

# QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE

*Autores:*

*Daniel Ragel Gavira  
Alumno del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla*

*Dr. Daniel Torres Lagares  
Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla  
Becario de Docencia e Investigación de la Universidad de Sevilla*

*Dr. José Luis Gutiérrez Pérez  
Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla  
Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla  
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario  
Virgen del Rocío*

Quiste odontogénico calcificante  
Ragel D, Torres D, Gutiérrez JL  
Revista Secib On Line 2006;3:28-35  
ISSN 1697-7181

## INTRODUCCIÓN

Es una lesión descubierta por Gorlin y cols. en 1962, que actualmente se clasifica en quistes y/o neoplasias, y por ello la OMS, en 1992, la clasificó como tumores odontogénicos benignos. Es una lesión infrecuente que se presenta menos del 2% de todos los quistes y tumores odontogénicos. Son unas entidades asintomáticas, no dependientes del sexo pero sí en la edad, ya que muestra dos picos: en la 2ª década y entre los 60-70 años. Suelen ser lesiones grandes, uniloculares o multiloculares y bien descritas radiológicamente. El 70% se presentan en mandíbula y cerca del 25% se presentan de forma extraósea. En la anatomía patológica presentan células cuboideas en su capa basal, y encima de ésta, masas irregulares de células hinchadas, entre las cuales hay células eosinofílicas y pálidas con grandes células epiteliales fantasmas. Esta lesión es subsidiaria de quistectomía y rara su recidiva. Si estuviera asociado a otro tipo de tumor odontogénico, como el ameloblastoma, la enucleación requiere tratamiento radical.

## CASO CLÍNICO

Presentamos un caso clínico de un paciente de 55 años, con ausencias de dientes 13 y 14, portador de prótesis fija y que presenta una lesión en el primer cuadrante entre el 12 y 15, de unos 30 x 30 mm, asintomática, radiolúcida y que desplaza levemente la raíz de 12 (como se puede apreciar en la Fig. 1).



Fig. 1.- Ortopantomografía (Ver lesión en 13-14-15)

Su aspecto extraoral es normal, sin deformaciones y a la exploración intraoral se observa la tabla vestibular ligeramente abombada pero sin dehiscencias. De igual modo, tampoco se aprecia la presencia de fístula asociada (Fig. 2).



Fig. 2.- Localización de la lesión (13-14-15)

Tampoco presenta malestar general ni otras complicaciones. Se procede a la quistectomía con incisión de Newman modificado, para respetar los tejidos blandos que rodean la prótesis fija, despegamiento mucoperióstico (Fig. 3) teniendo el máximo cuidado de no desgarrar la mucosa al mismo tiempo de romper la cápsula quística.



Fig. 3.- Imagen intraoperatoria de la lesión

Realizado el despegamiento, continuamos delimitando la lesión practicando una osteotomía cuidadosa y despegamiento de las paredes de la cápsula (Fig. 4) y exéresis de la lesión (Fig. 5), así como legrado, lavado de la cavidad y sutura (Fig. 6 y 7).



Fig. 4.- Osteotomía y despegamiento de las paredes de la lesión



Fig. 5.- Quiste Odontogénico Calcificante

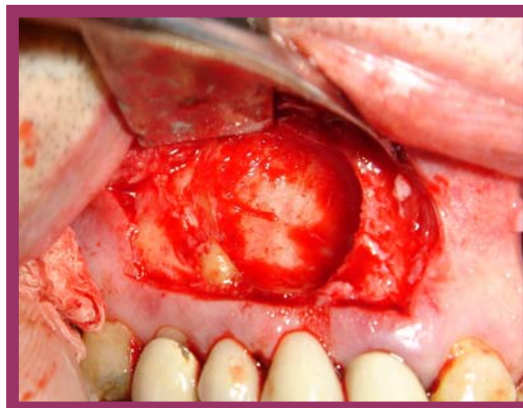


Fig. 6.- Lecho óseo



Fig. 7.- Sutura

El resultado de la anatomía patológica realizada fue de Quiste Odontogénico Calcificante (Fig. 8). En la imagen de microscopía de la anatomía patológica, (Fig. 9) se puede observar la presencia de un conjunto de células epiteliales de aspecto poligonal entre las que se advierten abundantes células fantasmas, características de este tipo de lesiones.

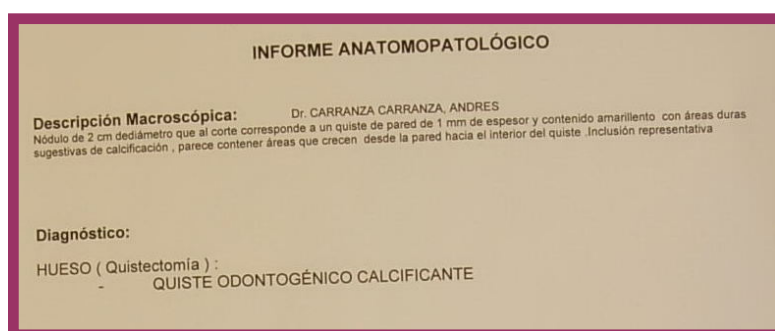


Fig. 8.- Informe patológico que confirma el diagnóstico

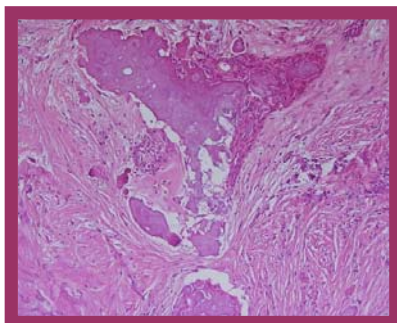


Fig. 9.- Imagen microscópica de la cubierta quística donde se observan células fantasmas

En el seguimiento, la retirada de puntos se realizó a los 7 días, el paciente no había presentado ninguna complicación postoperatoria encontrándose la zona en perfecto estado (Fig. 10).



Fig. 10.- Revisión y retirada de puntos a los 7 días

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El paciente de este caso es remitido por su centro de salud al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial Virgen del Rocío, para tratarse de una lesión, que como diagnóstico de sospecha, era de quiste inflamatorio residual, ya que se le habían exodonciado el 13 y 14.

Intraoperatoriamente, al realizar la exéresis quística, supusimos que la lesión tenía unas características histológicas diferentes de un quiste residual, ya que era tremendamente duro tanto su cápsula como su contenido,



sospechando de un tumor odontogénico. Respecto al tumor odontogénico calcificante, el material calcificado puede estar presente en forma de pequeñas masas radiopacas y en la mayoría de los casos los pacientes presentan abombamiento de la cortical externa ósea. Lo habitual es que en un 65 % de los casos, estas lesiones se establezcan en regiones incisivo-canina, el cual no es el caso y un 20 % están asociadas a un odontoma, cosa que tampoco ha ocurrido en nuestro caso.

Por esto y más motivos que a continuación detallaremos, si seguimos revisando las manifestaciones normales de esta lesión, veremos que pocas concuerdan, como por ejemplo el anterior comentario de la situación de la lesión.

Si la edad habitual de aparición es la 2ª década de la vida, este paciente tiene 55 años. No observamos posibles calcificaciones en las pruebas radiográficas. En la literatura se afirma que su asiento suele ser en la mandíbula, y en este caso es en el maxilar, y respecto al sexo, todavía no se ha llegado a establecer ninguna predilección.

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el Odontoma Parcialmente Calcificado, el Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante y el Tumor Odontogénico Adenomatoides por su similitud radiográfica.

Para concluir este caso, deberíamos recordar que la ausencia de consenso entre quiste y neoplasia en la literatura hace a esta lesión un ente dificultoso de diagnosticar en un diagnóstico de sospecha y de encontrar en la bibliografía unas manifestaciones unánimes.



**BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Morales TB, Carvajal BL. Quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin). Reporte de un caso y su seguimiento. Revisión de la literatura. Revista ADM 1999; 56 (2):p. 83-87
- 2.- Word Norman K. y Goaz Paul W. Diagnóstico diferencial de las lesiones Orales y Maxilofaciales. Madrid Ed. Harcourt Brace. 1998. Parte III p. 428-429.
- 3.- López-Arranz J. S., Vicente Rodríguez J. C., Junquera Gutiérrez L. M.: Patología Quirúrgica Maxilofacial. Madrid: Ed. Síntesis. 1998. Cap. 15 p. 210 - 211.
- 4.- Martínez Granizo R. et al. Manual de cirugía oral y maxilofacial: 2ª ed. Madrid: Ed. Glaxosmithkline. Tomo I. Cap.18. 2004. p. 438 - 439.
- 5.- Raspall G.: Cirugía Maxilofacial, Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Ed. Panamericana. Cap 9. p. 257-284.
- 6.- Iida S, Fukuda Y et cols. Calcifying odontogenic cyst: radiologic findings in 11 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 Mar;101(3):356-62.
- 7.- Knezevic G, Sokler K. et cols. Calcifying odontogenic cyst Gorlin´s cyst report of two cases. Coll Antropol. 2004 Jun; 28(1):357-62.
- 8.- Seiji Iida, Yasuo Fukuda et cols. Calcifying odontogenic cyst: Radiologic findings in 11 cases. Oral and Maxillofacial Radiology. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volumen 101, Issue 3 , March 2006 p. 356-362.
- 9.- Gallana-Álvarez S, Mayorga-Jiménez F et cols. Calcifying odontogenic cyst associated with complex odontoma: case report and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005 May-Jul;10(3):243-7.