



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**CARCINOMA DE MAXILAR SUPERIOR: REPORTE DE
CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: GIULIANA KAROLINA ESPINOSA ORELLANA

DIRECTOR: DR. CARLOS ENRIQUE FLORES MONTESINOS

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

CARCINOMA DE MAXILAR SUPERIOR: REPORTE DE CASO

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: GIULIANA KAROLINA ESPINOSA ORELLANA

DIRECTOR: DR. CARLOS ENRIQUE FLORES MONTESINOS

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Giuliana Karolina Espinosa Orellana portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706457512**.
Declaro ser el autor de la obra: "**Carcinoma de maxilar superior: Reporte de caso.**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 04 de junio del 2025

F: 
Giuliana Karolina Espinosa Orellana
C.I. **0706457512**

www.ucacue.edu.ec

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**CARCINOMA DE MAXILAR SUPERIOR: REPORTE DE CASO.**" realizado por **ESPINOSA ORELLANA GIULIANA KAROLINA** con documento de identidad No. **0706457512**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 04 de junio del 2025



Dr. Carlos Enrique Flores Montesinos
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis amados padres, Jimmy y Alexandra, quienes me han guiado en este largo camino y me han brindado su constante apoyo y amor incondicional. Son mi mejor ejemplo y a través de su sacrificio y dedicación, me han dotado de las herramientas y el coraje necesarios para perseguir mis sueños.

A mis adorados hermanos, Karelys e Isaac, que sus palabras de aliento, ánimo y risas compartidas han hecho de este viaje académico una experiencia memorable. A mi querido Carlos R., mi eterna gratitud por tu comprensión y amor, sin ti, este logro no habría sido posible.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por brindarme fortaleza y sabiduría, y quien me ha sostenido en los momentos más difíciles durante mi trayecto académico. Mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis: Dr. Carlos Flores, por su experta orientación, dedicación y por proporcionarme los recursos necesarios para llevar a cabo este trabajo.

No puedo pasar por alto el invaluable respaldo brindado por mi familia. A mis padres, Jimmy y Alexandra, les estoy eternamente agradecida por su amor, su aliento constante y su sacrificio para permitirme seguir mis aspiraciones académicas.

Por último, agradezco a todas aquellas personas que, de una manera u otra, contribuyeron a este proyecto y a mi formación académica. Su colaboración y apoyo han sido invaluable

RESUMEN

El carcinoma de maxilar superior representa uno de los cánceres menos frecuentes con una incidencia de 0,5 y 1,1 casos al año por 100 000 habitantes afectando predominantemente al sexo masculino. En la clínica predomina el dolor facial seguido de una secreción nasal unilateral, tumor en la hemicara, tumoración en la fosa nasal y/o sintomatología ocular. La biopsia tiene una importancia diagnóstica decisiva, más aún, en esta zona en donde la variabilidad de los tumores es muy infrecuente.

Se presenta el caso de un paciente adulto joven con antecedente de dos odontomas ubicados en región anterior de paladar duro. Hace 3 años debutó con la presencia de una masa en medio de los odontomas; fue intervenido quirúrgicamente para su extracción. Meses posteriores, presentó la formación de nuevas tumoraciones en la misma localización y de crecimiento progresivo. Se le realizó examen físico y exámenes complementarios como: radiografía panorámica, tomografía computarizada y biopsia; esta última reportó un carcinoma epidermoide de maxilar superior con técnica de inmunohistoquímica. Fue tratado quirúrgicamente con maxilectomía en la línea media y quimioterapia de 6 sesiones, con buena tolerancia y adecuada respuesta al tratamiento. Actualmente se encuentra en remisión y en control trimestral con oncólogo clínico.

El carcinoma de maxilar superior se presenta raramente y su pronóstico siempre es malo. Su diagnóstico se basa en la clínica, la histopatología e inmunohistoquímica. Su tratamiento es quirúrgico acompañado de quimioterapia y radioterapia.

Palabras clave: carcinoma, inmunohistoquímica, maxilar superior, odontoma.

ABSTRACT

Carcinoma of the upper jaw represents one of the least common cancers with an incidence of 0.5 and 1.1 cases per year per 100,000 inhabitants, predominantly affecting males. The clinical presentation is dominated by facial pain, followed by unilateral nasal discharge, tumor in the hemiface, tumor in the nasal cavity, and/or ocular symptomatology. The biopsy is of decisive diagnostic importance, especially in this area where tumor variability is very rare. The case of a young adult patient with a history of two odontomas in the hard palate's anterior region is presented. Three years ago, the patient presented with a mass between the odontomas. He underwent surgery to remove it. Months later, he presented the formation of new tumors in the same location and progressive growth. Physical examination and complementary tests such as panoramic X-ray, computed tomography, and biopsy were performed. The biopsy reported squamous cell carcinoma of the upper jaw with immunohistochemistry technique. He was treated surgically with a midline maxillectomy and chemotherapy in six sessions, with good tolerance and adequate response to treatment. He is currently in remission and undergoing quarterly follow-up with a clinical oncologist. Carcinoma of the upper jaw occurs rarely, and its prognosis is always poor. Diagnosis is based on clinical evaluation, histopathology, and immunohistochemistry. Treatment is surgical, accompanied by chemotherapy and radiotherapy.

Keywords: carcinoma, immunohistochemistry, upper jaw, odontoma.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRACT..... | 8 |
| INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| REPORTE DEL CASO..... | 13 |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | 12 |
| HALLAZGOS CLINICOS | 12 |
| LÍNEA DE TIEMPO | 13 |
| EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA..... | 14 |
| INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA..... | 14 |
| SEGUIMIENTO Y RESULTADOS | 18 |
| DISCUSIÓN | 19 |
| PERSPECTIVA DEL PACIENTE..... | 24 |
| CONCLUSIONES | 25 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 26 |
| GLOSARIO | 29 |
| ANEXOS | 31 |

INTRODUCCIÓN

El cáncer del seno maxilar es sumamente raro, constituyendo apenas el 3% de todos los cánceres de cabeza y cuello. A pesar de su rareza, dentro de los cánceres de los senos paranasales, el seno maxilar es la localización más común, abarcando el 80% de las lesiones en esta área. El mayor número de casos se presenta con mayor frecuencia entre los 40 y 60 años. En cuanto al sexo, predomina el sexo masculino, con una incidencia anual de entre 0,5 y 1,1 casos por cada 100,000 habitantes en hombres, siendo ligeramente menor en mujeres (1,2).

La mayoría de las neoplasias del maxilar superior se originan en la infraestructura, representando el 70% cerca de las raíces dentales y los nervios. Estas tienden a extenderse hacia el paladar y el borde alveolar, ulcerando eventualmente la mucosa. Por otro lado, las lesiones en la supraestructura, que constituyen el 40%, invaden rápidamente la apófisis cigomática y el suelo de la órbita. La sintomatología varía según la ubicación inicial de las lesiones: mientras que las infraorbitarias provocan odontalgia y desplazamiento dental, las supraorbitarias pueden causar dolor ocular y, en etapas avanzadas, desplazamiento del ojo con síntomas como quemosis, exoftalmos, diplopía y dacriocistitis (3,4).

El diagnóstico de dichas lesiones se fundamenta en la clínica dentro de la que se describe la apariencia de lesiones ulcerativas y vegetativas en la encía, el paladar o la fosa nasal. Todos los casos son confirmados mediante biopsia y estudio histopatológico, lo cual es esencial para establecer el diagnóstico preciso y planificar la terapia adecuada. Y en cuanto al tratamiento, la opción quirúrgica es la más recomendada, ya que ofrece la mejor perspectiva terapéutica para estas neoplasias (5).

A continuación, se presenta un reporte de caso clínico acerca de una neoplasia localizada en maxilar superior, sobre incisivos centrales superiores y caninos. Este caso es relevante

por varias razones; en primer lugar, destaca la baja prevalencia de esta enfermedad, así como la presentación atípica en el paciente, manifestándose fuera del rango de edad habitualmente descrito. Además, debido a la rareza de esta entidad, existe un conocimiento limitado sobre su patogenia, lo que implica que varios aspectos permanecían desconocidos. Y como último punto no menos importante, mencionar las grandes complicaciones que enfrenta el paciente a causa de este carcinoma, incluyendo dificultades significativas en la masticación, el habla y la calidad de vida en general, así como la necesidad de tratamientos complejos y prolongados como varias sesiones de quimioterapia y la maxilectomía medial como terapia adyuvante.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente masculino de 23 años de edad que acudió al odontólogo para un tratamiento de ortodoncia en donde de manera incidental, se evidenciaron dos odontomas en la región anterior del paladar duro, los cuales fueron manejados con un enfoque expectante. Ocho años después, el paciente reportó la aparición de una masa entre los odontomas, la cual fue tratada mediante cirugía inmediata con extirpación. Sin embargo, no se enviaron muestras para análisis anatomopatológico. Durante los dos años siguientes, experimentó recurrencias tumorales cada tres meses en la misma ubicación, lo que requería intervención quirúrgica por parte de cirugía maxilofacial en cada ocasión. El último tumor desarrollado se caracterizó por ser ulcerante, hemorrágico y doloroso a la palpación en una Escala de Valoración Analgésica (EVA) de 9/10. Por lo que el paciente fue sometido a una biopsia incisional por cirujano maxilofacial que confirmó un carcinoma odontogénico y expresión positiva de P63 y P53 en células neoplásicas. El paciente se encontraba en un estado funcional de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 1 y un índice de Karnofsky de 90%. Es importante destacar el antecedente de cáncer de estómago en el abuelo materno, ya fallecido.

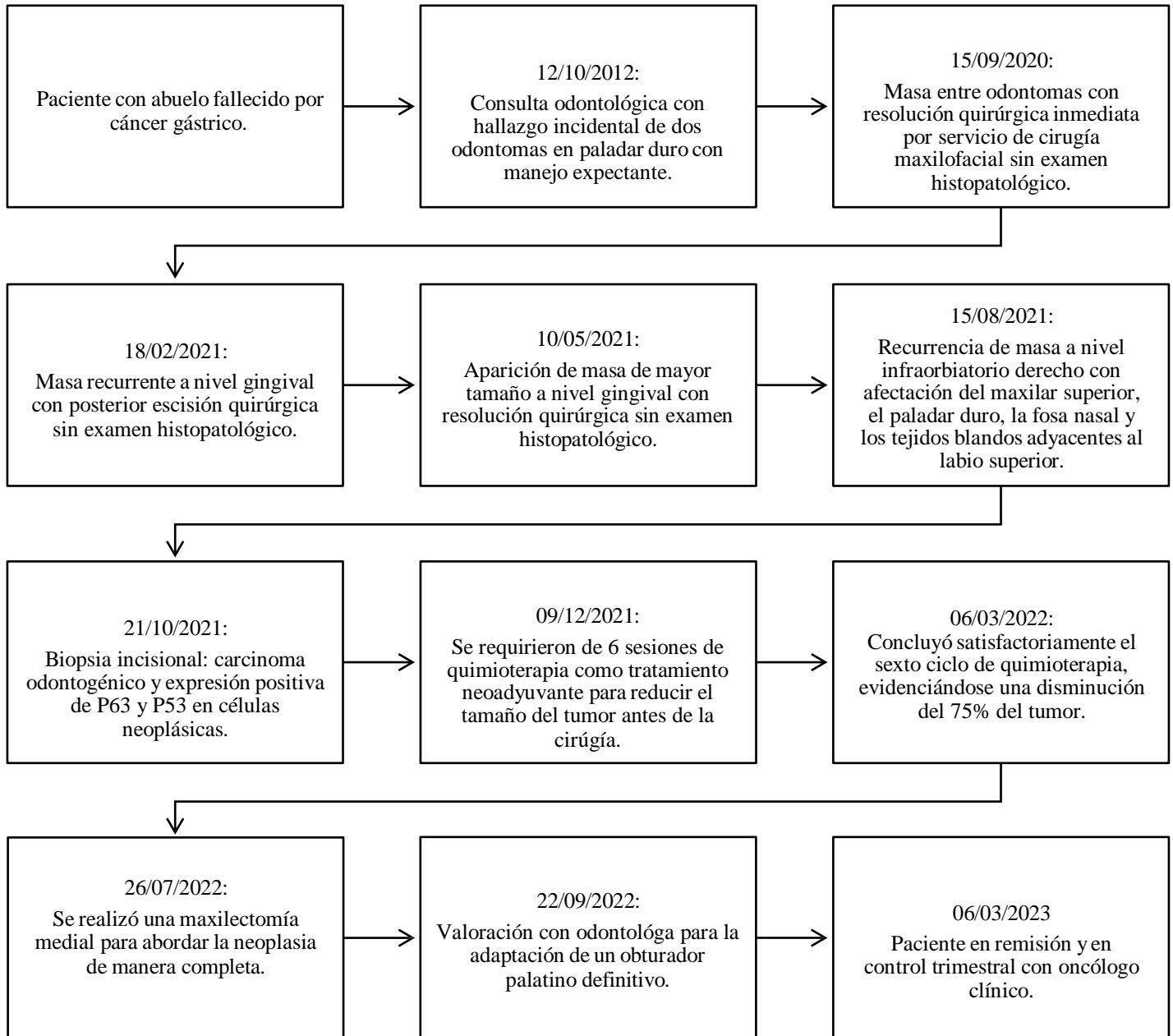
Hallazgos clínicos

Durante el examen físico, se evidenció una tumefacción en la hemicara derecha. En la cavidad oral, se encontró una masa dura, inmóvil, con bordes irregulares y un diámetro aproximado de 3 x 3 cm localizada en la región anterior del paladar duro. Se observó también la movilidad de los incisivos superiores centrales y laterales y los caninos. Y mediante la palpación de senos paranasales, se evidenció dolor en los senos maxilares en EVA de 8/10. A continuación, se describe de manera cronológica cómo se abordó este caso y los hallazgos que se presentaron a lo largo de su resolución. Mediante una línea de

tiempo, se expone los hitos más relevantes de este caso particular (Figura 1).

Línea de tiempo

Figura 1: descripción de hallazgos clínicos del paciente.



Fuente: expediente clínico del paciente del Hospital Santa Inés.

Elaborado por: Giuliana Espinosa.

Evaluación diagnóstica

En radiografía panorámica se observó una masa radiolúcida de aproximadamente 3 x 3 cm a nivel periapical de incisivos superiores (Figura 2).

Figura 2: lesión sobre los incisivos centrales y laterales superiores.



Fuente: Scanner Cuenca.

Estudio histopatológico:

Macroscópicamente se observaron múltiples masas que presentaban una consistencia gomosa alternando con áreas firmes, de color blanco grisáceo con zonas de color café claro y oscuro de aspecto hemorrágico.

Microscópicamente se observó células epiteliales malignas que formaban hebras e islas en un estroma fibroso. La inmunohistoquímica reveló positividad para citoqueratina, P63 y P53, con un Ki67 elevado y positividad en el citoplasma de las células fantasma.

Intervención terapéutica

El paciente fue sometido a la colocación de catéter implantable (implantofix) en región infraclavicular derecha como puerto de acceso para sus seis ciclos de quimioterapia con un esquema de triple droga, el cual incluyó los siguientes medicamentos durante 6 meses (Tabla 1).

Tabla 1: Esquema de quimioterapia empleado.

| Medicamento | Dosis |
|---------------------|--------------|
| Cisplatino | 140 mg. |
| Docetaxel | 140 mg. |
| Fluoruracilo | 1400 mg. |

Fuente: expediente clínico del paciente.

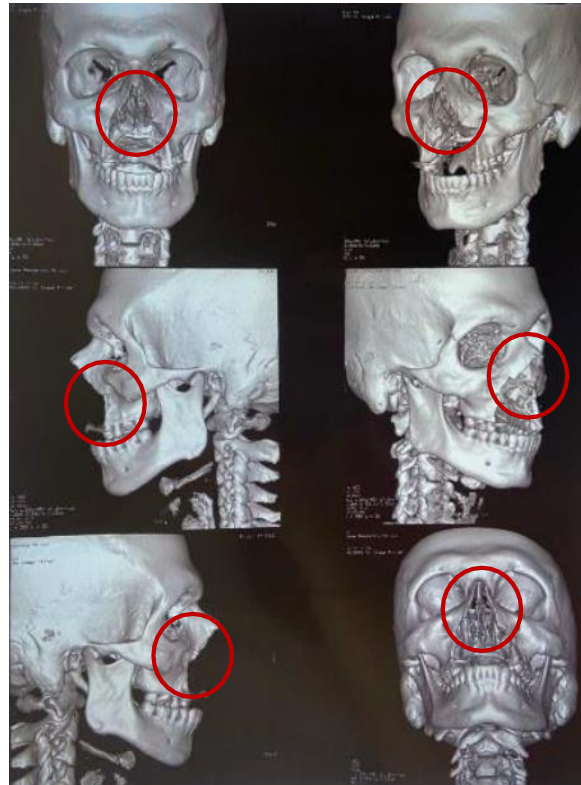
Paciente manifestó clínica como mareos, náuseas que llevaron al vómito e inapetencia posterior a cada ciclo de quimioterapia, los cuales tuvieron manejo sintomático.

Después de que la quimioterapia resultara en una reducción del tumor del 75%, se colocó una sonda de gastrostomía percutánea para asegurar la alimentación del paciente. Esta medida fue tomada previo a la decisión de realizar una intervención quirúrgica como tratamiento adyuvante, la cual incluyó una maxilectomía medial.

Intervención quirúrgica de maxilectomía central:

Se evidenciaron cambios postquirúrgicos en espina nasal anterior, apófisis palatina, pared medial de los senos maxilares, dientes incisivos y caninos. Además, se identificó la presencia de un hematoma en el seno maxilar derecho, mientras que los complejos osteomeatales anteriores, posteriores y los recesos frontales se encontraban permeables, indicando una adecuada ventilación y drenaje sin datos patológicos en las regiones petromastoideas y los oídos (Figura 3).

Figura 3: Tomografía computarizada ósea de macizo facial con contraste en múltiples proyecciones post maxilectomía en línea media.

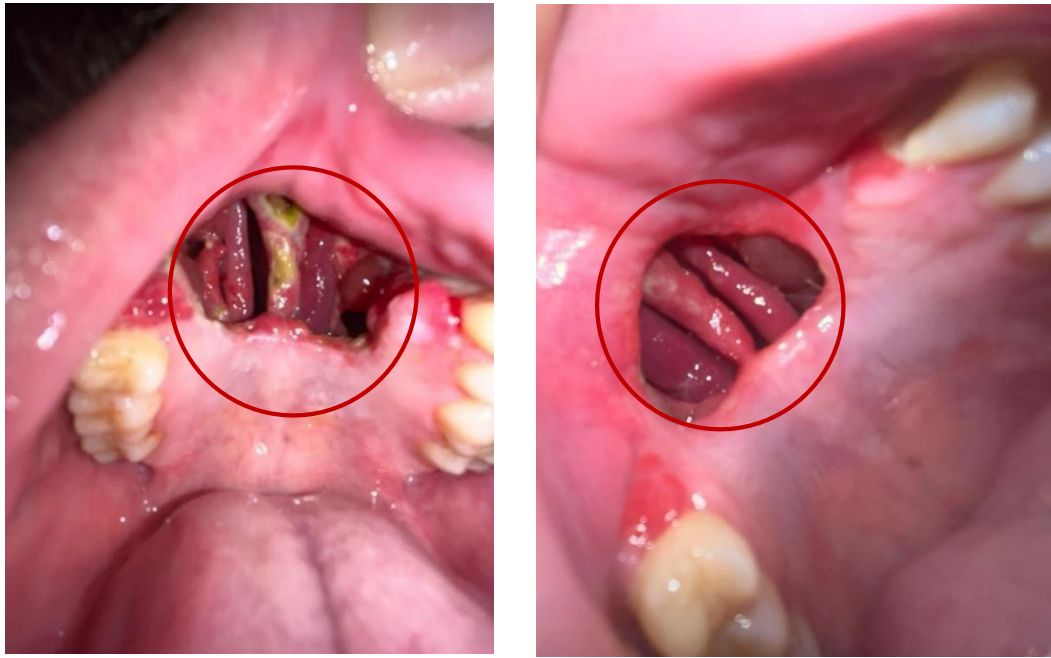


Fuente: Scanner Cuenca.

Como complicación postquirúrgica, se evidenció una desviación del septum nasal hacia la izquierda, afectando la función respiratoria y la estética nasal, destacando la importancia de una evaluación y seguimiento postoperatorio cuidadoso.

En controles posteriores, se evidenció que la premaxila se hallaba ausente, con segmentos de osteonecrosis en la región media. Se observó también un proceso de cicatrización en el tabique nasal, así como una comunicación bucosinusal que requirió intervención protésica dental (Figura 4).

Figura 4: Paciente post maxilectomía medial.



Fuente: expediente clínico del paciente.

Meses más tarde, el paciente tuvo valoración con odontóloga especialista en prótesis maxilofacial para la colocación de un obturador palatino definitivo para restaurar la función y estética oral (Figura 5).

Figura 5: prótesis colocada en el paciente con resultado estético.



Fuente: expediente clínico del paciente.

Seguimiento y resultados

El paciente se mantiene asintomático desde su último ciclo de quimioterapia, realizado hace dos años. El 27 de octubre del 2023, se retiró implantofix sin complicaciones.

Dentro de las escalas de valoración, el paciente se encuentra en un estado funcional de ECOG de 0 y un índice de Karnofsky de 100%. Actualmente, asiste a control trimestral con oncólogo clínico.

DISCUSIÓN

Las neoplasias originadas en el aparato odontogénico o sus restos celulares forman un conjunto estructuralmente diverso de lesiones que impactan la región oral y los maxilares. Debido a su baja frecuencia, su diagnóstico temprano suele ser difícil, lo que resulta en una limitada disponibilidad de información sobre sus características clínicas e histopatológicas. Así mismo, el comportamiento biológico de los tumores odontogénicos abarca desde una proliferación hamartomatosa hasta tumores benignos no agresivos y tumores agresivos o malignos (5,6).

Existen varios tipos de tumores maxilares, cada uno con características específicas. El queratoquiste odontogénico (10-15%) se desarrolla lentamente, pero es altamente agresivo, pudiendo destruir la mandíbula y los dientes si no se trata adecuadamente. El mixoma odontogénico (3-6%), por otro lado, es benigno y tiende a crecer, penetrando la mandíbula y afectando los tejidos circundantes mientras desplaza los dientes. Finalmente, el odontoma (65%) es frecuente y generalmente asintomático, pero puede interferir con el desarrollo dental. Este último tiene una importancia significativa en el caso presentado, debido a que, a partir de este, se originaron las masas en los cuales se desarrolló la neoplasia respectiva. Este hallazgo es crucial para comprender la patogenia del proceso neoplásico, ya que indica una posible relación entre la presencia de odontomas y el desarrollo de masas que pueden malignizarse como sucedió en el paciente. Este descubrimiento cobra mayor relevancia cuando consideramos que, a nivel mundial, las neoplasias del labio y cavidad oral representan un 2.0% (354,864 pacientes) de los casos de cáncer (6,7,8).

Los factores de riesgo para este tipo de neoplasia han sido establecidos desde hace varias décadas. En la actualidad, varios estudios indican que el tabaquismo y el alto consumo de alcohol son factores de riesgo innegables y prevenibles, y que actúan de manera conjunta

en el desarrollo de la enfermedad. En el presente caso, es importante destacar que antes de padecer la neoplasia, no mantenía hábitos de consumo de alcohol ni tabaquismo, lo cual sugiere que otros factores, como la predisposición genética familiar a padecer cáncer, podrían haber desempeñado un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad (9).

Como se mencionó con anterioridad, el paciente debutó con clínica caracterizada por desplazamiento de piezas dentales. Autores como Cobo C et al. indican que la movilidad dental y el incremento de volumen son señales tempranas del cáncer de seno maxilar, mientras que González J et al. señalan que los primeros indicios suelen ser leves y vagos, manifestándose usualmente con exceso de lágrimas, congestión nasal, epistaxis y sensaciones extrañas en los nervios faciales cercanos. Comparando estas observaciones, es evidente que, aunque los síntomas iniciales pueden variar, la movilidad dental y el aumento de volumen son señales críticas que pueden indicar la presencia de una neoplasia en una fase temprana. El paciente presentado se alinea con las observaciones de Cobo C et al., destacando la importancia de considerar una variedad de presentaciones clínicas y edades atípicas en el diagnóstico y manejo de neoplasias odontogénicas (4,10,11).

En contraste, Mehanna P., menciona que a medida que el tumor avanza hacia arriba, encuentra el suelo orbitario, que es solo unos milímetros de grosor y ofrece poca resistencia a la infiltración orbital. Esto puede resultar en la pérdida de movilidad ocular y cambios en la posición del globo ocular debido a la invasión directa de la periórbita y los músculos extraoculares. Sin embargo, en el caso del paciente presentado, se observó una leve tumefacción facial a nivel hemicara derecha y parte del cigomático, sin afectar la zona orbitaria. Esta diferencia en la presentación clínica es notable y sugiere que, aunque las neoplasias de la zona maxilar pueden presentar características agresivas y afectar estructuras críticas como el suelo orbitario, no siempre siguen un patrón de invasión uniforme. Es evidente que la invasión orbital mencionada por Mehanna P.

representa un escenario más avanzado y agresivo de la enfermedad. No obstante, el paciente de este caso presenta una neoplasia menos invasiva, limitada a áreas faciales sin comprometer la órbita. Esta variabilidad en la progresión y presentación clínica subraya la importancia de una evaluación individualizada y un seguimiento riguroso (12).

La realización de exámenes radiológicos son una herramienta diagnóstica más efectiva y concluyente cuando hay sospecha de un tumor en los senos nasales o paranasales. Además, se recomienda realizar una biopsia directa de la masa tumoral si es posible. En el caso del paciente presentado, la inspección y palpación revelaron anomalías que justificaron la realización de radiografías estándar y posteriormente se llevó a cabo una biopsia directa para confirmar la naturaleza maligna de la masa (8,13).

En cuanto al manejo terapéutico, Sessions R. introdujo por primera vez la maxilectomía medial en 1977, aunque ya se habían descrito varias variaciones de la operación de rinotomía lateral. Este procedimiento quirúrgico se utiliza principalmente para extraer el papiloma invertido y otras lesiones benignas o malignas de la pared medial del seno y áreas de la pared nasal lateral, permitiendo una extracción en bloque de la pared medial del maxilar, el borde orbital inferomedial, los etmoides y la fosa lagrimal adyacentes, con un resultado estético y funcional aceptable. Patel S, et al., estudiaron 44 pacientes con neoplasias del maxilar los cuales fueron sometidos a cirugía, 68% recibieron quimioterapia neoadyuvante y 16% radioterapia postoperatoria demostrando altas tasas de supervivencia y supervivencia libre de recaída. En el caso presentado, el paciente se sometió inicialmente a la quimioterapia la cual mostró un éxito clínico significativo, por lo que se realizó una maxilectomía medial como un tratamiento adyuvante. Esta intervención, conforme a las recomendaciones de manejo terapéutico, permitió la extracción efectiva del tumor. Dicha cirugía fue una opción viable y efectiva, mostrando la variabilidad en la presentación y manejo de esta neoplasia (14,15,16).

Autores como Rodríguez C, et al., indican que la cirugía se considera el tratamiento preferido en primera instancia, sin embargo, en casos de recurrencia o tumores que no son susceptibles de intervención quirúrgica, se han empleado otras modalidades terapéuticas como la radioterapia. Esta última, ya sea utilizada de manera independiente o como complemento después de la extirpación local, ha demostrado un resultado pronóstico satisfactorio, logrando controlar localmente la lesión en aproximadamente el 80% de los casos. No obstante, en la situación expuesta, el paciente no fue sometido a radioterapia, ya que mostró una tasa de éxito del 75% a la quimioterapia y no se consideró necesario modificar el plan terapéutico (17).

La coordinación entre cirujanos maxilofaciales, oncólogos, ortodontistas y otros especialistas asegura un manejo óptimo y mejora la calidad de vida del paciente. El paciente se benefició de la experiencia y el cuidado individualizado de estos profesionales, quienes trabajaron en sinergia con un enfoque holístico para abordar de manera integral la complejidad de la enfermedad y proporcionar un tratamiento exhaustivo y personalizado (18).

En este sentido, la rehabilitación oral tiene un rol crucial en la restauración de la función y la estética oral después del tratamiento de neoplasias odontogénicas. Esto puede implicar la reconstrucción de tejidos blandos y duros, así como la rehabilitación protésica cuando sea necesario. Aproximadamente, entre el 30% y el 50% de los pacientes que han tenido una resección maxilar, debido a cáncer del paladar o maxilofacial, pueden requerir un obturador para restaurar la función y estética oral. La necesidad de un obturador depende del tipo y la extensión de la cirugía, así como de la ubicación de la neoplasia. El paciente, protagonista de este caso, recibió atención odontológica para la elaboración de una prótesis con obturador definitivo hasta el día de hoy. Esta prótesis no solo restauró la función y la estética oral del paciente, sino que también contribuyó significativamente a

su calidad de vida postoperatoria (6,19,20).

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El paciente comentó lo siguiente: “Mi experiencia con la terapia ha sido excepcional. Quedé impresionado por la singularidad de los fármacos administrados, los cuales eran totalmente desconocidos para mí. Así mismo, me sorprendió gratamente la capacidad del médico oncólogo para discernir con precisión el tratamiento adecuado, considerando la rareza de mi neoplasia y siendo, de hecho, su primer paciente con carcinoma de maxilar superior. A pesar de la incertidumbre inherente a esta situación, siempre me transmitió confianza en el éxito del tratamiento.

El nivel de atención proporcionado por el médico y el equipo de enfermería fue excelente. Cada procedimiento fue meticulosamente explicado y supervisado con gran atención a mi bienestar. Es notable mencionar que, antes de las quimioterapias disfrutaba de ciertos alimentos que ahora me resultan intolerables debido a las reacciones adversas provocadas por los medicamentos. Como último punto, mi vivencia ha sido un proceso de aprendizaje y cambio, donde he podido apreciar el compromiso y la atención excepcional brindada por el equipo médico.”

CONCLUSIONES

La presencia de odontomas y masas en este paciente, junto con antecedentes familiares de cáncer, sugiere una posible predisposición genética a desarrollar neoplasias en la región maxilofacial.

No haber realizado un análisis histopatológico de las masas extraídas de los odontomas pudo haber impedido la detección temprana de la neoplasia que surgió más tarde en el paciente. Este caso enfatiza la necesidad esencial de llevar a cabo estudios anatomopatológicos completos ante cualquier masa o lesión sospechosa.

Se recomienda un seguimiento inicial cada tres meses durante al menos el primer año post-tratamiento, seguido de evaluaciones semestrales a anuales durante varios años. Esto permite detectar recurrencias o cambios en la condición del paciente de manera oportuna, adaptando el seguimiento según la respuesta al tratamiento y las necesidades individuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales R. Carcinoma epidermoide de seno maxilar. Rev. Arch Med Camagüey. 2019;23(6).
2. De Moraes, Oliveira J, Lima I, Rodrigues V, Andrade G, Silva F, et al. Aspecto clínico, radiográfico, histopatológico e tratamento do Carcinoma de Seio Maxilar: Revisão de Literatura / Clinical, radiographic, histopathological aspect and treatment of Maxillary Sinus Carcinoma: Literature Review. Braz J Dev. 2021;7(5):485038–448447.
3. Avello A. Neoplasias malignas del maxilar superior. Rev Soc Nav Peru. 2020.
4. Cobo C, Molinero P, García C, Martínez, López J. Oral manifestations of squamous cell carcinoma of maxillary sinus. SM J Dent. 2016;2(1):1–4.
5. Da Silva S, Da Silva P, De Oliveira W, De Macedo Silva, Santos M, Carlan L. Squamous cell carcinoma of the maxillary sinus: Case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2022;134(3):e123.
6. Salinas J, Rosales R, Medrano L. Uso de obturadores quirúrgicos en cirugía de resección maxilar. Serie de cinco casos y propuesta de diseños. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2021;17(1):39–47.
7. Avelar R, Antunes A, de Santana T, de Souza E, Dourado E. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. Braz J Otorhinolaryngol. 2008;74(5):668–73.
8. Bettez M, Maves M, Dolan K, Yuh WT Maxillary sinus neoplasm. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1989;98:988–90.
9. Bugueño M, Castro S, Cardemil F. Factores de riesgo, etapificación y pronóstico en carcinoma escamoso de cavidad oral. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2022; 82: 476-483.

10. Gutiérrez L, Salgado F, Velasco M. Importancia de un diagnóstico oportuno del carcinoma oral de células escamosas. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. *Odontol. Sanmarquina*. 2020;23(4):459-464.
11. Gonzalez J, Sotolongo T, Cruz Á. Carcinoma de seno maxilar. Presentación de caso. *MediSur*. 2007;2(5):65-68.
12. Mehanna P, Smith G. Maxillary carcinoma: a wolf in sheep's clothing. *Can Fam Physician*. 2009;55(3):262-4.
13. Ortega C, Núñez C, Quezada G, Espinoza I, Donoso T. Tumor odontogénico epitelial calcificante maxilar superior: reporte de un caso. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil*. 2019;12(2):100-102.
14. Sessions R, Larson D. En bloc ethmoidectomy and medial maxillectomy. *Arch Otolaryngol*. 1977;103(4):195-202.
15. Azcue M, Frómeta C, López A, Cuevas I. La maxilectomía en las neoplasias del macizo facial. Sistema de clasificación del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). *Rev Cubana Estomatol*. 2010; 47(2):189-198.
16. Patel S, Meyers P, Huvos A, Wolden S, Singh B, Shaha A, et al. Improved outcomes in patients with osteogenic sarcoma of the head and neck. *Cancer*. 2002;95(7):1495-503.
17. Rodríguez C, Cardona G, Camaño C. Caso clínico de un paciente con tumor de células gigantes en maxilar superior. *Rev Uniandes Cienc Sal*. 2020;3(1):384-390.
18. Moratin J, Fuchs A, Zeidler C, Müller U, Brands R, Hartmann S, et al. Squamous cell carcinoma of the maxilla: Analysis of clinicopathological predictors for disease recurrence and metastatic behavior. *J Craniomaxillofac Surg*. 2018;46(4):611-6.
19. Willis K, Bullock M, Rigby MH. A case report of surgical resection of secretory carcinoma in the maxillary and ethmoid sinus. *Int J Surg Case Rep*. 2021;81(105750):105750.

20. Bhattacharyya N. Factors affecting survival in maxillary sinus cancer. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(9):1016–21

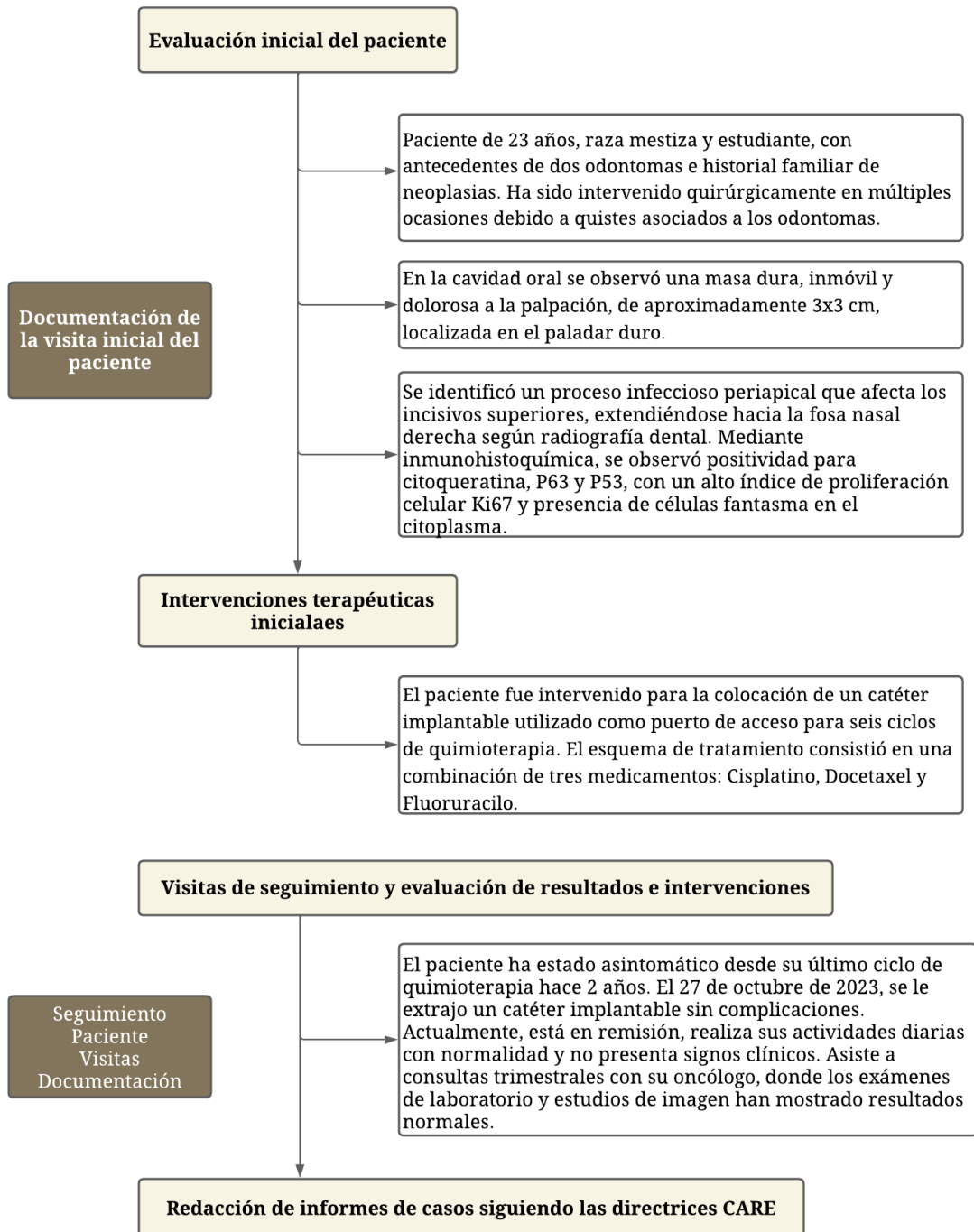
GLOSARIO

1. Biopsia: procedimiento médico en el cual se extrae una muestra de tejido o células del cuerpo para su examen microscópico.
2. Carcinoma: tumor maligno que se origina en tejidos glandulares o epiteliales; representa la forma más frecuente de cáncer.
3. Escisión: procedimiento quirúrgico que utiliza un bisturí afilado para extirpar un tumor u otra anomalía, junto con una porción de tejido sano circundante.
4. Gastrostomía: tubo que se inserta a través de la pared abdominal directamente en el estómago para permitir la evacuación de aire y líquidos.
5. Histopatología: rama de la patología dedicada al diagnóstico de enfermedades mediante el análisis de los tejidos.
6. Implantofix: también conocido como catéter implantable. Es un dispositivo médico utilizado para extraer sangre y administrar diferentes tratamientos, tales como transfusiones sanguíneas, infusiones intravenosas y la administración de medicamentos como antibióticos y quimioterapia.
7. Inmunohistoquímica: técnica de laboratorio que utiliza anticuerpos para identificar la presencia de antígenos específicos, conocidos como marcadores, en una muestra de tejido.
8. Maxilar superior: hueso grande de la cara situado en la parte superior de la mandíbula, que constituye el paladar duro, parte de la órbita y de la nariz.
9. Maxilectomía medial: resección de la pared lateral de la fosa nasal, del seno etmoidal y de la parte medial del suelo de la órbita

10. Odontoma: tumor odontogénico más frecuente en cavidad oral, formado por una combinación de células que producen tejido dental, incluyendo dentina y esmalte.
11. Proliferación: aumento o reproducción de células de tejidos. En diversas enfermedades, este proceso puede ser anormal.
12. Quimioterapia: tratamiento que utiliza radiación de alta energía, como rayos X, rayos gamma, partículas o implantes de semillas radiactivas, con el fin de eliminar células cancerosas.
13. Radioterapia: tratamiento que emplea radiación de alta potencia, como rayos X, rayos gamma, partículas o semillas radiactivas, para destruir las células cancerosas.
14. Resección: procedimiento quirúrgico que implica la extirpación de una parte de un órgano, tejido o estructura del cuerpo.
15. Sonda: instrumento delgado y flexible, a veces en forma de tubo, utilizado para introducir o extraer fluidos del cuerpo, o para explorar una estructura interna.

ANEXOS

- Flujograma



- Consentimiento informado

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Giuliana Karolina Espinosa Orellana portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0706457512. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación "Carcinoma de maxilar superior: Reporte de caso." de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de junio del 2025

F: 
 Giuliana Karolina Espinosa Orellana
 C.I. 0706457512

www.ucacue.edu.ec