivo de 18 pacientes afirma que la demora en el diagnóstico de una lesión quística puede causar mayor morbilidad⁹.

Los quistes de desarrollo se originan a partir de las células epiteliales excesivas o residuales que han permanecido después de la fusión de las láminas en desarrollo. Cuando se forma a partir de las células de una línea de sutura o fisural del hueso se le denomina también quiste sutural o fisural. Estos son llamados usualmente de acuerdo a su localización y ejemplos de ellos son los quistes de la línea media del maxilar, globulomaxilar, nasopalatino, del canal incisal, nasoalveolar y de las hendiduras branquiales³. De todos los quistes no odontogénicos originados en el maxilar, el quiste del conducto nasopalatino es el más común, de acuerdo a lo expresado por Deeb y colaboradores en un análisis de 334 casos de este tipo de quistes¹⁰.

La imagen radiográfica de un quiste suele ser radiolúcida, pero no se puede considerar como patognomónica puesto que esta imagen puede corresponder a otro tipo de lesiones como queratociste (imagen mixta radiolúcida, radiopaca), ameloblastoma, carcinoma ameloblasticos, quiste óseo traumático, etc.^{11,12,13}. Este último también denominado quiste óseo simple y el cual Fielding y colaboradores resaltan la importancia de incluir en el diagnóstico diferencial de lesiones radiolúcidas¹⁴.

Existen estudios encaminados a establecer el diagnóstico diferencial, utilizando una radiografía pa-

norámica, entre dos de las lesiones quísticas más comunes: quiste dentigero y queratociste. Tsukamoto y colaboradores revisaron la características radiológicas de 61 lesiones diagnosticadas histológicamente, pero sus resultados no se pueden tomar como concluyentes y siempre se debe establecer el diagnóstico final apoyado por el estudio histopatológico del espécimen¹⁵.

El quiste de la línea media del maxilar ocurre en forma característica en la línea media del maxilar, creciendo a partir de los residuos epiteliales que han quedado atrapados en ese sitio. Son lesiones de tipo no odontogénicas, raras, que no involucran la papila palatina ni el canal incisivo y son usualmente asintomáticas¹⁶.

El diagnóstico se fundamenta en las características clínicas y radiográficas de la lesión y el estudio histopatológico que se debe realizar en forma quirúrgica y del espécimen completo retirado durante la cirugía definitiva. Sin embargo cuando se puede tener una información bastante aproximada de la naturaleza de la lesión se puede omitir la biopsia inicial y realizar el procedimiento quirúrgico. En caso de ser necesarios procedimientos complementarios, de acuerdo al resultado de la biopsia, se deben realizar¹⁷. El cirujano debe tener los suficientes elementos de juicio acerca de la patofisiología de la lesión antes de realizar el tratamiento definitivo: remoción, resección y/o reconstrucción¹⁸. August y colaboradores encontraron en un estudio retrospectivo que 30 de 32 biopsias por aspiración pudieron ser procesadas para realizar un diagnóstico correcto de lesiones intramandibulares de maxilares; las 2 biopsias restantes no obtuvieron material adecuado para su evaluación histopatológica^{19,20}. Incluso se ha descrito la utilización del "Laser Doppler flowmetry" para el diagnóstico diferencial de lesiones radiolúcidas²¹.

Es necesario conocer muy bien las características anatómicas y la fisiología de la zona a examinar, así como también conocer el estado general del paciente. Para establecer el diagnóstico de la le-

sión; se debe realizar un examen clínico y radiográfico adecuado. El examen clínico debe incluir el tiempo de evolución, la sintomatología, los tratamientos efectuados hasta la fecha, el tamaño, consistencia, forma de la lesión, su base y su revestimiento mucoso, color textura, etc.²⁰.

El aspecto clínico del quiste de la línea media del maxilar es muy variable. Generalmente son asintomáticos y no presentan asimetrías ni agrandamientos visibles; su hallazgo suele ser casual mediante un examen radiográfico de rutina. Los quistes de mayor tamaño o los que se han infectado en forma secundaria pueden mostrar signos y síntomas como agrandamiento, fluctuación, masas redondeadas, de superficie lisa y color igual a la mucosa adyacente, palpación de consistencia semisólida, ocasionalmente crepitación y dolor cuando hay infección al igual que un trayecto fistuloso. Los dientes adyacentes presentan vitalidad normal¹⁶.

El análisis radiográfico debe iniciarse con radiografías simples como periapicales, oclusales y panorámica. En caso de ser necesario se debe recurrir a estudios complementarios más sofisticados como tomografías lineales, computarizadas y/o tridimensionales. Yoshiura y colaboradores destacan el uso de la tomografía computarizada para el análisis morfológico de lesiones quísticas²².

Las características radiográficas del quiste de la línea media suele ser una zona radiolúcida situada en el centro o en la línea media del maxilar con bordes bien delimitados, ocasionalmente pueden estar desplazadas las raíces de los dientes adyacentes.

Una ayuda muy importante para el diagnóstico es la biopsia o citología por aspiración, que consiste en la punción con una aguja No. 20 aproximadamente y la aspiración del contenido para estudio histopatológico^{19,20}.

El procedimiento quirúrgico de elección en los quistes de la línea media debe incluir la completa enucleación de la lesión con una osteotomía periférica y reconstrucción ósea inmediata. Previamente debe valorarse la necesidad de tratamientos de conductos de los dientes involucrados en la lesión, no porque se encuentren desvitalizados, sino por que en el momento de la cirugía se puede comprometer el paquete vasculonervioso. Idealmente el injerto óseo debe ser de hueso medular autólogo pudiendo ser utilizado del mentón o de la cresta ilíaca, dependiendo de la cantidad que se requiera. Otra opción es la de recurrir a hueso de banco o liofilizado^{20,23}. El espécimen completo debe ser remitido finalmente para estudio histopatológico a fin de establecer el diagnóstico definitivo de la lesión. Algunos autores proponen procedimientos mas conservadores similares a los quistes dentigeros y aún en el caso de lesiones mas agresivas como el ameloblastoma sugieren la marsupialización^{24,25,26}.

PARTE EXPERIMENTAL

El caso clínico se trata de un paciente de 38 años de edad a quien en su consulta de rutina, el odontólogo general encuentra una tumoración localizada en el reborde alveolar zona vestibular entre los dientes 11 y 21. El paciente es remitido para valoración por cirugía maxilofacial encontrándose la tumoración descrita. A la palpación se encuentra una masa de consistencia semisólida, fluctuante, con una mucosa íntegra de color y textura normal, asintomática y sin cambios en la coloración de los dientes, los cuales muestran pruebas de vitalidad pulpar positivas.

El estudio imagenológico comprende radiografías periapicales, oclusal superior, panorámica y tomografía computarizada con cortes axiales, coronales y tridimensionales. Las imágenes muestran una destrucción ósea de aproximadamente 2

cm. de diámetro, con compromiso de las dos corticales, pero de predominio de la externa y afectando la casi totalidad de la espina nasal anterior. (Fotos 1,2 y 3)

La citología aspirativa fue positiva y confirmó el diagnóstico presuntivo de un quiste de la línea media del maxilar. El paciente fue remitido para endodoncia profiláctica de los dientes 12, 11, 21 y 22.

El procedimiento quirúrgico consistió en la resección completa del quiste con una osteotomía periférica y reconstrucción ósea primaria con injerto autólogo de medular de cresta ilíaca anterior. No se presentó ninguna complicación en el transoperatorio. (Foto 4).

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste y la evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria, sin ninguna alteración. El paciente tiene controles hasta de dos años que muestran una integración adecuada del injerto (Foto 5).

DISCUSION Y RESULTADOS

Los resultados postoperatorios de la intervención demuestran una integración adecuada del hueso transplantado y la ausencia de defecto en el sitio intervenido, como lo confirman las radiografías de control de dos años.

Las lesiones radiolúcidas de los maxilares no son patognomónicas y pueden incluir una serie variada de patologías como quistes, tumores benignos y aún tumores malignos. Es muy importante el estudio clínico y radiológico completo del paciente con el fin de establecer un diagnóstico presuntivo lo mas acertado posible antes de intervenir quirúrgicamente. En caso de duda se debe recurrir a una biopsia incisional para poder definir el tratamiento mas adecuado para el paciente.

Es necesario tener en mente que una lesión por más pequeña y asintomática que sea, puede resultar finalmente en un queratoquiste, mixoma, etc que son tumoraciones con una alta tasa de recidiva. Incluso se debe tener dentro de las posibilidades diagnósticas el ameloblastoma o el carcinoma ameloblastico que requieren tratamientos más radicales.

CONCLUSIONES

Es importante hacer énfasis a toda la comunidad odontológica en general y a los estudiantes en particular, sobre la necesidad de realizar estudios radiográficos periódicos a los pacientes, sobre todo por la ausencia de signos y síntomas en la mayoría de las lesiones quísticas y tumorales de los maxilares. La radiografía panorámica se constituye en la imagen de elección, pero sin aumentarle ni disminuirle su papel en el diagnóstico, pues se constituye en una ayuda que no puede sustituir el examen y la historia clínica adecuada del paciente.

En los casos en donde se tenga una gran certeza de las características quísticas y/o benignas de la lesión el procedimiento quirúrgico de elección debe consistir en la resección y reconstrucción ósea inmediatas, como en el caso de quistes fisurales, dentigeros, odontomas, etc. El estudio histopatológico no se puede omitir bajo ninguna circunstancia.

SUMMARY

Cyst is defined as a pathological cavity of epithelium that contains material liquid or semi-solid. The cyst of the mean line is a bone cyst that is form in the mean cleavage of the palate by embryonic remains.

It is presented a clinical case of a patient of 38 years old to whom during a routine dental examinations, his dental doctor finds a cyst



Foto 1. Radiografía oclusal

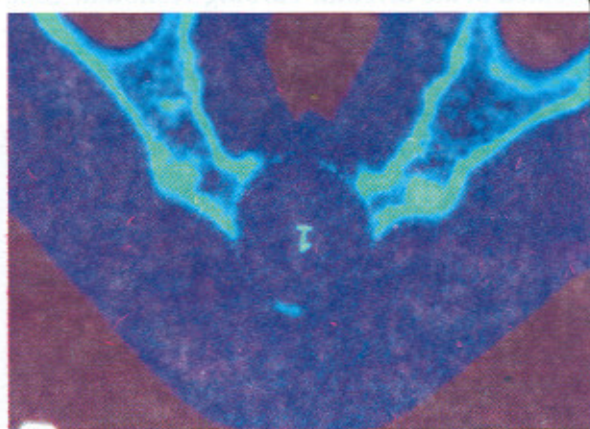


Foto 2. Tomografía computarizada

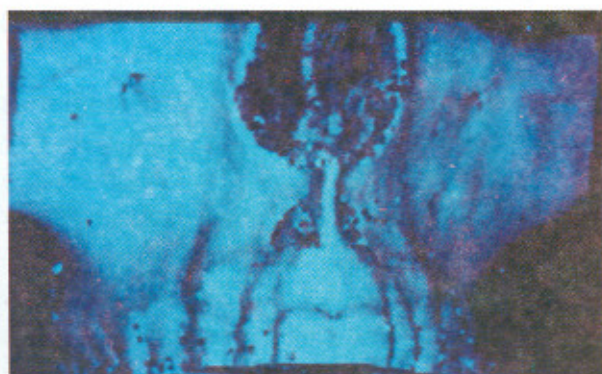


Foto 3. Tomografía tridimensional



Foto 4. Quiste maxilar de la línea media



**Foto 5. Radiografía control del injerto óseo,
dos años después**

located in the alveolar curbing vestibular zone between teeth 11 and 21. Show a bony destruction of approximately 2 cm of diameter, with involvement of the external and internal. Cortical plates It was accomplished a presumptive diagnosis of a cyst of the mean line, the one which was confirmed by a punction biopsy. It was performed a surgical procedure to resect the cyst with primary bony reconstruction.

Histopatologic analysis confirmed the diagnosis, postoperatoria patient evolution was satisfactory, and show the control 2-year after surgery.

BIBLIOGRAFIA

1. Shafer W.G.; Levy B.M. Tratado de patología bucal. 1.987. Nueva Editorial Interamericana.
2. Kruger G. O. Tratado de cirugía bucal. 1.987. Nueva Editorial Interamericana.
3. Zegarelli E.V.; Kutscher A.H.; Hyman G.A. Diagnóstico en patología oral. 1.979. Editorial Salvat.
4. Kim J., Ellis G. L. Dental follicular tissue: Misinterpretation as odontogenic tumors. Journal of oral and maxillofacial surgery. 1.993;51:7-11
5. Laskin D.M. Cirugía bucal y maxilofacial. 1.987. Editorial Médica Panamericana.
6. Camarda A. J., Pham J., Forest D.. Mandibular infected bucal cyst: Report of two cases. Journal of oral and maxillofacial surgery. 1989;47(5): 45-56
7. Aziz Sh., Pulse C., Dourmas M., Roser S.. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. Journal of oral and maxillofacial surgery. 2002;60 (4);244-248.
8. Kuc I., Peters E., Pan J.. Comparison of clinical and histologic diagnoses in periapical lesions. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. ch 2000;89 (3):114-123..
9. Lustig J., Schwartz D., Shapira A..Odontogenic cysts related to pulpotomized deciduous molars. Clinical feature and treatment outcome. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 1999; 87 (4);45-50.
10. Deeb M., Tompach P. C., Morstad A. T., Kwon P.. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. Journal of oral and maxillofacial surgery. 1991; 49 (3):21-33.
11. Fowler C. B., Brannon R. B.. The paradental cyst: A clinicopathologic study of six new cases and review of the literature. Journal of oral and maxillofacial surgery. 1989; 47 (3):76-87.
12. Sickles J. W., Ghali G. E., Troulis M. J.. Expansile intraosseous lesion of the maxilla. Journal of oral and maxillofacial surgery. 2000; 58 (12).
13. Mosqueda A. et al. Odontogenic tumors in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. Oral surgery, Oral medicine. Oral pathology and endodontics. 1997; 84 (6):56-67..
14. Fieldin A. F., Loudon R., Johnson A.. Simple bone cyst. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 1999; 88 (3):32-43.
15. Tsukamoto et al. A radiologic analysis of dentigerous cyst and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 2001; 91 (6):321-341.
16. Gingell J., Levy B., DePaola L..Median palatine cyst. Journal of oral and maxillofacial surgery.1985; 43 (11):23-27.
17. López J.S. Cirugía oral. 1.991. Editorial Interamericana McGraw Hill.
18. Meyer I.;Goldberg M.H. Brief History of the Diagnosis and Surgical Treatment of Benign Cysts and Tumors of the Jaws. Oral and Max

- illofacial Surgery Clinics of North America. 1991; 3(1):1-4.
19. August M., Faquin W. C., Ferraro N. F., Kaban L. B.. Fine-needle aspiration biopsy of intraosseous jaw lesions. Journal of oral and maxillofacial surgery. 1999; 57 (11):345-356.
 20. Alpert B. Surgical Technique in the Management of Benign Cysts and Tumors of The Jaws. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 1991; 3(1):5-20.
 21. Chandler N., Matthew R., Sundqvist G.. Laser Doppler flowmetry. An aid in differential diagnosis of apical radiolucencies. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 1999; 87 (5):34-56.
 22. Yoshiura K et al. Morphologic analysis of odontogenic cysts with computed tomography. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 1997; 83 (6): 456-460.
 23. Yoel J. Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. 1986. Salvat Editores S.A.
 24. Martínez-Pérez D., Varela-Morales M.. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: A report of 4 cases. Journal of oral and maxillofacial surgery. 2001; 59 (3):321-333.
 25. Yoshikawa Y., Nakajima T., Kaneshiro S., Sakaguchi M.. Effective treatment of the post-operative cyst by marsupialization. Journal of oral and maxillofacial surgery. 1982; 40 (8):65-70.
 26. Nakamura N. et al. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics. 2002; 93 (1):234-240.

Correspondencia:

Miguel E. León Arcila
 Profesor asistente Escuela de Odontología.
 Facultad de Salud Universidad del Valle-Cali
 Teléfono: 5542464 - E-mail: miguelev@hotmail.com