



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 12, Núm. 1 • Enero-Abril 2016 • pp. 21-27

Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso

Sergio Alatorre Pérez,* Manuel de Jesús González de Santiago,*
Jesús Mauricio Ayala Bernal,** Vanessa Lizeth Hernández Juárez***

RESUMEN

El tumor odontogénico adenomatoide es una lesión clasificada por la OMS dentro de los tumores odontogénicos. Derivado de restos de epitelio del esmalte, es una lesión de crecimiento lento y poco invasiva, pero puede asemejar a otras lesiones odontogénicas de mayor agresividad como el quiste dentígero y ameloblastoma, entre otros. Se realiza revisión de la bibliografía médica sobre el tumor odontogénico adenomatoide, sus características clínicas, radiográficas y tratamiento. Se reporta caso de paciente masculino de 15 años de edad, el cual presenta tumor odontogénico adenomatoide de tipo folicular en región anterior de maxilar del lado derecho.

Palabras clave: Tumor odontogénico adenomatoide, canino retenido, seno maxilar.

SUMMARY

Adenomatoid odontogenic tumor is classified by the WHO as an odontogenic tumor. Derived from remains of enamel epithelium, it is an injury of slow growth and slightly invasive, but may resemble other odontogenic lesions more aggressive like the dentigerous cyst and the ameloblastoma, among others. We conducted a review of the medical literature on the adenomatoid odontogenic tumor, their clinical features, radiographic and treatment. We report the case of a male patient 15 years old, which presents adenomatoid odontogenic tumor of follicular type in maxillary anterior region of the right side.

Key words: Adenomatoid odontogenic tumor, retained canine, maxillary sinus.

INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es un tumor odontogénico benigno (hamartomoso), una lesión no invasiva de crecimiento lento y progresivo.

Reconocido inicialmente por Stafne en 1948. Philipsen y Brin introdujeron el término que actual-

mente utilizamos (TOA), el cual fue aprobado por la OMS en el año de 1971.

En 1991 Philipsen examinó las publicaciones médicas sobre el TOA en las cuales descubrió que 45.5% de los casos documentados se registraron en países de Asia. Con características clínicas obvias por su diagnóstico, este tumor afecta principalmente

* Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

** R4 de Cirugía Maxilofacial.

*** Pasante de Odontología.

Correspondencia:
Jesús Mauricio Ayala Bernal
E-mail: jm_ayalab@hotmail.com

a pacientes jóvenes entre 10 y 19 años de edad, su presencia casi siempre se limita a la región anterior, especialmente al maxilar superior, con predilección por el sexo femenino, estas lesiones suelen ser asintomáticas, los dientes comúnmente se ven afectados y los órganos dentales adyacentes se desplazan ligeramente.^{1,2}

El tumor odontogénico adenomatoide representa 3 de 7% de todos los tumores odontogénicos en más de 750 casos reportados en la bibliografía médica. El TOA es de origen dental, está constituido de epitelio en remolinos y patrones ductales entremezclados con calcificaciones esféricas. La presencia de estructuras similares a glándulas (adenomatosas) o conductos ha llevado a utilizar diversas modificaciones en el prefijo *adeno*.³ El TOA se consideró un subtipo del ameloblastoma y se le denominó adenoameloblastoma, pero bajo microscopio es claramente diferente del ameloblastoma. Aparece en tres variantes clínicas radiográficas:

- a. Folicular
- b. Extrafolicular
- c. Periférica

Las variantes folicular y extrafolicular son intraóseas y representan 97% de todos los tumores odontogénicos adenomatoides, 73% son de tipo folicular generalmente asociado a un órgano dentario retenido (*Figura 1*). El tipo extrafolicular es una lesión unilocular, radiolúcida y bien definida, se encuentra en la parte anterior y superpuesta a las raíces de los dientes erupcionados. La variante periférica se presenta como un aumento de volumen gingival o émulis fisurado, unido a la encía labial. Este tipo de TOA puede mostrar leve erosión de la cresta ósea alveolar, los cambios radiográficos son mínimos y difíciles de detectar.^{4,5}

Los órganos dentales relacionados con el TOA de tipo folicular son los cuatro caninos que representan 59% y los molares son los dientes que más rara vez participan en este tipo de lesiones. Sólo cuatro casos se han reportado en las publicaciones.⁶

INCIDENCIA

La lesión se presenta en un intervalo estrecho de edad, entre 10 y 30 años. 69% de los TOA surge durante la segunda década de vida y 53% ocurre durante la adolescencia entre 13 y 19 años. Esta lesión afecta a mujeres con mayor frecuencia que a hombres.⁷

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las lesiones aparecen con mayor incidencia en la región anterior maxilar, por lo general acompañadas de la corona de un canino retenido. Este tumor se presenta bien encapsulado. La mayoría de los tumores odontogénicos adenomatoides son relativamente pequeños y rara vez exceden los 3 cm de longitud, aunque se ha encontrado un número mínimo de lesiones grandes.^{7,8}

El TOA suele aparecer como masas pequeñas en la encía vestibular del maxilar superior y con frecuencia es asintomático, por lo que generalmente es descubierto a través de radiografías durante los exámenes de rutina o por un órgano dentario faltante en la arcada.⁸

RADIOGRÁFICAMENTE

En alrededor de 75% de los casos el tumor es una lesión unilocular radiolúcida con bordes bien circunscritos que suelen rodear la corona de un diente retenido, con mayor frecuencia el canino.⁹ 77% de los TOA (tipo folicular) son inicialmente diagnosticados como quistes dentígeros, ya que las lesiones son radiolúcidas, aunque pueden mostrar pequeños focos de opacidad distribuidos en toda su extensión, lo que refleja la presencia de islotes semejantes al esmalte en el tejido del tumor. Cuando se localiza entre los dientes anteriores, puede detectarse divergencia de raíces (*Figura 2*).

Los TOA suelen rodear la corona de un diente retenido al igual que un quiste dentígero, pero a diferencia de éste la radiolucidez suele extenderse en dirección apical más allá de la unión amelocementaria, aunque puede ser imposible distinguirlo radiográficamente de otro tipo de tumores de origen dental.

Con menor frecuencia el tumor odontogénico adenomatoide interradicular es una imagen radiolúcida unilocular bien delineada que no está relacionada con un diente retenido, sino que se encuentra entre las raíces de los dientes erupcionados.¹⁰⁻¹²

PATOGENIA

El hecho de que todas las variantes del tumor odontogénico adenomatoide muestren una histología idéntica apunta hacia un origen dental. Philipsen define que la etiología del tumor odontogénico adenomatoide deriva del complejo de láminas dentales o sus restos. El TOA es una lesión encapsulada completamente benigna que sólo muy raras veces recurre.¹³

HISTOPATOLOGÍA

El tumor odontogénico adenomatoide es una lesión bien definida que suele estar rodeada de una gruesa cápsula fibrosa por una proliferación epitelial compuesta de células poliédricas o fusiformes. Estas estructuras no son conductos reales y no hay elementos glandulares presentes en el tumor y se han interpretado como la formación del esmalte abortivo. Algunos de estos tumores contienen grandes áreas de material de la matriz o calcificaciones, este material ha sido llamado dentinoide o cementoide.

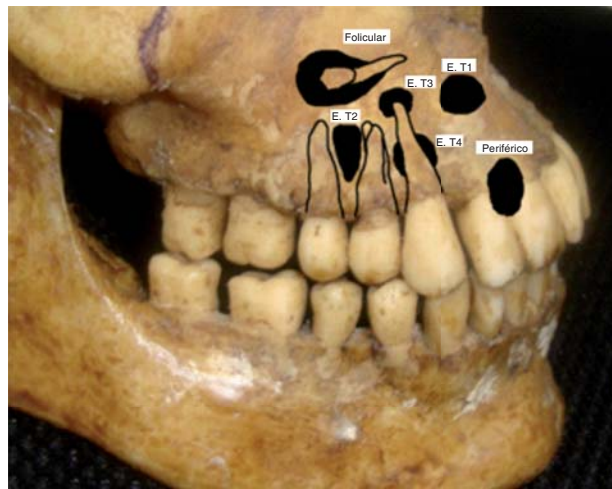


Figura 1. Variantes radiográficas del TOA. F. Tipo folicular: el tumor se localiza alrededor de la corona y a menudo incluye parte de la raíz de un diente no erupcionado, ET1-ET4. Tipo extrafolicular: ET1. Sin relación con estructuras de los dientes erupcionados o sin erupcionar, ET2. Interradicular, junto a raíces divergentes apicalmente como resultado de la expansión del tumor (imitando a un quiste «glóbulo-maxilar»), ET3. Superpuesto a la raíz a nivel de ápice (imitando a un quiste radicular), ET4. Superpuesto a la mitad de la raíz. P. Tipo periférico: con ligera erosión o «aplanamiento» de la cresta alveolar.

Figura 2.

(A) Rx panorámica en la que se observa lesión en región de maxilar del lado derecho. (B) Lesión en región de maxilar circunscrita delimitada de aproximadamente 3 cm que rodea la corona de canino retenido.

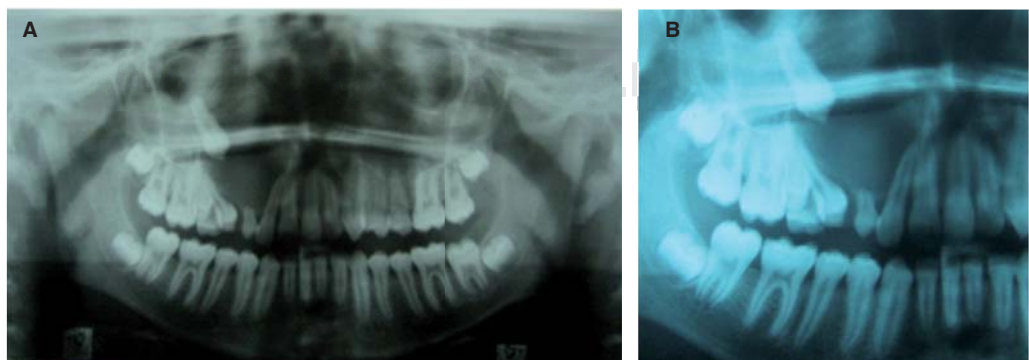


Figura 3. Aumento de volumen en región maxilar superior derecho por arriba de ápice de lateral derecho.



Figura 4. Tumor odontogénico adenomatoide enucleado.

columnares con depósitos interpuestos de material eosinófilo positivo para el ácido peryódico de Schiff, el cual confiere a la lesión su aspecto microscópico característico. El número, tamaño y grado de calcificación de estos focos determinan el aspecto que la lesión muestra en la radiografía.

Algunas lesiones se han descrito con áreas similares a las del tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC), odontoma o quiste odontogénico calcificante.^{14,15}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algunos quistes que se incluyen en el diagnóstico diferencial son el quiste dentígero, por su frecuen-



Figura 7. Lesión completa.



Figura 5. Lecho quirúrgico.

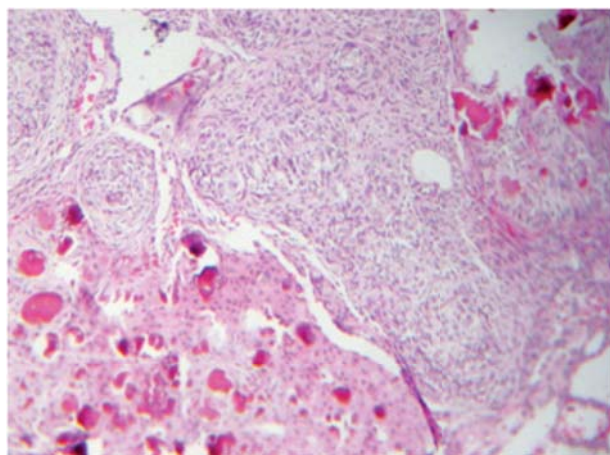


Figura 8. Células cúbicas semejando ductos y rosetas.

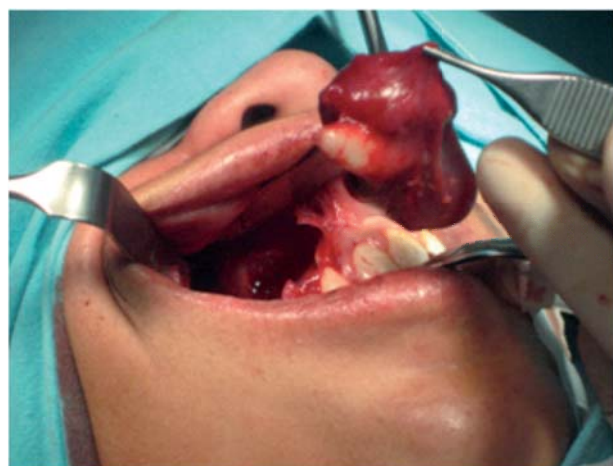


Figura 6. Lesión con órgano dental retenido.

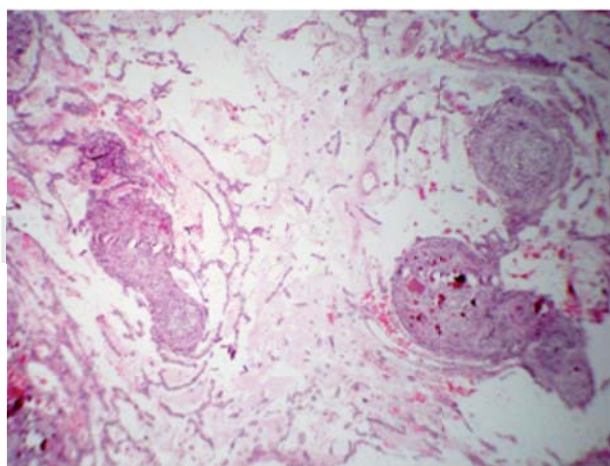


Figura 9. Epitelio odontogénico con calcificaciones esféricas.

te relación con dientes retenidos y el quiste lateral de la raíz, en virtud de su ocasional localización adyacente a las raíces de los dientes anteriores. También debe considerarse el quiste odontógeno calcificante y TOEC.^{15,16}

TRATAMIENTOS

Todo lo que se requiere para esta lesión es el tratamiento conservador como la enucleación así como la extirpación de órganos dentales asociados a la lesión.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años de edad acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial por presentar aumento de volumen en surco nasogeniano de dos meses de evolución (*Figura 3*). A la exploración física encontramos aumento de volumen en ala nasal, así como el surco nasogeniano borrado y asinto-

matomático, intraoralmente se observa dentición mixta, presencia de aumento de volumen en zona de canino y premolares maxilares del lado derecho, no se observa movilidad de órganos dentarios, presencia de canino deciduo ni ausencia de dicho órgano permanente, no se encuentra fístula ni salida de material purulento, no doloroso a la palpación y se solicita radiografía panorámica.

Radiográficamente se observa lesión bien definida, radiolúcida que afecta incisivo lateral, canino, primer premolar maxilar del lado derecho así como retención de canino y segundo premolar de aproximadamente 4 x 3 cm, extendiéndose a seno maxilar y hasta piso de órbita.

Bajo anestesia local se realiza punción de la lesión de la que se obtiene líquido ámbar y biopsia incisional para estudio histopatológico del que se obtiene un diagnóstico de tumor odontogénico adenomatoide. Se envía para aplicar tratamiento de conductos en los órganos dentarios afectados por la lesión.

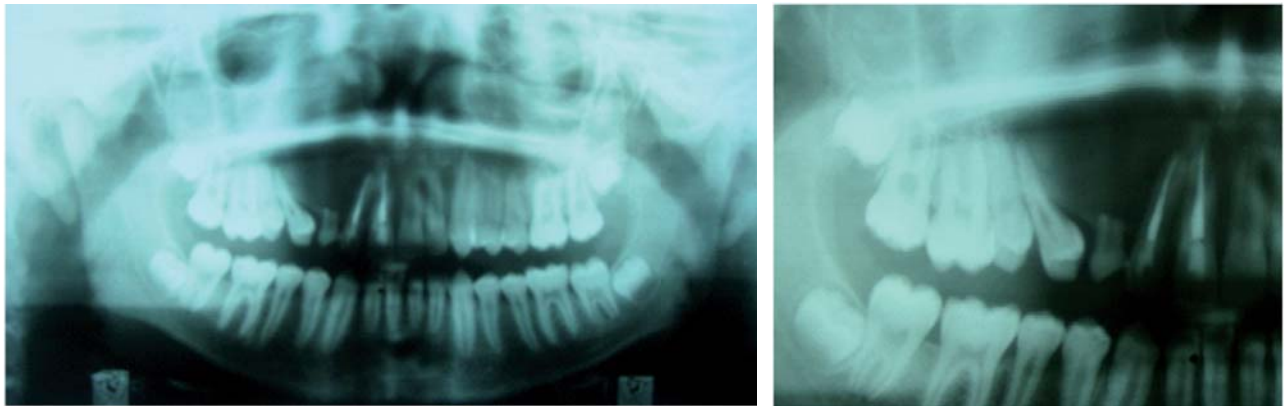


Figura 10. Control radiográfico a los tres meses.

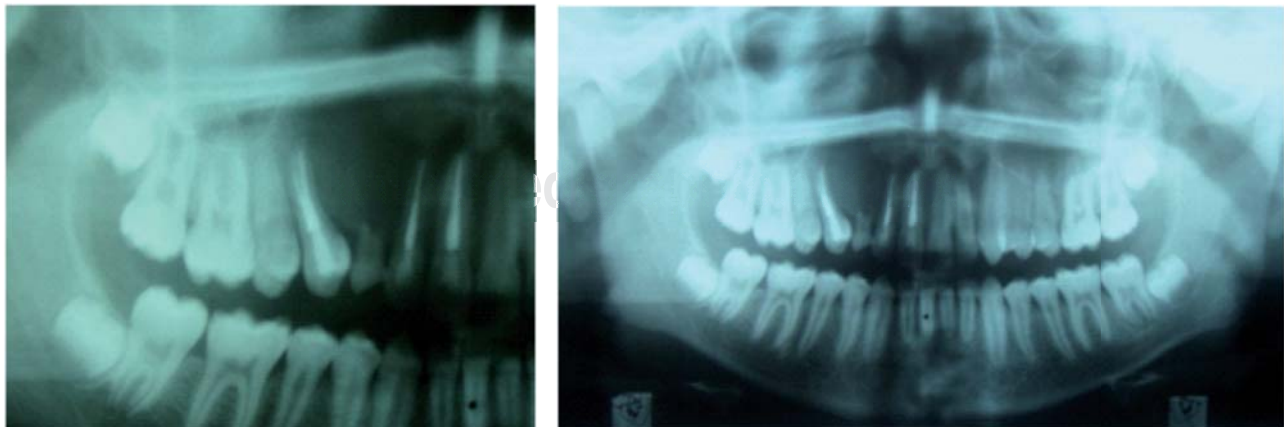


Figura 11. Control radiográfico a los seis meses.

Se programa para biopsia excisional bajo anestesia general, se realiza un colgajo tipo semi-Newman, el cual se diseña plano hasta llegar a la lesión quística, se efectúa enucleación completa de la lesión, la cual se retira con el órgano dentario retenido, la lesión se extiende hasta piso de órbita y desplaza al seno maxilar una extensión de 4.5×3 cm y se realiza sellado de los órganos dentarios afectados por la lesión (*Figuras 4 y 5*).

La pieza completa se envía a patología para su diagnóstico definitivo en la que se nos reporta tumor odontogénico adenomatoide (*Figura 6*).

Descripción microscópica: Tinción hematoxilina – eosina

El espécimen examinado está formado de islas y cordones de epitelio odontogénico, rodeados de una cápsula de tejido conjuntivo fibroso. El epitelio odontogénico se dispone formando islas de células cúbicas que se disponen semejando ductos y rosetas. Entremezcladas en las islas de epitelio odontogénico se observan calcificaciones esféricas (*Figuras 7 a 9*).

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Lesión benigna: tumor odontogénico adenomatoide

Se solicita radiografía de control dos semanas después del procedimiento quirúrgico.

Se reporta con un diagnóstico definitivo de tumor odontogénico adenomatoide. Se realizan periódicamente revisiones de control radiográfico cada seis meses y control radiográfico a los tres meses (*Figuras 10 y 11*).

DISCUSIÓN

El tratamiento de elección del tumor odontogénico adenomatoide es la enucleación por su baja tasa de recidiva, aunque es un tumor que no requiere tratamientos agresivos como maxilectomía, la cual compromete la estética y función del paciente así como su recuperación.

El paciente cursó con una recuperación rápida y favorable a pesar del tamaño de la lesión, su edad fue un factor que también contribuyó, actualmente se mantiene en observación y control radiográfico y hasta el momento no ha surgido ninguna complicación después del procedimiento quirúrgico (*Figura 12*).

Este tumor por lo general tiene predilección por el sexo femenino, pero igualmente se presenta en el sexo masculino.^{3,8}

CONCLUSIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide es una entidad poco común, la cual puede ser diagnosticada en exámenes radiográficos de rutina, debido a que su crecimiento es lento y de acuerdo con la bibliografía médica no crece más de 3 cm. En ocasiones



Figura 12. (A) Control post-quirúrgico (fotos extraorales). (B) Control postquirúrgico (fotos intraorales).

se detecta cuando se presenta con deformación nasal y labial importante, por lo regular es asintomático y puede contener infección agregada.^{2,5,7,14}

BIBLIOGRAFÍA

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. Traducido al español por la Dra. Marina G. de Grandi. Interamericana, 3a ed. pp. 253-287.
2. Philip SJ, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2a ed., Editorial Elsevier, Madrid Barcelona, 2004. pp. 134-163.
3. Regezi JA, Sciubba J. Patología bucal. 2a ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V., 1995. pp. 326-359.
4. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology a rationale for diagnosis and treatment. © 2003 Quintessence Publishing Co, Inc, 2003. pp. 581-600.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquout JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed., Ed. Saunders Elsevier. pp. 701-718.
6. Philipsen HP, Reichart PA, Zhang KH, Nikai H, Yu QX. Adenomatoid odontogenic tumour: biological profile based on 499 cases. J Oral Pathol Med. 1991; 20 (4): 149-158.
7. Philipsen HP, Samman N, Ormiston IW, Wu PC, Reichart PA. Variants of the adenomatoid odontogenic tumour with a note on tumour origin. J Oral Pathol Med. 1992; 21 (8): 348-352.
8. Philipsen HP, Reichart PA. The adenomatoid odontogenic tumour: ultrastructure of tumour cells and non-calcified amorphous masses. J Oral Pathol Med. 1996; 25 (9): 491-496.
9. Philipsen HP, Reichart PA, Nikai H. The adenomatoid odontogenic tumour (AOT): an update. Oral Med Pathol. 1999; 35(2): 125-131.
10. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. Oral Oncol. 1999; 35 (2): 125-131.
11. Bernier JL, Tiecke RW. Adenoameloblastoma: report of nine cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1956; 9 (12): 1304-1317.
12. Curran AE, Miller EJ, Murrah VA. Adenomatoid odontogenic tumor presenting as periapical disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997; 84 (5): 557-560.
13. Giansanti JS, Someren A, Waldron CA. Odontogenic adenomatoid tumor adenoameloblastoma). Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1970; 30 (1): 69-88.
14. Minami M, Kaneda T, Yamamoto H et al. Ameloblastoma in the maxillomandibular region: MR imaging. Radiology. 1992; 184 (2): 389-393.
15. Cross JJ, Pilkington RJ, Antoun NM, Adlam DM. Value of computed tomography and magnetic resonance imaging in the treatment of a calcifying epithelial odontogenic (Pindborg) tumour. Br J Oral Maxillofac Surg. 2000; 38 (2): 154-157.
16. Toida M, Hyodo I, Okuda T, Tatematsu N. Adenomatoid odontogenic tumor: report of two cases and survey of 126 cases in Japan. J Oral Maxillofac Surg. 1990; 48 (4): 404-408.