



ID del documento: SMJ-Vol.2.N.4.001.2024

Tipo de artículo: Investigación

Neoplasia odontogénica adenomatoide en la mandíbula

Adenomatoid odontogenic neoplasm of the mandible

Autores:

Alicia Guadalupe Mendoza Orquera¹

¹Universidad Central del Ecuador, Ecuador, agmendoza@uce.edu.ec, <https://orcid.org/0000-0001-6551-7738>

Corresponding Author: Alicia Guadalupe Mendoza Orquera, juanfernandez@hotmail.com

Reception: 01-septiembre-2024 Acceptance: 22-septiembre-2024 Publication: 10-octubre-2024

How to cite this article:

Mendoza Orquera, A. G. (2024). Neoplasia odontogénica adenomatoide en la mandíbula. Sapiens in Medicine Journal, 2(4), 1-9.
https://revistasapiensec.com/index.php/sapiens_in_medicine/article/view/179





Resumen

Introducción: El tumor odontogénico adenomatoide fue una neoplasia benigna hamartomatosa de origen odontogénico, que representó entre el 3 % y el 7 % de todos los tumores de este tipo. Se presentó con mayor frecuencia en pacientes jóvenes de sexo femenino y se localizó principalmente en la región anterior del maxilar superior, afectando sobre todo al canino. Además, estuvo asociado a dientes incluidos y se caracterizó por un crecimiento lento, indoloro y asintomático. Se clasificó en tres variantes: folicular, extrafolicular y periférica. **Presentación del caso:** Se documentó el caso de un paciente masculino de 22 años y 8 meses, sin antecedentes patológicos de relevancia, quien presentó, durante un año, un abultamiento indoloro en la región paranasal izquierda. El paciente acudió al servicio de odontología del Hospital Carlos Andrade Marín, donde se le realizó una radiografía panorámica. En la imagen se evidenció la presencia de un OD 23 (pieza 23 sin erupcionar), con una lesión que se relacionaba con la órbita y mostraba una formación quística que comprometía el maxilar y el seno maxilar izquierdos. Además, el abultamiento afectaba el tercio medio de la región facial. **Discusión:** El tumor odontogénico adenomatoide fue considerado una neoplasia benigna de crecimiento progresivo y lento. El tratamiento indicado para esta lesión consistió en la enucleación y el curetaje de la zona afectada, sin registrarse recidivas.

Palabras clave: Neoplasia benigna; Tumor odontogénico; Crecimiento lento; Enucleación; Maxilar superior

Abstract

Introduction: Adenomatoid odontogenic tumor was a benign hamartomatous neoplasm of odontogenic origin, which represented between 3 % and 7 % of all tumors of this type. It occurred more frequently in young female patients and was mainly located in the anterior region of the upper jaw, affecting mainly the canine. In addition, it was associated with included teeth and was characterized by slow, painless and asymptomatic growth. It was classified into three variants: follicular, extrafollicular and peripheral. **Case presentation:** We documented the case of a male patient aged 22 years and 8 months, with no relevant pathologic history, who presented, for one year, a painless lump in the left paranasal region. The patient went to the dentistry service of the Carlos Andrade Marín Hospital, where a panoramic radiography was performed. The image showed the presence of an OD 23 (unerupted tooth 23), with a lesion that was related to the orbit and showed a cystic formation involving the left maxilla and maxillary sinus. In addition, the bulge involved the middle third of the facial region. **Discussion:** The adenomatoid odontogenic tumor was considered a benign neoplasm of progressive and slow growth. The treatment indicated for this lesion consisted of enucleation and curettage of the affected area, with no recurrence.

Keywords: Benign neoplasm; Odontogenic tumor; Slow growth; Enucleation; Upper jaw



1. INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una neoplasia benigna de origen epitelial odontogénico y de naturaleza hamartomatosa. Fue identificado por primera vez en 1905 por Steensland, quien lo consideró una variante del ameloblastoma. Más adelante, en 1948, Stefne lo denominó “tumor adenomatoide, ameloblástico o adenomeloblastoma”. En 1915, Harbitz lo describió como un adeamartoma quístico, mientras que en 1969, Philipsen y Birn propusieron el nombre actual de tumor odontogénico adenomatoide (TOA)³, denominación que fue reconocida oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1971. Posteriormente, la OMS estableció las distintas variantes del TOA según sus patrones histológicos dentro del estroma del tejido conectivo.

Se trata de una neoplasia poco frecuente, representando entre el 3 y el 7% de los tumores odontogénicos. Su ubicación más común es en la región de los caninos superiores incluidos. Aproximadamente el 75% de los casos se localizan en la porción anterior de los maxilares, con una prevalencia del 65% en los maxilares superiores. Es más frecuente en mujeres, con una proporción de 2:1, y suele diagnosticarse en la segunda década de vida. Clínicamente, se presenta como un tumor indoloro de crecimiento lento, cuyo diámetro no suele superar los 3 mm.

Las células que conforman esta neoplasia provienen del epitelio reducido del órgano del esmalte, específicamente del estrato intermedio. Algunos estudios sugieren que su origen está en los remanentes de la lámina dental.

Subtipos Clínicos

Existen tres variantes clínicas del TOA, todas con la misma histología. La más frecuente es la forma folicular (73%), de localización central y asociada a un diente impactado. La forma extrafolicular, que también es de localización central pero no se asocia a ninguna estructura dentaria, representa el 24%. Finalmente, la forma periférica se localiza en la mucosa gingival y constituye solo el 3% de los casos.

Características Histológicas

Esta neoplasia está rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo fibroso y presenta una nodulación de células epiteliales. Su interior puede ser sólido o contener estructuras quísticas. Las células epiteliales que conforman los nódulos son fusiformes y adoptan una disposición en arremolinada o en forma de roseta, con escaso tejido conjuntivo en el estroma. También se pueden encontrar estructuras tubulares o pseudotubulares tapizadas por células cilíndricas. Dentro del tumor se observa material eosinofílico amorfo, denominado “gotas eosinofílicas” por algunos investigadores, y en ocasiones, calcificaciones redondeadas clasificadas como esmalte abortivo.

El índice de proliferación Ki-67 revela una baja actividad proliferativa, lo que sugiere un comportamiento no recurrente de la lesión.

Imagenología

En estudios radiográficos, el TOA se manifiesta como una lesión radiolúcida unilocular bien delimitada, generalmente rodeando la corona de un diente no erupcionado. Puede extenderse a lo largo de la raíz hasta la unión cemento-esmalte, por lo que su diagnóstico diferencial se realiza con el quiste dentígero.

Caso Clínico

Se reporta un caso de TOA en un paciente atendido en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en Quito, Ecuador. El tumor presentaba una localización atípica con características quísticas y foliculares, asociado a dientes retenidos.

Datos del Paciente

Varón de 22 años y 8 meses sin antecedentes patológicos relevantes. Refiere que, desde hace un año, presentó un aumento de volumen en la región paranasal izquierda, sin dolor ni molestias. Se realizó una radiografía panorámica, que evidenció un OD 23 (pieza 23 sin erupcionar) en relación con la órbita, acompañado de un quiste que comprometía el maxilar y el seno maxilar izquierdo. También se observó un aumento de volumen en la región facial del tercio medio.

Estudios por Imagen

Los cortes axiales, coronales y sagitales de la tomografía mostraron una masa expansiva hipodensa con densidad de tejidos blandos, generando destrucción lítica en las paredes, especialmente en la lateral. Se identificó una amplia comunicación con las celdillas etmoidales del lado izquierdo y la presencia de una pieza dentaria en la porción posteromedial del antro maxilar izquierdo, adherida a la pared ósea medial. Se realizó una reconstrucción volumétrica en 3D.

Impresión diagnóstica: Posible tumor de origen odontogénico o un odontoma.

Análisis Macroscópico

En el estudio histopatológico se recibió un fragmento laminar de tejido de aspecto fibroso, de $5 \times 3,5 \times 0,5$ cm, con consistencia cauchosa y color marrón violáceo con áreas amarillentas. También se encontró una pieza dental de $1 \times 0,7 \times 1,5$ cm, parcialmente cubierta por tejido laminar.

Microscópico

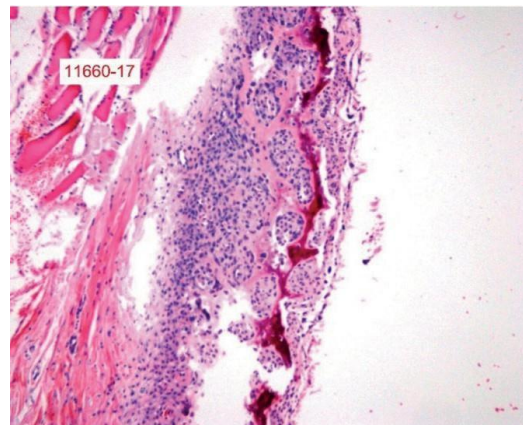


Figura 1A: Tumor odontogénico adenomatoide, tinción con hematoxilina-eosina a un aumento de 20X.

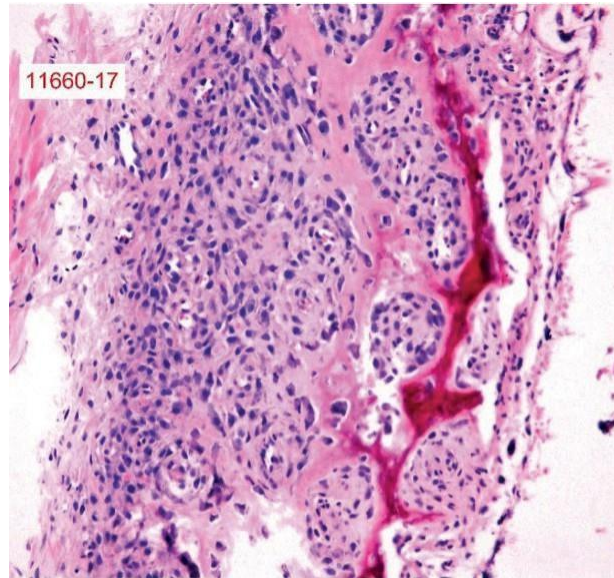


Figura 1B: Tumor odontogénico adenomatoide, tinción con hematoxilina-eosina a un aumento de 40X.

El tejido analizado presenta una matriz fibroconjuntiva laxa y vascularizada, recubierta por una capa de dos a tres filas de células cuboidales. En ciertas regiones, estas células proliferan formando nódulos y adoptan configuraciones similares a estructuras ductales. En otras áreas, se observa un patrón trabecular o cribiforme. Adicionalmente, se identifican focos de material eosinófilo junto con áreas dispersas de calcificación. (Figuras 1A y 1B).

Histoquímica

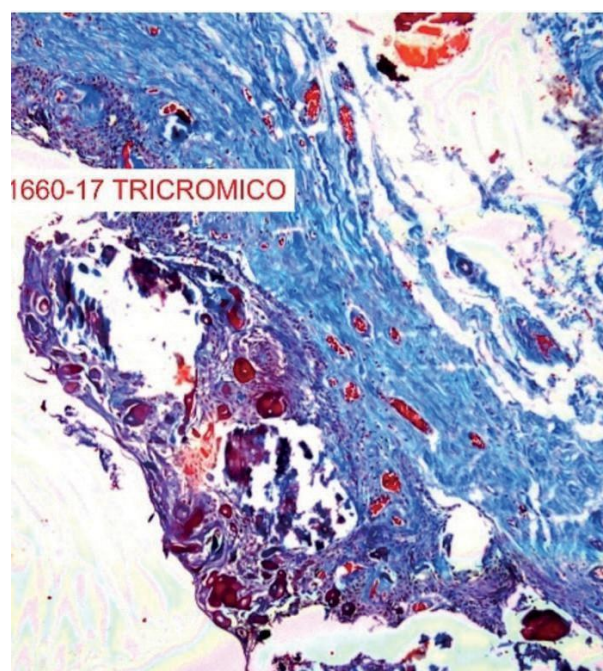


Figura 2A: Tricrómico: Tinción positiva en las fibras colágenas (40X).

Inmunohistoquímico

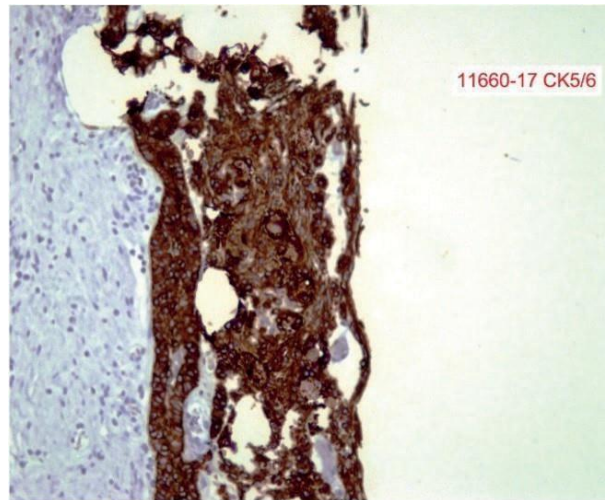


Figura 3B: CK5/6: Expresión positiva en la lesión epitelial (40X).

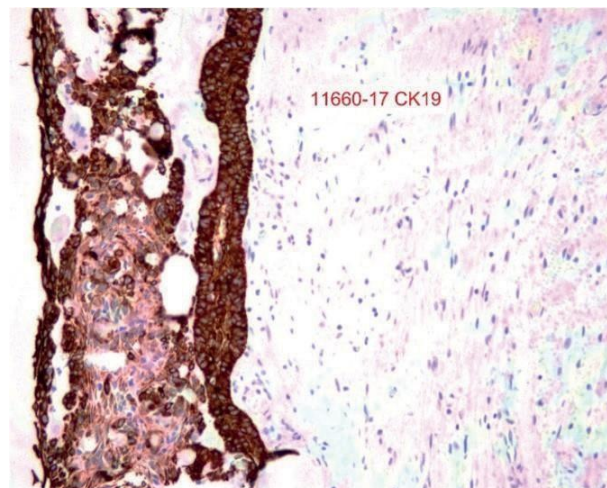


Figura 3B: CK19: Expresión positiva en la lesión epitelial (40X).

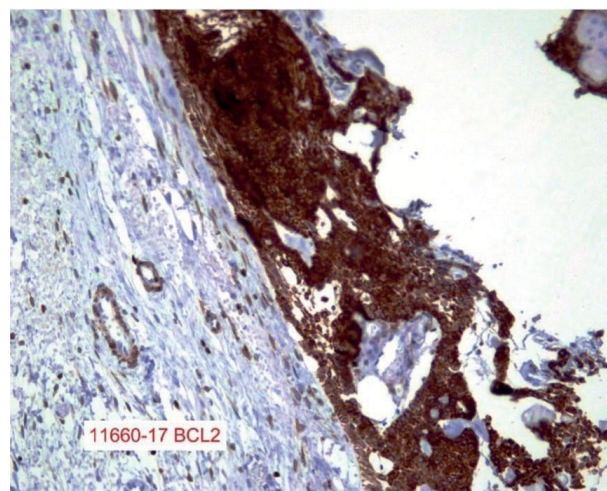


Figura 4: BCL2: Expresión positiva en la lesión epitelial (40X).xx

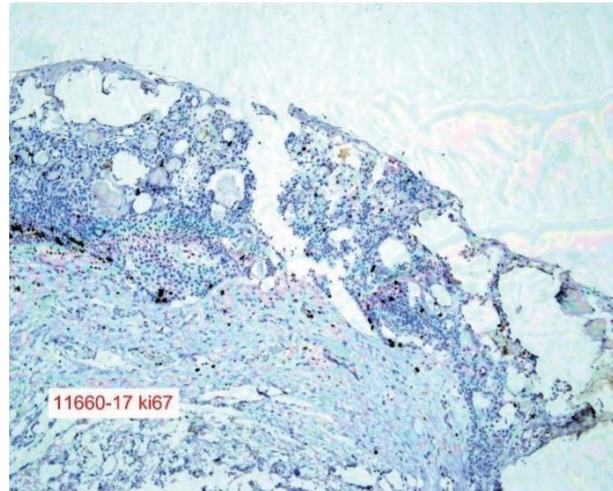


Figura 5: KI67: Expresión positiva en la lesión epitelial (20X).

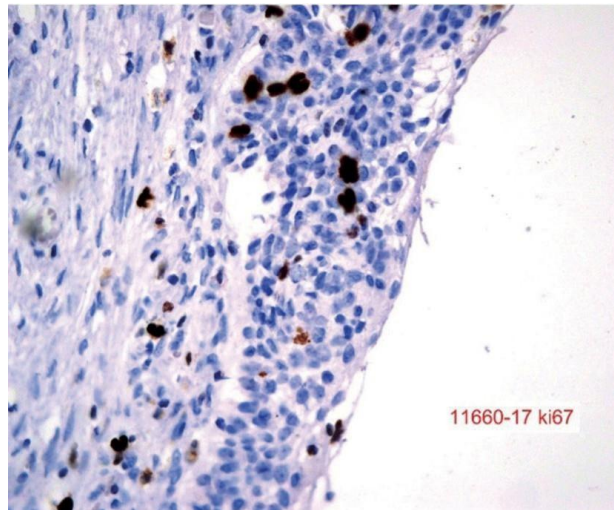


Figura 6: KI67: Se observa una reacción positiva en la lesión epitelial (40x).xx

Diagnóstico

El diagnóstico revela una afectación en el maxilar izquierdo, con la inmunohistoquímica que confirma la presencia de un tumor odontogénico adenomatoide de tipo folicular (Figuras 2, 3A, 3B, 4, 5 y 6).

2. DISCUSIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) ha sido considerado inicialmente por algunos autores como un hamartoma antes de ser clasificado como una neoplasia verdadera. No obstante, en la clasificación más reciente de los tumores odontogénicos (2005), el TOA se reconoce como una neoplasia benigna que presenta un crecimiento progresivo y lento (1, 8, 9).

Se postula que el TOA tiene su origen en el epitelio odontogénico del órgano del esmalte o en los remanentes de la lámina dental, y su denominación "adenomatoide"



se debe a la presencia histológica de estructuras ductales y pseudoductales.

En el caso analizado, se observa una zona central intraósea folicular, lo que se alinea con la clasificación del TOA propuesta por Philipsen et al. (1991) (1, 2, 4). En este trabajo, se señala que el TOA es una lesión que crece lentamente, es asintomática, lo cual coincide con las características de nuestro caso, aunque con la diferencia de que esta lesión se desarrolla en la zona donde debería haber erupcionado un canino, pero dicho diente no lo hizo (pieza 23).

El tumor fue detectado en la segunda década de vida, en la región del canino del maxilar superior, extendiéndose hacia la mandíbula y provocando un abultamiento en el lado izquierdo de la cara debido a una masa expansiva e hipodensa con densidad de tejidos blandos, observada detalladamente en la radiografía. Además, se identificó una pieza dentaria en la porción posteromedial del antro maxilar izquierdo, la cual se encuentra involucrada y adherida a la pared ósea medial. Cabe señalar que los TOA suelen diagnosticarse en la segunda década de vida y afectan al maxilar en una proporción de 2:1 (10, 11, 12).

Se ha reportado en la literatura que los TOA se asocian con la retención de caninos maxilares en un 40 a 70% de los casos, aunque sin involucrar las celdillas etmoidales, como es el caso en este estudio. Además, en nuestro análisis histológico se identificaron calcificaciones, lo que plantea la necesidad de diferenciar el diagnóstico con el quiste dentígero.

En cuanto al tratamiento, se realizó una enucleación de la lesión y un seguimiento continuo del paciente, sin que se haya observado recurrencia, lo cual coincide con los hallazgos de Giansanti et al., quienes reportan seguimientos de hasta 10 años sin evidencias de recidivas (1, 13, 14, 15). La posibilidad de recurrencia se ha relacionado con el índice Ki67, que refleja la capacidad de proliferación del tumor. En nuestro caso, este índice fue del 8%, lo que indica una baja tasa de proliferación. A pesar de ello, las recurrencias son poco frecuentes.

Este caso es relevante ya que corresponde a una variante intraósea, folicular, asociada a dientes retenidos en la región premolar. El análisis histopatológico confirma que se trata de un TOA, y hasta la fecha, con los seguimientos postquirúrgicos, no se ha observado recidiva de la lesión (5, 13, 14, 15).

3. CONCLUSIÓN

El presente caso corresponde a un tumor odontogénico adenomatoide de variante intraósea, específicamente de tipo folicular, el cual se encuentra asociado a dientes retenidos. Este diagnóstico fue confirmado mediante el estudio histopatológico. Asimismo, el paciente ha sido monitoreado por el servicio de maxilofacial, y hasta la fecha no se ha observado recurrencia de la lesión, lo que representa un pronóstico favorable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 odonto- genico adenomatoide folicular: Estudio inmu- nohistoquimico. Med oral patol. oral cir. bucal. [Internet]. 2006; (11)4: 305-308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1698-69462006000400002&lng=es.
3. Neville B, Damm D, White D. Color Atlas of Clini- cal Oral Pathology. PMPH-USA; 2003.
4. Soames SJ, Southam JC. Oral Pathology. Odon- tomes and Odontogenic tumours. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1993.
5. Chuan-Xiang Z GG. Adenomatoide tumor odon- togénico: a propósito de un caso poco fre- cuente, 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 tu- mors. Lyon: World Health Organization Classifi- cation of Tumors: International Agency for Re- search 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 odonto- genic 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 odonto- génico adenomatoide en maxilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. Int. J. Odontosto- mat. 2011; 5(1):65-69.
11. Boraks S. Diagnóstico Bucal. Semiología y alte- raciones de los huesos maxilares. Brasil: Editorial Médica Panamericana S.A; 2004.
12. Escalante M, Rebolledo M. Concepto actual, diagnóstico y tratamiento del tumor odontogé- nico 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 litera- tura. Rev Hosp Jua Mex. 2006;73(2):60-63.
14. Leon J, Mata G, Fregnani E, Carlos-Bregni R, de Al- meida O, Mosqueda-Taylor A, Vargas P. Clinicopa- thological and Immunohistochemical study of 39 cases of Adenomatoid Odontogenic Tumor: a mul- tacentric study. Oral Oncol. 2005; 41(8):835-842.
15. Lee J, Lee K, Hwang B. Adenomatoid Odonto- genic Tumor: A Case Report. J. Oral Maxillofac Surg. 2000; 58(10):1161-1164.

Conflicto de Intereses: Los autores aseguran que no existen conflictos de intereses vinculados a este estudio y que todos los procedimientos realizados cumplen con los estándares éticos exigidos por la revista. Además, certifican que este trabajo es original y no ha sido publicado previamente, ni en parte ni en su totalidad, en ninguna otra fuente.

© 2024 por los Autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0. (CC BY 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

