

# Quistes no odontogénicos de los maxilares.

## *Quiste palatino medio: a propósito de un caso clínico.*

Dr. Felipe Kornecki \*, Br. Fernando Silvera \*\*, Br. Marcelo Ferrari

*A través de la presentación de un caso clínico de un quiste palatino medio, se realiza una revisión de los quistes maxilares, su origen, clasificación, diagnóstico y tratamiento.*

### INTRODUCCIÓN

Un quiste se puede definir como una cavidad patológica o espacio anormal conteniendo una sustancia líquida o pastosa rodeada por una pared o membrana. (2)

Quiste verdadero es aquel, en cuya pared podemos observar desde el punto de vista anátomo-patológico, un epitelio rodeado por una cápsula conectiva. Los quistes verdaderos constituyen una lesión particular de los huesos maxilares, ya que éstos son los únicos huesos de la economía que presentan restos epiteliales atrapados en su seno. Estos restos tienen diferente origen: odontogénicos y no odontogénicos. (2)

En orden decreciente la forma de presentación es: quistes inflamatorios, quistes foliculares, y, los menos frecuentes son los no odontogénicos o fisurarios. (3)

Estos quistes, no odontogénicos, se forman a partir de los restos epiteliales o remanentes embrionarios que forman los maxilares. Estos restos pueden sufrir degeneración quística dando origen a los quistes fisurarios. (1)

### CLASIFICACIÓN

Quistes epiteliales ( WHO, 1992 ):

**De desarrollo Odontogénico** -Quiste Gingival, de niños. Quiste Dentífero (folicular). Queratoquiste Odontogénico, (primordial). Quiste de erupción. Quiste late-

\* Asistente titular de la cátedra de anatomía general y buco-dental. Asistente titular de la clínica quirúrgica III de la Facultad de Odontología. Montevideo. Uruguay.

\*\*Ayudante titular de la cátedra de Anatomía general y Buco-Dental. Facultad de Odontología. Montevideo. Uruguay.



Fig. 1

ral periodontal. Quiste Gingival en adultos. Quiste Odontogénico glandular, (sialo-odontogénico).

**De desarrollo no Odontogénico** - Quiste del conducto palatino, (canal incisivo)- Quiste nasolabial, (nasalveolar).

**Inflamatorios Radicular** - Quiste radicular apical y lateral. Quiste radicular residual.

**Paradental** - Quiste inflamatorio colateral, mandibular infectado bucal.

### CASO CLÍNICO



Fig. 2

### Historia clínica

R.V. de 25 años de edad, sexo masculino, consulta por una tumoración localizada en la línea media del paladar a 1 cm. detrás de la papila incisiva. Dicha lesión comienza aproximadamente 8 meses antes de la consulta, evolucionando indolora y lentamente. Al exámen se constató una tumoración de 2 cm. en sentido anteroposterior y 1 cm. de ancho. La mucosa que lo recubría tenía aspecto anormal, presentándose de color azulado ( ver foto 1 ). Al exámen rinoscópico anterior no se observaba deformación del piso nasal. Se sospechaba estar ante la presencia de un quiste palatino medio, lo cual se confirmó mediante la punción diagnóstica, extrayéndose un líquido de color amarronado. (F . 2)

### QUISTE PALATINO MEDIO

Para la OMS no existen evidencia de que estos quistes sean entidades clínicas. Para Kitamura (2), quien hace un estudio exhaustivo embriológico de estos quistes, serían quistes primordiales, por lo tanto no deberían clasificarse como fisurales. El quiste palatino medio proviene del epitelio atrapado a lo largo de la línea de unión de los procesos palatinos del maxilar superior (2-4-8).

### EMBRIOLOGÍA DEL MAXILAR SUPERIOR

Como resultado del crecimiento medial de lo maxilares (procesos) los dos procesos nasales internos se fusionan en la superficie y en la profundidad. De esto surge el denominado segmento intermaxilar que com-

prende:

a) un componente labial que forma el surco subnasal en la línea media del labio superior.

b) un componente maxilar superior.

c) un componente palatino que forma el paladar primario triangular. Mientras que el paladar primario deriva del segmento intermaxilar, la porción principal del paladar primitivo es formada por las evaginaciones laminares de los procesos maxilares. Estas elevaciones llamadas crestas palatinas aparecen en la sexta semana del desarrollo y descienden en forma oblícua a ambos lados de la lengua. Sin embargo en la séptima semana, las crestas palatinas ascienden hasta alcanzar una posición horizontal y se fusionan entre sí formando el paladar secundario.

Al mismo tiempo que se fusionan las crestas palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y va a unirse con la superficie cefálica del paladar neoformado. En estos procesos de fusión, quedan entrampados los restos embrionarios responsables de la formación de los quistes. (6).

### CLÍNICA Y RADIOLOGÍA

Los quistes palatino medio se presentan en la línea media del maxilar superior, línea de unión de ambos maxilares, e incluso en la unión con los huesos palatinos. Pueden extenderse como tumoración desde la papila incisiva hasta la úvula inclusive. (8)

Se diferencian de los quistes del conducto incisivo, principalmente, por su ubicación dado que generalmente aparecen más atrás en el paladar. (5)

En general su crecimiento es asintomático. (3-8)

Cuando su tamaño es grande dificultan la fonación y

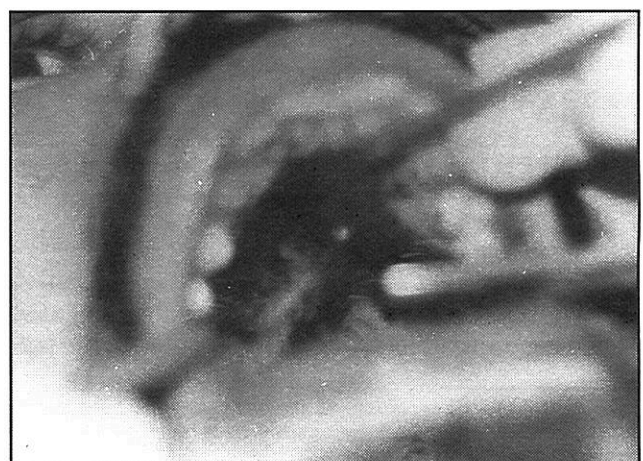


Fig. 3

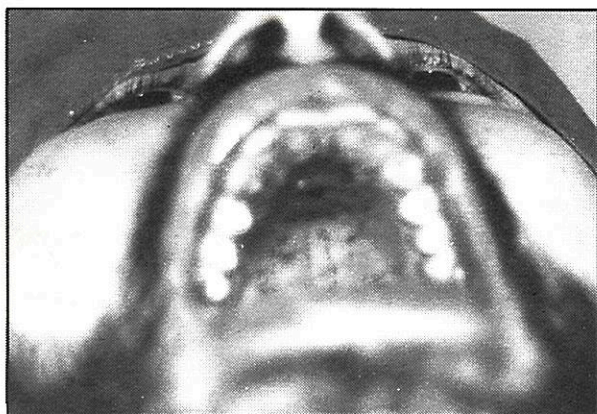


Fig. 4

la masticación. (8)

Es importante desde el punto de vista clínico, realizar el diagnóstico diferencial con: torus palatino, absceso palatino, adenoma pleomórfico, hematoma subperióstico osificado, callo óseo, osteoma, osteosarcoma, carcinoma del seno maxilar y tumores vasculares. (Eckles R., Miller R.)

A la inspección se observan límites definidos y la mucosa palatina puede observarse normal o azulada como el caso que se presenta. Se puede palpar renitencia y fluctuación. Según Kruger, los hallazgos radiológicos en general llevan a errores por la superposición de imágenes con las cavidades paranasales.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento es quirúrgico, y no difiere de la técnica descrita para los demás quistes. En nuestro caso clínico realizamos: bloqueo anestésico bilateral a los Nervios Alveolares Posteriores y N. Palatinos Anteriores; anestesia regional al Nervio Nasopalatino. En la táctica quirúrgica, optamos por realizar la exéresis completa de la lesión, y la cicatrización por segunda intención para la cual realizamos una incisión siguiendo el contorno de la lesión con fibromucosa incluida debido a la expresión palatina de la lesión (fig. 3), a diferencia de las técnicas realizadas por otros autores quienes realizan un colgajo de Chompret, disecando la mucosa palatina de la membrana quística como en el caso publicado en (3).

La membrana quística se encontraba íntimamente unida a la mucosa palatina, sin interposición ósea, hecho que confirma lo acertado de la técnica propuesta. La separación de la membrana quística de las paredes óseas laterales, se realizó con facilidad, en cambio en la parte superior, se encontraba adherida a la mucosa pituitaria nasal lo que dificultó su disección. Luego de la hemostasis y la toilette realizamos el taponamiento del lecho

quirúrgico con gasa iodoformada y eugenol sostenida por un punto en cruz (fig 4).

Se realizaron los controles post operatorios a los 7 días (fig. 5), a los 15 días (fig. 6) y a los 30 días (fig. 7). En la evolución se constató, un socavamiento de la región palatina que se fue remodelando muy lentamente.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

El informe anatomopatológico del caso presentado, realizado por la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Montevideo, Uruguay fue el siguiente:

«El estudio histológico de la pieza recibida, presenta un epitelio malpighiano queratinizado de superficie, secundado por un conjuntivo fibroso con muy escaso infiltrado inflamatorio. Hacia la profundidad se observan, los elementos típicos de una membrana quística, a saber: un epitelio del tipo no odontogénico, con escasas capas celulares y un conjuntivo libre de infiltrado inflamatorio.»

En suma se ratifica el diagnóstico clínico.-

## BIOQUÍMICA DEL CONTENIDO QUÍSTICO

Según Susuki, el contenido quístico está constituido por electrolitos (Toller 1966), proteínas (Skaug 1974), lípidos (Selle 1974) y componentes viscosos (Skaug y Hfstad 1972) Skaug (1973) reporta ácido hialurónico en el contenido quístico.

Smith y Col (1984) manifiestan que el ácido hialurónico proviene de la pared del quiste. El ácido hialurónico no solo tiene una función de protección celular sino que además inhibe la producción de agua oxigenada y oxígeno lo que induce a la infección de las cavidades. No se ha observado la influencia del ácido hialurónico en la



Fig. 5

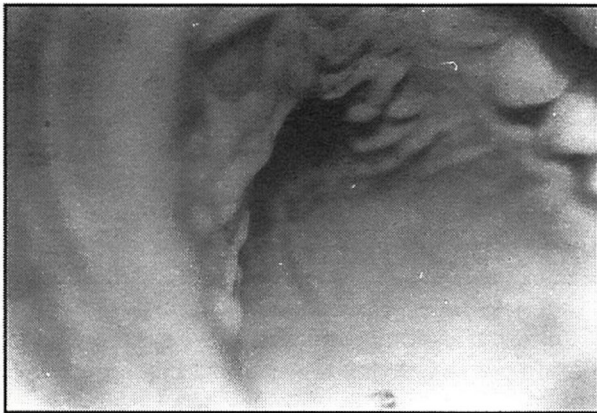


Fig. 6

transformación maligna de los quistes(9)

“Bioquímica del contenido quístico del quiste palatino medio: Análisis: determinación de concentración de proteínas totales en el líquido quístico del paciente R.V. 24 mg./mlts, 4grs/mlts».

Este exámen fue realizado en la Cátedra de Bioquímica y Biofísica de la Facultad de Odontología de Montevideo, Uruguay.

**RESUMEN Y CONCLUSIONES.**

Un caso de quiste palatino medio es presentado, dada su escasa frecuencia. El tratamiento realizado fue quirúrgico, con exéresis de la lesión y mucosa palatina incluida. La zona cruenta cicatrizó por segunda intención, con un post operatorio benigno y una correcta repitelización. La ausencia de recidiva al año de la intervención pone de manifiesto lo acertado de la técnica quirúrgica empleada.

**BIBLIOGRAFÍA.-**

1.- Clases teóricas dictadas en la Facultad de Odontología 1981-1982.  
 2.- DI PIRAMO, S. Anatomía Patológica General y

Bucomaxilar Librería Médica, Montevideo, Uruguay, 1 ed. 1990.  
 3.- GRUMBERG J. y CHIODI. H. Quiste Palatino Medio a propósito de un caso Odontología Uruguaya, vol. XXIV Nº1 JUL. 1969.  
 4.- KILLEY y KAY. Lesiones quísticas benignas de los maxilares. Su diagnóstico y su tratamiento. 1ª ed. 1979, Edit MUNDI.  
 5.- KRUGER, G. Cirugía Buco maxilo Facial, Edit. Panamericana. B.A. Argentinam, 1986  
 6.- LANGMAN, T.W Embriología Médica, 5ª Ed. Edit. Panamericana. B.A. Argentina. 1987  
 7.- LASKIN D.M. Cirugía Bucal y Maxilo Facial, 1ª ed. 1987. Edit. Panamericana. B.A. Argentina.  
 8.- ORIBE, S. Cirugía Maxilo Facial. 2ª ed. 1981. Edit. LOPEZ Libreros Editores. B.A. Argentina.  
 9.- SUSUKI, MITZUKI. A. Biotechnical Study on nature of Jaw Cyst. Journal Cranio Maxillofac. Surg. 16 (1988) 85-88.

**SUMARY**

The characteristics about medial palatine cyst is present in this work.

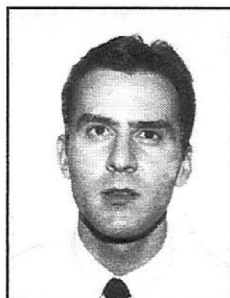
The treatment performe was surgical removal. Recurrence hasn't been noted to date. ▼



Fig. 7



Dr. Felipe Kornecki



Br. Fernando Silvera



Br. Marcelo Ferrari

Dirección del autor:  
 Dr. Felipe Kornecki  
 Constituyente 1900  
 C.P. 11200  
 Montevideo - Uruguay