

# Deformidad facial postraumática. Quiste glóbulo-maxilar

R. Carrasco, M.A. Sancho, A. Cahuana, F.J. Parri, B. San Vicente, L. Morales

*Servicio de Cirugía Pediátrica, Unidad Integrada Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

**RESUMEN:** Presentamos el caso de un niño intervenido en nuestro centro por presentar un quiste glóbulo-maxilar. Su motivo de consulta fue una deformidad progresiva de la cara y de la arcada dentaria de varios meses de evolución. Como antecedentes refería un traumatismo facial que coincidía con el inicio de la deformidad.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste glóbulo-maxilar.

## FACIAL DEFORMITY AFTER CONTUSION. GLOBULO-MAXILLARY CYST

**ABSTRACT:** The case of a child treated for globulo-maxillary cyst is presented. He first consulted because of progressive deformity of the face and upper gum, starting several months before. He had a history of facial contusion at the time the deformity began.

**KEY WORDS:** Globulo-maxillary cyst

## INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones maxilares quísticas benignas más frecuentes en la infancia son las de origen odontogénico, destacando el quiste folicular o dentígeno que envuelve la corona de un diente no erupcionado y afecta generalmente a los premolares<sup>(1)</sup>. Nuestro paciente presentaba un quiste glóbulo-maxilar, tumoración quística benigna de origen fisural no odontogénico, menos frecuente en la infancia.

Los quistes glóbulo-maxilares producen una divergencia de las piezas dentarias por compresión de las raíces. Su localización típica es entre el incisivo lateral y el canino del maxilar superior<sup>(2)</sup>. Radiológicamente se manifiestan como una imagen quística que no incluye la raíz, sino que se sitúa entre dos piezas dentarias, dando la típica imagen de «pera invertida».

Estos quistes pueden permanecer asintomáticos o producir una deformidad facial según sea el tamaño del mismo.

El tratamiento es su exéresis quirúrgica para evitar la deformidad, la afectación de estructuras adyacentes en su crecimiento y evitar la pérdida de las piezas dentarias implicadas<sup>(3)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 14 años de edad, que acudió a urgencias por presentar una asimetría progresiva del tercio medio facial con ligera deformidad de la arcada dentaria superior derecha de varios meses de evolución (Fig. 1). Refería un antecedente de traumatismo en hemicara derecha tras golpearse con su propia rodilla hacía 5 meses.

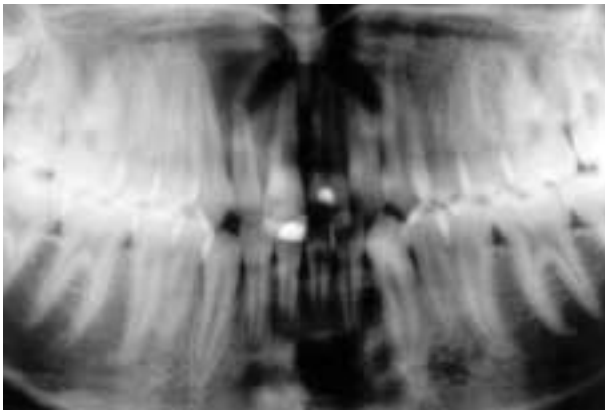
Exploración a su ingreso: Región maxilomalar derecha prominente; tumoración en zona vestibular derecha, dolorosa a la palpación sin signos flogóticos, con desplazamiento de las piezas dentarias 12 y 13. No afectación de la mucosa oral ni palatina. No afectación del estado general ni otra sintomatología acompañante.

La ortopantomografía evidencia una lesión bien delimitada, radiotransparente, que provoca la divergencia de las raíces dentarias 12 y 13, dando lugar a una imagen en «pera invertida» (Fig. 2). La TAC maxilar muestra una imagen quís-



**Figura 1.** Deformidad facial.

**Correspondencia:** R. Carrasco, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Passeig Sant Joan de Déu 2, 08950 Esplugues (Barcelona).



**Figura 2.** Radiología: Imagen típica en «pera invertida» en maxilar superior.

tica en maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino derecho, desplazándolo lateralmente (Fig 3). La lesión estaba bien delimitada con la cortical ósea conservada aunque adelgazada en su porción anterior.

Con la orientación diagnóstica de quiste glóbulo-maxilar se intervino quirúrgicamente, bajo anestesia general, practicándose exéresis completa del quiste que contenía líquido claro en su interior y curetage del lecho (Fig. 4).

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste glóbulo-maxilar.

Tras un postoperatorio correcto fue dado de alta a las 48 horas. A los 6 meses, el paciente permanece asintomático, habiendo desaparecido la deformidad facial y dentaria.

## DISCUSIÓN

Aunque los quistes más frecuentes en la infancia son los de origen odontogénico, destacando el quiste folicular o dentígeno, nuestro caso se trataba de un quiste glóbulo-maxilar, más frecuente en varones por debajo de los 30 años (adultos jóvenes).

La incidencia es baja en la infancia. Estos quistes forman parte de las tumoraciones quísticas benignas maxilares de origen fisural, no odontogénicas<sup>(4)</sup>. Son formaciones quísticas debidas al desarrollo de restos epiteliales incluidos en las líneas de fusión de los procesos embrionarios (hipótesis histogénica fisural).

La forma de presentación más frecuente es una deformidad facial acompañada de alteración de alguna pieza dentaria (incisivo lateral y caninos superiores).

La ortopantomografía es de gran utilidad, ya que evidencia la imagen quística típica en «pera invertida» entre incisivo y canino. La tomografía axial computadorizada nos orienta de la extensión del proceso y posible afectación de las estructuras adyacentes. Los quistes de gran tamaño pueden invadir el seno maxilar y/o el paladar e incluso llegar a rom-



**Figura 3.** TAC maxilar: Imagen quística bien delimitada.



**Figura 4.** Aspecto operatorio.

per la cortical drenando a vestíbulo oral, aumentando así el riesgo de infección y la pérdida dentaria de las piezas implicadas. El diagnóstico diferencial debe realizarse con quistes odontogénicos y no odontogénicos, tumores y lesiones inflamatorias.

En ocasiones un traumatismo banal puede evidenciar su presencia y acelerar su crecimiento<sup>(5)</sup>. No debe efectuarse la punción del quiste ya que aumenta el riesgo de infección del mismo.

El tratamiento es quirúrgico en el momento del diagnóstico<sup>(6)</sup>, efectuando por vía vestibular la exéresis de la tumoración y curetage de la zona, consiguiendo una recolocación de las piezas dentarias implicadas.

Ante el hallazgo de una tumoración maxilar debemos pensar en la posibilidad de que se trate de una lesión quística benigna como es el quiste glóbulo-maxilar que presentaba nuestro paciente y dio lugar a la realización de nuestro trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bey E, Gros P, Sonnevile P, Gouzien G, Bellaair A. Dentigerous cyst. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1997;**98**:283-7.
2. Vedtofte P, Holmstrup P. Inflammatory paradental cyst in the globulomaxillary region. *J Oral Pathol Med* 1989;**18**:125-7.
3. González Pérez LM, Moreno Sánchez J. *Rev Eur Odontoestomatol* 1991;**3**:41-8.
4. Hollinstead MB, Schneider LD. A histologic and embryologic analysis of so-called globulomaxillary cysts. *Int J Oral Surg* 1980; **9**:281-6.
5. Sofat JR, Greval RS. A pan mandibular radicular cyst. *Indian J Med Sci* 1996;**50**:330-2.
6. Chimenti C, Monaco A, Nardi E, Volpe F. Globulomaxillary cysts. *Minerva Stomatol* 1996;**45**:589-92.