

Quistes no odontogénicos de maxilares: una revisión de la literatura

Non-odontogenic cyst of maxillaries: a review of the literature

Rolando Torrecilla-Venegas^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-4905-2808>

Irma Castro-Gutiérrez¹  <https://orcid.org/0000-0003-1579-7609>

Doralis Rosendiz-Pérez¹  <https://orcid.org/0000-0002-1186-3560>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Sancti Spíritus, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rolandotorrecilla98@nauta.cu

RESUMEN

Los quistes maxilares son lesiones epiteliales de crecimiento lento, expansivo, que, a pesar de tener un comportamiento benigno, constituyen una de las principales causas de destrucción de los huesos maxilares. Dentro de ellos, los no odontogénicos tienen una incidencia muy inferior a los de origen odontógeno. Se realizó una revisión bibliográfica, entre marzo y mayo de 2021, en las bases de datos MEDLINE, SciELO, PubMed, Elsevier y en Google Académico, bajo los términos que aparecen en los *Descriptores de Ciencias de la Salud* para idiomas español e inglés. La búsqueda aportó 30 elementos, de los que 23 cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. Sin embargo, apenas se hallaron estudios en Cuba que describan la incidencia de quistes no odontogénicos, ni tampoco mucha literatura actualizada sobre el tema a nivel mundial. Por tal motivo, este trabajo se propone describir la evolución etiológica, epidemiología, semiología, diagnóstico y tratamiento de los quistes no odontogénicos de los maxilares.



Palabras clave: medicina bucal; quistes maxilomandibulares; quistes no odontogénicos.

ABSTRACT

Maxillary cysts are epithelial cysts of low, expansive growth that, despite having a benign behavior, are one of the main causes of the destruction of the maxillary bones. Among them, the non-odontogenic ones have a much lower incidence than those of odontogenic origin. A bibliographic review was carried out between March and May 2021, in MEDLINE, SciELO, PubMed, Elsevier and Scholar Google databases, under the terms that are in the *Descriptors of Health Sciences* for Spanish and English languages. The search provided 30 elements, 23 of which met the inclusion criteria of the research. However, hardly any studies were found in Cuba that describe the incidence of non-odontogenic cysts nor much updated literature on the topic worldwide. For that reason, this work aims to describe the etiologic evolution, epidemiology, semiology, diagnosis and treatment of the maxillary non-odontogenic cysts.

Key words: oral medicine; maxilla-mandibular cysts; non-odontogenic cysts.

Recibido: 30/07/2021.

Aceptado: 08/06/2022.

INTRODUCCIÓN

Los huesos maxilares difieren de los demás huesos del esqueleto por su desarrollo embriológico y por la presencia de los dientes.⁽¹⁾ En el campo de la cirugía maxilofacial, entre los procesos patológicos más interesantes se encuentran los quistes de los maxilares, representados por una amplia variedad de quistes odontogénicos (QO) y tumores odontogénicos que no se encuentran en otros huesos.⁽²⁾

De igual manera, se pueden observar lesiones de tipo infeccioso, quistes no odontogénicos (QnO), neoplasias benignas y malignas, así como trastornos del desarrollo. Las lesiones pueden ubicarse alrededor de la raíz del diente, alrededor de la corona del diente en erupción y en el área interradicular, o pueden no tener relación con las estructuras dentarias.⁽³⁾

Los quistes maxilares son lesiones epiteliales de crecimiento lento, expansivo, que, a pesar de tener un comportamiento biológico benigno, pueden alcanzar grandes proporciones si no se diagnostican en forma oportuna ni tratan apropiadamente. Constituyen, además, una de las principales causas de destrucción de los huesos maxilares.⁽⁴⁾



La palabra "quiste" procede del griego *kistis* (vejiga). El quiste se define como una bolsa conectivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido; son asintomáticos y se descubren frecuentemente en estudios radiográficos de rutina. Otros autores lo definen como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acúmulo de pus, y que suele estar, aunque no siempre, revestida de epitelio.^(5,6)

De acuerdo con Shear y Speight, los quistes de los tejidos orales y maxilofaciales se pueden clasificar, de acuerdo al tipo de células que los originan, en QO y QnO.⁽⁷⁾

Los QnO, fisurales o embrionarios, se desarrollan a partir del ectodermo. Son quistes que aparecen en los maxilares, sin relación con los tejidos dentarios, y cuyo origen parece ser la degeneración de restos epiteliales localizados en las uniones embrionarias a partir de las que se forman los maxilares, careciendo de epitelio odontogénico.^(4,7,8)

Desde la primera clasificación de quistes de los maxilares propuesta por Robinson en 1945, se han sucedido múltiples clasificaciones. Las primeras incluían dentro de los QnO a los quistes globulomaxilar, del conducto nasopalatino, mandibular y palatino medio y nasolabial o nasoalveolar.⁽⁹⁾ Posteriormente, en 1962, Thoma y Goldman, aportan alguna variación a esta clasificación inicial.⁽⁵⁾

El quiste globulomaxilar fue descrito originalmente por Kurt H. Thoma en el año 1937, y los nasolabiales fueron descritos por primera vez por Emil Zuckerkandl en 1882, y más tarde estudiados en profundidad por Klestadt en 1921.^(5,7,10) En estas fechas, ambos eran considerados como quistes verdaderamente fisurales.

Un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica,⁽³⁾ evidenció la baja incidencia de los QnO (2,6 %) en relación con los de origen odontógeno (42,9 %), resultados coincidentes con los de estudios realizados en Reino Unido, Chile, Brasil, España e India, según dicha investigación.

Otro estudio realizado en Turquía⁽⁸⁾ arrojó una prevalencia de un 3,2 % para QnO y de un 77,2 % para QO, siendo el quiste del conducto nasopalatino el más recurrente dentro del primer grupo, y el sexo masculino el más afectado, resultados que concuerdan con lo descrito en la literatura.⁽¹¹⁾ En tanto, de los QnO, el del conducto nasopalatino es el más frecuente, representado por el 73 %, el globulomaxilar ocupa el 17 %, y el mandibular medio un 0,25 % de los casos.^(5,12)

En Cuba, la prevalencia de los QnO coincide con el estudio realizado en Turquía,⁽⁸⁾ pues precisamente tienen una baja prevalencia. En el caso de la provincia de Sancti Spiritus coincide esta variante, pues de las formas de presentación de los quistes de los maxilares estos son los menos frecuentes.

En el estudio realizado por Quintana y colaboradores,⁽¹³⁾ en la provincia de Artemisa, se observó que, de los 172 pacientes diagnosticados con quistes, el 95,3 % correspondió a los QO y el 4,7 % a los QnO; resultados que coinciden con los de la literatura consultada.



Tras la búsqueda bibliográfica realizada, no se encontraron casi estudios que describan la incidencia de estos quistes de los maxilares en Cuba (solo el realizado en la provincia de Artemisa en el 2012),⁽¹³⁾ y la última revisión de la literatura encontrada data del año 2006.⁽⁶⁾ En el Plan de estudio D de la carrera de Estomatología en el país,⁽¹⁴⁾ se plantea como un objetivo de las asignaturas Imagenología Estomatológica y Medicina Bucal I: "Interpretar radiográficamente los quistes odontógenos y no odontógenos en las imágenes obtenidas mediante los métodos radiográficos principales intrabucales y extrabucales", dado que la radiografía es el principal método auxiliar de diagnóstico con que cuenta el estomatólogo, así como la importancia del dominio y la interpretación de los aspectos clínico-patológicos de estas entidades, en aras de establecer un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado.⁽¹⁵⁾

Por tales motivos, se decidió la realización de la presente revisión, con el objetivo de describir la evolución etiológica, epidemiología, semiología, diagnóstico y tratamiento de los quistes no odontogénicos de los maxilares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica entre marzo y mayo de 2021. La evaluación incluyó tesis publicadas en repositorios, al igual que artículos de revistas y libros nacionales e internacionales.

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos MEDLINE, SciELO, PubMed y Elsevier; además, se consultó Google Académico, eliminando tesis y artículos repetidos. La consulta se realizó bajo los términos (según los *Descriptores de Ciencias de la Salud*, DeCS) de "quistes maxilomandibulares", "quistes no odontogénicos" y "medicina bucal" para idioma español; para idioma inglés se emplearon "jaw cysts", "nonodontogenic cysts" y "oral medicine".

Se utilizaron dos estrategias de búsqueda, una para español: (quistes maxilomandibulares) AND (quistes no odontogénicos) AND (medicina bucal); y otra para inglés: (jaw cysts) AND (nonodontogenic cysts) AND (oral medicine). Una vez realizada la búsqueda, se encontraron 21 artículos de revistas y 7 tesis publicadas.

Para su utilización, las publicaciones encontradas se sometieron a los criterios de inclusión de la revisión (pertinencia con la temática del estudio: que describieran a los quistes de los maxilares y en específico a los QnO, sus características clínicas y radiográficas, epidemiología, diagnóstico y tratamiento; ser novedosos; haber sido publicados entre 2017-2021, o en años anteriores, pero que estuvieran íntimamente relacionados con la temática en cuestión; ser artículos de revisión, originales, presentaciones de casos, tesis, libros) y se excluyeron aquellas publicadas antes de 2016 que no abordaran a los QnO, así como cartas al editor y editoriales. Se emplearon, además, tres libros de edición cubana.

De las publicaciones más pertinentes con el objeto de estudio se evaluaron inicialmente títulos y resúmenes; de las que el resumen no arrojó información suficiente para su selección, se realizó la lectura del texto completo. De los 30



elementos encontrados, 23 (76,6 %) cumplieron con estos criterios, con los cuales se realizó la presente investigación, presentando una actualización de un 73,9 % respecto a los últimos cinco años.

DISCUSIÓN

Los quistes epiteliales del desarrollo no odontogénicos, fisurales o fisurarios, son quistes que aparecen en los maxilares sin relación con los tejidos dentarios, que derivan del epitelio remanente de los huesos maxilares que permanecen tras el desarrollo del macizo maxilofacial.⁽⁵⁾ Independientemente de su origen, los quistes fisurales pueden desarrollarse en cualquier región oral y maxilofacial, y en un amplio rango de edad. Estos quistes por lo general son pequeños, pero en ocasiones alcanzan un tamaño considerable y producen expansión de las estructuras óseas, aunque su patogénesis no es clara.⁽¹²⁾

Se caracterizan por ser de crecimiento lento, aunque crecen fácilmente por aumento de su contenido; asintomáticos; generalmente son detectados como hallazgos radiográficos en estudios de rutina o cuando están infectados o comprimen alguna estructura anatómica cercana importante. Los mismos pueden evolucionar creciendo hasta cierto límite, tendiendo a la reducción, manteniendo su crecimiento, produciendo graves alteraciones y originando a expensas de su pared nuevos islotes epiteliales.^(8,16)

En Cuba, rige la segunda edición de la clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recopilada por Kramer, Pindborg y Shear en 1992,⁽¹⁷⁾ la que los clasifica en quistes epiteliales y no epiteliales. Esta, incluso, es la planteada en los textos de la carrera de Estomatología.

Los quistes epiteliales se clasifican a su vez en: del desarrollo e inflamatorios. Dentro de los quistes epiteliales del desarrollo se encuentran los odontogénicos [quiste gingival infantil, queratoquiste odontogénico (primordial), quiste dentígero (folicular) y quiste de erupción, quiste periodontal lateral, quiste gingival del adulto, quiste odontogénico glandular, quiste sialodontogénico] y los no odontogénicos (quiste del conducto nasopalatino, quiste nasolabial o nasoalveolar, quistes medianos palatino, alveolar y mandibular, y quiste glóbulo maxilar). Dentro de los quistes epiteliales inflamatorios están el quiste radicular (apical, lateral, residual) y el quiste paradental (colateral inflamatorio, bucal mandibular infectado).⁽¹⁷⁾

Los quistes no epiteliales se clasifican en quiste óseo solitario y quiste óseo aneurismático.⁽¹⁷⁾

Otros autores simplifican esta clasificación en quistes de desarrollo odontógenos y no odontógenos.⁽⁶⁾

Santana Garay⁽¹⁷⁾ asemeja esta clasificación separando los quistes en: quistes formados por alteraciones del desarrollo de la cara, la boca y el cuello, y quistes y tumores odontogénicos de los maxilares y la mandíbula.



También, en la última edición de la clasificación de tumores de cabeza y cuello, se define al quiste óseo solitario dentro de los tumores óseos maxilofaciales no odontogénicos.^(2,18)

En la actualidad, los quistes del complejo maxilomandibular son clasificados según la OMS (2017) en: QO de origen inflamatorio (quiste radicular y quiste inflamatorio colateral), QO (quiste dentígero, queratoquiste odontogénico, quiste periodontal lateral y botroídeo, quiste gingival, quiste odontogénico glandular, quiste odontogénico calcificante y quiste odontogénico ortoqueratinizado) y, finalmente, los QnO o del desarrollo (quiste del conducto nasopalatino).^(2,19,20)

En esta última clasificación, dentro de los QnO, se encuentra solamente el quiste del conducto nasopalatino, debido a que otros como el globulomaxilar y el mandibular medio se describen como radicales laterales, periodontales laterales o queratoquistes odontogénicos,⁽¹⁹⁾ aunque este es un tema con muchas divergencias entre la comunidad científica.

Gerrero Ferreccio y colaboradores,⁽⁷⁾ en su investigación "¿Quiste globulomaxilar o radicular? Un reto diagnóstico", plantean que el quiste globulomaxilar no es una entidad no odontogénica en sí, dado que, en la formación del maxilar superior, durante la unión del proceso maxilar y premaxilar, no existe tejido epitelial ectodérmico que pudiera quedar atrapado en dicha fisura. Refieren que, aunque en el desarrollo embriológico del maxilar anterior sí se produce contacto epitelial ectodérmico entre el proceso maxilar y el proceso nasal medial, el mismo siempre es seguido de la formación de un puente de células mesenquimatosas (centro de crecimiento mesenquimal), que desplaza el epitelio de la llamada aleta nasal, imposibilitando que queden atrapadas células epiteliales ectodérmicas.

Quistes no odontogénicos según la clasificación de tumores de cabeza y cuello de la OMS (1992)

Quiste globulomaxilar⁽⁵⁻⁷⁾

Etiología: origen controvertido; durante mucho tiempo fue considerado un auténtico quiste fisurario procedente de los restos epiteliales tras la fusión de los procesos globular y maxilar. En la actualidad, la evidencia muestra que este tipo de quiste se deriva muy probablemente del epitelio odontógeno situado entre el incisivo lateral y el canino maxilar, y se le relaciona con las siguientes entidades: quiste dentígero lateral del canino superior, quiste primordial de un diente supernumerario, quiste radicular lateral inflamatorio de un incisivo lateral, quiste periodontal del desarrollo, e incluso quiste residual de un incisivo temporal.

Características clínicas: se sitúa entre el incisivo lateral y el canino superior, y al crecer, separa las raíces de ambos dientes. Al principio es asintomático y en su evolución puede llegar a exteriorizarse en el vestíbulo o el paladar, o bien desplazar el suelo nasal o sinusal. Es poco frecuente su presentación. A veces es detectado en exámenes radiográficos de rutina. Aparece sobre todo en la segunda década de la vida, encontrándose una mayor incidencia en mujeres que en hombres, con una relación 4:1.



Características radiográficas: imagen radiolúcida unilocular, con forma de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y el canino superior, con divergencia en las raíces de estos dientes, y cuya lámina dura es continua y raras veces interrumpida.

Características histológicas: suele estar tapizado por un epitelio escamoso estratificado o cilíndrico ciliado. El resto de la pared está constituida por tejido conjuntivo fibroso denso, habitualmente con infiltración celular inflamatoria (plasmocitos y linfocitos).

Tratamiento: quirúrgico, generalmente la quistectomía; se deben preservar los dientes adyacentes.

Quiste del conducto nasopalatino^(5,6,21)

Etiología: en la actualidad, a estos QnO no se les denomina de fusión, pues se ha demostrado que el único proceso embriológico maxilofacial en el que pueden quedar atrapados restos epiteliales, es la fusión del paladar secundario. Procede de los restos epiteliales del conducto palatino anterior. Se ha descrito un tipo raro surgido por delante del conducto incisivo a partir de los restos de la lámina dental.

Se han propuesto diversos factores patogénicos, como la aparición de estos quistes inducidos por traumatismos (masticación, placas palatinas, golpes), por infecciones bacterianas a pesar de que algunos de ellos, sobre todo los localizados en la parte alta del conducto, no tienen infiltrado inflamatorio ni cambios metaplásicos en el epitelio, como los que aparecen en los quistes radiculares. También se pueden originar por una derivación del órgano de Jacobson, por bloqueo de los conductos glandulares, o por factores raciales y genéticos.

Características clínicas: es el más frecuente de los QnO; por lo general cursan de forma asintomática y raras veces se manifiestan hacia el exterior. Ocasionalmente se infestan y producen dolor y tumefacción. Suelen aparecer en la cuarta década de la vida (hasta los 60 años), con una incidencia de 3:1 a favor del sexo masculino. Cuando aparece en la parte superficial, detrás de la papila central gingival, se denominan quistes de la papila palatina o incisiva. Estos quistes se manifiestan clínicamente como una pequeña tumefacción de la papila que, al infectarse, puede aparecer una fistula en ella o su cercanía, y drenar líquido acuoso o purulento mediante presión sobre la zona. Rara vez causan reabsorción radicular, y los incisivos adyacentes son siempre vitales, situándose el quiste posterior a las raíces dentarias.

Características radiográficas: imagen radiolúcida circular u ovoide, de bordes bien definidos, situada entre ambos incisivos centrales, superior o bien desplazada hacia uno de los lados. Al superponerse a la espina nasal anterior y a la cresta del tabique, el aspecto es de "corazón de cartas de póker". Los quistes de la papila incisal se caracterizan por su negatividad en su exploración radiológica.

Características histológicas: puede existir epitelio escamoso estratificado en los quistes localizados en la parte inferior del conducto, o bien epitelio ciliado o de tipo cuboide en los de localización alta; asimismo, se encuentran glándulas mucosas salivales, adiposas e islotes de células cartilaginosas. En la pared conectiva aparecen vasos, nervios, y puede haber infiltrado inflamatorio.



El diagnóstico diferencial debe hacerse con el quiste radicular de un incisivo central o con un quiste primordial de un mesiodens. Para diferenciarlos hay que estudiar la continuidad del espacio periodontal a nivel de los dientes implicados y la vitalidad de estos. Cambiando la angulación del haz de rayo, se desplaza la imagen radiolúcida del diente aparentemente causante de la lesión.

Tratamiento: debe ser quirúrgico, generalmente la quistectomía por vía vestibular, conservando los dientes adyacentes; si el quiste no desplaza al diente, el abordaje debe ser palatino. No alcanza gran volumen y no recidiva, por lo que hay pacientes que lo toleran sin ser intervenidos.

Quiste mandibular medio^(6,17)

Etiología: se cree que surge a partir del epitelio que puede quedar inmerso en la fusión del primer arco branquial para formar la mandíbula. En la actualidad, se cree en la posibilidad de que sea un quiste primordial que se origina a partir de un diente supernumerario abortivo.

Características clínicas: lesiones raras. La mayoría son clínicamente asintomáticas y se descubren en exámenes radiológicos de rutina. Localizado por debajo del ápice de los incisivos mandibulares a nivel de la línea media. Rara vez producen expansión de las corticales.

Características radiográficas: aspecto quístico, radiolúcido, unilocular y bien circunscrito. Algunas veces es multilocular.

Características histológicas: presenta epitelio estratificado, plano fino que reviste la cavidad. La pared está constituida por un tejido conjuntivo fibroso colagenizado. Puede presentar infiltrado inflamatorio.

Tratamiento: quirúrgico.

Quiste palatino medio⁽⁶⁾

Etiología: es desconocida; originalmente considerados quistes fisurarios derivados del epitelio que se atrapa en la unión de los procesos hemimaxilares superiores. Hoy día se discute este origen y se les identifica como quistes primordiales de un diente supernumerario o de la lámina dentaria, quistes procedentes del conducto nasopalatino o quistes óseos solitarios.

Características clínicas: localizado en la línea media del paladar duro, entre los procesos laterales. Pueden llegar a ser grandes y clínicamente visibles.

Características radiográficas: se observa una imagen radiolúcida, redonda, bien circunscrita en vistas oclusales, frente a la zona de los premolares y molares, bordeada con frecuencia por una capa esclerótica de hueso.



Características histológicas: el tapizado suele consistir en un epitelio pavimentoso estratificado que descansa sobre una capa de tejido conjuntivo fibroso relativamente denso, el cual puede mostrar infiltración celular inflamatoria crónica.

Tratamiento: quirúrgico.

Quiste nasoalveolar o nasolabial^(5,6,10)

Etiología: procede del epitelio atrapado en el surco nasomaxilar, entre los mamelones nasal externo y maxilar, o bien de restos del conducto nasolagrima.

Características clínicas: es un quiste de los tejidos blandos; puede producir erosión del maxilar. Se localiza en la apófisis alveolar cercana a la base del ala de la nariz, lateral al frenillo maxilar. Se presenta como tumefacción que eleva el ala nasal, indolora, desplazable y fluctuante. Debido a su relación anatómica con la cavidad nasal y las piezas dentales, los quistes nasolabiales tienden a infectarse fácilmente. Esto provoca un rápido aumento en el crecimiento del quiste, lo cual produce dolor. Para su diagnóstico es esencial la inyección de un líquido de contraste, ya que no se detecta con la radiografía convencional (característica radiográfica fundamental), aunque pueden emplearse la tomografía computarizada y la resonancia magnética. No es muy frecuente, y cuando aparece lo hace preferentemente en adultos.

Características histológicas: presenta epitelio columnar pseudoestratificado, no ciliado, con abundantes células mucosas; puede haber igualmente áreas de epitelio escamoso o cuboide. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico.

Los diagnósticos diferenciales incluyen quistes del conducto nasopalatino, lesiones periapicales inflamatorias (OO, granulomas y abscesos) y quistes epidermoides que, si bien pueden tener presentaciones similares, las imágenes y estudio histológicos harán el diagnóstico final.

Tratamiento: quirúrgico, consistente en la extirpación quirúrgica completa de la lesión (quistectomía), siendo el abordaje sublabial el más utilizado. Su recurrencia es muy rara.

Para todos los quistes maxilares, el diagnóstico clínico se basa en el interrogatorio a pacientes y familiares, examen clínico bucal y facial, estudio radiográfico, punción aspiradora (biopsia, citología) y examen histopatológico.⁽⁶⁾

Es recomendable que el tratamiento para este tipo de lesiones sea multidisciplinario, que incluya al cirujano maxilofacial, al otorrinolaringólogo y al pediatra (en caso de presentarse en menores de 18 años).⁽²²⁾

De acuerdo a las características de las lesiones, el tratamiento puede ser la enucleación, la descompresión o la marsupialización, lo que dependerá del tamaño y la localización de la lesión, el tipo de dentición, edad del paciente y el compromiso de estructuras anatómicas adyacentes importantes.⁽²²⁾



Se indicará la exéresis (quistectomía) si no existe riesgo de lesionar estructuras anatómicas como el seno maxilar, el nervio dentario inferior o ápices dentales vitales cercanos. Por el contrario, se indicará la marsupialización si el quiste ha desplazado piezas dentales o se busca favorecer la erupción de un diente impactado. Cuando se habla de enucleación se refiere a la exéresis de la lesión, es decir, a removerla despegándola del hueso. Esto permite realizar un análisis histopatológico del tejido removido en su totalidad.^(22,23)

La práctica ha demostrado que existen dificultades en la interpretación clínica y radiológica de estas afecciones debido a lo que se asemejan entre sí algunas de ellas. Debido a esto, se exponen criterios diagnósticos erróneos y conductas terapéuticas inadecuadas que propician la aparición de lesiones recidivantes, cuyos comportamientos clínicos e histológicos difieren sustancialmente de las lesiones primitivas.⁽⁶⁾

Los quistes representan, sin duda, un peligro para la integridad del componente maxilofacial, ocasionando trastornos funcionales y estéticos de variable intensidad, por lo que deben ser diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada. Por ello, los autores del presente estudio recalcan la importancia de estar actualizados sobre las características, los aspectos clínico-patológicos y la conducta biológica de estas lesiones, para su detección oportuna y manejo adecuado.

CONCLUSIONES

Los quistes no odontogénicos tienen una incidencia muy inferior a los de origen odontogénico. Los quistes globulomaxilar, palatino medio, mandibular medio, nasoalveolar y del conducto nasopalatino eran las entidades que clasificaban en este grupo de quistes de los maxilares. Hoy día, tras el desarrollo de la ciencia y la realización de numerosos estudios, solo este último se incluye en la clasificación actual. Cada uno tiene sus características particulares, cuyo conocimiento permitirá al estomatólogo establecer un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado en aras de la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva K, Alves A, Correa M, et al. Retrospective analysis of jaw biopsies in young adults. A study of 1599 cases in Southern Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(6):e702-7. Citado en PubMed; PMID: 29053654.
2. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol* [Internet]. 2017 [citado 09/03/2021]; 11:68-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12105-017-0794-1>



3. Boza Oreamuno YV, López Soto A. Concordancia clínica e histopatológica de lesiones óseas orales. Estudio retrospectivo. ODOVTOS-Int J Dental Sc [Internet]. 2020 [citado 09/03/2021]; 22(3): 163-73. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/39451>
4. Cortez-Fuentes Rivera GI. Manejo quirúrgico de quistes en los maxilares [tesis en Internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 09/03/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1339>
5. Álvarez Berenguer JA. Estudio clínico-epidemiológico de la patología quística mandibular en ámbito hospitalario [tesis en Internet]. Madrid: Universidad CEU San Pablo; 2017 [citado 09/03/2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=180957>
6. Rodríguez García LO, Guiardinu Martínez R, Arte Loriga M, et al. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 [citado 09/03/2021]; 43(4). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2509>
7. Gerrero Ferreccio J, Pacheco-Yanes J. ¿Quiste globulomaxilar o radicular? Un reto diagnóstico. Reportaendo [Internet]. 2019 [citado 09/03/2021]; 6(1): 16-22. Disponible en: <http://reportaendo.com/index.php/reportaendo/article/view/55>
8. Kilinc A, Gundogdu B, Saruhan N, et al. Odontogenic and nonodontogenic cysts: An analysis of 526 cases in Turkey. Niger J Clin Pract [Internet]. 2017 [citado 09/03/2021]; 20(7): 879-83. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/161074>
9. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, et al. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Av Odontoestomatol [Internet]. 2013 [citado 09/03/2021]; 29(2): 81-93. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/20319077.pdf>
10. Cabezón R, Willson M, García-Huidobro F, et al. Quiste nasolabial: Reporte de dos casos. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2020 [citado 09/03/2021]; 80(2): 178-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000200178>
11. Da Silva LP, Gonzaga AKG, Severo MLB, et al. Epidemiologic study of odontogenic and non-odontogenic cysts in children and adolescents of a Brazilian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018; 23(1): e49-e53. Citado en PubMed; PMID: 29274165.
12. Silva Noriega DF. Manejo ortodóncico de un quiste óseo fisural y una mordida abierta unilateral severa [tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018 [citado 09/03/2021]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7838>



13. Quintana Díaz JC, Quintana Giralt M. Quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa. Acta Odontol Colomb [Internet]. 2014 [citado 25/03/2021]; 4(1): 149-56. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/44612>
14. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio D de la carrera de Estomatología. La Habana: MINSAP; 2011.
15. Calzadilla Morán YJ, Pino García B, Machado Cuayo M, et al. Análisis crítico del programa de la asignatura Imagenología Estomatológica [Internet]. Ponencia presentada en: EdumenHolguín2019. VIII Edición de las Jornadas Científicas; 2019 dic 19-21. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2019 [citado 09/03/2021]. Disponible en: <http://edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/view/368/>
16. Marimón Torres ME. Medicina bucal I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
17. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
18. Rocha Remón P. Quiste óseo solitario de la mandíbula. Rev Cubana Otorrinolaringol Cirug Cabeza Cuello [Internet]. 2020 [citado 09/03/2021]; 4(3). Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/138/285>
19. González-Moret YA, Moret de González YN. Caracterización de lesiones radiolúcidas del complejo maxilar-mandíbula de pacientes en un centro radiológico. MedUNAB [Internet]. 2020 [citado 09/03/2021]; 23(3): 441-9. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3877>
20. Givony S. Cystic lesions of the jaws: a literature review. J Med Sciences [Internet]. 2020 [citado 09/03/2021]; 8(13): 264-9. Disponible en: <https://medicsciences.com/cystic-lesions-of-the-jaws-literature-review/>
21. Reyna Martínez J, Camarillo Rodríguez D, Fernández Reyes L. Quiste nasopalatino: Diagnóstico clínico, radiológico e histopatológico en endodoncia. Rev Mex Estom [Internet]. 2018 [citado 09/03/2021]; 5(1): 57. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/207/389>
22. Navarrete Sarasty DX, Llerena Medina KA, Córdova Cavadia NA, et al. Manejo de quiste dentígero mandibular más fijación ósea rígida. Presentación de un caso. Rev Kiru [Internet]. 2020 [citado 09/03/2021]; 17(3): 143-8. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1966>
23. Consoli NR, Berardi AG, Pesce MA, et al. Quistes maxilares: tratamiento combinado. Rev Soc Odontol La Plata [Internet]. 2017 [citado 09/03/2021]; 27(54): 25-9. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/esSiqueira/biblio-973137>



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I, Rosendiz-Pérez D. Quistes no odontogénicos de maxilares: una revisión de la literatura. Rev Méd Electrón [Internet]. 2022 Jul.-Ago. [citado: fecha de acceso]; 44(4). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4688/5480>

