

Tumor Odontogénico Adenomatoido en Maxilar: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura

Adenomatoid Odontogenic Tumor in Maxilla: A Report Case and Review of the Literature

Velasco I.^{*,***}; Aguilar L.^{**} & Venables C.^{*}

VELASCO, I.; AGUILAR, L. & VENABLES, C. Tumor odontogénico adenomatoido en maxilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 5(1):65-69, 2011.

RESUMEN: El tumor odontogénico adenomatoido es una neoplasia benigna según la nueva clasificación del 2005 sobre tumores odontogénicos. Es una lesión muchas veces de crecimiento lento pero progresivo y no invasivo. Este reporte describe una paciente de 17 años, sexo femenino, con un tumor odontogénico adenomatoido del subtipo folicular en la región maxilar anterior comprometiendo al canino maxilar izquierdo. Además se realiza una revisión para los profesionales de la salud sobre aspectos diagnósticos y manejo según los hallazgos más recientes en esta patología.

PALABRAS CLAVE: tumores odontogénicos, tumor odontogénico adenomatoido, maxilar.

INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico adenomatoido (TOA) fue descrito por primera vez en 1907 como un pseudo-ameloblastoma. Posteriormente Philipsen & Birn (1969) propusieron el nombre de TOA, sugiriendo que no es una variante del ameloblastoma porque posee un comportamiento totalmente distinto. Este término fue primero adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación de tumores odontogénicos (TO) en 1971 (Kramer & Pindborg, 1971).

Sin embargo en la clasificación de la OMS del 2005, según sus características definen al TOA compuesto por epitelio odontogénico presentando una variedad de patrones histoestructurales embebidos en un estroma de tejido conectivo fibroso y caracterizado por un crecimiento lento pero progresivo (Barnes *et al.*, 2005).

El TOA ha sido descrito como un TO poco frecuente en una frecuencia relativa de 2-7% (Philipsen & Reichart, 1999). Se manifiesta clínicamente como un aumento de volumen extra-intraoral de los huesos maxilares. Su edad de aparición varía entre la primera

y octava década de vida, pero más de dos tercios de los casos son diagnosticados en la segunda década de vida y el 90% son encontrados antes de los 30 años. La proporción entre hombres y mujeres es 1:1,9. Incluso en algunos países asiáticos la proporción puede llegar a ser 1:3,2 (Toida *et al.*, 1990).

Existen 3 variantes de TOA (Courtney & Kerr, 1975; Regezi *et al.*, 1978; Philipsen *et al.*, 1991). El tipo folicular (73% de los casos) que posee una lesión intraósea en relación con un diente no erupcionado; el tipo extrafolicular (24% de los casos) que posee una lesión intraósea y sin relación con las piezas dentarias; y la variante periférica (3% de los casos). Ambas lesiones intraóseas producen una entidad que en la imagenología se observa unilocular, radiolúcida de límites definidos, en muchos casos con focos radiopacos en su interior (Dare *et al.*, 1994).

Este reporte describe un TOA en región maxilar anterior, recalcando sus características clínicas e histopatológicas. Además de hacer una revisión sobre los aspectos más importantes para su diagnóstico y manejo.

* Servicio de Cirugía Maxilofacial Hospital del Salvador. Santiago, Chile.

** Internado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

*** Departamento de Cirugía Bucal. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

REPORTE DE CASO

Una paciente de 17 años de edad, de sexo femenino, se presenta al servicio de Cirugía Maxilofacial en el Hospital del Salvador (Santiago, Chile), con motivo de consulta por un aumento de volumen en la región geniana izquierda y malposición dentaria maxilar ipsilateral con 3 años de evolución, sin presentar sintomatología asociada a la lesión. La paciente no poseía ningún antecedente mórbido de relevancia clínica.



Fig.1. Fotografía extraoral, discreto aumento de tamaño en región geniana izquierda.

Al examen extraoral el aumento de volumen estaba ubicado en la región geniana izquierda por lateral a la nariz de unos 2x2 cm (Fig.1) que causaba una asimetría facial bastante discreta. A la palpación era de consistencia dura, inmóvil, con límites definidos y no se palparon adenopatías cervicales. Intraoralmente, la tumoración estaba presente en el fondo del vestíbulo maxilar izquierdo extendiéndose desde el incisivo lateral al primer premolar. El aumento de volumen era de forma redondeada de unos 2x2 cm, la mucosa de la zona sin alteraciones (Fig.2). Además había persistencia del canino temporal maxilar izquierdo, el canino permanente maxilar izquierdo estaba ausente y el segundo premolar se encontraba palatinizado. La tumoración se hacía más evidente en la bóveda palatina desde una visión oclusal (Fig.3).



Fig.2. Fotografía intraoral.



Fig.3. Fotografía intraoral. Visión oclusal muestra aumento de volumen en paladar, persistencia del canino temporal (pieza 6.3) y malposición del segundo premolar (pieza 2.5).

Se le solicitó una radiografía panorámica y una tomografía computada (TC), en esta última tanto en los cortes coronales y axiales se observa una lesión radiolúcida que se extiende desde incisivo lateral a primer premolar de bordes definidos sin infiltrar regiones adyacentes, que desplaza el seno maxilar y la fosa nasal izquierda, dentro de la lesión se observan múltiples focos irregulares radiopacos, la corona y parte de la raíz del canino permanente incluido (Fig. 4). La lesión no causaba rizalipsis de las piezas dentarias adyacentes. En base a nuestros hallazgos clínicos e imagenológicos nuestras hipótesis diagnósticas fueron el TOA, quiste epitelial calcificante, tumor odontogénico epitelial calcificante y un fibro-odontoma ameloblástico.

Se planificó la biopsia excisional de la lesión bajo anestesia general. Se realizó un abordaje intraoral a



Fig.4. TAC, en cortes coronales y axiales se observa lesión unilocular en maxilar izquierdo con focos radiopacos difusos en su interior y presencia del canino incluido (pieza 2.3) dentro de la lesión.



Fig.5. Enucleación total de la lesión en conjunto con el canino permanente incluido.



Fig.6. Muestra macroscópica, con dimensiones de 18x10x10 mm.

nivel de fondo de vestíbulo maxilar anterior izquierdo, mediante osteotomía se hace una ventana ósea para abordar la lesión. Se realiza enucleación total de la lesión junto con el canino incluido (Fig. 5). La muestra macroscópica media 18x10x10mm (Fig. 6). El estudio histopatológico muestra que la lesión está compuesta por un tejido conjuntivo fibroso que presentaba proliferación epitelial, en islotes y con proliferación más o menos arremolinada, escasas zonas que recuerdan ductos glandulares con múltiples calcificaciones basófilas redondeadas similares a anillos de Liesegang, en otras partes pequeñas eosinofílicas como gotas entre células epiteliales de núcleos fusados o alargados y material hialino con tejido fibroso capsular (Fig. 7). El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de TOA.

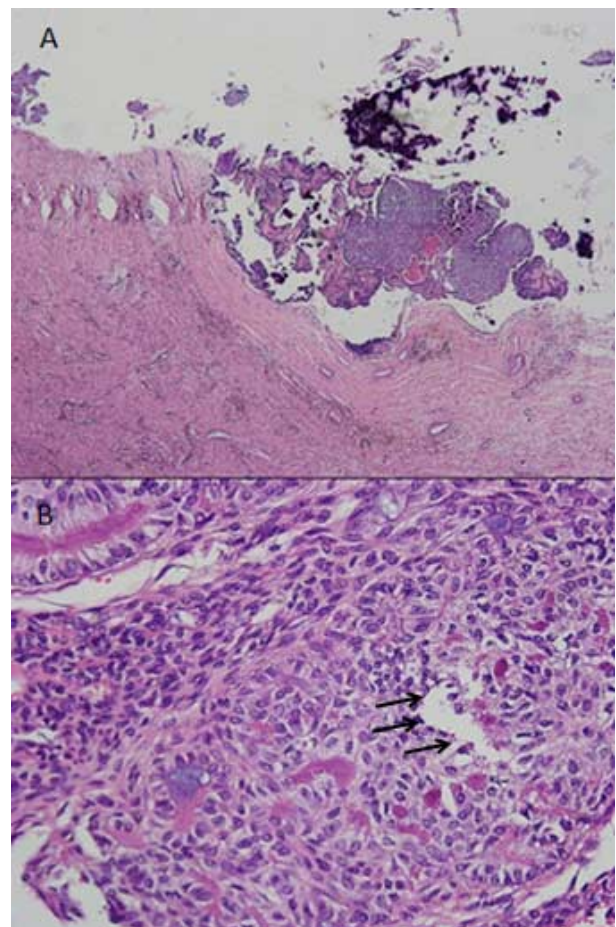


Fig.7. Histopatología tinción Hematoxilina-Eosina magnificación original 120X (A) y 600X (B), muestra proliferación epitelial en islotes en abundante tejido conectivo fibroso y escasas estructuras que asemejan ductos glandulares (flechas).

DISCUSIÓN

El TOA es una patología poco frecuente con una prevalencia cercana al 3% del total de los TO, mucho menos frecuente que el odontoma, tumor odontogénico queratoquístico y el ameloblastoma. Se ha sugerido que este tumor es más un hamartoma que una verdadera neoplasia (Regezi *et al.*), pero no existe verdadera evidencia para aclarar esta controversia.

El TOA es un tumor de crecimiento lento pero progresivo como lo fue en nuestro caso con 3 años de evolución según lo relatado por la paciente, aunque existen reportes de lesiones de crecimiento más rápido y comportamiento agresivo localmente. Posee una predilección por el hueso maxilar en proporción 2:1 con la mandíbula. Las mujeres jóvenes antes de los 30 años se ven mayormente afectadas. 69% de los TOA son diagnosticados durante la segunda década de vida, por lo que la proporción entre mujeres y hombres en todos los grupos etarios es de 2:1 (Philipsen *et al.*, 1992; Ide & Kusama, 2002).

La lesión es generalmente asintomática y solo la expansión de las corticales hace a los pacientes consultar, además de muchas veces causar desplazamientos dentarios y la no erupción de piezas dentarias como lo fue en este caso. El diente incluido dentro de la lesión tiene un patrón típico. Los 4 caninos en combinación suman el 59% total de los casos y los caninos maxilares solos el 40% (Philipsen *et al.*, 1992). El primer y el segundo molar son rara vez afectados. Por lo general no se genera rizalisis pero ha sido reportado en 4 ocasiones.

El diagnóstico del TOA debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en lesiones que en la imagenología se observan uniloculares con bordes definidos con focos radiopacos difusos en su interior, que pueden observarse en dos tercios de los casos, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En casos de que la lesión envuelva la corona de una pieza no erupcionada y no contenga focos radiopacos en su interior, se tiene que realizar el diagnóstico diferencial con el quiste dentígero. Sin embargo un TOA puede envolver la corona y también la raíz, pero el quiste dentígero no envuelve las raíces (Tsaknis *et al.*, 1977; Bedrick & Solomon, 1979; Curran *et al.*, 1997).

El origen del TOA es controversial, algunos autores creen que se origina de epitelio odontogénico o desde un quiste dentígero. Así como también rema-

nentes de la lámina dental serían las células progenitoras de este tumor (Philipsen *et al.*, 1992). Las tres variantes del TOA (folicular, extrafolicular y periférico) poseen un comportamiento biológico similar y por lo general todas están encapsuladas en abundante tejido conectivo fibroso, la cirugía conservadora ya sea por enucleación o curetaje es el tratamiento de elección. La recurrencia es muy rara (Philipsen *et al.*, 1991).

VELASCO, I.; AGUILAR, L. & VENABLES, C. Adenomatoid odontogenic tumor in maxilla: a report case and review of the literature. *Int. J. Odontostomat.*, 5(1):65-69, 2011.

ABSTRACT: Adenomatoid odontogenic tumor is a benign neoplasm in the new classification of odontogenic tumors of 2005. This lesion is often slow growing but progressive and noninvasive. This report describes a 17-year-old female patient with an adenomatoid odontogenic tumor follicular subtype in the anterior maxillary region compromising the left maxillary canine. This article also provides a refresher for the health professionals on its diagnosis and management according to recent findings in this pathology.

KEY WORDS: odontogenic tumors, adenomatoid odontogenic tumor, maxillar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes, L.; Eveson, J. W.; Reichart, P. & Sidransky, D. *World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours.* Lyon, IARC, 2005
- Bedrick, A. E. & Solomon, M. P. The adenomatoid odontogenic tumor: an unusual clinical presentation. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 48(2):143-5, 1979.
- Courtney, R. M. & Kerr, D. A. The odontogenic adenomatoid tumor. A comprehensive study of twenty new cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 39(3):424-35, 1975.
- Curran, A. E.; Miller, E. J. & Murrah, V. A. Adenomatoid odontogenic tumor presenting as periapical disease. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 84(5):557-60, 1997.

Dare, A.; Yamaguchi, A.; Yoshiki, S. & Okano, T. Limitation of panoramic radiography in diagnosing adenomatoid odontogenic tumors. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 77(6):662-8, 1994.

Ide, F. & Kusama, K. Adenomatoide odontoma. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 94(2):149-50, 2002.

Kramer, I. R. H. & Pindborg, J. J. WHO *International histological classification of tumors*. No 5. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts, and allied lesions. Berlin, Springer Verlag, 1971.

Philipsen, H. P. & Birn, H. The adenomatoid odontogenic tumour. Ameloblastic adenomatoid tumour or adeno-ameloblastoma. *Acta Pathol. Microbiol. Scand.*, 75(3):375-98, 1969.

Philipsen, H. P.; Reichart, P. A.; Zhang, K. H.; Nikai, H. & Yu, Q. X. Adenomatoide odontogenic tumor: biologic profile based on 499 cases. *J. Oral Pathol. Med.*, 20(4):149-58, 1991.

Philipsen, H. P.; Samman, N.; Ormiston, I. W.; Wu, P. C. & Reichart, P. A. Variants of the adenomatoid odontogenic tumor with a note on tumor origin. *J. Oral Pathol. Med.*, 21(8):348-52, 1992.

Philipsen, H. P. & Reichart, P. A. Adenomatoide odontogenic tumour: facts and figures. *Oral Oncol.*, 35(2):125-31, 1999.

Regezi, J. A.; Kerr, D. A. & Courtney, R. M. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J. Oral Surg.*, 36(10):771-8, 1978.

Toida, M.; Hyodo, I.; Okuda, T. & Tatematsu, N. Adenomatoide odontogenic tumor: report of two cases and survey of 126 cases in Japan. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 48(4):404-8, 1990.

Tsaknis, P. J.; Carpenter, W. M. & Shade, N. L. Odontogenic adenomatoid tumor: report of case and review of the literature. *J. Oral Surg.*, 35(2):146-9, 1977.

Dirección para correspondencia:
Dr. I. Velasco
Servicio de Cirugía Maxilofacial
Hospital del Salvador - Santiago
Departamento de Cirugía Bucal
Universidad de los Andes
Santiago
CHILE

Email: iavelasco@miuandes.cl
iavelasco@upr.edu

Recibido : 24-02-2011
Aceptado: 16-03-2011