

# A controvérsia do quisto globulomaxilar: a propósito de dois casos clínicos

Fernando Duarte e Carina Ramos

A dupla de médicos dentistas portugueses recorre a dois casos práticos que envolveram quistectomia e cujos resultados anátomo-patológicos confirmaram a existência de quisto da região globulomaxilar.

## RESUMO

O quisto da região globulomaxilar é encontrado exclusivamente na maxila, no interior do osso maxilar, nomeadamente na junção da porção globular do processo nasal mediano com o processo maxilar, a designada fis-

sura globulomaxilar, geralmente entre o incisivo lateral superior e o canino. Possui a forma de pêra invertida, radiotransparente e circundado por um halo esclerótico. Os dentes adjacentes possuem vitalidade. Os casos clínicos apresentados referem-se a dois pacientes do sexo masculino, 38 e 49 anos respectivamente, que recorreram à nossa consulta. Os pacientes foram submetidos a cirurgia sob anestesia geral para quistectomia, com consequente exame anátomo-patológico. O resultado anátomo-patológico confirmou achados histológicos consistentes com quisto da região globulomaxilar - provavelmente um quisto residual.

O quisto globulomaxilar tem vindo a ser tradicionalmente descrito na literatura como um quisto de desenvolvimento fis-

surário dos maxilares. É encontrado, como a denominação sugere, exclusivamente na maxila, no interior do osso maxilar, na junção da porção globular do processo nasal mediano com o processo maxilar, a designada fissura globulomaxilar; geralmente entre o incisivo lateral e o canino superior. No entanto, existe uma considerável quantidade de opiniões contrárias à ideia de que estes quistos sejam verdadeiros quistos fissurários<sup>4,6,8</sup>.

## ETIOPATOGENIA

O quisto da região globulomaxilar varia a sua forma de apresentação clínica, podendo não existir evidência da sua presença, sendo nestes casos apenas detectado radiograficamente<sup>11</sup>. Como raramente apresentam manifestações clínicas, a maior parte são descobertos por ortopantomografia de rotina, podendo, no entanto, o paciente referir desconforto local ou dor localizada<sup>4,6,8</sup>.



*Fernando Duarte é Médico Dentista e Mestre em Cirurgia Oral e Maxilofacial pelo Eastman Dental Institute – Universidade de Londres. Estudante de Doutoramento na Universidade de Londres e docente do Instituto Superior de Saúde do Alto Ave.*  
fduarte@clitrofa.com

Fernando Duarte

Clitrofa – Centro Médico, Dentário e Cirúrgico Lda.  
Avenida de Paradela 626, 4785-342 Trofa  
E-mail: fduarte@clitrofa.com



*Carina Ramos é Médica Dentista e estudante de Mestrado em Oncologia Médica no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Instituto Português de Oncologia – Universidade do Porto. É ainda docente do Instituto Politécnico de Saúde do Norte.*

## Palavras-chave

Quisto globulomaxilar, quistos não-odontogénicos.

# IMPLANTES

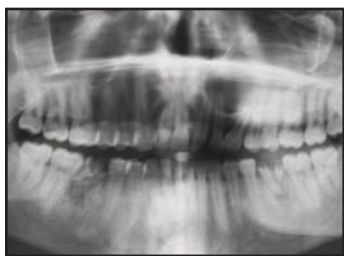


Figura 1: Ortopantomografia inicial



Figura 2 e 3: Tomografia axial computadorizada maxilar, corte frontal e corte sagital



Figura 4: Imagem intra-operatória da cavidade quística

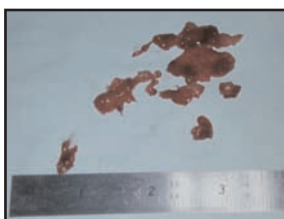


Figura 5: Peça cirúrgica excisada e enviada para exame anátomo-patológico

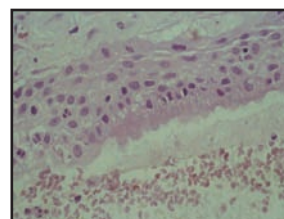


Figura 6: Imagem histológica confirmativa do diagnóstico

O quisto globulomaxilar é uma entidade que tem sido descrita na literatura como um quisto fissurário, localizado entre os processos globular e maxilar, mas este conceito tem vindo a ser contestado pela maioria dos autores que apoiam a teoria de que na verdade se trata de um quisto de origem odontogénica. A antiga teoria de origem relacionava um quisto fissurário que se originava do epitélio retido, durante a fusão da porção globular do processo nasal mediano com o processo maxilar. Contudo, este conceito tem sido questionado, uma vez que a porção globular do processo nasal mediano está primariamente unida com o processo maxilar, e a fusão não ocorre. Por conseguinte, não ocorre retenção epitelial durante o desenvolvimento embrionário desta área.

A teoria actual sustenta que muitos, se não todos

os quistos que se desenvolvem na região globulomaxilar, são realmente de origem odontogénica<sup>4</sup>.

Numerosos casos descritos mostraram características histológicas de queratoquisto odontogénico, da mesma forma que são frequentemente descritos aglomerados de epitélio odontogénico na parede dos quistos globulomaxilares. Além disso, existe pelo menos um caso, relatado por Aisenberg e Inman, de ameloblastoma que se desenvolveu a partir de um quisto globulomaxilar, facto que sugere uma origem odontogénica. As evidências contrárias à sua natureza fissurária, são, certamente, maiores do que aquelas a favor<sup>6</sup>.

Sem dúvida que esta continua a ser uma questão intrigante. No entanto, as evidências parecem levar a crer que o também chamado quisto globulomaxilar não é uma entidade, mas sim uma var-

iedade de quistos e tumores, que poderá ocorrer como lesão radiolúcida bem definida na região entre incisivos laterais e caninos superiores<sup>7</sup>.

Radiotransparências globulomaxilares quando revistas microscopicamente, incluem os quistos radiculares, granulomas periapicais, quistos periodontais laterais, queratoquistos odontogénicos, granulomas centrais de células gigantes, quistos odontogénicos calcificantes e mixomas odontogénicos. O termo globulomaxilar é usado como um termo clínico, sendo o diagnóstico definitivo feito apenas pelo exame anátomo-patológico<sup>9</sup>.

É ainda necessária prudência para não confundir o quisto da região globulomaxilar com o quisto periodontal apical, que resulta do atingimento pulpar ou traumatismo de um dos dentes adjacentes. Os dentes relacionados com o quisto glo-

bulomaxilar não têm atingimento pulpar, a menos que estejam simultaneamente infectados por cárie<sup>9</sup>.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O quisto globulomaxilar raramente apresenta manifestações clínicas. Quase todos os casos descritos na literatura foram descobertos acidentalmente através de exames radiográficos de rotina. Em muito poucas situações este tipo de quisto promove infecção e o paciente não apresenta sintomatologia de desconforto local ou dor<sup>6,9</sup>.

## CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS

Radiograficamente, a lesão globulomaxilar apresenta-se como uma radiotransparência bem definida em forma de pêra invertida, frequentemente produzindo divergência das raízes do incisivo lateral e canino superiores,



Figura 7: Tomografia axial computadorizada maxilar, corte frontal

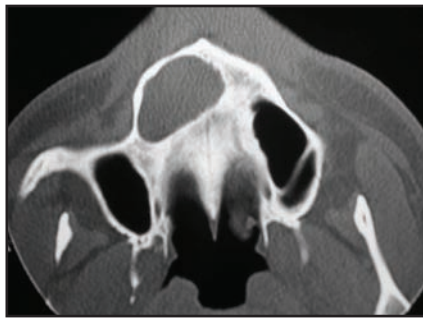


Figura 8: Tomografia axial computadorizada maxilar, corte sagital

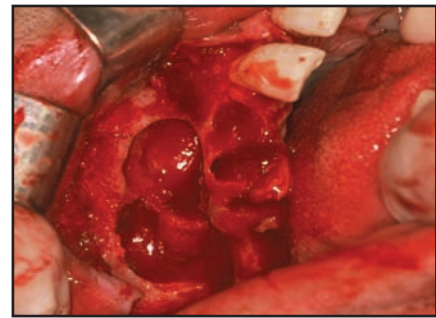


Figura 9: Imagem intra-operatória da cavidade quística

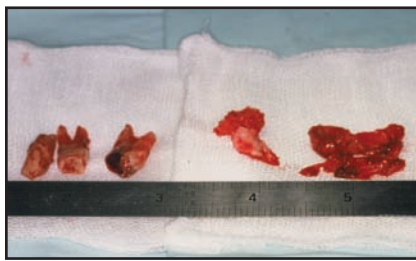


Figura 10:  
Peças dentária  
e peça cirúrgica  
excisadas

sendo circundada por um halo esclerótico próprio<sup>6</sup>.

### CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

O quisto globulomaxilar tem sido classicamente descrito como uma entidade revestida por epitélio pavimentoso estratificado ou por epitélio cilíndrico ciliado. Christ, entretanto, salientou que não existe na literatura nenhum caso publicado de quisto globulomaxilar revestido por epitélio cilíndrico ciliado pseudo-estratificado. O resto da parede é formado por tecido conjuntivo fibroso com infiltrado celular inflamatório<sup>2,3,10</sup>.

### TRATAMENTO

No que diz respeito ao tratamento parece existir consenso. O quisto deve ser removido cirurgicamente na totalidade, preservando-se, quando pos-

sível, o osso e os dentes adjacentes<sup>3,4,6,9,10</sup>.

### CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo masculino, raça caucasiana, 38 anos de idade, que compareceu na nossa consulta com sintomatologia do lado esquerdo da face, nomeadamente, dor à palpação e edema maxilar provavelmente causada pela lesão quística.

Após observação clínica e avaliação radiográfica através de ortopantomografia e tomografia axial computadorizada (TAC), foi diagnosticada uma radiopacidade circunscrita na região ântero-superior da maxila com envolvimento total do seio maxilar esquerdo e atingimento do pavimento da órbita, delimitada por um contorno radiopaco compatível com quisto.

O paciente foi inter-

venção sob anestesia geral para realizar a quistectomia. Foi feita uma incisão de Newman de 2.1 a 2.6 com duas incisões de descarga; procedeu-se ao descolamento mucoperiósteo em espessura total, obtendo-se o acesso directo à lesão, sem necessidade de osteotomia, uma vez que a lesão já tinha atingido a tábua cortical externa. Realizou-se o descolamento das paredes da cavidade quística, mantendo grande parte da integridade da cápsula do quisto; foi feita a curetagem cuidadosa da loca cirúrgica, seguida de irrigação abundante com soro fisiológico. Procedeu-se à sutura com pontos simples a fio reabsorvível (Vycril 4.0).

A peça cirúrgica excisada foi enviada para exame anátomo-patológico, e o resultado confirmou um quisto maxilar com achados histológicos compatíveis com quisto da região globulomaxilar.

Possivelmente, esta lesão seria oriunda de um quisto residual, já que o

paciente possuía más condições dentárias, assim como o dente 2.1 fracturado e com alteração de cor resultante de um traumatismo antigo de vários anos.

O prognóstico é bom, já que se trata de uma lesão de carácter benigno. Foi feito um follow-up inicial mensal até aos seis meses, passando posteriormente para revisão anual, apresentando já um follow-up de 36 meses pós-cirurgia. As últimas radiografias panorâmicas têm revelado uma notável formação óssea e ausência de qualquer complicação ou sintomatologia.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente do sexo masculino, raça caucasiana, 49 anos de idade que compareceu na nossa consulta de triagem para tratamentos de rotina. Após observação clínica e avaliação radiográfica através de ortopantomografia, foi detectada uma lesão ao nível do 1.º Quadrante. Posteriormente, foi requisitada tomografia axial

# IMPLANTES

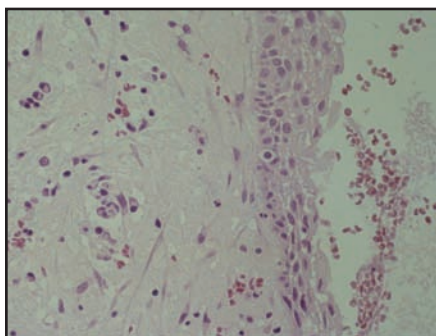


Figura 11  
Imagem  
histológica  
confirmativa  
do diagnóstico

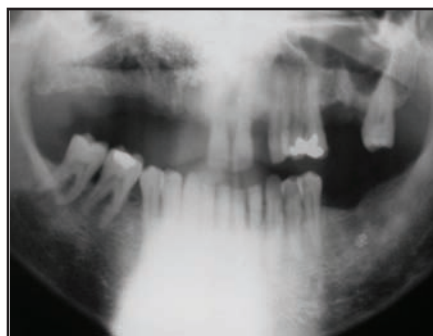


Figura 12:  
Ortopantomografia  
final com 24 meses  
de follow-up

computorizada (TAC), onde se diagnosticou uma radiopacidade circunscrita na região ântero-superior da maxila, com envolvimento total do seio maxilar direito e atingimento do pavimento da órbita, delimitada por um contorno radiopaco compatível com quisto.

O paciente foi intervenido sob anestesia geral para realizar a exodontia dos dentes: 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, assim como quistectomia. Foi feita uma incisão festonada de 1.2 a 1.6 com duas incisões de descarga; procedeu-se ao descolamento mucoperiósteo em espessura total, obtendo-se o acesso directo à lesão através de osteotomia. Realizou-se o descolamento das paredes da cavidade quística mantendo grande parte da integridade da cápsula do quisto; foi feita a curetagem cuidadosa da loca cirúrgica, seguida de irrigação abundante com soro fisiológico. Procedeu-se à sutura com pontos simples a fio reabsorvível (Vycril 4.0).

A peça cirúrgica excisada foi enviada para exame

anátomo-patológico, e o resultado confirmou um quisto maxilar com achados histológicos compatíveis com quisto da região globulomaxilar.

Possivelmente, esta lesão seria oriunda de um quisto residual, já que o paciente possuía más condições dentárias. O prognóstico é bom, já que se trata de uma lesão de carácter benigno. Foi feito um follow-up inicial mensal até aos 6 meses e, posteriormente, o paciente é revisto anualmente, apresentando já um follow-up de 24 meses pós-cirurgia. As últimas radiografias panorâmicas têm revelado uma notável neoformação óssea e ausência de qualquer complicação ou sintomatologia.

## CONCLUSÃO

As lesões da região globulomaxilar envolvem uma série de entidades para realização do diagnóstico diferencial. Porém, é imprescindível recordar que a maioria destas patologias é detectável acidentalmente por exames radiológicos de rotina, uma vez que a sintomatologia só aparece quando existe

infecção secundária da lesão. Assim, em presença de qualquer alteração, por menor que seja, devem solicitar-se exames complementares de diagnóstico para excluir possíveis alterações que a longo prazo possam acarretar maiores perdas, e que poderiam ser diagnosticadas precocemente. O follow-up destes pacientes a médio e longo prazo é de elevada importância na prevenção de possíveis infecções secundárias e recidivas. ■

## Bibliografia

1. Aisenberg MS, Inman BW. Ameloblastoma arising within a globulomaxillary cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 13:1352-1355, 1960
2. Christ TF. The globulomaxillary cyst: an embryologic misconception. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 30(4):515-526, 1970
3. Hollinshead M, Schneider L. A histologic and embryologic analysis of so-called globulomaxillary cysts. *Int J Oral Pathol* 9:281-286, 1980.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 2nd ed., USA: W B Saunders Company, 2002.
5. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. 4th ed., USA: Saunders, 2003.
6. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de Patologia Bucal*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
7. Shear M. *Cistos da Região Bucocomaxilofacial*. 2ª ed., São Paulo: Editora Santos, 1989.
8. Soames JV, Southam JC. *Oral Pathology*. 3th ed., Oxford: Oxford University Press, 1998.
9. Taicher S, Azaz B. Lesions resembling globulomaxillary cysts. *Oral Surg* 44(1):25-29, 1977
10. Vedtofte P, Holmstrup P. Inflammatory paradental cysts in the globulomaxillary region. *Oral Pathol* 18(3):125-127, 1989.
11. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. *Diagnóstico em Patologia Oral*. Barcelona: Salvat, 1972.