

Lesión ampliamente expansiva en maxilar superior: Reporte de un caso de quiste odontogénico calcificante

Widely expansive lesion in the upper jaw: Report of a case of calcifying odontogenic cyst

Jorge Félix Madrigal-Vasquez¹, Félix Manuel Hernández-Alemán², Francisco Javier Merino-Ramírez³, Rosa Alicia García-Jau⁴, Cynthia Marina Urias-Barreras^{5*}

1. Cirujano Dentista, egresado de la Facultad de Odontología UAS
2. Cirujano Maxilofacial, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
3. Médico Anatomopatólogo, jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
4. Profesor Investigador de Tiempo Completo, Facultad de Odontología UAS
5. Maestra en Docencia en Ciencias de la Salud, Patóloga bucal de la Facultad de Odontología UAS, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

*Autor de correspondencia: Cynthia Marina Urias Barreras

Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, Culiacán, Sinaloa, México, CP:80030, correo electrónico cynthia.urias@uas.edu.mx

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v12.n2.007>

Recibido 06 de septiembre 2021, aceptado 20 de noviembre 2021

RESUMEN

El Quiste Odontogénico Calcificante (QOC) fue descrito por primera vez por Gorlin en 1962. Es una lesión poco común, afecta por igual a ambos sexos, sin predilección por maxilar superior o mandíbula, frecuentemente asociado con dientes incluidos, como otras lesiones con las que comparte características radiológicas. Clínicamente, se caracteriza por un crecimiento lento y asintomático, puede asociarse a otras lesiones, siendo la más frecuente el odontoma. Se presenta paciente femenino de 13 años de edad con aumento de volumen asintomático en el maxilar superior derecho, involucrando un canino impactado y un segundo premolar parcialmente erupcionado, con 2 años de evolución. Radiográficamente, se observó una zona radiolúcida multilocular con bordes bien definidos, de 6 cm de diámetro. Se realizó curetaje de la lesión e histopatológicamente se observó una cápsula fibrosa revestida por epitelio ameloblastomatoso con acumulaciones focales de células fantasma. La paciente no presenta recidiva a los ocho meses de seguimiento.

Palabras clave: Quiste odontogénico calcificante, Quistes odontogénicos, Maxilar

ABSTRACT

The Calcifying Odontogenic Cyst (COC) was first described by Gorlin in 1962. It is an uncommon lesion, it affects both sexes equally, without predilection for maxilla or mandible, frequently associated with included teeth, like other lesions with which it shares radiological characteristics. Clinically, it is characterized by slow and asymptomatic growth, it can be associated with other lesions, the most frequent being the odontoma. A 13-year-old female patient with an asymptomatic swelling in the right upper jaw is presented, involving an impacted canine and a partially erupted second premolar, with 2 years of evolution. Radiographically, a multilocular radiolucent area with well-defined borders, of 6 cm in diameter was observed. Curettage of the lesion was performed and histopathologically a fibrous capsule lined by ameloblastomatous epithelium with focal accumulations of ghost cells was observed. The patient has no recurrence at eight months of follow-up.

Keywords: Calcifying odontogenic cyst, Odontogenic cysts, Maxilla.

INTRODUCCIÓN

El Quiste Odontogénico Calcificante (QOC) fue descrito por primera vez por Gorlin en 1962, quien lo clasificó como una lesión quística no neoplásica^{1,2}. Es una lesión poco frecuente, representa menos del 2% de todos los quistes y tumores odontogénicos^{3,4}.

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al QOC como un tumor quístico benigno, proveniente de epitelio odontogénico con ectomesénquima, que puede o no estar asociado a la formación de tejido duro y se renombró tumor odontogénico quístico calcificante⁵. En la 4ta edición de “Clasificaciones de

tumores de cabeza y cuello, nuevas entidades tumorales” de la OMS 2017 se clasificó de nuevo como QOC^{2,6}.

Clínicamente, el QOC se caracteriza por un aumento de volumen de lento crecimiento y asintomático, de localización central (intraósea) o menos frecuentemente periférica (extraósea)⁷. Afecta a la mandíbula y maxilar por igual y no tiene predilección por sexo ni raza, se observa más frecuentemente en la segunda década de vida^{2,7}.

Radiográficamente, puede mostrar un aspecto radiolúcido bien delimitado unilocular o multilocular, con expansión y perforación de corticales óseas, desplazamiento de los dientes y reabsorción radicular, casi la mitad de los casos están asociados a un diente no erupcionado⁷.

La asociación de QOC y odontoma ha sido publicada en el 24% de los casos, también puede asociarse a otros tumores odontogénicos como ameloblastoma, fibroodontoma ameloblástico, odontoameloblastoma, tumor odontogénico epitelial calcificante y tumor odontogénico adenomatoide³.

El QOC es una lesión odontogénica benigna, que se origina del epitelio odontogénico y es parte de un espectro de lesiones caracterizadas por la presencia de células fantasma^{8,9}. Microscópicamente, se encuentra revestido por un epitelio ameloblastomatoso que contiene acumula-

ciones focales de células fantasma, y las proliferaciones murales son ausentes o mínimamente visibles^{6,9}.

Se describen tres tipos básicos: tipo uniuquístico simple, tipo uniuquístico productor de odontomas y tipo uniuquístico productor ameloblastomatoso. El QOC ameloblastomatoso se asemeja al ameloblastoma uniuquístico excepto por las células fantasma y calcificaciones dentro del epitelio proliferativo, y ocurre solo por vía intraósea^{10,11}.

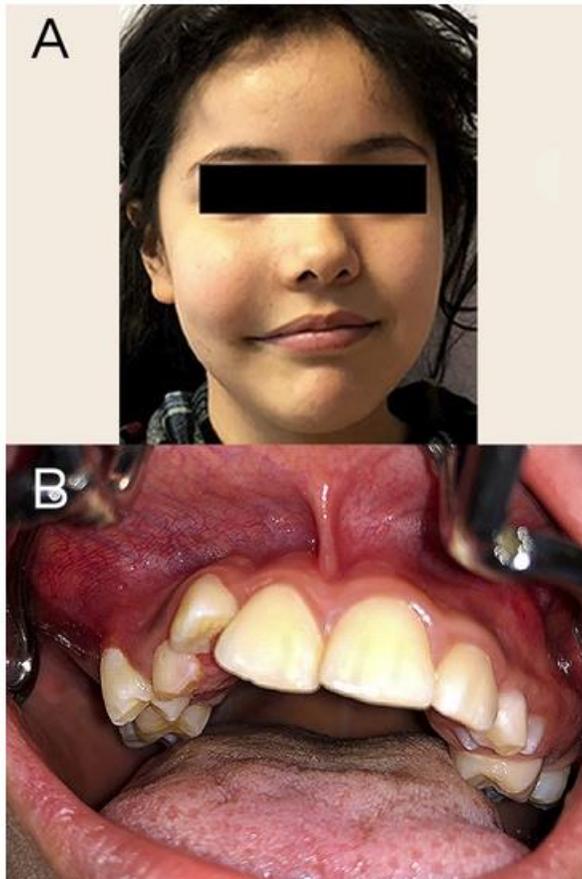
Reportamos un caso de un QOC en el maxilar superior derecho de una adolescente, presentándose como una lesión ampliamente expansiva.

Presentación del caso

Paciente femenino de 13 años de edad, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta por un aumento de volumen asintomático en la zona del maxilar superior derecho, de dos años de evolución (Fig. 1A). En la revisión intraoral, se observó un aumento de volumen que involucraba fondo de vestíbulo, con mucosa oral intacta (Fig. 1B). La ortopantomografía reveló una zona radiolúcida multilocular, con bordes bien definidos, de aproximadamente 6 cm de diámetro, extendiéndose al seno maxilar e involucrando a un canino superior derecho (OD13) impactado (Fig. 2A); la tomografía computarizada (TC) evidenció zona hipodensa

a hueso con amplia expansión de corticales óseas (Fig. 2B). Se consideró un diagnóstico clínico-radiográfico de quiste dentígero, se procedió a la extirpación completa de la lesión, mediante curetaje, y se envió a análisis histopatológico.

Figura 1. Características clínicas. A, Extraoralmente, aumento de volumen en el tercio medio facial del lado derecho. B, Intraoralmente, se evidencia la expansión de la cortical ósea vestibular del lado derecho, con mucosa oral intacta.



Macroscópicamente, el espécimen de tejido blando multifragmentado midió: 6.4 x 5.4 x 1.5 cm (Fig. 3A). Microscópicamente, se observó una lesión de naturaleza del desarrollo, caracterizada por una cápsula de tejido conjuntivo fi-

broso denso, con zonas de hemorragia reciente, revestida por epitelio odontogénico, cuyo estrato basal se muestra columnar, tipo ameloblástico, y los estratos superiores se muestran tipo retículo estrellado, con presencia de células fantasma que se unen en grandes grupos, intraepitelialmente y también en la cápsula fibrosa, asociada a una reacción de células gigantes tipo cuerpo extraño (Fig. 3B-D). A los ocho meses de seguimiento, la paciente se encuentra libre de recidiva.

Figura 2. Características radiológicas. A, Ortopantomografía, zona radiolúcida multilocular en maxilar superior derecho, que involucra a OD13 impactado. B, TC, corte axial, zona hipodensa a hueso, localmente expansiva y destructiva.

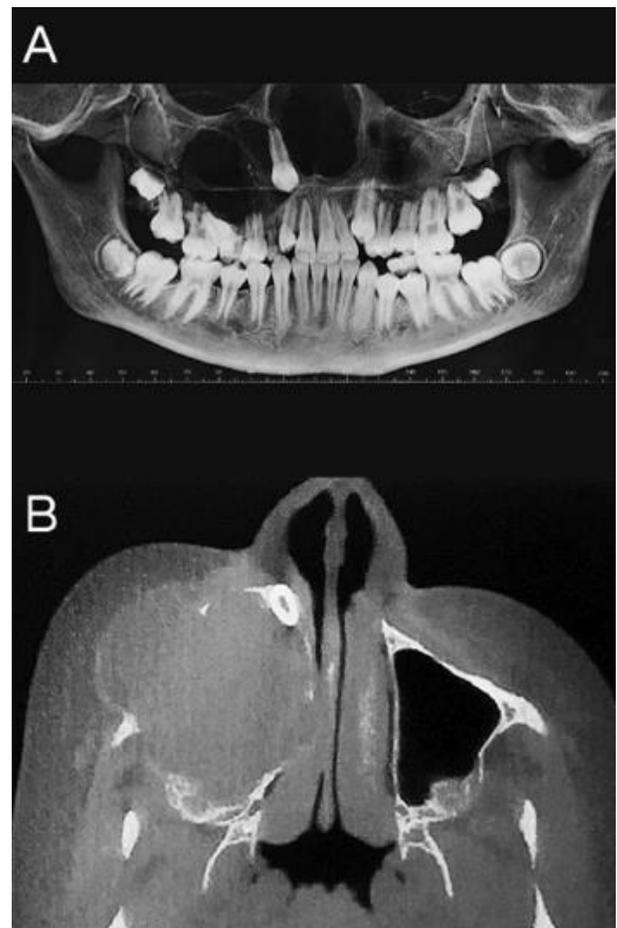
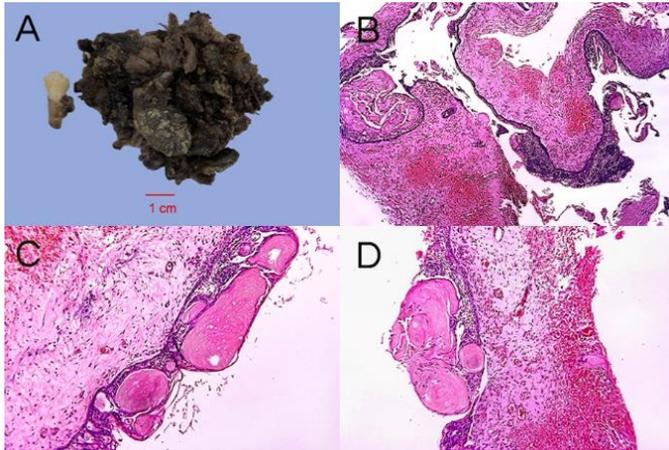


Figura 3. Características macroscópicas. A, Espécimen multifragmentado de tejido blando, incluye OD13. Características microscópicas. B, Cápsula fibrosa con hemorragia reciente, revestida por epitelio odontogénico, de grosor variable (HyE, 40X). C-D, Cápsula quística revestida por epitelio con empalizada del estrato basal, estratos superiores tipo retículo estrellado y cúmulos de células fantasma (HyE, 100X).



Discusión

Los QOC son generalmente lesiones líticas uniloculares, se presentan multiloculares únicamente en un 5% de los casos, de bordes bien definidos, siendo estas características no exclusivas para esta lesión. Cuando están asociados a un diente retenido, generalmente se localizan en la parte posterior del maxilar. La mayoría de los QOC se presentan como una lesión intraósea^{12,13}. En el presente caso, se presentó multilocular desde la zona anterior del maxilar superior derecho, involucrando un canino impactado, hasta la zona posterior.

Algunos consideran dos variantes histopatológicas: quística y neoplásica. Las lesiones quísticas tienen una pared de tejido conjuntivo cubierto por epitelio odontogénico, con células

fantasma y diferentes niveles de calcificación. El diagnóstico radiográfico diferencial puede incluir quiste dentígero y queratoquiste odontogénico. Se recomienda enucleación y curetaje^{14,15}. El caso aquí reportado se consideró quístico y se optó por curetaje y retirar el diente involucrado.

Los QOC de tipo “neoplásico” tienen un comportamiento más destructivo, conteniendo una proliferación de islas epiteliales odontogénicas, con depósitos dentinoides variables sobre el tejido conjuntivo, su tratamiento es más agresivo, como ostectomía periférica o resección segmentaria. Con riesgo de transformación maligna en casos de larga evolución y recidivantes, por lo que se recomienda el seguimiento a largo plazo^{7,8}.

El QOC es una lesión odontogénica muy poco común, con características clínicas y radiográficas no exclusivas para esta lesión, por lo que se requiere de un estudio histopatológico para emitir el diagnóstico definitivo y un seguimiento a largo plazo.

Referencias

1. Gorlin RJ, Pindborg JJ, Clausen FP, Vickers RA. The calcifying odontogenic cyst. A possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15:1235-43.

2. Shah U, Patel H, Pandya H, Dewan H, Bhavsar B, Steward E. Ameloblastomatous calcifying odontogenic cyst: A rare entity. *Ann Maxillofac Surg* 2018; 8:108-15.
3. Gallana-Alvarez S, Mayorga-Jimenez F, Torres-Gómez FJ, Avellá-Vecino FJ, Salazar-Fernandez C. Calcifying odontogenic cyst associated with complex odontoma: case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10(3):243-7.
4. Swan RH, Houston GD, Moore SP. Peripheral calcifying odontogenic cyst (Gorlin cyst). *J Periodontal* 1985; 56:340-3.
5. Tarakji B, Ashok N, Alzoghaibi I, Altamimi MA, Azzeghaiby SN, Baroudi K, Nassani MZ. Malignant transformation of calcifying cystic odontogenic tumour - a review of literature. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2015; 19(3):184-6.
6. Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Arch*. 2018; 472(3):331-9.
7. Uzun T, Çinpolat E. Calcifying odontogenic cyst associated with the impacted third molar: a case report. *Pan Afr Med J*. 2019; 33:151.
8. de Moraes ATL, Soares HA, Viana Pinheiro JJ, Ribeiro Ribeiro AL. Marsupialization before enucleation as a treatment strategy for a large calcifying odontogenic cyst: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020; 67:239-44.
9. Sharma B, Koshy G, Kapoor S. Calcifying odontogenic cyst with luminal and mural component (Type 1c). *Indian J Dent* 2016; 7:95-8.
10. Bhat S, Shetty SR, Babu SG, Shetty P, Ka F. A rare variant of calcifying odontogenic cyst with ameloblastoma presentation. *Stomatologija*. 2015; 17(4):131-4.
11. Nosrati K, Seyedmajidi M. Ameloblastomatous calcifying odontogenic cyst: a case report of a rare histologic variant. *Arch Iranian Med* 2009; 12: 417-20.
12. Lida S, Fukuda Y, Ueda T, Aikawa T, Arizpe J, Okura M. Calcifying odontogenic cyst: Radiologic findings in 11 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2006; 101(3):356-62.
13. Gamoh S, Akiyama H, Furukawa C, Matsu-shima Y, Iseki T, Wato M, Tanaka A, Morita S, Shimizutani K. Calcifying cystic odontogenic tumor accompanied by a dentigerous cyst: A case report. *Oncol Lett*. 2017; 14(5):5785-90.
14. Hsu HJ, Chen YK, Wang WC, Tseng CH. Peripheral calcifying odontogenic cyst with multinucleated giant cell formation. *J Dent Sci*. 2019; 14(2):211-2.
15. Gadipelly S, Reddy VB, Sudheer M, Kumar NV, Harsha G. Bilateral Calcifying Odontogenic Cyst: A Rare Entity. *J Maxillofac Oral Surg*. 2015; 14(3):826-31.