

A P A R T A D O D E
"ANALES DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA DEL URUGUAY"

TOMO XXXVII

● PARTE I ●

PAGS.: 31 - 37

OSTEOSARCOMA DEL MAXILAR SUPERIOR PROTESIS CON OBTURADOR INFLABLE

Dr. JAIME N. GRÜNBERG

Editorial Periodístico-Médica, GARCIA MORALES - MERCANT S. A.
DANTE 1978 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

1 9 6 7

OSTEOSARCOMA DEL MAXILAR SUPERIOR PROTESIS CON OBTURADOR INFLABLE

por el Dr. JAIME N. GRUNBERG *

1. — Introducción.

La presentación de este trabajo obedece a 2 motivos:

- a) Por ser el osteosarcoma un tumor infrecuente en los maxilares.
- b) Por haberse realizado una prótesis quirúrgica con obturador inflable, el primero en nuestro medio.

2. — Resumen de la historia clínica.

N.N. de 42 años es enviada a la Clínica Bucomaxilar de la Facultad de Odontología el 16.XI.1965 por una tumoración que asienta en el reborde alveolar izquierdo del maxilar superior. Comenzó hace 8 meses con molestias en la región y dificultad para colocarse la prótesis completa que usaba ya varios años. Hace 2 meses nota aumento del volumen de la zona.

Examen: Se constata, (Fig. 1) en el lado izquierdo del maxilar superior, una deformación que asienta en el reborde alveolar, que sobrepasa ampliamente hacia las zonas vecinas. Se extiende desde la zona que correspondería al incisivo central superior izquierdo al segundo molar del mismo lado. Deforma la región vestibular y palatina. Hacia arriba llega hasta las proximidades del agujero infraorbitario.

Por rinoscopia anterior se nota la deformación del piso de la fosa nasal del lado correspondiente. La mucosa que recubre la tumoración tiene aspecto normal tanto la bucal como la nasal.

La palpación muestra una consistencia firme pero que varía en distintas zonas.

* Prof. de Clínica Quirúrgica y Clínica de Patología Buco-Maxilar (Fac. Odont.).

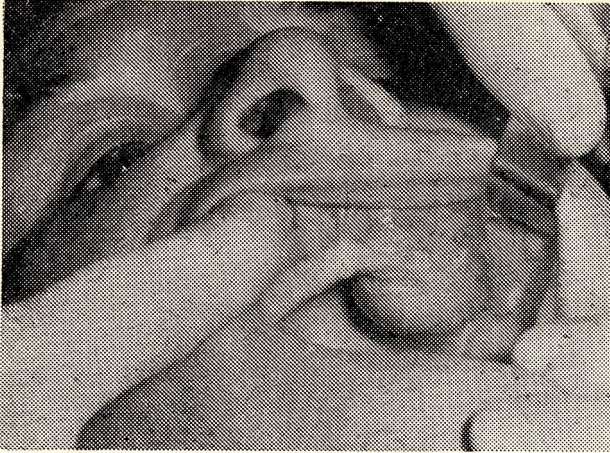


FIG. 1

En las radiografías de cara se constata en piso de seno maxilar, una imagen de convexidad superior, que da un velo en mitad inferior de seno.

3. — La toma para el estudio biópsico es realizada por el Dr. José Sader, mediante la técnica de colgajo. Se extrae un segmento cuneiforme que se envía al laboratorio. Cierre por puntos separados.

4. — **Informe Anatomopatológico, realizado por el Prof. Dr. José Costas,**

Presencia de una neoformación conjuntiva de tipo maligno.

Se observan zonas constituídas por **tejido cartilaginoso**, en los que se desacan la cromacidad y tamaño desigual de los núcleos.

Otras porciones están constituídas por masas homogéneas, eosinófilas, en las que se están produciendo **neoformaciones de hueso tumoral**.

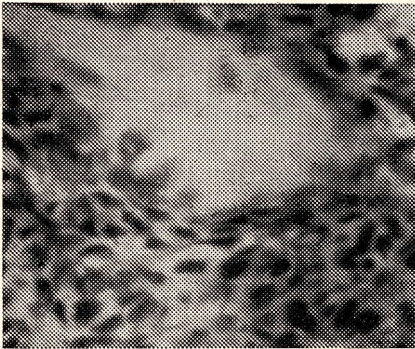


FIG. 2

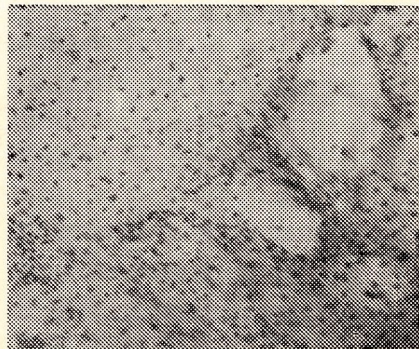


FIG. 3

Entre las regiones anteriormente mencionadas se encuentra un tejido conectivo joven, muy celular, en el que se destacan los núcleos cromáticos; tamaño desigual tanto de células como núcleos y amplios vasos con paredes endoteliales tumorales.

Finalmente, por áreas, el tejido conectivo sarcomatoso adquiere los caracteres mixomatosos, con células estelares, anastomosadas, y núcleos hiper Cromáticos.

En suma estamos en presencia de un sarcoma osteogénico u osteosarcoma, que por su constitución histológica podrá ser denominado mixo-condro-osteosarcoma.

5. — Consideraciones sobre osteosarcomas de los maxilares.

Para la realización de la clasificación de los sarcomas de los maxilares haremos previamente una breve consideración sobre tejido óseo y órgano hueso. El tejido óseo está constituido por osteoblastos, osteocitos, osteoclastos y sustancia calcificada.

El órgano hueso está constituido por:

- a) Tejido óseo.
- b) Tejido conjuntivo cuyas células son los fibroblastos y fibrocitos.
- c) Por la médula ósea con tejido hematopoyético y retículo endotelial.

Cada uno de estos tejidos del órgano hueso tiene una potencialidad tumoral y en base a ello seguiremos una de las clasificaciones posibles de los sarcomas óseos.

A. Sarcomas que derivan de las células que cuando llegan la completa diferenciación se llaman osteoblastos. De estas derivan los **Osteosarcomas**.

B. Sarcomas que derivan del tejido conjuntivo que existe en el órgano hueso, tejido conjuntivo que forma el periostio, ligamento alveolo dentario, conjuntivo odontogénico, el que rodea los nervios, etc. De este tejido derivan los **Fibrosarcomas**.

C. Los sarcomas que derivan de la médula son:

- ◆ Mielosarcomas
- ◆ Reticulosarcomas
- ◆ Reticulolinfosarcomas

Muchos autores consideran que estos dos últimos pueden ser estados evolutivos de un mismo tipo de blastoma.

6. — Frecuencia de sarcomas y osteosarcomas del maxilar superior.

Windeyer (1943) registra 145 epitelomas, y 12 sarcomas.

Dargent, Gignoux y Gaillard 191 epitelomas y 16 sarcomas.

Huet y Stefani 203 epitelomas y 21 sarcomas.

Estos 21 sarcomas se distribuyen de la siguiente manera:

	Retículo y linfosarcomas		12
	Fibrosarcomas		7
	Osteosarcomas		2
Wille	13 sarcomas	1 osteosarcomas	
Eggston y Wolf	23 "	4 "	
Gargent y col.	15 "	2 "	
Grozett	21 "	1 "	

La frecuencia de los sarcomas del maxilar en orden decreciente: Retículo y linfosarcomas, Sarcomas fibroblásticos, Osteosarcomas.

7. — Consideraciones sobre anatomía -patológica, de los Osteosarcomas.

Hay un hecho fundamental del punto de vista morfológico y que tiene su traducción radiográfica. Como el tumor se origina de células con potencialidad para formar hueso, pero que no siempre lo produce puede dar dos formas histopatológicas con traducción radiográfica:

◆ Osteosarcomas osteoblásticos, osificantes o esclerosantes. Esta forma produce hueso y tejido osteoide rodeados de osteoblastos malignos en tejido conectivo muy celular.

Del punto de vista radiográfico se constatan zonas radioopacas correspondiente a la neoformación ósea alternando con zonas de rarefacción que corresponden a la zona muy celular.

◆ Sarcomas osteogénico conteniendo cartílago que algunos denominan condrosarcomas. Del punto de vista microscópico hay tejido conjuntivo sarcomatoso, área de tejido mixomatoso, o cartílago fetal. Pueden presentarse islotes de calcificaciones y hueso de neoformación en pequeña cantidad. Radiográficamente se presenta con aspecto de rarefacción ósea.

El caso nuestro corresponde a este segundo tipo.

Ringert citado por Huet afirma: Hay 2 tipos, de sarcomas osteogénicos, osteosarcomas y codromixosarcomas. No hay dife-

rencia neta entre ambos pues se encuentran en casi todos tejido cartilaginoso y óseo.

Gestickter y Copelan en su obra sobre "Tumores de hueso" registra 17 osteosarcomas, 10 osificantes que se distribuyen en el maxilar superior e inferior y 7 condrosarcomas todos en el maxilar inferior. Estos no deberían ocurrir en el maxilar superior que es un hueso membranoso, afirma. En cambio Thoma registra 2 observaciones personales y cita a Miles que encuentra 6 casos en la literatura.

El caso presentado en este trabajo es el condro-mixo-sarcoma que es originado indiscutiblemente en la infraestructura del maxilar superior.

8. — Tratamiento instituido. Quirúrgico.

Intervención realizada el 2.II.65.

Se realiza ligadura de carótida externa para disminuir la hemorragia. Para la resección del maxiliar se realiza una incisión de todo el espesor del labio, paralatero nasal y surco vestibular. Se realiza la resección de infra y meso estructura con la técnica habitual.

La evolución de las heridas se realiza normalmente, persistiendo únicamente las alteraciones de la deglución y fonación debido a la falta del paladar donde persiste un orificio de 5 por 5 cts. Aprox. Para solucionar estas secuelas se plantea la confección de una prótesis quirúrgica.

9. — Solución protética con obturador inflable.

Esta se realiza en la Clínica de Prótesis completa de la Facultad de Odontología. Sigue los lineamientos señalados por Payne y Welton en el trabajo "An inflatable obturator for use following maxilectomy" (obturador inflable para usar a continuación de la maxilectomía) publicado en "The Journal of Prosthetic Dentistry (Julio-Agosto 1965). Se tuvieron que hacer con algunas modificaciones por no poseer todo el material necesario.

La prótesis tiene la particularidad de poseer una goma que se infla con aire (la cual está destinada a dar retención a la prótesis. Fig. 4 y 5. En vestibular de la prótesis se ubicó una válvula de cámara de auto como se puede apreciar en las fotos (Fig. 4 y 5).

El paciente ubica la prótesis en posición en la boca, con el el manguito de goma desinflado. Este manguito coincide con el

orificio palatino, secuela de la resección del maxilar. Fig. 6. Ubicada en posición la prótesis, el paciente, mediante una pera de goma con una extremidad que se enrosca en la válvula de auto, infla el manguito de goma, el cual ocupa la cavidad dejada al resecar el maxilar, y sirve de retención a la prótesis. Fue utilizada con mucha comodidad, no requiriendo retoques necesarios. Fig. 7.

FIG. 4

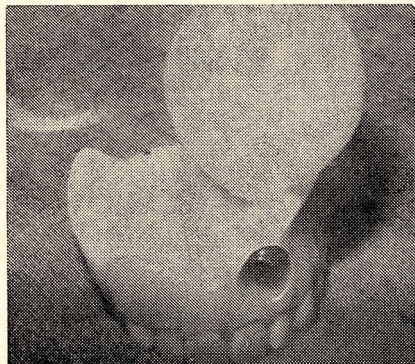


FIG. 5

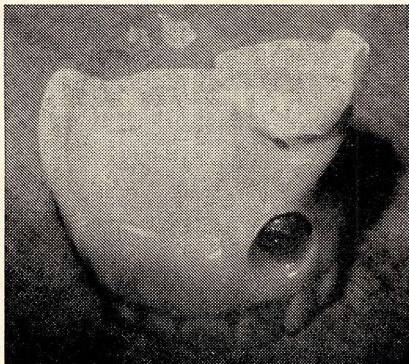


FIG. 7

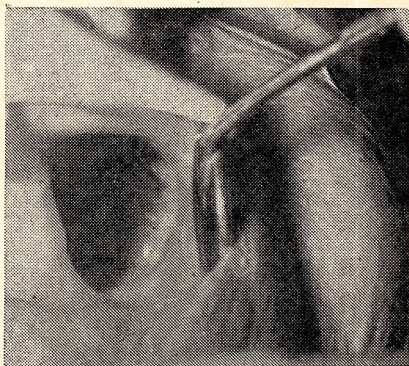


FIG. 6

10. — Consideraciones sobre esta solución protética.

La ventaja del manguito inflable sobre los materiales rígidos que se pueden introducir en la cavidad residual son:

1. Se logra una adaptación perfecta a las paredes de la cavidad residual.
2. La irritación de los tejidos de esta cavidad residual es muy discreta, evitándose así la producción de granulomas por irritación traumática, que hacen pensar en la posibilidad de una recidiva.

Resumen.

Presentamos un caso de osteocondromixosarcoma del maxilar superior que dada su rareza justifica su publicación. Es el sarcoma menos frecuente de los maxilares. La frecuencia es menor aun si consideramos únicamente al maxilar superior. Dentro de éste la ubicación en la infra-estructura es excepcional.

Se realizó una solución protética con manguito inflable que fue muy bien tolerada por el enfermo, y dentro de nuestro conocimiento, el primero que se realiza en nuestro medio.

B I B L I O G R A F I A

- Geschickter y Copeland.** — Tumores de huesos. Suescun. Barrenechea, Argentina.
- Huet P.c. y Stefani, S.** — Les cancers du Massif, Maxillaire Superieur. Masson y Cía. 1960.
- Thoma, K. H.** — Cirugía bucal. Uteha, 1955.