



Tumor odontogénico adenomatoide: presentación de un caso de tamaño inusual y revisión de la literatura

Eduardo Edgar Ortiz Cruz,* Carlos Juan Liceaga Escalera,**
Adalberto Mosqueda Taylor,*** Rodrigo Licéaga Reyes****

RESUMEN

Introducción. El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una lesión tumoral epitelial benigna de origen odontogénico, considerada como una lesión hamartomatosa más que neoplásica, la cual tiende a presentarse con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar, comúnmente asociado a un diente retenido (más frecuentemente el canino), y con cierta predilección por el sexo femenino. **Caso clínico.** Se presenta un caso de TOA de gran tamaño en una paciente de 16 años de edad, localizado en la zona anterior del maxilar, asociado a un canino retenido. Se reportan datos clínicos, radiográficos e histopatológicos de esta lesión, así como su manejo quirúrgico.

Palabras clave: Tumor odontogénico adenomatoide, maxilar.

ABSTRACT

Introduction. The odontogenic adenomatoid tumor (AOT) is a benign odontogenic epithelial tumoral lesion, also considered as a hamarthomatous proliferation which affects mainly the anterior maxilla, it is frequently associated to impacted teeth (more frequently the canine) and has predilection for young females. **Clinical case.** We present a case of an AOT in a 16 year-old-female patient, which was located in the anterior maxilla, and was associated to an impacted canine. Clinical, radiological and histopathologic aspects of the lesion, as well as surgical management are presented.

Key words: Odontogenic adenomatoid tumor, maxillary.

INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una lesión tumoral epitelial benigna de origen odontogénico, considerada como una lesión hamartomatosa más que neoplásica.¹⁻⁵ Fue descrito originalmente en 1905 por Steensland.¹ Inicialmente se consideraba una variante del ameloblastoma, y debido a que presentaba estructuras que simulaban conductos o glándulas se le concedió el prefijo "adeno" por lo que en 1948 se le denominó adenoameloblastoma por Stafne.⁴ Philipsen y Birn, en 1969,¹ sugieren el término de TOA, el cual es hasta hoy universalmente aceptado y ratificado por la OMS en sus tres ediciones de la clasificación de tumores odontogénicos.

Es un tumor infrecuente, ya que representa entre 1.3 y 12.5% de los tumores odontogénicos. En México esta

lesión representa 7.1% de todos los tumores odontogénicos.⁶ Se presenta con mayor frecuencia en la región anterior del maxilar, generalmente asociado a un diente retenido (con mayor frecuencia el canino maxilar). Se conocen tres variantes de TOA: 1). folicular, 2). extrafolicular y 3). periférico,^{1,3,4,7} y afecta con mayor frecuencia a mujeres, en una relación aproximada de 2:1^{1,6} con respecto a los hombres. Alrededor de 2/3 partes de los casos se observan en grupos jóvenes,^{1,3} diagnosticándose la mayoría de los casos en la segunda década de la vida. Histopatológicamente muestran típicas estructuras pseudoconductales formadas por células epiteliales columnares o cuboidales que también forman estructuras rosetoides, con material eosinófilo intercelular disperso. El lumen puede estar vacío o contener cantidades variables de material eosinófilo amorfo y puede haber también en el tumor

* Residente de 4to. año Cirugía Maxilofacial. Hospital Juárez de México.

** Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Juárez de México.

*** Profesor Titular. Departamento de Atención a la Salud. UAM Xochimilco.

**** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Juárez de México.

masas de material mineralizado distrófico y zonas parecidas al tumor de Pindborg que no influyen en su comportamiento biológico ni en su potencial de crecimiento.

El presente artículo describe el caso de un TOA de gran tamaño en el maxilar en una paciente de sexo femenino, apoyado con documentación clínica, radiológica e histopatológica.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 15 años de edad, originaria del estado de Hidalgo, México, quien acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Juárez de México, por presentar una importante deformidad facial de aproximadamente ocho meses de evolución. No se encontraron antecedentes contribuyentes a su padecimiento en la historia clínica. Al examen clínico se observó aumento de volumen en la región geniana derecha, afectando incluso el labio y el ala nasal del mismo lado, palpándose una masa firme y fija a planos profundos de aproximadamente 5x5 cm (Fig. 1).

A la exploración intraoral la cortical vestibular estaba expandida con pérdida del fondo del vestíbulo de incisivo central superior izquierdo al primer molar superior derecho y a la palpación la zona se mostraba ligeramente depresible, presentando ligera expansión del paladar del lado afectado y los dientes involucrados presentaban caries incipiente, pero sin enfermedad periodontal sin pre-



Figura 1.
Vista frontal
prequirúrgica.



Figura 2. Ortopantomografía prequirúrgica.



Figura 3.
Aspecto transoperatorio.

sentar desplazamiento aunque con severa movilidad dental. La paciente no refería sintomatología dolorosa ni parestesia de la zona afectada. Cabe mencionar la presencia del canino primario, así como la ausencia clínica del canino permanente.

La radiografía panorámica reveló una gran imagen radiolúcida, unilocular de márgenes bien definidos, sin evidencia de material mineralizado en su interior, la cual se extendía desde el incisivo central superior derecho al primer molar del mismo lado, apreciándose resorción radicular de algunas raíces. En relación con la lesión se observó el canino superior derecho retenido y desplazado hacia la órbita (Fig. 2).

Se realizó punción aspiradora, la cual resulta positiva extrayéndose un líquido citrino claro, de fácil obtención, que provocó descompresión y disminución leve de la deformidad facial. Bajo anestesia local se realiza biopsia incisional para estudio histopatológico, el cual se informó como tumor odontogénico adenomatoide, y dadas las características radiográficas del caso, la lesión fue clasificada como TOA de tipo folicular (Fig. 3).

Bajo anestesia general se realizó abordaje intraoral con colgajo mucoperiostico desde incisivo lateral superior

izquierdo al 2do. molar superior derecho. Al exponer la lesión se encontró la cortical vestibular importantemente adelgazada y erosionada, observando una membrana color grisáceo bien definida, la cual fue separada sin dificultad del lecho óseo mediante el uso de leguas y curetas. No se apreció comunicación alguna con el seno maxilar. La lesión contenía al canino incluido en ella en relación dentígera.

Se realizaron las extracciones de los dientes con movilidad importante. Se realizó hemostasia y se suturó con material absorbible 3-0. No se colocó ningún material dentro de la cavidad.

El postoperatorio inmediato tuvo buena evolución. La paciente permaneció hospitalizada durante cuatro días con manejo a base de analgésicos y antibióticos intravenosos. Fue dada de alta y se continuó su manejo en consulta externa.

El control radiográfico se realizó al año de postoperada, donde se observó seno maxilar y órbita sin alteraciones, falta de continuidad de reborde alveolar maxilar de lado derecho a expensas de la eliminación del tumor y de los órganos dentarios afectados, y no se apreciaron datos de recidiva (Fig. 4).

El examen macroscópico reportó una pieza quirúrgica de forma ovoidal, parcialmente cubierta por hueso cortical adelgazado y adherido a la porción posterior de la misma. A nivel anterior se aprecia abierta la lesión con presencia de cavidad quística en cuyo interior se observa la corona del canino y la lesión adherida a su porción cervical. La lesión es de pared gruesa color blanco-grisáceo, con zonas que alcanzan 10 mm de espesor y otras de 2-3 mm. En algunas zonas del revestimiento se observan crecimientos de tejido blando que protruyen de la superficie hacia el interior de la cavidad, los



Figura 4. Ortopantomografía postoperatoria.

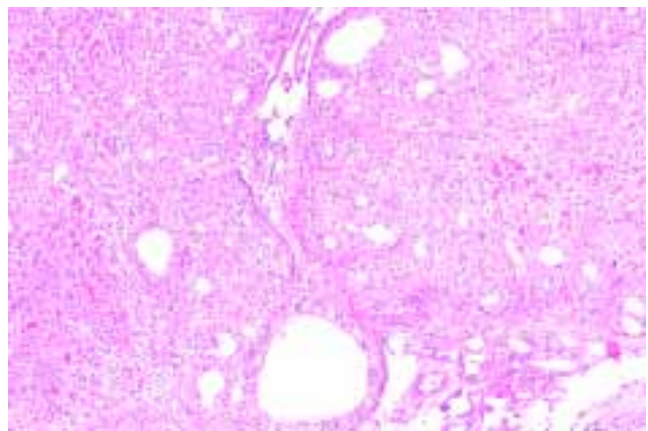


Figura 5. Aspecto microscópico.



Figura 6. Aspecto clínico postoperatorio.

cuales son de color blanco amarillento. La pieza mide 61x50x42 mm.

Microscópicamente se identificó una lesión de estirpe odontogénica, formada por una gruesa cápsula de tejido fibroso laxo de aspecto levemente mixoide, en el que se aprecian algunos focos dispersos de infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario. La superficie está revestida por epitelio cuboidal y escamoso estratificado no queratinizado, a partir del cual se extiende hacia la cavidad una lesión caracterizada por amplios mantos de células fusiformes y cuboidales que tienden a formar estructuras rosetoides y pseudoducta-



les, entre las que se aprecia material eosinófilo intercelular, así como algunas calcificaciones distróficas (Fig. 5). El diagnóstico definitivo fue tumor odontogénico adenomatoide.

El curso clínico fue favorable sin presentar sintomatología alguna y a los 16 meses de postoperada no hay datos de recidiva de la lesión (Fig. 6).

DISCUSIÓN

Cuando la variante folicular del TOA se presenta sin evidencias radiográficas de calcificaciones, puede sugerirse como diagnóstico diferencial al quiste dentígero,⁷ aunque los hallazgos radiográficos del TOA también pueden simular queratoquiste, ameloblastoma, quiste odontogénico calcificante y tumor odontogénico epitelial calcificante^{3,5,7,8} haciendo difícil el diagnóstico. Por la diversidad de patrones radiográficos de las otras variantes de esta lesión, que usualmente se aprecia bien definida, también se debe considerar al quiste radicular⁴ e infrecuentemente al quiste residual,² por lo que es importante contar con una radiografía periapical, ya que esta radiografía puede detectar depósitos discretos de calcificaciones que la ortopantomografía puede omitir.⁸ El TOA posee tres características clínicas frecuentes que sugieren su presencia: 1) afecta a pacientes jóvenes (primeras tres décadas de la vida), 2) comúnmente se presenta en la región anterior del maxilar, a menudo asociado a uno o más dientes retenidos y 3) predomina en mujeres, datos todos ellos que sugieren su diagnóstico, aunque también los quistes dentígeros podrían presentar estos hallazgos.

El caso que presentamos coincide con lo reportado en la literatura en cuanto a la zona de presentación, sexo, edad, ausencia de sintomatología dolorosa y la presencia de un canino asociado a la lesión, pero difiere en cuanto a la gran dimensión que alcanzó la lesión, ya que generalmente no exceden los 3 cm.^{1,2}

El origen del TOA se mantiene controversial, postulándose que se deriva de epitelio odontogénico, posiblemente del epitelio reducido del órgano del esmalte,^{1,9} o incluso remanentes de la lámina dental.¹⁻⁴

La clasificación de tumores odontogénicos de la OMS de 1992 clasificaba al TOA dentro del grupo de tumores de epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido dental duro, pero en la actual edición de la OMS se agrupa como una lesión de origen epitelial sin participación del mesénquima, ya que se considera que el material dentinoide que puede presentarse adyacente a la lesión es producto de metaplasia y no de verdadera inducción ectomesenquimatos.¹⁰

CONCLUSIONES

Son casi 100 años desde la descripción original del TOA por Steensland y gracias a numerosos investigadores, entre los que sobresale Philipsen, es que conocemos plenamente las características clínicas, radiológicas, microscópicas del TOA y sabemos que en casi todos los casos es una lesión de comportamiento benigno, con excepcionales casos de recurrencia, por lo que la simple excisión seguirá siendo la terapia adecuada.

REFERENCIAS

1. Phillipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor: facts and figures. *Oral Oncol* 1998; 35: 125-31.
2. Saito I, I de F, Umemura S. An unusual adenomatoid odontogenic tumor presenting as a residual cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 1983; 41: 534-5.
3. Lee JK, Lee KB, Hwang BN. Adenomatoid odontogenic tumor: A case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1161-4.
4. Philipsen HP, Srisuwan T, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical (radicular) cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 246-8.
5. Konouchi H, Asaumi JI, Yanagi Y, Hisatomi M, Kishi K. Adenomatoid odontogenic tumor: correlation of MRI with histopathological findings. *Eur Radiol* 2002; 44: 19-23.
6. Mosqueda TA, Ledesma MC, Caballero SS, et al. Odontogenic tumors in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 672-5.
7. Asaumi JI, Yanagi Y, Konouchi H, et al. Assessment of MRI and dynamic contrast-enhanced MRI in the differential diagnosis of adenomatoid odontogenic tumor. *Eur Radiol* 2003; 45: 1-5.
8. Dare A, Yamaguchi A, Yoshiki S, Okano T. Limitation of panoramic radiography in diagnosing adenomatoid odontogenic tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 662-8.
9. Schlosnagle DC, Someren A. The ultrastructure of the adenomatoid odontogenic tumor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981; 52: 154-60.
10. Phillipsen HP, Reichart PA. Revision of the 1992 edition of the WHO histological typing of odontogenic tumours. A suggestion. *J Oral Pathol Med* 2002; 31: 253-8.

Solicitud de sobreiros:

Dr. Eduardo Edgar Ortiz Cruz
Cirugía Maxilofacial.
Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160.
Col. Magdalena de las Salinas,
México, D.F.
Tel.: 5747-7560, Ext. 250.