

CASO CLÍNICO



Código RVR092

QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR. REPORTE DE CASO

Ortiz, Isidoro¹ ; Fariñas, Giselle² ; Peña, Adriana³ ; Villarroel, Mariana⁴ 

1 Profesor Asistente de la Cátedra de Cirugía Bucomaxilofacial. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

2 Especialista en Cirugía Bucal. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

3 Odontólogo. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

4 Profesora Titular del Instituto de Investigaciones Odontológicas. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

Autor de contacto: Adriana Peña

e-mail: adriana240594@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Ortiz I, Fariñas G, Peña A, Villarroel M. Quiste Odontogénico Glandular. Reporte de caso. *IDEULA*. 2023;(10): 105-117.

APA: Ortiz, I., Fariñas, G., Peña, A. y Villarroel, M. Quiste Odontogénico Glandular. Reporte de caso. *IDEULA*, (10), 105-117.

Recibido: 17/1/2023

Aceptado: 16/5/2023

RESUMEN

El quiste odontogénico glandular es un quiste cuyo origen está asociado a los remanentes de la lámina dental. La zona anterior mandibular es el sitio de mayor ocurrencia y se presenta como una indolora y de crecimiento lento, afecta a personas de la 4ta y 5ta década de la vida, con una ligera predilección por el género masculino. El objetivo del presente artículo es, discutir las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de una paciente femenina de 59 años de edad, sin antecedentes médicos contributorios que acudió a consulta de Cirugía Bucal con aumento de volumen, asintomático, en la región anterior del cuerpo mandibular. Bajo anestesia local se realizó biopsia incisional, seguida de enucleación y curetaje a las dos semanas posteriores a la primera intervención. El Q.O.G. es una variante poco frecuente, similar a otros quistes, debido a esto, el examen histopatológico cumple un papel fundamental en el diagnóstico de la lesión. No existe un criterio estandarizado para el tratamiento de esta lesión, es por eso que se debe correlacionar la clínica con las características microscópicas.

Palabras Clave: quiste, lamina dental, mandíbula.

ODONTOGENIC GLANDULAR CYST. CASE REPOR

ABSTRACT

The glandular odontogenic cyst is a cyst whose origin is associated with the remnants of the dental lamina. The anterior mandibular area is the site of greatest occurrence and presents as a painless and slow-growing disease, affecting people in the 4th and 5th decade of life, with a slight predilection for the male gender. The objective of this article is to discuss the clinical, radiographic and histopathological characteristics of a 59-year-old female patient, with no contributing medical history, who attended the Oral Surgery consultation with asymptomatic volume increase in the anterior region of the mandibular body. Under local anesthesia, an incisional biopsy was performed, followed by enucleation and curettage two weeks after the first intervention. The Q.O.G. It is a rare variant, similar to other cysts, due to this, the histopathological examination plays a fundamental role in the diagnosis of the lesion. There is no standardized criteria for the treatment of this lesion, which is why the clinic must be correlated with the microscopic characteristics.

Keywords: cyst, dental lamina, mandible.

INTRODUCCIÓN

El quiste odontogénico glandular es un quiste cuyo origen se cree que está asociado a los remanentes de la lámina dental¹, fue reportado por primera vez por Padayachee y Van Wyken² 1987, pero el término de Quiste Odontogénico Glandular (Q.O.G.) fue dado por Gardner en 1988 y en 2022 fue clasificado por la Organización Mundial de la Salud como un quiste de los maxilares³.

La zona anterior mandibular es el sitio de mayor ocurrencia y se presenta como una indolora y de crecimiento lento, afecta a personas de la 4ta y 5ta década de la vida, con una ligera predilección por el género masculino⁴. Dentro de las características radiográficas incluyen zonas radiolúcidas uniloculares o multiloculares con bordes bien definidos, y alrededor del 87% de los casos presenta expansión de la cortical ósea, también se han reportado reabsorción de raíces y desplazamientos dentarios⁵.

Las características radiográficas del Q.O.G. no son específicas y puede ser diagnóstico diferencial de otras entidades como Queratoquiste Odontogénico, Quiste Óseo Aneurismático, Ameloblastoma, Granuloma Central de Células Gigantes⁶. Solo el examen histopatológico puede diferenciar este quiste de otros quistes odontogénicos⁷.

Curetaje y enucleación son los tratamientos quirúrgicos más comunes, debido a que el Q.O.G. es clínicamente agresivo con potencial a recurrir se recomienda realizar resección en bloque, reconstrucción y posterior seguimiento⁸. La literatura recomienda un seguimiento de por lo menos tres años⁹.

El objetivo del presente artículo es discutir las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de una paciente que acudió a nuestra consulta.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 59 años de edad, mestiza, de ocupación ama de casa, sin antecedentes médicos contributorios, acudió a consulta de Cirugía Bucal con aumento de volumen asintomático en la región anterior del cuerpo mandibular. Al examen clínico extraoral presento asimetría facial de 10cm en sentido latero medial por 2cm de profundidad diámetro, de 6 meses de evolución que incremento gradualmente, de consistencia dura, del mismo color de la mucosa, no refiere perdida de función masticatoria. En la evaluación intraoral se observó aumento de volumen a expensas de la tabla vestibular en cuadrante III y IV desde 3.3 hasta 4.4. Sin presencia de exudado. (Figura 1)



Figura 1. Fotografía clínica intraoral de la lesión

En la evaluación de la tomografía de haz cónico se observa imagen hipodensa multilocular que abarcaba la zona anterior mandibular desde 3.3 hasta 4.4, con márgenes escleróticos, sin reabsorción radicular de los dientes involucrados en la lesión. (Figura 2)

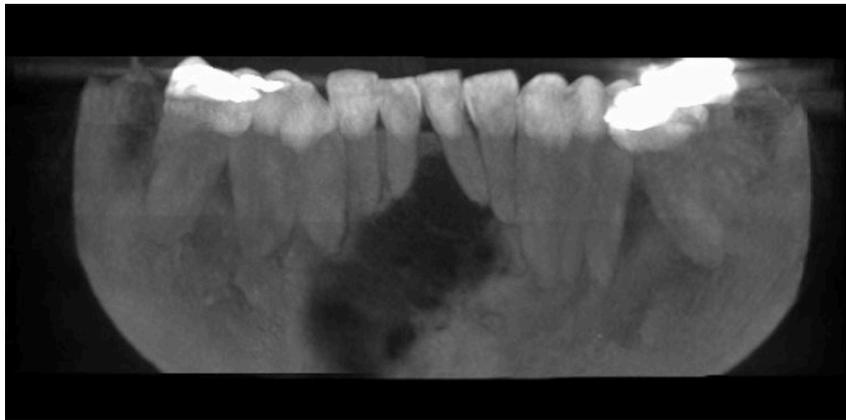


Figura 2. Corte panorámico de tomografía de haz cónico que abarca espesor total de la mandíbula, donde se observa los límites de la lesión.

Bajo anestesia local se realizó biopsia incisional de la lesión en una primera fase quirúrgica, debido a la alta tasa de recidiva de este quiste⁵ se decidió realizar enucleación y curetaje minucioso de toda la cavidad a las dos semanas en una segunda fase de la zona 3.3 hasta 4.4. (Figura 3 y 4).

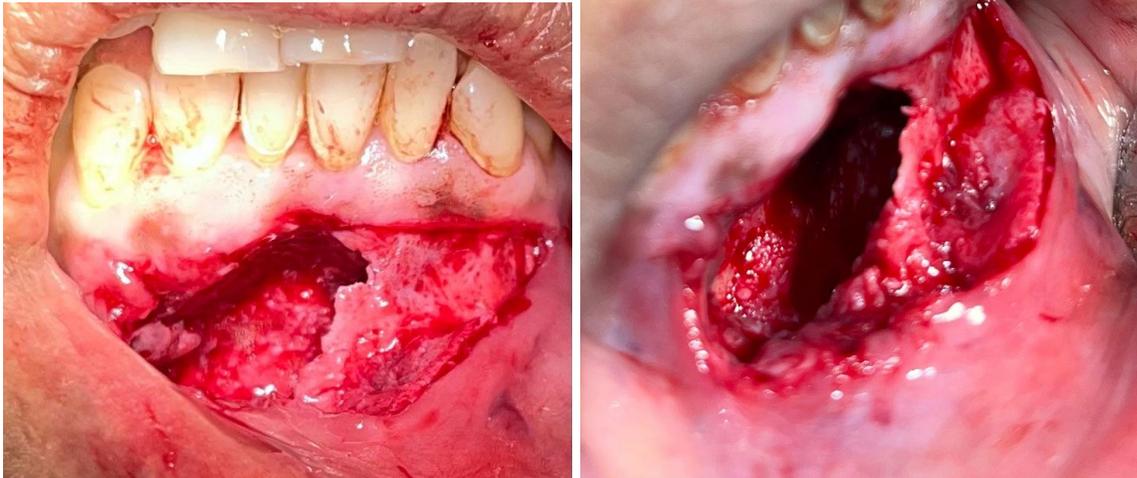


Figura 3 y 4. Fotografías intraoperatorias de la lesión.

Todo el tratamiento y la conducción del caso con fines académicos, fue aceptado previamente, mediante una firma, por la paciente bajo un consentimiento informado siguiendo las normas de Bioética reseñadas por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

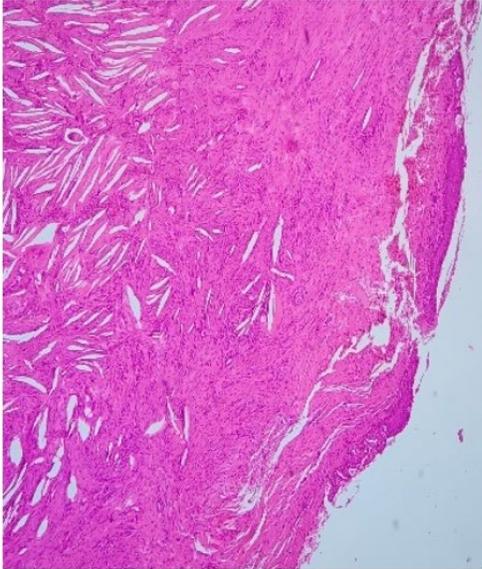
El Q.O.G. muestra características tanto histopatológicas como radiográficas del Quiste radicular, Quiste dentígero, Quiste Lateral Periodontal así como Carcinoma Mucoepidermoide y deben ser considerados dentro de los diagnósticos diferenciales⁷.

El espécimen consistió en múltiples fragmentos de tejido blando 4.0x3.0x1.5 cm. de tamaño, forma irregular, color pardo y consistencia blanda. Se incluyeron cortes representativos de la muestra para evaluación y estudio. (Figura 4)



Figura 4. Fotografía macroscópica de la muestra

Al examen microscópico se observó quiste odontogénico delineado parcialmente por epitelio plano estratificado no queratinizado de espesor variable. Unas áreas muestran discretas formaciones semejantes a ductos. Pared conjuntiva repleta de infiltrado inflamatorio crónico de carácter linfoplasmocitario principalmente. Presencia de abundantes espacios dejados por cristales de colesterol y células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño. (Figura 5). No existió evidencia de malignidad en el tejido evaluado. Las características morfológicas sugieren el diagnóstico histopatológico de Quiste Odontogénico Glandular Crónicamente Inflamado.



H&E 4X

Figura 5. Fotografía microscopica de la muestra

En el último control, realizado a los ocho meses de la última cirugía, se observó radiográficamente un favorable crecimiento de hueso en la zona y por ende una disminución de tamaño de la lesión. No se observó aumento de volumen intraoral que sugiera alguna recidiva. (Figura 6 y 7).



Figura 6. Radiografía post-operatoria de 8 meses



Figura 7. Fotografía clínica post-operatoria de 8 meses.

DISCUSIÓN

El Q.O.G. es un quiste odontogénico agresivo localmente con una alta tasa de recurrencia⁵ por lo que un correcto diagnóstico y un tratamiento oportuno es crucial para un pronóstico favorable.

El presente caso coincide con lo reportado en la literatura en cuanto a las características clínicas del Q.O.G. como un aumento de volumen asintomático, de localización frecuente en la zona anterior de la mandíbula que sobrepasa la línea media, radiográficamente se observa como una lesión radiolúcida multilocular con bordes bien definidos¹¹; según Fowler y colaboradores, el QOG se localiza en la mandíbula en el 80% de los casos y el sector anterior representa el 60%¹².

En 2008, Kaplan y cols⁸. Introdujeron criterios específicos para el diagnóstico histopatológico del QOG. Cinco criterios mayores deben estar presentes para realizar el diagnóstico y cuatro criterios menores pueden complementar el diagnóstico si están presentes. Los criterios mayores son: (1) grosor variable en el epitelio de revestimiento del quiste, dos a tres o más capas de células cúbicas o planas; (2) capa luminal de células cúbicas a columnares, llamadas células *hobnail*, al menos focalmente presentes. Otros criterios están presentes en la mayoría de los casos: (3) microquistes intraepiteliales; (4) metaplasia apocrina de la células luminales; (5) células claras en los estratos basal y parabasal; (6) proyecciones papilares «penachos» en el lumen; (7) células mucosas. Los criterios menores incluyen: (8) esferas epiteliales similares a las que se observan en el quiste periodontal lateral, las cuales se identifican frecuentemente; (9) cilios, los cuales son vistos ocasionalmente; y (10) arquitectura multiquística o multiluminal, la cual algunas veces está presente.

El tratamiento de elección sigue siendo controversial y va desde curetaje, enucleación, resección en bloque hasta hemimandibulectomía¹³. Debido a que las lesiones uniloculares tienen un riesgo

más bajo de recidiva que las multiloculares, se ha sugerido para las primeras solo la enucleación con conservación de estructuras vitales, mientras que para las multiloculares deben aplicarse tratamientos más agresivos¹⁴.

En el caso presentado se realizó curetaje y enucleación debido a sus características clínicas, radiográficas y su comportamiento histopatológico benigno, se ha realizado un seguimiento durante 8 meses sin recidivas. Debido al comportamiento agresivo de esta lesión sugerimos realizar seguimientos rigurosos en el tiempo.

CONCLUSIÓN

El Q.O.G. es una variante poco frecuente que puede parecerse tanto clínica como radiográficamente a otros quistes odontogénicos, debido a esto, el examen histopatológico cumple un papel fundamental en el diagnóstico de la lesión.

No existe un criterio estandarizado para el tratamiento de esta lesión, es por eso que se debe correlacionar la clínica con las características microscópicas, ya que se cree que esto tendría relación con su recurrencia y realizar un seguimiento periódico al paciente luego de ser tratada debido a su comportamiento agresivo.

REFERENCIAS

1. Siqueira EC, Sousa SF, França JA, et al. Targeted next-generation sequencing of glandular odontogenic cyst: a preliminary study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017; 124(5): 490-4.
2. 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 (10): 499-504.
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and neck tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol.9). <https://publications.iarc.fr/>
4. Uzun T, Bozkurt M, Duran BC, Imamoglu EH, Toptas O: Glandular odontogenic cyst. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2020, 30:104-5. 10.29271/jcpsp.2020.01.104
5. Gurler G, Al-Ghamian H, Aksakalli N, Delilbasi C. Glandular odontogenic cyst: case series. *Contemp Clin Dent.* 2017; 8(4): 653-7.
6. Manor R, Anavi Y, Kaplan I, Calderon S: Radiological features of glandular odontogenic cyst. *Dentoma Radiol.* 2003, 32:73-9. 10.1259/dmfr/22912856
7. Chavez JA, Richter KJ: Glandular odontogenic cyst of the mandible. *J Or Maxillo Surg.* 1999, 57:461-4. 10.1016/s0278-2391(99)90291-4
8. Kaplan I, Anavi Y, Hirshberg A: Glandular odontogenic cyst: a challenge in diagnosis and treatment. *Oral Dis.* 2008, 14:575-81. 10.1111/j.1601-0825.2007.01428.x
9. 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.



10. Krishnamurthy A, Sherlin HJ, Ramalingam K, Natesan A, Premkumar P, Ramani P et al. Glandular odontogenic cyst: Report of Two Cases and Review of Literature. *Head Neck Pathol.* 2009; 3: 153-158.
11. Fowler CB, Brannon RB, Kessler HP, Castle JT, Kahn MA. Glandular odontogenic cyst: analysis of 46 cases with special emphasis on microscopic criteria for diagnosis. *Head and Neck Pathol.* 2011; 5: 364-375.
12. Shah AA, Sangle A, Bussari S, Koshy AV. Glandular odontogenic cyst: A diagnostic dilemma. *Indian J Dent* 2016;7:38-43.
13. 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.
14. Cervantes EDA, Urías BCM, Inzunza EHJ, Ríos BER. Quiste odontogénico glandular en un hombre anciano: reporte de caso. *Rev Odont Mex.* 2020; 24 (1): 72-79.