

# Tumor odontogénico adenomatoide

## Adenomatoide odontogénico tumor

### Resumen

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una neoplasia benigna epitelial de origen odontogénico que se manifiesta en mayor porcentaje en el sector anterior del maxilar superior, aunque puede presentarse en otras localizaciones. Estadísticamente afecta más a mujeres que a hombres y se da con mayor frecuencia en la segunda década de vida. Generalmente está asociado a una pieza dentaria retenida y es por eso que, sumado a sus características clínicas y radiográficas, muchas veces el tumor se confunde con otras lesiones odontogénicas.

A continuación se presenta un caso clínico con sus características, diagnóstico, tratamiento y descripción de la técnica quirúrgica, y se hace una revisión de la literatura acerca de este tumor benigno.

**PALABRAS CLAVE:** tumor odontogénico adenomatoide.

### Summary

The adenomatoid odontogenic tumor (AOT) is an epithelial benign odontogenic lesion that most commonly appears in the anterior part of the maxilla, although it can arise in other regions. Statistically it affects women more than men and frequently in the second decade of life. It is generally associated to an unerupted tooth. Clinically and radiographically it may look like many other odontogenic lesions.

This article presents a clinical case with its characteristics, diagnosis, treatment plan as well as the description of the surgical technique and a review of relevant literature is included.

**KEY WORD:** adenomatoid odontogenic tumor.

NOSEDA,  
JOSEFINA\*

FELICES,  
RODOLFO\*\*

PÁEZ,  
MARÍA EMILIA\*\*\*

\*Ayudante en Cirugía Bucal y  
Maxilofacial, Argentina.

\*\*Especialista en Cirugía Bucal  
y Maxilofacial, Argentina.

\*\*\*Ayudante en Rehabilitación  
Oral, Argentina.

### Introducción

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) lleva esta denominación debido a sus rasgos histológicos característicos, entre los que se identifican estructuras parecidas a conductos que le dan un aspecto glandular o "adenomatoso".<sup>1</sup>

Se origina del epitelio odontogénico por proliferación epitelial. Todos los componentes, como ser el estrato intermedio, el epitelio reducido del esmalte y el epitelio del esmalte interno en el estadio preameloblástico, son posibles estructuras precursoras.<sup>2</sup>

Hasta el año 2005, el TOA pertenecía al segundo grupo de la clasificación de tumores odontogénicos de la OMS en la que se lo ubicaba como "epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico". A partir de ese año se lo reclasificó ubicándolo en el primer grupo como "epitelio odontogénico sin ectomesénquima odontogénico", juntamente con el ameloblastoma y el tumor queratoquístico.

De crecimiento lento,<sup>1</sup> puede detectarse clínicamente en estadios avanzados, aunque esto no modifica la conducta terapéutica, que incluye la enucleación de la lesión, dado su carácter benigno, y la baja tendencia a la recidiva.<sup>4</sup>

Se manifiesta con mayor frecuencia en el sexo femenino, 1.9:1 y su localización habitual es el maxilar superior, presentándose mayormente en el sector anterior<sup>1</sup> muy frecuentemente asociado a una pieza dentaria no erupcionada, siendo el canino el más afectado.<sup>3</sup>

Su incidencia es baja, representando un 2,2 a 7% del total de los tumores odontogénicos,<sup>1</sup> aunque se han reportado estudios en diferentes partes del mundo en los que la incidencia del tumor ha sido mayor, hasta alcanzar en ciertos países el 19,8%.<sup>5</sup> Un estudio multicéntrico reciente arrojó una frecuencia relativa en el continente africano, específicamente en Nigeria, del 39%.<sup>1</sup>

La forma folicular es la más común, pudiéndose presentar una forma extrafolicular menos frecuente, cuyo origen no es muy claro y permanece en estudio.<sup>6</sup> Esta forma no está asociada a una pieza dentaria aunque se presenta intraósea. Se encuentra también descripta una forma periférica que se localiza en los tejidos blandos.<sup>1</sup>

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, que se presenta a la consulta por una tumefacción indolora en la zona geniana del lado derecho.

Como antecedente de la enfermedad actual la paciente relata que la tumefacción tiene meses de evolución. Previamente a la consulta, fue realizada una biopsia incisional que arrojó un diagnóstico de tumor odontogénico adenomatoide. Este dato de suma utilidad se adjunta a la historia clínica de la paciente y permite comenzar, ya en la primera consulta, a planificar el tratamiento.

Al examen clínico extraoral se observa tumefacción con asimetría de la región geniana y le-

Fecha de recepción:  
Febrero 2011

Fecha de aceptación y versión final:  
Mayo 2011

vantamiento del ala de la nariz del lado derecho de la cara (Figs. 1, 2 y 3).

Al examen intraoral el fondo de surco se encuentra descendido a la altura de canino y premolares (Fig. 4). A la palpación se nota tumefacción dura, no depresible, indolora. La mucosa que la recubre se presenta eritematosa, sin solución de contigüidad ni dehiscencia, con presencia de una fibrosis cicatrizal como consecuencia de la biopsia incisional realizada anteriormente.

Tanto las Rx mentonasoplaca y panorámica (Fig. 5) como los cortes tomográficos (Fig. 6)

muestran una imagen radiolúcida circunscrita con bordes netos radiopacos con la presencia de piezas dentarias en su interior. La tumora-ción se extiende comprometiendo el piso del seno maxilar y la pared externa de las fosas nasales.

Se solicita la reconstrucción tridimensional de las imágenes tomográficas para delimitar la lesión y estudiar el compromiso de elementos como piezas dentarias y paquete infraorbitario, la extensión del tumor y las posibles secuelas posquirúrgicas.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4. Se observa la falta de erupción de canino y premolares del mismo lado de la lesión.

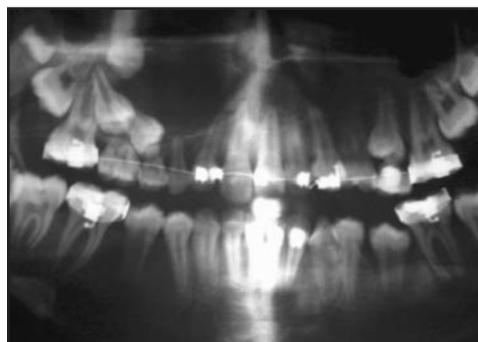


Fig. 5.

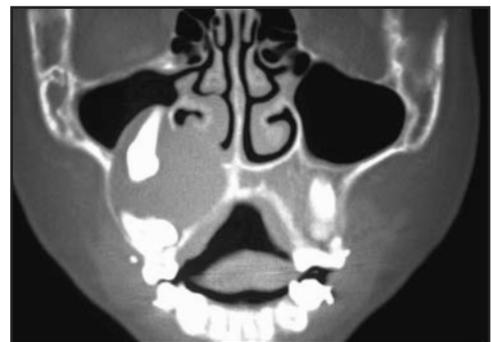


Fig. 6. Nótese la invasión de la lesión a la pared externa de fosas nasales y al seno maxilar.

El diagnóstico diferencial en este caso se plantea con quiste dentígero al asociarse a piezas dentarias retenidas.<sup>1</sup> También puede pensarse en ameloblastoma por similitud de comportamiento y características radiográficas,<sup>6</sup> aunque la conservación de estructuras como la pared externa del seno maxilar desplazada pero intacta, sin soluciones de continuidad aparentes, y la ausencia de reabsorción radicular de las piezas dentarias nos orientan hacia el diagnóstico de una patología menos agresiva.

Gracias a las imágenes obtenidas con reconstrucción tridimensional, la planificación del tratamiento quirúrgico elegido se simplifica y nos permite seleccionar prequirúrgicamente la técnica a desarrollar, el tipo y la extensión del colgajo, el instrumental necesario, así como también pronosticar complicaciones posquirúrgicas.

Se procede al tratamiento conservador, que consta de la enucleación del tumor.

El procedimiento consistió en una incisión amplia a nivel del margen gingival que va desde el incisivo central izquierdo hasta la zona de molares. Cabe aclarar que el área de la incisión biopsica fue ubicada en una zona que podría comprometer la vascularización del colgajo planeado para la cirugía definitiva, por lo que se ampliaron los márgenes de la nueva incisión. Se prosigue con un decolado mucoperióstico, con el cual se observa el abombamiento de la tabla ósea vestibular con una zona central horadada (Fig. 7). A la mínima tracción, la cortical adelgazada se desprende dejando al descubierto una membrana fibrosa. Se enuclea el tumor siguiendo el plano óseo hacia el fondo de la lesión. Las paredes óseas en esa zona están intactas. Se obtiene una masa única, de consistencia fibrosa, de 7 cm de diámetro, que incluye piezas dentarias en su interior y que será enviada al examen anatomopatológico correspondiente para la obtención del diagnóstico definitivo. La masa tumoral se palpa firme, con membrana gruesa, no dehiscente y contenido arenoso.

Finalizada la enucleación, se procede a la  *toilette*  de la  *lodge*  con lavajes profusos y hemostasia, se reposiciona el colgajo y se sutura con puntos interparietales y en las incisiones compensadoras.

En el examen macroscópico de la pieza se observa una cápsula gruesa de característica homogénea que envuelve piezas no erupcionadas. Al corte la cavidad quística es parcialmente ocupada por un tejido sólido con distintos grados de calcificación.

Microscópicamente se observa una imagen quística con una membrana fibrosa gruesa por dentro de la cual se organiza un epitelio con células fusiformes y poliédricas dispuestas en forma arremolinada.<sup>7,8</sup> Las células cuboidales y

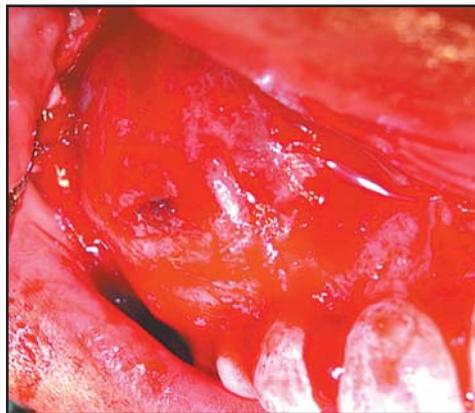


Fig. 7.

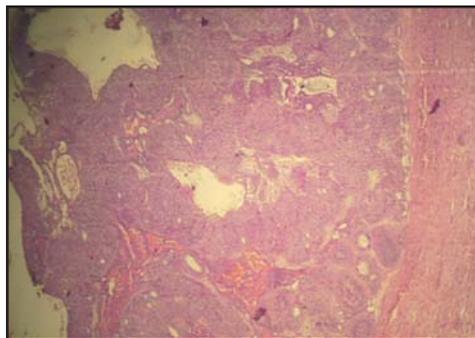


Fig. 8.

columnares conforman estructuras ductiformes típicas del tumor. Se encuentra también material amorfo basófilo entre las células que corresponde al grado de mineralización. Los datos microscópicos confirman el diagnóstico presuntivo de tumor odontogénico adenomatoide (Fig. 8).

### Discusión

Si bien el tumor odontogénico adenomatoide es una patología benigna y de baja capacidad de recidiva, su comportamiento y su crecimiento expansivo pueden producir complicaciones, como la pérdida de varias piezas dentarias que quedan involucradas en la lesión y que deben ser eliminadas junto con el tumor. Asimismo su característica expansiva determina severas asimetrías faciales con el consiguiente compromiso estético. Es importante la detección temprana de estas lesiones que, si bien son asintomáticas, pueden alertar al clínico ante la presencia de abombamiento de las tablas óseas, así como también la falta de erupción o ausencia de piezas dentaria. Métodos como Rx convencionales o radiografías panorámicas son de gran utilidad para la detección precoz, y deben considerarse de rutina para la práctica odontológica.

### Bibliografía

1. Mophamed A, Singh AS, Raubenheimer EJ, Bonckaert MR. **Adenomatoid Odontogenic Tumor: review of the literature and an analysis of 33 cases from South Africa.** *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*; 2010;39:843-6.
2. Gag D, Palaskar S, Shetty VP, Bhusham A. **Adenomatoid Odontogenic Tumor- Hamartoma or true neoplasm: a case report.** *Department of Oraland Maxillofacial Pathology, M.M. College of Dental Sciences and Research, M. M. University, Mullana, India. Journal of Oral Science*; 2009;51: 155-9.
3. Furrani F, Singh R. **Intraosseus follicular Adenomatoid Odontogenic Tumor. A case report.** *International Journal of Dentistry*; 2009.
4. Vera Sempere FJ, Artez Martínez MJ, Vera Sirena B, Bonet Marco J. **Follicular Adenomatoid Odontogenic Tumor: immunohistochemical study.** *Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal*, 2006;11E305-8.
5. Ajayi O, Ladeine AL, Adeyemo W, Ogunlewe MO. **Odontogenic Tumors in Nigerian Children and Adolescents. A retrospective study of 92 cases.** *World Journal of Surgical Oncology*, 2004;2:39.
6. Jiuvan V, ALtini M, Neer S, Mohamed F. **Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) Originating in a unicystic Ameloblastoma: a case report.** *Head and Neck Pathology*, 2007;1:146-9.
7. Puneet Batra, Shyam Prasad, Hari Parkash. **Adenomatoid Odontogenic Tumor: Reviw and Case Report.** *J Can Dent Assos*, 2005;71:250-3.
8. Crivelini MM, Soubhia AM, Felipini RC. **Study on the origin and nature of the adenomatoid odontogenic tumor by immunohistochemistry.** *J Appl Oral Sci.* 2005;13: 406-12.

### Dirección del autor

Centro de Cirugía Bucal y Maxilofacial  
Av. Rivadavia 3108  
(3000), Santa Fe, Argentina  
e-mail: centrodecirurgiafelices@hotmail.com