

## QUISTE GLOBULOMAXILAR: PRESENTACIÓN DE SEIS CASOS

L. Florit Martí \*  
C. Gay Escoda \*\*  
L. Berini Aytés \*\*\*

Florit Martí, C.; Gay Escoda, C.; Berini Aytés, L.: Quiste globulomaxilar: presentación de seis casos. *Avances en Odontostomatología*. 1994, 10: 291-295.

### RESUMEN

Se presentan seis casos de quiste globulomaxilar, cinco de los cuales se diagnosticaron de modo casual y el sexto por dolor y tumefacción causados por sobreinfección. Se practicó extirpación en todos los casos y el resultado fue satisfactorio. No aparecieron recidivas después de un año de la intervención quirúrgica. Se revisa la anatomía patológica, la clínica, el diagnóstico diferencial y el tratamiento del quiste globulomaxilar.

**Palabras Clave:** Quistes epiteliales no odontogénicos, quiste globulomaxilar, quistes fisurarios.

### SUMMARY

We report six cases of globulomaxillary cyst, five of them were diagnosed by chance and the sixth patient had pain and swelling due to superinfection. All cases were treated by excision and the results were good. There were no recurrences one year after surgery. We review pathologic and clinical features as well as the differential diagnosis and the treatment of globulomaxillary cyst.

**Key Words:** Non odontogenic epithelial cysts, globulomaxillary cyst, fissural cyst.

\* Médico Estomatólogo. Alumno del Máster de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

\*\* Profesor Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona

\*\*\* Profesor Asociado de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona

como producto del crecimiento del epitelio atrapado durante la fusión de los procesos globular y maxilar en el desarrollo embrionario.

El término quiste globulomaxilar sugiere su origen y topografía y, aunque se han propuesto otros nombres de acuerdo con su origen o su localización, tales como quiste intermaxilar,<sup>4</sup> quiste fisural lateral y otros, la primera es la denominación más común. En algunas clasificaciones como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup> de 1971, los quistes globulomaxilares están categorizados como quistes epiteliales de origen no odontogénico. Sin embargo, Christ<sup>6</sup> ha indicado un origen odontogénico y Little<sup>7</sup> ha propuesto un origen dual: odontogénico y no odontogénico.

Su histogénesis es muy discutida y ha sido bien compilada por Donado<sup>8</sup> el cual la describe como originada por un tejido epitelial remanente después de la fusión de los procesos globular y maxilar, teoría que, pese a ser la más extendida, no goza de aceptación general pues se ha postulado que se trata de quistes primordiales debido a su frecuente queratinización<sup>9</sup>. También se ha indicado que pudiera tratarse de un quiste resi-

### INTRODUCCION

El quiste globulomaxilar es un proceso quístico fisurado de origen epitelial que se localiza selectiva-

mente en el maxilar superior, en la unión del hueso maxilar y la premaxila,<sup>1</sup> entre el incisivo lateral y el canino, los cuales deben ser vitales<sup>2</sup> (Figura 1). Fue descrito por primera vez por Thoma<sup>3</sup> en 1937

dual de un incisivo temporal y, por último, de un quiste periodontal de desarrollo. Su etiopatogenia corresponde a la productora de otros quistes, es decir, proliferación y vacuolización de restos epiteliales estimulados por factores infecciosos, traumáticos o metabólicos que, por su crecimiento, presionan el hueso subyacente y comprimen estructuras, ocasionando su desplazamiento y/o reabsorción.

El quiste globulomaxilar se clasifica como quiste no odontogénico y fisural en la clasificación de Gorlin<sup>10</sup> y como quiste epitelial de origen odontogénico en la de Shear<sup>11</sup> y en la de la OMS.

La clínica corresponde a la de un proceso expansivo localizado en el maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino (Figura 1), pudiendo aproximar las coronas del lateral y canino por inclinación de sus ejes o cambiar el punto de contacto entre ambos. El crecimiento puede provocar abombamiento del surco vestibular o en la región palatina, con unas características típicas a la palpación, puede hacerse prominente en esas áreas y puede desplazar el suelo nasal o sinusal<sup>8</sup>. En un principio es asintomático, pero puede causar dolor y tumefacción por infección. Es importante que la vitalidad de los dientes inmediatamente contiguos esté conservada<sup>6,10</sup>.

Del tamaño de la lesión dependerá su imagen radiológica, pero habitualmente se describe como una zona radiolúcida, homogénea, en forma de pera invertida o V que desplaza a las raíces del incisivo lateral y el canino superiores y, si es de gran tamaño, se extiende por encima de los ápices del canino y

los incisivos<sup>12</sup>. El tipo histológico del epitelio de recubrimiento es inespecífico y, según se ha descrito, puede adoptar diversas formas, a saber: escamoso estratificado, columnar y cuboidal ciliado o no y combinaciones de ambas<sup>13</sup>, pero es específico en cuanto a su estructura como quiste con una pared epitelial madura rodeada de tejido conectivo con un grado variable de inflamación parietal.

Las pruebas histoquímicas, como las tinciones de azul alciano, rojo Congo, PAS, de von Kossa y de Verhoeff son útiles para la aproximación al origen odontogénico o no de la lesión<sup>14,15</sup>.

El diagnóstico de presunción se basa en la localización de la lesión radiolúcida definida entre el canino y el incisivo lateral superiores, ambos dotados de vitalidad pulpar y el diagnóstico definitivo se establece por la valoración de la historia clínica, las pruebas pulpares, la radiología, la histología, la punción<sup>16</sup> y las pruebas histoquímicas<sup>17</sup>.

## MATERIAL Y METODO

Después de la revisión de 1536 casos de quistes de los maxilares tratados en el Hospital General Valle d'Hebrón de Barcelona y del Hospital General de Granollers (Barcelona) entre 1970 y 1988, seis casos habían sido diagnosticados como quistes globulomaxilares. Había cuatro varones y dos mujeres, todos eran de raza blanca, con una edad media de 25,7 años (límites, 18-42 años) y una incidencia máxima en el grupo de edad infe-

rior a 30 años (cinco pacientes eran menores de 30 años).

Se efectuó una anamnesis minuciosa, con especial interés en la comprobación de la vitalidad pulpar de los dientes contiguos a la lesión. Se practicaron ortopantomografías y radiografías oclusales y, una vez establecido el diagnóstico de presunción, se procedió a la intervención quirúrgica.

El tratamiento consistió, en todos los casos, en exéresis o enucleación bajo anestesia local después de la preparación de un colgajo de Newman parcial de grosor completo, que fue colocado y suturado con seda 3/0 (Figura 2).

Se administró tratamiento antibiótico y antiinflamatorio no esteroideo durante el postoperatorio, además de dieta blanda, frío local y se aconsejó una higiene oral cuidadosa.

El material obtenido fue remitido al anatomopatólogo para su examen histológico.

El seguimiento consistió en controles clínicos y radiológicos periódicos durante un año en los que se comprobaba la vitalidad de los dientes contiguos.

## RESULTADOS

De los 1536 quistes maxilares diagnosticados y tratados, 1515 (98,6%) fueron de origen epitelial y 21 (1,4%) de origen no epitelial. De los quistes epiteliales, 29 (1,89%) eran de origen no odontogénico y entre éstos, seis (0,39%) eran globulomaxilares.

De los seis casos, cinco eran asintomáticos y se diagnosticaron por exploraciones motivadas por otras causas. Un solo caso fue sintomático; el paciente manifestaba dolor local y presentaba tumefacción por una sobre infección.

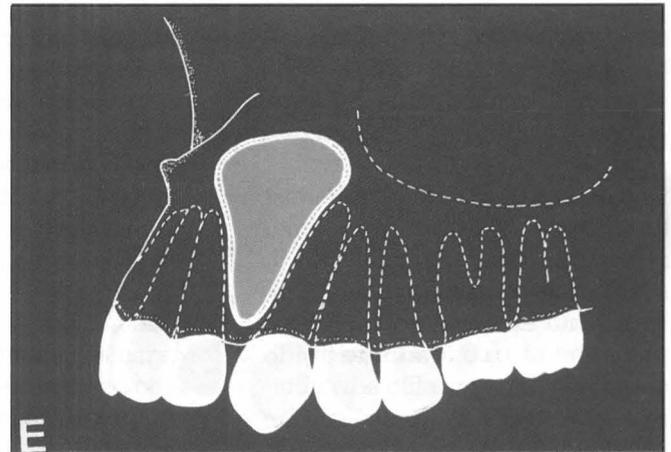
Los dientes contiguos tenían vitalidad en todos los casos y radiográficamente se observó una lesión radiolúcida, bien definida, entre el incisivo lateral y el canino superior y el incisivo lateral con convergencia de coronas y divergencia de raíces (Figura 3). En ningún caso se había producido rizólisis.

El estudio anatomopatológico puso de manifiesto la presencia de epitelio escamoso estratificado en cinco casos y, en el restante, epitelio columnar ciliado, rodeado de tejido conectivo con un grado variable de infiltrado inflamatorio. El tamaño promedio de la lesión fue de 2,5 cm en varones y 2,1 cm en mujeres.

No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias ni tampoco secuelas en la vitalidad de los dientes adyacentes. A los 12 meses de la intervención, la trama ósea sobre la lesión era normal y no hubo ninguna recidiva.

## DISCUSION

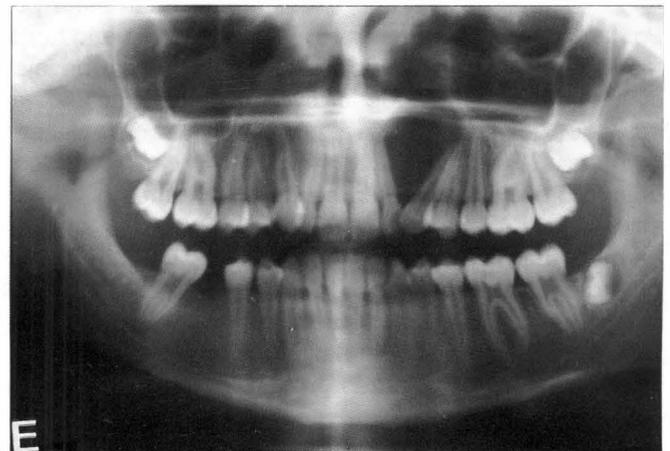
En la serie estudiada, los 6 casos diagnosticados representan una incidencia del 0,39% sobre el total de los quistes maxilares y un 20,69% sobre el total de los quistes epiteliales de origen no odontogénico, lo que confirma la infrecuencia del quiste globulomaxilar con respecto a los quistes



**Figura 1.**  
Quiste globulomaxilar situado entre el incisivo lateral y el canino.



**Figura 2.**  
Exéresis quirúrgica de un quiste globulomaxilar.



**Figura 3.**  
Imagen radiográfica característica de un quiste globulomaxilar (entre el 22 y el 23).

de los maxilares. La mayor incidencia (cinco de seis casos) se ha observado en pacientes por otros autores <sup>18</sup>.

La primera descripción de la histopatología del quiste globulomaxilar, publicada por Thoma <sup>3</sup>, señalaba la presencia de un recubrimiento epitelial estratificado pavimentado, rodeado de tejido conectivo con un infiltrado inflamatorio; desde entonces se han publicado numerosas aportaciones sobre la histología del quiste globulomaxilar entre las que destaca la de Hyde <sup>19</sup>, que describió un proceso formado por epitelio estratificado escamoso y epitelio cuboideo rodeado de tejido conectivo con infiltrado inflamatorio, hasta las de González y Moreno <sup>20</sup> que publicaron un estudio de 18 lesiones que presentaban un epitelio plano estratificado queratinizado con un discreto infiltrado linfoplasmocitario y tres procesos en los que la membrana quística estaba constituida por epitelio cilíndrico columnar ciliado. Es importante destacar que, según Christ <sup>6</sup>, la presencia de epitelio columnar o cuboidal ciliado no implica un origen no odontogénico por la posibilidad de metaplasia de quistes de origen dentario.

Por tanto, para diagnosticar correctamente el quiste globulomaxilar cuyo epitelio puede adoptar diversas configuraciones: escamoso estratificado, columnar, cuboideo ciliado o no y combinaciones de éstos <sup>13</sup>, es fundamental establecer un buen diagnóstico diferencial el cual debe ser planteado, fundamentalmente, con las siguientes entidades: quistes radiculares y granulomas periapicales por la vitalidad de los dientes adyacentes, la posible historia clínica de

periodontitis apical y/o traumatismo y su histopatología; con el quiste periodontal lateral por su histopatología característica de fina capa epitelial con células ricas en glicógeno <sup>21</sup>; con el queratoquiste odontogénico por su epitelio estratificado, paraqueratinizado y su capa de células basales en empalizada, con el granuloma de células gigantes y con mixoma odontogénico por su histología característica; con defectos quirúrgicos o anatómicos <sup>16</sup> y con el carcinoma denoide quístico por la posible reabsorción de raíces y por la malignidad morfológica de sus capas.

Con respecto al tratamiento, deberían seguirse los principios generales del Laskin <sup>22</sup> para el tratamiento de los quistes de los maxilares, a saber, extirpación y eliminación del tejido patológico del maxilar, conservación del tejido que podría ser funcional en la arcada, preservación de las estructuras adyacentes siempre que sea posible y restauración del área afectada a su tamaño y forma normales, lo que implica una elección cuidadosa de los dos procedimientos quirúrgicos estándar: enucleación y marsupialización.

En la serie presentada, debido al pequeño tamaño de la lesión y su fácil abordaje, en todos los casos se efectuó una enucleación sin que se detectaran recidivas en ningún caso después de un año de seguimiento.

#### DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Cosme Gay Escoda  
C/ Ganduxer, 140  
08022 GRANADA

#### BIBLIOGRAFIA

1. LUCAS, M.: Medicina Oral VI, Salvat Ed., Barcelona, 1988; 277
2. GAY ESCODA, C.: Quistes de la región oral y maxilofacial. Tiempos Médicos, 1989; 398: 41.
3. THOMA, K.: Facial cleft or fissural cyst. Int J. Orthodont Oral Surg 1937; 23: 83.
4. FERENZY, K.: The relationship of globulomaxillary cysts to the fusion of embryonal processes and to cleft palates. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1958; 11: 1388.
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: Classification histologique internationale des tumeurs n° 5. Types histologiques de tumeurs odontogènes, kystes et lésions apparentées des maxillaires. OMS, Genève 1971.
6. CHRIST, TF.: The globulomaxillary cyst: an embryologic misconception. Oral Surg 1970; 30: 515.
7. LITTLE, J.W.; LEXINGTON, K.; JACOBSEN, J.: Origin of the globulomaxillary cyst. Oral Surg 1973; 31: 188.
8. DONADO, M.: Cirugía bucal. Patología y técnica. Ed. Madrid 1990; 39:726.
9. LÓPEZ ARRANZ, J.S.: Cirugía Oral, McGraw- Hill Ed., 1991, 17:504.
10. GORLIN, R.J.: Quistes de los maxilares, suelo de la boca y

cuello. En: Patología oral, Thoma KH, Salvat Ed., Barcelona, 1973.

11. SHEAR, M.: Cysts of the oral region. John Wright and son, Ed., Bristol 1983: 250.
12. ZEGARELLI, D.J.; ZEGARELLI, E.V.: Radiolucent lesions in the globulomaxillary region. Oral Surg 1973; 31: 767.
13. HOLLINSHEAD, M.B.; SCHNEIDER, L.: A histologic and embryologic analysis of so-called globulomaxillary cysts. Oral Surg 1980; 9: 281.
14. WERTHEIMER, F.W.; FULLMER, H.M.; HANSEN, L.S.: Histochemical study of hyaline bodies in odontogenic cysts and a comparison to the human secondary dental cuticle. Oral Surg 1962; 15: 14.
15. PROVENZA, D.V.: Oral histology: inheritance and development. J.B. Lippincott and Co.; Ed.; Philadelphia 1946, 497.
16. WOOD, N.K.; GOAZ, P.W.: Differential diagnosis of oral lesions. The CV Mosby Company Ed., 3rd ed. Saint Louis 1985, 402.
17. ZEGARELLI, E.V.; KUTSCHER, A.H.; HYMAN, G.A.: Diagnóstico en patología oral. Tumores, quistes y neoplasias. Salvat Ed., Barcelona 1972, 3:190.
18. AKIRA, K., KITAMURA, J.: Clinical report of a case of globulomaxillary cyst. Oral Surg 1952; 5: 705.
19. HYDE, N.: Multiple fissural cysts. J Orthodont Oral Surg 1947; 33: 595.
20. GONZÁLEZ, L.M.; MORENO, J.: Nuestra experiencia en el estudio y tratamiento de los quistes globulomaxilares. Revista Europea de Odontostomatología 1991; 1: 41.
21. WYSOCKI, G.P.; BRANNON, R.B.; GARDNER, D.G. Y SAPP, P.: Histogénesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. Oral Surg 1980; 50: 327.
22. LASKIN, D.: Oral and maxillofacial surgery. Tomo 2, Mosby Company Ed., VI:428.

# SANODIN®

- Antiinflamatorio gel
- Cicatrizante
- Regenerador del epitelio bucal

## INDICACIONES:

- **Medicina general:** Ulceras de la mucosa bucal. Gingivitis. Estomatitis. Encías sangrantes.
- **Pediatría:** Primera dentición. Ulceras de la mucosa bucal (traumáticas, inflamatorias, etc.).
- **Odonto-Estomatología:** Ulceras de la mucosa bucal. Gingivitis. Estomatitis. Encías sangrantes. Prevención y curación de úlceras inducidas por aparatos maxilofaciales. Antiinflamatorio y cicatrizante tras extracciones dentarias y cirugía de la boca. Regenerador de epitelios.

## CONTRAINDICACIONES:

No tiene contraindicaciones.

## POSOLOGIA:

Aplicar una capa delgada de Sanodin Gel sobre la zona a tratar, cada 4 horas. Para la adaptación de la prótesis pueden bastar dos aplicaciones diarias.

## PRESENTACION:

Tubo con 15 g. de pomada.  
P.V.P. IVA: 327 Ptas.

**LABORATORIOS LEO, S.A.**

Avda. Pío XII, 99. 28036 Madrid



## Ficha Técnica:

**COMPOSICION:** Carbenoxolone al 2%.

**PROPIEDADES:** El Sanodin Gel es un preparado de acción local para aplicar sobre superficies mucosas; está indicado por lo tanto en lesiones de la boca en las que existe irritación o soluciones de continuidad de la mucosa. El vehículo de Sanodin Gel favorece la permanencia del principio activo (Carbenoxolone) en contacto con la mucosa durante varias horas y forma una película protectora que acelera los procesos de cicatrización y disminuye las molestias y el dolor.