

Tumor odontogénico adenomatoide en la mandíbula de una niña de 11 años de edad

Adenomatoid odontogenic tumor in the jaw of an eleven-year-old girl

Presentado: 5 de mayo de 2014
Aceptado: 22 de septiembre de 2015

Jorge Benítez,^a Fabián Giménez,^{ab} Jorge Blasco^{ab}

^aServicio de Odontología;

^bServicio de Patología;

Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna", Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de tumor odontogénico adenomatoide y realizar consideraciones relativas a su diagnóstico y prevención.

Caso clínico: Una paciente de 11 años de edad presenta intenso dolor y deformación facial a nivel mandibular. El diagnóstico anatomopatológico de certeza fue tumor odontogénico adenomatoide.

Conclusiones: El tumor odontogénico adenomatoide es un tumor benigno de los maxilares, frecuentemente asociado a una pieza dentaria retenida. Sus dimensiones pueden ser importantes, lo cual compromete las estructuras vecinas y su funcionalidad. Se enfatiza la importancia del diagnóstico oportuno de parte del médico pediatra, del odontólogo pediatra y del cirujano buco-maxilofacial.

Palabras clave: Tumor odontogénico adenomatoide.

Abstract

Aim: To report a case of an adenomatoid odontogenic tumor. Considerations regarding the prevention and diagnosis are included.

Case report: We report a case of an 11-year-old patient brought to consultation on account of intense pain and facial deformation of the lower jaw area. The pathological diagnosis was adenomatoid odontogenic tumor.

Conclusions: The adenomatoid odontogenic tumor is classified as a benign tumour of the jaws, often associated with a retained tooth. Its dimensions may be important, involving surrounding structures and their functionality. We emphasize the importance of timely diagnosis by the pediatrician, the pediatric dentist and the oral maxillofacial surgeon.

Key words: Adenomatoid odontogenic tumor.

Introducción

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el tumor odontogénico adenomatoide (TOA) como un compuesto de epitelio odontogénico, con una variedad de patrones histoestructurales en un estroma de tejido conectivo maduro, y de crecimiento lento y progresivo.¹ Este tumor presenta estructuras de apariencia

canalicular.²⁻¹⁴ Radiográficamente, se describe una imagen radiolúcida, bien delimitada, con desplazamiento de las piezas dentarias. La ortopantomografía ha permitido avanzar con el diagnóstico y la prevención de este tipo de patologías, de forma rápida y con bajas dosis de radiación.¹⁵⁻¹⁷

Caso clínico

Un paciente femenino de 11 años de edad consulta por inflamación en la zona anterior del maxilar inferior, con deformación facial, dolor agudo irradiado, dificultad en la alimentación y decaimiento general (fig. 1). Se observa expansión de las tablas óseas vestibular y lingual, desde premolares derechos a premolares izquierdos, giroversión y movilidad de las piezas dentarias del sector anterior mandibular (fig. 2).

Radiografía panorámica. Lesión osteolítica unilocular de amplias dimensiones, que involucra de la pieza 44 a la 34, y se extiende hacia la basal mandibular con una pieza dentaria retenida, probablemente el incisivo lateral izquierdo (fig. 3). Con el diagnóstico presuntivo de quiste dentígero o tumor odontogénico, y por tratarse de un paciente pediátrico, se decidió evitar dos anestias generales. Previo consentimiento informado, se realizó



Figura 1. Examen facial: protuberancia mentoniana.



Figura 2. Examen intrabucal: tumoración, borramiento del fondo de surco y giroversiones dentarias.



Figura 3. Radiografía panorámica que muestra la extensa lesión osteolítica mandibular con una pieza dentaria retenida en su interior.

la exéresis quirúrgica de la lesión patológica en un solo acto, la cual se efectuó en el Hospital Interzonal "Dr. José Penna" de Bahía Blanca. Se expuso un tumor sólido, con cápsula fibrosa, poco sangrante, con una pieza dentaria incluida, y perforación de la tabla lingual (fig. 4). Se extrajeron los incisivos involucrados en la lesión. Se colocó una placa de titanio de 2,0 mm a la manera de tabla vestibular con la finalidad de evitar el "colapso" del colgajo mucoperiostico, y gasa yodoformada (fig. 5).

Macroscopía. La muestra, de 5 × 3 × 3 cm fue enviada al Servicio de Patología con un diagnóstico presuntivo de tumor odontogénico adenomatoide (figs. 6 y 7).

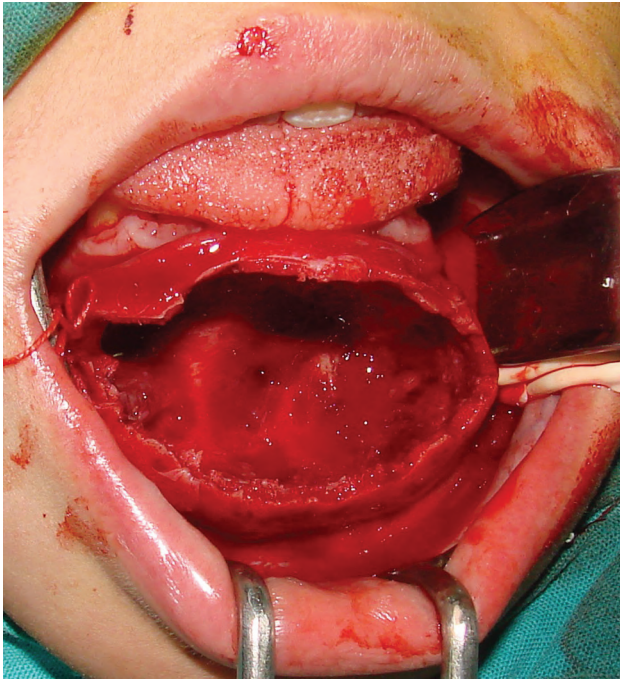


Figura 4. Realizada la osteotomía, se efectuó la exéresis total del tumor. Se observa la tabla lingual.

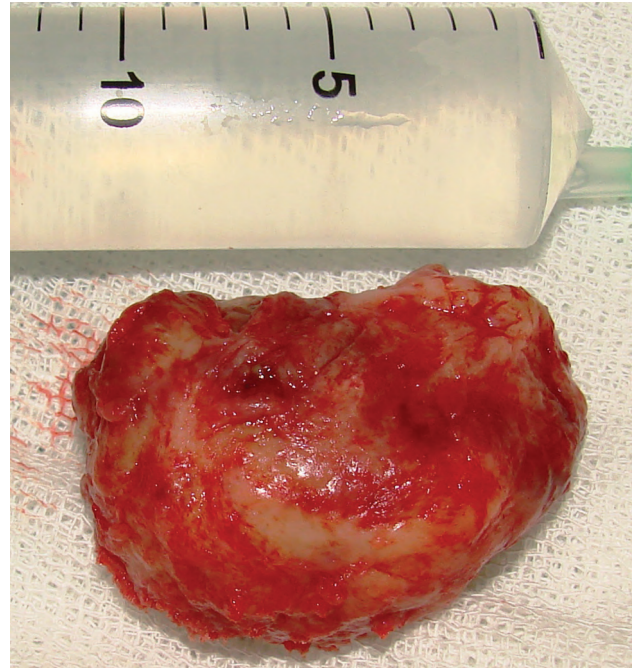


Figura 6. Tumor resecado.

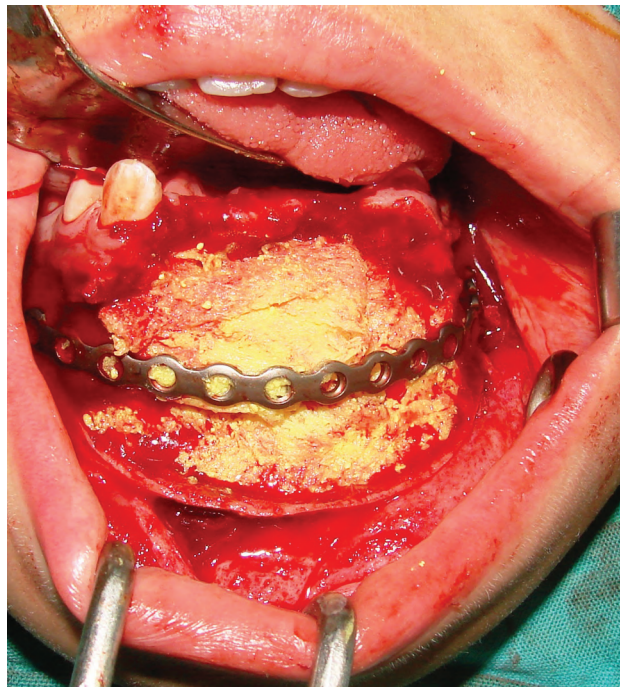


Figura 5. Foto intraoperatoria que evidencia placa de titanio y gasa yodoformada.

Informe histopatológico. Se observó una formación constituida por una proliferación de células basófilas, de aspecto basaloide, con núcleos redondos a elonga-

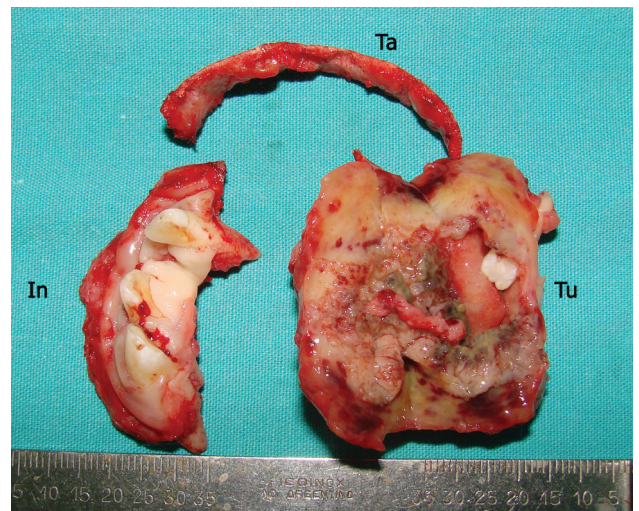


Figura 7. Macroscopía. Ta: osteotomía de la tabla vestibular. Tu: vista interior del tumor, en la que se observa la pieza dentaria retenida. In: resección de incisivos y tejidos adyacentes.

dos, dispuestas en nódulos de apariencia arremolinada, con estructuras glandulares y tubulares, y revestidos por células columnares. Entre las células se identificó material amorfo eosinofílico ("gotas eosinofílicas"), calcificaciones esferulares y sustancia de tipo amiloide. Rodeaban abundante material fibrocolágeno vascularizado, infiltrados inflamatorios mixtos y focos de hemorragia.

Diagnóstico histopatológico. Tumor odontogénico adenomatoide (figs. 8 y 9).

Evolución y seguimiento. La evolución fue satisfactoria. Se realizaron controles y toilette de la herida cada cuatro días. Se efectuaron controles clínicos y radiográficos con radiografía panorámica, y se instruyó a la familia para que continuara con éstos de forma periódica hasta que se restableciera el volumen óseo mandibular adecuado (fig. 10). Se decidió retirar la placa de titanio aproximadamente a los 12 meses, con el fin de no interrumpir el desarrollo mandibular.

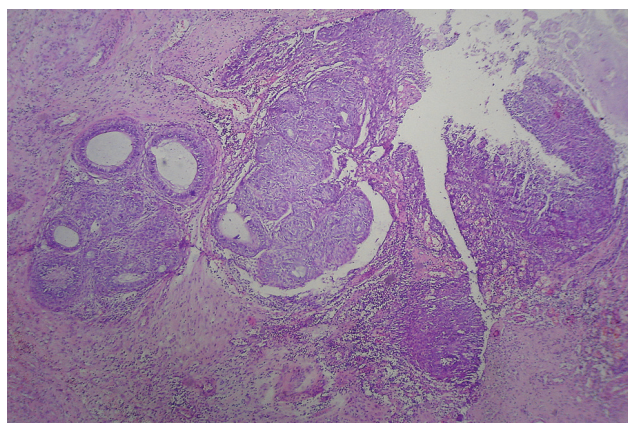


Figura 8. Nódulos de células de aspecto basaloide con formación de luces tubulares y glandulares revestidas por epitelio columnar (hematoxilina y eosina 4x).

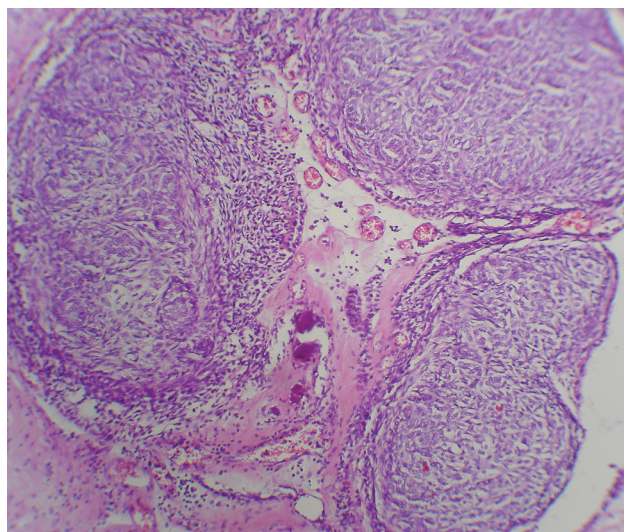


Figura 9. Nódulos de aspecto arremolinado con luces tubulares. Estroma con material de tipo amiloide y calcificaciones esferulares (hematoxilina y eosina 10x).

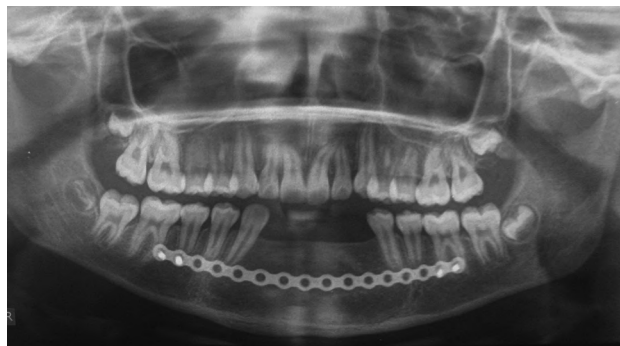


Figura 10. Radiografía panorámica de control posoperatorio a un año.

Discusión

Los tumores odontogénicos comprenden alrededor del 9% de todos los tumores de la cavidad bucal. El TOA es de origen epitelial, y se desarrolla a partir del órgano del esmalte, de la lámina dental, del epitelio reducido del esmalte o de sus remanentes, que surgirían como restos epiteliales que proliferarían en respuesta a un estímulo desconocido. Algunos autores postulan que podría constituir un hamartoma. Es posible que presente un patrón agresivo.¹⁸⁻²⁷

El TOA, además, constituye entre el 1,3 y el 12,5% de todos los tumores odontogénicos.²⁸⁻³³ Se presenta en el 0,1% de los casos de quistes y tumores maxilares. Se asocia a dientes retenidos, frecuentemente con el canino. En el caso presentado, la pieza retenida es un incisivo lateral, el cual habría debido erupcionar alrededor de los 7 años de edad.³⁴ Por último, sólo uno de cada tres TOA afectan la mandíbula.³⁵⁻³⁹

En 1969, Philipsen y Birn sugirieron el término de TOA, que fue aceptado por la OMS.¹⁷ Existen tres variantes de TOA: 1) Central (intraóseo) folicular; 2) Central extrafolicular; y 3) Periférico (extraóseo). A diferencia del TOA extrafolicular, la variedad folicular se presenta en el 75% de los casos y está en relación con una pieza dentaria retenida.⁵ El TOA periférico es infrecuente.²⁷

Radiográficamente, la imagen característica es unilocular, aunque se han descrito casos multiloculares y multifocales.¹⁵ En dos de cada tres casos afecta a mujeres, sobre todo en la segunda década de vida.² Es benigno, y la mayoría de los pacientes no presenta dolor.¹⁵ En el caso estudiado, se informó dolor espontáneo y a la palpación.

Las radiografías panorámicas, y la tomografía axial computada son de ayuda para establecer el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los quistes dentígero, glóbulo maxilar y periodontal; el queratoquiste, el quiste odontogénico calcificante, el fibroma cemento osificante, el odontoma y el ameloblastoma unilocular.

El tratamiento de elección es la escisión y el curetaje quirúrgico, y la recurrencia es baja.⁸

Conclusión

El TOA es un tumor odontogénico de origen epitelial benigno, que se suele presentarse en la segunda década de vida. El diagnóstico oportuno y la consecuente cirugía permiten determinar una buena evolución del caso.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (eds.). *World Health Organization. Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon, IARC Press, 2005, pp. 304-5.
2. Velasco I, Aguilar L, Venables C. Tumor odontogénico adenomatoide en maxilar: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Int J Odontostomat* 2011;5:65-9.
3. Vera Sempere FJ, Artes Martínez MJ, Vera Sirera B, Bonet Marco J. Follicular adenomatoid odontogenic tumor: Immunohistochemical study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:305-8.
4. Rodrigues de Matos F, Weege Nonaka CF, Pereira Pinto L, Batista de Souza L, Almeida Freitas R. Adenomatoide odontogénico tumor: Retrospective study of 15 cases with emphasis on histopathologic features. *Head and Neck Pathol* 2012;6:430-7.
5. Mehkri S, Rajkumar GC, Nagesh KS, Manjunath GS. Bilateral adenomatoid odontogenic tumour of the maxilla in a 2-year-old female — the report of a rare case and review of the literatura. *Dentomaxillofacial Radiology* 2002;41:342-8.
6. Shivali V, Pandey A, Khanna VD, Khanna P, Singh A, Ahuja T. A rare case of extrafollicular adenomatoid odontogenic tumour in the posterior region of the mandible: misdiagnosed as residual cyst. *J Int Oral Health* 2013;5:124-8.
7. Lee SK, Kim YS. Current concepts and occurrence of epithelial odontogenic tumors: I. Ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor. Review. *Korean Journal of Pathology* 2013;47:191-202.
8. Acharya S, Goyal A, Rattan V, Vaiphei K, Bhatia SK. Dentigerous cyst or adenomatoid odontogenic tumor: Clinical radiological and histopathological dilemma. *Case Reports in Medicine* 2014. Disponible en: [dx.doi.org/10.1155/2014/514720](https://doi.org/10.1155/2014/514720)
9. Saluja R, Kaur G, Singh P. Aggressive adenomatoid odontogenic tumor of mandible showing root resorption: A histological case report. *Dent Res J* 2013;10:279-82.
10. Mohanty N, Routray S, Swain N, Ingale Y. Adenomatoide odontogenic tumor with clear cell changes. *Indian J Pathol Microbiol* 2014;57:290-3.
11. Krishnamurthy K, Singh Balaji R, Devadiga S, Rajendra Prasad RG. Adenomatoide odontogénico tumor in the maxillary antrum: a rare case entity. *J Pharm Bioallied Sci* 2014;6:196-9.
12. More ChB, Das S, Gupta S, Bhavsar K. Mandibular adenomatoid odontogenic tumor: radiographic and pathologic correlation. *Nat Sci Biol Med* 2013;4:457-62.
13. Jindal C, Bhola Sarkar R, Grewal J, Grewal R, Bansal A. Mural adenomatoid odontogenic tumour as anterior mandibular swelling: a diagnostic challenge. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014;8.
14. Cabrini, RL. *Anatomía patológica bucal*. Buenos Aires, Mundi. 1980, pp. 256-7.
15. Becker T, Buchner A, Kaffe I. Dentomaxillofacial radiology critical evaluation of the radiological and clinical features of adenomatoid odontogenic tumour. *The British Institute of Radiology* 2012;41:533-54.
16. Narayanan V, Naidu G, Ragavendra R, Mhaske-Jedhe S, Haladar M. Adenomatoide odontogénico tumor of the mandible with unusual radiographic features: a case report. *Imaging Science in Dentistry* 2013;43:111-5.
17. Ortiz Cruz EE, Liceaga Escalera CJ, Taylor AM, Reyes RL. Tumor odontogénico adenomatoide. Caso clínico. *Rev Hosp Jua Mex* 2006;73:60-3.
18. Briones, D, Basili EA, Loreto Castellón Z, Montero RS. Tumor odontogénico adenomatoide: reporte de caso y revisión bibliográfica. *Revista Dental de Chile* 2005;96:14-1.
19. Sánchez Cabrales E, Vila Morales D, Garmendia AMF, Serra Ortega A, Torres Gómez de Cádiz A. Tumor odontogénico adenomatoide en región mandibular. *Revista Cubana de Estomatología* 2010;47:447-54.
20. Durrani F, Singh R. Intraosseous follicular adenomatoid odontogenic tumour — A case report. *International Journal of Dentistry* 2009. Disponible en: [dx.doi.org/10.1155/2009/597483](https://doi.org/10.1155/2009/597483)
21. Silva, M, Freire EG, Dos Anjos ED, Ferreira Da Silva LC. Tumor odontogénico adenomatoide: relato de caso clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial* 2004;4:246-51.
22. Yoris O, Patiño Y, Albarbour H, Pereira, S. Tumor odontogénico adenomatoide con características inusuales. Reporte de un caso. *Ciencia Odontológica* 2010;7:163-8.
23. Fumio I, Mishima K, Kikuchi K, Horie N, Yamachika S, Satomura K, et al. Development and growth of adenomatoid odontogenic tumor related to formation and eruption of teeth. *Head and Neck Pathol* 2011;5:123-32.
24. Grinspan D. *Enfermedades de la boca*. Buenos Aires, Mundi. 1984, p. 4045.
25. Handschel JG, Depprich RA, Zimmermann AC, Braunstein S, Kübler NR. Adenomatoide odontogénico tumor of the mandible: review of the literature and report of a rare case. *Head face Med* 2005;24:1-3.
26. Molina O, Rodríguez Azrak MS. Tumor odontogénico en seno maxilar. *Rev Hosp Niños B Aires* 2011;53:167-71.
27. Lavanya N, Rajeshwari MRC, Bharathi R, Shaheen A. Peripheral adenomatoid odontogenic tumour — Is it really peripheral? A case report. *J Clin Diagn Res* 2013;7:1524-6.
28. Anshita Agarwal K, Giri KY, Alam S. The interrelationship

- of adenomatoid odontogenic tumour and dentigerous cyst: a report of a rare case and review of the literature. *Case Rep Pathol* 2012. Disponible en: [dx.doi.org/10.1155/2012/358609](https://doi.org/10.1155/2012/358609)
29. Garg D, Palaskar S, Sheety VP, Bhushan A. Adenomatoid odontogenic tumour – hamartoma o true neoplasm: a case report. *Journal of Oral Science* 2009;51:155-9.
 30. Jivan V, Altini M, Meer S, Mahomed F. Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) originating in a unicystic ameloblastoma: a case report. *Head and Neck Pathol* 2007;1:146-9.
 31. Sharma N, Passi S, Kumar VV. Adenomatoid odontogenic tumor: as an unusual mandibular manifestation. *Contemp Clin Dent* 2012;3:S29-32.
 32. Friedrich RE, Scheuer HA, Zustin J. Case reports in Pathology. *International Journal of Experimental and Clinical Pathophysiology and Drug Research* 2009;23:111-6.
 33. Escalante Fontalvo M, Rebolledo Cobos M. Concepto actual, diagnóstico y tratamiento del tumor odontogénico adenomatoid. Reporte de un caso. *Salud Uninorte* 2012;28:432-7.
 34. BartakeAR, Punnya VA, Sudeendra P, Rekha K. Two adenomatoid odontogenic tumours of the maxilla: a case report. *The British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2009;47:638-40.
 35. Chavan MS, Shete A, Diwan N. Critical evaluation of the radiological and clinical features of adenomatoid odontogenic tumour. *Dentomaxillofac Radiol* 2013;42:20120410.
 36. Gómez RS, Henriques Castro W, Cavaliéri Gomes C, Mota Loyola A. Adenomatoid odontogenic tumor associated with odontoma: a case report and critical review of the literature. *Head & Face Medicine* 2013;9:20.
 37. Prasanna MD, Charan CR, Reddy Ealla KK, Surekha V, KulkarniG, Gokavarapu S. Analysis of silver stained nucleolar organizing regions in odontogenic cysts and tumors. Analysis of silver stained nucleolar organizing regions in odontogenic cysts and tumors. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014;18:45-8.
 38. Jalet Martínez A, Azofeifa Herrera JP. Tumor odontogénico adenomatoid en mandíbula: reporte de caso y revisión de la literatura. *Publicación Científica Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica*, 2008, n.º 10.
 39. Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, Nq KH, Lau SH, Zhang X, et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumour: a collaborative retrospective study. *J Oral Pathol Med* 2007;36:383-93.

Contacto:

FABIÁN GIMÉNEZ

fabiangimenezbb@yahoo.com.ar

Hospital Interzonal General de Agudos

“Dr. José Penna”, Servicio de Odontología

Av. Lainez 2401, Bahía Blanca (B8001DDU)

Provincia de Buenos Aires, Argentina