

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume 44

Número
Number 2

Enero-Marzo
January-March 1999

Artículo:

Quiste odontogénico calcificante
(quiste de Gorlin). Reporte de un caso
y su seguimiento. Revisión de la
literatura

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin). Reporte de un caso y su seguimiento. Revisión de la literatura

Dr. Benjamín Morales Trejo
CMF,* Dr. Luis Carballo Bello
CMF**

- * Profesor Asociado de Cirugía Maxilofacial. Universidad del Bajío. León, Gto.
** Jefe del Departamento de Cirugía Maxilofacial. Universidad del Bajío, León, Gto.

Resumen

El quiste odontogénico calcificante (QOC), es una entidad patológica que tiene ciertas características de un quiste pero también posee las características de una neoplasia sólida, y su transformación maligna está bien documentada.

El caso presentado de QOC es de un individuo del sexo femenino de 15 años de edad con una lesión radiolúcida, localizada en el maxilar superior izquierdo, con zonas radioopacas y un diente en su interior, de 1.6 x 1.5 cm de tamaño y sin presencia de sintomatología. Ausencia de características clínicas orales, la lesión fue un hallazgo radiográfico.

Se realizó enucleación de la lesión y eliminación del diente incluido, que estaba cubierto con una cápsula bastante gruesa. Se tomó radiografía de control a los seis meses, encontrando un proceso de reparación normal. La lesión se observó en una paciente joven, iniciando su desarrollo probablemente a un edad aún más temprana.

El quiste odontogénico calcificante (QOC) fue reconocido primeramente como una entidad patológica por Gorlin y col. en 1962.¹

Esta lesión no es invariablemente quística y la similitud que guarda con respecto a la nomenclatura utilizada para describir al tumor odontogénico epitelial calcificante, permite confusión entre ambas entidades, siendo estas dos entidades patológicas diferentes.

Algunos otros autores utilizaron el término de ameloblastoma queratinizante (Bhaskar, 1965), siendo este término inapropiado, ya que si bien es cierto que el quiste odontogénico calcificante, histológicamente es similar al ameloblastoma, su comportamiento clínico es diferente.¹

Palabras clave: Quiste odontogénico calcificante, quiste de Gorlin.

Abstract

Calcifying odontogenic cyst (COC), is a pathological entity with some characteristics of cyst, however it has characteristics of solid neoplasm and its malignant transformation is well documented. The present case of COC is about a 15 year-old female with a radiolucent lesion, located in the left superior mandible, with radiopaque zones and a tooth inside, with 1.6 x 1.5 cm of size and without symptomatology. There weren't oral clinical characteristics; the lesion was a radiographic finding. Enucleation and elimination of the included tooth were performed. It was covered with a very thick capsule. A radiographic control was carried out; a normal reparative process was found. The lesion were found in a young patient, its development probably started in a earliest age of the patient. The calcifying odontogenic cyst (COC) were first recognized as a pathological entity by Gorlin et al in 1962.

This lesions isn't invariability a cystic lesion and the similitude respect the nomenclature used for the description of the calcifying epithelial odontogenic tumor get confusion between both entities, but those diseases are two different pathologies.

Some authors used the term «keratinising ameloblastoma» (Bhaskar, 1965), but this term is inappropriate because although the calcifying odontogenic cyst is histologically similar to the ameloblastoma, its clinical behavior is different.

Key words: *Calcifying odontogenic cyst, Gorlin's cyst.*

Introducción

El quiste odontogénico calcificante (QOC) fue caracterizado por Gorlin y colaboradores en 1962 como una entidad diferente a las demás lesiones quísticas odontogénicas conocidas hasta entonces. Posteriormente aparecieron informes relacionados con esta lesión Gold (1963), Sycamore (1964) Smith y Blankenship (1965), Komiya y col. (1969), Herd (1972) y otros.^{1,2} La terminología propuesta por Gorlin no es la más apropiada, pero en la actualidad, es difícil encontrar una alternativa sustituible de tal concepto. La lesión hasta cierto punto es rara, en el sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee las características de una neoplasia sólida.

Algunos otros términos utilizados para designar esta lesión han sido: adamantinoma atípico, tumor odontogénico mixto, colestearatoma. La existencia de numerosos términos reflejan la diversidad histopatológica de la entidad, y confusión acerca de su naturaleza, como quiste, neoplasia o bien hamartoma. Sin embargo la mayoría de los patólogos favorecen el término «quiste odontogénico calcificante» en el cual se enfatiza la naturaleza quística, el origen odontogénico y el potencial calcificante de la lesión.³

Algunos QOCs se han reportado en asociación con otros tumores odontogénicos, tales como odontomas y fibro-odontomas ameloblásticos y que parecen recidivar después de la intervención quirúrgica para su eliminación.⁴ Sin embargo la transformación maligna de los QOCs está bien documentada.⁵

A partir de 1971 la Organización Mundial de la Salud incluyó en su clasificación esta entidad. El Comité de la OMS describe a QOC como una lesión quística no neoplásica, en la cual, el revestimiento epitelial muestra una capa basal bien definida de células columnares.⁵⁻⁷

En 1981 Praestorius y cols.⁸ publicaron una clasificación propia, dividiendo al QOC en dos entidades: un quiste y una neoplasia. La entidad quística fue clasificada en tres tipos: 1) uniquístico simple, 2) uniquístico productor de odontoma, 3) uniquístico ameloblastomatoso. Desde su identificación en 1962 el QOC se presenta como una lesión central (intraósea) dentro de la mandíbula o maxilar, pero también puede ocurrir como periférica (extraósea).⁶

El QOC en su variedad neoplásica sólida no es común, se presenta de 2 a 16% de todos los QOCs reportados en series^{11,12} y pueden ser intraóseos o extraóseos.

Las formas extraóseas de la variante sólida parecen ser las más comunes, no ocurriendo lo mismo con la variante intraósea del tumor sólido, cuya presencia es menos frecuente.^{11,12}

En relación a su transformación maligna o agresiva, ésta se caracteriza histológicamente por un pleomorfismo celular y una actividad mitótica elevada con invasión a los tejidos adyacentes.^{11,12}

Características clínicas

La lesión usualmente se presenta como un crecimiento lento, no es dolorosa, ni causa inflamación de los maxilares y por consiguiente rara vez causa asimetría facial.

Es importante señalar que en un considerable número de casos, no es intraóseo, originándose ésta de la encía.

En los 70 casos revisados por Freedman, Lumerman y Gee¹ hombres y mujeres estaban igualmente afectados, por lo que no existe predilección evidente por el sexo, aunque antes de los 41 años, la lesión es mucho más común en mujeres y después de esta edad, en hombres. El paciente más joven reportado hasta el momento, es de 7 años de edad y el más viejo de 82 años (Jones, McGowan y Gorman 1968).^{3,4}

Freedman y cols. observaron también que antes de los 41 años, muchas de las lesiones ocurrían en el maxilar (70%) mientras que en pacientes mayores de los 41 años las lesiones se presentaban mayormente en la mandíbula (80%), y 75% de las lesiones estaban situadas por delante del primer molar. Cerca del 65% del QOC se ubica en la región de incisivos y caninos superiores y asociados con odontomas.⁷

Otra característica importante del QOC es que la mayor parte de los pacientes experimentan expansión ósea alveolar sin asimetría facial.

Radiográficamente la lesión aparece intraóseamente, como una lesión mixta, con una área radiolúcida bien definida, uni o multilocular que contiene en su interior cantidades variables de material radioopaco, pudiendo observarse estructuras dentarias o denticulares bien definidas en el interior de la lesión. El material radioopaco puede estar presente por rangos, desde pequeñas radioopacidades, hasta grandes masas calcificadas.

Con relación al diagnóstico diferencial, existen varias entidades que pueden asociarse a esta lesión, tales como: el quiste dentígero, el tumor odontogénico adenomatoide, el odontoma compuesto, el tumor odontogénico epitelial calcificante, y el queratoquiste.

Sólo 6 casos de aparición simultánea de QOC se han reportado en la literatura, que sufren transformación maligna.¹⁰

Características histológicas

Las características histopatológicas del QOC incluyen una cápsula fibrosa y una cubierta de epitelio odontogénico. Las células basales del revestimiento epitelial varían de forma cuboidal a columnar, y una de las capas de este epitelio muestra un aspecto similar a retículo estrellado.⁷

La característica microscópica típica de esta lesión es la presencia de números variables de células epiteliales alteradas sin núcleo y que son llamadas «células fantasma». Gorlin y cols. sugirieron que esta característica es

análoga al epitelioma cutáneo calcificado de Malherbe, donde existen células con calcificaciones, así como áreas de queratina calcificada.^{6,7}

Estas «células fantasma» se considera que son el producto de una aberración en la queratinización del revestimiento epitelial del QOC. Así también se han encontrado áreas de hialinización adyacentes al epitelio quístico de revestimiento que sugieren una dentina displásica o inmadura.

Reporte del caso

Femenino de 15 años de edad que fue referida por dentista de práctica general a la Escuela de Odontología de la Universidad del Bajío, por presentar dolor de 5 meses de evolución en primer molar superior izquierdo, donde previamente a su ingreso, se le había realizado eliminación de caries y colocación de una restauración temporal a base de óxido de zinc y eugenol, sin remisión de su



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figura 2. Radiografía panorámica que muestra la lesión bien circunscrita, con áreas radioopacas en su interior.



Figura 3. Aspecto quirúrgico de la lesión.

problema, por lo que fue enviada para tratamiento de endodoncia en esta institución (Figura 1).

Dentro de su historial médico no hubo antecedentes de importancia relacionados con el padecimiento, intraoralmente se pudo apreciar una mala higiene bucal, el primer molar superior izquierdo con la corona clínica parcialmente destruida, con material de curación temporal en el mismo; la paciente presentaba dolor a la percusión vertical y horizontal del molar y ausencia clínica de incisivo lateral superior izquierdo y segundo premolar, del mismo lado (Figura 1).

La radiografía panorámica mostró una lesión radiolúcida localizada en maxilar superior izquierdo con bordes bien definidos de 1.6 x 1.5 cm, con zonas radioopacas, y el incisivo lateral superior izquierdo incluido (Figura 2).

Se realizó punción aspiradora de la lesión, no obteniéndose ningún tipo de material. Los diagnósticos con los que se decidió intervenir a la paciente fueron; el queratoquiste, el quiste dentígero y finalmente el quiste odontogénico calcificante. Subsecuentemente con anes-

tesia local, se realizó enucleación de la lesión y la eliminación del diente incluido, obteniendo una masa sólida de consistencia firme de $1.5 \times 1.3 \times 0.6$ cm, completa y con cavitación de tipo quístico, así como un diente incisivo en su interior. Cabe mencionar que el grosor de la cápsula es considerable y por lo mismo su manipulación y enucleación se realizó con relativa facilidad, permitiendo su extirpación completa (*Figura 3*).

El manejo posoperatorio fue exclusivamente con ketorolaco, 10 mg por vía oral tres veces al día, por 3 días y enjuagues de solución yodatada por 7 días.

La paciente fue citada de nueva cuenta para revisión del área operada y para el retiro de suturas a los 7 días, presentando un proceso de reparación normal.

Posteriormente la descripción histopatológica de la lesión fue: una tira de epitelio odontogénico formada por 3 hileras de células, siendo estas células «fantasma», así como varias calcificaciones relacionadas a dentina, todo esto sostenido por tejido conectivo de aspecto embrionario y presentando mínimas porciones de células inflamatorias, estableciéndose el diagnóstico de quiste odontogénico calcificante (*Figura 4*).

Seguimiento a 6 meses

La paciente se presentó 6 meses después de la enucleación quirúrgica de la lesión, encontrando tejido sano, sin alteraciones. A la palpación, no existieron deformidades, y los dientes adyacentes fueron asintomáticos.

La radiografía de control a los 6 meses mostró en el maxilar superior izquierdo la silueta posenucleación, bien delimitada, con bordes bien definidos, y en su interior la imagen mixta de proceso de reparación normal (*Figura 5*).

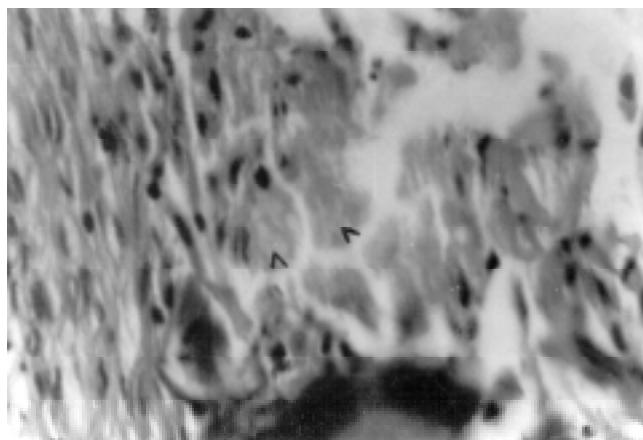


Figura 4. Aspecto histológico de la lesión, donde se observan las células «fantasma» (flecha).



Figura 5. Radiografía panorámica después de 6 meses de haber extirpado la lesión.

Discusión

La revisión de la literatura revela que los QOCs son lesiones raras, que ocurren igualmente en hombres y mujeres, y muestran una predilección por la mandíbula (70%).⁶⁻⁸ El material calcificado puede estar presente en forma de pequeñas masas radioopacas y en la mayoría de los casos los pacientes experimentan expansión ósea alveolar,⁵⁻⁷ no siendo la característica del caso presentado. El 65% de los QOCs se presentan en la región de incisivo y aproximadamente 20% está asociada con un odontoma.⁷ En relación a la edad de los pacientes con QOCs, el promedio es de 33 años.⁶⁻⁷

En el caso presentado, es conveniente resaltar aspectos importantes que no se relacionan de manera directa con lo publicado. La literatura reporta predilección por la mandíbula, es igualmente prevalente en hombres y mujeres y es más frecuente en la edad adulta, reportando el paciente más joven de 7 años de edad y el más viejo de 82.^{3,4} Otro aspecto importante es la asociación de la lesión con un odontoma.

En relación a la edad en el caso presentado, se trataba de un paciente de 15 años de edad, iniciando el desarrollo de la lesión probablemente, a una edad más temprana, descubriendo la lesión como hallazgo radiográfico, no asociándose con un odontoma, sino que contenía un diente en su interior, no causaba asimetría facial ni era sintomático.

Cabe hacer mención que el sitio de localización no es el más frecuente, siendo el caso presentado en el maxilar, la edad no es la más común, habiendo predilección por la edad adulta, y en la actualidad no encontramos en la literatura odontológica Mexicana informes previos de casos reportados o series de pacientes con esta lesión en

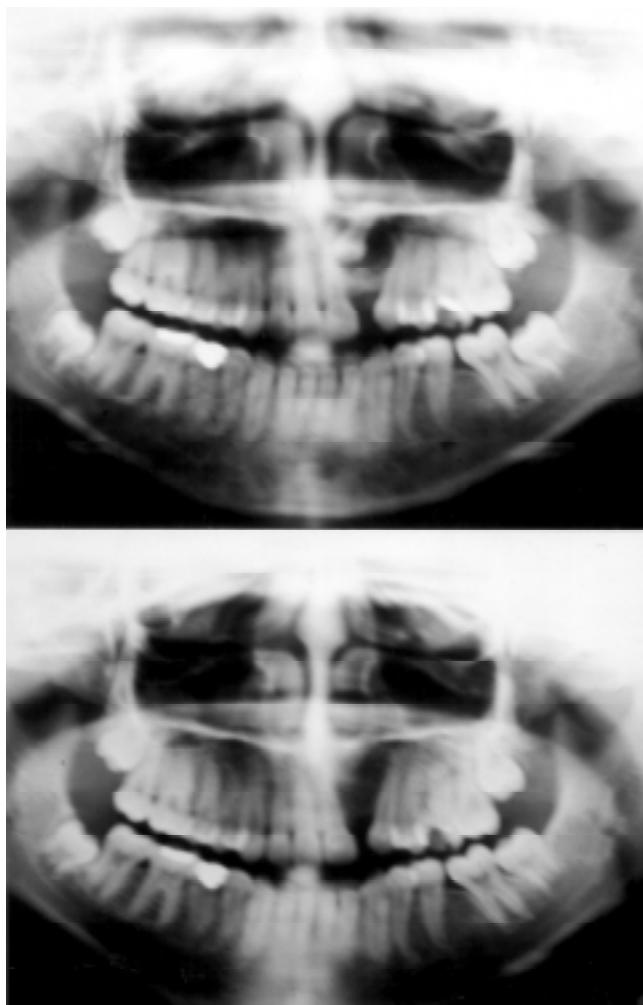


Figura 6. Radiografías panorámicas de la lesión pre y posoperatoriamente.

los últimos diez años, lo cual no necesariamente significa que no se hayan presentado casos de QOCs, sino que éstos no han sido publicados.

En relación al tratamiento de esta lesión, no requiere un manejo complejo que implique alguna dificultad o complicación en la extirpación de la lesión. En el caso presentado se tiene control a 6 meses, no reportando datos sugestivos de recidiva, coincidiendo con la literatura, que la recidiva es poco frecuente (*Figura 6*).

En el caso presentado, la enucleación fue realizada en el sillón dental bajo anestesia local, con una remoción completa de la cápsula fibrosa, en una sola pieza, con la inclusión del diente en cuestión y sin complicaciones. Quedando una cavidad ósea limpia sin restos de tejido y

con observación clínica en todas su paredes, sin embargo, también se sabe que puede ocurrir una transformación carcinomatosa de esta lesión.

Por último, es importante resaltar la necesidad de hacer público todos aquellos casos o series de QOCs que se hayan presentado en otras instituciones de atención dental en México, con el fin de conocer el perfil clínico y epidemiológico de esta lesión.

Bibliografía

1. Lucas RB. *Pathology of Tumors of the Oral Tissues*. tercera edición, Londres. Cap. 3 1976. 71-75.
2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de Patología Oral* Tercera edición. Interamericana, México. Cap. 4, 1977, 251-253.
3. Sam Pyo H, Gary L, Kenton S. Calcifying Odontogenic Cyst, a review of ninety-two cases with reevaluation of their nature as cysts or neoplasm, the nature of ghost cells, and subclassification. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991, 72:56.
4. Maitland GR. Atypical Adamantinoma of the Maxilla: report of case. *J Oral Surg* 1974; 5:351-5.
5. Ikemura K, Horie A, Tashiro H, Nandate M. Simultaneous Occurrence of Calcifying Odontogenic Cyst and its Malignant Transformation. *Canar* 1985. 56: 2861-4.
6. Amos B. The Central (intraosseous) Calcifying Odontogenic Cyst. *J Oral Surg* 1991; 49: 330-339.
7. Arthur J, Mark F, Lionel G. Calcifying Odontogenic Cyst: A Clinicopathologic Study of 57 cases with Immunohistochemical Evaluation for Cytokeratin. *J Oral Surg* 1997; 55:679-83.
8. Praestorius F, Hjortin-Hansen E, Gorlin RJ et al. Calcifying Odontogenic Cyst: Range Variations and Neoplastic Potential. *Acta Odont Scand* 1981; 39: 227.
9. Amos B, Phillip W, Louis S, Alan S. Peripheral (extraosseous) calcifying Odontogenic Cyst; A review of forty cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991; 72: 65-69.
10. Alcalde RE, Akira S, Mesakazu M, Tomohiro M. Odontogenic Ghost Cell Carcinoma. *J Oral Maxillof Surg* 1996; 54: 108-11.
11. Buchner A. The Central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: An analysis of 215 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 330-339.
12. Buchner A et al. Peripherale (extraosseus) calcifying odontogenic cysts: review of forty-five cases. *Oral Surg oral Med Oral Pathol* 1991. 72: 65-70.

Reimpresos:

Dr. Benjamín Morales Trejo
Niebla 105-5
Jardines del Moral
León Gto. México