Presentaciones de casos

La maxilectomía en la oncología del tercio medio facial. Reporte de un caso

Maxillectomy in Midface Oncology: A Case Report

José Daniel Gil Milá[1] Lilian Peña González[1] César Luis Rodríguez Medina[1] Daniel Elías Leyva[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba

Cómo citar este artículo:
Gil-Milá J, Peña-González L, Rodríguez-Medina C, Elías-Leyva D. La maxilectomía en la oncología del tercio medio facial. Reporte de un caso. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 6]; 16(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1647

Resumen

Los senos maxilares no son la topografía más frecuente en la aparición del carcinoma epidermoide en cabeza y cuello. Para su control es necesario el tratamiento quirúrgico con resecciones amplias, que garantice márgenes libres de la enfermedad. Se presenta el caso de un paciente con un tumor del seno maxilar derecho que fue atendido en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Este trabajo fue realizado con el objetivo de exponer el caso clínico, en el que se describe la técnica quirúrgica empleada que se basa en la guía conformada por Azcue y cols. en Cuba. Se evidencia un tratamiento quirúrgico oncológico óptimo con mayor resultado para la esperanza y calidad de vida de los pacientes. La innovación quirúrgica surge no solo de tecnologías sofisticadas, sino del conocimiento profundo de la anatomía, la experiencia acumulada por el especialista y el compromiso con el bienestar integral del enfermo.

Palabras clave: seno maxilar, carcinoma epidermoide, informe de caso, calidad de vida, pacientes

Abstract

The maxillary sinuses are not the most common location for squamous cell carcinoma in the head and neck. Surgical treatment with wide resections is necessary to ensure disease-free margins. We present the case of a patient with a tumor of the right maxillary sinus who was treated at the Maxillofacial Surgery Service of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital in Cienfuegos, Cuba. This report aims to present the clinical case and describe the surgical technique used, which is based on the guidelines developed by Azcue et al. in Cuba. This demonstrates an optimal surgical oncological treatment with improved outcomes for patient life expectancy and quality of life. Surgical innovation arises not only from sophisticated technologies but also from a deep understanding of anatomy, the specialist's accumulated experience, and a commitment to the patient's overall well-being.

Key words: maxillary sinus, squamous cell carcinoma, case report, quality of life, patients

Recibido: 2026-02-12 12:11:12
Aprobado: 2026-02-12 14:15:42

Correspondencia: José Daniel Gil Milá. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. lilianpenagonzalez87@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas de la cavidad nasal y senos paranasales, donde se incluye el seno maxilar, son tumores raros. Representan aproximadamente <1-2 casos nuevos por cada 100000 habitantes por año y es más habitual en el sexo masculino y en poblaciones generales. Constituye cerca del 3 al 5 % de todos los cánceres de cabeza y cuello. El seno maxilar es uno de los sitios más afectados, junto con la cavidad nasal y el seno etmoidal.[1]

El carcinoma epidermoide corresponde entre el 60 y el 80 % de los casos de malignidad en estos senos, es el tipo histológico más frecuente en esta localización y para su control es necesario el tratamiento quirúrgico con resecciones amplias, que garantiza márgenes libres de la enfermedad.[1]

La maxilectomía descrita por *Lizards* en 1826 y ejecutada por *Genzoul* en 1827, comprende la resección del maxilar y estructuras adyacentes.[2] *Sebilau* en 1906 determinó la infraestructura, meso estructura, supraestructura, delimitada por dos planos horizontales, inferior y superior. En 1933, *Ohngren* utilizó un trazo imaginario no quirúrgico para unir el canto interno de la órbita al goneo, que sirve como indicador de mejor o peor pronóstico.[3]

Surgieron diferentes clasificaciones para llevar a cabo la maxilectomía, como las planteadas por Lederman[3] en 1970 y sobre las localizaciones tumorales planteadas por Pietrantoni[4] en 1960. El Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC) (por sus siglas en inglés) en 1976 estableció el Sistema de Estadificación TNM (Tumor, Ganglio, Metástasis) que se mantiene hasta nuestros días, aunque incluye la resección quirúrgica completa incluso para los tumores T1 y T2 de todos los tipos histológicos.[3] Este tema resulta de interés y discusión científica para el gremio de especialistas dedicado la clasificación de las maxilectomías indicadas para cada localización. En Cuba, durante el período de 1987 a 1998, el Dr. Azcue y cols.[3] estudiaron las técnicas quirúrgicas al respecto y conformaron una guía de clasificación e indicaciones.

La modificación de la técnica quirúrgica propuesta por Azcue y col.[3] en Cuba representa un aporte significativo, nacido de la necesidad real de adaptar la cirugía oncológica a las particularidades anatómicas, biológicas y sociales de los pacientes. La importancia de esta modificación radica en que no se limita a la resección tumoral, sino que prioriza un equilibrio consciente entre radicalidad oncológica y preservación funcional. Esta variante permite un mejor control de la enfermedad, que respeta estructuras claves del tercio medio facial siempre que el estadio tumoral lo permita.

Se presenta un caso clínico al que se le practicó una técnica quirúrgica de maxilectomía por padecer de un carcinoma epidermoide en el maxilar derecho, que fue atendido en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Se realizó el presente trabajo con el objetivo de exponer el caso clínico en el que se describe la técnica quirúrgica empleada, que se basa en la guía conformada por Azcue y cols.[3] en Cuba. Se considera de interés su estudio y divulgación, al aportar experiencias que evidencian un tratamiento quirúrgico oncológico óptimo con mayor resultado para la esperanza de vida de quienes lo padecen.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de 54 años de edad, de sexo masculino, color de piel blanca, con antecedentes de salud aparente y fumador inveterado. Este paciente acudió a la consulta de urgencias del Servicio de Cirugía Maxilofacial por presentar aumento de volumen en el tercio posterior del paladar duro a expensas del maxilar derecho, con signos cardinales de inflamación de Celso y Galeno.

No hubo presencia de molares en relación, el paciente refirió historia de trauma local con días de evolución. Se le realizó incisión, drenaje, antibioticoterapia y colutorios tibios. En el seguimiento ambulatorio pasadas 72 horas se encontraba evolucionando favorablemente. Pasado tres meses se evidenció comunicación oroantral, sin síntomas asociados.

El examen clínico bucal reveló estoma, tanto en el límite del paladar duro como en el blando, cercano al reborde alveolar. El examen físico del cuello fue negativo. Se le indicó una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo y macizo facial, que evidenció tumor del seno maxilar derecho. (Fig. 1).

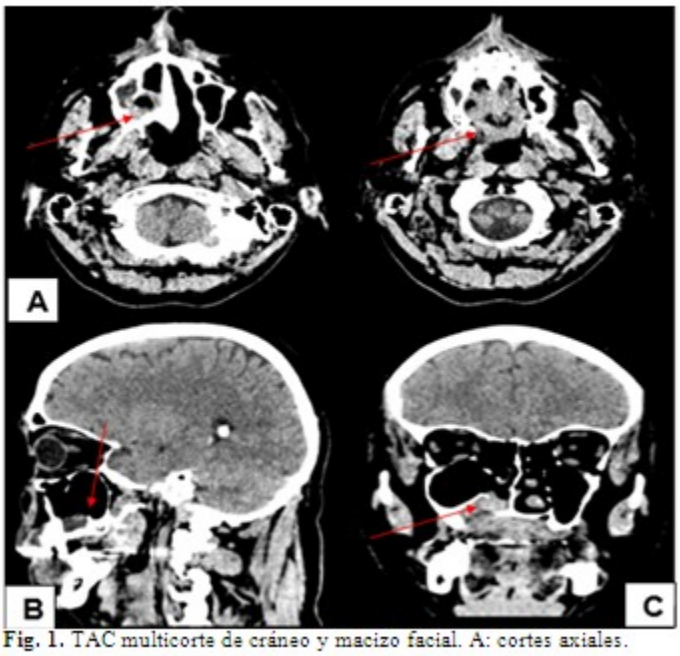


Fig. 1. TAC multicorte de cráneo y macizo facial. A: cortes axiales. B: sagitales. C: coronal que muestra masa sólida en el piso de seno maxilar derecho con extensión a pared medial y proximidad a pared posterior

Se llevó a cabo entonces, la toma de una muestra para estudio anatomopatológico de la zona afectada. Se diagnosticó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Se indicó la analítica preoperatoria y se decidió en consulta el ingreso para realizarle maxilectomía subtotal de infra, meso y medial estructura derecha, teniendo en cuenta la topografía y sitio del tumor por tratarse de una Etapa III con un estadiaje: T_3 N_0 M_0.

En la realización de la técnica quirúrgica, se colocó sonda nasogástrica seguida a la intubación anestésica. El paciente se encontraba en decúbito supino a 30° con hiperextensión cervical y rotación ligera hacia el lado contrario.

Se colocaron paños de campo estériles. Se realizó incisión de Weber-Ferguson. La conformación del colgajo se realizó con bisturí y el electrocauterio. El labio superior se dividió en espesor total. Se elevó el colgajo para continuar el abordaje hasta el surco gingivobucal superior, se siguió el plano sobre el periostio del maxilar, hasta exponer su cara posterolateral. (Fig. 2A).

No fue necesario resecar el nervio infraorbitario en este caso. La elevación óptima del colgajo se realizó hasta el límite posterolateral del maxilar, se descubrió la apófisis cigomática y acceso a la hendidura pterigomaxilar. La entrada en la cavidad nasal se consiguió a través de la mucosa de la pared lateral de la cavidad nasal. (Fig. 2B).

Se marcaron las referencias anatómicas que constituyeron los límites de la cirugía, estas fueron: pared lateral derecha de apertura piriforme, pared anterior del seno maxilar, rafe medio y región de la tuberosidad, realizándose exéresis tridimensional de la lesión. (Fig. 2C).

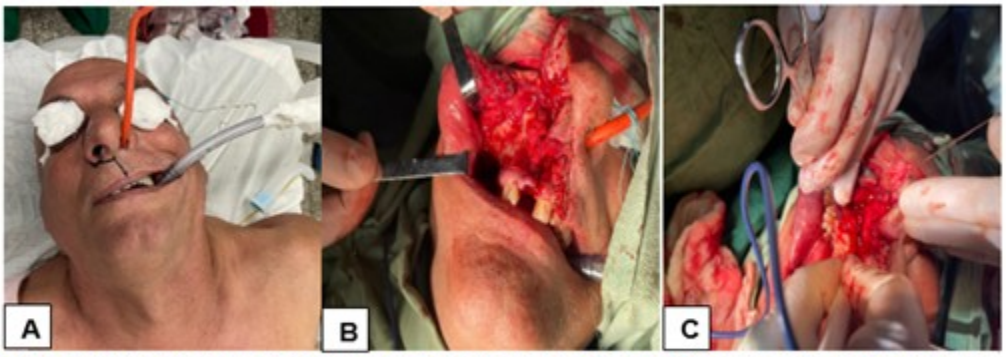


Fig. 2. A: Marcación delpaciente con intubación anestésica y sonda nasogástrica colocada. B: Elevación del colgajo de mejilla derecha. C: Marcación ósea para la exéresis tridimensional del tumor

Se controló sangrado procedente de vasos platinos y de la arteria maxilar interna. Se irrigó lecho quirúrgico y se tomaron bordes de sección quirúrgica que se extendían hasta el velo del paladar blando. Se realizó toilette de la cirugía. (Fig. 3).



Fig. 3. El defecto quirúrgico muestra la mitad superior del antro maxilar derecho cuya mucosa fue legrada

La incisión cutánea se cerró por planos, para lograr un reposicionamiento. Se colocó taponamiento de gasa embadurnada de pomada antibiótica en el defecto del seno maxilar y nasal del lado derecho. El paciente despertó pronto de la anestesia. (Fig. 4).



Fig. 4. Paciente suturado interna y externamente

Al no disponer de un obturador dental inmediato se colocó la sonda nasogástrica antes de

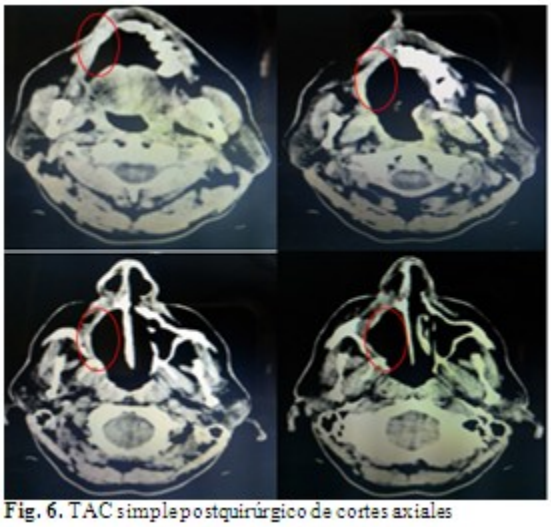
comenzar la cirugía, que permitió al paciente su alimentación durante los primeros quince días aproximadamente que aprendió la nueva manera para hacerlo. El taponamiento de gasa interno fue retirado a las 72 horas sin complicaciones. La asistencia postoperatoria se centró en el mantenimiento de una higiene oral óptima y cura de la herida. Las suturas fueron retiradas entre los siete y diez días.

En la biopsia por excisión, el tumor fue resecado en su totalidad en todas sus dimensiones, desde las piezas I y II, macrocópicamente constituidas por arcada dentaria y mucosa del seno maxilar derecho y su diagnóstico microscópico con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con la diferencia en la pieza II presente solo en el 75 % y sin invasión perineural y angiolinfática; hasta las piezas III Y IV, descritas como borde de sección quirúrgica posterior y paladar blando, microscópicamente libres de tumor. Al mes el paciente comenzó con tratamiento radioterapéutico adyuvante con 33 sesiones, que concluyó de manera favorable y sin secuelas importantes. (Fig. 5).



Fig. 5. A: Defecto quirúrgico oral seis meses después de la cirugía y radioterapia, muestra la porción eliminada del alvéolo y el paladar duro en el lado derecho. B: Vista frontal. C: Vista lateral facial refleja externamente una herida bien cicatrizada

La realización de TAC de cortes axiales mostró la ausencia de la infra, meso y medial estructura del maxilar derecho. (Fig. 6).


Fig. 6. TAC simple postquirúrgico de cortes axiales

DISCUSIÓN

Tradicionalmente uno de los problemas más complejos de estas neoplasias es la magnitud y evaluación de la extensión de la lesión una vez que se presenta el paciente en la consulta. Estas características están determinadas en muchas ocasiones porque el tumor, al crecer asintomático y encontrar espacios que no ofrecen resistencia, llegan a producir sintomatología cuando están en estadios avanzados.[2,5,6]

La maxilectomía conlleva diferentes grados de alteración funcional y estética, son técnicas de alta complejidad tanto para realizarlas, como para reconstruir el defecto, teniendo en cuenta la necesidad de radioterapia postquirúrgica.[1,7,8]

El uso de la imagen es obligatorio para la planificación de la cirugía, la radioterapia y la rehabilitación dentaria.[9,10]

La naturaleza anatómica de los senos paranasales limita la toma ganglionar cervical, razón por la cual la cirugía se enfoca en la exéresis local del tumor.[11,12,13]

Como secuela del tratamiento, queda en el paciente una comunicación oronasal, que provoca rinolalia y regurgitación nasal de los alimentos e impedimento para la masticación por el sacrificio de piezas de la arcada superior afectada, generalmente se rehabilita con el empleo de prótesis.[14,15]

Atendiendo a las condiciones del centro asistencial en el que fue atendido el paciente, las condiciones propias del tumor, las del paciente, la obtención del resultado anatomopatológico óptimo, cumpliéndose el primer principio oncológico, más allá de la afectación a la calidad de vida de la persona afectada, se muestra la maxilectomía como la vía terapéutica viable para el control de la enfermedad.

La investigación demuestra la aplicabilidad y vigencia de la técnica quirúrgica de la maxilectomía propuesta por Azcue y cols. en Cuba para estos casos, en un escenario oncológico complejo, evidenciándose que es posible alcanzar un adecuado control tumoral sin comprometer innecesariamente la función ni la posterior rehabilitación del paciente. Este enfoque refuerza el valor de las técnicas quirúrgicas desarrolladas en el contexto nacional y su contribución a una oncología maxilofacial integral y refleja que la innovación quirúrgica no siempre surge de tecnologías sofisticadas, sino del conocimiento profundo de la anatomía, la experiencia acumulada por el especialista y el compromiso con el bienestar integral del enfermo.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: José Daniel Gil Milá.

2. Curación de datos: José Daniel Gil Milá.

3. Análisis formal: José Daniel Gil Milá, Lilian Peña González.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: José Daniel Gil Milá, Lilian Peña González, César Luis Rodríguez Medina, Daniel Elías Leyva.

6. Metodología: José Daniel Gil Milá, Lilian Peña González, César Luis Rodríguez Medina, Daniel Elías Leyva.

7. Administración del proyecto: José Daniel Gil Milá.

8. Recursos: César Luis Rodríguez Medina, Daniel Elías Leyva.

9. Software: César Luis Rodríguez Medina, Daniel Elías Leyva.

10. Supervisión: José Daniel Gil Milá.

11. Validación: José Daniel Gil Milá.

12. Visualización: César Luis Rodríguez Medina, Daniel Elías Leyva.

13. Redacción del borrador original: José Daniel Gil Milá, Lilian Peña González, César Luis Rodríguez Medina, Daniel Elías Leyva.

14. Redacción – revisión y edición: José Daniel Gil Milá, Lilian Peña González.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Binazzi A, Di Marzio D, Mensi C, Consonni D, Miligi L, Piro S, et al. Gender differences in sinonasal cancer incidence: data from the Italian registry. Cancers. 2024;16(11):2053.

2. Cardozo NM, Betancourt A, Verdecchia D, Perfetti CW, Sosa E, Tangel F. Maxilectomía: Experiencia en el Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño (2000-2019). Rev Venez Oncol[Internet]. 2022[citado 28/6/2025];34(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.redalcy.org/artículo.oa?id=375669596004.

3. Azcue M, Frómeta C, López A, Cuevas I, Veliz I. La maxilectomía en las neoplasias del macizo facial. Sistema de clasificación del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Rev Cubana Estomatol[Internet]. 2010[citado 26/6/2025];47(2):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200007&lng=es.

4. Pietrantoni L. Cancer of the upper jaw. Clinical aspects and therapeutic possibilities. 5-year results on 113 surgical cases. Fortschr Hals Nasen Ohrenheilkd. 1960;6(1):1-26.

5. Bhargava R. A Clinico-Pathological Profile of Sinonasal and Nasopharynx Masses. J Adv Med Dent Scie Res. 2020;8(1):218-21.

6. Khalid OM, Humad EM, Abdullah, MEM, Yagi HI. Sinonasal masses: modalities, clinical presentation, and management in Sudan. Egypt J Otolaryngol. 2023;39(20):13-281.

7. Tassler A, Riley CA, Safi C, Stewart MG. Neoplasias de la cavidad nasosinusal. En: Al-Qahtani A, Haidar H, Larem A. Libro de texto de Otorrinolaringología Clínica. Luxemburgo:Springer;2021. p. 280-9.

8. Spirin DS, Cherekaev VA, Chernov IV, Nersesyan MV, Tlisova MN, Popadyuk VI, et al. Sinonasal carcinoma (literature review and case report) Head Neck. Russian Journal. 2024;12(2):133-8.

9. Joshi A, Behera S, Malik J. A clinicopathological study of nasal and paranasal sinus tumours. Pol Otorhino Rev. 2021;10(1):25-8.

10. Thompson LD, Bishop JA. Update from the 5th Edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: nasal cavity, paranasal sinuses and skull base. Head Neck Pathol. 2022;16(1):1-18.

11. Resteghini C, Baujat B, Bossi P, Licitra L, Even C. Sinonasal malignancy: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. ESMO Open. 2025;10(2):104121.

12. Kashani F, Weiss BG, Bartenstein P, Canis M, Haubner F. Lymphatic drainage of sinonasal malignancies and the role of sentinel node biopsies. Orphanet J Rare Dis. 2024;19(1):120.

13. Lucidi D, Cantaffa C, Miglio M, Spina F, Alicandri M, Marchioni A, et al. Tumors of the Nose and Paranasal Sinuses: Promoting Factors and Molecular Mechanisms—A Systematic Review. Int J Mol Sci. 2023;24(3):2670.

14. Jakimovska F, Stojkovski I, Kjosevska E. Nasal cavity and paranasal sinus cancer: Diagnosis and treatment. Curr Oncol Rep. 2024;26(9):1057-69.

15. König J, Kelemen K, Váncsa S, Szabó B, Varga G, Mikulás K, et al. Comparative analysis of surgical and prosthetic rehabilitation in maxillectomy: a systematic review and meta-analysis on quality-of-life scores and objective speech and masticatory measurements. J Prosthet Dent. 2025;133(1):305-14.