



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 14, Núm. 1 • Enero-Abril 2018 • pp. 44-48

Quiste odontogénico glandular. Reporte de un caso

Germán Malanche Abdalá,* Andrés León Villacís**

RESUMEN

El quiste odontogénico glandular es una entidad patológica muy poco frecuente, con un origen aún en debate y gran propensión a la recidiva. Microscópicamente, es difícil de diferenciar del carcinoma mucoepidermoide; sin embargo, hoy en día se cuenta con técnicas de diagnóstico basadas en citoqueratinas y otros marcadores como el inhibidor de la proteasa sérica mamaria (maspin), que son de gran ayuda al momento del diagnóstico. El presente trabajo reporta un caso de una mujer de 39 años y revisa los criterios diagnósticos y de tratamiento reportados hasta la fecha.

Palabras clave: Quiste odontogénico glandular, carcinoma mucoepidermoide, citoqueratinas, curetaje.

SUMMARY

The glandular odontogenic cyst is a rare pathological entity, with an origin still in debate and a great tendency to relapse. Microscopically, it is difficult to distinguish from the mucoepidermoid carcinoma; however, today we are equipped with diagnostic techniques based on cytokeratins and other markers such as the inhibitor of mammary serine protease (maspin) that are helpful in diagnosis. This paper reports a case of a 39-year-old woman and reviews the diagnostic criteria and treatment modalities reported to date.

Key words: Glandular odontogenic cyst, mucoepidermoid carcinoma, cytokeratins, curettage.

INTRODUCCIÓN

El quiste odontogénico glandular (QOG) fue clasificado por la Organización Mundial de la Salud en 1992 como una entidad patológica independiente, y definido como «un quiste que ocurre en áreas dentadas de los maxilares, caracterizado por un recubrimiento epitelial con células cúbicas o cilíndricas tanto en la

superficie como en el recubrimiento de las criptas o espacios quísticos dentro del espesor del epitelio».¹ De acuerdo con Neville, se trata de un quiste de desarrollo benigno, con comportamiento agresivo. La media de edad para su presentación es de 51 años, presenta una fuerte predilección por la mandíbula (88%); la inflamación es el signo más frecuente, con un 56%, aunque se ha reportado una mínima canti-

* Profesor adscrito al servicio.

** Residente de cuarto año.

Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
Germán Malanche Abdalá
E-mail: gmalanche@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

dad de casos en los cuales la lesión era asintomática y se descubrió durante un examen radiográfico de rutina;^{2,3} el dolor es relativamente inusual, con un 25%, y presenta una tasa alta de recidiva, de 55%.⁴

Esta entidad fue reportada en 1987 por Padyachee, quien describió dos casos en la zona anterior de mandíbula; en uno de ellos, la lesión recidivó luego de un curetaje. Más tarde, en 1988, Gardner dio a conocer dos casos del maxilar y seis de la mandíbula; dos de ellos recidivaron después de tres y tres años y medio.⁵ Se hallan registrados en la literatura 114 casos hasta el 2010.⁶ Entre las características histológicas principales de esta lesión están: 1) una mezcla de epitelio escamoso no queratinizado que muestra engrosamientos epiteliales tipo placa, similares a los que se encuentran en el quiste botrioides odontogénico (BOC), y 2) la presencia de células con o sin cilios asociadas con estructuras glandulares o pseudoglandulares.^{7,8} Otras características que puede exhibir la lesión son islas de epitelio odontogénico, así como microquistes satélites^{9,10} y una interfase plana con el estroma subyacente.¹¹ Radiográficamente, es una lesión bien definida unilocular o multilocular.⁸

REPORTE DEL CASO

Mujer de 39 años que fue referida a la clínica de cirugía oral y maxilofacial de la UNAM debido a que se observó en la ortopantomografía una sombra radiolúcida de bordes escleróticos multilocular entre los OD 33 a 36 de 2 x 1.5 cm; no se advirtió rizólisis; sin embargo, la paciente refería un leve desplazamiento hacia bucal del OD 34 (*Figura 1*). Al momento del hallazgo no mencionó ninguna otra sintomatología. Entre los antecedentes heredofamiliares se destacó que su abuela materna padeció cáncer y diabetes. A la inspección clínica, no se observó aumento de volumen ni cambios en la mucosa de la zona. Se procedió a realizar una biopsia por aspiración, la cual no recolectó muestra alguna debido a la integridad de la cortical; los diagnósticos presuntivos, entonces, fueron un tumor odontogénico queratocístico y una cavidad ósea simple.

Bajo anestesia local, se realizó una biopsia incisional; al levantar el colgajo mucoperióstico se comprobó la integridad de la cortical vestibular; se procedió a tomar una muestra que posteriormente el laboratorio refirió como insuficiente, por lo que una nueva biopsia debió ser efectuada. En esta ocasión, se llevó a cabo un abordaje más amplio y se observó que la cavidad poseía un escaso contenido de fluido mucoso; también se vio con claridad el epitelio que

recubría la cavidad. Debido a las características de aparente benignidad y al hecho de que la paciente manifestó que ya no deseaba someterse a otra intervención, se decidió durante el transoperatorio enuclea toda la lesión y hacer un curetaje de la zona (*Figura 2*). Se envió la muestra al Servicio de Diagnóstico Histopatológico del postgrado de la UNAM.

En el postoperatorio, al momento del retiro de puntos, ocho días después de la cirugía, la paciente refirió parestesia del labio inferior (*Figura 3*). En el último control, realizado a los tres meses de la cirugía, se observó radiográficamente un favorable crecimiento de hueso en la zona, y la parestesia había disminuido de forma considerable. Se llevaron a cabo controles a los tres y seis meses, uno y dos años (*Figuras 4 a 6*). En ese tiempo se verificó un patrón de crecimiento óseo en la zona que ocupaba la lesión, persistiendo sólo ligeras radiolucideces alrededor de los ápices de los órganos dentarios 34 y 35, sin sintomatología asociada. Durante el seguimiento no se presentaron datos de aumento de volumen o cambios en el aspecto radiográfico del lecho que sugirieran una franca recidiva. En el control radiográfico y tomográfico a los cuatro años se constató persistencia de zonas radiolúcidas alrededor de los ápices de los OD 34 y 35, se realizaron nuevas pruebas de vitalidad, que reportaron que los órganos dentarios se encontraban vitales, lo que nos orientó a pensar en una probable recidiva de la lesión en lugar de una reacción periapical, por lo que se decidió efectuar tratamiento de endodoncia a los OD 34 y 35 para luego llevar a cabo una exploración quirúrgica, apicectomía y curetaje de lo que se pensaba como un foco de recidiva; sin embargo, al abordar la lesión, se observó buena formación de hueso en la zona y alrededor de los ápices mínima cantidad de tejido de granulación. Se ejecutó la apicectomía antes mencionada y el curetaje (*Figura 7*).

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

El laboratorio refirió en su análisis macroscópico espécimen multifragmentado de tejido blando y duro; el tejido duro correspondió a hueso. Los fragmentos en conjunto midieron 2.7 x 1.7 cm, de forma y superficie irregulares, consistencia blanda y dura, color café claro con áreas café oscuro (*Figura 8*).

Microscópicamente, se observó epitelio escamoso estratificado ciliado con producción de mucina, con engrosamientos epiteliales y formación de microquistes, algunos con tejido eosinófilo, cubriendo de forma parcial una pared de tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado, con infiltrado inflamatorio linfocita-

rio leve y difuso (*Figura 9*). También se pudo ver hueso trabecular vital maduro. El tejido se advirtió en vía de lisis. Diagnóstico: quiste odontogénico glandular.

DISCUSIÓN

El QOG tiene una predilección por el sexo masculino (9/13), su rango de edad es de 19 a 85 años;¹² se especula que su origen es odontogénico.¹² Se han reportado casos en los que la lesión contiene

fluido de baja viscosidad similar al agua¹³ debido al componente glandular característico de la lesión. El QOG puede ser considerado como una variante del quiste botriode odontogénico (BOC) y del carcinoma

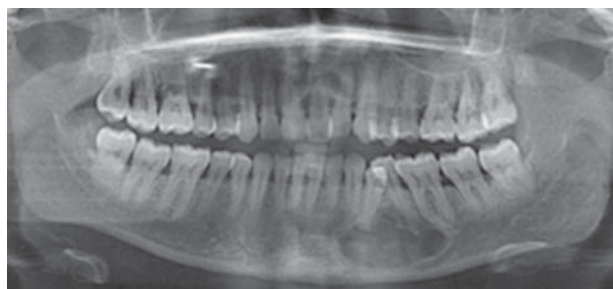


Figura 1. Lesión multilocular entre los OD 33 y 36, de 2 x 1.5 cm.



Figura 2. Lecho óseo luego de la enucleación y curetaje de la lesión.



Figura 3. Postoperatorio a los ocho días.



Figura 4. Postoperatorio a los tres meses.

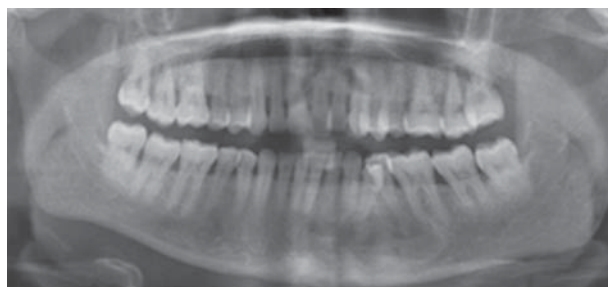


Figura 5. Control radiográfico a los tres meses, en donde se observa buen patrón de crecimiento óseo.

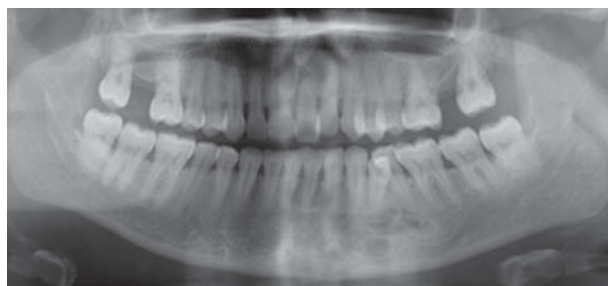


Figura 6. Control radiográfico a los tres años.



Figura 7. Control postquirúrgico de apicectomía y curetaje.

mucoepidermoide de bajo grado (MEC);⁵ es difícil distinguirlos, incluso histológicamente.¹ Entre las características que lo diferencian del BOC está sobre todo la frecuencia de la presentación multilocular, mucho más común para el QOG, y el hecho de que las lesiones compatibles con QOG suelen ser más grandes.⁷ Dadas las similitudes entre los hallazgos histológicos y la localización anatómica del QOG y el BOC, Semba y sus colaboradores sugirieron en su artículo de 1994 que estos quistes son variantes histológicas de un grupo de quistes odontogénicos no queratinizados,⁷ o por lo menos, que son dos tipos de lesiones que comparten un mismo origen.¹¹ En cuanto a los criterios diagnósticos que lo diferencian del MEC, se citan: 1) presencia de corticales intactas, 2) evidencia radiográfica de destrucción ósea, 3) confirmación histológica, 4) coloración positiva de mucina, 5) ausencia de lesión primaria en glándulas salivales, y 6) exclusión de un tumor odontogénico. El requisito de corticales intactas puede estar abierto a cuestionamientos.¹⁴

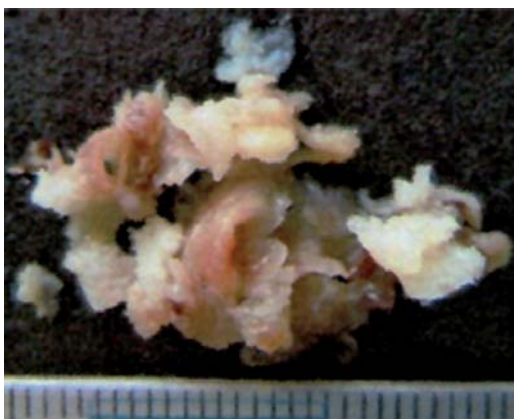


Figura 8. Aspecto macroscópico de la lesión.

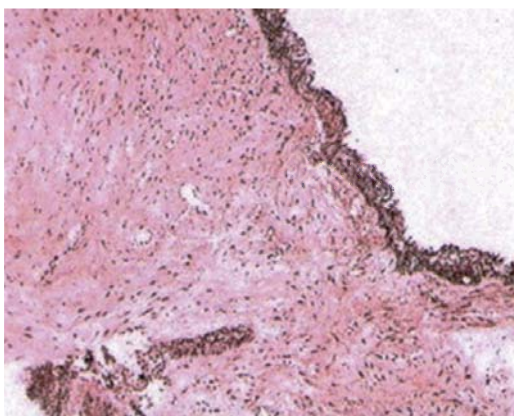


Figura 9. Corte histológico de la lesión.

En la actualidad se ha encontrado que la expresión de citoqueratinas (CK) del QOG y del MEC es diferente con respecto a las CK 18 (30 versus 100%) y 19 (100 versus 50%), respectivamente, lo cual puede ser de gran ayuda como un criterio diagnóstico diferencial.¹⁵ Por otro lado, también se ha investigado en la presencia del inhibidor de la proteasa sérica mamaria (maspin) como un marcador para diferenciar entre el QOG y el MEC, ya que esta proteasa se encuentra de manera más abundante en el MEC.¹⁶ De acuerdo con Shen y su grupo en el 2006, el diagnóstico del QOG debe estar basado en cinco características principales: epitelio escamoso, varios grosores del mismo, células cúbicas eosinófilas, células mucosas o de *goblet* y estructuras intraepiteliales glandulares.⁶

Finalmente, cabe mencionar que se han reportado casos en la literatura en los que un QOG se ha presentado como un quiste dentígero.¹⁷ Entre los diagnósticos diferenciales radiográficos están la cavidad quística simple, el tumor queratoquístico odontogénico (TOQ) y el quiste óseo aneurismático. En la cavidad quística simple, el quiste óseo es más bien un pseudoquiste, por lo que carece de epitelio; el TOQ, por lo general, respeta las corticales y no muestra expansión de las mismas, y es raro encontrar al quiste óseo aneurismático en la mandíbula, y cuando aparece, casi siempre está confinado a las regiones posteriores en los molares.⁶

El tratamiento del QOG ha incluido curetaje, enucleación, cirugía conservadora y resección mandibular parcial o total.¹¹ La literatura recomienda un seguimiento de por lo menos tres años.¹³ Entre las modalidades diferentes de tratamientos se puede citar la de Karim y colegas, que en 1958 reportaron que luego de la extracción de la lesión, la cavidad fue rellenada con gasa con parafina de yodoformo de bismuto; la lesión recidivó y se le volvió a tratar de la misma manera, sin observarse otra recidiva durante los ocho años posteriores de seguimiento.⁴ Existe también en la literatura el reporte de un caso de una paciente de 64 años a la cual se trató con descompresión, y la lesión que originalmente medía 12 x 3 cm disminuyó su tamaño a 8 x 2 cm a los seis meses, y luego a un centímetro de diámetro a los dos años; la lesión no ha sufrido más cambios.¹⁸

Debido a que las lesiones uniloculares tienen un riesgo más bajo de recidivar que las multiloculares, se ha sugerido para las primeras sólo la enucleación con conservación de estructuras vitales, mientras que para las multiloculares deben aplicarse tratamientos más agresivos,¹⁷ lo que concuerda con el criterio de

Thor y su equipo, que en el 2006 refirieron que las lesiones multiloculares con perforación de corticales son las más propensas a recidivar.

Sin embargo, debido a la poca frecuencia con que se presenta esta lesión, aún no existe un consenso con evidencia clara acerca de la mejor modalidad de tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toida M, Nakashima E, Okumura Y, Tatematsu N. Glandular odontogenic cyst: a case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 52 (12): 1312-1316.
2. Qin XN, Li JR, Chen XM, Long X. The glandular odontogenic cyst: clinicopathologic features and treatment of 14 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63 (5): 694-699.
3. 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 (4): 740-745.
4. Hussain K, Edmondson HD, Browne RM. Glandular odontogenic cysts. Diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995; 79 (5): 593-602.
5. Ficarra G, Chou L, Panzoni E. Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst). A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 19 (6): 331-333.
6. Araújo de Moraes HH, José de Holanda-Vasconcellos R, de Santana-Santos T, Guedes-Queiroz LM, Dantas-da-Silveira EJ. Glandular odontogenic cyst: case report and review of diagnostic criteria. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012; 40(2): e46-e50.
7. 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 (8): 377-382.
8. Takeda Y. Glandular odontogenic cyst mimicking a lateral periodontal cyst: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 23 (2): 96-97.
9. Economopoulou P, Patrikiou A. Glandular odontogenic cyst of the maxilla: report of case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 53 (7): 834-837.
10. Ide F, Shimoyama T, Horie N. Glandular odontogenic cyst with hyaline bodies: an unusual dentigerous presentation. *J Oral Pathol Med.* 1996; 25 (7): 401-404.
11. De Sousa SO, Cabezas NT, de Oliveira PT, de Araújo VC. Glandular odontogenic cyst: report of a case with cytokeratin expression. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 83 (4): 478-483.
12. Patron M, Colmenero C, Larrauri J. Glandular odontogenic cyst: clinicopathologic analysis of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991; 72 (1): 71-74.
13. Koppang HS, Johannessen S, Haugen LK, Haanaes HR, Solheim T, Donath K. Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst): report of two cases and literature review of 45 previously reported cases. *J Oral Pathol Med.* 1998; 27 (9): 455-462.
14. Waldron CA, Koh ML. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaws: report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialodontogenic, and glandular odontogenic cysts. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 48 (8): 871-877.
15. Pires FR, Chen SY, da Cruz-Perez DE, de Almeida OP, Kowalski LP. Cytokeratin expression in central mucoepidermoid carcinoma and glandular odontogenic cyst. *Oral Oncol.* 2004; 40 (5): 545-551.
16. Vered M, Allon I, Buchner A, Dayan D. Is maspin immunolocalization a tool to differentiate central low-grade mucoepidermoid carcinoma from glandular odontogenic cyst? *Acta Histochem.* 2010; 112 (2): 161-168.
17. Kasaboğlu O, Başal Z, Usubütün A. Glandular odontogenic cyst presenting as a dentigerous cyst: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64 (4): 731-733.
18. Bhatt V, Monaghan A, Brown AM, Rippin JW. Does the glandular odontogenic cyst require aggressive management? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 92 (3): 249-251.