

## Caso clínico

Vol. LXV, No. 3  
Mayo-Junio 2008  
pp 159-162



# Quiste odontogénico glandular. Reporte de un caso

Rodrigo Licáaga Reyes,\* Sergio Alatorre Pérez,\*\* Adalberto Mosqueda Taylor,\*\*\* Gabriel Cortés Castillo\*\*\*\*

- \* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Juárez de México.
- \*\* Residente de 4to año de Cirugía Maxilofacial del Hospital Juárez de México.
- \*\*\* Profesor Titular. Departamento de Atención a la Salud. UAM Xochimilco.
- \*\*\*\* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Centro Médico ISSSEMYM Ecatepec.

Recibido para publicación:  
27-Septiembre-2006

## Resumen

El quiste odontogénico glandular es una entidad poco frecuente que ha demostrado tener un comportamiento biológico más agresivo que otros quistes odontogénicos del desarrollo. Se presenta en un amplio rango de edad y no tiene características clínicas o radiográficas que permitan diferenciarlo de otros quistes de los maxilares. La histopatología es en sí muy característica al presentar un revestimiento de epitelio estratificado no queratinizado con áreas de apariencia glandular, por lo que recibe el nombre de quiste odontogénico glandular o de quiste sialo-odontogénico. Presentamos el caso de una paciente con una lesión quística mandibular anterior manejada con enucleación y fresado quirúrgico de los bordes óseos y una revisión de la literatura sobre esta entidad.

**Palabras clave:** Quiste odontogénico glandular, sialoquiste, lesiones de los maxilares.

## Abstract

*The glandular odontogenic cyst is an unusual lesion with a more aggressive biological behavior than other developmental odontogenic cysts. It occurs over a wide range of age and has no clinical or radiographic characteristics that allow it to differentiate from other intraosseous cysts. The histopathology is very characteristic as it shows a stratified squamous epithelium that contains duct-like structures of glandular appearance and therefore it is known as glandular odontogenic cyst or sialo-odontogenic cyst. We present a case of a patient with a cyst located in the anterior mandible, which was treated with curettage and milling of the bone margins, a literature review is also presented.*

**Key words:** Odontogenic glandular cyst, sialocyst, jaw lesions.

## Reporte del caso

Se trata de paciente femenina de 53 años de edad, quien fue referida al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Juárez de México por presentar dolor intenso en región anterior mandibular de un año de evolución, multi-tratada en ese periodo como un proceso infeccioso sin mejoría. A la exploración clínica se observaba un aumento de volumen en la parte anterior mandibular que expandía la zona del mentón y ocasionaba una leve deformidad facial (*Figura 1*). Intraoralmente se apreciaba desplazamiento de los caninos, sin movilidad dental, además de presentar una coloración azulada en la mucosa del fondo de saco que cubría a la lesión (*Figura 2*). A la palpación se

percibía crepitación de la zona afectada. En los estudios de imagen se observó una zona radiolúcida unilocular de canino a canino, bien delimitada, de aproximadamente 5 x 3 cm (*Figura 3*). Se realizó una punción aspiradora obteniendo escaso líquido ambarino translúcido, posterior a lo cual se tomó una biopsia incisional que reportó quiste odontogénico glandular.

Bajo anestesia general se realizó una incisión contorneante en la región anterior mandibular, se levantó un colgajo para exponer la lesión, la cual fue retirada por enucleación y fresado periférico del hueso en los márgenes, sin retirar los órganos dentarios (*Figura 4*). Se suturó el colgajo con material reabsorbible y el curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

El estudio de la pieza quirúrgica reportó macroscópicamente un fragmento de tejido blando, de color gris pardusco de forma irregular, de 3 x 2 x 1.5 cm de superficie irregular y consistencia blanda al corte. En el análisis microscópico se observó una lesión de naturaleza quística, formada por una gruesa pared de tejido conectivo fibroso con abundante infiltrado inflamatorio de tipo mixto y predominio inflamatorio, así como una zona de reacción fibroblástica reparativa en la que se aprecia tejido óseo metaplásico en formación. La superficie estaba revestida por epitelio escamoso estratificado que presenta en su superficie células columnares ciliadas y en sus capas intermedias se encontraron abundantes estructuras pseudoductales revestidas por epitelio cuboidal y columnar, así como algunas células mucosecretoras, confirmando el diagnóstico de quiste odontogénico glandular (*Figura 5*).

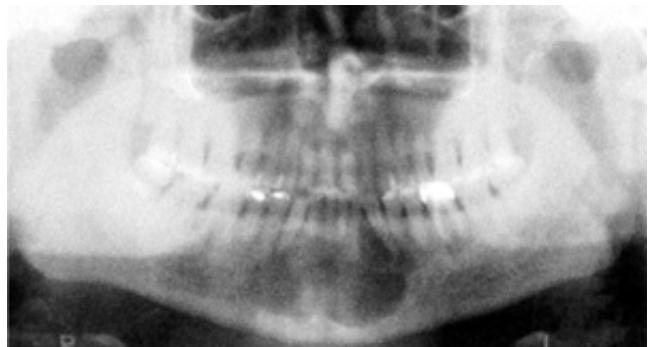


**Figura 1.** Aspecto extraoral.



**Figura 2.** Aspecto intraoperatorio. Se observa la expansión de la cortical vestibular.

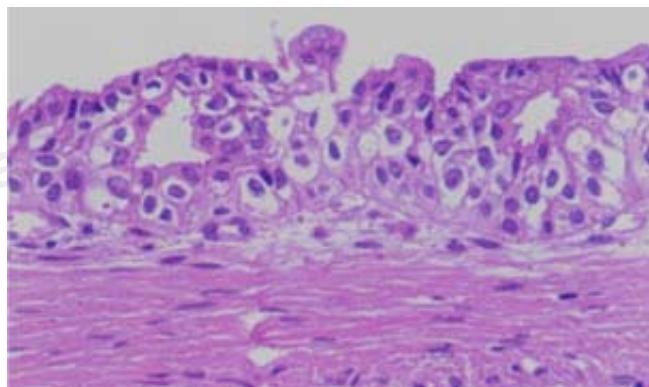
A 3 años la paciente se encuentra clínica y radiográficamente sin datos que sugieran recidiva de la lesión.



**Figura 3.** Radiografía panorámica inicial.



**Figura 4.** Aspecto transoperatorio. Fresado de los bordes posterior a la enucleación.



**Figura 5.** Aspecto microscópico. Se observan las células cuboidales que asemejan ductos glandulares.

## Discusión

El quiste odontogénico glandular (QOG) es una entidad recientemente reconocida dentro de los quistes odontogénicos. Es una lesión del desarrollo infrecuente que tiene características histopatológicas muy peculiares y que se caracteriza por tener un comportamiento biológico relativamente agresivo.

El quiste odontogénico glandular fue descrito por primera vez como una lesión multiquística que se asemeja al quiste odontogénico botroide o a un carcinoma mucoepidermoide por Padayachee y Van Wyk en 1978, quienes lo denominaron quiste sialo-odontogénico, atribuyéndole posible origen a partir de glándulas salivales.<sup>1</sup> En 1988 Gardner et al. propusieron el término "quiste odontogénico glandular".<sup>2</sup>

Se presenta clínicamente como un aumento de volumen que puede ser asintomático o doloroso. En algunas ocasiones ha sido un hallazgo en un examen de rutina.<sup>3</sup>

El rango de edad ha sido reportado desde los 11 hasta los 90 años, con promedio de 49.4 años. No existe una marcada predisposición por sexo. La mayoría de los casos ocurre en la mandíbula, siendo tan sólo el 20% los que se presentan en el maxilar. Por lo general se ubica en la región anterior, y en ocasiones involucra tanto la región anterior como la posterior. Más de la mitad de los casos reportados cruzan la línea media.

En los estudios de imagen el QOG no tiene características específicas o patognomónicas.<sup>4</sup> Se puede presentar como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular, incluso simulando un folículo hiperplásico o un quiste dentígero por su relación con dientes retenidos o como una cavidad independiente.<sup>5</sup> Los bordes son bien definidos con un contorno esclerótico. La perforación de la cortical es muy frecuente.<sup>6</sup> También se ha reportado desplazamiento dental y resorción radicular.

Histológicamente el QOG en sus características presenta un proceso multiquístico cubierto de epitelio estratificado no queratinizado, el cual presenta zonas de engrosamiento formadas por células cuboidales o columnares que en ocasiones presentan cilios y dan al quiste un aspecto glandular, así como criptas o microquistes de localización intraepitelial que se encuentran revestidos por este tipo de células. En ocasiones estos espacios contienen material mucoide. En otras áreas se pueden encontrar células claras y mucosecretoras.<sup>7-10</sup> Sus características microscópicas, especialmente la morfología del epitelio sugieren su origen a partir de los restos de la lámina dental.<sup>8</sup>

Debido a la similitud en la clínica, la imagen y parte de la histopatología entre el QOG y otros quistes el diagnóstico diferencial debe incluir al quiste dentígero, al tumor odontogénico queratoquístico, al quiste perio-

dental lateral, y al carcinoma mucoepidermoide.<sup>9-13</sup> El quiste dentígero está asociado a la corona de un diente retenido, y debido a su crecimiento por transudación suele tener una imagen expansiva uniloculada más o menos esferoidal. Debido a que se derivará de los restos del epitelio reducido del esmalte suele estar revestido por un epitelio delgado, de 2-3 capas de espesor. El tumor odontogénico queratoquístico (queratoquiste odontogénico), se caracteriza por tener un epitelio delgado de 6 a 8 células de espesor con superficie ondulada parakeratinizada. El quiste lateral periodontal tiene una cubierta epitelial de tan sólo 1 a 3 células de grosor en la mayoría de sus áreas, presenta comúnmente placas de engrosamiento por probable crecimiento intraluminal, pero la histopatología carece del aspecto glandular propio del QOG. El carcinoma mucoepidermoide intraóseo de bajo grado puede tener amplias cavidades quísticas y guardar cierta similitud con el QOG, pero usualmente muestra mantos e islas sólidas con evidencia de células con datos de malignidad.

La recidiva del QOG ha sido reportada hasta 8 años después del diagnóstico inicial, con una media de 2 años 8 meses.<sup>10</sup> La recidiva de esta lesión se ubica por arriba del 20% cuando sólo se emplea un carretaje conservador. Debido a esto se sugiere enucleación con osteotomía marginal en lesiones pequeñas y resección marginal en lesiones agresivas o recurrentes.<sup>12</sup>

Molecularmente, la identificación de osteodentina y la coexpresión de citoqueratinas identificadas por inmunohistoquímica (CK) positivas a 7, 13, 14 y 19 ha sido reportada en casos de QOG, pero esta lesión es negativa a CK 8 y 18 lo que apoya su diferenciación odontogénica.<sup>13,14</sup> La expresión de estas citoqueratinas también permite la diferenciación con el carcinoma mucoepidermoide.<sup>15</sup> La mutación del gen PTCH, frecuente en el tumor odontogénico queratoquístico, parece no estar involucrada en la patogénesis del QOG.<sup>16</sup>

Esta lesión se presenta de forma solitaria, y tan sólo existe un caso reportado de QOG de manera simultánea con ameloblastoma.<sup>17</sup>

## Conclusiones

Aunque el quiste odontogénico glandular es una lesión inusual, con menos de 100 casos reportados desde que se describió por vez primera a finales de la década de los ochenta, cuando realicemos el tratamiento definitivo de esta lesión debemos considerar que por la naturaleza agresiva debe efectuarse una enucleación completa y el manejo adecuado de los bordes de la lesión, así como un seguimiento a un plazo mayor que en otros quistes odontogénicos que tienen en términos generales un comportamiento biológico menos agresivo.

## Bibliografía

1. Padayachee A, Van Wyk CW. Two cystic lesions with features of both the botryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumour: Sialo-odontogenic cyst? *J Oral Pathol* 1987; 16: 499.
2. Gardner DG, Kessler HP, Morency R et al. The glandular odontogenic cyst: An apparent entity. *J Oral Pathol* 1988; 17: 359.
3. Chavez JA, Richter KJ. Glandular odontogenic cyst of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 461-464.
4. Noffke C, Raubenheimer EJ. The glandular odontogenic cyst: Clinical and radiological features; review of the literature and report of nine cases. *Dentomaxillofac Radiol* 2002; 31: 333.
5. Manor R, Anavi Y, Kaplan I, Calderon S. Radiological features of glandular odontogenic cyst. *Dentomaxillofac Radiol* 2003; 32: 73-9.
6. Kim SG, Kim JD, Jang HS, Layne JM. Adjacent expansile radiolucencies of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 82-85.
7. Patron M, Colmenero C, Larrauri J. Glandular odontogenic cyst: clinicopathologic analysis of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 71-4.
8. Sittitavornwong S, Koehler JR, Said-Al-Naief N. Glandular odontogenic cyst of the anterior maxilla: Case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 740-745.
9. Kasaboglu O, Başal Z, Usubütün A. Glandular odontogenic cyst presenting as a dentigerous cyst: A case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 731-733.
10. Kaplan I, Gal G, Anavi Y, Manor R, Calderon S. Glandular odontogenic cyst: Treatment and recurrence. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 435-441.
11. Ramer M, Montazem A, Lane SL, Lumerman H. Glandular odontogenic cyst: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 54-7.
12. Bhatt V, Monaghan A, Brown AM et al. Does the glandular odontogenic cyst require aggressive management? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92: 249.
13. Ertas U, Buyukkurt MC, Gungormus M, Kaya O. A large glandular odontogenic cyst of the mandible: Report of case. *J Contemp Dent Pract* 2003; 4: 53-8.
14. Semba I, Kitano M, Mimura T, Sonoda S, Miyawaki A. Glandular odontogenic cyst: analysis of cytokeratin expression and clinicopathological features. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 377-82.
15. de Sousa SO, Cabezas NT, de Oliveira PT, de Araujo VC. Glandular odontogenic cyst: report of a case with cytokeratin expression. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 478-83.
16. Pires FR, Chen SY, da Cruz Perez DE et al. Cytokeratin expression in central mucoepidermoid carcinoma and glandular odontogenic cyst. *Oral Oncol* 2004; 40: 545.
17. Barreto DC, De Marco L, Castro WH, Gomez RS. Glandular odontogenic cyst: Absence of PTCH gene mutation. *J Oral Pathol Med* 2001; 30:125-8.
18. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H et al. A case of glandular odontogenic cyst associated with ameloblastoma: Correlation of diagnostic imaging with histopathological features. *Dentomaxillofac Radiol* 2000; 29: 249.

Reimpresos:

Rodrigo Licéaga Reyes  
Tlaxcala Núm. 177-606  
Colonia Hipódromo Condesa México, D.F.,  
06170 México  
Tel: 55-5286-9332  
Correo electrónico: r\_liceaga@hotmail.com  
Este documento puede ser visto en:  
[www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)