

CASO CLÍNICO

TUMOR ODONTÓGENO ADENOMATOIDE EN REGIÓN MANDIBULAR. REPORTE DE UN CASO.

ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR OF THE MANDIBLE. A CASE REPORT.

Dr. Ernesto Sánchez Cabrales^(a), Dr. José Díaz Martínez^(b), Dr. Iván Cuevas Veliz^(c), Dr. Iván Cuevas Pérez^(d), Dr. Alíán Serra Ortega^(e).

- (a) Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial.
 (b) Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Auxiliar.
 (c) Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Instructor.
 (d) Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Consultante.
 (e) Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Instructor.
 Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR).
 La Habana - Cuba.

RESUMEN

El Tumor Odontogénico Adenomatoides, es un tumor poco frecuente derivado del epitelio odontogénico que contiene estructuras canaliculares con modificaciones inductivas de intensidad variable en el tejido conjuntivo. Es una lesión de crecimiento lento y poco invasiva pero que se puede asemejar a otras lesiones odontogénicas de mayor agresividad como el quiste dentífero y el ameloblastoma entre otros. Otros tumores que se encuentran dentro de este grupo son el fibroma ameloblástico, el odontoameloblastoma, el quiste odontogénico calcificante, y los odontomas compuesto y complejo.

Este grupo de lesiones puede o no tener formaciones de tejido duro dental dentro de ellos. Por esta razón, se decide reportar este caso donde se hace su estudio histopatológico, se revisa la literatura acerca de este tumor odontogénico benigno, sus características clínicas, radiográficas, tratamiento, así como los diagnósticos diferenciales, que se deben considerar.

Palabras Clave.- Tumor odontogénico, adenomatoides.

ABSTRACT

Adenomatoid odontogenic tumor, is a rare tumor derived from odontogenic epithelium containing canalicular structures with inductive variable intensity changes in the tissue. It is a slow growing lesion and less invasive but can mimic other more aggressive odontogenic lesions such as dentigerous cyst and ameloblastoma among others. Other tumors found in this group are the ameloblastic fibroma, the odontoameloblastoma, calcifying odontogenic cyst, and complex and composite odontoma.

This group of lesions may or may not have dental solid tissue formation within them. For this reason, we decided to report this case where histopathology was performed. We review literature about this benign odontogenic tumor, its clinical implications, radiographic aspect, treatment and differential diagnoses, that must be considered.

Keywords.- Odontogenic tumor, adenomatoid.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Ernesto Sánchez Cabrales - Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial - Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - La Habana - Cuba.
 E-mail: jrdiaz@infomed.sld.cu.

Fecha de Recepción: 12 de octubre 2011 - Fecha de Aprobación: 27 de enero 2012

INTRODUCCIÓN

El Tumor Odontogénico Adenomatoides, es un tumor benigno. Se desarrolla del órgano del esmalte, lámina dental, epitelio reducido del esmalte o de sus remanentes. Representa entre el 1 y el 9% de los tumores odontogénicos. Es una lesión clasificada por la OMS dentro de los tumores odontogénicos con participación del ectomesénquima, ya que puede contener, además del epitelio, tejido calcificado en su interior¹.

De acuerdo a diversas series, los tumores odontogénicos más frecuentes son los odontomas, seguidos por el ameloblastoma y el mixoma, los cuales en conjunto representan alrededor del 70% de todos los tumores odontogénicos^{2,3}.

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen extra o intraoral con un diámetro que fluctúa entre 1 y 3 cm. El aumento de volumen tanto intra como extraoral es el principal síntoma, generalmente este aumento de volumen es de consistencia firme. Se presenta en individuos entre los 5 y 30 años, pero la mayor parte de los casos ocurre en la segunda década de la vida y afecta más a mujeres que a hombres, siendo el maxilar superior el sitio de mayor localización⁴.

Su primera descripción data de 1907 por Dreisblat, que lo denominó pseudo-adenoma-adamantinoma⁵. Aunque en otras literaturas aparece descrito en 1948 por Stafne, quien lo individualiza como una entidad distinta pero como una variante de ameloblastoma por sus características anatomopatológicas⁶.

Desde el punto de vista clínico se pueden presentar tres formas: La forma folicular que es la más frecuente (73%) de este tumor, con una localización central simulando la imagen de un quiste dentígero, por presentarse como un quiste en relación con un diente retenido. La forma extrafolicular (24%), de localización central pero sin relación con una estructura dentaria.

Por último la forma periférica, la más infrecuente (3%) que afecta la mucosa gingival y simula un élipis fibroso o fibroma gingival. Según Philipsen, todas las

variantes del Tumor Odontogénico Adenomatoides, muestran características histológicas idénticas lo que apunta a un origen común⁷.

Se decide presentar este caso por tratarse de una



Figura 1: Radiografía Posteroanterior con lesión radiolúcida de mandíbula.

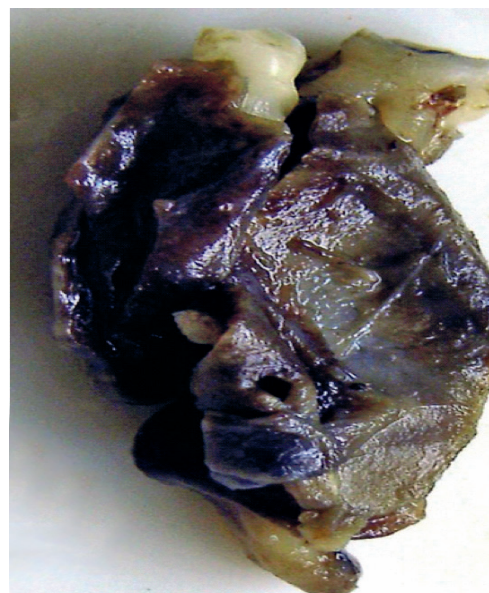


Figura 2: Pieza Quirúrgica que incluye incisivo lateral y premolar.

lesión poco frecuente, de localización mandibular, que puede estar asociada con un diente impactado y que deberá considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones con esta localización.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, de 11 años de edad, quién acude al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, por presentar aumento de volumen y deformidad facial izquierda. Al examen clínico se observó una asimetría hemifacial izquierda. Intrabucalmente, se observa mala oclusión dentaria de dientes antero inferiores, con distalización de 31 - 32, exfoliación del 73 y ausencia clínica del 33.

Las tablas vestibulares y linguales estaban expandidas con borramiento del fondo del surco vestibular y lingual, desde la zona del 42 hasta el 36; a la palpación la zona se mostraba renitente, con dolor moderado en la región.

Se realizaron estudios complementarios: El estudio radiográfico reporta en la vista postero-anterior de mandíbula, una lesión radio lúcida, asociada al 33, unilocular con corticales bien definidas de manera similar a la imagen que produce el quiste dentígero, extendiéndose desde mesial del 36 hasta mesial del 42 sin daños pulpares. (Figura 1).

Se realiza exéresis quirúrgica (enucleación conservadora de la lesión), debido a que el Tumor Odontogénico Adenomatoides, es una lesión benigna, bien delimitada.

En el estudio macroscópico (Figura 2), se observa una lesión pseudoquística de 4.5 x 2.5 x 2 cm, ocupada por material grisáceo, blando con canino retenido en su espesor; además se recibe fragmento de tejido óseo, incisivo lateral y premolar.

La microscopia reveló un crecimiento nodular de células fusiformes, monótonas en el espesor de los que se observan conductos revestidos por células cilíndricas altas y calcificaciones aisladas.

El estudio inmunohistoquímico mostró reactividad

para la citoqueratina. (Figura 3). El postoperatorio fue satisfactorio. La paciente presenta 1 año de evolución sin complicaciones.

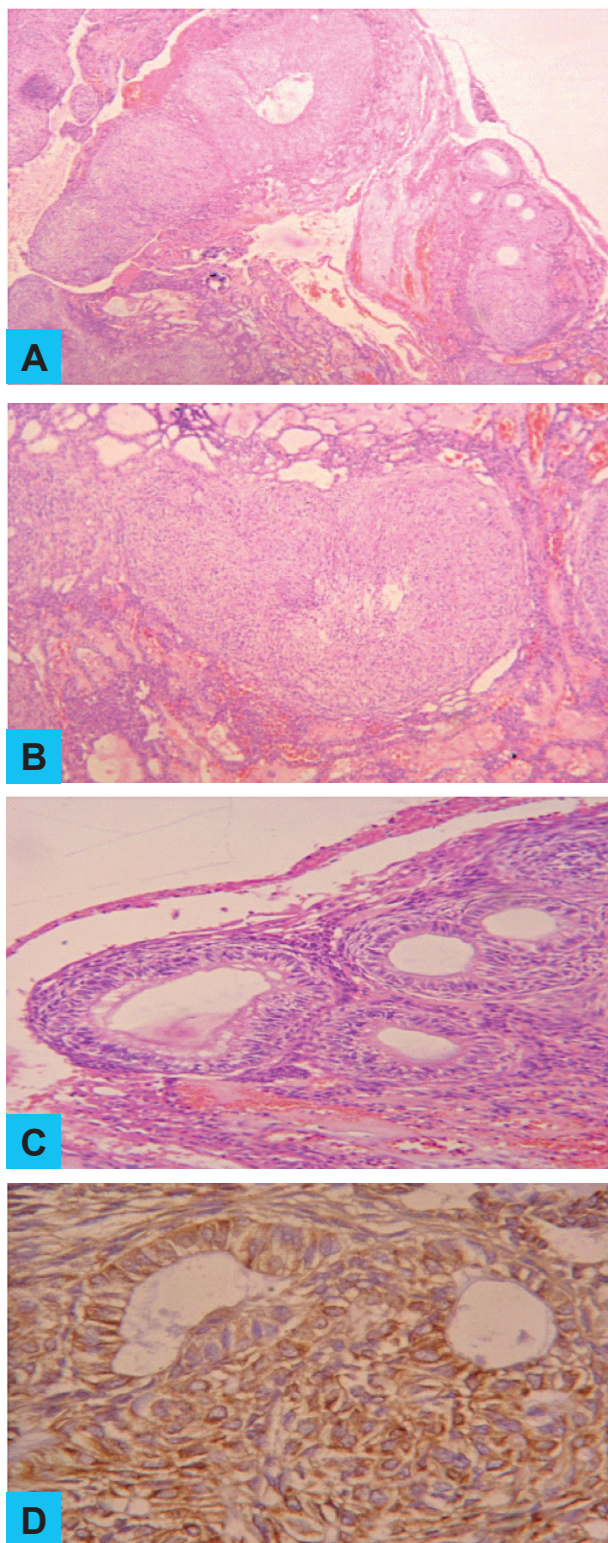


Figura 3: Microscopía. Tinción Hematoxilina y Eosina. (A) (10X), (B) y (C) (20X). (D) Inmunohistoquímica (20X) Marcador AE1-3 (Pancitoqueratina). Proliferación reducida a pequeños nódulos de células epiteliales. (AE1-3 positivo) de núcleos elongados y fusiformes.

DISCUSIÓN

El Tumor Odontogénico Adenomatoides, es una lesión benigna poco frecuente de origen odontogénico que se interpreta clínicamente como otras entidades. En ocasiones se observan finas áreas radiopacas dispersas dentro de la lesión, las cuales indican la presencia de tejido mineralizado y presencia de los folículos del 33 – 34 - 35 con divergencia de las raíces dentales^{8,9}. Aunque habitualmente está asociado a la corona de un solo diente, pudimos constatar su relación con las coronas de varios dientes en la zona presentada.

Algunas veces el aspecto macroscópico del espécimen permite identificar en el interior de la cavidad al tumor en forma de proyecciones papilares o sólidas de color blanco-amarillento bien delimitadas por una gruesa cápsula fibrosa¹⁰.

Aunque no es frecuente existen reportes de que el Tumor Odontogénico Adenomatoides, se puede presentar con semejanzas radiográficas a un quiste radicular inflamatorio (quiste periapical)⁴. En casos reportados por varios autores este tumor es descrito como una lesión que produce una expansión tanto vestibular como lingual de ambos maxilares^{11,12}; en el caso presentado vemos la gran expansión de ambas corticales. En el año 1991 Philipsen, realiza una reclasificación del Tumor Odontogénico Adenomatoides, en dos variantes de acuerdo a los hallazgos clínicos y radiográficos de la lesión:

A.- Central (Intraóseo).- El cual se subdivide en dos categorías:

1) Folicular (Dentígero).- Donde el tumor está asociado con la corona de un diente retenido fundamentalmente con el canino superior y representa el 70% de los casos.

2) Extrafolicular.- Donde el tumor no está relacionado con la corona de un diente retenido.

B.- Periférico (Extraóseo).- Variante donde se hace un diagnóstico clínico presuntivo de Fibroma Periférico, Granuloma Periférico de células gigantes o Granuloma Piógeno. Desde el punto de vista histológico, en ocasiones puede mostrar, áreas de tumor odontogénico epitelial calcificante, rasgo que no fue evidente en este caso.

El tratamiento de elección es la cirugía, la cual consiste en la exéresis, con amplios márgenes de seguridad oncológicos, asociada a un tratamiento adyuvante y una cirugía reconstructiva, que permita obtener unos aceptables resultados funcionales. La recurrencia es poco frecuente¹³.

CONCLUSIONES

El tumor odontogénico adenomatoides es una lesión poco frecuente, de localización mandibular y de características clínico-patológica benignas, que no recidiva tras una resección completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldenberg D, Sciubba J, Koch W, Tufano R. Malignant odontogenic tumors: A 22-year experience. *The Laryngoscope*. 2004; 114(10): 1770- 1774.
2. Regezi J, Kerr D, Courtney R. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg*. 1978; 36:771- 778.
3. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: A study of 362 cases. *J Oral Pathol Med*. 2002; 31:415-20.
4. Olgac V, Koseoglu B, Kasapoglu C. Adenomatoid odontogenic tumour: A report of an unusual maxillary lesion. *Quintessence Int*. 2003; 34(9): 686- 688.
5. Poulson T. Adenomatoid odontogenic tumour: Clinicopathologic and ultrastructural concepts. *J Oral Maxillofac Surg*. 1983; 41(12): 818- 824.
6. Dayi E, Gúrbúz E, Bilge O, Ciftcioglu A. Adenomatoid odontogenic tumour (adenoameloblastoma): Case report and review of the literature. *Austral Dent Jour*. 1997; 42(5): 315- 318.

7. Phillipsen H, Samman N, Ormiston I, Reichart P. Variants of the adenomatoid odontogenic tumor with a note on tumor origin. *J Oral Pathol Med.* 1992; 21: 348- 350.
8. El-Labban N. The nature of eosinophilic and laminated masses in the adenomatoid odontogenic tumor: A histochemical and ultrastructural study. *Oral Pathol Med.* 1992; 21:75-81.
9. Friedrich R, Zustin J, Scheuer H. Adenomatoid odontogenic tumour of the mandible. *Anticancer Res.* 2010; 30(5):1787- 1792.
10. Lee J, Lee K, Hwang B. Adenomatoid Odontogenic Tumor: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 58:1161- 1166.
11. Philipsen H, Reichart P, Zhang K, Nikai H, Yu Q. Adenomatoid odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. *J Oral Pathol Med.* 1991; 20:149.
12. Adebayo E, Ajike S, Adekeye E. Odontogenic tumours in children and adolescents: A study of 78 Nigerian cases. *Craniomaxillofac Surg.* 2002; 30(5): 267- 272.
13. Briones D, Basili A, Castellón L, Montero S. Tumor Odontogénico Adenomatoido: Reporte de Caso y Revisión Bibliográfica. *Rev Den Chil.* 2005; 96 (2): 14-16.

Del Editor

INSTRUCCIONES PARA CARTAS AL EDITOR

El Comité Editorial anima a los lectores de ONCOLOGÍA a que remitan objeciones o comentarios relativos a artículos publicados recientemente en la Revista y, en algunos casos, sobre artículos relevantes publicados en otras revistas. Esta correspondencia debe contener ideas interesantes y comentarios que siempre estén apoyados por datos y referencias bibliográficas. Todas las cartas serán revisadas por el Comité Editorial y, en caso de ser aceptadas, se publicarán en la Revista. Siempre que sea posible, se publicará simultáneamente la carta con la respuesta de los autores del artículo comentado. La extensión máxima será de 450 palabras. El número máximo de autores será de 4.

Por favor, incluya los datos completos del autor con su filiación, dirección, teléfono, fax, e-mail.

Dirección para información, suscripción, órdenes y cambios de domicilio:
 Revista Oncología SOLCA, Av. Pedro J. Menéndez Gilbert (Junto a la ciudadela Atarazana)
 Telfs.: (593-4) 2288-088 ext (218) - Fax: (593-4) 2294697 - Apt. Postal 5255 ó 3623 - Guayaquil - Ecuador

Para recibir artículos por correo electrónico (Internet / e-mail):
revista@solca.med.ec / revistaoncologia@gmail.com / Website: www.solca.med.ec



Del Editor:

CESIÓN - ASIGNACIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

A la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA

La revista "ONCOLOGÍA" requiere de la firma de todos los autores y coautores como evidencia de transferencia, asignación y de traspaso de la posesión de los derechos de autor, exclusivamente a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA.

En caso de que uno de los coautores se haya cambiado de domicilio, usted puede reproducir una copia de este formulario para que dicho coautor firme por separado. Favor enviar una copia de ésta página a nuestra oficina. El envío oportuno de este formulario con todas las firmas nos permitirá programar su artículo para su publicación.

Sr. Dr.
Carlos García Cruz
Director - Editor de la Revista Oncología
Ciudad.-

De mis consideraciones.

Los suscritos autores del artículo _____, declaramos haber leído y aprobado dicho manuscrito, a la vez que cedemos los derechos de autoría en exclusiva a favor de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y su Revista "Oncología", como evidencia de la transferencia, asignación y traspaso de posesión de la información contenida en el mencionado artículo.

Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____
Nombre: _____	FIRMA: _____

Fecha de Cesión: _____

Datos del autor responsable: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

E-mail: _____

Nota: Sírvase escribir los nombres en caracteres de imprenta.

Revista "ONCOLOGÍA"
Av. Pedro Menéndez Gilbert
Apt. Postal No. 555/ ó 3623
Guayaquil - Ecuador

Fax: (593-4) 2293-366 / 2287-151 / 2294-697
E-mail: revista@solca.med.ec
revistaoncologia@gmail.com