

# ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ (ΚΡΟΣΣΩΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΥΣΤΗ) ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΑΔΑ\*, Κ.Ι. ΤΟΣΙΟΣ\*\*, Κ. ΧΟΥΠΗΣ\*\*\*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Ο** Η μετεγχειρητική κύστη της άνω γνάθου, ή χειρουργική κροσσωτή κύστη, είναι αληθής κύστη του ιγμορείου, που αναπτύσσεται αρκετά χρόνια μετά από χειρουργικές επεμβάσεις που εμπλέκουν τα ιγμόρεια, ή από βλάβη του εδάφους των ιγμορείων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή μίας περίπτωσης μετεγχειρητικής κύστης της άνω γνάθου. Η περίπτωση αφορά σε άνδρα ηλικίας 76 χρονών και εμφανίστηκε 30 χρόνια μετά από επέμβαση Caldwell-Luc. Η κύστη εκδηλώθηκε ως επώδυνη διόγκωση που εμπόδιζε την τοποθέτηση ολικής οδοντοστοιχίας και είχε μορφή κλυδάζουσας διόγκωσης στην προστομιακή αύλακα. Ακτινογραφικά, στο σύστοιχο ιγμόρειο παρατηρήθηκε καλή περιγεγραμμένη διαύγαση σε συνέχεια με τη βλάβη, καθώς και σκίαση συμβατή με ψευδοκύστη ιγμορείου. Ιστολογικά, το τοίχωμα των κύστεων επενδυόταν από κροσσωτό κυλινδρικό επιθήλιο. Από τη συνεκτίμηση των στοιχείων του ιστορικού και των κλινικών, ακτινογραφικών, διεγχειρητικών και μικροσκοπικών ευρημάτων, τέθηκε η διάγνωση μετεγχειρητικής κύστης της άνω γνάθου, σε συνδυασμό με ψευδοκύστη ιγμορείου. Επίσης, ανασκοπούνται τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά 44 περιπτώσεων που έχουν περιγραφεί σε ασθενείς μη ασιατικής καταγωγής, καθώς και της μοναδικής ανάληψης περίπτωσης από την ελληνική βιβλιογραφία.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Sugar και συν.<sup>1</sup> αναφέρουν τον Kubo ως τον πρώτο που περιέγραψε το 1927 την ανάπτυξη κύστης στην άνω γνάθο μετά από χειρουργική θεραπεία χρόνιας ιγμορίτιδας. Ακολούθησε η περιγραφή πολλών ανάλογων κύστεων στην ιαπωνική βιβλιογραφία, με τα ονόματα *μετεγχειρητική κύστη άνω γνάθου* και *πα-*

*ραρρινική κύστη*<sup>2,3</sup>. Οι πρώτες περιπτώσεις σε Καυκάσιους περιγράφηκαν από τους Gregory και Shaffer<sup>4</sup>, με τον όρο *κροσσωτή χειρουργική κύστη*. Αργότερα οι Gardner και Gullane<sup>5</sup> χρησιμοποίησαν το όνομα *επιθετική μετεγχειρητική κύστη*, προκειμένου να τονίσουν την επιθετική βιοβιολογική συμπεριφορά της, και τη διέκριναν από την πρωτοπαθή βλεννοκήλη του ιγμορείου, θεωρώντας την ως «αληθή» βλεννοκήλη. Στην ελληνική βιβλιογραφία περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Χριστόπουλο και Πατρικίου<sup>6</sup> το 1997, ως *μετεγχειρητική κύστη άνω γνάθου*.

Η μετεγχειρητική κύστη της άνω γνάθου εμφανίζεται, συνήθως, πολλά χρόνια μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στα ιγμόρεια, όπως Caldwell-Luc<sup>3,4</sup>, ακρορριζεκτομή<sup>7</sup>, ανόρθωση ιγμορείου<sup>8,9</sup> και οστεοτομία μέσου προσώπου<sup>1</sup>, ή μετά από βλάβη στο έδαφος του ιγμορείου, όπως αυτή που προκαλείται από κακωτικές εξα-

Ανακοινώθηκε στην 39η Ετήσια Οδοντοστοματολογική Σύνοδο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος - Χαλκίδα, 9-11 Σεπτεμβρίου 2004.

Από τον Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος και τον Τομέα Βασικών Ιατροβιολογικών Επιστημών και Βιολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

\* Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Στοματολογίας.

\*\* Λέκτορας.

\*\*\* Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Κύστεις γνάθων, Κύστεις άνω γνάθου, Ιγμόρειο, Μετεγχειρητικές επιπλοκές.

γωγές δοντιών<sup>5</sup>. Υπάρχουν, επίσης, μεμονωμένες αναφορές ανάλογων κύστεων στην κάτω γνάθο<sup>10</sup>, στις οποίες η παρουσία του αναπνευστικού επιθηλίου αποδίδεται σε μεταφορά του με αυτόλογο μόσχευμα από τη μύτη που τοποθετείται σε γενειοπλαστικές επεμβάσεις, ή σε τυχαίο εμβολιασμό του κατά τη διάρκεια ταυτόχρονων ορθογναθικών επεμβάσεων στην άνω και την κάτω γνάθο.

Η μετεγχειρητική κύστη της άνω γνάθου θεωρείται σπάνια στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Εκδηλώνεται ως διόγκωση της άνω γνάθου που σχετίζεται με καλή περιγεγραμμένη, μονόχωρη ή πολύχωρη ακτινοδιαύγαση της περιοχής, η οποία περιβάλλεται από ακτινοσκιερό όριο<sup>2,11</sup>. Η κύστη μπορεί να βρίσκεται σε απόσταση από τα ιγμόρεια<sup>11</sup>, ή να καταλαμβάνει μέρος ή και όλο το ιγμόρειο<sup>2,4,5</sup>. Περιγράφεται επίσης, μη ειδικός πόνος ή «ενόχληση»<sup>4,7,11,12</sup>.

Μικροσκοπικά<sup>2,11,12</sup>, το τοίχωμα της κύστης επενδύεται από ψευδοπολυκύττω, κροσσωτό, κυλινδρικό επιθήλιο αναπνευστικού τύπου, με εστίες πηλακώδους μεταπλασίας, ιδιαίτερα σε περιοχές ίνωσης και κοκκιωματώδους φλεγμονής<sup>2,7</sup>. Ο υποκείμενος ιστός είναι ινώδης με οίδημα και φλεγμονή, ενώ η κυστική κοιλότητα περιέχει βλεννώδες υλικό. Τα μικροσκοπικά ευρήματα δεν είναι διαγνωστικά<sup>1</sup>.

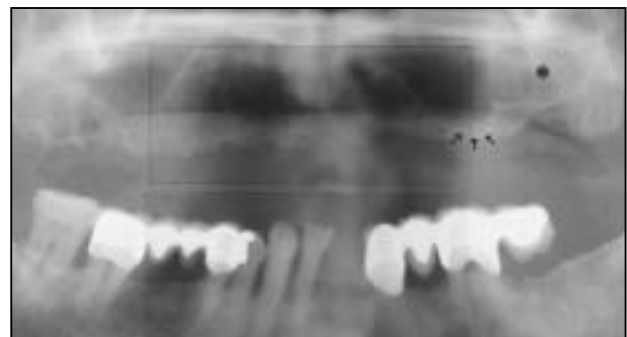
Στην παρούσα εργασία περιγράφεται περίπτωση κροσσωτής χειρουργικής κύστης, που εκδηλώθηκε ως επώδυνη διόγκωση της άνω γνάθου 30 χρόνια μετά από επέμβαση Caldwell-Luc για την αφαίρεση πολυπόδων ιγμορείου. Η κύστη βρισκόταν σε σχέση με μία ψευδοκύστη του ιγμορείου. Ανασκοπούνται επίσης, τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά 45 δημοσιευμένων περιπτώσεων που έχουν αναφερθεί σε άτομα μη ασιατικής καταγωγής.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

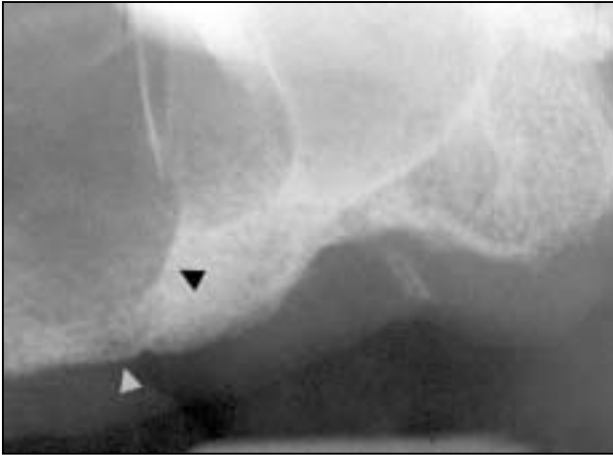
Άνδρας, ηλικίας 76 ετών, παραπέμφθηκε από οδοντίατρο για διάγνωση και θεραπεία επώδυνης διόγκωσης στην αριστερή άνω γνάθο. Ο ασθενής αντιλήφθηκε τη διόγκωση πριν από ένα μήνα περίπου, όταν διαπίστωσε αδυναμία τοποθέτησης της άνω ολικής οδοντο-

στοιχίας. Η προσπάθεια τοποθέτησης της οδοντοστοιχίας προκάλεσε έντονο πόνο που υποχώρησε με την αφαίρεσή της. Η οδοντίατρος που παρέπεμψε τον ασθενή ανέφερε ότι πριν από 10 χρόνια, όταν κατασκεύασε την ολική οδοντοστοιχία, δεν παρατήρησε βλάβη στην περιοχή. Το ιστορικό του ασθενούς περιελάμβανε υπέρταση, ελεγχόμενη με φαινοϋλοσουλφονική αμλοδιπίνη και ατενολόλη, υπερχολιστεριναιμία, και καθημερινή λήψη ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Πριν από τουλάχιστον 30 χρόνια, είχε υποβληθεί σε επέμβαση Caldwell-Luc για την αφαίρεση πολυπόδων από το αριστερό ιγμόρειο.

Στην ενδοστοματική εξέταση παρατηρήθηκε καλή περιγεγραμμένη διόγκωση στην άνω αριστερή ουλοπαρειάκη αύλακα, εγγύς του πλάγιου χαλινού του χείλους, κλύδαζουσα και ελαφρά επώδυνη. Ο καθηπτικός βλεννογόνος της διόγκωσης παρουσίαζε κεντρικά διάβρωση, πιθανώς λόγω τραυματισμού από το πτερύγιο της οδοντοστοιχίας. Η πανοραμική ακτινογραφία (εικ. 1) έδειξε καλή περιγεγραμμένη ακτινοδιαύγαση σε συνέχεια του γναθιαίου κόλπου, η οποία εκτεινόταν από το ρινικό διάφραγμα μέχρι τη φατνιακή ακρολοφία. Η οπίσθια περιοχή του γναθιαίου κόλπου καταλαμβάνονταν από μία ελαφρά ακτινοσκιερή βλάβη σε σχήμα «τρούλου». Στην ακτινογραφία δήξης απεικονιζόταν καλή περιγεγραμμένη ακτινοδιαύγαση αντίστοιχα προς



**Εικ. 1.** Η πανοραμική ακτινογραφία απεικονίζει καλή περιγεγραμμένη ακτινοδιαύγαση σε συνέχεια με το ιγμόρειο, η οποία εκτείνεται από το ρινικό διάφραγμα έως τη φατνιακή ακρολοφία (βέλη). Το οπίσθιο τμήμα του ιγμορείου καταλαμβάνεται από ακτινοσκιερή βλάβη με σχήμα «τρούλου» (αστερίσκος).



*Εικ. 2.* Η ακτινογραφία δήξης δείχνει καλά περιγεγραμμένη διαύγαση του γναθιαίου οστού στην περιοχή της ενδοστοματικής διόγκωσης.



*Εικ. 4.* Επικοινωνία της κυστικής κοιλότητας με το βλεννογόνο του ιγμορείου (βέλος).

την περιοχή της διόγκωσης (εικ. 2), ενώ η προβολή Water's, απεκάλυψε σύστοιχα χρόνια ιγμορίτιδα και απώλεια του πλάγιου ρινικού τοιχώματος (εικ. 3).

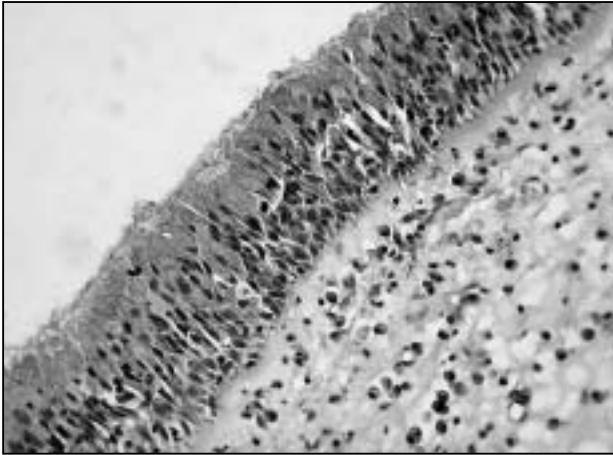
Με τοπική αναισθησία αναπτύχθηκε βλεννογονοπεριστοικός κρημνός, τα άκρα του οποίου τοποθετήθηκαν σε υγιές οστό, αρκετά μακριά από τα όρια της διόγκωσης, και αποκαλύφθηκε κυστική βλάβη που κατελάμβανε προϋπάρχον οστικό παράθυρο. Παρά την προσπάθεια προσεκτικής αποκόλλησης του κρημνού από το τοίχωμα της βλάβης, το τελευταίο έσπασε, με αποτέ-



*Εικ. 3.* Η προβολή Water's δείχνει εικόνα χρόνιας ιγμορίτιδας και απουσία τμήματος του πλάγιου ρινικού τοιχώματος.

λεσμα την εκροή κίτρινου, πυώδους υγρού. Η βλάβη χωριζόταν από το ιγμόρειο με λεπτή μεμβράνη, προφανώς το βλεννογόνο του ιγμορείου, η οποία παρουσίαζε μικρή διάτρηση (εικ. 4). Μία δεύτερη κυστική βλάβη με παρόμοιο υγρό κατελάμβανε το οπίσθιο-πλάγιο τοίχωμα του ιγμορείου. Το τοίχωμά της ήταν λεπτό, με αποτέλεσμα να σπάσει κατά την αποκόλληση από το οστικό τοίχωμα. Μετά την πλήρη απομάκρυνση των βλαβών, διαμέσου του διευρυμένου οστικού τρήματος του ιγμορείου ήταν ορατή η μέση ρινική κόγχη. Η εγχειρητική εικόνα ήταν απόλυτα συμβατή με προηγούμενη ευρεία επέμβαση Caldwell-Luc, κατά την οποία είχε αφαιρεθεί μεγάλο τμήμα του πλάγιου ρινικού τοιχώματος (μέσο τοίχωμα του ιγμορείου) για την επίτευξη επαρκούς παροχέτευσης. Ο υπόλοιπος βλεννογόνος του ιγμορείου ήταν παχύς αλλά κλινικά υγιής, καθιστώντας άσκοπη την παραπέρα χειρουργική παρέμβαση. Μετά από πλήξεις του ιγμορείου με φυσιολογικό ορό, επανατοποθετήθηκε ο κρημνός με ραφή mattress. Επειδή το προϋπάρχον άνοιγμα του ιγμορείου προς τη ρινική κοιλότητα ήταν επαρκές, δεν κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση παροχέτευσης.

Στον ασθενή χορηγήθηκε αντιμικροβιακή αγωγή (αμοξικιλίνη και μετρονιδαζόλη) για πέντε ημέρες, σε συνδυασμό με αποσυμφορητικό του ρινικού βλεννογόνου. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και τα ράμματα αφαιρέθηκαν μετά από οκτώ ημέρες. Δεκαέξι μήνες μετά την



Εικ. 5. Μικροσκοπικά παρατηρείται τοίχωμα ινώδους συνδετικού ιστού, επενδύόμενο από αναπνευστικό επιθήλιο (χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης, αρχική μεγέθυνση x10).

επέμβαση ο ασθενής είναι ελεύθερος σημείων ή συμπτωμάτων.

Το χειρουργικό υλικό μονιμοποιήθηκε σε διάλυμα ουδέτερης φορμόλης 10%. Μακροσκοπικά, παρατηρήθηκαν πολλαπλά, λευκόφαια, εύθρυπτα τεμάχια, συνολικών διαστάσεων 3x2x2 εκατοστών. Η ιστολογική εξέταση έδειξε χαλαρό ινώδη συνδετικό ιστό, επενδύόμενο από ψευδοπολιύστιβο, κροσσωτό, κυλινδρικό επιθήλιο (εικ. 5). Ο συνδετικός ιστός ήταν αραιά διηθημένος από φλεγμονώδη κύτταρα, κυρίως λεμφοκύτταρα και πλάσματοκύτταρα, και σε ορισμένα ιστοτεμάχια εμφάνιζε μικρούς οροβλεννώδεις αδένες. Τα κλινικά, ακτινογραφικά και ιστολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με μετεγχειρητική κύστη και ψευδοκύστη ιγμορείου, αντίστοιχα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην περίπτωση που περιγράφεται, ο ασθενής παρουσιάστηκε με κύστη στην άνω γνάθο που εκτεινόταν από το τοίχωμα του ιγμορείου έως την ουλοπαριακή αύλακα. Η κύστη κατελάμβανε οστικό παράθυρο που είχε δημιουργηθεί από εκτεταμένη επέμβαση Caldwell-Luc που είχε γίνει πριν από τουλάχιστον 30 χρόνια για την αφαίρεση πολυπόδων του ιγμορείου. Η βλάβη χωριζόταν από το ιγμόρειο με το ρινικό βλεννογόνο, ερχόμενη μόνον εστιακά σε επαφή με αυτό. Σύμφωνα με τους Gardner και Gullane<sup>5</sup>, η διάγνωση της μετεγχειρητικής κύστης βασίζεται στη συσχέ-

τιση της ακτινογραφικής εικόνας με ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στο ιγμόρειο, ιδιαίτερα επέμβασης Caldwell-Luc.

Στην παρούσα περίπτωση, η κύστη μπορεί να προήλθε από βλάβηση του επιθηλίου του ιγμορείου προς την περιοχή του οστικού ελλείμματος που δημιουργήσε το χειρουργικό τραύμα της προηγούμενης επέμβασης, όπως έχει προταθεί για τις μετεγχειρητικές κύστεις που εντοπίζονται κοντά στη ρινική κοιλότητα<sup>2</sup>. Η όψιμη ενδοστοματική εμφάνιση της βλάβης μπορεί να αποδοθεί στη συνεχή αλλήλα αργή μεγέθυνση της κύστης<sup>5</sup>, η οποία προκάλεσε διεύρυνση του οστικού παράθυρου της προηγούμενης επέμβασης και προβολή της κύστης διαμέσου αυτού. Η παθογένεση της βλάβης μπορεί, επίσης, να ερμηνευθεί από τον εμβολιασμό τμημάτων του βλεννογόνου του ιγμορείου στο τραύμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης<sup>1-3</sup>. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το επιθήλιο παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση για πολλά χρόνια πριν αρχίσει να πολλαπλασιάζεται και να υφίσταται κυστική εκφύλιση, ως αντίδραση σε κάποιο ερεθιστικό παράγοντα.

Στη διαφορετική διάγνωση της περίπτωσης που παρουσιάζεται μπορεί να περιληφθεί η πρωτοπαθής βλεννοκήλη των παραρρινικών κόλπων, η οποία θα μπορούσε να επεκταθεί στη στοματική κοιλότητα μέσω διάβρωσης του οστού των γνάθων<sup>5</sup>. Η «θολήρη» εικόνα του ιγμορείου που παρατηρήθηκε κυρίως στην προβολή Water's, είναι συμβατή με πρωτοπαθή βλεννοκήλη, αλλήλα η βλάβη αυτή εκδηλώνεται κατά κανόνα ως εξωστοματική διόγκωση με ποικίλα κλινικά σημεία, ανάλογα με την εμπλοκή του οφθαλμικού κόγχου, των κρανιακών νεύρων και της υπόφυσης<sup>5</sup>. Επιπλέον, η πρωτοπαθής βλεννοκήλη σχετίζεται με φλεγμονή, αλλεργία ή νεοπλασματική νόσο των παραρρινικών κόλπων, οπότε προκαλείται απόφραξη του ρινικού τρήματος και μετατροπή του προσβεβλημένου κόλπου σε μία κυστική κοιλότητα με βλέννη<sup>5</sup>. Στην περίπτωση που παρουσιάζεται όμως, αν και η πάχυνση του τοιχώματος του ιγμορείου ήταν ενδεικτική χρόνιας φλεγμονής, η απόφραξη του ρινικού τρήματος δεν είναι πιθανή, καθώς αυτό είχε διευρυνθεί τόσο από την προηγούμενη επέμβαση, ώστε έκανε περιττή ακόμα και την τοποθέτηση παρο-

χέτευσης. Επιπλέον, οι πρωτοπαθείς βλεννοκίηλες είναι σπάνιες στα ιγμόρεια και συχνές στους μετωπιαίους, τους ηθμοειδείς και τους σφηνοειδείς κόλπους<sup>5,13</sup>.

Η μετεγχειρητική κύστη θεωρείται σπάνια σε μη ασιατικούς πληθυσμούς, με εξαίρεση τη Μεγάλη Βρετανία, από όπου έχει αναφερθεί η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα σειρά περιπτώσεων σε μη Ασιάτες<sup>11</sup>. Στην Ιαπωνία, σε μία μελέτη<sup>2</sup> η μετεγχειρητική κύστη συνιστούσε το 19,5% όλων των κύστεων του στόματος και το 46,5% των μη οδοντογενών κύστεων, και σε άλλη μελέτη<sup>13</sup> αναπτύχθηκε στο 3% έως 20% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ιγμορείου.

Από την ανασκόπηση της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας μέχρι το 2004, προέκυψαν 44 περιπτώσεις μετεγχειρητικής κύστης της άνω γνάθου σε ασθενείς μη ασιατικής καταγωγής<sup>1,3,4,7-12</sup>. Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά αυτών των περιπτώσεων, της περίπτωσης των Χριστόπουλου και Πατρικίου<sup>6</sup>, καθώς και της παρούσας περίπτωσης, συνοψίζονται στον πίνακα 1. Η ηλικία κατά τη διάγνωση είναι από 20 έως 76 χρόνια. Δεν υπάρχει προτίμηση στο φύλο και η αναλογία ανδρών:γυναικών είναι 22:20. Ο χρόνος που μεσολήβησε μεταξύ της επέμβασης στο ιγμόρειο και της ανάπτυξης της κύστης είναι από 6 μήνες έως 39 χρόνια. Ο συχνότερος τύπος επέμβασης που προηγήθηκε της εμφάνισης της κύστης εί-

**Πίνακας 1.** Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά 46 περιπτώσεων μετεγχειρητικών κύστεων της άνω γνάθου, σε άτομα μη ασιατικής καταγωγής, από την αγγλόφωνη και ελληνική βιβλιογραφία

Συγγραφείς	Αριθμός περιπτώσεων	Ηλικία (χρόνια)	Φύλο	Τύπος επέμβασης	Χρόνια μετά την επέμβαση
Gregory και Shaffer <sup>4</sup>	4	45	A	Caldwell-Luc	17
		45	A	Caldwell-Luc	18-20
		50	Θ	Caldwell-Luc	12-17
		52	A	Caldwell-Luc	15
Miller και συν. <sup>7</sup>	1	21	A	ακρορριζεκτομές	4
Basu και συν. <sup>11</sup>	23	25-74 (μ.ο. 43,7)	9A - 12Θ	χειρουργική ιγμορείου	7-39 (μ.ο. 20)
Sugar και συν. <sup>1</sup>	3	39	Θ	οστεοτομία Le fort III	4
		21	A	οστεοτομία Le fort II	3
		38	A	οστεοτομία Le fort I	3
Misch και συν. <sup>8</sup>	1	-	-	ανόρθωση ιγμορείου	-
Χριστόπουλος και Πατρικίου <sup>6</sup>	1	57	Θ	Caldwell-Luc	11
Hayhurst και συν. <sup>3</sup>	1	20	A	οστεοτομία Le fort I: 1	5
	9*	28-70 (μ.ο. 47,6)	3A - 6Θ	εξαγωγή: 5 Caldwell-Luc: 3 τραύμα: 1	-
Lockhart και συν. <sup>9</sup>	1	41	Θ	ανόρθωση ιγμορείου	0,5
Amin και συν. <sup>12</sup>	1	22	A	οστεοτομία Le fort I	5
Παρούσα περίπτωση	1	76	A	Caldwell-Luc	30

\* Τα κλινικά στοιχεία της σειράς δεν παρουσιάζονται αναλυτικά από τους Hayhurst και συν.

ναι η οστεοτομία Le Fort. Γενικά, δεν υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές των κλινικών στοιχείων μεταξύ των ασθενών μη ασιατικής καταγωγής και εκείνων που προέρχονται από την Ιαπωνία<sup>2</sup>.

Η αυξημένη συχνότητα μετεγχειρητικών κύστεων στην Ιαπωνία μπορεί να αποδοθεί στο ότι πριν από την ευρεία χρήση των αντιβιοτικών, η χειρουργική ήταν η θεραπεία επιλογής για τη χρόνια ιγμορίτιδα, μία νόσο που είναι πολύ συχνή στον παιδικό πληθυσμό της Ιαπωνίας<sup>2,5</sup>. Η σπανιότητα, ωστόσο, αυτής της κύστης στις δυτικές κοινωνίες, όπου οι ορθογναθικές επεμβάσεις και οι οστεοτομίες είναι συνήθειες πρακτικές<sup>1</sup>, δεν μπορεί να αιτιολογηθεί. Μία πιθανή εξήγηση είναι η μη αναγνώριση της μετεγχειρητικής κύστης ως ξεχωριστής οντότητας<sup>11</sup>.

Οι Basu και συν.<sup>11</sup> θεωρούν ότι η ανεύρεση οροβλεννώδων αδένων στο τοίχωμα μίας κυστικής βλάβης του ιγμορείου δεν συνηγορεί με τη διάγνωση μετεγχειρητικής κύστης, ενώ ο Gardner<sup>14</sup> αναφέρει ότι το εύρημα αυτό είναι σημαντικό για τη διάγνωση της ψευδοκύστης του ιγμορείου. Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, παρατηρήθηκαν οροβλεννώδεις αδένες σε ορισμένα ιστοτεμάχια, αλλά καθώς η κύστη δεν αφαιρέθηκε ακέραια και στο παθολογοανατομικό υλικό αναμίχθηκαν τμήματα του βλεννογόνου του ιγμορείου, το εύρημα αυτό δεν μπορεί να αξιολογηθεί. Οι Smith και συν.<sup>15</sup> προτείνουν την ηλεκτροφορητική ανάληψη υγρού που αναρροφάται από την κύστη, ως μέθοδο διαφορικής διάγνωσης της μετεγχειρητικής κύστης από οδοντογενείς κύστεις, αλλά οι Amin και συν.<sup>12</sup> προειδοποιούν ότι αυτή η παρέμβαση μπορεί να προκαλέσει επιμόλυνση της κύστης.

Η μετεγχειρητική κύστη περιγράφεται ως τοπικά επιθετική βλάβη<sup>5</sup>, αν και η πρόγνωση είναι καλή μετά από συντηρητική χειρουργική εξαίρεση. Επιπλέον, έχουν περιγραφεί δύο περιπτώσεις μέτριου έως μεγάλου βαθμού επιθηλιακής δυσπλασίας στο τοίχωμα μετεγχειρητικών κύστεων<sup>2</sup>. Σε σειρά 110 περιπτώσεων<sup>16</sup>, η πλήρης αφαίρεση του τοιχώματος της κύστης, σε συνδυασμό με ρινική αντροστομία, ήταν θεραπευτική. Εξίσου καλά αποτελέσματα έχουν η επούλωση κατά πρώτο ή κατά δεύτερο σκοπό, ενώ η μαρσιποποίηση συνιστάται για μονόχωρες κύ-

στεις με λεπτό τοίχωμα και μεγάλη οστική καταστροφή<sup>16</sup>.

Η ακτινογραφική και διεγχειρητική εικόνα της οπίσθιας κυστικής βλάβης στην παρούσα περίπτωση, ήταν διαγνωστική ψευδοκύστης του ιγμορείου<sup>5</sup>. Οι ψευδοκύστες του ιγμορείου είναι σχετικά συχνές και ασυμπτωματικές βλάβες, που στην τυπική τους μορφή εμφανίζονται ως ελαφρά ακτινοσκοιερές βλάβες με σχήμα «τρούθου» στο έδαφος του ιγμορείου. Αποτελούν, συνήθως, τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα και αποδίδονται στη συγκέντρωση φλεγμονώδους εξιδρώματος κάτω από το βλεννογόνο του ιγμορείου. Όπως και στην περίπτωση που παρουσιάζεται, δεν είναι σαφής η προέλευση του εξιδρώματος, το οποίο ενδεχομένως σχετίζεται με προηγηθείσα ιγμορίτιδα. Υπέρ της παρουσίας φλεγμονής συνηγορεί και η πάχυνση του βλεννογόνου του ιγμορείου.

Η γνώση της πιθανότητας εμφάνισης μετεγχειρητικής κύστης ως όψιμης επιπλοκής χειρουργικής επέμβασης που εμπλέκει τα ιγμόρεια, αναμένεται να οδηγήσει στη διάγνωση περισσότερων ανάλογων περιπτώσεων.

## SUMMARY

M. GEORGOPOULOU-BADA,  
K.I. TOSIOS, K. CHOUPIIS

### POSTOPERATIVE MAXILLARY CYST (SURGICAL CILIATED CYST). REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

STOMATOLOGIA 2006,63(1): 33-39

Postoperative maxillary cyst or surgical ciliated cyst is a true sinus mucocoele that can develop many years after surgery or damage involving the maxillary sinus. A case of a postoperative maxillary cyst that appeared 30 years after a Caldwell-Luc operation for the removal of sinus polyps in a 76-year-old man is described. It presented as a fluctuant, painful swelling of the left maxilla, causing displacement of a complete upper denture. Radiographic examination showed a well-

defined radiolucency in continuity with the antrum, associated with a typical antral pseudocyst. Microscopic examination showed loose fibrous connective tissue lined by ciliated, pseudostratified columnar epithelium. From the clinical, radiographic, macroscopic and microscopic findings a final diagnosis of a surgical ciliated cyst was established. Moreover the main clinical features of 45 cases previously described in non Asiatic patients are reviewed.

**KEY WORDS:** Jaw cysts, Maxillary cysts, Maxillary sinus, Postoperative complications.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. SUGAR AW, WALKER DM, BOUNDS GA. Surgical ciliated (postoperative maxillary) cysts following mid-face osteotomies. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990,28: 264-267
2. YAMAMOTO H, TAKAGI M. Clinicopathologic study of the postoperative maxillary cyst. *Oral Surg* 1986,62: 544-548
3. HAYHURST DL, MOENNING GE, SUMMERLIN DJ, BUSSARD DA. Surgical ciliated cyst: a delayed complication in a case of maxillary orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1993,51: 705-708
4. GREGORY GT, SHAFFER WG. Surgical ciliated cyst of the maxilla: report of cases. *J Oral Surg* 1958,16: 251-253
5. GARDNER DG, GULLANE PJ. Mucocoeles of the maxillary sinus. *Oral Surg* 1986,62: 538-543
6. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Π, ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ Α. Μετεγχειρητική κύστη άνω γνάθου. *Στοματολογία* 1991,48: 150-152
7. MILLER R, LONGO J, HOUSTON G. Surgical ciliated cyst of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg* 1988,46: 310-312
8. MISCH CM, MISCH CE, RESNIK RR. Postoperative maxillary cyst associated with a maxillary sinus elevation procedure: a case report. *J Oral Implantol* 1991,17: 432-437
9. LOCKHART R, CECCALDI J, BERTRAND JC. Postoperative maxillary cyst following sinus bone graft. Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000,15: 583-586
10. KOUTLAS IG, GILLUM RB, HARRIS MW, BROWN BA. Surgical (implantation) cyst of the mandible with ciliated respiratory epithelial lining: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2002,60: 324-325
11. BASU K, ROUT PGJ, RIPPIN JW, SMITH AJ. The postoperative maxillary cyst. Experience with 23 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988,17: 282-284
12. AMIN M, WITHEROW H, LEE R, BLENKINSOPP P. Surgical ciliated cyst after maxillary orthognathic surgery. Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2003,61: 138-141
13. NAKAJIMA T. Surgical ciliated cyst: a delayed complication in a case of maxillary orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1993,51: 708-709
14. GARDNER DG. Pseudocysts and retention cysts of the maxillary sinus. *Oral Surg* 1984,58: 561-567
15. SMITH G, SMITH AJ, BASU MK, RIPPIN JW. The analysis of fluid aspirate glycosaminoglycans in diagnosis of the postoperative maxillary cyst (surgical ciliated cyst). *Oral Surg* 1988,65: 222-224
16. YOSHIKAWA Y, NAKAJIMA T, KANESHIRO S, SAKAGUCHI M. Effective treatment of the postoperative maxillary cyst by marsipulisation. *J Oral Maxillofac Surg* 1982,40: 487-491

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Κωνσταντίνος Ι. Τόσιος  
Εργαστήριο Στοματολογίας  
Οδοντιατρική Σχολή  
Θηβών 2  
115 27 ΑΘΗΝΑ