

OSTEOCLASTOMA DE MAXILAR SUPERIOR OSTEOCLASTOMA DE PALADAR Y PISO DE FOSAS NASALES*

Dr. Silvio Scardovi**

Palabras Claves: osteoclastoma maxilar.

RESUMEN

En este trabajo se reporta un caso clínico de Osteoclastoma de maxilar superior topografiado en la bóveda palatina y piso de fosas nasales, con confirmación histopatológica realizada en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Montevideo-Uruguay.

La localización ya mencionada es un hecho sumamente infrecuente para este tipo de tumores y son muy pocos los casos reportados en la literatura universal.

El tratamiento quirúrgico efectuado con discreto margen de seguridad óseo y el transcurso del tiempo (diez años) desde su resección a la actualidad, sin recidivas, avalan el criterio quirúrgico radical empleado para los tumores a células gigantes.

INTRODUCCION

Los osteoclastomas o neoformaciones cuyo patrón histológico lo constituyen "las células gigantes" han recibido desde 1853 (Robin), Nelaton en 1860, Bloodgood en 1910 y Steward en 1992, diferentes nombres: "Mieloplaxomas", "Tumor de mieloplaxias", "Tumor de cé-

lulas gigantes" y "Osteoclastomas", respectivamente.

Schajowicz en 1961 demostró que las células gigantes de estos tumores poseen iguales características que los osteoclastos. Lo que confirma el acertado nombre otorgado por Steward de "Osteoclastoma".

Actualmente no se discute que las lesiones giganto-celulares tienen patrones histológicos propios, agresividad clínica marcada, tendencia a la recidiva y malignización. Pero, curiosamente la existencia de la localización maxilo-mandibular de los osteoclastomas es puesta en duda por muchos autores ⁽³⁾.

GENERALIDADES

DEFINICION: El osteoclastoma es un tumor benigno, considerado agresivo localmente, y con un patrón histopatológico de células gigantes que mediante estudios histoquímicos (Schajowicz) muestran un comportamiento y características muy similares a los osteoclastos.

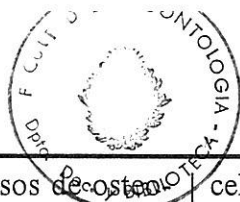
UBICACION: La localización preferencial de estos tumores son: fémur, tibia y radio; excepcionalmente la mandíbula y el maxilar.

Harris en 1966 y Hutter en

*Trabajo realizado en Clínica Quirúrgica 2do. de la Facultad de Odontología de Montevideo.

** Asistente de Clínica Quirúrgica 2do. de Facultad Odontología de Montevideo.

Recibido para publicar: Octubre 1992.



1962 describen casos de osteoclastomas en los maxilares en pacientes "Querúbico" y "Paget" respectivamente ⁽⁴⁾.

La mandíbula es más frecuentemente afectada que el maxilar superior ⁽²⁾.

SEXO: Se presentan en iguales porcentajes en ambos sexos.

RANGO: Se observan fundamentalmente entre los 20 y 40 años de edad.

ETIOLOGIA: Para Dechaume el origen de estos tumores es aún desconocido; pueden ser una respuesta a una agresión determinada, infecciones crónicas, traumatismos, extracciones dentarias traumáticas o por asociaciones con enfermedades generales como el Paget, el Querubismo, etc.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Las lesiones asientan en una zona ósea y generalmente se exteriorizan, con o sin ulceraciones traumáticas. En las expresiones periféricas el color es rojo intenso debido a la gran vascularización que poseen. La expresión central presenta un abombamiento de tablas sin variar la coloración de la mucosa. Ambas expresiones cursan por lo general en forma asintomática.

ASPECTO RADIOGRAFICO: Es inespecífico y muy variable. Se pueden observar zonas osteolíticas tabicadas o no, aunque las imágenes multiloculares según algunos autores son las más frecuentes ⁽⁸⁾.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Fundamentalmente debe realizarse con los "granulomas centrales giganto-

celulares". Obsérvese el cuadro I.

PRONOSTICO: Son lesiones muy agresivas y de gran crecimiento.

No son metastasiantes pero tienen una recidiva de más de un 50% después de tratamientos conservadores, y con tendencia a la malignización ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud informa que todos los tumores a "células gigantes" son potencialmente malignos ⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO: Para esta patología tumoral se aconsejan excisiones amplias con margen de seguridad y según la zona afectada o que asientan proceder a la desarticulación (amputación).

El tratamiento siempre debe estar condicionado a tres elementos:

- * tamaño del tumor.
- * agresividad clínica.
- * histopatología del tumor.

Los tratamientos radiantes son ineficientes y están contraindicados por malignificar las lesiones en algunos casos ⁽³⁾.

CASO CLINICO

FECHA: 3 de junio de 1982

DATOS PERSONALES:

Nombre: S. C. R. Edad: 18 años. Soltera, estudiante de nacionalidad uruguaya.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor en la zona molar izquierda y tumefacción en el paladar.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace aproximadamente dos meses la paciente notó la presencia de una tumefacción en

el paladar aparentemente después de una extracción infructuosa del molar 2.6., que se fracturó en ese acto, quedando sus raíces sin avulsionar.

Por la presencia del absceso o tumefacción toma un gramo de ampicilina diaria desde hace un mes. Hace una semana que presenta discreto dolor en la zona de los molares.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: No se detectan alteraciones o enfermedades de importancia.

EXAMEN CLINICO

El examen general y loco-regional no presenta particularidades. Al examen intrabucal se resalta la pérdida de algunas piezas dentarias y restos radiculares del 2.6 y 2.7.

En la bóveda palatina se observa una tumefacción de aproximadamente 1 1/2 cm. del lado izquierdo del paladar y que no pasa la línea media. La forma es redondeada, el color es rojo vinoso y con aspecto inflamatorio. La superficie es lisa y la consistencia es blanda a la palpación, siendo ligeramente dolorosa (fig. 1) De los test realizados sobre las piezas dentarias mencionadas, sólo fueron positivos la palpación de tablas y la percusión. La paciente aportaba radiografías apicales que mostraban zonas osteolíticas periapicales.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico positivo fue restos radiculares del 2.6 y 2.7

CUADRO I

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE "OSTEOCLASTOMA" Y GRANULOMA CENTRAL GIGANTE CELULAR DE LOS MAXILARES

	OSTEOCLASTOMA	GRAN. GIG. CEL. CENTRAL
Incidencia	Excepcional	poco frecuente
Sexo	Igual %	mayor en mujeres
Rango	entre 20 y 30 años	entre 20 y 40 años
Antecedentes	trauma ocasional	trauma constante
Histopatología	Gran cantidad de Cél. Gig. multinucleadas, más de 100 u. Estroma Cél. mononuclear de tipo fibroblástico, sin neoformación de colágeno, osteoide y hueso. Histoquímica: osteoclastos. Discretas hemorragias	Menos Cél. Gig. no alcanzan las 100 u: distribuidas en áreas focales limitadas por bandas colág. Estroma fibroblástico +. Colág +, osteoide +, hueso metaplásico. N° variable de mitosis. Hemorragias constantes. Histoquímica: osteoclastos
Clínica	Intraóseo con desbordes a tej. blandos	Similar
Radiología	Imágenes pseudo-quísticas uni o multilocular	Similar
Evolución y Pronóstico	Agresión: moderada a seria. Recidiva: 50% en tratamientos sin margen de seguridad, Crecimiento: Indefinido Metástasis: no Pronóstico: reservado Malignización: 10%	moderada con excepciones infrecuente autolimitante no bueno excepcional
Tratamiento	Quirúrgico: con margen de seguridad Radiante: contraindicado	simple o aún curetaje contraindicado

con periodontitis crónica y absceso palatino.

PLAN DE TRATAMIENTO: Avulsión y curetaje de los alveólos del 2.6 y 2.7 con drenaje del absceso palatino.

ACTO OPERATORIO: Anestesia a los nervios dentarios posteriores y anterior y medio para el lazo nervioso interno; palatino anterior para el lazo nervioso interno. Avulsión con elevador recto y forceps de los restos radiculares y drenaje del absceso palatino con bisturí.

Se constató poco drenaje de pus y mucha hemorragia lo cual impidió colocar dren. Se medicó al paciente para su postoperatorio con tetraciclinas por cinco días.

EVOLUCION: A los tres meses la cicatrización alveolar era correcta persistiendo la tumefacción palatina con las mismas características y con un volumen algo mayor.

Se indican radiografía oclusal y oblicua y se realiza punción a la lesión, de la cual sólo se aspira secreción hemorrágica.

Se insta un nuevo plan de tratamiento con una excéresis total y biopsia de la lesión. Figs.: 2 y 3.

SEGUNDO ACTO OPERATORIO: Se realiza el 24.09.82. Se administra anestesia regional del nervio palatino anterior derecho y anestesia troncular al nervio maxilar superior izquierdo.

Se practica una inscisión mucoperiostica con margen de

seguridad bordeando la tumefacción.

Se decola la masa tumoral hasta el hueso mediante legrado, con fresa redonda quirúrgica (Nº8) bajo irrigación se elimina toda la superficie ósea sobre la que asentaba el tumor; siendo marcada la sensibilidad en la zona del piso de fosas nasales donde quedó prácticamente expuesta la pituitaria, sin perforaciones.

La hemostásis se realizó mediante ligaduras y electro coagulación. La cavidad quirúrgica fue rellenada con gasa yodoformada y eugenol-vaselina, asistiendo a una cicatrización por segunda intención.

La pieza operatoria fue fijada en formol al 10% y se envió a Anatomía Patológica.

MICROSCOPIA: El informe biopsico recibido fue el siguiente:

"De acuerdo a las estructuras histológicas halladas estamos en presencia de una neoplasia que estaría en la categoría grado II de los tumores denominados a células gigantes: osteoclastoma".

Los cortes histológicos de la figura 5, 6, 7 y 8 muestran en un área por debajo inmediatamente del epitelio, un nódulo muy vascularizado con los elementos característicos de una neoformación a "células gigantes"; dicho nódulo se halla más bien circunscripto. Llendo hacia la parte más inferior se observa una limitante ósea constituida por hueso de aspecto reaccional y en plena actividad osteoblástica. Más en profundidad aparece la misma neoformación a células

gigantes pero en forma difusa y no circunscripta, en esa zona son más abundantes las hemorragias intersticiales. El estudio citológico a mayor aumento, presenta células conjuntivas jóvenes con cambios en su morfología, anomalías, sin llegar a atipismos y ocasionales figuras mitóticas. Las células gigantes son numerosas y sus núcleos son semejantes a los de las células estromales. La lesión se encuentra revestida por un epitelio malpighiano de superficie sin mayores particularidades.

EVOLUCION A DISTANCIA: A diez años de la remoción quirúrgica del tumor no hay evidencias de recidiva (Fig. 4).

CONCLUSIONES

I) Si bien los tratamientos quirúrgicos están condicionados al diagnóstico positivo previo, en este caso, el diagnóstico primario de la tumefacción palatina fue enmascarado por los diferentes elementos de diagnóstico surgidos del interrogatorio, en el examen clínico e incluso por las características y ubicación extremadamente inusual de un proceso tumoral a células gigantes en el paladar. Aunque evidentemente la etiología del tumor podría haber sido el proceso infeccioso e inflamatorio crónico de los molarés.-

II) La realización inmediata de una segunda intervención conjuntamente con el criterio quirúrgico radical al observar intraoperatoriamente las características agresivas de la lesión,

hicieron posible que el insospechado "osteoclastoma" a pesar de ser una lesión muy recidivante, en este caso no lo haya hecho a diez años de su remoción.-

BIBLIOGRAFIA

- 1- BERNIER, J.L.: Mixed tumors of the lip. S. Oral Surg., 4:193, 1946.
- 2- BORGHELLI, R.: Temas de patología bucal clínica. Ed. Mundi S.A.I.C. y F., Argentina, 1979.
- 3- BORELLO, E.D.; PIAZZA, M.V.: Tumores mixtos de tipo salival de la piel (Siringoma condroide). Arch. Argent. Derm., 16:26, 1966.
- 4- CRAWFORD, W.H.; GUERNSEY, L.A.: Pleomorphic adenoma of the palate. Oral Surg., 23:117, 1967.
- 5- CHAUDHRY, A.P. y col.: Intraoral minor salivary gland tumors. Report of 38 cases. Oral Surg., 29:60, 1961.
- 6- DUTESCU, N.; GEORGESBUBU, L.: Quelques considérations sur l'adénome pléomorphe de la parotide. Rev. Stomat., 69:301, 1968.
- 7- DI PIRAMO, S.: Anatomía Patológica General y bucodental. Librería Med. Ed., Uruguay, 1990.
- 8- EPKER, B.N.; HENNY, F.A.; WALKER, R.W.: Management of the intraoral benign pleomorphic adenoma. Am. Surg., 36:691, 1970.
- 9- GRINSPAN, D.: Enfermedades de la boca. Tomo IV. Ed. Mundi. Argentina, 1987.
- 10- IVANCIE, G.P.: Pleomorphic adenoma. Oral Surg. 24:852, 1967.
- 11- ORIBE, J.A. y col.: Cirugía Maxilo Facial. López Libreros Edit. Argentina, 1987.
- 12- POLAK y col.: Blastomas primitivos de las glándulas salivales mayores y menores. Arch. Fundación roux-Ocefa, 2:149, 1967.
- 13- SHAFER, W.; LEVY, B.: Tratado de patología bucal. Ed. Interamericana. México, 1986.
- 14- SMITH, J.F.; DRAKE, J.: Malignant mixed tumor of the palate. Oral Surg., 20:488, 1965.
- 15- VIRCHOW, R.: Die Krankhaften Geschwülste, A. Hirschwald, Berlin, 1863, Vol. I.
- 16- WELSH, R.A.; MEYER, A.T.: Mixed tumors of human salivary gland. Arch. Path., 45:433, 1968.

MADEN "LA CASA DENTAL". Las Heras 1920. Téls. 81 50 75 - 47 49 39.

Somos representantes e importadores exclusivos para Uruguay de los reconocidos Dientes **TRUBYTE BIOTONE**, así como de los acrílicos **BIOTONE** y **SAECULUS** (Dentsply).

En anestesia lo mejor: **CARBOCAINE** y **CARTICAM**. En spray: **XYLO-BUCAL**.

Destacamos, además, de nuestra vasta línea de distribución: **MAILLEFER, KERR, VIVADENT**, acrílicos **DURALAY** (línea completa), **EDENTA, NORTH BELL, FLEXILLIUM, BERA, PROTHOPLAST**.



Fig. 1

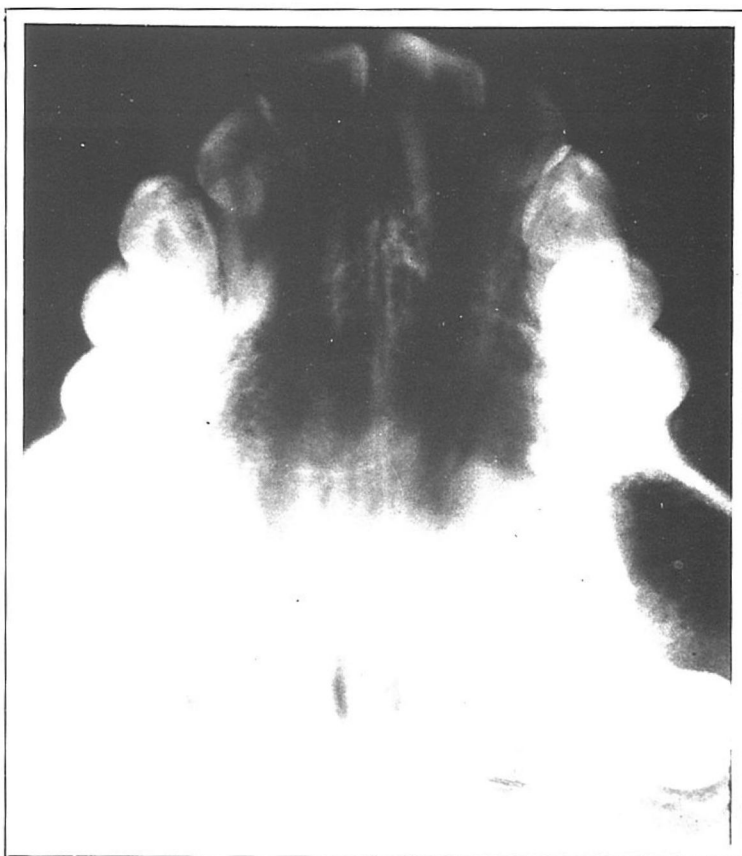


Fig. 2

Fig. 3



Fig. 4

Fig. 5

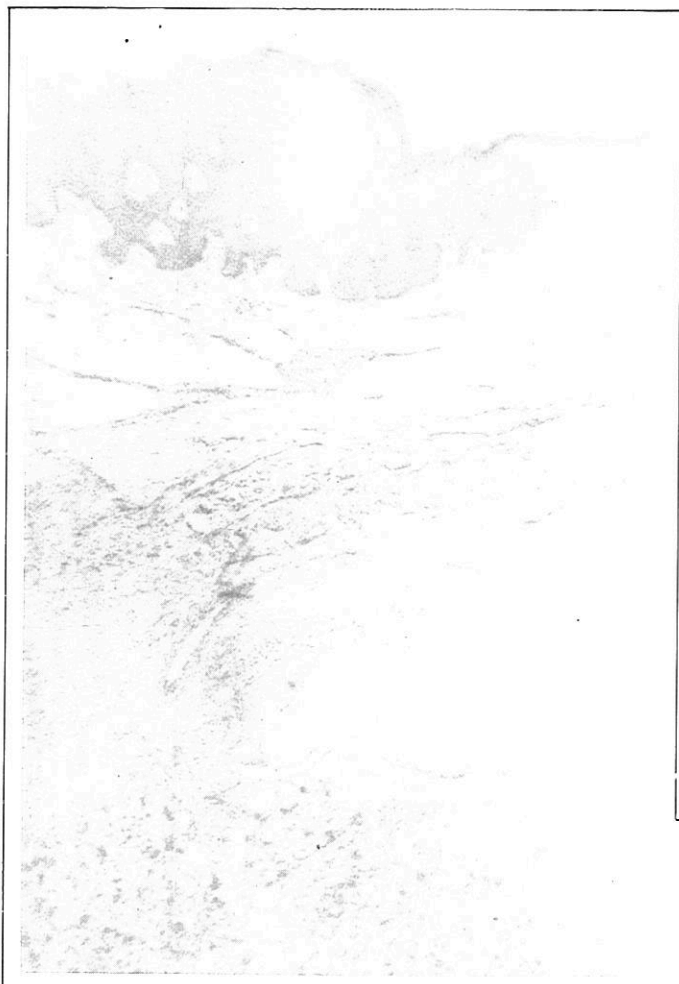


Fig. 6

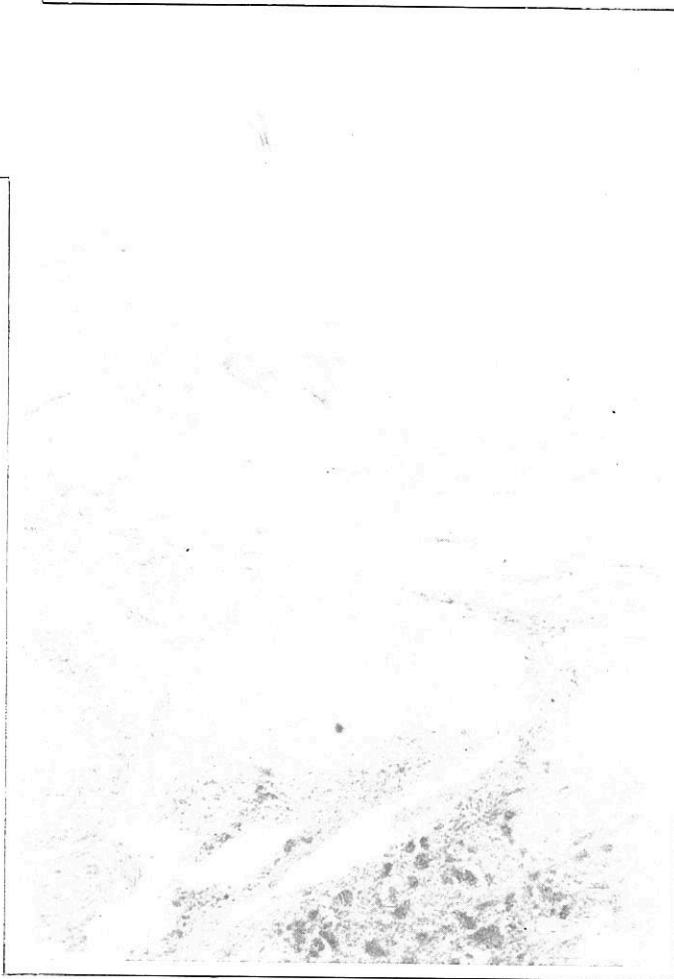


Fig. 7

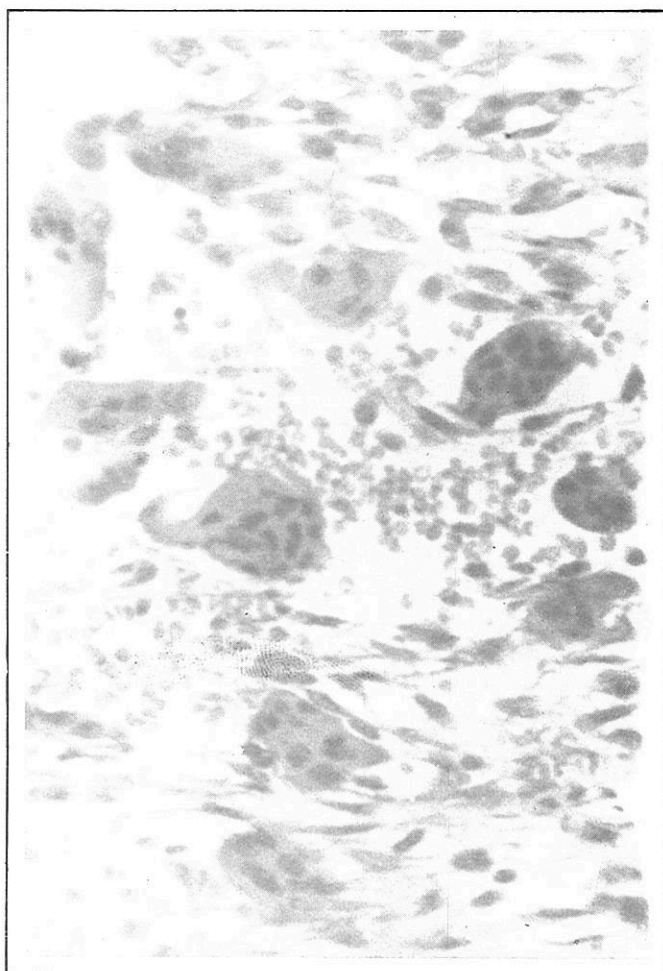
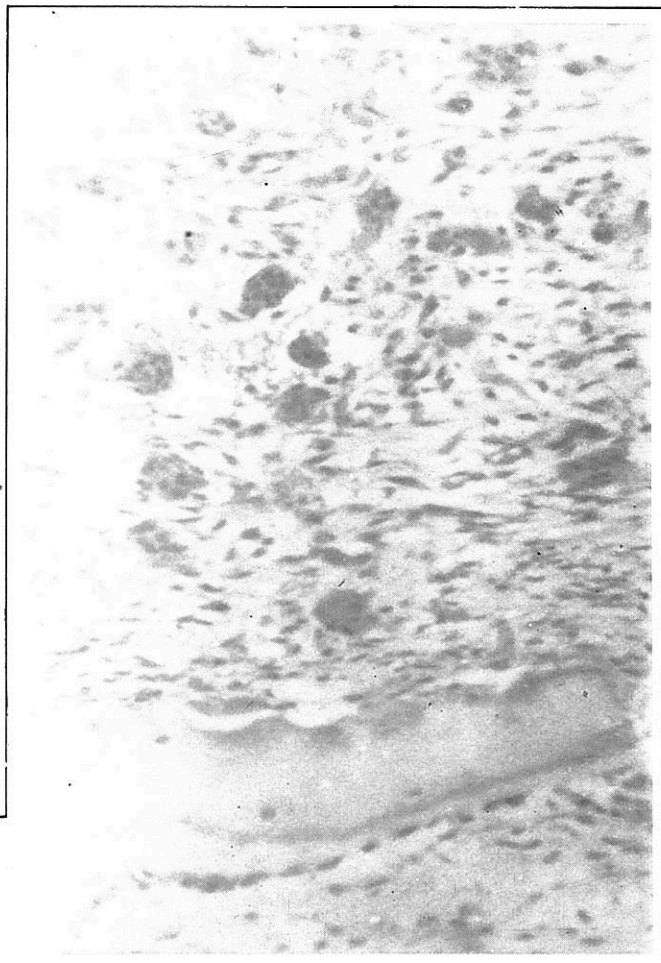


Fig. 8