

Quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin): reporte de un caso y revisión de la literatura.

Calcifying odontogenic cyst (COC/Gorlin's cyst): a case report and review of the literature.

Carlos Alberto Carrasco Rueda,^{*,‡} Ilan Vinitzky Brener,^{*,§} Pedro Nicolás Bautista,^{*,¶} Beatriz C Aldape Barrios^{||}

RESUMEN

El quiste odontogénico calcificante se define como una lesión quística de origen benigno originada a partir de restos epiteliales durante la odontogénesis, se presenta como un crecimiento asintomático y lento, que afecta la región anterior de la mandíbula y del maxilar, es frecuente en adultos jóvenes de la tercera a la cuarta década de la vida, sin predilección por el género. Es poco común y constituye sólo 0.37 a 2.1% de todos los quistes y tumores odontogénicos, 65% se presentan en la región de incisivo de ambos maxilares y aproximadamente 20% está asociado con un odontoma. Histológicamente, se compone de una cavidad quística con una cápsula fibrosa revestida de epitelio odontogénico. La característica microscópica típica de esta lesión es la presencia, en cantidades variables, de células epiteliales anucleadas aberrantes, llamadas células fantasmas. El tratamiento es la enucleación. Se presenta el caso de un hombre de 20 años de edad con diagnóstico de quiste de Gorlin en el seno maxilar izquierdo y tratamiento quirúrgico que consistió en la enucleación de la lesión.

Palabras clave: quiste odontogénico calcificante, células fantasmas, enucleación.

ABSTRACT

The calcifying odontogenic cyst is defined as a cystic lesion of benign origin originating from epithelial remains during odontogenesis, it presents as an asymptomatic and slow growing lesion, which affects the anterior region of the mandible and the maxilla, it is frequent in young adults of the third to the fourth decade, without predilection for gender. It is rare, constituting only 0.37% to 2.1% of all odontogenic cysts and tumors. 65% occur in the incisor region of both jaws and approximately 20% are associated with an odontoma. Histologically, its generally composed of a cystic cavity with a fibrous capsule lined with odontogenic epithelium. The typical microscopic feature of this lesion is the presence, in varying numbers, of aberrant anucleated epithelial cells, called «ghost cells». The treatment is enucleation. We present the case of a 20-year-old male with a diagnosis of Gorlin's cyst in the left maxillary sinus and surgical treatment that consisted of enucleation of the lesion

Keywords: calcifying odontogenic cyst, ghost cells, enucleation.

INTRODUCCIÓN

El quiste odontogénico calcificante (QOC), también conocido como quiste de Gorlin, es una lesión quística benigna de baja prevalencia, que representa 0.37 a 2.1% de todos los quistes y tumores odontogénicos, 65% de los

QOC se presentan en la región incisiva y aproximadamente 20% está asociado con un odontoma¹. Estos se manifiestan de manera intraósea y extraósea, aunque 80% de los casos corresponde a lesiones intraóseas,² las cuales a menudo se asocian con un diente impactado y pueden ser asintomáticas, mientras que la forma extraósea sólo presenta

* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Ismael Cosío Villegas».

‡ Cirujano dentista especialista en cirugía oral y maxilofacial. Jefe del servicio de estomatología.

§ Cirujano dentista especialista en cirugía oral y maxilofacial. Adscrito al servicio de estomatología. Profesor Universidad Anáhuac México.

¶ Pasante de servicio social en estomatología.

|| Cirujano dentista especialista en patología bucal Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Recibido: 23 de octubre de 2024. Aceptado: 12 de mayo de 2025.

Citar como: Carrasco RCA, Vinitzky BI, Bautista PN, Aldape BBC. Quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin): reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev ADM. 2025; 82 (3): 171-175. <https://dx.doi.org/10.35366/120441>



aumento de volumen gingival,³ se trata de una lesión que pocas ocasiones tiene un comportamiento agresivo.

El QOC es una lesión bien definida, compuesta de epitelio tipo ameloblástico,⁴ con características poco invasivas y de crecimiento lento, que afecta tanto a la mandíbula como al maxilar y que se manifiesta como crecimiento asintomático,⁵ está originado de remanentes epiteliales derivados de la odontogénesis y puede provocar la expansión del hueso afectado, el desplazamiento dental o algún retraso en la erupción dental.^{6,7}

Es poco común sin predilección de género, afecta con frecuencia a adultos jóvenes, en su tercera y cuarta década de la vida, presentando una alta incidencia en pacientes mayores de 20 años, su localización más frecuente es el segmento anterior (zona incisiva canina), pero puede desarrollarse en cualquier zona de los maxilares.^{8,9}

El QOC fue descrito por primera vez en el año de 1962 por R. Gorlin, y en 1981 Pretorius publicó una clasificación propia, dividiendo al QOC en dos entidades, un quiste y una neoplasia,⁹ la entidad quística fue clasificada en tres tipos: 1) uniuístico simple; 2) uniuístico productor de odontoma; y 3) uniuístico ameloblastomatoso. La con-

traparte neoplásica se clasificó en: 1) tumor dentinogénico de células fantasmas tipo 1; 2) tumor dentinogénico de células fantasmas tipo 2; y 3) carcinoma odontogénico de células fantasmas⁷ (Tablas 1 y 2). En el año 2005 el QOC fue reclasificado por la OMS como tumor odontogénico quístico calcificante (TOQC); sin embargo, en la edición del año 2017 (cuarta edición) se le clasifica nuevamente como un quiste, renombrándolo como quiste odontogénico calcificante (QOC)¹ (Tabla 3) permaneciendo sin cambios en la última clasificación del 2022 (quinta edición).

Clínicamente la lesión cursa de manera asintomática, por lo que es inusual que el quiste se manifieste acompañado de tumefacción dolorosa, debido a ello en muchos pacientes su hallazgo es accidental en revisiones o radiografías de rutina.^{3,6}

Radiográficamente se pueden encontrar algunas características de datos significativos como resorción radicular y divergencia radicular.^{4,10} Con gran frecuencia se observan zonas radiolúcidas uni o multiloculares bien circunscritas que contienen manchas radiopacas difusas que pueden asociarse incluso a odontomas o a un diente no erupcionado² (Figura 1). Mediante una tomografía computarizada se observan otras características imperceptibles por una radiografía, como fenestración y calcificación.⁵

Histológicamente el revestimiento epitelial de la lesión presenta una capa bien definida de células basales cilíndricas sobre la cual se dispone otra capa constituida en empalizada y que se asemeja al retículo estrellado, así como células epiteliales alteradas sin núcleo (células fantasmas) que se sitúan en el epitelio y en la cápsula fibrosa, que pueden llegar a calcificarse.^{10,11} Además, se puede encontrar dentina displásica/osteodentina y, en ocasiones, el quiste puede asociarse con un área de formación de tejido duro dental que se asemeja a un odontoma.^{1,5}

Con relación al diagnóstico diferencial, existen múltiples patologías que pueden asociarse al QOC, tales como: el fibroodontoma ameloblástico, quiste dentígero, tumor

Tabla 1: Clasificación de Praetorius para la versión quística del tumor odontogénico quístico calcificante (1981).

Simple o quístico (tipo)	Características
1	Quiste simple
2	Asociado a odontoma
3	Proliferación ameloblastomosa
4	Asociada a otros tumores odontogénicos benignos diferentes al odontoma

Tabla 2: Clasificación de Praetorius para la versión sólida del tumor odontogénico quístico calcificante (1981).

Sólido	Características
Tumor dentinogénico de células fantasmas:	
Tipo 1	Central, variante agresiva
Tipo 2	Periférico, menos agresivo
Carcinoma odontogénico de células fantasmas	1. <i>De novo</i> 2. Derivado de un tumor odontogénico quístico calcificante previo 3. Derivado de un tumor dentinogénico de células fantasmas previo

Tabla 3: Diferente terminología para identificar al quiste odontogénico calcificante.

Gorlin, 1962	Quiste odontogénico calcificante
Gold, 1963	Quiste odontogénico calcificante queratinizante
Bhaskar, 1965	Ameloblastoma queratinizante
Fejerskov y Krogh, 1972	Tumor odontogénico de células fantasma calcificante
Ellis y Shmookler, 1986	Tumor odontogénico epitelial de células fantasma
Colmenero, 1990	Tumor odontogénico de células fantasma
OMS, 2005	Tumor odontogénico quístico calcificante
OMS, 2017	Quiste odontogénico calcificante

odontogénico adenomatoide, odontoma compuesto, tumor odontogénico epitelial calcificante, fibroma ameloblástico y el queratoquiste.⁴

Las lesiones por QOC requieren un tratamiento conservador que se limita a la enucleación quirúrgica de la lesión, a la resección local o al legrado simple.⁵ El pronóstico de los QOC es relativamente bueno y se han informado pocas recidivas después de una enucleación simple.¹²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de 20 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, el cual refiere haber sido intervenido quirúrgicamente hace un año de enucleación de quiste dentígero izquierdo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al momento refiere dolor centro facial izquierdo con sensación de opresión, rinorrea de aspecto purulento intermitente y halitosis, niega cambios a nivel olfativo y alteraciones visuales, no existen asimetrías faciales, derivado de lo anterior acude con facultativos privados donde es referido al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y después al departamento de estomatología para su valoración.

En la exploración general se observó al paciente en buen estado, orientado y cooperador. Ante la inspección intraoral refirió dolor moderado durante la palpación y percusión en la región maxilar posterior, sin aumento de volumen, el tejido blando se visualizó en condiciones normales, como método diagnóstico auxiliar se solicitó tomografía computarizada (TC) en la que se identificaron zonas isodensas a tejidos blandos en el seno maxilar izquierdo, con zonas cálcicas en su interior (*Figura 2*), siendo el diagnóstico presuntivo un quiste dentígero, por lo que se decide realizar la enucleación de la lesión.

Bajo anestesia general balanceada, se realiza antrostomía Caldwell-Luc, lo que permite acceso directo a la lesión, la cual es disecada y extraída en su totalidad, se

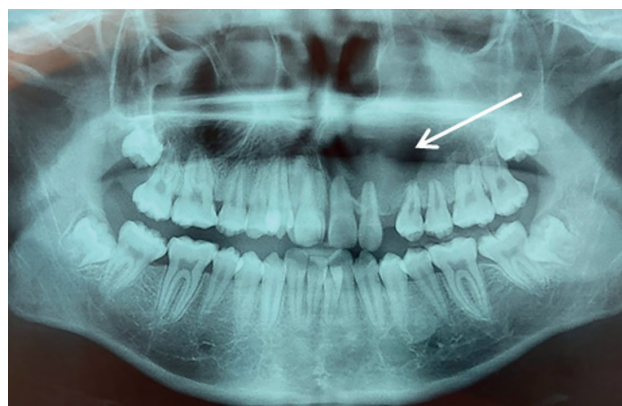


Figura 1: Ortopantomografía donde se observa la lesión con bordes bien delimitados y resorción radicular de los dientes involucrados.

coloca una malla de titanio en la pared anterior del seno maxilar izquierdo, la cual es fijada con cuatro tornillos, se sutura con Vycril 3-0, se verifica hemostasia y se finaliza procedimiento sin incidentes ni complicaciones (*Figura 3*).

La lesión extirpada presenta un diámetro aproximado de 4 cm y se envía para estudio histopatológico. El estudio histológico reporta que el espécimen está formado por una cavidad revestida de epitelio odontogénico y células fantasma, también es apreciable tejido conectivo fibroso laxo de aspecto mixoide, osteodentina y calcificaciones distróficas (*Figura 4*), por lo que el diagnóstico definitivo es un quiste odontogénico calcificante (QOC). A tres años del tratamiento, el paciente se encuentra asintomático sin datos de recidiva.

DISCUSIÓN

Diversos autores reportaron que el QOC es una lesión que tiene origen en el tejido epitelial remanente del proceso de odontogénesis y que es más frecuente encontrarse con una lesión quística y rodeada de epitelio de naturaleza

benigna; sin embargo, también reportaron una variante de QOC neoplásica y localmente agresiva. Su incidencia representa sólo 0.37 a 2% de los tumores odontogénicos, aunque otros estudios arrojan una incidencia de hasta 5 a 7% en Latinoamérica.¹³

La región anatómica con mayor recurrencia de QOC es la zona anterior del maxilar y la mandíbula, Xavier Lagarde y colaboradores¹⁴ mencionan que es más frecuente localizar estas lesiones en la mandíbula; sin embargo, en este caso se trata de una lesión con compromiso del seno maxilar izquierdo.

La literatura menciona que es poco frecuente hallar tumefacción de los tejidos adyacentes a la lesión o que

puede existir un ligero incremento de volumen, aunque en los casos reportados por Utumi, E. R⁵ la lesión se manifiesta con aumento del volumen facial asintomático; de igual forma Villarroel Castro⁶ en su reporte de caso encontró que el QOC tiene un crecimiento lento y que es usual presentar aumento de volumen en las áreas involucradas con evolución de varios meses, en el caso presentado la evolución fue de seis meses y el paciente refería rinorrea de aspecto purulento, halitosis y dolor centro facial, que no es sintomatología común, según la literatura.

El tratamiento del QOC se basa en una enucleación quirúrgica o un legrado simple, el riesgo de recurrencia es



Figura 2: Tomografía computarizada cortes (A) coronales y (B) axiales, donde se observan zonas isodensas con tejidos blandos en el seno maxilar izquierdo con densidades cálcicas en su interior.

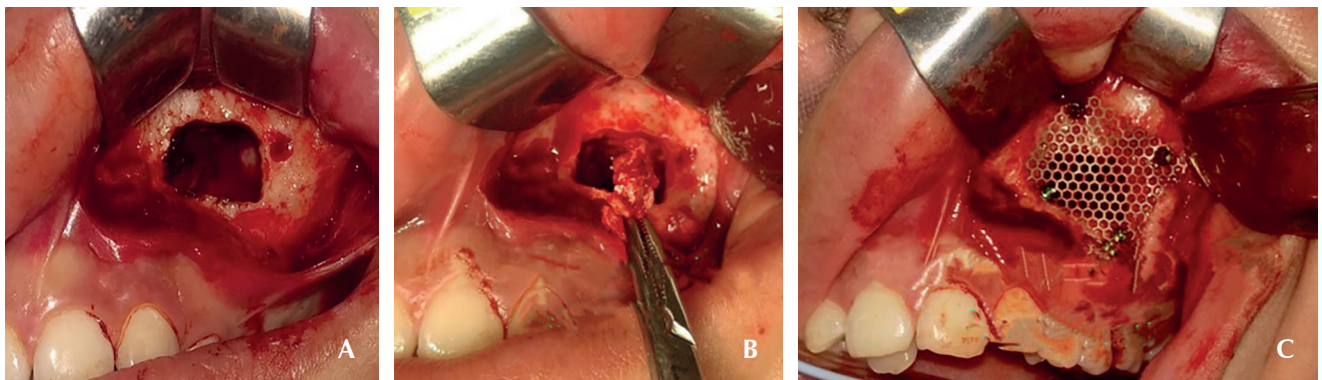
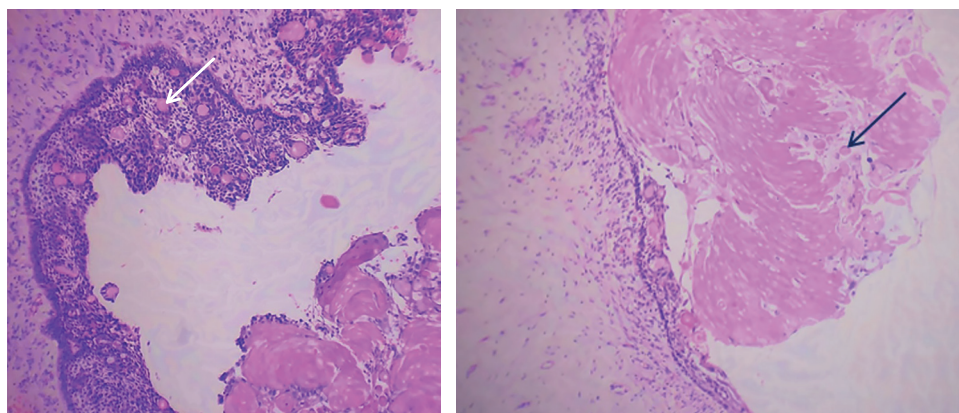


Figura 3: A) Antrostomía tipo Cadwell-Luc. B) Escisión de la lesión. C) Colocación y fijación de malla de titanio.

**Figura 4:**

Microscópicamente se observa epitelio odontogénico y células fantasma (flechas).

de menos de 5%, Menditti³ menciona que en pacientes con recurrencia de QOC, se debe realizar un seguimiento a largo plazo por riesgo de transformación maligna. Actualmente el paciente reportado no refiere datos que sospechen una recidiva, en un control de tres años.

En el presente caso el estudio histopatológico muestra características específicas de un quiste de Gorlin, como una cavidad quística con una cápsula fibrosa revestida de epitelio.

CONCLUSIONES

El quiste de Gorlin es una entidad rara, que presenta una incidencia baja, el diagnóstico es complejo por la similitud que tiene con otras patologías, radiográficamente puede estar asociada con un diente retenido o con un odontoma, por lo que su hallazgo en muchos pacientes es de manera secundaria tras la toma radiográfica. El odontólogo general y especialista debe estar familiarizado con las características principales de esta entidad para poder hacer diagnósticos y tratamientos oportunos.

REFERENCIAS

1. Rosende RO, Rosales CA, Pavón Zarza PN, Krupp S. Quiste odontogénico epitelial calcificante en adolescente. reporte de caso clínico. *Rev Fac Odontol UNNE*. 2020; 13 (2): 39.
2. Martínez López M J, Cruz Jimenez T. Tumores odontógenos. [Internet] Diciembre 2006 [citado Febrero 2010].
3. Menditti D, D'Amato S, Laino L, Mezzogiorno A, Menditti VS, Guglielmotti M et al. Quiste odontogénico calcificante de la cavidad oral: un caso clínico y actualizaciones actuales sobre la etiopatogenia. *Abra J Stomatol*. 2020; 10 (09): 250-257. León VA.
4. Villacís AL, Mora RD, Herrera OM. Quiste odontogénico calcificante de amplia dimensión: Reporte de caso con 8 meses de acompañamiento. *Odontología*. 2019; 21 (1): 69-79.
5. Utumi ER, Pedron IG, da Silva LPN, Machado GG, Rocha AC. Different manifestations of calcifying cystic odontogenic tumor. *Einstein (Sao Paulo)*. 2012; 10 (3): 366-370.
6. Villarroel CP, Fariña SR, Espinoza SI. Quiste de Gorlin asociado a Odontoma: reporte de un caso con su tratamiento quirúrgico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2005; 27 (6): 360-367.
7. Cruz LJE, Miranda VJE, Medécigo CD, Valera ICE, Rodríguez RD. Quiste odontogénico calcificante asociado a odontoma compuesto. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac*. 2021; 17 (1): 34-38.
8. Gallana AS, Mayorga JF, Torres GFJ, Avellá VFJ, Salazar FC. Quiste odontogénico calcificante asociado con odontoma complejo: Presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal (Ed.impr.)* 2005; 10 (3): 243-246.
9. Trejo BM, Bello LC. Quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin). Reporte de un caso y su seguimiento. Revisión de la literatura. *Rev ADM*. 1999; 56 (2): 83-87.
10. Lopes DS, Alves PM, Vasconcelos OGQ, Matos PG, Nunes dos Santos J, Sampaio QC. Tumor odontogénico quístico calcificante asociado a odontoma. *Revista Cubana de Estomatología*. 2014; 51 (1): 121-129.
11. Sonawane K, Singaraju M, Gupta I, Singaraju S. Histopathologic diversity of Gorlin's cyst: a study of four cases and review of literature. *J Contemp Dent Pract*. 2011; 12 (5): 392-397.
12. Gadipelly, S., Reddy, VB, Sudheer, M., Kumar, NV y Harsha, G., Quiste odontogénico calcificante bilateral: una entidad rara. *Revista de cirugía oral y maxilofacial* 2015, 14 (3), 826-831.
13. Reyes CJA, Liceaga ECJ. Tumor odontogénico quístico calcificante (Quiste odontogénico calcificante). Reporte clínico patológico de dos casos. *Rev Odont Mex*. 2009; 13 (2): 109-114.
14. Lagarde X, Sturque J, Fenelon M, Marteau JM, Fricain JC, Catros S. Quiste odontogénico calcificante: informe de dos casos clínicos. *J Oral Med Oral Surg*. 2019; 25 (4): 36.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses en la publicación de este artículo.

Aspectos éticos: el presente trabajo se llevó a cabo siguiendo los principios éticos para la publicación de artículos científicos, así como el respeto a la privacidad de los pacientes.

Financiamiento: el presente trabajo no recibió financiamiento externo para su realización.

Correspondencia:

Dr. Ilan Vinitzky Brener

E-mail: ilanvinitzky@hotmail.com