

## PATOLOGIAS OSEAS DEL MAXILAR

Vargas Orosco María Lourdes<sup>1</sup>

### RESUMEN

Las enfermedades que afectan al tejido óseo de los maxilares, pueden con frecuencia afectar a la edad media de la vida, sin embargo la diversidad de entidades nosológicas, abrirá un gran espectro de posibilidades de cambios histopatológicos en función al tipo de lesión anatómica encontrada en estas regiones anatómicas.

Como se conoce bien, el maxilar superior es un hueso que se encuentra formando parte de la cavidad orbitaria, fosas nasales y aparato masticatorio, por lo que la multiplicidad de cambios en la patología de las lesiones, se relaciona al tipo de tejidos con los cuales comparte su estructura, por lo tanto la presencia de tumores o quistes en las zonas en mención variarán de acuerdo al sitio donde se localizan y la agresividad del cuadro.

Las clasificaciones descritas en la mayor parte de la literatura, localizan las lesiones de acuerdo al tipo de origen de los quistes y tumores, haciendo una descripción sucinta de los cambios histopatológicos de cada una de ellas, por lo que la revisión presentada intentara una organización global y específica de lo mencionado.

### PALABRAS CLAVE

Displasia.Osteocementaria.Osteosarcoma.Patología.Quiste.Torus.Tumor.

### ABSTRACT

The diseases that affect the bone tissue of the jaws, can often affect the average age of life, however the diversity of disease entities, opens a wide spectrum of possibilities for histopathological changes according to the type of lesion found in these anatomical anatomical regions.

As is well known, the upper jaw is a bone that is part of the orbital cavity, nasal cavity and

masticatory apparatus, so that the multiplicity of changes in the pathology of the lesions is related to the type of tissue with which shares its structure, therefore the presence of tumors or cysts in the areas in question will vary according to where they are located and the aggressiveness of the box.

Classifications described in most of the literature, lesions located according to the source type of cysts and tumors, with a brief description of the histopathology of each change, so try the review presented a global organization and specifically to the above.

### KEY WORDS

Dysplasia. Osteocementaria. Osteosarcoma. Pathology. Cyst.Torus.Tumor

### INTRODUCCION

El hueso maxilar es un componente importante del macizo facial y forma parte de la estructura de las fosas nasales, cavidad orbitaria y cavidad bucal, último elemento donde se implantan las piezas dentarias superiores las que junto a las piezas del maxilar inferior serán parte del proceso mecánico de la masticación. Como en la mayoría de los tejidos corporales presentará patologías propias o a consecuencia de la extensión de las lesiones de las piezas dentarias y de los procesos periodontales crónicos, para lo cual la estructura ósea de los maxilares deberá poseer una amplia resistencia a la agresión bacteriana y otros factores que acometan sobre esta región.

La formación de masas tumorales en los maxilares, es reportada por Larson y Almeren con una frecuencia de 0,31 casos por millón de habitantes, afectando predominantemente a la edad media de la vida, sin diferencia de presentación entre ambos sexos, afectando predominantemente al maxilar superior, en la forma de ameloblastoma quístico o sólido, sin estas sean las únicas formas de presentación, mencionándose también a : <sup>4</sup> a) Quistes de la región bucal, b) Tumores odontógenos, c) Tumores benignos no odontógenos, d)

<sup>1</sup>Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

Lesiones inflamatorias de los maxilares, e) Neoplasias malignas no odontógenas de los maxilares, f) Enfermedades metabólicas y genéticas de los maxilares.<sup>2</sup>

**QUISTES DE LA REGION BUCAL**

Los quistes son cavidades anómalas revestidas por epitelio que pueden llegar a contener material líquido y semisólido en su interior. Gran parte de estos quistes son de origen inflamatorio y otros tienen origen en el desarrollo.<sup>1, 4,10</sup> Entre estos se encuentran:

Quistes Odontógenos:	<i>Radiculares:</i> recubierto por epitelio estratificado escamoso e hiperplásico, además de espongirosis, incremento de polimorfonucleares, linfocitos, células plasmáticas, depósitos de colesterol, vasos sanguíneos ingurgitados, células gigantes de cuerpo extraño, hemosiderina y cuerpos hialinos denominados cuerpos de Rushton.
	<i>Dentígero:</i> Se presenta en piezas en proceso de erupción o retenidos, mostrando epitelio Malpighiano y tejido conectivo denso con infiltraciones de tejido inflamatorio crónico.
	<i>De erupción:</i> Se presenta en piezas dentarias en erupción caracterizado por que tiene una capa formada por tejido epitelial y otra constituida por tejido fibroso.
	<i>Periodontal lateral:</i> formado en la parte lateral de la raíz, por restos derivados de la lámina dental. Su histopatología muestra la existencia de revestimiento epitelial no queratinizado e imágenes en racimos de células claras como engrosamientos nodulares dentro del revestimiento .
	<i>Sialodontogénico:</i> lesión poco frecuente que afecta preoimnantemente a individuos cerca a los 50 años, cuya agresividad es grande al igual que su tamaño pudiendo afectar a todo el cuerpo de la mandíbula. Su histopatología muestra una lesión con aspecto glandular .con conductos o microquistes intraepiteliales.
Quistes no Odontógenos	<i>Glóbulo Maxilar:</i> Se denomina así a la fusión del paladar secundario originado por el secuestro del epitelio odontogénico que se encuentra entre el incisivo lateral y el canino. La histopatología tiene epitelio de tipo Malpighiano y revestimiento celular de tipo respiratorio.
	<i>Nasolabial:</i> o por obstrucción de los conductos lacrimonasales producidos por la acumulación de restos sólidos en la parte caudal del conducto.
	<i>Mandibular Medio:</i> debido a falta de fusión de los procesos mandibulares por secuestro de epitelio a nivel de la línea media, observándose epitelio Malpighiano y celularidad correspondiente a proceso inflamatorio crónico.
	<i>Del Conducto Nasopalatino:</i> La falta de unión de los procesos maxilares de esta lesión en uno o ambos conductos nasopalatinos, mostrará la presencia de diversidad de epitelios desde escamoso estratificado a cuboidal y columnar pseudoestratificado
Seudoquistes:	<i>Óseo Aneurismático:</i> el que presenta tejido hemorrágico con espacios cavernosos y tejido fibroblástico alrededor de estos espacios, además de células gigantes multinucleadas, y fragmentos pequeños de hueso, los espacios cavernosos tienen células de mesénquima comprimidas.
	<i>Óseo Traumático:</i> Se presenta con menor frecuencia en el maxilar formado por un trauma a nivel de la médula ósea que puede llegar a expandirse hasta llegar a nivel cortical.
	<i>Estático del Hueso:</i> Se denomina así a la falta de desarrollo completo de la mandíbula de origen embrionario y que además presenta tejido glandular anormal.

Fuente: elaboración propia.<sup>1,4,5</sup>

**TUMORES ODONTOGENOS**

Son lesiones derivadas del epitelio, mesénquima o de ambas y pueden llegar a

producir varias alteraciones a óseo, ya que tienen la capacidad de fabricar tejido blando, duro o una mezcla de los mismos.<sup>1, 4, 9</sup>

Tumores Epiteliales:	<i>Ameloblastoma:</i> neoplasia invasiva que se localiza preferentemente en el cuerpo mandibular, con apariencia multiloculares en "pompas de jabón", con hueso periférico de aspecto sano. Puede ser:	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Folicular,</i> con imagen quística al cenro.</li> <li><i>Plexiforme,</i> presencia de bandas y cordones</li> <li><i>Acantomatosa</i></li> <li><i>Células granulares</i></li> <li><i>Papilífera</i></li> <li><i>Desmoplástica</i></li> </ul>
	<i>Odontógeno Escamoso:</i> o tumor de Pullon, que presenta en ambos maxilares preferentemente en el sector vestibular, a nivel del proceso alveolar se originan también de los restos epiteliales. Cuenta con células de tipo escamoso benigno, irregular con aéreas de queratinización y calcificación, con estroma fibroso, puede haber	

	degeneración quística.
	<i>Odontógeno Calcificante o tumor de Pindborg:</i> Presente en ambos maxilares formado por proliferación del tejido óseo que se origina en el estrato intermedio del órgano del esmalte de origen odontógeno. Se caracteriza por células eosinofílicas grandes o células "fantasma", con calcificaciones esféricas difusas dentro del epitelio conjuntivo.
	<i>Odontógeno Adenomatoide:</i> Se presenta en el maxilar provocado por una alta proliferación de tejido óseo, de origen odontógeno, observándose células poliédricas y fusiformes, con diferentes patrones, con lesiones centrales en roseta con material eosinofílico, que le aspecto glandular.
Tumores Mesenquimatosos	<i>Mixoma odontógeno:</i> Presente en ambos maxilares, encargado de sustituir el tejido esponjoso e incluso la pulpa dentaria con grandes cantidades de tejido colágeno, con mio y fibroblastos y una matriz de mucopolisacáridos, además de verdaderas islas de hueso residuales y algunos capilares.
	<i>Fibroma Odontógeno Central:</i> Presente en ambos maxilares, se encarga de ocupar sobre todo el hueso esponjoso repercutiendo sobre el hueso cortical con grandes cantidades de fibra colágena, avascular, con hiperplasia fibrosa, e imágenes inflamatorias leves a moderadas.
	<i>Cementoblastoma:</i> Presente en el maxilar inferior y raíces dentarias, afectan el hueso esponjoso de la región posterior del hueso mandibular con tejido fibroso y colágeno derivado del cementoblasto.
	<i>Displasia Cementaria Periapical:</i> En ambos maxilares, se observa a nivel del tejido óseo una amplia fibrilación, considerada como una respuesta ante infecciones y traumatismos. Presenta fibroblastos con tejido cementiforme y hueso inmaduro entremezclado.
Tumores Mixtos:	<i>Odontoma:</i> Presente en ambos maxilares, se encuentran depósitos de esmalte y dentina de forma normal, con estructuración defectuosa por lo cual deben considerarse hamartomas, pueden encontrarse múltiples estructuras dentarias, en miniatura llamado odontoma compuesto o, se observan grandes cúmulos de tejido duro conocido como odontoma complejo.
	<i>Fibroma:</i> Presente sobre todo en el maxilar superior, se forma a nivel del tejido óseo gran cantidad de tejido fibroso osificante, que reacciona ante una respuesta agresiva.

Fuente: elaboración propia.<sup>4</sup>

### TUMORES BENIGNOS NO ODONTOGENOS

Los tumores benignos se encuentran compuestos por tejido epitelial y mesenquimatoso y las lesiones de este tejido varían desde las proliferaciones celulares.<sup>1,4</sup>

Fibroma Cemento – Osificante:	Es una lesión intraósea de los maxilares que se encuentra perfectamente delimitada y encapsulada, formada por tejido fibroso y pequeñas calcificaciones.
Displasia Fibrosa:	Sustitución completa del hueso esponjoso de ambos maxilares por tejido fibroso anormal, por actividad desordenada de células.
Osteoblastoma:	Lesión a nivel óseo del maxilar y la mandíbula corresponde a una variación de manifestaciones óseas reactivas.
Condroma:	Se presenta en el maxilar constituido por tejido cartilaginoso maduro e inmaduro.
Osteoma:	Se ubica en el hueso esponjoso de los maxilares ya que es difícil de ubicarlo por su tamaño están constituido por tejido óseo maduro.
Granuloma Central de Células Gigantes:	Se encuentra en los maxilares se presenta como un granuloma de células gigantes y osteoclastos derivadas de las células mononucleares normales ante una agresión.
Tumores de Células Gigantes:	Son de menor frecuencia en los maxilares se presenta como un granuloma central de células gigantes, producida por mala diferenciación de células mesenquimatosas.
Torus y exostosis:	Torus Palatino: Crecimiento nodular del hueso a nivel cortical ubicado en el plano medio del paladar duro. Torus Mandibular: Crecimiento nodular en el hueso cortical, que se encuentra en los caninos y los premolares a nivel la cara lingual de ambos maxilares. Exostosis: Crecimiento nodular del hueso cortical a nivel vestibular en ambas arcadas.

Fuente: elaboración propia.<sup>1-5,8</sup>

**NEOPLASIAS MALIGNAS NO ODONTOGENAS DE LOS MAXILARES**

Las neoplasias malignas son las menos frecuentes, y pueden ser primarias y metastásicas que se forman en tejidos duros.<sup>1,4</sup>

Osteosarcomas:	Presente en ambos maxilares, son producto de osteoblastos atípicos que forman hueso u osteoide anormal, producto de heridas óseas ya existentes.
Condrosarcomas:	Constituida por una proliferación activa de condroblastos, células mesenquimatosas y tejido cartilaginoso.
Sarcoma de Ewing:	Presente en personas jóvenes, constituida por células anaplásicas pequeñas, circulares y de color oscuro que contienen gránulos de glucógeno.

Fuente: elaboración propia.<sup>4</sup>

**ENFERMEDADES METABOLICAS Y GENETICAS DE LOS MAXILARES**

Los huesos son órganos que regulan su funcionamiento gracias a la participación de hormonas y vitaminas que facilitan la

agregación y remodelación del mismo. Sin embargo, las alteraciones en estos componentes, así como en la estructura genética pueden llevar a manifestaciones de algunas entidades como: Los huesos son considerados como grandes.<sup>4,5</sup>

Trastornos metabólicos:	<i>Enfermedad de Paget:</i> Enfermedad provocada por un aumento indiscriminado de actividad osteoclástica y osteoblástica. Sus variedades son:	Adenocarcinoma like, con células columnares
		<i>Fusiforme, con células angulares en forma de nidos.</i>
		<i>Anaplásico, con células pleomórficas.</i>
		<i>Acantolítico, similar al anterior</i>
		<i>Pigmentado</i>
	<i>Hiperparatiroidismo:</i> Producida por un aumento de segregación de la hormona paratiroidea, que causa la hipersecreción del calcio y de fósforo en grandes cantidades, por la cual existe pérdida mineral y el debilitamiento óseo.	
Anormalidades Genéticas:	<i>Osteopetrosis:</i> con aumento de la densidad y dureza del hueso, es de tipo hereditaria; existen de dos tipos, el infantil (congénito y maligno) y la del adulto (benigna y tardía).	
	<i>Ontogénesis imperfecta:</i> de carácter hereditario, que se caracteriza por presentar una mayor fragilidad ósea, causada por la falla de la matriz de poder confeccionar su mineralización asociada a la dentinogénesis imperfecta.	
	Querubismo: Lesión osteofibrosa benigna que afecta enteramente los, de tipo hereditaria uni o bilateral, mayor en el sexo masculino que femenino.	

Fuente: elaboración propia.<sup>2,3,5</sup>

**BIBLIOGRAFIA**

1. Tamayo R. Principios de la Patología.<sup>4</sup> Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2007:597-600.
2. Rómulo L. Anatomía Patológica Bucal. 1<sup>ra</sup> Edición. Paraguay: Editorial Mundi. 1988:209-227.
3. Laskaris G. Patología Niños y Adolescente. 1<sup>ra</sup> Edición. Venezuela: Editorial Actualidades médico odontológicas latinoamericanas. 2001:288-292.
4. Sciubba R. Patología Bucal. 2<sup>da</sup> Edición. México: Editorial Interamericana. 1991:334-485.
5. Cawson R. y Odell E. Medicina y Patología Oral. 8<sup>va</sup> Edición. España: Editorial Elsevier; 2009:115-167.
6. Jaimes M. Bifosfonatos y osteonecrosis de los maxilares. Consideraciones sobre su tratamiento internacional. Journal of Morphology. 2008: No.3 URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022008000300028&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022008000300028&script=sci_arttext&tlng=en). [Fecha de acceso 15 de abril del 2014].
7. Oré J. F. Osteomielitis maxilar y mandibular en pacientes pediátricos. Acta Médica Peruana. 2013:4. URL disponible en:

- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000400006&script=sci_arttext). [Fecha de acceso 15 de abril del 2014].
8. Sánchez T. Torus mandibulares y palatinos en pacientes atendidos en la Policlínica Pedro Díaz Coello. *Correo Científico Médico*. 2013; No.3 URL disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000300008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000300008&script=sci_arttext&tlng=en). [Fecha de acceso 15 de abril del 2014].
  9. Velasco I. Tumor ontogénico adenomatoide en Maxilar. Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology*. 2011; No.1 URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000100010&script=sci_arttext). [Fecha de acceso 15 de abril del 2014].
  10. Guzmán P. Quiste aneurismático del maxilar superior. Reporte de un caso. *Revista médica de Chile*. 2005; No.11 URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005001100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005001100012&script=sci_arttext). [Fecha de acceso 15 de abril del 2014].