

## CHISTURILE MAXILARE

C. Drașoveanu, V. Mulfay, Gh. Mulfay, C. Florea, Lucia Muica

Clinica O.R.L.

Universitatea de Medicină și Farmacie Tirgu-Mureș

Sinusurile paranazale, mai cu seamă cele maxilare, reprezintă frecvent sediul unor malformații, procese infalatorii, tumori benigne și maligne, modificări posttraumatice, sau tulburări odontogene cu structură chistică (reală, sau aparentă-radiologică). Varietatea mare etiopatologică a acestor formațiuni chistice, incidența ridicată a unora și rară a altora dintre ele, dar nu în ultimă instanță semiologia variată și evoluția gravă a unora, explică pe deplin interesul crescut al specialiștilor O.R.L., de stomatologie, radiologie, neurologic, pediatrie, oftalmologie etc. manifestat față de ele.

Precum în celelalte centre universitare din țară, astfel și în Clinica O.R.L. din Tirgu-Mureș, colectivul medical a urmărit cu atenție etiopatogenia, semiologia, problemele de diagnostic și tratament puse de chisturile de diferite etiologii ale sinusurilor paranazale. Observațiile noastre în legătură cu procesul de pneumatizare ale sinusurilor paranazale (factorii amplificatori și cei care reduc sau stăvillesc pneumatizarea) au fost prezentate în Revista O.R.L. (17,18). Au fost publicate lucrări și în legătură cu pneumosinusul dilatant (15,23), precum și un studiu mai larg, axat pe semiologia radiologică (simplă și contrastografică) a chisturilor mucoase de retenție (19). Au fost publicate și lucrări referitoare la semiologia, evoluția și tratamentul muco- și piocelelor sinusurilor paranazale (13,16). Date referitoare la celelalte formațiuni chistice rinosinusale am prezentat doar tangențial, în lucrări cu subiecte de graniță, în revista noastră O.R.L. și mai rar în străinătate (12, 14, 20, 22).

Pe baza materialului acumulat în cursul ultimelor decenii dorim să prezentăm aici, din punct de vedere O.R.L., problemele legate de chisturile maxilare, prezentate până acum doar sporadic și sumar în literatura de specialitate (3, 26, 31). Având în vedere evoluția acestor formațiuni chistice la garanția a mai multor specialități (O.R.L., stomatologie, oftalmologie, chirurgie maxilofacială) este indispensabilă sublinierea importanței punerii multidisciplinare a diagnosticului și a diagnosticului diferențial corect și (fiind de cele mai multe ori ascunse vederii) necesitatea cunoașterii perfecte a semiologiei lor radiologice.

Acele chisturi maxilare odontogene și neodontogene de origine malformativă, inflamatoare, tumorală etc. sînt considerate chisturi adevărate, care sînt învelite într-o capsulă dublă: una internă epitelială și alta externă conjunctivă. Conținutul lor de regulă lichidian transparent, gălbui și de obicei bogat în cristale lucioase de colesterol, prezintă și valoare diagnostică.

Majoritatea acestor chisturi evoluează timp îndelungat latent, fără să producă semne clinice remarcabile. Astfel, sînt descoperite deseori accidental și de obicei tardiv, pe radiografii. Capsula epitelială a chisturilor nu crește infiltrativ; chistul crește însă progresiv, dislocînd țesuturile moi și erodînd (secundar, prin compresie) țesutul osos vecin.

Stratul osos care le acoperă se subțiază treptat, din ce în ce mai mult, putînd deveni dehiscent. Astfel poate inlesni fracturile patologice și duce la crepitație, iar apoi la elasticitate - depresibilă palpatorică a regiunii. Chistul poate disloca sau chiar amputa prin eroziune rădăcinile dinților vecini (fig. nr. 1).

Pot lua naștere ori din țesuturile dentiformatoare, ori din incluzii epiteliale rămase în grosimea osului, la nivelul coalescenței mugurilor din care se formează structurile moi și osoase faciale, sau pe rădăcinile dinților, ca rezultat al cariilor complicate cu gangrenă etc. Evoluează timp îndelungat în grosimea osului maxilar și atingînd mărimi considerabile, pot depăși limitele scheletului osos, putînd să se exteriorizeze în vestibulul sau cavitatea bucală, în foscele nazale, sinusul maxilar, dar uneori chiar în orbită. Infectate secundar, conținutul chisturilor devine tulbure, roșiat și purulent.

*Chisturile maxilare* pot fi împărțite pe baza etopatogeniei lor în:

1. *Chisturi neodontogene malformative*, care cuprind:

a) *Chistul canalului incisiv*, numit și chist nazopalatin, din cauză că ia naștere din celulele epiteliale ale canalului nazopalatin. Evoluează pe linia mediană, între cei doi incisivi centrali superiori, divergînd progresiv rădăcinile acestora. Apare mai ales în deceniile medii ale vieții. Poate să se exteriorizeze spre vestibulul bucal, transpalatinal spre cavitatea bucală (dînd naștere la *chistul papilei palatine*) sau foarte rar nazal.

b) *Chistul globulo-maxilar* - ia naștere probabil din resturile epiteliale persistente după sudarea oaselor premaxilar și maxilar și se dezvoltă între rădăcinile: incisivului lateral și ale caninului, superiori, vitali. Apare în radiografii sub formă de chist piriform, cu virful în jos, divergînd rădăcinile dinților vecini.

2. *Chisturile țesuturilor moi* cuprind:

a) *Chistul mucos de retenție* - survine din glandele mici ale mucoperiostului care căpтуșește sinusurile paranazale. Reprezintă formațiunea chistică cea mai cunoscută și mai frecvent localizată în sinusul maxilar (19).

b) *Chistul nazolabial* (sau nazoalveolar, „nod” sau „tumefiere” Gerber) - este o formațiune extraosoasă, care apare uni-, sau bilateral sub aripioarele nazale, ridicîndu-le, în cursul evoluției. Poate evolua atît spre vestibulul nazal, precum și spre baza de inserție a buzei superioare (spre vestibulul bucal). Poate să conțină un lichid viscos gălbui. Se exturpă de obicei transvestibulo-bucal.

c) *Chistul papilei palatine* (incisiv) amintit - se dezvoltă extraosos, în gingia bucală, la extremitatea inferioară a canalului nazopalatin, la nivelul găurii incisive.

3. *Chisturile odontogene* sînt:

### A. Chisturi malformative

a) *Chistul de erupție* se formează în jurul coroanei unui dinte (de cele mai multe ori de lapte) aflat în curs de erupție. Mucoasa crestei alveolare, care îl acoperă devine albăstrui, subțiată și întinsă, fluctuând elastic la palpare. Dispare spontan o dată cu erupția dintelui.

b) *Chistul primordial* (numit de unii și cheratochist) se formează din mugurele dentar, al unui dinte normal sau supranumerar (în locul acestora) prin degenerarea organului smalțului. Apare rar în maxilar. Este căptușit cu epiteliu malpighian stratificat, deseori cheratinizat. (fig. nr.2 și 3). Diferă de chistul coronodentar prin lipsa structurilor dentare calcificate.

c) *Chistul coronodentar* (folicular sau dentiger) se formează în jurul coroanei unui dinte inclus, prin modificarea chistică a organului smalțului și acumularea lichidului chistic, între coroana dintelui și epiteliul smalțului (fig. nr.4 și nr.5). Conține în interiorul său dinte de structură și formă completă, localizat de obicei sus și medial, lângă planșeul orbital. Implantarea rădăcinilor (deseori curbe ale) dintelui, în porțiunea posterioară a planșeului orbitei (precum era cazul bolnavei noastre din fig. nr. 5) îngreuează considerabil îndepărtarea chirurgicală (fără lezarea conținutului orbitei) a dintelui (2). Uneori dinte din chist poate să se localizeze inferior și lateral.

Chistul coronodentar poate ocupa complet cavitatea sinusului maxilar, lăsând liber doar o zonă marginală îngustă din sinus. Poate disloca și eroda pereții sinusului; mai frecvent cel lateral.

Molarul 3 superior de minte, rămâne frecvent inclus, rezultând chist coronodentar. Acest diagnostic se confirmă și se indică extirparea chistului: dacă nu mai prezintă tendință la evoluție spre locul său fiziologic; dacă are axul deviat; dacă folicul și mugurele dentar ocupă poziții patologice (dacă nu se localizează în preajma peretelui sinuzal dorsal); dacă sînt prezente structuri osoase sau imagini radiologice patologice (sinusul maxilar umflat și voalat radiologic etc.); dacă sînt prezente complicații supurative și neurologice.

### B. Chisturi odontogene inflamatorii

a) *Chistul radiculodentar* (periapical, periodontal apical) se dezvoltă din epiteliogranulomul de pe virful rădăcinii unui dinte devital, sub acțiunea unei inflamații cronice, latente, subclinice, a unui traumatism, sau iritație chimică (de exemplu: plombaj iritant). Celulele epiteliale acumulate în granulom, prin proliferarea lor inflamatoare, se degenerază și se lichefiază. Astfel, apare cavitatea centrală a chistului, plină cu lichid. Reprezintă cea mai frecventă neoformațiune odontogenă. Survine cel mai des la adulții tineri și rar pe dinții de lapte. Se localizează mai cu seamă pe dinții arcadei superioare și foarte frecvent pe incisivul lateral (fig. nr. 6).

Osteita apicală evoluează în acest caz, într-un mediu particular, caracterizat prin prezența rădăcinilor dinților și a conținutului spațiilor periodontale, prin vecinătatea intimă a sinusurilor maxilare, a foselor nazale și a cavității bucale.

Toate acestea favorizează apariția unor infecții. Evoluția preinfecțioasă este de obicei oligosimptomatică, pînă la apariția unui puseu

inflamator septic acut: abces dentar, care apoi determină semnele manifeste ale inflamației acute, locale și generale.

În aceste cazuri tratamentele acordate în regim de urgență, deseori incomplete, favorizează nu o dată evoluția nestingherită în continuare a chistului.

Parodontitele apicale cronice pot fi conturate sau neconturate radiologic. În prima grupă figurează granulomul chistic, care prezintă stadiul final al unui granulom epitelial netratat.

Diagnosticul se pune în primul rând pe baza lipsei de vitalitate a dintelui respectiv, imaginea radiologică dentară și sinuzală caracteristică, iar apoi depresibilitatea și crepitația la palpate, a regiunii gingivale respective.

b) *Chistul periodontal lateral inflamator*, reprezintă o varietate mai rară a chistului radicular. Apare pe suprafața laterală a unui dinte devital, la nivelul orificiului unui canal dentinar aberant, a unei căi false sau a unei fracturi radiculare.

c) *Chistul rezidual* este un chist periodontal rămas în osul maxilar, după extracția dintelui cauzal (fără chiuretajul și drenajul complet al chistului). Proliferarea celulelor epiteliale, dacă a pornit o dată, continuă și în perioada de după îndepărtarea cauzei inițiale (după extracție) (fig. nr. 7).

Chisturile de origine dentară apar în țesutul osos, în preajma dintelui din care au pornit. Crescînd, pătrund în sinusul maxilar, proeminînd în cavitatea sa și se mențin dedesubtul căptușelii mucoperiostale (precum un abces cronic al premolarilor sau al primului molar). Vor fi deci acoperite de către peretele osos, ori numai de mucoperiostul (căptușeala) sinusului. Acest acoperiș rămîne prezent și va fi vizibil pe radiografiile atât odontale, precum și sinuzale maxilare. Linia marginală osoasă, individualizează chistul odontogen pătruns în sinus, diferențîndu-l de chistul mucos de retenție, care nu are capsulă osoasă și nici delimitare periostală.

Chistul radiculodentar, include vîrfurile rădăcinii dentare, din care provine, dar poate include și rădăcinile dinților vecini, denudînd lama lor conjunctivă, care le acoperă, fără însă să le devitalizeze.

În urma poziției filmului și a dinților, pe clișeele radiologice dentare (executate în incidență uzuală) imaginea chisturilor radiculodentare rămîne deseori necaracteristică. Astfel, în aproximativ 50% a cazurilor, diferențierea radiologică a granuloamelor de chisturi este incertă. Îngreuiază punerea diagnosticului diferențial și faptul că, chistul poate atinge mărimi considerabile, fără deformări externe nazale, sau bucale. Din acest motiv diagnosticul trebuie pus pe baza semnelor clinice, a radiografiilor, a celor constatate intraoperator și în ultima instanță (în cazul tuturor formațiunilor chistice) pe baza examenului histopatologic.

Porțiunea frontală a maxilarelor, situată între caninii superiori, bolta palatină și planșeul fosei nazale, permite evoluția asimptomatică îndelungată intraosoasă a chisturilor din această zonă. Chiar suprinfectate, produc semne locale reduse, față de semnele generale, sau la distanță, care pot fi alarmante (ca starea generală alterată, cefalalgii, febră, voalarea radiologică a sinusului

maxilar, fără rinoree purulentă și cu puncția și spălătura negativă a sinusurilor maxilare). Am avut trei cazuri la care semiologia locală a fost foarte redusă și s-a reușit cu greu decelarea chistului nazopalatin mare supurat. În unele cazuri doar contrastografia sinusului maxilar poate pune în evidență tumefierea mucoperiostului sinuzal maxilar, care reprezintă singurul semn local: edemul reactiv din vecinătatea focarului supurativ, apărut la nivelul mucoperiostului sinuzal, care - precum se știe - prezintă tendință marcată la edeme.

Doar în cadrul operației Luc-Caldwell lărgite, s-a pus în evidență chistul nazopalatin supurat.

Chisturile mici odontogene se rezolvă de regulă transvestibulobucal de către chirurgia maxilofacială. Cele mai mari care pătrund în sinusul maxilar se rezolvă definitiv prin operația Luc-Caldwell.

Există numeroase formațiuni tumorale cu aspect clinic sau radiologic chistic.

### I. Tumorile odontogene:

#### 1. Epiteliale

a) *Ameloblastomul* (adamantinomul) apare rar pe osul maxilar și dacă apare are rar structură chistică. Forma numită solidă este formată din mase de țesut, inconjurate de pereți osoși compacți. În forma chistică, una sau mai multe zone din masele amintite devin chistice, dilatându-se treptat. În cursul operației, chisturile vizibile în radiografii, nu sînt formațiuni cavitare, ci sînt umplute de obicei cu țesut moale. Calcificări amorfe survin rar în adamantinoame, pete de calcificări pot apărea totuși, similar celor prezente în căptușeala chisturilor odontogene.

b) *Tumoarea adenomatoidă,*

c) *Tumoarea epitelială calcificată (Pindborg) și*

d) *Chistul calcificat.*

#### 2. Mezenchimatoase:

a) *Fibromul central odontogen.* Apare foarte rar în osul maxilar. Dacă calcificarea este redusă poate imita în radiografii chistul odontogen. Dacă apare în sinusul maxilar poate umfla sinusul, bombind pereții acestuia. Crește mai încet decît chistul odontogen. Osificarea fibromului este de regulă intensivă și difuză.

b) *Fibromul odontogen și*

c) *Cementoamele.*

#### 3. Mixte:

a) *Fibromul ameloblastic,*

b) *Fibroodontomul ameloblastic,*

c) *Dentinomul și*

d) *Odontoameloblastomul.*

II. Dintre tumorile benigne neodontogene pot îmbrăca aspect radiologic chistic:

1. *Osteoblastomul*,
2. *Fibromul*: a) *osifiant* și b) *neosefiant*,
3. *Hemangiomul* și

4. *Tumoarea cu celule gigante* (osteoclastomul, tumoarea cu mieloplax). Leziunile centrale de osteoclastom localizate pe teritoriul maxilarului pot apărea în radiografii sub forma unor dehiscențe rotunde, ovalare, ușor confundabile cu imaginea chisturilor odontogene. Apare la persoane între 7-20 ani. Marginile sale osoase pot fi mai șterse sau zonele sale marginale pot fi ușor calcificate (fig. nr. 8).

III. Dintre *pseudotumorile de granulație* pot prezenta aspect radiologic chistic:

1. *Epulisul* și
2. *Granulomul central cu celule gigante*.

În materialul nostru figurează patru cazuri de :

3. *Displazie fibroasă monostotică maxilară*, boală rară pe teritoriul maxilarului. Este de obicei mai radioopacă, decât țesutul osos normal și prezintă structură mai ștearsă și neuniformă.

4. *Cherubinismul* poate imita formațiuni chistice; survine și în osul maxilar.

IV. Dintre *tumorile maligne*,

1. *Carcinomul maxilar* poate duce la modificări care să imite chisturi în radiografii. Opacifiază sinusul maxilar și produce destrucții osoase, care pot porni de la oricare parte a sinusului. Crește infiltrativ. Semiologia clinică este deseori caracteristică și destrucțiile osoase puse în evidență prin radiografii pot ușura diagnosticul, care se confirmă în mod obligatoriu prin examen histopatologic.

2. *Sarcomul*

3. Unele *limfoame maxilare* pot determina și ele modificări cu aspect radiologic chistic.

4. *Cilindromul*, (tumoare semimalignă) la o femeie de 37 ani, din materialul clinicii, prezenta radiologic o formațiune chistică maxilară, lipită de peretele median al sinusului. Intraoperator s-a confirmat parenchimos și histopatologic diagnosticul de cilindrom.

V. *Compartimentarea malformativă* deseori congenitală a sinusului maxilar poate prezenta câteodată în radiografii imagini chistice.

VI. Între *tumorile benigne ale părților moi*, în afara chisturilor adevărate, pot apărea, în mucoperiostul care căptușește sinusul maxilar, *pseudochisturi nesecretorii*, acumulări de secreții pe bază alergică, sau inflamatoare, care nu au căptușeală epitelială.

Este în general cunoscut că după operațiile efectuate pe teritoriul maxilarului (de exemplu după operațiile Luc-Caldwell) pot să apară *formațiuni chistice multiple*, mai cu seamă la nivelul peretelui anterior și nazal al sinusului.

Fistulele oroantrale postextractionale permanentizate duc la sinuzită maxilară cronică, cu formare de *granuloame inflamatorii*, câteodată voluminoase, care pot prezenta structuri chistice sau pseudochistice. Înaintea închiderii



Fig. nr. 1:

V.D. ♀ 32 ani. Chistul radiculodentar a amputat rădăcinile molarilor vecini.

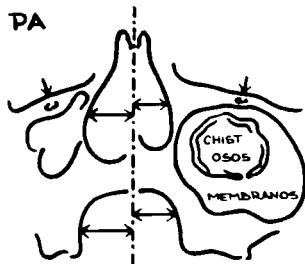


Fig. nr. 2:

H.H. ♂ 5 ani. Chist odontogen primordial în sinusul maxilar stg.  
Radiografie simplă, incidență AP

LL



Fig. nr. 3: Radiografia simplă a bolnavului din fig. nr. 2, incidență LL.



Fig. nr. 4:

B.I. ♂ 5 ani. Chist coroncendatar maxilar dr. Radiografie simplă, incidență PA.





Fig. nr. 5:

C.C. ♀ 24 ani. Chist coronodentar supurat al ultimului molar superior stg., cu rădăcinile curbe inserate în planșeul orbital. Radiografie simplă, incidență PA.



Fig, nr. 6: S.M. ♂ 39 ani. Chist radiculodentar.

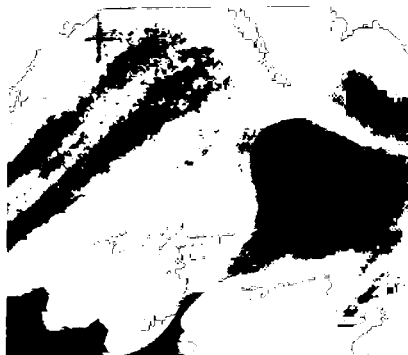


Fig. nr. 7: V.M. ♀ 20 ani. Chist rezidual maxilar.



Fig. nr. 8: M.V. ♂ 14 ani. Osteoclastom al palatului și radiografia simplă axială.

chirurgicale a acestor fistule, otorinolaringologul trebuie să verifice, prin contrastografii, prezența sau absența granuloamelor. Dacă sînt prezente, să le extirpe, în caz că sînt mici, prin endoscopie sinuzală și dacă sînt voluminoase în cadrul unei operații Luc-Caldwell.

În afara chisturilor adevărate pot să apară în oasele maxilare și cavități endosoase necăptușite cu membrană proprie, numite *chisturi esențiale*, sau solitare, pseudochisturi de origine traumatică (Hove), vasculară (Jaffe și Lichtenstein) sau malformative apărute în urma unor tulburări de dezvoltare structurală a osului (Stafner).

Scopul nostru a fost prezentarea chisturilor maxilare, în primul rînd pentru perfecționarea diagnosticului și a diagnosticului diferențial al afecțiunilor maxilare. Cunoașterea acestor date scutește frecvent specialistul de erori de diagnostic și terapeutice regretabile.

În materialul nostru prelucrat, 28-32% a proceselor radiculodentare (rezolvate prin 6000 intervenții chirurgicale) o constituiau chisturile. A fost surprinzător că peste 90% a acestor chisturi au pornit din rădăcina incisivului lateral superior, situat în masa frontală a maxilarului (în triunghiul nasopalato-incisiv) (fig. nr.9) care permite evoluția lor îndelungată *mascată*, subclinică (observație care a motivat decisiv elaborarea prezentei lucrări).

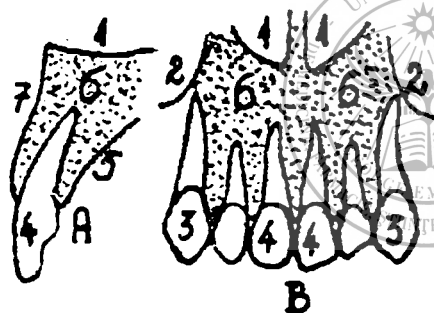


Fig. nr. 9: Triunghiul nasopalato-incisiv (schematic): 1=fose nazale, 2=sinusurile maxilare, 3=caninii, 4=incisivii centrali, 5=palat, 6=masa osoasă din triunghiul nasopalato-incisiv (punctată), 7=vestibulul bucal. Proecpe: A=antero-laterală, B=antero-posterioară.

Avînd în vedere simptomatologia deseori necaracteristică și comună celor patru specialități (neurologia, stomatologia, chirurgia maxilofacială și O.R.L.) bolnavii suferind de aceste afecțiuni parcurg deseori atît în timp, precum și în spațiu, un drum lung pînă la precizarea diagnosticului corect și aplicarea tratamentului adecvat, respectiv pînă la vindecare. Tratamentele aplicate în regim de urgență, ambulator, examenele multiple radiologice, incomplete, extracțiunile grăbite izolate, puncțiile și spălăturile explorative sinuzale, antibioterapiile de rutină, incomplete etc. aplicate nu o dată succesiv de specialiștii amintiți, se soldează frecvent cu rezultate nesatisfăcătoare. Bolnavul, în multe cazuri, obosit renunță pînă la urmă la tratamente, lăsînd să evolueze boala pînă la apariția unor tulburări grave.

Pentru evitarea acestor lipsuri, pentru acordarea unei asistențe cât mai calificate, eficiente bolnavilor, este indispensabil ca otorinolaringologul să depună tot efortul, într-o colaborare corectă, fructuoasă, multidisciplinară, pentru stabilirea devreme a diagnosticului corect, recurgând la toate posibilitățile de investigație existente și necesare, pentru insituirea cât mai precoce a tratamentului electiv și eficient.

### Bibliografie

1. *Burlibașa C.*: Patologia medicală (sub redacția Th. Burghele) Vol. III , Editura Medicală, București, 1977, 544;
2. *Carli J. et al.*: Sur un cas de kyste coronodentaire d'une dent de sagesse supérieure ectopique. Hôpital Maritime de Sidi Abdullah, Tunisie. 1957;
3. *Costinescu N. et al.*: Contribuții la studiul clinic al chisturilor sinusului maxilar. Oto-rino-laringologie, 1957, 3, 195;
4. *Dinu C., Mârțu D., Bild E.*: Complicațiile tratamentului complex al tumorilor maligne rinosinuzale. Oto-rino-laringologie, 1983, 2, 81;
5. *Frank L. J.*: Radiology of chysts of the maxilla. 1963 Guy's Hôpital, London, S.E 1;
6. *Gârbea S., Neuman H., Olariu B.*: Tumoare cu mieloplaxă a bazei craniului, cu manifestări clinice multiple. Oto-rino-laringologie, 1972, 4, 299;
7. *Glasscock M.E., Hunt W.*: Giant Cell Tumor of the Sphenoid and Temporal Bones. The Laryngoscope, 1974, 7, 1181;
8. *Halperin V., Carr R., Peltier J.*: Follow-up of adenoameloblastomas. Oral Surgery, Oral Medicine and Pathology, St. Louis, 1967, 5, 642;
9. *Kindler W. F.*: Missbildungen der Nase. In: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, redactată de Berendes, Link, Zöllner. Ed. Georg Thieme, Stuttgart, 1964, Vol. I 80;
10. *Lăzeanu M., Chelaru C.*: Osteoblastom nazo-maxilar. Oto-rino-laringologie, 1958, 3,, 251;
11. *Memet Gafar, Andreescu C.*: Odontologie și parodontologie. Editura Didactică și Pedagogică , București, 1983, 204;
12. *Mulfay V., Darvas S.*: Contribuții la radiodiagnosticul sinusului maxilar. Wiener Klinische Wochenschrift, 1960, 13, 229;
13. *Mulfay V., Marmor J.*: Mucocel etmoidal la o copilă de 11 ani. Oto-rino-laringologie, 1961, 1, 69;
14. *Mulfay V., Kertész E.*: Stativ triunghiular pentru contrastografia sinusurilor paranazale cu orificiul inferior. Radiologia, 1963, 2, 173;
15. *Mulfay V.*: Pneumosinus sfenoidal dilatant. Oto-rino-laringologie, 1972, 5, 327;
16. *Mulfay V., Doina Pop D. Popa:* Muco- și piocelul sinusurilor paranazale. Oto-rino-laringologie, 1975, 1, 19;
17. *Mulfay V., Doina Pop D. Popa:* Pneumatizarea sinusurilor paranazale, cauzele și simptomatologia hipopneumatizării. Oto-rino-laringologie, 1975, 2, 87;
18. *Mulfay V., Doina Pop D. Popa:* Anomaliile pneumatizării sinusurilor și cefalea. Oto-rino-laringologie, 1975, 4, 241;

19. *Mulfay V., Florea F., Demeter I.*: Contribuții la radiodiagnosticul chisturilor de retenție maxilare. *Oto-rino-laringologie*, 1960, 1, 1;
20. *Mulfay V., Doina Pop D. Popa, Fazakas A.*: Contribuții la diagnosticul și tratamentul distrofiei fibroase monostotice maxilare. *Oto-rino-laringologie*, 1976, 3, 167;
21. *Mulfay V.*: Avantajele și dezavantajele endoscopiei sinuzale. *Oto-rino-laringologie*, 1978, 1, 55
22. *Mulfay V.*: Diagnosticul și diagnosticul diferențial al cancerului sinusului maxilar. *Oto-rino-laringologie*, 1982, 2, 81;
23. *Mulfay V. et al.*: Contribuții la etiopatogenia și tratamentul pneumosinusului dilatant. *Oto-rino-laringologie*, 1991, 3, 12;
24. *Pop T.*: Considerații clinice pe marginea unui caz de tumoare cu mieloplaxie în sinusul maxilar. *Oto-rino-laringologie*, 1984, 1, 23;
25. *Naumann H. H.*: Erkrankungen der Nase. In: *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*, redactat de Berendes-Link-Zöllner, Ed. Georg Thieme, Stuttgart, 1964, Vol. I., 201
26. *Popescu N. et al.*: Aspect particular de chist odontogen al sinusului maxilar. *Oto-rino-laringologie*, 1977, 2, 149;
27. *Popescu V., Rădulescu M.*: Radiodiagnosticul în stomatologie. Editura Medicală, București 1973;
28. *Rădulescu M., Popescu V.*: Radiologia stomatologică. Editura Medicală, București, 1985;
29. *Teodorescu et al.*: Problemele mucoceleului. Nota III. *Oto-rino-laringologie*, 1979, 3, 173;
30. *Timoșca G., Burlibașa C.*: Chirurgia buco-maxilo-facială. Editura Didactică și Pedagogică, București 1983;
31. *Todea B., Babi V.*: Considerațiuni asupra chistului maxilarului superior de origine dentară cu evoluție sinuso-maxilară. *Oto-rino-laringologie*, 1973, 5, 381;
32. *Vida I., Ceuca Gr.*: Chisturile submucoase ale sinusului maxilar. *Oto-rino-laringologie*, 1978, 1, 69;

#### MAXILLARY CYSTS

*C. Drasoveanu, V. Mulfay, Gh. Mulfay, C. Florea, Lucia Muica*

The authors present, based on a significant number of patients and the instructive iconography, the problems concerning the diagnosis and differential diagnosis of maxillary cyst formations localized at the border of dentistry, neurology, ophthalmology, maxillo-facial surgery and otorhinolaryngology. As the aetiology is very varied and evolution rather capricious, often latent for a long time, these formations can often disturb the diagnosis and treatment, very frequently resulting in severe complications. It should be underlined that all the cyst formations, irrespective of their aetiology, even those causing malformations and infections, occasionally can have secondary infection and become phlegmonous with severe evolution. Mainly those localized in bony masses of the front part of the maxillae, between the upper canines, the palatal arch and fossa nasalis can evolve unobservedly for a long time after their superinfection, too.