

QUISTE GLANDULAR ODONTOGÉNICO

¹Gloria Cristina Aránzazu M., ²Jorge Serrano, ³Alberto Prieto V.

¹Odontóloga, U. Santo Tomás. Especialista en Patología y Medios Diagnóstico, U. El Bosque. Docente, U. Santo Tomás.

²Odontólogo, U. Santo Tomás. Especialista en Estomatología, U. Javeriana.

³Odontólogo, U. Santo Tomás. Especialista en Cirugía Maxilofacial, U. Javeriana. Docente, U. Santo Tomás.

Autor responsable de correspondencia: Dra. Gloria Cristina Aránzazu M.

e-mail: gloaran@ustabuca.edu.co

RESUMEN

El objetivo de este artículo es reportar un caso de quiste glandular odontogénico, en una localización poco común y presentar una breve revisión de sus características clínicas y aspectos diagnósticos.

El quiste glandular odontogénico (GOC) es un quiste muy raro de los maxilares, de histogénesis poco clara, al parecer de origen odontogénico con características histopatológicas únicas. [Aránzazu GC, Serrano J, Prieto A. Quiste glandular odontogénico. Ustasalud 2002; 1: 63-66]

PALABRAS CLAVES: Quiste glandular odontogénico, quiste odontogénico.

Glandular Odontogenic Cyst: A Case Report

ABSTRACT

This is a case report of a glandular odontogenic cyst in an uncommon localization. A brief review of the clinical and diagnostic aspects of a GOC is also presented.

The glandular odontogenic cyst (GOC) is a rare jawbone cyst of odontogenic origin with unique histopathologic features and an unclear histogenesis.

KEY WORDS: Glandular odontogenic cyst, Odontogenic cyst.

Recibido para publicación: septiembre 20 de 2002, Aceptado para publicación: octubre 15 de 2002

En 1987, Padayachee y Van Wyk reportaron dos casos de lesiones multiquísticas tapizadas por un epitelio escamoso que compartían características y parecían ser variantes del quiste odontogénico botrioide o del tumor mucoepidermoide central. Sin embargo, ellos encontraron suficientes características como para separar unos de otros. ⁽¹⁾ En 1988 Gardner y col. introducen el término «Quiste Glandular Odontogénico» y reportan ocho casos más. Se han encontrado 49 casos reportados hasta ahora en la literatura; la mayoría de ellos en la zona anterior mandibular. ⁽²⁾

Las características clínicas e histopatológicas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que lo aceptan como de origen odontogénico en 1992, ⁽³⁾ son las siguientes: Se presenta como un agrandamiento maxilar radiolúcido uni o multilocular con gran tendencia a la

recurrencia local después de la escisión quirúrgica conservadora, ⁽⁴⁾ con mayor incidencia en hombres alrededor de los 50 años. ⁽¹⁰⁾

Sus principales características histopatológicas son: Una cavidad quística tapizada por epitelio no queratinizado, epitelio escamoso estratificado de diferentes grosores, presencia de un número variable de células secretoras de moco en la capa superficial del epitelio, algunas veces formando criptas o áreas similares a glándulas dentro de la capa del epitelio, un tejido fibroso subyacente; múltiples quistes algunos cercanos a medula ósea y ausencia de inflamación. Algunas de estas características son similares al carcinoma mucoepidermoide intra óseo, quiste lateral periodontal variante botrioide, y al quiste gingival del adulto. ⁽⁴⁻⁷⁾ Estas lesiones podrían ser diagnosticadas en forma errónea por sus similitudes histológicas, como lo reportó Waldron y Koh. ⁽⁸⁾

El propósito de este artículo es presentar un caso con diagnóstico, características histopatológicas y manejo que se ha controlado durante 4 años en las clínicas odontológicas de la USTA.

REPORTE DE CASO

Mujer de 31 años que se presenta en agosto de 1998 en la clínica de cirugía oral de la universidad Santo Tomas Bucaramanga, Colombia, para ser evaluada por la presencia de masa que expande las tablas vestibular y palatina y que muestra una mucosa eritematosa y algo violácea en el área retromolar superior derecha, con un año de evolución después de la exodoncia de un tercer molar superior (Figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico del GOC.

Los síntomas presentados fueron dolor intenso y malestar. Antes de ser referida, la paciente fue sometida a un drenaje quirúrgico sin mostrar cambios en los signos o síntomas.

El examen radiográfico mostró una radiolucidez unilocular, bien definida en el área molar derecha, que no invade o destruye la pared del seno maxilar (Figura 2).



Figura 2. Imagen radiolúcida unilocular en el área molar derecha.

Bajo anestesia local se realizó una biopsia incisional, que fue procesada para su examen histopatológico. El diagnóstico fue consistente con GOC y el tratamiento fue realizado bajo anestesia general con escisión local en bloque como lo recomiendan los autores para evitar recurrencias; se realizó reconstrucción primaria.^(11,13)

Cinco meses después la paciente reporta elevación y sensibilidad de la zona por lo que se realiza un BACAF (Biopsia por aspiración con aguja fina), el cual reporta presencia de células cuboidales al parecer del seno maxilar y se concluye que no hay recurrencia sino una secuela del proceso quirúrgico.

Hasta el momento no se ha reportado recurrencia de signos ni síntomas.

Hallazgos histopatológicos

El examen histopatológico reveló la presencia de fragmentos de estructuras quísticas con un epitelio escamoso de grosor variable y áreas de agrupaciones con células mucosas abundantes y células ciliadas (Figura 3).

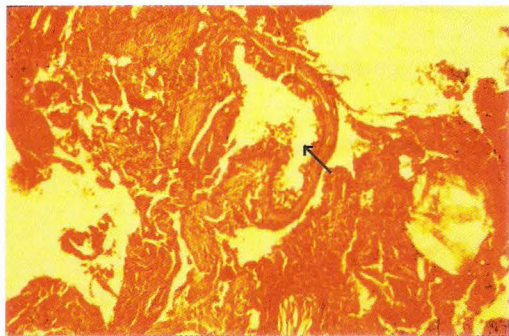


Figura 3. Examen histopatológico que demuestra áreas quísticas.

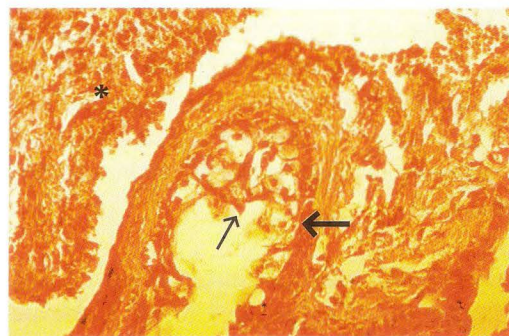


Figura 4. Histopatología que muestra células mucosas (flecha delgada), escaso infiltrado inflamatorio (asterisco) y zonas de hiper cromatismo epitelial (flecha gruesa).

Se observaron zonas de conformación microquística a lo largo de el epitelio. Hay zonas de atipia manifiestas por pérdida focal del orden de estratificación, así como también hiperchromatismo restringido al epitelio que tapiza el quiste. El tejido conectivo subyacente se observa con escaso infiltrado inflamatorio (Figura 4).

DISCUSIÓN

La lesión descrita llena los criterios diagnósticos señalados para el GOC por Gardner y col. ⁽²⁾ con los siguientes hallazgos:

1. El quiste está tapizado por un epitelio escamoso de grosor variable; muestra una interfase plana entre el epitelio y el conectivo subyacente, sin infiltrado inflamatorio.
2. La capa superficial del epitelio tiene células cúbicas eosinófilas que hacen la superficie irregular y papilar, con presencia de células ciliadas.
3. Presencia de material mucinoso dentro del epitelio y formación de estructuras microquísticas.
4. Células mucosas prominentes en algunas zonas reemplazadas por células cuboidales en otras.
5. Células basales hiperchromáticas y vacuoladas.
6. Áreas focales con presencia de esferas epiteliales con pérdida de polaridad.
7. Ocasionalmente calcificaciones en el tejido conectivo cerca del epitelio. ^(2, 4)

Otros autores han descrito lesiones con estas características en combinación con el ameloblastoma, lo que se explicaría por su origen odontogénico común ^(8, 5) y alerta acerca del comportamiento agresivo de la lesión de GOC.

Como se observa en la descripción, las similitudes histológicas más preocupantes en el GOC son las que presenta con el carcinoma mucoepidermoide ⁽⁷⁻⁹⁾ y es muy posible que muchos de estos casos hayan sido mal diagnosticados. El GOC permanece como una lesión muy rara y debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de patologías radiolúcidas uni y multiloculares. ⁽¹⁰⁾ Además de las lesiones agresivas como el ameloblastoma y el carcinoma mucoepidermoide.

Las localizaciones más comunes del GOC son una mandíbula anterior en hombres de alrededor de 50 años. ^(6, 14) Este caso no es compatible con predilección descrita y además se localiza en una zona donde los carcinomas de

glándula salival son muy comunes, ^(9, 10) específicamente el mucoepidermoide, el cual se localiza en el paladar en un 17.9 % siendo ésta la segunda localización más común después de la glándula parótida, con un pico de prevalencia hacia los 20 años más frecuente en mujeres que en hombres. También es común el carcinoma mucoepidermoide, de localización central, en la zona de los terceros molares. ^(10, 15, 16)

El tratamiento aún es controversial, por el poco número de casos reportados algunos con recurrencias del 25% después del tratamiento conservador como curetaje y enucleación. Así que la escisión quirúrgica en bloque tratando de conservar la integridad de los nervios adyacentes podría evitar las recurrencias. ⁽¹⁰⁻¹²⁾ En el caso de un mal diagnóstico y la presencia de un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, el tratamiento será igualmente la escisión quirúrgica conservadora, lo que determinaría el éxito del tratamiento. ^(10, 13) La confusión con carcinomas de alto grado no debería ocurrir considerando la histopatología más agresiva y atípica que éste puede presentar. ^(10, 17)

Al parecer, en este caso el tratamiento realizado fue adecuado por la ausencia de recurrencias hasta el momento, lo que sugiere que la escisión quirúrgica en bloque es adecuada en algunos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padayachee A, Van Wyk CW. Two cystic lesions with features of both the botryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoide tumor: Sialo-odontogenic cyst? *J Oral Pathol* 1987;16: 499 - 504.
2. Gardner DG, Kessler HP, Morency R, Schaffner DL. The glandular odontogenic cyst: An apparent entity. *J Oral Pathol* 1988;17: 359 - 366.
3. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumors*. 2da. Ed. Berlin: Germany, 1992.
4. Ramer M, Montazem A, Stanley L. Glandular odontogenic cyst: Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 64.
5. Hussain K, Edmondson HD, Browne RM. Glandular odontogenic cysts: diagnoses and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79: 593 - 602.
6. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Yanagi Y, Kishi K. A case of glandular odontogenic cyst associated with ameloblastoma: correlation of diagnostic imaging with histopathological features. *Dentomaxillofac Radiol* 2000; 29: 249 - 253.

7. Raslan WF, Sawyer DR, Mercuri LG. Central mucoepidermoid carcinoma. J Can Dent Assoc 1988; 64: 420 - 424.
8. Waldron CA, Koh ML. Central mucoepidermoide carcinoma of the jaws: Report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoide, sialodontogenic, and glandular odontogenic cysts. J Oral Maxillofac Surg 1990; 48: 871 - 877.
9. Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR. Surgical pathology of the salivary glands. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 1991.
10. Chávez JA, Richter KJ. Glandular odontogenic cyst of the mandible. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57: 461 - 464.
11. 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: 249 - 251.
12. Piloni MJ, Paparella ML, Kessler A. Glandular odontogenic cyst. A retrospective clinical radiographic and histological study. Med Oral 2000; 5: 159 - 164.
13. José M, Rao NN, Solomon MC. Glandular odontogenic cyst. A rare entity aggressive biological behaviour. A case report. J Dent Res 2000; 11:107- 110.
14. Damm DD, Fantasia JE. Anterior mandible radiolucency. Glandular odontogenic cyst. Gen Dent 2000; 48: 30.
15. Orsini S, Tenorio N, Tambasco P, Cavalcanti V. Glandular odontogenic cyst. Repor of a case with cytokeratin expression. Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod 1997; 83: 478 - 483.
16. Barreto DC, De Marco L, Castro WH, Gómez RS. Glandular odontogenic cyst: Absence of PTCH gene mutation. J Oral Pathol Med 2001; 30: 125 - 128.
17. Binda JE, Kuepper R, Pulse C. Glandular odontogenic cyst: A case report and review of the literature. Col Dent Rev 1997; 2: 1- 3.