



[Acta Odontológica Venezolana](#)

versión impresa ISSN 0001-6365

Acta odontol. venez v.43 n.3 Caracas 2005

Tumor odontogenico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Dr.Salvador Reyes Fernández¹

¹Adscrito al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Naval de Acapulco.

Profesor de Cirugía Bucal y Técnicas Quirúrgicas

Escuela Superior de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero.

Acapulco, Gro.

Dra. N. Samanta Romero Castro²

²Profesora de Periodoncia, Anestesiología y Patología Oral de la Escuela Superior de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, Gro.

Resumen

El Tumor Odontogénico Adenomatoide es una lesión clasificada por la OMS dentro de los tumores odontogénicos con participación del ectomesénquima, ya que puede contener, además del epitelio, tejido calcificado en su interior (1).

Es una lesión de crecimiento lento y poco invasiva pero que se puede asemejar a otras lesiones odontógenas de mayor agresividad como el quiste dentígero y el ameloblastoma entre otros. Su localización clásica (área de caninos superiores) nos orienta al diagnóstico y su patrón histológico ductiforme es muy propio de este tumor (1).

Se hace una revisión de la literatura acerca de este tumor odontogénico benigno, sus

características clínicas, radiográficas, tratamiento, así como los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta, y se reporta un caso.

Palabras claves: Tumor odontogénico, Tumor odontogénico adenomatoide, neoplasia benigna.

Resumo

O tumor Odontogénico Adenomatoide é um ferimento classificado pelo OMS dentro dos tumores odontogénicos com participação de ectomesénquima, desde que pode conter, além ao epitelio, o tecido calcificado no seu interior(1).

É um ferimento invasivo pequeno do crescimento lento e, mas aquele pode serás semelhou-se a outros ferimentos dos odontógenos de um agressividade maior como quisto e o ameloblastoma dentígero entre outro. Sua posição clássica (área de superior canine) orienta-nos ao diagnóstico e seu teste padrão do histológico do ductiforme são possuem muito deste tumor (1).

Uma revisão acontece com a literatura sobre este odontogénico benigno tumor, suas características clínicas, radiográficas, tratamento, os diferenciais dos diagnósticos que são devidos considerar, e um caso é relatado.

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

- Citado por SciELO
- Accesos

Links relacionados

Compartir

- Otros
- Otros
- Permalink

Summary

The Odontogenic Adenomatoid Tumour is classified for the WHO as an odontogenic neoplasm with connective tissue formation, so it can contain hard tissue inside

It presents as a slow growing mass and it is not much invasive but it can be similar to other more invasive lesions as the follicular cyst, ameloblastoma and others. It's seen more frequently in the upper cuspid area and this finding helps us in the diagnosis, and the histologic findings as duct formations is very characteristic.

In this work we made a literature revision about the clinical, radiographic and histologic findings and treatment as the differential diagnosis and we report one case.

Key words: Odontogenic tumor, benign neoplasm, odontogenic adenomatoid tumour.

Introducción

Existe una amplia variedad de lesiones odontogénicas que van desde lesiones inocuas que no requieren tratamiento como el quiste gingival del recién nacido, o si lo requieren este consiste en una simple resección quirúrgica que no conlleva grandes problemas terapéuticos ni complicaciones como el caso del quiste gingival del adulto, hasta lesiones tumorales o quísticas con un gran potencial de crecimiento, destrucción y recidiva como el queratoquiste y el ameloblastoma (1).

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) si bien no es considerada una lesión tumoral tan agresiva como estos últimos, sí requiere un tratamiento quirúrgico más complejo que los primeros (1).

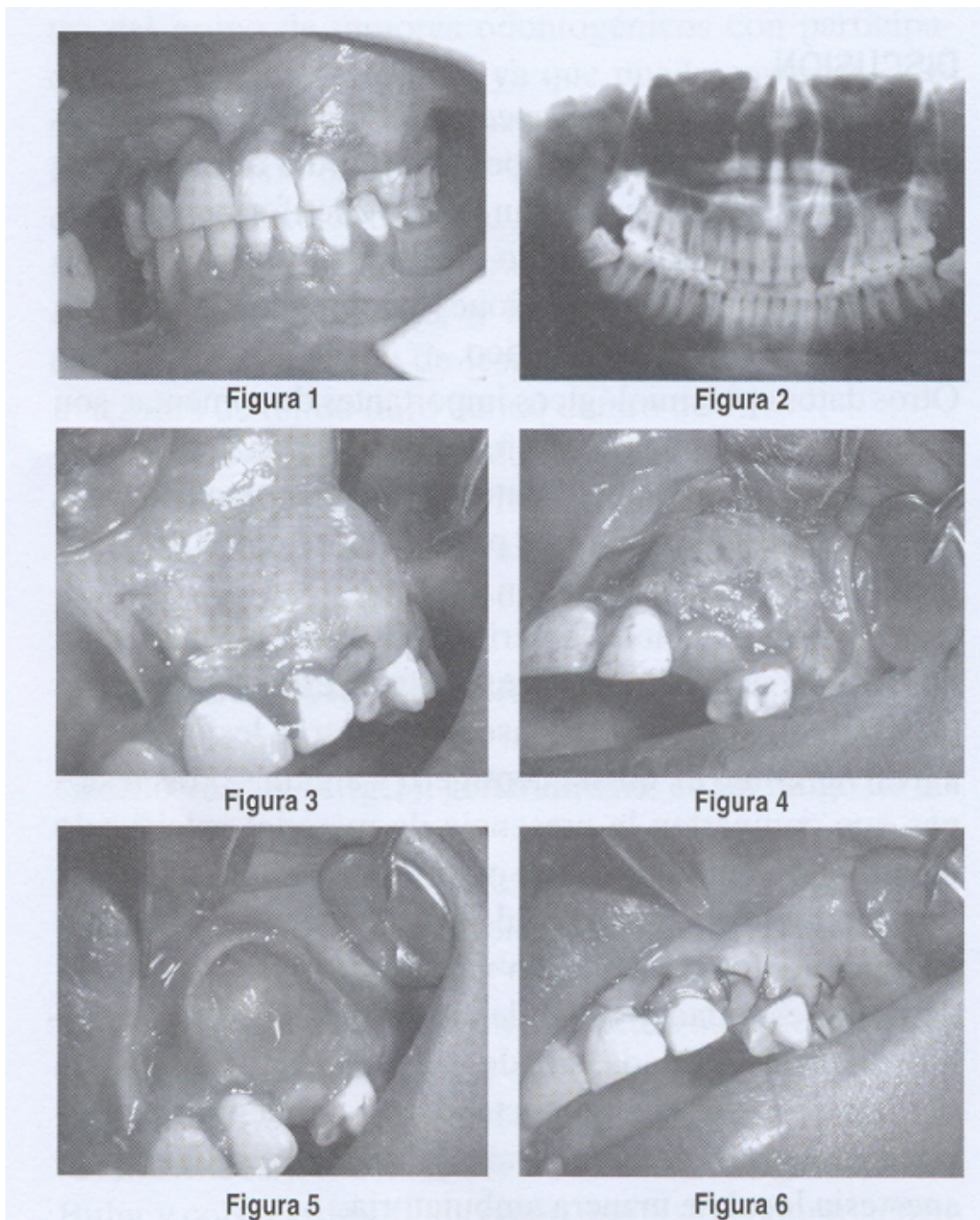
De acuerdo a diversas series, los tumores odontogénicos más frecuentes son los odontomas, seguidos por el ameloblastoma y el mixoma, los cuales en conjunto representan alrededor del 70% de todos los tumores odontogénicos (2,3).

El TOA es una lesión odontogénica no neoplásica, posiblemente hamartomatosa, catalogada en la clasificación histológica de tumores odontogénicos de la O.M.S. dentro del grupo de tumores odontogénicos con participación del ectomesénquima, ya que puede contener, además del epitelio, tejido de aspecto dentinoide a nivel de la interfase con el estroma (1). Otros tumores que se encuentran dentro de este grupo son el fibroma ameloblástico, el odontoameloblastoma, el quiste odontógeno calcificante, y los odontomas compuesto y complejo. Este grupo de lesiones puede o no tener formaciones de tejido duro dental dentro de ellos (1).

El TOA lleva el prefijo "adeno" ya que con cierta frecuencia contiene en su interior estructuras que recuerdan la forma de conductos glandulares (4), y fue identificada por primera vez por Stafne en 1948 (5).

Características Clínicas

El TOA se presenta como una masa o tumefacción de tamaño variable ([fig.1](#)), generalmente en un rango de 5 a 30 años de edad, con mayor frecuencia en el segundo decenio de vida, con predilección por el sexo femenino sobre el masculino en una relación de 2:1 (5) y la zona anterior del maxilar superior (1,4,6,7). Es más frecuente en la raza negra (8). Su aparición en el maxilar superior con respecto a la mandíbula es de el doble (5)



Representa solo el 0.1 % del total de tumores y quistes de los maxilares y el 3% de los tumores odontogénicos (5)

Bulut y cols. Lo describen como una lesión odontogénica poco común, que se presenta entre la 2da (5) y 3era década de vida con fuerte predilección por el sexo femenino localizada mayormente en la zona de incisivo lateral y canino superior (9)

Este tumor a menudo se encuentra asociado a la corona de un diente retenido, principalmente el canino superior (5), y en ocasiones puede presentarse en localización extra ósea como una tumoración gingival (10).

Aunque es frecuente en la zona anterior del maxilar superior (11), se han reportado casos de TOA localizado en la mandíbula entre las raíces del canino y primer premolar (12).

Características Radiográficas

En los casos asociados a dientes retenidos la lesión usualmente se presenta como una lesión radiolúcida bien definida en situación pericoronar, de manera similar a la imagen que produce el quiste dentífero ([fig.2](#)), y en ocasiones se observan finas áreas radiopacas dispersas dentro de la lesión, las cuales indican la presencia de tejido mineralizado. La lesión puede ocasionar divergencia en las raíces dentales (1-13).

Es habitualmente unilocular pero por lo menos cuatro casos de lesiones multiloculares se ha reportado en la literatura (5).

Aunque habitualmente esta asociado a la corona de un solo diente retenidos, también puede relacionarse con las coronas de varios dientes retenidos (5).

Layton dice que este tumor se presenta con frecuencia como una radiolucencia de 1.5 a 3 cm de diámetro en la zona anterior del maxilar superior comúnmente asociada a la corona de un diente retenido (8,5).

Aunque como ya se menciono la localización mas frecuente es la zona canina superior hay un caso reportado de esta lesión asociada a un tercer molar superior retenido (8).

Curran y cols. Reportaron un caso de TOA que se presentó como una imagen radiolúcida asociada a las raíces de dientes erupcionados semejando un quiste radicular (14).

Características Histológicas

El TOA se compone de mantos de células poliédricas y fusiformes dispuestas en un patrón lobular y en algunas ocasiones reticular. Contiene estructuras en forma de conductos formadas por células epiteliales columnares que le dan el aspecto histológico característico a esta lesión. En ocasiones se pueden observar focos de calcificación distrófica dentro de la lesión, entre las células epiteliales (1,10). Con frecuencia esta lesión puede contener áreas localizadas que recuerdan al tumor odontogénico epitelial calcificante o tumor de Pindborg, con abundante mineralización y material amiloide globular; sin embargo, es importante señalar que este hallazgo no altera el carácter benigno de la lesión (10,15).

Poulson reporta un caso donde se observan estructuras que podrían ser gránulos secretores(14).

Diagnóstico Diferencial

La lesión que con mayor frecuencia puede confundirse con este tumor es el quiste dentígero debido a la asociación de ambos a la corona de un diente retenido. Sin embargo, un dato radiográfico que puede ser útil para diferenciarlos es la presencia de material calcificado dentro del tumor, aunque no todos los casos de TOA presentan esta característica. En otras ocasiones el aspecto macroscópico del espécimen permite identificar en el interior de la cavidad al tumor en forma de proyecciones papilares o sólidas de color blanco-amarillento bien delimitadas por una gruesa cápsula fibrosa ([fig.7,8](#)), ([4,13,10](#)).

Aunque no es frecuente existen reportes de que el TOA se puede presentar con semejanzas radiográficas a un quiste radicular inflamatorio (quiste periapical) (14).

En los casos en que se presentan calcificaciones intralesionales en lesiones pericoronales o extrafoliculares es obligado considerar al quiste odontogénico calcificante (COC) y al tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC) como diagnósticos diferenciales (4).

Tratamiento

Debido a que el TOA es una lesión muy bien encapsulada, benigna y de comportamiento poco agresivo, esta indicada la enucleación conservadora (4,12,13,16,17). Es excepcional la recurrencia (16).

Caso Clínico

Se trata de un paciente masculino de 15 años de edad, que se presenta a la consulta con un aumento de volumen de la región canina superior izquierda de tres meses de evolución ([fig.1](#)), cursando asintomático. La tumefacción es visible tanto extraoral como intraoralmente. Se observa áreas de melanosia asociadas al color del piel del paciente no relacionadas con la patología. A la exploración física se encontró con buena coloración de tegumentos, mucosa oral bien hidratada con

cambios de color en la zona de la lesión. Narinas permeables. A la palpación se aprecia área firme y no se presenta dolor. Los órganos dentarios próximos a la tumefacción no presentan alteraciones periodontales, ni movilidad o ninguna otra alteración. El resto de las estructuras bucales como los dientes, y mucosa bucal, así como el periodonto sin ninguna alteración.

Se ordena radiografía panorámica, en la que se observó lesión radiolúcida bien definida y limitada alrededor de la corona del canino superior izquierdo retenido ([fig.2](#)). Con estos hallazgos se consideraron dos posibilidades de diagnóstico: 1) Quiste dentígero y 2) TOA.

Se realizó anestesia local con lidocaína con epinefrina al 1:100,000 mediante técnica suprapariéctica para bloquear los nervios alveolares superiores y palatinos izquierdos, después de lo cual se realiza abordaje de seminewman de molares superiores izquierdos hasta centrales ([Fig.3](#)). Se realiza osteotomía de la cortical vestibular hasta descubrir la lesión ([fig.4](#)). Con una legra y cureta de Lucas se realiza la enucleación del tumor y del diente retenido dejando un lecho óseo limpio ([fig.5](#)). Se eliminan espículas óseas y se regulariza el hueso y se sutura con puntos simples de seda 3-0 ([fig.6](#)). Se da por terminada la intervención. Se dan indicaciones al paciente y se prescribe Penicilina V potásica 800 000 por vía oral cada 6 horas por 7 días y ketorolaco 10mg por vía oral cada 12 hrs. por 3 días. La lesión se envía al laboratorio de patología de la Universidad Autónoma Metropolitana. Se retiran los puntos de sutura a los 5 días y se da de alta al paciente libre de complicaciones.

El resultado histopatológico reportó la presencia de una lesión constituida por una cápsula de tejido fibroconectivo laxo con zonas de aspecto levemente mixoide, con fibroblastos fusiformes y triangulares, en el que se identifican dispersas algunos cordones y rosetas de epitelio odontogénico inactivo. Esta pared se encuentra revestida por epitelio cuboidal delgado, de 2 o 3 capas de espesor, con capa basal de núcleos redondos, a partir de la cual se extienden hacia la luz mantos de células superficiales cuboidales que forman rosetas y estructuras pseudoductales

y áreas hialinas intercelulares, rodeadas por grupos de células fusiformes epiteliales ([fig.9](#)). El diagnóstico histopatológico fue de Tumor Odontogénico Adenomatoide.

Discusión

Esta lesión es de interés especial debido a sus características histológicas ya que debemos recordar que su aspecto al microscopio presenta un patrón ductiforme característico que recuerda al tejido glandular y aquel patólogo poco experimentado en lesiones odontogénicas pudiera desorientarse en el diagnóstico.

Otros datos epidemiológicos importantes de comentar son su predilección por el sexo femenino y en la zona de caninos superiores. En la literatura no se mencionan causas del porque esta lesión tiene predilección por el sexo femenino y en esa localización.

Como ya se mencionó anteriormente esta es una lesión un tanto inocua, bien encapsulada y de crecimiento limitado, sin embargo esta se asemeja a otras lesiones mas agresivas como el quiste dentígero y algunas otras lesiones que comparten la presencia de material calcificado dentro ellos como el quiste odontógeno calcificante y el tumor odontogénico epitelial calcificante.

El tratamiento de esta lesión va en función a su bajo grado de agresividad y reincidencia y a que es una lesión muy bien encapsulada, siendo la enucleación simple y la eliminación del diente afectado el tratamiento de elección. Este procedimiento habitualmente se realiza bajo anestesia local de manera ambulatoria.

El caso aquí presentado coincide en la mayoría de los aspectos con lo mencionado por la literatura mundial. La localización en la zona de un canino superior izquierdo presentándose radiográficamente como una zona radiolúcida asociada a la corona de dicho diente en un paciente joven, aunque este casos se presentó en un paciente masculino.

El diagnóstico preoperatorio principal fue de quiste dentígero por presentar grandes similitudes con el cuadro clínico y radiográfico (la segunda posibilidad fue TOA), pero durante la cirugía se observó que la lesión no presentaba una cavidad quística tan franca y no tenia líquido en su interior por lo que nos inclinamos a pensar en un TOA.

Un dato muy importante de recalcar es que el paciente no tenia el órgano dentario 23 clínicamente y es deber nuestro el investigar y buscar donde se encuentra el diente ausente clínicamente.

Conclusiones

Es responsabilidad de los profesionales de la odontología, ya sea de práctica general o especialistas, el saber diagnosticar estas lesiones que son de total competencia de los odontólogos ya que derivan de tejido odontogénico haciendo énfasis en el diagnóstico diferencial ya que esta lesión es de las mas inofensivas y requiere un tratamiento muy conservador sin esperar recidiva de la misma.

Bibliografía

- 1.Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M: Histological Typing of odontogénic Tumors. 2da. Edic. Berlin, Springer-Verlag. 1992. [[Links](#)]
- 2.Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM: Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. J Oral Surg. (1978);36:771-8. [[Links](#)]
- 3.Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E: Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. J Oral Pathol Med. (2002);31:415-20. [[Links](#)]
- 4.Regezi JA, Sciubba JJ: Patología Bucal Correlaciones clinicopatológicas. 2da. Edic. México, DF, McGrawHill Interamericana. 2000. [[Links](#)]
- 5.Dayi E, Gúrbúz E, Bilge OM, Ciftcioglu AA: Adenomatoid odontogenic tumour (adenoameloblastoma): Case report and review of the literature. Australian Dental Journal(1997);42(5):315-8. [[Links](#)]
- 6.Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA: Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol (1994);77:276- 80. [[Links](#)]
- 7.Mosqueda Taylor A, Ledesma Montes C, Caballero Sandoval S, Portilla Robertson J, Ruíz Godoy Rivera LM, Meneses García A: Odontogenic tumors in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod (1997);84:672-5. [[Links](#)]
- 8.Layton SA: Adenomatoid odontogenic tumour: Report of an unusual lesion in the posterior maxilla. Dentomaxillofac Radiol (1992); Feb;21(1):50-2. [[Links](#)]
- 9.Bulut E, Tasar F, Akkocaoglu M, Ruacan S: An adenomatoid odontogenic tumor with unusual clinical features. J Oral Sci. (2001): Dec;43(4):283-6. [[Links](#)]
- 10.Philipsen HP, Reichart PA: Adenomatoid odontogenic tumour: Facts and figures. Oral Oncol (1999); 35:125-31. [[Links](#)]

- 11.Olgac V, Koseoglu BG, Kasapoglu C: Adenomatoid odontogenic tumour: a report of an unusual maxillary lesion. Quintessence Int (2003): Oct;34(9):686-8. [[Links](#)]
- 12.Poulson TC: Adenomatoid odontogenic tumour :Clinicopathologic and ultraestructural concepts. J Oral Maxillofac Surg. (1983): Dec;41(12):818-24. [[Links](#)]
13. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP: Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.Madrid, Harcourt Mosby. (2001). [[Links](#)]
- 14.Curran AE, Miller EJ, Murrah VA: Adenomatoid odontogenic tumour presenting as periapical disease. Oral Med Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod. (1997): Nov;84(5):557-560. [[Links](#)]
- 15.Ledesma MC, Mosqueda TA, Romero de León E, De La Piedra GM, Goldberg JP, Portilla RJ: Adenomatoid Odontogenic Tumour with features of Calcifying Epithelial Odontogenic Tumour. (The so-called Combined Epithelial Odontogenic Tumour). Clinico-pathological report of 12 cases. Oral Oncol, Eur J Cancer (1993);29:221-4. [[Links](#)]
- 16.Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich ChE: Tratado de Patología Bucal. 4ª edic. México DF, Interamericana. (1986). [[Links](#)]
- 17.Peterson LJ: Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 2da edic. St. Louis Missouri, Mosby-Year Book. (1993). [[Links](#)]

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología,
Acta Odontológica Venezolana,
Los Chaguaramos
Código Postal 47136-1041-A
Caracas, Venezuela
www.actaodontologica.com



fundacta@actaodontologica.com