

## Tumorile benigne oro-maxilo-faciale

### Tumorile chistice maxilare

Chisturile maxilare sînt formațiuni patologice intraosoase, alcătuite dintr-o membrană periferică conjunctivoepitelială și un conținut specific lichidian. În raport cu punctul lor de plecare, chisturile de maxilare se împart în:

- chisturi odontogene
- chisturi neodontogene

Dintre chisturile odontogene, mai importante sînt:

#### *Chistul radicular*

Se dezvoltă în jurul apexului unui dinte permanent, prin degenerarea chistică a unei parodontite cronice apicale granulomatoase. Este mai frecvent la maxilar. Mărimea formațiunii chistice variază între 1 cm și 7-8 cm.

#### *Chistul rezidual*

În unele cazuri, după extracția unui dinte cu granulom periapical, granulomul rămîne situat în profunzimea osului. Granulomul își continuă evoluția intraosoasă, transformîndu-se chistic și crește progresiv în volum. La început, chistul rezidual se găsește în spațiul edentat. Ulterior, prin dezvoltare, poate să înglobeze rădăcinile dinților vecini.

#### *Chistul folicular*

Se dezvoltă profund intraosos, în jurul dinților incluși. A fost observat mai ales la molarul de minte inclus mandibular. Cel mai frecvent, membrana chistică înconjoară coroana dintelui inclus, inserîndu-se la colet, iar rădăcina rămîne extrachistică.

### Chisturile neodontogene

Aceste chisturi apar în vecinătatea dinților, fără a avea o legătură etiologică cu aceștia.

#### *Chistul median al maxilarului*

Se dezvoltă între rădăcinile incisivilor centrali maxilari. Inițial, incisivii centrali sînt deplasați, producîndu-se o divergență a rădăcinilor. Ulterior, prin creștere chistul poate cuprinde apexurile incisivilor centrali.

#### *Chistul globo-maxilar*

Este situat la maxilar, între rădăcinile incisivului lateral și canin. De cele mai multe ori este asimptomatic, fiind descoperit doar cu ocazia unui examen radiografie.

### Simptomatologia formațiunilor chistice

În evoluția unei formațiuni chistice există două perioade distincte:

- perioada de latență, de evoluție intraosoasă, în care chistul este asimptomatic, sau cel mult poate determina o senzație de jenă funcțională.
- perioada de exteriorizare, cînd chistul deformează tabla osoasă vestibulară sau orală și produce mobilizări și migrări ale dinților cauzali sau a dinților vecini.

Prin dezvoltarea lor, chisturile pot să evolueze spre sinusul maxilar, cavitatea nazală, canalul mandibular și să determine complicații infecțioase, mecanice, neurologice.

### Tratamentul

Tratamentul chisturilor maxilare este chirurgical. Se pot folosi două metode: marsupializarea și cura radicală.

*Marsupializarea* constă din îndepărtarea porțiunii vestibulare a peretelui chistic și transformarea cavității chistice într-o anexă a cavității orale. Este o metodă criticată, care se poate aplica numai pentru chisturile de dimensiuni mari, cele suprainfectate, sau la bătrîni. *Cura radicală* constă din îndepărtarea totală a formațiunii chistice (membrană și conținut lichidian), pentru a fi împiedicată recidiva și a da posibilitatea osului să se vindece mai ușor.

Este denumită și chistectomie. După intervenție, se practică sutura și se încearcă închiderea

per primam a cavității chistice. Pentru chisturile de dimensiune mică, vindecarea se produce prin transformarea cheagului sanguin din cavitatea chistică într-un țesut fibros, iar ulterior transformarea osoasă a țesutului fibros.

În cavitățile osoase mari rezultate după chistectomie, se poate introduce bioos bovin, hidroxilapatită sau amestecuri ale acestor preparate. În acest fel, vindecarea este mai rapidă și de calitate superioară.

Pentru chisturile de dimensiuni mari, la care rezultă dehiscente (sutura se desface), sau la cele la care s-a practicat metoda marsupializării, postoperator se pot realiza obturatoare acrilice. Acestea se introduc în defectul osos postoperator, pentru a evita traumatizarea locală a țesuturilor, acumularea resturilor alimentare și a secrețiilor orale. Ulterior, bolnavul va reveni periodic la control, și pe măsură ce se produce umplerea defectului de substanță prin procesele de cicatrizare ale organismului, obturatoarele vor fi reduse dimensional.

*Tehnica de realizare a obturatorului într-o cavitate chistică* -se ia amprenta cavității chistice cu hidrocoloizi ireversibili -se toarnă modelul din gips

-se realizează macheta din ceară a obturatorului. Dacă cavitatea chistică este retentivă, în prealabil se aplică ceară pe pereții laterali ai modelului pentru deretentivizare.

(Deretentivizarea nu este necesară dacă pentru obturator se folosesc acilați rezilienți sau siliconi). În final, macheta obturatorului se aseamănă cu o ciupercă.

-se ambalează, elimină ceara și rezultă tiparul

-se introduce în tipar acrilat termopolimerizabil, care se supune regimului termic, se dezambalează și se prelucrează.

*Tehnica de execuție a protezelor cu obturator în cavitățile chistice* Uneori intervenția chirurgicală asupra chistului se realizează la un bolnav edentat subtotal sau total. În aceste cazuri, se recomandă proteze parțiale sau totale, care conțin un obturator pentru protecția cavității chistice. Obturatorul va fi plasat pe versantul vestibular al șei protezei, întrucât și cavitatea chistică restantă se găsește în vestibul.

Tehnica de execuție este aceeași cu a unei proteze clasice, doar că în final baza protezei va cuprinde și obturatorul acrilic. Fazele de execuție se succed după tehnicile standard, amprenta preliminară înregistrând și defectul osos rezultat după chistectomie. Ulterior, toate fazele tehnice vor ține cont de prezența obturatorului anexat bazei protezei. Și în cazul acestor proteze, se reduce dimensional obturatorul pe măsură ce se reduce defectul osos.

### **Tumori benigne gingivale**

La nivelul parodontiului marginal sau al creștelor alveolare edentate se pot observa frecvent tumori gingivale de tip epulis, granulomul periferic cu celule gigante, granulomul piogen. Clinic, se prezintă ca tumori gingivale de culoare roșie-albăstruie, netede sau ulcerate. Culoarea este concordantă cu natura vasculară și vechimea leziunii. Au fost observate atât tumori cu baza largă de implantare, cât și pediculate. Rata de creștere este relativ rapidă, adesea ajungând la 1 cm diametru în doar câteva luni. Ating dimensiuni medii de 1-2 cm, dar au fost descrise și cazuri de 5 cm diametru.

#### **Tratamentul**

În scop profilactic, se recomandă îndepărtarea factorilor cronici de iritație și o bună igienă orală.

Tratamentul curativ constă din extirparea tumorilor și îndepărtarea factorilor de iritație locală. Pentru extirpare, se face o incizie de circumscriere a tumorii, urmată de îndepărtarea sa cu decolatorul, și chiuretajul până în țesut sănătos. Dacă dinții din zona epulisului apar compromiși, se practică extracția lor. Plaga postoperatorie se protejează cu meșe iodoformate. După 2-3 zile, când începe procesul granular al plăgii, meșele sînt îndepărtate.

Rata de recidivă postoperatorie este apreciată la 10-15% din cazuri. Dacă apare

recidiva, devine necesar chiuretajul osos mai agresiv și chiar rezecția osoasă în bloc.

Pentru defectele de gingie sau creastă alveolară rezultate, se pot folosi sisteme protetice care vor înlocui țesuturile absente (os, periost, mucoasă): proteze parțiale sau totale cu obturator, proteze cu baza acrilică prelungită, proteze conjuncte cu coroane alungite apical, proteze conjuncte care prezintă atașat o prelungire acrilică roz, pentru substituirea zonei gingivale.