

Tumor odontogénico adenomatoide mandibular

María Salomé Álvarez Aguirre¹

¹ Unidad de Anatomía Patológica Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

Correspondencia: María Salomé Álvarez Aguirre; salominadr@yahoo.com

Recibido: 15 de octubre de 2019 **Aceptado:** 20 de diciembre de 2019

Resumen

Introducción: El tumor odontogénico adenomatoide, es una neoplasia benigna hamartomatosa de tipo odontogénico, que constituye entre 3 al 7 % de todos los tumores odontogénicos. Se presenta frecuentemente en pacientes jóvenes de sexo femenino y se localiza en el maxilar superior en la zona anterior, principalmente en el canino, se asocia a dientes incluidos, son neoplasias de crecimiento lento, indoloro y asintomático. Se clasifica: en folicular, extrafolicular, y periférico.

Presentación del caso: El caso trata de un paciente masculino de 22 años 8 meses, sin antecedentes patológicos de importancia el cual presenta desde hace 1 año abultamiento en región paranasal izquierda, indolora. Acude a odontología del Hospital Carlos Andrade Marín, donde se le realiza una radiografía panorámica y se evidencia un OD 23 (pieza 23 que no ha erupcionado) la lesión se relaciona con la órbita, se observa una formación quística que abarca maxilar y seno maxilar del lado izquierdo. Además, el abultamiento toma el tercio medio de la región facial.

Discusión: El tumor odontogénico adenomatoide es considerado una neoplasia benigna que crece progresivamente y lentamente. El tratamiento de esta lesión es la enucleación y curetaje de la zona afectada sin observarse recidiva.

Palabras clave: Tumor odontogénico, neoplasia benigna, dientes incluidos.

Mandibular adenomatoid odontogenic tumor

Abstract

Introduction: The adenomatoid odontogenic tumor, is a benign hamartomatous neoplasm of odontogenic type, which constitutes between 3 to 7% of all odontogenic tumors. It occurs in young patients more than females and are located in the upper jaw in the anterior area, mainly the canine, is associated with teeth included, are slow growing, painless and asymptomatic neoplasms. It is classified: follicular, extrafollicular, and peripheral.

Case presentation: The case concerns a 22-year-old 8-month-old male patient, with no significant pathological history, who has presented painless bulging in the left paranasal region for 1 year. He goes to dentistry at the Carlos Andrade Marín Hospital, where a panoramic X-ray is performed and an OD 23 (piece 23 that has not erupted) is evidenced, the lesion is related to the orbit, a cystic formation is observed that encompasses the maxilla and maxillary sinus of the left side. Also, the bulge takes up the middle third of the facial region.

Discussion: The adenomatoid odontogenic tumor is considered a benign neoplasm that grows progressively and slowly. The treatment of this lesion is enucleation and curettage of the affected area without observing recurrence.

Keywords: Odontogenic tumor, benign neoplasm, teeth included.

Citación: Álvarez-Aguirre M. Tumor odontogénico adenomatoide mandibular. Rev Fac Cien Med (Quito). 2020; 45(1): 35-40



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq/v45i1.3392>

Introducción

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA), es un tumor epitelial benigno de origen odontogénico, hamartomatoso. Fue descrito por primera vez por Steensland en 1905 como una variable del ameloblastoma. El investigador Stefne en 1948 lo denomina "tumor adenomatoide, ameloblástico o adenameloblastoma"^{1,2}. Otro investigador Harbitz en 1915 lo denomina adeamartoma quístico, Philipsen y Birn en 1969³ indicaron el nombre que actualmente se utiliza y es de tumor odontogénico adenomatoide (TOA), nombre que luego fue aceptado por la Organización Mundial para la Salud, OMS en 1971. Posteriormente la OMS definió sus diferentes variedades según los patrones histológicos que presentaba dentro del estroma de tejido conectivo.

Es importante indicar que esta neoplasia es poco frecuente, constituye del 3 a 7 % de todos los tumores odontogénicos, se ubica más frecuentemente en caninos superiores incluidos^{1,4,5}. Se sabe que aproximadamente el 75% de los casos se presentan en la región anterior de los maxilares, en un 65% en los maxilares superiores. Su frecuencia es mayor en el sexo femenino en una relación de 2 a 1, más un tercio de lesiones son diagnósticas en la segunda década de vida. Se presentan como tumores indoloros, que crecen lentamente, su diámetro no pasa de los 3 mm^{1-4,6,7}.

Las células que constituyen esta neoplasia derivan del epitelio reducido del órgano del esmalte^{6,10} del estrato intermedio, otros investigadores indican que el tumor deriva de remanentes de la lámina dental.

Existe 3 subvariedades clínicas que están constituidas por la misma histología: la forma folicular que constituye el 73%, es de localización central, se asocia a diente impactado; una forma extrafolicular de localización central, que no se asocia a estructura dentaria representa el 24 % de la forma periférica, y otra que se localiza en la mucosa gingival y que constituye el 3% de los (TOA)^{2,7,13}.

Esta neoplasia presenta una cápsula de tejido conjuntivo fibroso que rodea una nodulación de células epiteliales; el resto del tejido puede ser sólido o constituir estructuras quísticas. Las células epitelia-

les que forman los nódulos tienen forma fusiforme se disponen en forma arremolinada, en roseta, con escasa cantidad de tejido conjuntivo en el estroma. Distribuidas dispersamente en el tumor se encuentra estructuras tubulares o pseudotubulares tapizadas por células cilíndricas entre las células epiteliales y además se encuentra material eosinofílico amorfo que algunos investigadores los llaman gotas eosinofílicas, ocasionalmente pueden encontrarse calcificaciones redondeadas catalogadas como esmalte abortivo.

Cuando se realiza un ki67 índice de proliferación se puede observar que hay una baja actividad pues eso le caracteriza e indica que no habrá recurrencia de la lesión.

Cuando estas lesiones son vistas en radiografías se observan como lesiones radiolúcidas uniloculares circunscritas que rodean la corona dentaria de un diente que no han erupcionado. Puede extenderse a lo largo de la raíz bajo la unión cemento esmalte. Su diagnóstico diferencial se lo hace con el quiste dentífero.

Se presenta un caso clínico de tumor odontogénico adenomatoide de un paciente atendido en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de Quito, Ecuador. El caso presenta una localización rara, es quístico y folicular, asociado a dientes retenidos.

Caso clínico

Paciente. varón de 22 años 8 meses, sin antecedentes patológicos personales de importancia el cual refiere que desde hace aproximadamente 1 año comienza con aumento de volumen en región paranasal izquierda, sin que esto provoque dolor o molestia y acude al servicio de odontología del Hospital, donde se le realiza una radiografía panorámica, evidenciando un OD 23 (pieza 23 que no ha erupcionado) en relación con la órbita y presencia de quiste que abarca maxilar y seno maxilar del lado izquierdo. Además, se puede observar aumento de volumen en la región facial tercio medio.

Imagenología

Los resultados de la tomografía indican lo siguiente:

En los diferentes cortes tanto axiales coronales y sagitales se puede establecer la presencia de masa expansiva, hipodensa con densidad de tejidos blandos, la misma que determina destrucción lítica a nivel de las paredes, sobre todo lateral. Se realiza amplia comunicación con celdillas etmoidales del lado izquierdo, llama la atención la presencia de pieza dentaria hacia la porción posteromedial del antro maxilar izquierdo, la misma que se muestra involucrada y adherida a la pared ósea medial. Se realiza reconstrucción volumétrica 3d.

Resto de estructuras sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: considerar la posibilidad de tumor de origen Odontogénico. Considerar la posibilidad de odontoma.

MACROSCÓPICO:

El rotulado "maxilar izquierdo", en cuanto al estudio histopatológico se reporta así: se recibe fragmento laminar de tejido de aspecto fibroso que mide 5 x 3,5 x 0,5 cm. Es de consistencia cauchosa, marrón violáceo, con áreas amarillentas.

En el mismo recipiente se recibe una muela de 1 x 0,7 x 1,5 cm. Cubierta parcialmente por tejido laminar antes descrito.

MICROSCÓPICO:

Muestra tejido fibroconjuntivo laxo, vascularizado revestido por 2 a 3 capas de células cuboidales que

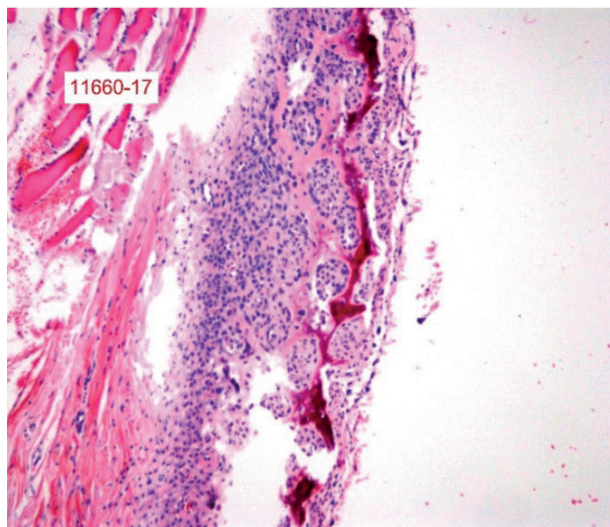


Figura 1A. Tumor odontogénico adenomatoide, coloración hematoxilina-eosina (20X)

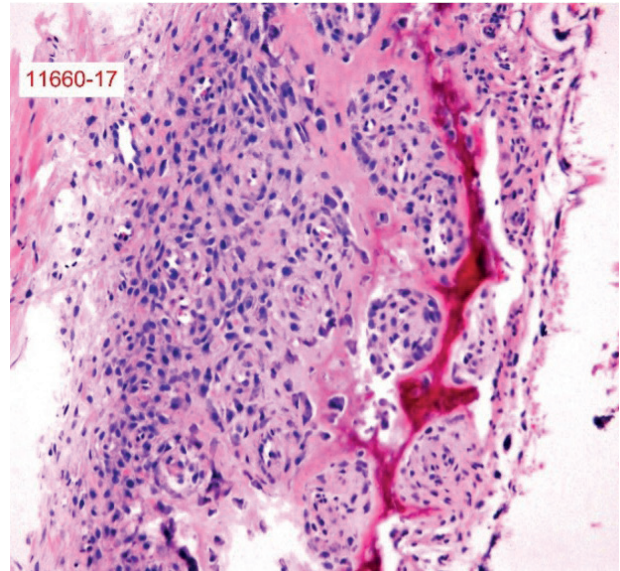


Figura 1B. Tumor odontogénico adenomatoide, coloración hematoxilina-eosina (40X)

en áreas proliferan formando nódulos, tienden a formar estructuras parecidas a ductos, y en otras áreas tienden a tomar un patrón trabecular o cribiforme, además se evidencia focos de material eosinófilo y focos de calcificación dispersos. (**Figuras 1A y 1B**)

HISTOQUÍMICA:

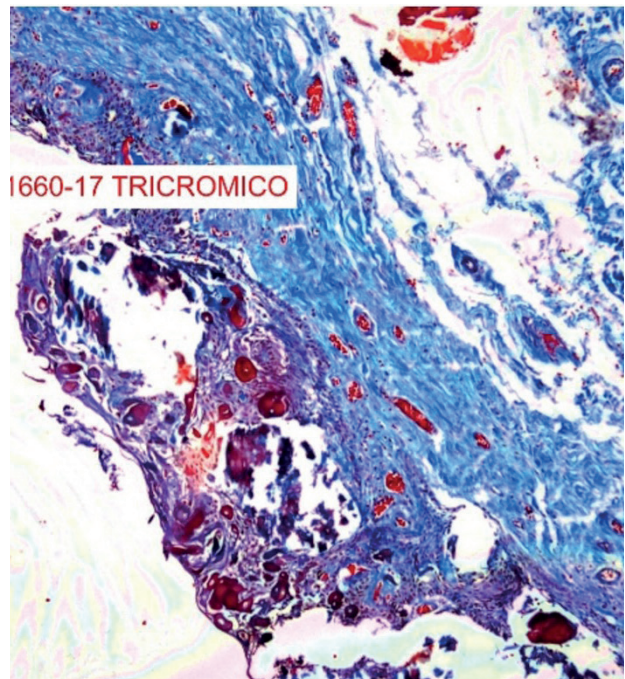


Figura 2. Tricrómico: Positivo en las fibras colágenas (40X)

INMUNOHISTOQUÍMICA:

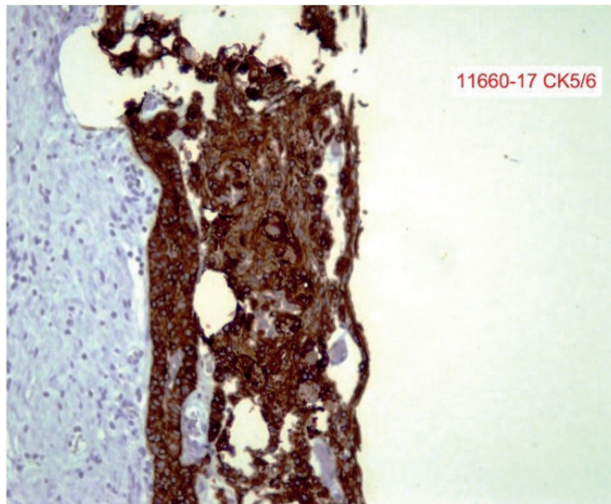


Figura 3A. CK5/6: Positivo en la lesión epitelial (40X)

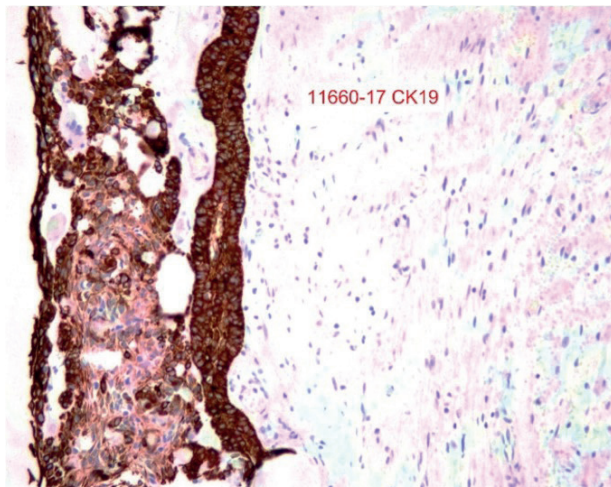


Figura 3B. CK19: Positivo en la lesión epitelial (40X)

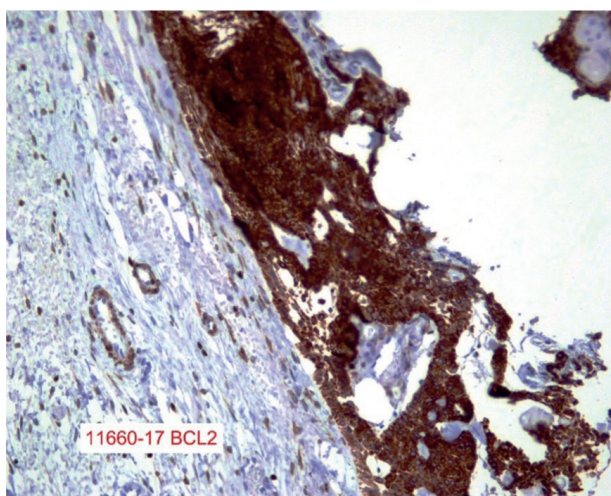


Figura 4. BCL2: Positivo en la lesión epitelial (40X)

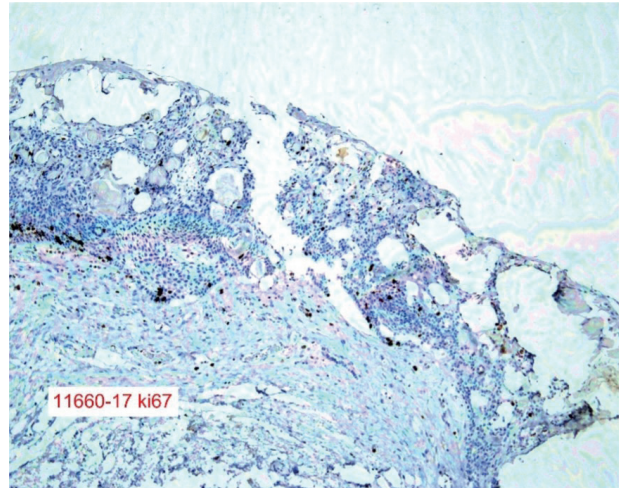


Figura 5. Ki67: Positivo en la lesión epitelial (20X).

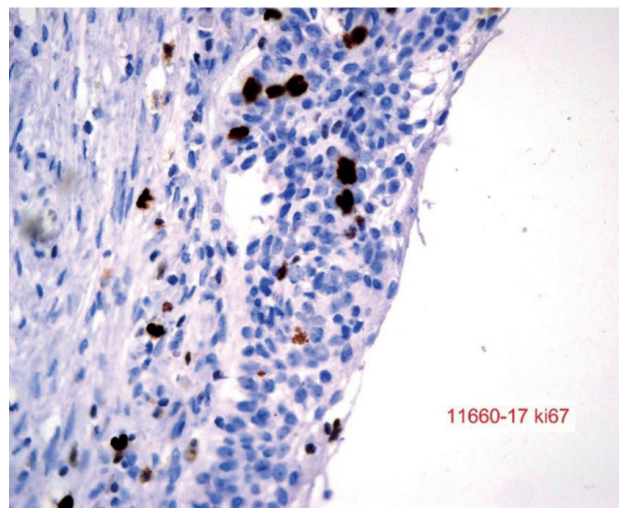


Figura 6. Ki67: Positivo en la lesión epitelial (40x)

Diagnóstico

Se reportó rotulado maxilar izquierdo, la inmunohistoquímica indica un tumor odontogénico adenomatoide de tipo folicular. (**Figuras 2, 3A, 3B, 4, 5 y 6**)

Discusión

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA), antes de ser clasificado como una verdadera neoplasia algunos autores lo consideran un hamartoma. Pero en la nueva clasificación de los tumores odontogénicos (del año 2005) el tumor odontogénico adenomatoide es considerado una neoplasia benigna que crece progresivamente y lentamente^{1,8,9}.

Se cree que el origen del TOA es del epitelio odontogénico del órgano del esmalte, o remanentes de la lámina dental, su clasificación de adenomatoide es por la presencia histológica de estructuras ductales y pseudoductales.

En el caso que nos ocupa presenta una zona central intraósea folicular en concordancia con la clasificación del TOA realizada por Philipsen et al. 1991^{1,2,4}.

En el cual se afirma que el TOA es una lesión que crece lentamente, es asintomática lo cual concuerda con nuestro caso, pero difiere en el hecho que esta lesión crece en la zona que debía salir un canino, pero este no erupcionó (pieza 23).

Se lo encontró en la segunda década de vida y comprende el canino del maxilar superior y toma la mandíbula, provocando abultamiento del lado izquierdo de la cara por la presencia de masa expansiva, hipodensa con densidad de tejidos blandos, que se observó con detalle en la placa de rayos X. Además, se observó una pieza dentaria hacia la porción posteromedial del antro maxilar izquierdo, la misma que se muestra involucrada y adherida a la pared ósea medial. Es importante indicar que los TOA son diagnosticados en la segunda década de vida e involucran el maxilar en una relación de 2:1^{10,11,12}.

En la literatura se reporta la asociación de los TOA a retención de caninos maxilares en un porcentaje de 40 a 70%, pero sin involucrar las celdillas etmoidales como en el caso que nos ocupa. Además, histológicamente en nuestro análisis se observó calcificaciones, lo cual nos obliga a hacer el diagnóstico diferencial con el quiste dentígero.

En este caso el tratamiento fue la enucleación de la lesión y el seguimiento continuo del paciente observándose que no hay recidiva. Esto último concuerda con Giansanti et al. quien reporta^{1,13,14,15} seguimientos de casos durante 10 años sin observar recidivas. Se ha asociado la posibilidad de recurrencia con el Ki67 que es la posibilidad de proliferación que tiene el tumor. Y que en nuestro caso corresponde a un 8%, lo cual indica una proliferación baja. Pero a pesar de esto con poca frecuencia se ha descrito recurrencia.

El caso presentado es importante porque corresponde a una variante intraósea, folicular asociada a dientes retenidos en región premolar. Nuestro análisis histopatológico indica un TOA y hasta la fecha con los seguimientos postquirúrgicos no se ha visto recidiva de la lesión^{5,13,14,15}.

Conclusión

En el caso que nos ocupa es importante anotar que se trata de un tumor odontogénico adenomatoide de variante intraósea, de tipo folicular, se asocia a dientes retenidos. Además se lo pudo corroborar con el resultado del estudio histopatológico. Además se le ha realizado seguimiento por parte de servicio de maxilofacial y se puede indicar que hasta hoy no ha existido recidiva de la lesión, lo cual es de buen pronóstico para el paciente.

Abreviaturas

TOA: Tumor odontogénico adenomatoide;
O.M.S: Organización Mundial de la Salud;

Disponibilidad de datos y materiales

Se utilizó recursos bibliográficos. La información utilizada esta con su autor principal.

Aprobación del comité de ética y consentimiento para participación

El artículo científico fue aprobado por pares y por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos -CEISH/HECAM.

Consentimiento para publicación

La publicación fue aprobada por el Consejo Editorial del HECAM.

Financiamiento

Se trabajó con recursos propios de la autora.

Conflicto de interés

La autora no reportan ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Agradezco al servicio de laboratorio de Anatomía Patológica del HECAM por las facilidades brindadas para esta investigación.

Referencias

1. Neville B, et al. *Oral & maxillofacial Pathology*. 4a ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2015.
2. Vera F, Artes M, Vera B, Bonet J. Tumor odontogénico adenomatoide folicular: Estudio inmunohistoquímico. *Med oral patol. oral cir. bucal*. [Internet]. 2006; (11)4: 305-308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000400002&lng=es.
3. Neville B, Damm D, White D. *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*. PMPH-USA; 2003.
4. Soames SJ, Southam JC. *Oral Pathology. Odontomes and Odontogenic tumours*. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1993.
5. Chuan-Xiang Z GG. Adenomatoide tumor odontogénico: a propósito de un caso poco frecuente, con recurrencia. *Med Oral Pathol*. 2007; 36(7):440-3.
6. Philipsen HP, Nikai H. Odontogenic tumours. En: Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky D. *Pathology and genetics of head and neck tumors*. Lyon: World Health Organization Classification of Tumors: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2005. p.304-5.
7. Mosqueda-Taylor A, et al. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radial Endod*. 1997;84:672-5.
8. Philipsen HP, Reichart PA. Adenomatoid odontogenic tumor. Facts and figures. *Oral Oncol*. 1999; 35(2):125-31.
9. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. 2da ed. España: Elsevier Imprint; 2006.
10. Velasco I, Aguilar L, Venables C. Tumor odontogénico adenomatoide en maxilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat*. 2011; 5(1):65-69.
11. Boraks S. *Diagnóstico Bucal. Semiología y alteraciones de los huesos maxilares*. Brasil: Editorial Médica Panamericana S.A; 2004.
12. Escalante M, Rebolledo M. Concepto actual, diagnóstico y tratamiento del tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso. *Salud Uninorte*. 2012;28(3):432-437.
13. Cruz E, Escalera C, Taylor A, Reyes R. Tumor odontogénico adenomatoide: presentación de un caso de tamaño inusual y revisión de literatura. *Rev Hosp Jua Mex*. 2006;73(2):60-63.
14. Leon J, Mata G, Fregnani E, Carlos-Bregni R, de Almeida O, Mosqueda-Taylor A, Vargas P. Clinicopathological and Immunohistochemical study of 39 cases of Adenomatoid Odontogenic Tumor: a multicentric study. *Oral Oncol*. 2005; 41(8):835-842.
15. Lee J, Lee K, Hwang B. Adenomatoid Odontogenic Tumor: A Case Report. *J. Oral Maxillofac Surg*. 2000; 58(10):1161-1164.