

QUISTE DE GORLIN*

Informe de 4 casos

Dra. Myriam Pérez Caffarena**

Dra. Verónica Keochgerian***

Dra. Myriam Fungi****

INTRODUCCION

El quiste odontogénico calcificante o tumor odontogénico calcificante con células fantasmas, como es llamado en la literatura, es una lesión tumoral (OMS) que ha sido descrito durante 3 décadas con nombres diferentes, desde Rywkind⁽²⁶⁾ en 1932 como una variante de colesteatoma hasta que Gorlin^(15, 16) (1962-1964) hizo una revisión de la literatura y lo reconoce como una entidad designándolo quiste odontogénico calcificante, describiendo su analogía con el epiteloma cutáneo de Malherbe. Esta denominación ha sido aceptada por numerosos investigadores Ebling⁽⁹⁾, Abrams⁽¹⁾, Chaves⁽⁶⁾, Jonhson⁽¹⁸⁾, Komiya⁽¹⁹⁾, Ulmansky⁽³¹⁾, Eda⁽¹⁰⁾, Pullman⁽²⁴⁾, Fejerskov⁽¹²⁾, Seelinger⁽²⁷⁾.

Durante las tres décadas se lo había clasificado como variante de ameloblastoma o de odontoma (Boss⁽⁴⁾, Bhaskar⁽³⁾, Duckworth⁽⁸⁾,) y aun actualmente se lo ha considerado como lesiones degenerativas (Altini⁽²⁾).

Fejerskov⁽¹²⁾ y col. proponen la denominación de tumor odontogénico calcificante con células fantasmas en lugar de quiste odontogénico calcificante, porque la lesión presenta una potencialidad proliferativa neoplásica llegándose muchas veces a formaciones de gran tamaño.

Recientemente Praetorius y Gorlin⁽²³⁾ reexaminando esta lesión constataron diferencias histológicas y clínicas que los llevaron a separarlas en dos entidades patológicas: una quística y la otra tumoral.

La descripción histológica clásica Q.O.C. es la siguiente: un epitelio estratificado con una capa basal formada por células cilíndricas o cúbicas, con su núcleo polarizado hacia la membrana basal. En el epitelio o en el conectivo se encuentran aislada o agrupadas las células fantasmas, grandes, débilmente eosinófilas y a menudo calcificadas. En el

* Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica

** Profesor Adjunto de Cátedra Anatomía Patológica

*** Asistente de Cat. Anat. Patológica

**** Asistente de Cat. Anat. Patológica

conjuntivo próximo al epitelio, se encuentran acúmulos de dentinoide.

El hecho de que en menos de un año llegaran tres lesiones de este tipo a nuestras manos y de haber encontrado una en una revisión de las lesiones odontogénicas de nuestra cátedra nos lleva a realizar el presente trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado el estudio histológico de cuatro lesiones. El material fue fijado en formol al 10% y cuando fue necesario descalcificar ha sido en ácido tricloracético al 5%, incluido en parafina y cortado a 7 micras. Se coloreó con Hematoxilina-Eosina.

Histoquímicamente se ha tratado de establecer la presencia de sustancia amiloide por las técnicas de Rojo Congo y Metacromasia (Pearse, Laskaris). Además se realizaron técnicas de Van Gieson, y de Masson modificada para poder determinar la presencia de queratina.

RESULTADOS

Informe 1er. Caso

Paciente de 32 años, sexo masculino, raza blanca.

El paciente consulta por dolor punzante en zona molar inferior izquierda. Relata que recibió un golpe en el hemimaxilar izquierdo hace 3 años. Un año después aparece una pequeña tumefacción asintomática a la palpación, la cual crece lentamente, con sensación de picazón.

Hace tres meses un nuevo traumatismo en la zona aumenta las molestias y el tamaño de la tumefacción. Se realiza punción exploratoria extrayéndose líquido sanguinolento espeso. Se hace la avulsión del segundo premolar inferior izquierdo, sin lograr mejoría. Al examen clínico, tumefacción en el hemimaxilar izquierdo que se extiende de canino a segundo molar midiendo cuatro por tres centímetros. La lesión deforma la tabla externa, notándose a la palpación pérdida ósea vestibular en forma de ventana.

Al examen radiográfico-cavidad radiolúcida delimitada, con reabsorción radicular del primer molar, y con elementos irregulares con densidad de tejidos dentarios en la zona anterior e inferior de dicha cavidad.

Diagnósticos Radiográfico: Odontoma quístico.

Anatomía Patológica: Estudio macroscópico-pieza voluminosa con características quísticas, color pardooscuro, firme. En una de sus paredes elementos calcificados semejando un diente.

Estudio microscópico: Partes blandas: membrana quística en la que se destaca nítidamente la capa basal cúbico cilíndricas. Este epitelio experimenta hacia la cavidad quística intensa modificación de aspecto degenerativo, en forma de cordones y nódulos intensamente eosinófilos: células fantasmas. En algunas zonas se aprecian calcificaciones en estas células.

Partes calcificadas: se ven formaciones de dentina y de esmalte así como formaciones amorfas que semejan cemento.

Informe 2do. Caso

Paciente de 76 años, sexo masculino, raza blanca.

Consulta por tumefacción indolora en el maxilar inferior izquierdo que deforma ambas tablas. La mucosa se encuentra ulcerada por una prótesis mal adaptada. El tamaño de la lesión es aproximadamente el de un huevo de gallina. No presenta adenopatías. El paciente no recuerda el comienzo de la lesión, pero sabe que la tiene desde hace años.

Se realiza punción extrayéndose líquido hemorrágico purulento. Al realizarse la excresis de la lesión es enviada al laboratorio de anatomía patológica dividida en tres fragmentos (vestibular, lingual, central) a los efectos de ser estudiada.

Informe del 3er. Caso

Paciente de 42 años, sexo femenino, raza blanca.

El paciente consulta por tumefacción en zona anterior del maxilar inferior; dos meses de evolución. Se medica con antibióticos y frío local. La lesión continúa aumentando de tamaño realizándosele radiografías extraoral la cual revela zona radiolúcida bien limitada. Al examen clínico la lesión va desde la zona anterior del maxilar inferior, a nivel del canino derecho hasta el premolar inferior izquierdo.

Perfora ampliamente la tabla externa y la interna. Se hace la excresis de la lesión comprobándose su naturaleza quística en cuyo interior se observa una zona de aspecto nodular y cristales en forma de pequeñas escamas. Además existen piezas dentarias en la zona de la lesión.

Anatomía Patológica: Pared quística que presenta las características del llamado Quiste de Gorlin a saber: epitelio de células cúbico cilíndrico con áreas de retículo estelares y células fantasmas.

En zonas puede observarse material eosinófilo parcialmente calcificado, aparentemente dentina displásica.

Informe del 4to. Caso

Obtenido de la revisión de lesiones odontogénicas de nuestra cátedra del año 1955 a la fecha.

Paciente de 12 años, sexo masculino, raza blanca.

Anatomía Patológica: La masa principal de los fragmentos enviados está constituida por un tejido conjuntivo de carácter fibroso. Se observa además epitelio odontogénico de carácter indiferente y la presencia de folículos que recuerdan al ameloblastoma. En estos folículos se puede observar una modificación que corresponde a las llamadas células fantasmas. Estas últimas experimentan a veces un proceso de calcificación en forma intensa, dando la impresión de que se diseminan en el conjuntivo, formando grandes masas calcificadas. En su proximidad formaciones de dentinoide y osteoide.

En suma: estamos en presencia de un quiste odontogénico calcificante.

Paciente que consulta por elevación de las fosas nasales. La lesión tiene 6 años de evolución, de crecimiento lento y asintomático. Existe ausencia del incisivo central superior derecho. Al examen clínico la lesión de forma ovalada, de cinco centímetros de diámetro, de

color rosado pálido y consistencia blanda se ubica en la zona incisiva anterior.

Anatomía Patológica: Pared quística con zona de tejidos duros calcificados (osteóide y dentinoide) en suma: odontoma quístico.

Revisada la lesión hemos podido observar que microscópicamente se destaca un tejido conjuntivo fibroso denso, con escasas células inflamatorias crónicas. Epitelio paraqueratinizado, fino, una capa basal de células cilíndricas y núcleo polarizado. En algunas áreas el epitelio está hiperplasiado, encontrándose en zonas grandes células eosinófilas, pálidas, en la mayoría de las cuales el núcleo no es aparente (células fantasmas). Algunas de ellas están calcificadas y se ven también en el conjuntivo. Existe tejido osteóide y dentinoide junto al epitelio. En suma: estamos en presencia de un Q.O.C.

SINTEISIS

La edad registrada en nuestros casos varió entre los doce y los setenta y seis años. Los pacientes fueron tres hombres y una mujer. Raza blanca en todos los casos. La localización de tres de las lesiones eran en el maxilar inferior, dos de ellas en la zona izquierda y una en la anterior; el cuarto caso se localizaba en la zona incisiva superior.

Todas las lesiones producían deformación de las tablas óseas y aun reabsorción.

Clínicamente se presentaron como lesiones de crecimiento lento, asintomático, resultando ser el motivo de consulta la tumefacción. Uno sólo de los casos se

presentó con dolor y ese fue el motivo de consulta.

La radiografía mostró en todos los casos zonas radiolúcidas bien definidas con tejidos calcificados.

Histopatología: el hallazgo más importante y común a todas las lesiones fue el epitelio odontogénico con capa basal cúbica o cilíndrica, las células fantasmas con o sin calcificación. En algunos casos estas células estaban incluidas en el osteóide o en el dentinoide. La presencia de dentinoide y aúñ matriz ameloblástica fue comprobada. En tres de los cuatro casos la lesión se presentaba como una membrana quística siendo el caso restante con aspecto sólido.

Las técnicas histológicas para demostrar la presencia de amiloide dieron resultados negativos.

DISCUSION

Estamos ante una lesión, que indudablemente a resultado, y aún resulta muy difícil de encasillar.

Entre los últimos intentos de clasificarla está la de Fejercokv⁽¹²⁾, que cambia la denominación de quiste odontogénico calcificante por la de tumor odontogénico calcificante a células fantasmas, considerando tres hechos:

a) El elemento más sobresaliente es la presencia de las células fantasmas, las que se pueden calcificar.

b) No se debe aplicar el término quiste en todas las instancias porque puede ocurrir, al igual que en el ameloblastoma, una degeneración quística.

c) Por el potencial proliferativo de algunas de estas lesiones, en las cuales el crecimiento ha sido considerable.

Más recientemente Praetorius y Gorlin⁽²³⁾, reexaminado esta lesión han constatado diferencias histológicas que corresponden a diferencias clínicas. Estos autores consideran que en el Q.O.C. existen dos entidades una quística y la otra neoplásica. La forma quística puede, a su vez presentarse de 3 maneras diferentes:

a) Unilocular o simple en la cual solamente hay proliferación epitelial y escasa o ninguna cantidad de dentinoide. Clínicamente se observa en cualquier etapa de la vida.

b) Lesión quística en cuyo lumen se puede presentar un odontoma compuesto o complejo, o un fibroma ameloblástico intramural. Esta lesión requiere un especial tratamiento quirúrgico dándose en pacientes jóvenes entre la segunda y tercera década de la vida.

c) Forma quística unilocular con proliferaciones ameloblásticas del epitelio en la pared y en la luz.

En cuanto a la forma neoplásica presenta una estructura completamente diferente: cordones e islotes semejantes a los del ameloblastoma, islotes de epitelio odontogénico que crecen e infiltran el tejido conectivo maduro. Observaron además grupos de células fantasmas en el epitelio y en el dentinoide formado en contacto con el epitelio odontogénico.

Para estos autores el nombre más apropiado de la lesión sería el de *Tumor Dentinogénico a Células Fantasmas*, y consideran que se ven predominantemente

en la última parte de la vida pudiendo ser tanto intra como extra óseos.

Tres de nuestros casos concuerdan con la descripción clásica del Q.O.C. y el cuarto corresponde al tipo dos tumoral de Praetorius y Gorlin. Hemos hallado en algunos casos las células fantasmas calcificadas contra o en el dentinoide. Esta proximidad y los cambios en el conectivo (metaplasia), las formaciones osteoide y dentinoide nos llevan a pensar en la inducción del epitelio sobre el conectivo. Para Abrams⁽¹⁾ y Saulk⁽²⁶⁾ no sería solamente inducción sino fenómenos degenerativos.

También hemos considerado la posición de Chaves y Pessoa⁽⁶⁾ que consideran a esta lesión como derivada de células inmaduras pluripotenciales las que podrían formar los tejidos dentarios, y la de Herd⁽¹⁷⁾, Pindborg⁽²²⁾ que concluyen que el Q.O.C. al igual que otros tumores odontogénicos derivan del epitelio odontogénico activo.

Para Abrams⁽¹⁾ existe transformación de las células escamosas y de las células basales en células fantasmas, las cuales para tal propósito aumentan su tamaño, pierden su núcleo, se desplazan hacia la periferia queratinizándose. Tratando de comprobar este hecho se realizan técnicas para la queratina resultando en nuestros casos positivo.

Otras técnicas realizadas fueron para comprobar amiloides y coincidentemente con los estudios de Farman⁽¹¹⁾ nuestros resultados fueron negativos. Nuestros cuatro casos de Q.O.C. presentan algunas diferencias clínicas e histopatológicas entre sí. De allí que en la revisión bibliográfica realizada la posición de Fe-

jerskov⁽¹²⁾, considerando esa lesión como tumor, llamó primeramente nuestra atención, porque una de las lesiones examinadas en nuestro trabajo se presentaba como sólida y más agresiva en su comportamiento que las restantes.

A pesar de ello fue necesario que Praetorius y Gorlin⁽²³⁾ publicarán su trabajo separando las dos formas ya enumeradas anteriormente para que pudiéramos encasillar nuestras lesiones. Así podemos decir que el caso uno, tres y cuatro del presente trabajo, pertenecen a las formas quísticas. El caso dos, en cambio pertenece al grupo de lesiones tumorales de Praetorius y Gorlin.

Es llamativo el hecho que esta última lesión aparezca en edades avanzada y en forma tan agresivas. La descripción de los autores citados últimamente coincide con nuestro caso notándose también la elevada edad, de los pacientes portadores de esta lesión.

Finalmente la histología de las mismas no nos permite pensar que la forma tumoral sea una faz evolutiva, con transformación neoplásica del Q.O.C. como ocurre con otras lesiones odontogénicas.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMS, A.M. y HOWELL, F.M. The calcifying odontogenic cyst. Report of four cases. *Oral Surg.* 25: 596-606, 1968.
2. ALTINI, M. y FARMAN, A.G. The calcifying odontogenic cyst. *Oral Surg.* 40: 751-759, 1975.
3. BHASKAR, S.N. Gingival cyst and the keratinized ameloblastoma. *Oral Surg.* 19: 796-807, 1965.
4. BOSS, J.H. A rare variant of ameloblastoma. *Arch. Path.* 25: 849-855, 1959.
5. BRADY, F.A., BLASCHKE, D.D. y CHRISTENSEN, R. The Calcifying odontogenic cyst (Gorlin cyst), Review of the literature and report of a case. *Ann. Dent.* 36: 92-98, 1977.
6. CHAVES, E. y PESSOA, J. The calcifying odontogenic cyst. Report of two cases. *Oral Surg.* 25: 849-855, 1968.
7. DAVID, R. y BUCHNER, A. Calcifying odontogenic cyst with intracellular amyloid like material. *Oral Surg.* 41: 758-764, 1976.
8. DUCKWORT, R. y SEWARD, G.R. A melanotic ameloblastic odontoma. *Oral Surg.* 19: 73-85, 1965.
9. EBLIGN, H. y WARNER, J.E. Calcifying odontogenic cyst. *Oral Surg.* 24: 537-539, 1967.
10. EDA, S., KAWAHARA, H., YAMAMURA, T., YMAIZUMI, J., OHI, M., y YCHIKAWA, T. A case of calcifying odontogenic cyst associated with odontoma. *Bull Tokyo Dent. Coll.* 12: 1-7, 1971.
11. FARMAN, A.G., SMITH, S.N., NORRYE, CH. J., y GROTEPASS, F.M. Calcifying odontogenic cyst with ameloblastic fibro-odontoma, one lesion or two. *J. Oral Path.* 7: 19-27, 1978.
12. FEJERSKOV, O. y KROGH, J. The calcifying last coll odontogenic tumor or the calcifying odontogenic cyst. *J. Oral Path.* 1: 273-287, 1972.
13. GOLD, L. The keratinizing and calcifying odontogenic cyst. *Oral Surg.* 16: 1414-1424, 1963.
14. FREEDMAN, P.D., LUMERMAN, H., y GEE, J.K. Calcifying odontogenic cyst. *Oral Surg.* 40: 93-106, 1975.
15. GORLIN, R.J., PINDBORG, J.J., CLAUSENF, P., y VICKERS, R.A. The calcifying odontogenic cyst. A possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. *Oral Surg.* 15: 1235-1243, 1962.
16. GORLIN, R.J., PINDBORG, J.J., REDMAN, R.S., WILLIAMSON, J.J. y HANSEN, L.S. The calcifying odontogenic cyst. A

Fig. 1 - Radiografía. Cavity delimitada. Reabsorción de la raíz del primer premolar. Se observan calcificaciones que recuerdan denticulos.

Fig. 2 - Pieza operatoria. Calcificaciones.



1



2

Fig. 3 - Membrana quística con células fantasmas.

Fig. 4 - Masas de células fantasmas fuertemente eosinófilas.

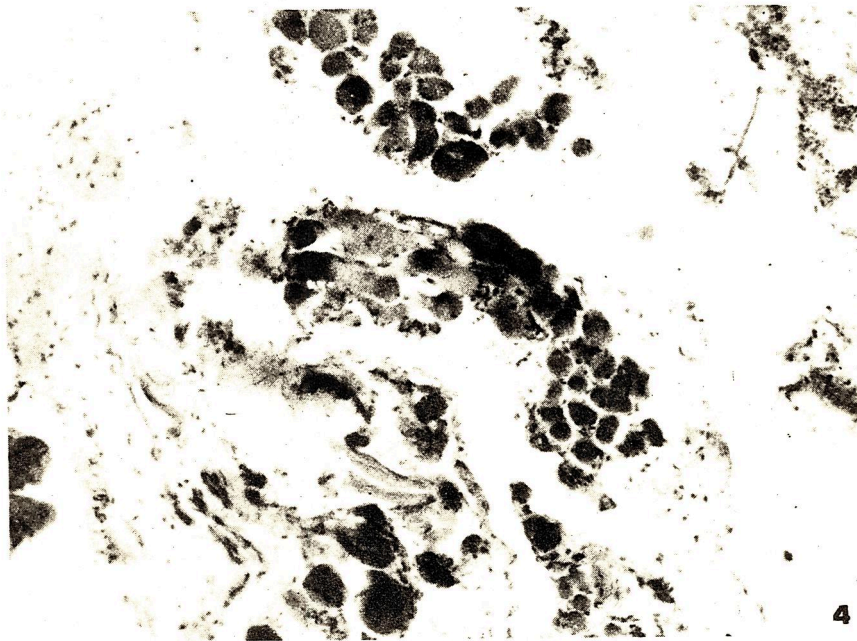
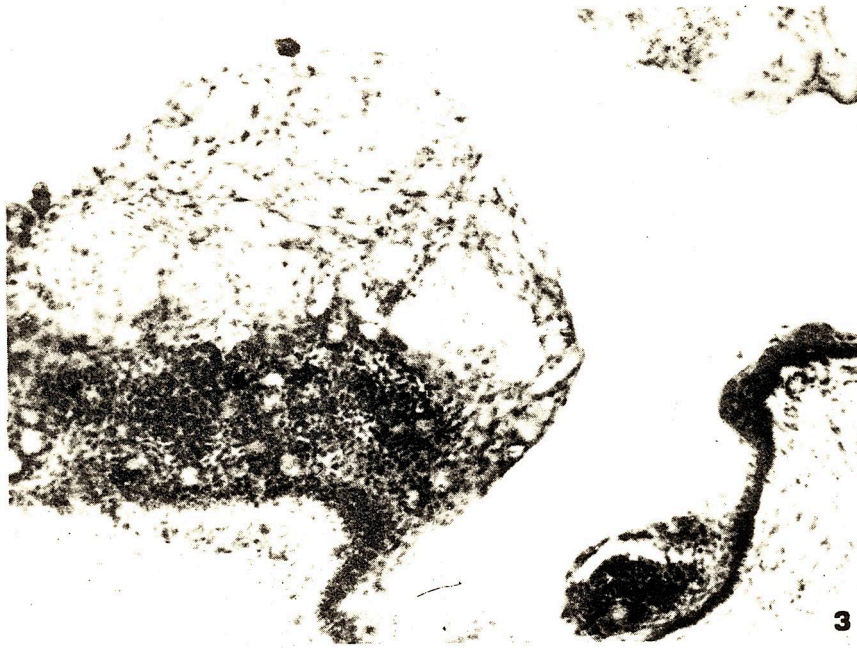
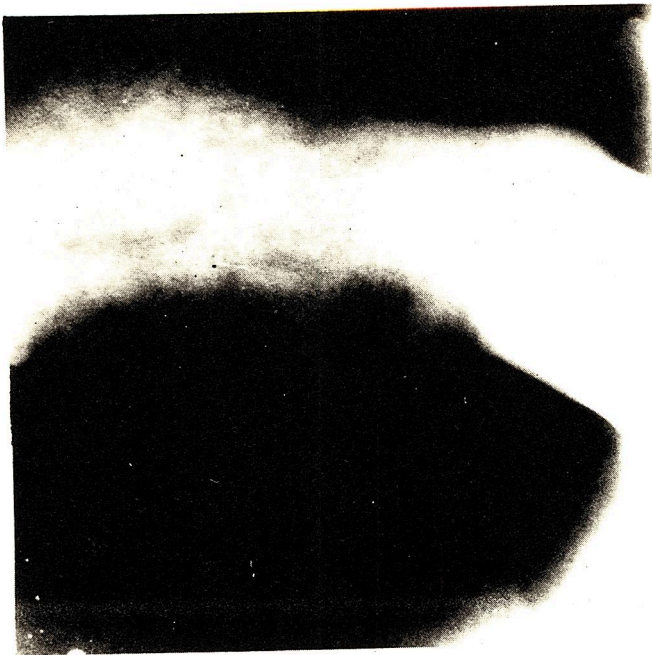


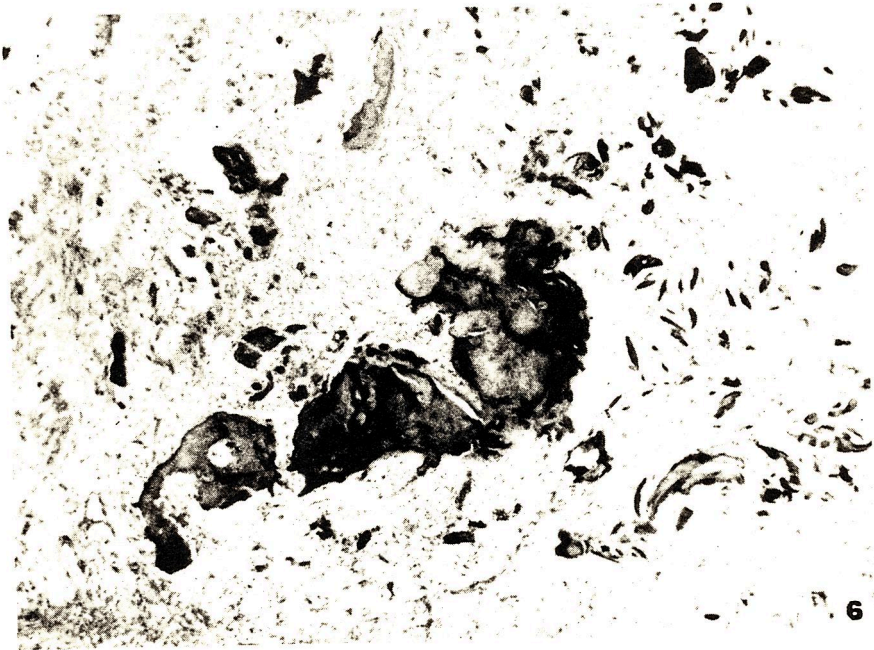


Fig. 5 - Radiografía. Áreas de Reabsorción ósea.

Fig. 6 - Masas de células fantasmas y osteoide.



5



6

Fig. 7 - Se observan islotes de epitelio odontogénico con calcificaciones y células fantamas.

Fig. 8 - Epitelio odontogénico con aspecto que recuerda al del ameloblastoma. Además células fantamas calcificadas.

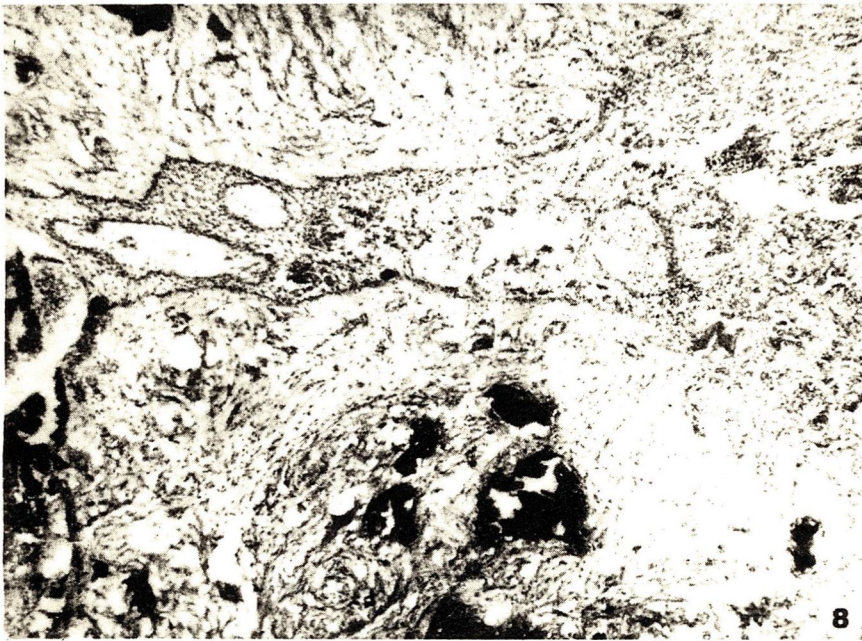


Fig. 9 - Vista topográfica de la lesión observándose su aspecto sólido.

Fig. 10 - Radiografía. Se observa zona radiolúcida y reabsorción radicular del primer molar.

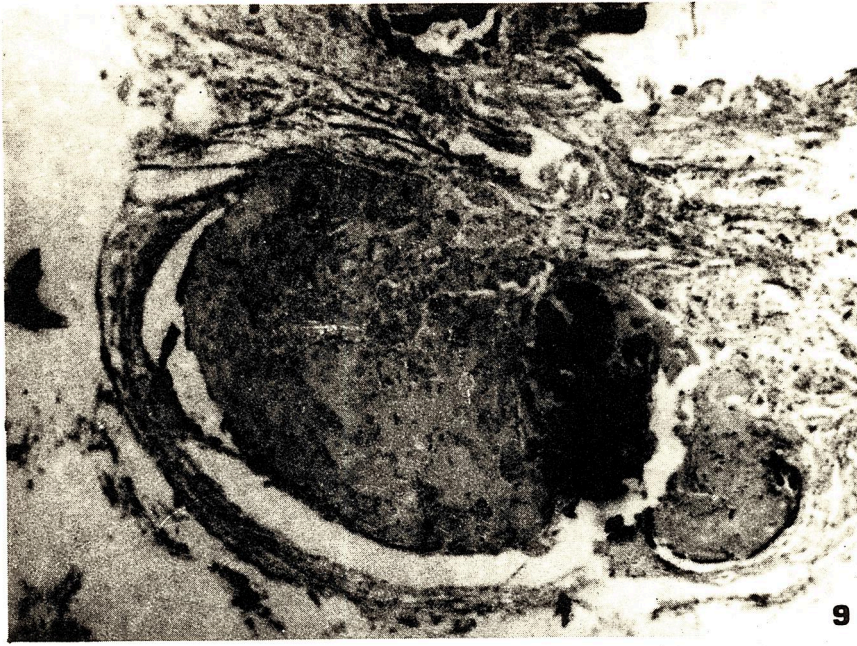
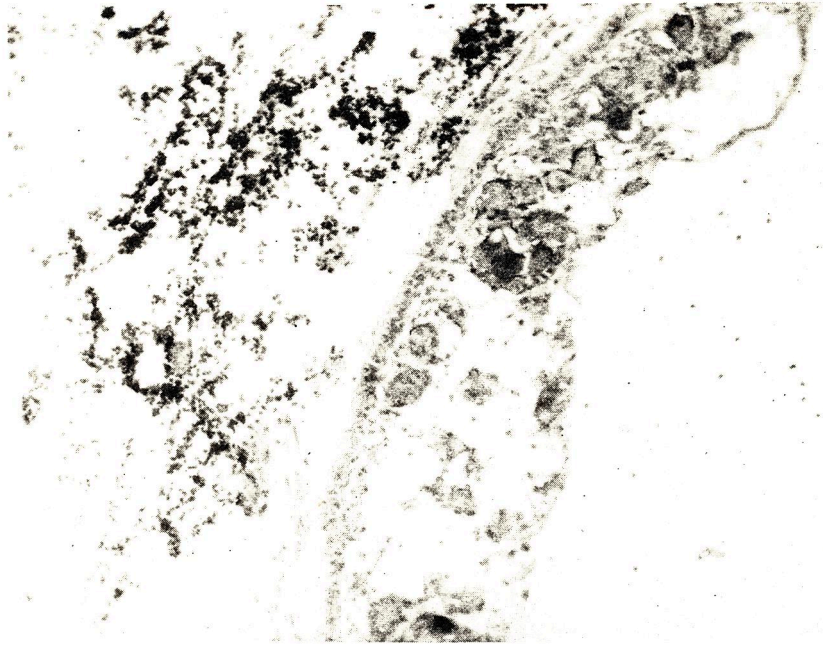
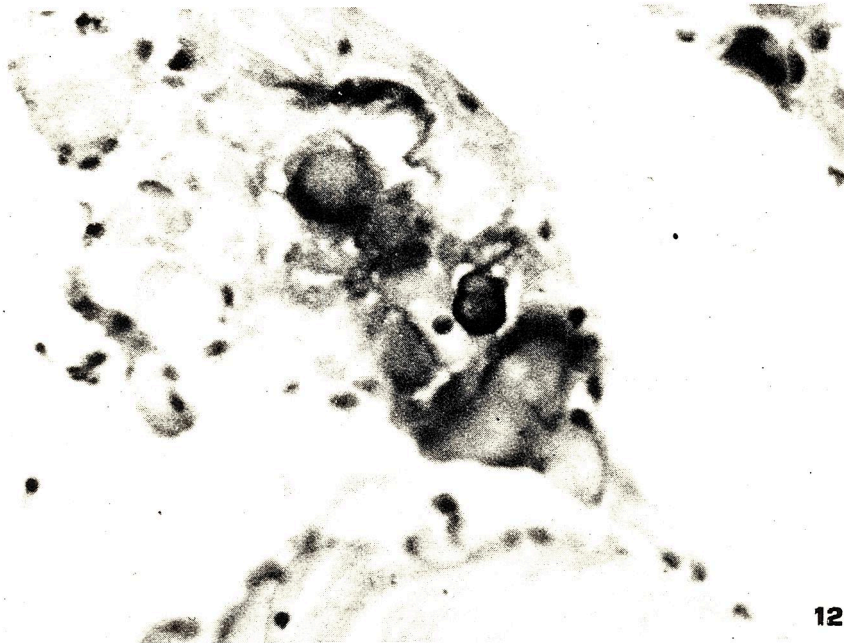


Fig. 11 - Vista topográfica. La limitante epitelial y las células fantasmas.

Fig. 12 - Grupo de células fantasmas.



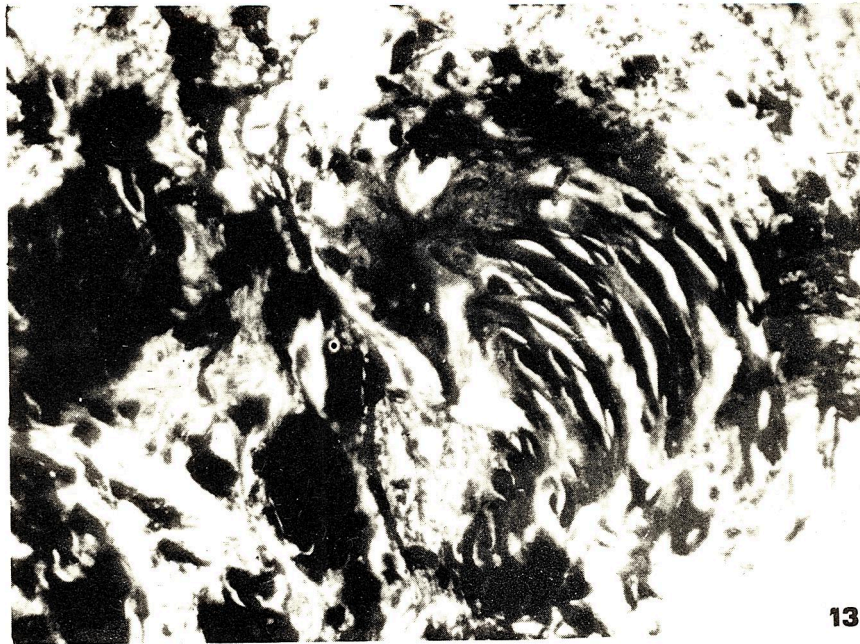
11



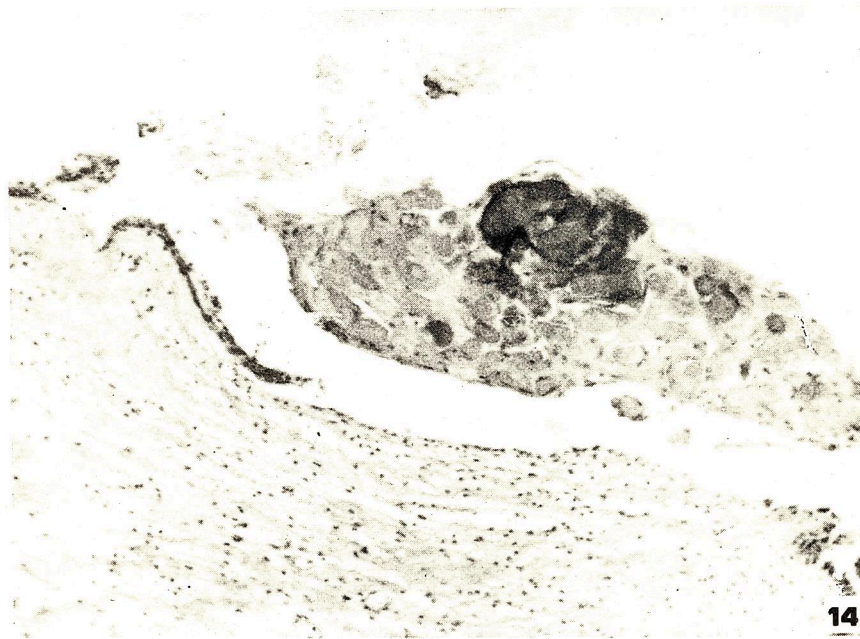
12

Fig. 13 - Modificación de la técnica de Masson para queratina.

Fig. 14 - Vista topográfica de la lesión donde se observa la estructura quística.



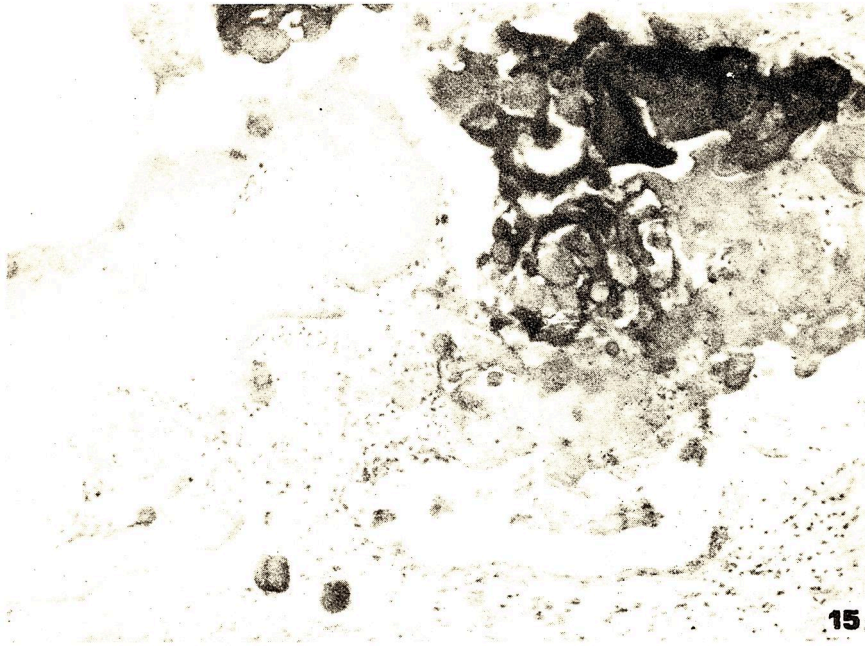
13



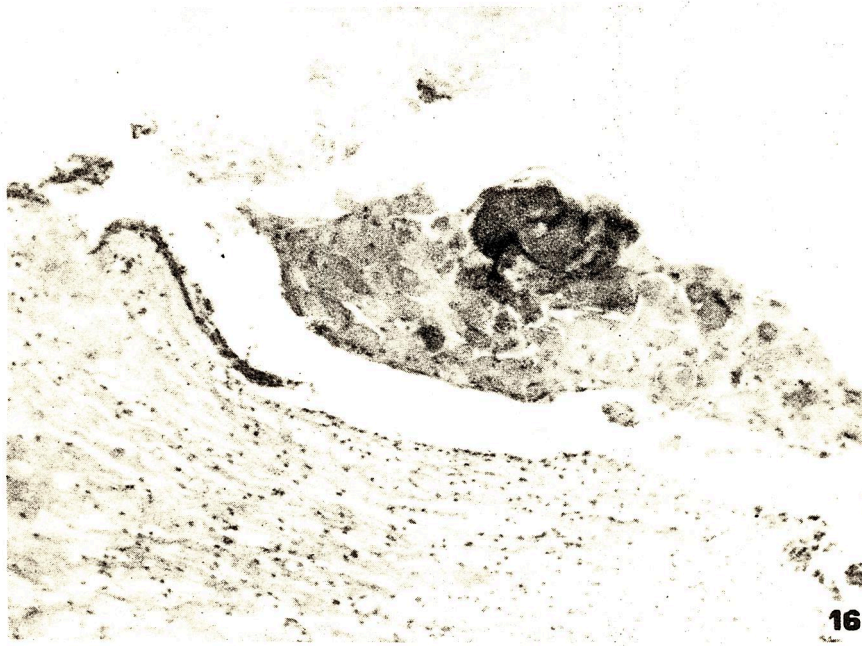
14

Fig. 15 - Células fantasmas junto a limitante epitelial.

Fig. 16 - Tejidos osteoide y dentinoide.



15



16

