

Tumor odontogénico adenomatoide: reporte de un caso

Donohue-Cornejo, A.;¹ Guzmán-Gastélum, D. A.;¹ Cárdenas-Valenzuela, P.;² Cobos-Floriano, S.;^{1,3} De la Torre-Morán, G.;¹ García-Calderón, A.-G.;¹ Fornelli-Martín del Campo, L. F.¹

Resumen

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una neoplasia benigna compuesta por epitelio odontogénico. Representa de 3 % a 7 % de todos los tumores odontogénicos. Clínicamente los TOA intraóseos pueden verse asociados con dientes permanentes no erupcionados (tipo folicular); en particular con caninos en 60 %, observándose solamente en los superiores en 40 % de los casos (Philipsen, & Nikai). En este caso clínico, se presenta la lesión en una paciente de 14 años. Existe evidencia de que las células tumorales se derivan del epitelio del órgano del esmalte; en más de la mitad de los casos, se ha observado en pacientes jóvenes, siendo el género femenino el más afectado; los TOA son lesiones de crecimiento lento y asintomáticas. Clínicamente esta neoplasia se clasifica como folicular, extrafolicular y periférica. Radiográficamente el TOA intraóseo folicular, se observa con un área radiolúcida unilocular bien delimitada alrededor de la corona y frecuentemente en parte de la raíz de un diente permanente no erupcionado imitando al quiste dentígero. En 78 % de los casos intraóseos el área radiolúcida muestra focos radiopacos discretos. La principal característica histopatológica es que contiene espacios parecidos a ductos y grupos de células fusiformes. El tratamiento es la escisión local de la lesión y su recidiva es extremadamente rara. *Conclusión:* por medio de las características clínico-radiográficas, se puede obtener un diagnóstico diferencial, siendo necesario siempre el estudio histopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

Palabras clave: tumor odontogénico adenomatoide; histopatología; neoplasia; dientes no erupcionados.

ABSTRACT

The adenomatoid odontogenic tumor (AOT) is a benign neoplasm composed of odontogenic epithelium. Its epidemiology accounts for 3% to 7% of all odontogenic tumors. Clinically intraosseous AOTs may be found in association with unerupted permanent teeth (follicular type); in particular the four canines that account for 60% with the maxillary canines alone accounting for 40% (Philipsen, & Nikai). In this case the lesion appears in a 14 year-old female patient. There is evidence that tumor cells derived from the epithelium of the enamel organ; more than half of the cases occur among teenagers and the female genre is the most affected; AOTs are slow growth and asymptomatic lesions. Clinically this neoplasm is classified as follicular, extrafollicu-

1 Profesor-investigador del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

2 Estudiante de primer semestre de la Especialidad de Periodoncia del Departamento de Estomatología de la UACJ.

3 Profesora del Departamento de Ciencias Administrativas de la UACJ.

lar, and peripheral. Radiographically intraosseous AOTS show a well-defined unilocular radiolucency around the crown and often part of the root of an erupted permanent tooth mimicking a dentigerous cyst. In 78% of the intraosseous cases the radiolucency shows discrete radiopaque foci. The main histopathological feature is that contains duct-like spaces and of fusiform cells groups. The treatment is local excision of the lesion and recurrence is extremely rare. Conclusion: By clinical and radiographic features, a differential diagnosis can be made. Histopathological study is mandatory to have a definitive diagnosis.

Keywords: adenomatoid odontogenic tumor; histopathology; neoplasm; unerupted teeth.

INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una neoplasia benigna de origen odontogénico, el cual está asociado frecuentemente con un diente anterior no erupcionado, comúnmente al canino. El TOA es poco frecuente, ya que representa de 3 % a 7% de todos los tumores odontogénicos y en la mayoría de los casos afecta al género femenino, siendo dos veces superior respecto al género masculino, presentándose principalmente en la segunda década de la vida (Saluja, Kaur, & Singh, 2013). Fue descrito por primera vez por Dreibrat en 1907, quien le dio el nombre de adenoameloblastoma, siendo Philipsen y Birn quienes propusieron el nombre de tumor odontogénico adenomatoide en el año de 1969, aclarando que no es una variedad del ameloblastoma (Ortiz *et al.*, 2006).

Este tumor es aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1971, donde aparece en la clasificación de tumores como TOA, haciendo la aclaración de que este tumor es benigno y muy poco agresivo, sin tendencia a la recidiva, a diferencia del ameloblastoma (Ortiz *et al.*, 2006).

Debido a su poca agresividad y su no tendencia a la recidiva este tumor debe ser tratado en forma poco agresiva con un simple legrado de la lesión eliminando el diente afectado. El TOA es una lesión de crecimiento lento y existen tres tipos clínicos: folicular, extrafolicular y periférico, donde la

forma folicular es la más frecuente, ya que representa hasta 73 % de los casos. Radiográficamente el tipo folicular aparece como una lesión central radiolúcida unilocular en relación con un diente no erupcionado, generalmente un canino (80 %). Esta imagen es igual a la del quiste dentífero y será hasta realizar la eliminación de la lesión que se pueda dar el diagnóstico de TOA, aunque en algunos casos esta área radiolúcida presenta opacidades (78 %); en ese caso sí podemos dar un diagnóstico diferencial como TOA (Becker, Buchner, & Kaffe, 2012).

La forma o tipo extrafolicular (24 %) también tiene una presentación central sin relación con estructuras dentarias, que pudiera parecer alguna otra entidad como quiste periapical, quiste lateral periodontal o alguna otra lesión quística o tumoral de los maxilares. La presentación periférica de este tumor, que es la más rara, representa 3 % y se observa más frecuentemente a nivel gingival, por lo que esta pudiera ser diagnosticada en un principio como un fibroma o hiperplasia fibrosa gingival; aunque por un tiempo se consideraba como un hamartoma, actualmente se acepta como un tumor odontogénico (Patil, Nayvar, & Wadhwan, 2014).

Las características histológicas de este tumor son muy particulares y justifican el nombre de la lesión; tienden a ser bien encapsuladas y a formar grupos, nidos o nódulos de células epiteliales fusiformes y células cuboidales formando estructuras rosetoides que parecen conductos glandulares que contienen material eosinófilo. Pueden presentar pequeños focos de calcificación, los cuales se pueden interpretar como intentos de formación de esmalte y, en algunos casos, puede presentar un material que pudiera ser dentinoide o cemento (Patil *et al.*, 2014).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de catorce años de edad que acude a consulta por presentar retraso en la exfoliación de dientes anteriores deciduos superiores del lado derecho. A la exploración, se confirma la presencia de órganos dentales anteriores deciduos superiores en arcada derecha. Se toma una ortopantomografía en la cual se puede observar una

lesión radiolúcida unilocular bien delimitada con pequeños focos radiopacos asociada al canino permanente superior del lado derecho, provocando desplazamiento de piezas dentales. La paciente fue remitida al servicio de cirugía maxilofacial, donde se le realizó la escisión local de la lesión. La pieza quirúrgica fue enviada al Laboratorio de Patología Bucal del Departamento de Estomatología de la UACJ. El diagnóstico histopatológico confirma la presencia de TOA del tipo folicular.

DISCUSIÓN

El TOA ha sido conocido con diferentes nombres, como adenomeloblastoma, tumor ameloblástico adenomatoide, epiteloma adamantinoma, pero fue hasta el año de 1969 que Philipsen y Birn sugirieron el término de tumor odontogénico adenomatoide. En 1971 la OMS aceptó el nombre y lo definió como un tumor compuesto de epitelio odontogénico que presenta varios patrones histoarquitectónicos en un estroma escaso de tejido conjuntivo (Pandey *et al.*, 2017; Escalante, & Rebolledo, 2012). El TOA es más frecuente en niños, principalmente en la segunda década de la vida, con un promedio de 13.2 años y poco común en pacientes mayores de 30 años (Pandey *et al.*, 2017). El género femenino es afectado con mayor frecuencia en una relación de 1.9:1 respecto al género masculino, lo cual es más marcado en la población asiática, principalmente en Sri Lanka en una relación género femenino/masculino 3.2:1. El TOA es más frecuente en el maxilar respecto a la mandíbula en una relación 2.6:1; es más frecuente en la zona anterior del maxilar y generalmente se asocia con un canino no erupcionado. Existen tres variantes del TOA: tipo folicular (73 %), tipo extrafolicular (24 %) y variante periférica (3 %) (Arushi *et al.*, 2017; Chakraborty *et al.*, 2019).

El diagnóstico diferencial del TOA varía según el tipo: el folicular, si no presenta calcificaciones, se parece al quiste dentígero; el extrafolicular puede presentarse como quiste periapical, quiste lateral periodontal o quiste odontogénico calcificante cuando presenta calcificaciones y sin ellas, puede parecer un queratoquiste odontogénico; y

el TOA periférico puede parecerse a una hiperplasia fibrosa de encía (Chakraborty *et al.*, 2019).

Histopatológicamente todas las variantes son iguales y presentan nódulos y grupos de células epiteliales fusiformes, y forman nidos y rosetas que forman pseudoconductos con un mínimo de estroma de tejido conjuntivo (Escalante, & Rebolledo, 2012). El TOA puede ser sólido o con áreas quísticas y con material calcificado o sin él (Nair *et al.*, 2016).

CONCLUSIÓN

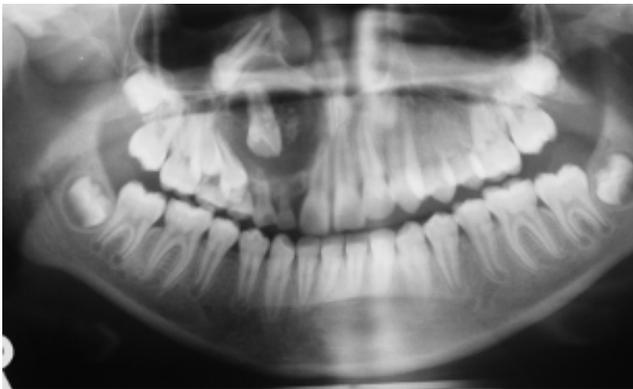
El TOA debe ser tomado en cuenta para las lesiones radiolúcidas que se presentan en la zona anterior del maxilar o mandíbula; aun más cuando este se asocia con un canino no erupcionado. Debe tratarse en forma conservadora, ya que es poco agresivo y tiene muy baja recidiva. Afecta más al género femenino en la segunda década de la vida. Nuestro caso concuerda con estas características.

BIBLIOGRAFÍA

- Pandey, A., Choudhary, A., Nandwana, A., Ashraf, F., & Singhal, M. (2017). Large Cystic Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with Impacted Maxillary Canine — A Case Report. *J. Dent. Special.*, 5(1), 78-81.
- Becker, T., Buchner, A., & Kaffe, I. (2012). Critical Evaluation of the Radiological and Clinical Features of Adenomatoid Odontogenic Tumour. *Dentomaxillofac. Radiol.*, 41(7), 533-540.
- Chakraborty, R., Sen, S., Goyal, K., & Pandya, (2019). D. Two Third Tumor: A Case Report and its Differential Diagnosis. *J. Family Med. Prim. Care*, 8, 2140-2143.
- Escalante Fontalvo, M., & Rebolledo Cobos, M. (2012). Concepto actual, diagnóstico y tratamiento del tumor odontogénico adenomatoide: reporte de un caso. *Salud Unin.*, 28, 432-437.
- Lee, K., Lee, K.-B., & Hwang, B.-N. (2000). Adenomatoid Odontogenic Tumor: A Case Report. *J. Oral Maxillof. Surg.*, 58, 1161-1164.

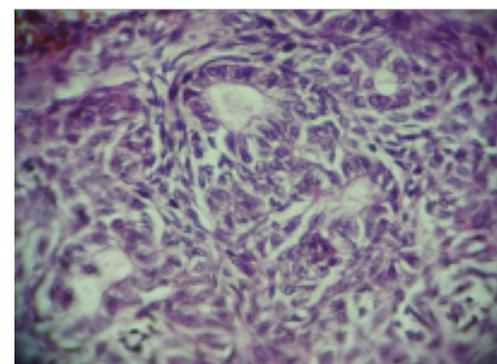
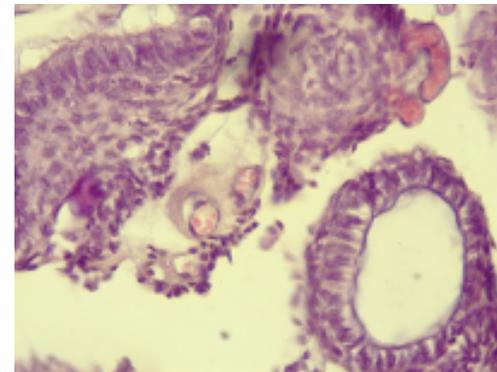
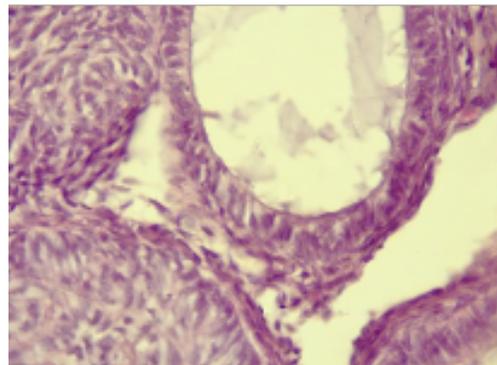
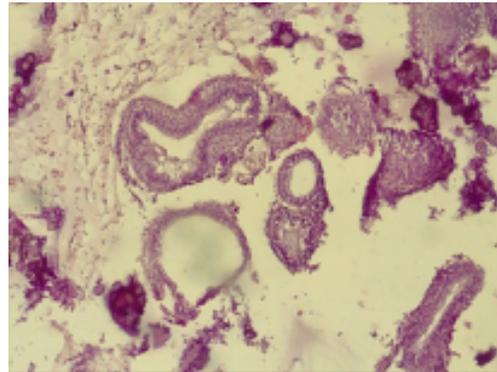
- Nair, M., Ajila, V., Hegde, S., Babu, S., & Ghosh, R. (2016). Cone Beam Computed Tomography Findings of a Large Adenomatoid Odontogenic Tumour in the Anterior Mandible – A Case Report. *J. Turgut Ozal Med. Cent.*, 24, 75-78.
- Ordóñez, D. E., & Herrera, J. J. (2015). Tumor odontogénico adenomatoide en la región mandibular: reporte de caso. *Univ. Odontol.*, 34(72).
- Ortiz, E. E, Liceaga, C. J, Mosqueda, T. A, & Liceaga, R. R. (2006). Tumor odontogénico adenomatoide: presentación de un caso de tamaño inusual y revisión de la literatura. *Rev. Hosp. J. Méx.*, 73(2), 60-63.
- Patil, N., Nayvar, A. S., & Wadhwan, V. (2014). Adenomatoid Odontogenic Tumor: A Series of Four Clinico-pathological Variants. *Int. J. Case Reports Imag.*, 5(1), 1-7.
- Saluja, R., Kaur, G., & Singh, P. (2013). Aggressive Adenomatoid Odontogenic Tumor of Mandible Showing Root Resorption: A Histological Case Report. *Dent. Res. J.*, 10(2), 279-282.

Figura 1. Lesión radiolúcida con pequeñas radiopacidades asociada con un canino retenido superior izquierdo



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. A y B) Grupo de células fusiformes que forman nidos y evidentes estructuras que asemejan conductos glandulares; C) Células cúbicas que forman un pseudoconducto; D) Nido de células fusiformes con un pequeño pseudoconducto



Fuente: elaboración propia.