

MANEJO QUIRURGICO DE TUMORES DE LOS MAXILARES

Escobar Tarifa Maira Daniela¹¹
Fernandez Merma Maria Elena¹²

RESUMEN

Los tumores odontogénicos de los maxilares se originan de las células constituyentes de tejidos epiteliales y/o mesodérmicos, que intervienen en la formación de los dientes, los cuales presentan algunas conductas singulares, que se deben asociar a la región en la que se ubican, para que los tratamientos quirúrgicos dejen la menor cantidad de secuelas físicas, faciales y trastornos psicológicos que conlleva.

Para tratar los tumores odontogénicos el cirujano debe determinar si la lesión es benigna o maligna, por lo tanto es importante para el profesional, estar lo suficientemente calificado para detectar o diagnosticar las enfermedades tumorales de la boca y de los maxilares, tener un profundo conocimiento del tema, para poder realizar un tratamiento específico de cada tumor, para lo cual es necesario conocer las diferentes maniobras quirúrgicas, entre las cuales se pueden mencionar: la eliminación del tumor por raspado, marsupialización, resección total o parcial, enucleación y curetaje.

El objetivo terapéutico es la eliminación del tumor y los beneficios que deriva en cuanto a la preservación y reubicación de dichas estructuras, además de su posterior rehabilitación. Se debe considerar la aplicación de tratamientos conservadores cuando el tumor al que se enfrenta el cirujano tiene comportamiento quístico, ya que se ha demostrado que tiene un porcentaje aceptable de éxito.

PALABRAS CLAVE

Tumores. Odontogénicos. Enucleación. Marsupialización. Curetaje. Resección.

INTRODUCCION

Los tumores odontogénicos de los maxilares se originan de las células constituyentes de tejidos epiteliales y/o mesodérmicos, teniendo en cuenta, su génesis formal, todos guardan una relación, con las distintas etapas de desarrollo dentario, por lo general son formaciones tisulares exuberantes, pueden alcanzar un crecimiento y organización que los diferencia.^{1, 2,3}

Los tumores odontogénicos, según su comportamiento y estructura celular pueden ser benignos o no, por lo general los benignos se encuentran encapsulados, no generan metástasis, se caracterizan por ser de crecimiento lento y al expandirse empujan las estructuras vecinas. Por el contrario los tumores odontogénicos malignos son de crecimiento acelerado, producen metástasis y por ello pone en riesgo la vida del paciente, son exclusivos del maxilar, mandíbula y ocasionalmente pueden aparecer en los tejidos gingivales.^{3,4}

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS

Debido a que el comportamiento de estos tumores es similar, el manejo quirúrgico se ha simplificado, por lo tanto son tratados de maneras parecidas. Los tratamientos clásicos de tumores de los maxilares son:

1. **Tratamiento conservador** .donde se pueden mencionar al:

¹¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

¹² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

- a. **Curetaje:** Maniobra quirúrgica en la cual no se altera la continuidad ósea, y donde se procederá a la remoción del hueso mediante el empleo de cucharilla o fresa quirúrgica.
- b. **Enucleación con o sin curetaje:** Se emplea para lesiones benignas con el fin de retirar la lesión, si ésta es de menor tamaño se extirpa con cucharillas, en cambio si el tamaño es mayor, se procederá a fracturar en dos hemisferios con el objeto de poder enuclearlo, utilizando elevadores, pinzas de disección y pinzas de fragmentos que estarán en contacto directo con la lesión.⁵

Los pasos para realizar este tratamiento son:

1. Colocación de anestesia local.
2. Realización de colgajo de acceso.
3. Desprendimiento del colgajo y exposición del plano óseo.
4. Osteotomía de acceso.
5. Despegamiento de la lesión.⁶ Revisión de la cavidad (curetaje).
6. Hemostasia.
7. Sutura.

Este procedimiento tiene la ventaja de su rapidez, pudiendo concluir en una sola sesión operatoria, mientras que su desventaja se presenta en caso de lesiones extensas con ápices dentarios, donde el costo biológico es alto, además de riesgo de desvitalización de dientes y de fractura de la mandíbula.^{5,6}

2. **Tratamiento agresivo:** el cual se realiza con:

a. **Resección en bloque o marginal:** En ésta maniobra

quirúrgica no se permite el contacto directo con el tumor, la incisión trata de retirar la lesión a través de los tejidos sanos alrededor del mismo. Este procedimiento se recomienda para tratar los tumores odontogénicos agresivos cuando la lesión no llega a menos de 1 cm. del borde inferior de la mandíbula

b. **Resección parcial:** En la que se extrae una cuarta o una sexta porción de hueso junto con el tumor, por lo tanto altera su continuidad. La línea de excéresis debe llegar casi al borde inferior del hueso, extendiéndose 1cm. hacia mesial y hacia distal (zona de seguridad) luego de lo cual, se desprenden y se separan los colgajos mucoperiosticos bucal y lingual y la lesión se extrae con una pinza para hueso. Debido a la gran vascularización de la región, puede haber sangrado intenso, debiéndose realizar la hemostasia consiguiente.

c. **Resección total:** En la que se retira el tumor junto con el hueso afectado como en la maxilectomía y mandibulectomía.^{5,7}

d. **Marsupialización:** Es un procedimiento quirúrgico que consiste en abrir una ventana en la pared externa de la lesión, retirando una porción de la cortical externa y cápsula, logrando una amplia comunicación entre la lesión y la cavidad oral, lo que disminuirá la presión intra tumoral y su tamaño. En esta técnica se sutura la mucosa oral con el revestimiento quístico para lograr la metaplasia, es decir el epitelio del quiste se

transforma en el epitelio de la mucosa oral, luego se debe descomprimir y reducir el tamaño de la lesión para que varios meses después sea retirada definitivamente, generando el engrosamiento de la membrana de la lesión, lo que facilita el retiro de la misma. Pogrel menciona que por lo general se marsupializan las lesiones mandibulares, de seno maxilar y de la cavidad oral. Los pasos para realizar este tratamiento son:

- i. Colgajo de acceso.
- ii. Osteotomía de acceso.

Las ventajas de este tipo de procedimiento son: que no hay pérdida de la pieza dentaria y disminuye el riesgo de fractura ó lesión neurovascular, mientras que la presencia de halitosis y problemas de acumulación alimentaria, cavidad accesoria de difícil limpieza y la lentitud de la curación, son algunas de las ventajas a ser mencionadas.⁶

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES BENIGNOS

El tratamiento de los tumores benignos se resume en la siguiente tabla:

	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO
AMELOBLASTOMA	Zona molar de la mandíbula. Esta lesión se puede hallar durante el estudio microscópico de grandes quistes uniloculares asociados a piezas impactadas,	Curetaje-enucleación, resección marginal de 1cm
TUMOR ODONTOGENICO QUERATOQUÍSTICO	Es uni o multilocular revestido por un epitelio estratificado paraqueratinizado, con potencial agresivo y recidiva. Frecuentes en el sector posterior del maxilar inferior alrededor del tercer molar no erupcionado.	Descompresión, enucleación, marsupialización y curetaje.
TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE	Región premolar del maxilar inferior, en relación con la corona de una pieza no erupcionada, asintomática y puede producir expansión del maxilar. Histológicamente se reconocen células poligonales de núcleos pleomorficos con presencia de material extracelular semejante a la sustancia amiloide, esta suele calcificarse entre las masas epiteliales o en el estroma.	Enucleación y una resección, también se sugiere realizar un tratamiento quirúrgico con margen de seguridad y una reconstrucción inmediata.
TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE	Se localiza en el maxilar superior (región anterior), en relación con la corona de una pieza retenida ó alrededor de un diente impactado. Lesión poco agresiva.	Curetaje o enucleación sin temor a la recidiva. Si la lesión está asociada a un diente retenido se lo debe extirpar junto a esta.

- iii. Apertura de la lesión.
- iv. Mantención de la apertura (mediante
- v. dispositivo de resina ó acrílico).

Fuente: *Elaboración propia, con información recabada³*

Epitelio odontogénico con estromafibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico

	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO
FIBROMA ODONTOGENICO	Originada del tejido conjuntivo del saco folicular, se observa a veces asociada a piezas incluidas. Tumefacción, asintomática y por lo general se lo localiza en la mandíbula.	cureñaje, se ha presentado pocos estudios de seguimiento a largo plazo para poder definir el tratamiento con el que funciona mejor
MIXOMA ODONTOGENICO	Originado en la papila dental. Se localiza en región del cuerpo y rama de la mandíbula., crecimiento lento y clínicamente son tumefacciones asintomáticas Pueden generar movilidad de piezas dentarias	resección en bloque con márgenes de seguridad si la lesión fuera pequeña será tratada con curetaje local y cauterización química de las paredes óseas
CEMENTOBLASTOMA BENIGNO	Afecta a molares o premolares inferior, causando reabsorción de la pieza dentaria, masas o trabéculas de tejido cementario, basófilas, con signos de aposición y espacios medulares ricamente vascularizados..	la extirpación completa del tumor, así como la exodoncia de la pieza dentaria afectada para evitar posible recidiva y la enucleación de la cripta ósea

Tumores odontogenicos mesenquimáticos con ectomesénquima odontogénico con o sin inclusión de epitelio odontogénico. Fuente: Elaboración propia, con información recabada³⁻⁹

	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO
FIBROMA AMELOBLASTICO	En región premolar y molar de la mandíbula, con un crecimiento lento y asintomático ya que se asocia a un diente retenido produciendo un agrandamiento maxilar y migración de piezas dentarias.	Curetaje, hemimandibulectomía por el alto porcentaje de recidiva que presenta esta lesión.
FIBRODENTINOMA AMELOBLASTICO	Comun en la región mandibular. Se caracteriza por la proliferación de células epiteliales y mesenquimales productoras de dentina.	Curetaje, debido a su comportamiento benigno.
FIBROODONTOMA AMELOBLASTICO	Compuesto de epitelio odontogenico y proliferación de ectomesénquima con formación de tejido duro. Zona posterior de la mandíbula, en dientes no erupcionados.	Enucleación debido a su capacidad de recidiva.
ODONTOMA	Denominado así por el acumulo de dentina, esmalte, cemento y pulpa sobre la pieza que no erupciona a su debido tiempo.	Enucleación y curetaje de la lesión por no presentar alto porcentaje de recidiva.
ODONTOAMELOBLASTOMA	En zona mandibular, produciendo expansión ósea, reabsorción radicular y desplazamiento dental.	Resección en bloque en cambio si fueran pequeñas, periféricas o extra óseas está indicado la enucleación
TUMOR QUISTICO ODONTOGENICO CALCIFICANTE	Neoplasia quística odontogenica benigna, Pueden ser interóseos, que son las que producen la expansión de las tablas óseas y los extraóseos que se presentan como tumefacciones localizadas.	Enucleación debido a su bajo índice de recidiva.
TUMOR ODONTOGENICO DE CÉLULAS FANTASMA	En ambos maxilares en el sector anterior, es asintomático. Localmente agresiva	Curetaje, resección parcial ó en bloque, enucleación apropiada en casos extraóseos.

Epitelio odontogénico con ectomesenquima odontogénico, con o sin formación de tejidos duros Fuente: Elaboración propia, con información recabada³⁻⁹

TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS CONTROL POST OPERATORIO

Cualquiera de los tratamientos que se utilice, es de suma importancia que el odontólogo y el paciente se encuentren en constante comunicación para la realización de sus controles, y resolución

BIBLIOGRAFIA

1. Abramovich, A; Histología y embriología dentaria. Editorial Panamericana. . 2^{da} edición. Buenos Aires – Argentina. 1999: 187-191.
2. Gómez M., Histología y embriología bucodental. Editorial Panamericana. 3^{da} edición. Madrid España. 1999: 124-129.

	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO
AMELOBLASTOMA MALIGNO	Con células epiteliales pleomórficas y atípicas, de crecimiento rápido agresivo e infiltración de estructuras vecinas .Las dos vías metastásicas son: linfática y hematogena, afectando pulmón, hígado, y ganglios linfáticos regionales.	Resección quirúrgica amplia, Tratamiento quirúrgico de las metástasis, pronostico desfavorable.
FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO	Similar al fibroma ameloblástico, del cual difiere por el componente mesodérmico de características malignas. Zona de localización es la mandíbula.	Mayor incidencia de recidiva en tratamiento conservador con recesión marginal y curetaje. Tiene menor incidencia o cero en maxilectomia y hemimandibulectomía
CARCINOMA INTRAOSO PRIMARIO	Se forma a partir del epitelio odontogénico y de restos epiteliales que cubren los diferentes procesos faciales embrionarios. en la mandíbula, se presenta ente , Puede producir metástasis en los ganglios regionales.	Similar al del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello que ha infiltrado hueso en su profundidad, debido a su agresividad se hace la disección del cuello para eliminar ganglios linfáticos regionales, seguida de radioterapia o quimioterapia.

Fuente: Elaboración propia, con información recabada³⁻⁹

de dudas y complicaciones que podría presentar el paciente. Este seguimiento es de por vida, con un intervalo mínimo de seis meses ya que se ha visto recidivas hasta después de veinte años de operados. Es importante tener cuenta que la instrucción, educación y estado socioeconómico van a ser factores de importancia para conocer el grado de entendimiento y colaboración del paciente durante su recuperación.^{8,9}

3. Sapp JP, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier. 2^{da} edición. Madrid – España, 2006:135-162.
4. Shafer W., Tratado de patología bucal. Editorial Interamericana. 3^{ra}. Edición. México. 1977: 253-287.
5. Ríes G., Cirugía bucal patológica, clínica y terapéutica. Editorial El Ateneo. 9^{na} edición. Buenos Aires-Argentina. 1987:567- 613.
6. Chiapasco M., Cirugía Oral. Editorial Masson. 1^a edición. B Barcelona – España. 2004:40

7. Lasquin D. I. M. Cirugía bucal y maxilofacial. Editorial Panamericana. 1ª edición. Buenos Aires – Argentina. 1987: 614-675.
8. Raspall G., Cirugía maxilofacial. Editorial Panamericana. 2ª edición. Buenos Aires – Argentina. 1999: 236-243.
9. Navarro C.: Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Editorial Aran. 2ª edición. Madrid. 2009: 42-52.