

# Αδενοειδής οδοντογενής κύστη (σιαλο-οδοντογενής κύστη): Παρουσίαση περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Κ. Τόσιος<sup>1</sup>, Κ. Αλεξανδρίδης<sup>2</sup>, Ι. Διαμάντης<sup>3</sup>,  
Ε. Αγγελοπούλου<sup>4</sup>

Λέξεις ευρετηρίου  
Κύστεις των γνάθων,  
αναπτυξιακές κύστεις,  
αδενοειδής  
οδοντογενής κύστη,  
σιαλο-οδοντογενής  
κύστη, βοτρυοειδής  
οδοντογενής κύστη

Η αδενοειδής οδοντογενής κύστη ή σιαλο-οδοντογενής κύστη είναι μια σπάνια αναπτυξιακή κύστη των γνάθων, με ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά και βιολογική συμπεριφορά. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται περίπτωση αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης σε άνδρα 53 ετών. Η κύστη αποκαλύφθηκε τυχαία στην περιοχή του κλάδου της κάτω γνάθου με ασυμπτωματική ακτινοδιαύγαση γύρω από τη μύλη έγκλειστου σωφρονιστήρα. Ανασκοπούνται, επίσης, τα κύρια κλινικά, ακτινογραφικά και θεραπευτικά στοιχεία 47 τεκμηριωμένων περιπτώσεων αδενοειδούς κύστης από την αγγλόφωνη βιβλιογραφία.

Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2001, 55(2): 153-161.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αδενοειδής οδοντογενής κύστη (glandular odontogenic cyst) ή σιαλο-οδοντογενής κύστη (sialo-odontogenic cyst) σπάνια αναπτυξιακή κύστη των γνάθων, με ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά και βιολογική συμπεριφορά.<sup>1</sup> Η πρώτη περίπτωση βλεννοπαραγωγού κύστης (mucous producing cyst) ή σιαλο-οδοντογενούς κύστης παρουσιάστηκε το 1984 από τον Gardner (αναφέρεται από τους Gardner και Morency<sup>2</sup>), αλλά η οντότητα έγινε γνωστή το 1987, όταν οι Padayachee και Van Wyk<sup>3</sup> δημοσίευσαν δύο περιστατικά πολύχρωρων κύστεων της κάτω γνάθου, με χα-

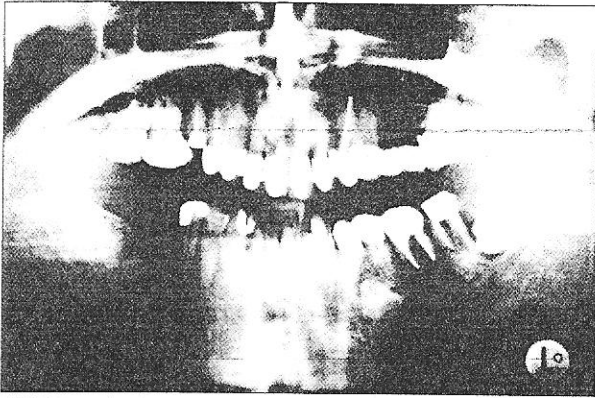
ρακτηριστικά βοτρυοειδούς οδοντογενούς κύστης και βλεννοεπιδερμοειδούς όγκου. Το 1988, οι Gardner και συν.<sup>4</sup> περιέγραψαν τα κλινικοπαθολογικά γνωρίσματα της κύστης και πρότειναν να καθιερωθεί ως χωριστή οντότητα, με το όνομα αδενοειδής οδοντογενής κύστη. Οι Sadeghi και συν.<sup>5</sup> προτίμησαν τον όρο βλεννοεπιδερμοειδής κύστη (mucoperidermoid odontogenic cyst), ενώ οι High και συν.<sup>6</sup> περιέλαβαν περιπτώσεις αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης στην κατηγορία της *πολύμορφης οδοντογενούς κύστης* (polymorphous odontogenic cyst).

Η αδενοειδής οδοντογενής κύστη εμφανίζεται ως ασυμπτωματική διόγκωση, συχνότερα στις πρόσθιες περιοχές της κάτω γνάθου, και απεικονίζεται ακτινογραφικά ως μονόχωρη ή πολύχωρη διαύγαση με ακτινοσκιερό περίγραμμα.<sup>7</sup> Μικροσκοπικά, παρατηρείται ένα φάσμα ιστολογικών χαρακτηριστικών.<sup>1, 4, 8, 9</sup> Το τοίχωμα επενδύεται από μη-κερατινοποι-

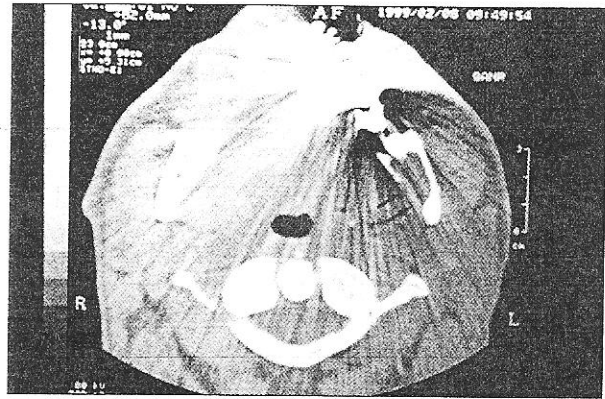
Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

1 Ειδικός επιστήμονας  
2 Αναπληρωτής Καθηγητής  
3 Μεταπτυχιακός φοιτητής  
4 Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Αλληλογραφία: Κ. Τόσιος, Οδοντιατρική Σχολή, Θηβών 2, 115 27 Αθήνα



**ΕΙΚΟΝΑ 1.** Στην πανοραμική ακτινογραφία παρατηρείται ακτινοδιαύγαση με σαφή όρια στον αριστερό κλάδο της κάτω γνάθου, γύρω από τον έγκλειστο σωφρονιστήρα.



**ΕΙΚΟΝΑ 2.** Στην αξονική τομογραφία διακρίνεται διάβρωση του γλωσσικού οστικού πετάλου αριστερά.

μένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χωρίς επιθηλιακές καταδύσεις, που εμφανίζει εστιακές παχύνσεις ή πλάκες με στροβιλοειδή ή σφαιροειδή διάταξη των κυττάρων. Η επιφανειακή στιβάδα του επιθηλίου αποτελείται συνήθως από πωσινόφιλα κυβοειδή κύτταρα ή βλεννώδη κύτταρα, που σχηματίζουν θηλώδεις και φυλλοειδείς προσεκβολές. Στο επιφανειακό ημιμόριο του επιθηλίου, βλεννώδη κύτταρα αθροίζονται σε ομάδες που μοιάζουν με αδενοκυψέλες, ενώ από καταδύσεις του επιθηλίου προς το συνδετικό ιστό δημιουργούνται δομές που μοιάζουν με εκφορητικούς πόρους. Οι δομές αυτές, που περιγράφονται ως «κρύπτες» ή «μικροκύστες», επενδύονται συχνά από κυβοειδή κύτταρα και περιέχουν βλεννώδες υλικό. Διακρίνονται, επίσης, μεγάλα κοκκιώδη κύτταρα, κροσσωτά κύτταρα, κενοτοπιώδη ή διαυγή κύτταρα, και στη βασική στιβάδα κύτταρα με υπερχρωματικό πυρήνα. Ο συνδετικός ιστός του τοιχώματος είναι συνήθως ελεύθερος φλεγμονωδών διηθήσεων, και μπορεί να εμφανίζει ακανόνιστες ενασβεστιώσεις ή νησίδες οδοντογενούς επιθηλίου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης και η ανασκόπηση των τεκμηριωμένων περιπτώσεων που έχουν δημοσιευ-

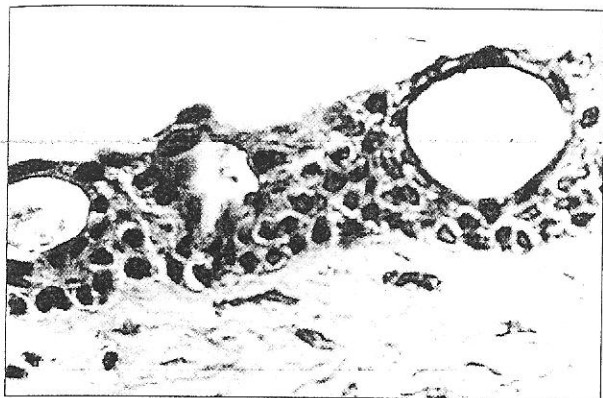
θεί στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας 53 ετών παραπέμφθηκε για την αντιμετώπιση ασυμπτωματικής διαυγαστικής βλάβης στην περιοχή του κλάδου της κάτω γνάθου, που ανακαλύφθηκε τυχαία σε ακτινογραφικό έλεγχο. Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ήπια έκπτυξη του παρειικού οστικού πετάλου και εντονότερη του γλωσσικού στην περιοχή του κλάδου της κάτω γνάθου. Στην πανοραμική ακτινογραφία (εικ. 1) παρατηρήθηκε εκτεταμένη ακτινοδιαύγαση με σαφή όρια, η οποία περιέβαλε έγκλειστο σωφρονιστήρα. Λόγω της μεγάλης έκτασης της κύστης έγιναν προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες και αξονική τομογραφία, προκειμένου να εντοπισθούν τα ακριβή όρια της βλάβης. Στην αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε διάβρωση του γλωσσικού οστικού πετάλου (εικ. 2). Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν οδοντοφόρος κύστη, και αποφασίστηκε η εκπυρήνιση της κυστικής εξεργασίας.

Παρασκευάστηκε οστικό παράθυρο στο πρόσθιο χείλος του κλάδου της κάτω γνάθου,



**ΕΙΚΟΝΑ 3.** Στο επενδυτικό επιθήλιο της κύστης παρατηρούνται κυστικοί χώροι που μοιάζουν με εκφορητικούς πόρους σιαλογόνων αδένων.



**ΕΙΚΟΝΑ 4.** Το τοίχωμα της κύστης επενδύεται κυρίως από κυβοειδή-κυλινδρικά κύτταρα, ενώ διακρίνονται και διάσπαρτα βλενώδη κύτταρα (αιχμές).

μέσω του οποίου έγινε διάνοιξη του κυστικού σάκκου και εξαγωγή του έγκλειστου δοντιού. Κατά τη διάνοιξη εξέρρευσε πυκνό, κιτρινόφαιο υγρό. Το τοίχωμα της κυστικής εξεργασίας ήταν λευκόφαιο, λείο, ελαστικό, και ιδιαίτερα παχύ, με ισχυρή πρόσφυση στο γύρω οστόν. Η κύστη εκτεινόταν προς τους μαλακούς ιστούς, γλωσσικά του κλάδου της κάτω γνάθου, και ερχόταν σε άμεση επαφή με το κάτω φατνιακό νεύρο. Μετά από την εκπιρύνιση της κύστης το τραύμα συρράφθηκε για επούλωση κατά πρώτο σκοπό.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και δεν παρατηρήθηκαν νευρολογικά ενοχλήματα, παρά την άμεση επαφή της κύστης με το κάτω φατνιακό νεύρο.

### ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο κυστικός σάκκος ήταν μονόχωρος, με διαστάσεις 3x2x1 εκ. Μικροσκοπικά, το τοίχωμα του σάκκου αποτελείτο από ινώδη συνδετικό ιστό, επενδύόμενο από λεπτό, μη-κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χωρίς επιθηλιακές καταδύσεις. Στο επιθήλιο διακρίνονταν κυστικοί χώροι που έμοιαζαν με εκφορητικούς πόρους (εικ. 3), επιφανειακά κυβοειδή-κυλινδρικά κύτταρα με πω-

σινόφιλο κυτταρόπλασμα και βλενώδη κύτταρα (εικ. 4). Εστιακά, παρατηρήθηκαν παχύνσεις του επιθηλίου και καταδύσεις, με τη μορφή διαπλεκόμενων χορδών προς τον υποκείμενο συνδετικό ιστό.

Ο συνδετικός ιστός ήταν διηθημένος από φλεγμονώδη κύτταρα, κυρίως λεμφοκύτταρα και πλάσματοκύτταρα. Διακρίνονταν, επίσης, ομάδες από ξανθωματώδη φαγοκύτταρα, που εκτεινόταν ενδοεπιθηλιακά, αιμορραγικές διηθήσεις, εναποθέσεις αιμοσιδρινής και χοληστερινοκοκκιώματα.

Τα ευρήματα ήταν συμβατά με φλεγμαίνουσα αδενοειδή οδοντογενή κύστη.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αδενοειδής οδοντογενής κύστη θεωρείται σπάνια οντότητα. Η συχνότητα της, σε δύο σειρές οδοντογενών κύστεων, ήταν 1,3%<sup>10</sup> και 0,012%,<sup>11</sup> αντίστοιχα. Πολλές περιπτώσεις αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης ενδέχεται να έχουν διαγνωσθεί ως άλλη οδοντογενής κύστη (βοτρυοειδής ή πλάγια περιοδοντική) ή κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.<sup>7,12,13</sup>

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα κύρια κλινικά και ακτινογραφικά στοιχεία, και η θε-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Κύρια κλινικά και ακτινογραφικά στοιχεία, και θεραπευτική αντιμετώπιση 47 περιπτώσεων αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης.

α/α	παραπομπή	ηλικία	φύλο	συμπτώματα	εντόπιση	ακτινογραφική εικόνα	θεραπεία	παρακολούθηση (μήνες)	υποτροπή (μήνες)
1	2	46	α	όχι	κάτω πρόσθια	πολύχωρη	απόξεση	10	όχι
2	3	69	α	όχι	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	συντηρητική χειρουργική	54	36
3		71	θ	όχι	κάτω πρόσθια	πολύχωρη	συντηρητική χειρουργική	-1	-
4	4	21	θ	-2	άνω πρόσθια	διαύγαση	εκπυρήνιση	42	όχι
5		59	α	-2	κάτω πρόσθια*	διαύγαση	εκπυρήνιση εκπυρήνιση	55	44
6		44	θ	-2	κάτω πρόσθια	διαύγαση	εκπυρήνιση απόξεση	51 <sup>1</sup>	39
7		85	θ	-2	κάτω πρόσθια-οπίσθια	πολύχωρη	καμία (βιοψία)	-1	-
8		59	α	-2	κάτω πρόσθια*	διαύγαση	απόξεση	6 <sup>1</sup>	όχι
9		44	θ	-2	άνω πρόσθια*	διαύγαση	εκπυρήνιση	24	όχι
10		19	α	-2	κάτω πρόσθια*	διαύγαση	εκπυρήνιση	12	όχι
11		48	α	-2	κάτω πρόσθια*	διαύγαση	εκπυρήνιση	-2	-
12	5	73	θ	όχι	κάτω πρόσθια-οπίσθια (και κλάδος)	πολύχωρη	εκπυρήνιση	-2	-
13	6	41	θ	όχι	κάτω πρόσθια-οπίσθια*	πολύχωρη	-χειρουργική -εκπυρήνιση -εκπυρήνιση	66	24 36
14		75	α	όχι	κάτω οπίσθια (και κλάδος)	πολύχωρη	-χειρουργική + κρυσπηξία -απόξεση	60	36 24
15		41	α	πόνος	κάτω πρόσθια-οπίσθια*	μονόχωρη	εκπυρήνιση	180	96
16		53	α	«πίεση, ευαισθησία»	κάτω πρόσθια*	μονόχωρη	εκπυρήνιση	18	όχι
17	7	69	α	όχι	άνω πρόσθια	μονόχωρη	απόξεση	67	29
18		43	α	πόνος	κάτω πρόσθια	πολύχωρη	εκπυρήνιση	25	όχι
19	10	27	θ	όχι	κάτω πρόσθια*	μονόχωρη	εκπυρήνιση	24	όχι
20		14	α	όχι	άνω πρόσθια	μονόχωρη	καμία (βιοψία)	-	-
21	11	60	α	όχι	κάτω πρόσθια	μονόχωρη	εκπυρήνιση	96	όχι
22		64	α	όχι	κάτω πρόσθια	μονόχωρη	εκπυρήνιση	132	όχι
23		75	θ	όχι	κάτω οπίσθια (και κλάδος)	πολύχωρη	εκπυρήνιση	36 <sup>1</sup>	όχι
24		30	α	όχι	άνω πρόσθια*	μονόχωρη	εκπυρήνιση	48	36
25		58	θ	όχι	άνω πρόσθια	μονόχωρη	εκπυρήνιση	24	όχι
26		56	α	όχι	κάτω πρόσθια-οπίσθια	μονόχωρη	εκπυρήνιση	36	36
27		46	θ	όχι	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	χειρουργική	6	6
28	13	32	α	«ευαισθησία»	άνω πρόσθια	μονόχωρη	απόξεση	29 <sup>1</sup>	29
29	14	64	θ	πόνος	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	γναθεκτομή	34	όχι
30	15	59	α	όχι	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	χειρουργική	-2	-
31	16	45	α	όχι	κάτω πρόσθια*	μονόχωρη	περιφερική γναθεκτομή	240	όχι
32		39	α	όχι	κάτω πρόσθια-οπίσθια*	πολύχωρη	εκπυρήνιση	120	όχι
33		52	α	πόνος	άνω πρόσθια-οπίσθια	μονόχωρη	ημιγναθεκτομή	168	όχι
34	17	29	α	«ενόχληση»	κάτω οπίσθια	μονόχωρη	διαφατνιακή εξαίρεση	14	όχι

35	18	50	θ	όχι	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	εκφυρήνιση	38	όχι
36	19	56	θ	όχι	κάτω οπίσθια	πολύχωρη	βιοψία-εξαίρεση	12	όχι
37	20	72	α	πόνος	κάτω πρόσθια	πολύχωρη	χειρουργική	24	όχι
38	21	37	α	πόνος	κάτω πρόσθια-οπίσθια*	πολύχωρη	περιφερική γναθεκτομή	41	όχι
39		46	θ	-2	κάτω πρόσθια	πολύχωρη	απόξεση	132	4
40		44	θ	-2	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	εκφυρήνιση	-1	-
41		49	θ	«ενόχληση»	κάτω πρόσθια	πολύχωρη	εκφυρήνιση	24	όχι <sup>1</sup>
42	22	54	θ	όχι	κάτω πρόσθια*	μονόχωρη	εκφυρήνιση	12	όχι
43	23	14	θ	όχι	κάτω πρόσθια	μονόχωρη	εκφυρήνιση	24	24
44	24	36	θ	όχι	κάτω οπίσθια (και κλάδος)	πολύχωρη	απόξεση	24	όχι
45	25	90	θ	όχι	κάτω πρόσθια-οπίσθια*	πολύχωρη	καμία (βιοψία)	-	-
46	26	54	α	πόνος	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	χειρουργική (en block) (en block) + κρυοπηξία	12	12
47	27	70	α	όχι	κάτω πρόσθια*	πολύχωρη	γναθεκτομή	3	όχι

\* Επεκτείνεται πέραν της μέσης γραμμής.

1. Δεν προσήλθε για επανεξέταση.

2. Δεν αναφέρεται.

3. Αναφέρεται από τους Tosios και συν.<sup>28</sup>

4. Επτά χρόνια μετά από την αφαίρεση της κύστης αφαιρέθηκε πολύχωρη κύστη από τη δεξιά πλευρά του σώματος της γνάθου, η ιστολογική εικόνα και η σχέση της οποίας με την περίπτωση που παρουσιάζεται δεν διευκρινίζονται.

ραπευτική αντιμετώπιση και εξέλιξη 47 τεκμηριωμένων περιπτώσεων αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης, από την αγγλόφωνη βιβλιογραφία.<sup>2-7, 10, 11, 13-27</sup> Εξαιρέθηκε μια περίπτωση των High και συν,<sup>6</sup> η ιστολογική διάγνωση της οποίας δεν είναι σαφής. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 14 έως 90 χρόνια, με μέση τιμή 50,7 χρόνια ( $\pm 17,7$  χρόνια). Εικοσιέξι ασθενείς ήταν άνδρες και 21 γυναίκες. Η συχνότερη αιτία προσέλευσης ήταν η διόγκωση, η οποία αποδίδεται στη δυνατότητα της κύστης να πάρει μεγάλες διαστάσεις.<sup>13</sup> Επτά ασθενείς ανέφεραν πόνο, δύο «ενόχληση», και δύο «πίεση» ή «πίεση και ευαισθησία». Τα ενοχλήματα πιθανώς οφείλονται στη διάταση ή συμπίεση των αγγειονευρωδών δερματίων της περιοχής από την μεγεθυόμενη κύστη, αφού η παρουσία φλεγμονής είναι ασυνήθιστη.<sup>7</sup>

Στην κάτω γνάθο εντοπιζόνταν 40 κύστες και στην άνω 7. Ειδικότερα για την κάτω γνά-

θο, 26 περιπτώσεις εντοπιζόνταν στις πρόσθιες περιοχές (τομείς, κυνόδοντας, προγόμφιοι), 10 επεκτείνονταν στις πρόσθιες και οπίσθιες περιοχές (γομφίοι), και 4 εντοπιζόνταν στις οπίσθιες περιοχές. 21 κύστες διέσχιζαν τη μέση γραμμή. Επέκταση στον κλάδο, όπως στην παρούσα περίπτωση, αναφερόταν σε τέσσερις περιπτώσεις.<sup>5,6,11,24</sup>

Ακτινογραφικά, η κύστη περιγραφόταν ως καλά περιγεγραμμένη διαύγαση, πολύχωρη (25 περιπτώσεις) ή μονόχωρη (15 περιπτώσεις). Συνήθως τα όρια της αλλοίωσης εισχωρούν μεταξύ των ριζών των παρακειμένων δοντιών (scalloping), που έχουν συχνά μετακινήθει, αλλά είναι ζωντανά. Εμφάνιση της κύστης γύρω από τη μύλη έγκλειστου δοντιού, όπως στην περίπτωση που παρουσιάζεται, έχει αναφερθεί από τους Ide και συν.<sup>22</sup> Και στις δύο περιπτώσεις, η σχέση του κυστικού σάκκου με τη μύλη του δοντιού επιβεβαιώθηκε μακροσκοπικά.

Τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα της αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης δεν είναι διαγνωστικά, και η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει οδοντογενείς όγκους, όπως το αδαμαντινοβλάστωμα και το μύζωμα, άλλες οδοντογενείς κύστεις, και κεντρικούς όγκους, όπως το γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα και το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.<sup>2, 21, 27</sup>

Η ιστολογική διαφορική διάγνωση γίνεται, κυρίως, από τη βοτρυοειδή οδοντογενή κύστη και από το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.<sup>7</sup> Η βοτρυοειδής οδοντογενής κύστη μπορεί να εμφανίζει κυβοειδή-κυλινδρικά κύτταρα, βλεννώδη κύτταρα και ενδοεπιθηλιακές μικροκύστεις,<sup>29-31</sup> αλλά τα στοιχεία αυτά περιορίζονται σε μικρή έκταση του επιθηλίου.<sup>22</sup> Η ιστολογική διάκριση από το σπάνιο κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα στηρίζεται στην απουσία κυτταρικής ατυπίας και την παρουσία παχύνσεων, στροβιλοειδών σχηματισμών και κυβοειδών-κυλινδρικών ή κροσσωτών κυττάρων.<sup>12,14,18</sup> Οι de Susa και συν<sup>26</sup> παρατήρησαν πως στην αδενοειδή οδοντογενή κύστη δεν ανιχνεύονται ανοσοϊστοχημικά οι κυτοκερατίνες 8 και 18, σε αντίθεση με το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων, εύρημα που δεν έχει επιβεβαιωθεί σε κεντρικά βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα.

Η αναγνώριση των διαγνωστικών ιστολογικών χαρακτήρων της αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης δυσχεραίνεται, επιπλέον, από την παρουσία φλεγμονής, η οποία προσδίδει στο κυστικό τοίχωμα χαρακτήρες φλεγμονώδους οδοντογενούς κύστης<sup>9,10</sup>, όπως παρατηρήθηκε και στην παρούσα περίπτωση.

Η παθογένεια της αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης δεν έχει διευκρινιστεί. Η παρουσία βλεννώδων κυττάρων και δομών, που μοιάζουν με εκφορητικούς πόρους, θέτει την πιθανότητα προέλευσης από αδενικό επιθήλιο.

Ωστόσο, τα βλεννώδη κύτταρα αποτελούν συχνό μεταπλαστικό φαινόμενο σε οδοντογενείς κύστεις, ενώ δομές που μοιάζουν με πόρους έχουν αναφερθεί σε οδοντοφόρες και ουλικές κύστεις και στο σύνθετο οδόντωμα.<sup>15,32</sup> Επιπλέον, τα βλεννώδη κύτταρα και οι αδενικές δομές δεν εκφράζουν ανοσοϊστοχημικά το αντιγόνο επιθηλιακής μεμβράνης (EMA), εύρημα που δεν συμφωνεί με αδενική προέλευση.<sup>20</sup>

Η προέλευση από εγκλεισμό αρχέγονου επιθηλίου κατά τη σύντηξη των εμβρυϊκών αποφύσεων δεν θεωρείται πιθανή. Αν και το πολυδύναμο εξώδερμα του αρχέγονου στόματος έχει τη δυνατότητα να δίνει γένεση τόσο σε πλακώδες όσο και σε αδενικό επιθήλιο,<sup>7</sup> η κύστη αναπτύσσεται συχνότερα σε περιοχές των γνάθων όπου δεν υπάρχουν αποφύσεις<sup>4</sup>.

Αντίθετα, πολλά ιστολογικά στοιχεία υποδηλώνουν την προέλευση της κύστης από οδοντογενές επιθήλιο, όπως η ομοιότητα του επενδυτικού επιθηλίου με το λεπτυνθέν επιθήλιο της αδαμαντίνης,<sup>9</sup> η παρουσία σφαιροειδών δομών ανάλογων με αυτές που παρατηρούνται σε οδοντογενείς κύστεις (πλάγια περιodontική, βοτρυοειδής οδοντογενής) και όγκους (αδενωματοειδής οδοντογενής όγκος, αδαμαντινοβλάστωμα),<sup>4,13,25</sup> η συνύπαρξη με αδαμαντινοβλάστωμα,<sup>4</sup> η επιθηλιακή υπερπλασία που μοιάζει με ακανθωμάτωδη οδοντογενή όγκο,<sup>16</sup> η παρουσία σωματίων υαλίνης<sup>22</sup> και ενασβεστιώσεων σε κύτταρα-φαντάσματα,<sup>25</sup> η παρουσία ενασβεστιώσεων στο τοίχωμα<sup>4</sup> και η ανεύρεση αρχέγονης προ-οδοντίνης.<sup>7</sup> Επιπλέον, το ανοσοϊστοχημικό πρότυπο κερατινοποίησης είναι συμβατό με οδοντογενή βλάβη.<sup>7,26</sup> Υπέρ της οδοντογενούς προέλευσης συνηγορεί και η σχέση της κύστης με έγκλειστα δόντια, όπως συνέβαινε και στην παρούσα περίπτωση.

Η σχέση της αδενοειδούς οδοντογενούς κύ-

στης με άλλες οδοντογενείς κύστες παραμένει αντικείμενο υποθέσεων. Οι ομοιότητες στα κλινικά, ακτινογραφικά, και μικροσκοπικά χαρακτηριστικά της αδενοειδούς οδοντογενούς και της βοτρυοειδούς κύστης οδηγούν πολλούς συγγραφείς<sup>4,14,16,20,23,31</sup> στην υπόθεση πως οι δύο κύστες είναι παραλλαγές της ίδιας οντότητας, άποψη που δεν γίνεται αποδεκτή από άλλους ερευνητές.<sup>3,7</sup> Έχει, επίσης, διατυπωθεί η άποψη πως η αδενοειδής οδοντογενής κύστη αποτελεί εξέλιξη της πλάγιας περιοδοντικής κύστης,<sup>17</sup> ή μεταπλαστικό φαινόμενο σε άλλη οδοντογενή κύστη.<sup>2</sup>

Η αδενοειδής οδοντογενής κύστη αναπτύσσεται αργά, αλλά μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις και να υποτροπιάσει. Από τις περιπτώσεις που έχουν δημοσιευθεί, 35 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, συχνότερα με εκφυρήνιση (24 περιπτώσεις) ή απόξεση (7 περιπτώσεις), 6 με ευρεία αφαίρεση, ενώ σε 3 δεν έγινε θεραπεία. Ενδείξεις επιθετικής συμπεριφοράς θεωρούνται η διάβρωση του οστικού πετάλου, με επέκταση προς τα μαλακά μόρια,<sup>7,10</sup> όπως στην περίπτωση που παρουσιάζεται, η παρουσία πολλαπλών οστικών κοιλότητων,<sup>27</sup> και η απορρόφηση των ριζών των παρακείμενων δοντιών.<sup>11,16,20,21,26</sup> Η αναγνώριση λεπτού κυστικού τοιχώματος και ορώδους ή βλεννώδους περιεχομένου, κατά την αφαίρεση μιας κυστικής αλλοίωσης, θα πρέπει να θέτουν την πιθανό-

τητα αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης.<sup>7,11</sup>

Υποτροπές παρατηρήθηκαν σε 14 από τις 39 περιπτώσεις με παρακολούθηση (36%). Μία κύστη υποτροπίασε δύο φορές. Το χρονικό διάστημα από την αρχική εξαίρεση μέχρι την υποτροπή κυμαινόταν από 6 μήνες ως 10 χρόνια και 3 μήνες, με μέση τιμή 41,6 χρόνια ( $\pm$  29,7 χρόνια). Η μεγάλη συχνότητα υποτροπών αποδίδεται σε ατελή εξαίρεση λόγω της παρουσίας δορυφορικών κύστεων, της τάσης του λεπτού επενδυτικού επιθηλίου να απομακρύνεται από το συνδετικό ιστό και της ανάπτυξης μέσω των μυελικών χώρων.<sup>7,13,21</sup> Οι Tosios και συν.<sup>28</sup> παρατήρησαν έκφραση της αντι-αποπτωτικής πρωτεΐνης bcl-2 στη βασική και στις παραβασικές στιβάδες του επενδυτικού επιθηλίου τριών αδενοειδών οδοντογενών κύστεων, σε αντίθεση με τις οδοντοφόρες κύστες, όπου η αντίδραση περιοριζόταν στη βασική στιβάδα ή ήταν εστιακή. Τα ευρήματα αυτά θεωρήθηκαν ενδεικτικά της σχέσης της βιολογικής συμπεριφοράς της αδενοειδούς οδοντογενούς κύστης με διαταραχή των μηχανισμών της απόπτωσης στο επενδυτικό επιθήλιο.

Οι περισσότερες υποτροπές (7 από 13) εμφανίστηκαν τουλάχιστον τρία χρόνια μετά από την αρχική αφαίρεση, γεγονός που επισημαίνει την ανάγκη παρακολούθησης των ασθενών για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών ως πέντε ετών.<sup>7,13</sup>

## ABSTRACT

K. TOSIOS, K. ALEXANDRIDIS, I. DIAMANTIS, E. ANGELOPOULOU. **Adenoid odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst). Report of a case and review of the literature.** *Odontostomatological Progress* 2001, 55(2): 153-161.

### Key words

Jaw cysts,  
developmental cysts,  
glandular  
odontogenic cyst,  
sialo-odontogenic  
cyst, botryoid  
odontogenic cyst

*Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst) is a rare developmental jaw cyst with unique pathologic features and biologic behavior. A case of glandular odontogenic cyst in a 53-year-old man is reported. It presented as an asymptomatic radiolucency, associated with an impacted third molar tooth in the ascending ramus of the mandible. The clinical, radiological and therapeutic features of 47 previously reported glandular odontogenic cysts are also reviewed.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΤ, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2000, σελ. 503-4
2. GARDNER DG, MORENCY R. The glandular odontogenic cyst, a rare lesion that tends to recur. *J Canad Dent Assoc* 1993, 59: 929-30
3. PΑΔΑΥΑΧΕΕ Α, 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: 499-504
4. GARDNER DG, KESSLER HP, MORENCY R, SCHAFFNER DL. The glandular odontogenic cyst: An apparent entity. *J Oral Pathol* 1988, 17: 359-66
5. SADEGHI EM, WELDON LL, KWON PH, SAMPSON E. Mucoepidermoid odontogenic cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991, 20: 142-3
6. HIGH AS, MAN DMG, KHOO SP, PEDLAR J, HUME WJ. The polymorphous odontogenic cyst. *J Oral Pathol Med* 1996, 25: 25-31
7. 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: 455-62
8. KRAMMER IRH, PINDBORG JJ, SHEAR M. WHO Histological typing of odontogenic tumors. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1992
9. SHEAR M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med* 1994, 23: 1-11
10. van HEERDEN WFP, RAUBENHEIMER EJ, TURNER ML. Glandular odontogenic cyst. *Head Neck* 1992, 14: 316-20
11. MAGNUSSON B, GORANSSON L, ODESJO B, GRONDAHL K, HIRSCH J-M. Glandular odontogenic cyst. Report of seven cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1997, 26: 26-31
12. WALDRON CA, KOH M-L. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaws: Report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialodontogenic, and glandular odontogenic cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1990, 48: 871-7
13. ECONOMOPOULOU P, PATRIKIOU A. Glandular odontogenic cyst of the maxilla: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995, 53: 834-7
14. FICARRA G, CHOU L, PANZONI E. Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst). A case report. *J Oral Pathol Med* 1990, 19: 331-3
15. LINDH C, LARSSON A. Unusual jaw-bone cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1990, 48: 258-63
16. PATRON M, COLMENERO C, LAURRAURI J. Glandular odontogenic cyst: Clinicopathologic analysis of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991, 72: 71-4
17. TAKEDA Y. Glandular odontogenic cyst mimicking a lateral periodontal cyst: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994, 23: 96-7
18. TOIDA M, NAKASHIMA E, OKUMURA Y, TATEMATSU N. Glandular odontogenic cyst: A case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 1994, 52: 1312-6
19. de CARVALHO YR, KIMAIID A, GUIMARAES CABRAL LA, de OLIVEIRA NOGUEIRA T. The glandular odontogenic cyst: A case report. *Quint Int* 1994, 25: 351-4
20. SEMBA I, KITANO M, MIMURA T, SONODA S, MIYAWAKI A. Glandular odontogenic cyst: Analysis of cytokeratin expression and clinicopathological features. *J Oral Pathol Med* 1994, 23: 377-82
21. HUSSAI K, EDMONDSON HD, BROWNE RM. Glandular odontogenic cysts. Diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995, 79: 593-602
22. IDE E, SHIMOYAMA T, HORIE N. Glandular odontogenic cyst with hyaline bodies: an unusual dentigerous presentation. *J Oral Pathol Med* 1996, 25: 29-4
23. SAVAGE NW, JOSEPH BK, MONSOUR PA, YOUNG WG. The glandular odontogenic jaw cyst: Report of a case. *Pathology* 1996, 28: 370-2
24. MANOJLOVIC S, GRUREVIC J, KNEZEVIC G, KRUSLIN B. Glandular odontogenic cyst: A case report and clinicopathologic analysis of the relationship to central mucoepidermoid carcinoma. *Head Neck* 1997, 19: 227-31
25. RAMER M, MONTAZEM A, LANE SL, LUMERMAN H. Glandular odontogenic cyst. Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral*



- Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997, 84: 54-7
26. de SOUSA SOM, CABEZAS NT, de OLIVEIRA PT, de ARAUJO VC. Glandular odontogenic cyst. Report of a case with cytokeratin expression. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997, 83: 478-83
  27. CHAVEZ JA, RICHTER KJ. Glandular odontogenic cyst of the mandible. J Oral Maxillofac Surg 1999, 57: 461-4
  28. TOSIOS K, KAKARATZA-ANGELOPOULOU E, KAPRANOS N. Immunohistochemical study of bcl-2 protein, Ki-67 antigen and p53 protein in epithelium of glandular odontogenic cysts and dentigerous cysts. J Oral Pathol Med 2000, 29: 139-44
  29. PHELAN JA, KRITCHMAN D, FUSCO-RAMER M, FREEDMAN PD, LUMERMAN H. Recurrent botryoid odontogenic cyst (lateral periodontal cyst). Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988, 66: 345-8
  30. HEIKINHEIMO K, HAPPONEN R-P, FORSELL K, KUUSILEHTO A, VIRTANEN I. A botryoid odontogenic cyst with multiple recurrences. Int J Oral Maxillofac Surg 1989, 19: 10-3
  31. ALTINI M, SHEAR M. The lateral periodontal cyst: an update. J Oral Pathol Med 1992, 21: 245-50
  32. TAKEDA Y. Duct-like structures in odontogenic epithelium of compound odontoma. J Oral Pathol Med 1991, 20: 184-6

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΗΣ

### ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

#### Η ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

3 Νοεμβρίου 2001

Ώρα 09.30-13.30

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:** Σ. Παπανικολάου, Καθηγητής Στοματολογίας Παν/μίου Αθηνών

**ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΕΣ:** Ο. Νικολάτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Στοματολογίας Παν/μίου Αθηνών

Π. Οικονομοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Στοματολογίας Παν/μίου Αθηνών

Α. Σκλαβούνου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Στοματολογίας Παν/μίου Αθηνών

Ε. Χρυσομάλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Στοματολογίας Παν/μίου Αθηνών

#### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Στη στοματική κοιλότητα μπορούν να αναπτυχθούν εξεργασίες φλεγμονώδους, αντιδραστικής ή νεοπλασματικής αρχής, καθώς επίσης και βλάβες που αποτελούν εκδήλωση δερματικών ή γενικότερα διαφόρων συστηματικών νοσημάτων. Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νόσων του στόματος είναι ευθύνη του οδοντίατου που εκτός από τη θεραπεία των οδοντικών και περιοδοντικών παθήσεων, θα πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίζει και τις παθήσεις της στοματογεννητικής περιοχής.

Στο Σεμινάριο αυτό θα δειχθούν περιπτώσεις τέτοιων παθήσεων που συναντώνται στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη και θα συζητηθούν τρόποι διάγνωσης και αντιμετώπισής τους.

#### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

- Κλινικά περιστατικά μέσω διαφανειών
- Συζήτηση κλινικών περιπτώσεων
- Χορήγηση εντύπου υλικού

Αριθμός συμμετεχόντων 30

Συμμετοχή 20.000