

# Quistes y tumores de maxilar en niños

Dr. H.A. Caballero

Servicio de Cirugía Pediátrica Oncológica, Instituto Nacional del Cáncer. Asunción, Paraguay.

## Resumen

*Presentamos una revisión de clínica, patológica y terapéutica realizada en el Hospital del Cáncer, Prof. Manuel Riveros, centro de referencia de la patología tumoral en el país, en el lapso de 17 años (1980-1997). Se estudiaron 39 casos de quistes y tumores del maxilar, cuyos diagnósticos fueron: Quistes dentígeros (7), granuloma reparativo (4), ameloblastoma (4), fibrod displasia (4), linfoma de Burkitt (9), sarcoma de Ewing (2), hemangiomas (2), mixoma (2), carcinoma mucoepidermoide (1), osteosarcoma (1), tumor de células germinales (1), fibroma osificante (1) y exostosis ósea (1). Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, además de quimioterapia y radioterapia coadyuvante en los tumores malignos. Los quistes y tumores benignos tuvieron buena evolución, no así algunos tumores malignos que pese al tratamiento recibido presentaron progresión de la enfermedad.*

**Palabras clave:** Tumor de maxilar - Quiste de maxilar.

## Summary

*We report a clinical, pathologic and therapeutic revision of thirty-nine pediatric maxillary tumors managed at the Oncology Hospital Prof. Manuel Riveros during a seventeen years period (1980-1997). Distribution was as follows: dental cysts (7), reparative granuloma (4), ameloblastoma (4), fibrodysplasia (4), Burkitt's lymphoma (9), Ewing's sarcoma (2), hemangiomas (2), mixomas (2), mucoepidermoid carcinoma (1) osteosarcoma (1), germinal cell tumor (1), ossificans fibroma (1) and bone exostosis (1). Depending on the type of tumor surgery was used along with adjuvant chemotherapy and radiotherapy in malignant tumors. Cyst and benign tumors had a good prognosis while malignant cases had a dismal prognosis.*

**Index words:** maxillary tumors.

## Resumo

*Apresentamos uma revisão da clínica, da patologia e terapêutica realizada no Hospital do Câncer, Prof. Manuel Riveros, centro de referência da patologia tumoral no país, durante 17 anos (1980-1997). Estudaram-se 39 cistos e tumores de maxilar, cujos diagnósticos foram cistos dentários (7), granuloma reparador (4), ameloblastoma (4), fibrod displasia (4), linfoma de Burkitt (9), sarcoma de Ewing (2), hemangiomas (2), mixomas (2), carcinoma mucoepidermoide (1), osteossarcoma (1), tumor de células germinativas (1), fibroma ossificante (1) e exostoses óssea (1). Todos os pacientes receberam tratamento cirúrgico, além de quimioterapia e radioterapia coadjuvante nos tumores malignos. Os cistos e tumores benignos tiveram boa evolução, o mesmo não ocorrendo como alguns tumores malignos, que apresentaram progressão da enfermidade em que peses o tratamento recebido.*

**Palavras chave:** Tumor de maxilar - Cisto de maxilar.

## Introducción

Presentamos la casuística de los quistes y tumores del maxilar en niños en un período que va desde 1980 hasta 1997, con un total de 39 casos tratados en un centro de referencia de Patología Tumoral.

Este es un tema pocas veces discutido en la cirugía pediátrica por lo que consideramos de interés hacer una revisión.

## Material y método

La revisión efectuada en el Hospital del Cáncer Prof. Manuel Riveros desde 1980 hasta 1997 donde se trataron 39 casos de niños con quistes y tumores de maxilar.

Como métodos auxiliares del diagnóstico se utilizaron radiografías simples, ortopantomografía, tomografía computada según cada caso. En casi todos los casos se realizó biopsia previa, excepto en los quistes dentígeros.

Las prótesis utilizadas en los casos de resección de maxilar consistieron en prótesis costales, o de acrílico.

Los pacientes que recibieron quimioterapia fueron medicados con Vincristina, Adriamicina, y Ciclofosfámid. En las Quimioterapias de rescate se utilizó básicamente fosfámid. La Radioterapia se utilizó en algunos pacientes, con recidivas en dosis de 4000 a 4800 Rads.

## Resultados

Los diagnósticos figuran en la tabla 1.

Los 7 quistes dentígeros constituyeron el grupo más frecuente (Fig. 2), la edad de los pacientes varió de 7 a 17 años con un promedio de 12. Tres eran varones y 4 niñas. El tratamiento consistió básicamente en la extirpación del quiste y de los dientes afectados y/o gérmenes dentarios. La evolución fue buena en 6 casos, presentándose una recidiva local en 1 caso que fue reoperado con buena evolución en los controles alejados.

El ameloblastoma se diagnosticó en 4 pacientes (Fig. 3 y 4), la edad varió de 8 a 17 años (promedio 11), sin predominancia en el sexo. El tratamiento consistió en la resección del maxilar, con o sin colocación de prótesis según el caso. La evolución fue buena en todos.

De los 4 pacientes con Granuloma reparativo, la edad osciló de 8 a 13 años, con un promedio de 11, todos eran varones.

	n	%
Linfoma de Burkitt	9	23
Quistes dentígeros	7	17
Granuloma reparativo	4	10
Ameloblastoma	4	10
Fibrodisplasia ósea	4	10
Mixoma	2	5
Sarcoma de Ewing	2	5
Hemangiomas	2	5
Ca. Mucoepidermoide	1	3
Osteosarcoma	1	3
Fibroma osificante	1	3
Exostosis ósea	1	3
Tu. de Cél. Germinales	1	3

Tabla 1: incidencia de los distintos tumores de maxilar en los 39 pacientes.



Fig.1: Quiste dentígero. Imagen radiológica.

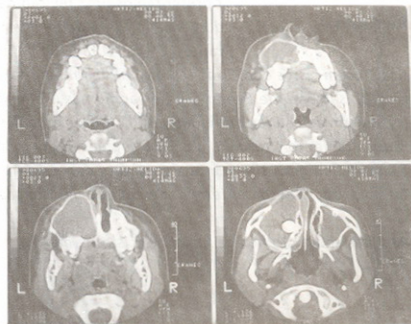


Fig.2: Quiste dentígero. Imagen tomográfica.



Fig.3: niño con ameloblastoma de maxilar.



Fig.5: niña con fibrodisplasia ósea.

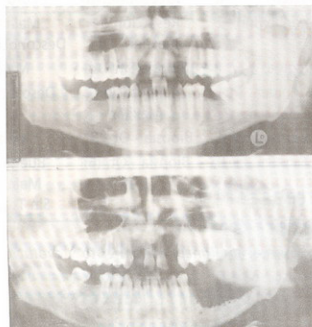


Fig.4: imagen radiológica de paciente sometido a resección marginal de maxilar inferior por ameloblastoma.



Fig.6: niña con fibrodisplasia ósea. Imagen radiológica.

El tratamiento fue el curetaje amplio de la lesión y la evolución fue buena en los 4 pacientes tratados.

Con relación a los 4 niños portadores de Fibrodisplasia (Fig. 5 y 6), la edad osciló de 6 a 17 años con un promedio de 12, fueron 3 niñas y un varón, el tratamiento consistió en curetaje en 2 de ellos, amputación parcial del maxilar en uno, y resección marginal del maxilar en el otro; siendo la evolución buena en todos.

De los 2 pacientes portadores de mixoma, uno tenía 4 años y el otro 2, un varón y una niña. El tratamiento consistió en la amputación parcial del maxilar en un caso y una resección marginal en el otro. En

ambos la evolución fue buena, con control de 5 años para el paciente de la resección marginal y sin control posterior para el paciente sometido a la amputación parcial.

Dos niños con Hemangiomas intraóseo, tenían 9 y 14 años, uno de cada sexo. El tratamiento practicado fue la resección marginal en ambos, con buena evolución.

El paciente portador del Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, es un varón de 15 años, a quien se le practicó la amputación del maxilar izquierdo y la reconstrucción con un colgajo de músculo temporal y traqueostomía temporal. Tuvo buena evolución, hasta los tres meses y luego quedó sin control.

A la paciente con osteosarcoma de maxilar, una niña de 16 años, sólo se le practicó una biopsia, sin recibir tratamiento posterior.

Los pacientes con Linfoma de Burkitt tuvieron compromiso abdominal en 6 casos, en dos sólo compromiso maxilar y uno con compromiso de miembro inferior derecho.



Fig.7: sarcoma de Ewing de maxilar inferior con compromiso de piso de boca.



Fig.8: niño con linfoma de Burkitt con compromiso abdominal y maxilar superior.

Una niña de 2 años con Tumor de Células Germinales, recibió quimioterapia y radioterápico luego de la biopsia, con mala evolución, falleciendo 2 meses después.

Los 2 casos de niños con Sarcoma de Ewing fueron un varón de ocho años, a quien se le practicó resección del maxilar, quimioterapia y radioterapia, presentando una recidiva local y generalización de la enfermedad, siendo dado de alta en malas condiciones, con quimioterapia de rescate. El

Diagnóstico	n	Procedimiento	Evolución
Q. Dentigero	7	Resección del quiste	Buena
G. Reparativo	4	Curetaje amplio	Buena
Ameloblastoma	4	Resección maxilar	Buena
Fibrodisplasia	4	Curetaje (2) Amput. parcial (1) Resecc. marginal (1)	Buena
Mixoma	2	Amput. parcial (1) Resecc. marginal (1)	Buena
Angioma	2	Resecc. marginal	Buena
Exostosis ósea	1	Resecc. limitada	Buena
Fibroma osificante	1	Resecc. limitada	Buena

Tabla 2: lesiones benignas, tratamiento y evolución

Diagnóstico	n	Procedimiento	Evolución
Sarcoma de Ewing	2	Resección de maxilar - Qt.	Mala (1) Desconocida (1)
Osteosarcoma	1	Biopsia-Sin Tto.	Mala
Ca. Mucoepidermoide	1	Amputación Maxilar	Desconocida
Tu. Cel. Germinales	1	Biopsia - Qt - Rt.	Mala
Linf. de Burkitt	9	Biopsia - Qt. (6)	Buena (6) Mala (1) Sin Tto. (2)

Tabla 3: lesiones malignas, tratamiento y evolución

otro caso es el de una niña de 12 años, a quien se le practicó también resección del maxilar, con quimioterapia y radioterapia, presentando una buena evolución inicial hasta los tres meses, sin control posterior.

El último caso corresponde a un paciente con Exostosis ósea, que con un tratamiento quirúrgico limitado, presentó buena evolución, sin recidiva posterior.

El tratamiento y evolución de las lesiones benignas y malignas en forma resumida se pueden ver en los cuadros 2 y 3.

## Discusión

lesiones en:

La clasificación más simple de la patología maxilar es el de Rosai, que clasifica a las

### I. Lesiones inflamatorias y metabólicas

- II. Quistes: - Odontogénicos  
- No odontogénicos

### III. Tumores y lesiones pseudotumorales

- Odontogénicos  
- No odontogénicos.

Anderson es quien presenta una clasificación muy completa de las distintas patologías<sup>1</sup>.

Dentro de las lesiones quísticas de los maxilares, los quistes no odontogénicos son raros y se originan en restos epiteliales. Los odontogénicos son relativamente frecuentes y dentro de este grupo el quiste periodontal o periapical es el más frecuente de todos y probablemente es el más visto y tratado en los consultorios odontológicos, originados por granulomas posteriores a caries dentales o pulpitis<sup>2</sup>.

El quiste dentígeno o dentígero es el más numeroso en nuestra revisión, y se caracteriza por agrandamiento maxilar y una imagen quística con diente no erupcionado y desplazamiento de los dientes vecinos. Fundamentalmente localizado a nivel del tercer molar inferior o del canino superior. El tratamiento consiste en la extirpación del quiste con los dientes flotantes y el germen dentario según necesidad, la que proporciona la curación en todos los casos.

En el grupo de las lesiones inflamatorias y metabólicas el granuloma de células gigantes ó reparativo que correspondió a 4 casos (12%) en nuestra revisión, se caracteriza por tumefacción maxilar a veces con protrusión intrabucal. La imagen radiológica de lesión solitaria, unilocular, bien delimitada y una masa de tejido granular, rojizo, característico, fácilmente sangrante. El tratamiento consiste en el curetaje completo seguido de curación, así ocurrió en el 100% de nuestros pacientes<sup>3</sup>.

Dentro de los tumores odontogénicos hay benignos como el ameloblastoma y el mixoma. El ameloblastoma es el tumor epitelial odontogénico más frecuente y en el 80% de los casos se localiza en el maxilar inferior, proviene de la lamina dental o cualquiera de sus derivados y tiene un crecimiento lento, indoloro, con desplazamientos de dientes y en la radiografía aparecen zonas radiolúcidas uni o multiquísticas con tabique (pompas de jabón). Se caracteriza por una gran tendencia a la recidiva local en los casos en que se practica una resección incompleta, por lo que se recomienda la amputación parcial del maxilar o a

veces la resección total<sup>4</sup>. En nuestros pacientes se practicó la hemimandibulectomía con la colocación o no de prótesis costales o de acrílico. La evolución fue buena, con controles que van de 2 a 4 años.

Los 2 pacientes con mixoma, también originado en el germen dentario (papila dentaria), fueron sometidos a resección marginal, por su capacidad infiltrativa local de este tumor. La evolución fue buena, aunque sin seguimiento adecuado a largo plazo.

Entre los tumores no odontogénicos y lesiones pseudotumorales, destacamos, por su frecuencia la displasia fibrosa o fibro-ósea. Es característica en su forma monostótica en niños y adultos jóvenes con un crecimiento lento, indoloro y desplazamiento de los dientes. En la radiografía se suele observar una expansión de la tabla y las imágenes de un "moteado o vidrio esmerilado" característicos. El tratamiento consiste en la corrección de la deformidad, curetaje y eventual injerto óseo o resecciones segmentarias en los casos más severos<sup>5</sup>. En nuestra revisión 2 pacientes fueron sometidos a curetaje amplio de la lesión y en los otros 2 se realizó una resección segmentaria marginal en un caso y amputación parcial del maxilar en otro. Todos los pacientes tuvieron buena evolución en los controles alejados.

Con respecto a los tumores no odontogénicos malignos, dentro de nuestra revisión estos fueron los que tuvieron peor pronóstico. De los dos pacientes con Sarcoma de Ewing, de 8 y 12 años respectivamente, uno de sexo masculino y otro femenino, uno fue sometido a la resección amplia del maxilar con injerto costal, seguido de quimio y radioterapia, presentando una recidiva local. A pesar de la quimioterapia de rescate, desarrolló metástasis pulmonares y hepáticas. En el otro caso, también sometido a cirugía amplia, con radioterapia y quimioterapia coadyuvante, tuvo una buena evolución inicial pero abandonó el seguimiento.

Una niña de 16 años, con un osteosarcoma; presentaba enfermedad local avanzada por lo que no se pudo practicar un tratamiento quirúrgico, ni recibió tratamiento quimio ni radioterápico por su mal estado general.

Otro niño de 15 años, presentaba un tumor de maxilar superior izquierdo; que resultó ser un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad. Tratado con la amputación quirúrgica del maxilar izquierdo y reconstrucción con colgajo

musculoaponeurótico temporal izquierdo así como traqueostomía temporal, tuvo muy buena evolución estética y funcional pero no volvió a control después de los tres meses del post operatorio.

Dos pacientes de 9 y 14 años, tuvieron el diagnóstico de hemangioma intraóseo, fueron sometidos a resección marginal del maxilar, presentaron muy buena evolución postoperatoria sin recidiva local en el control alejado.

Dentro de la patología maxilar en niños, las lesiones más frecuentes son los quistes dentígeros, los granulomas reparativos, la fibrodisplasia y los tumores benignos como el ameloblastoma y el mixoma<sup>6</sup>. Estos con un tratamiento adecuado, tienen un excelente pronóstico, no así los tumores malignos que son los menos frecuentes, como el osteosarcoma, el condrosarcoma o el tumor de Ewing, que a pesar del tratamiento radical con quimio y radioterapia, presentan en la mayoría de los casos mala evolución.

Debemos agregar que los linfomas de Burkitt, presentan una excelente respuesta al tratamiento quimioterápico con remisión rápida y total de las lesiones maxilares.

## Bibliografía

1. Anderson: Patología-8° Edición-Tomo II-Edit. Panamericana, 1194-1230, 1985.
2. Batsakis JG, Wilkins: William's-Tumors of the head and neck-Clinical and pathological considerations - 20 edition. Baltimore - London, 1972.
3. Asamo E et al: Pediatric tumors of the jaws in Nigeria. Clinical presentation and treatment. J. Cranio Max. Fac. Surg. 130 - 135, 1990.
4. Bhaskar SN: Patología bucal. Patología de dientes y de maxilares - 20 edición, Edit. El Ateneo - 156 - 251, 1974.
5. Kruguer: Cirugía Buco Maxilo Facial, Edit. Médica Panamericana, 1986.
6. Dehner: Tumors of the mandible and maxilla in children. Clinico Pathologic study of 46 histologically benign lesions. Cáncer 31 - 364 - 384 - 1973.

Trabajo presentado en el 3º Congreso del CIPESUR, septiembre de 1998, Viña del Mar, Chile.

Dr. H.A. Caballero  
Lapacho 728 c/Concepción  
Bº Hipódromo  
Asunción, Paraguay