

Tumor odontogénico adenomatoide en dos adolescentes

Adenomatoid odontogenic tumor in two adolescents

Dr. Roberto Bonne Comerón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0289-0671>

Dr. Javier Lozada García¹ <https://orcid.org/0000-0003-3264-2123>

Dra. Yolanda Del Toro Gámez¹ <https://orcid.org/0000-0001-6529-5960>

¹Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: rbonne@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describen 2 casos clínicos de adolescentes de ambos sexos, quienes presentaron edemas en el lado izquierdo de la mandíbula con reabsorción dental y en la porción anterior del maxilar, respectivamente. La histopatología reveló una variante folicular intraósea del tumor odontogénico adenomatoide. El tratamiento quirúrgico empleado fue una enucleación con resultados satisfactorios.

Palabras clave: adolescente; tumor odontogénico adenomatoide; quiste dentífero; diente retenido.

ABSTRACT

Two cases reports of adolescents from both sexes are described, they presented edemas in the left side of the maxillary with dental reabsorption and in the anterior portion of the maxillary, respectively. The histopathology revealed an intraosseous follicular variety of the adenomatoid odontogenic tumor. The surgical treatment used was an enucleation with satisfactory results.

Key words: adolescent; adenomatoid odontogenic tumor; dentigerous cyst; impacted tooth.

Recibido: 18/11/2018

Aprobado: 11/11/2019

Introducción

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es infrecuente y tiene origen dentario; fue descrito por primera vez por Stafne en 1948.^(1,2) Se caracteriza histológicamente por la formación de estructuras tubulares con depósitos parecidos a amieloides. Se trata de una inflamación de la mandíbula poco común.

De hecho, el TOA representa entre 3 y 7 % de todos los tumores odontogénicos. En la bibliografía médica consultada se han notificado cerca de 750 casos. Aunque existen evidencias de que las células tumorales se originan del epitelio del esmalte dentario, se ha sugerido que esta lesión tiene su origen en remanentes de la lámina dental o listón dentario. Estos tumores predominan en jóvenes; 2 tercios de todos los pacientes son diagnosticados entre 10 y 19 años de edad. Dicha lesión se localiza frecuentemente en el sector anterior del maxilar y la mandíbula; se relaciona con caninos no erupcionados. Las féminas son afectadas 2 veces más que el sexo masculino. Los TOA presentan 3 variantes clínicas: folicular, extrafolicular y periapical.^(3,4)

El tipo folicular se caracteriza por inicio intraóseo asociado a un diente no erupcionado. Debido a las características radiográficas, a menudo se confunde con quistes dentígeros, dada la presencia de una imagen radiolúcida bien definida alrededor de una raíz dentaria o de un diente no erupcionado. La variante extrafolicular se identifica también por un inicio intraóseo, pero no se relaciona con ningún diente no erupcionado; sin embargo, el tipo periférico es extraóseo y aparece como un incremento del tejido blando gingival.⁽⁵⁾

La mayoría de estos tumores presentan cambios inductivos en el tejido conjuntivo, tales como áreas de calcificación y de contenido eosinófilo.⁽⁶⁾ Según lo planteado en la

bibliografía médica el TOA de tipo extrafolicular puede encontrarse en 4 localizaciones diferentes: intraósea no relacionada con un diente no erupcionado, intrarradicular, periapical y en el tercio medio de la raíz. Las variantes folicular y extrafolicular ocurren en 97,0 % de todos los TOA y 73,0 % de este total son específicamente del tipo folicular.^(7,8,9)

Resulta importante señalar que los pacientes con TOA, debido a las características no invasivas y el crecimiento lento de estas neoplasias, así como la presencia de una cápsula, responden satisfactoriamente al tratamiento conservador que consiste en la enucleación y el curetaje, del cual no se observan recurrencias.

Casos clínicos

Se presentan 2 casos clínicos de adolescentes con TOA folicular intraóseo causante de inflamación de los maxilares.

- Caso No.1

Paciente femenina de 13 años de edad, quien se presentó en el Hospital Central de Maputo, Mozambique, con dolor e inflamación en la hemimandíbula izquierda, lo cual se incrementó en 9 meses. No tenía historia de trauma, dolor, ni supuración u otro proceso inflamatorio en el cuerpo con pérdida de la simetría facial. Al examen físico pudo observarse una simple inflamación de 4 por 4 cm en el vestíbulo del proceso alveolar inferior derecho de la mandíbula relacionado con los dientes 41 y 42. Dicha inflamación quedaba definida en sus márgenes con cubierta mucosa normal; era duro-leñosa y no dolorosa a la palpación. La muestra aspirada con aguja fina fue sanguinolenta. Los rayos x simples mostraban un área radiolúcida con relación a los dientes 41 y 42, que incluía el 43. La posibilidad de quiste dentígero, quiste apical y ameloblastoma fue considerada clínicamente.

En el periodo peroperatorio se observó una sustancia líquida que rellenaba un saco de aspecto quístico en el proceso alveolar de la mandíbula derecha. Al examen macroscópico se observó un tejido blando pardo grisáceo que medía aproximadamente 4 cm de diámetro. El estudio macroscópico del corte de dicha pieza reveló un quiste con una pared fina de

0,1-0,5 mm de grosor con un diente canino impactado, el número 43 (fig.); en tanto, microscópicamente revelaba un espacio quístico delimitado por áreas sólidas del tumor y mostraba células poliédricas y espículas que formaban nidos, cordones y conductos.

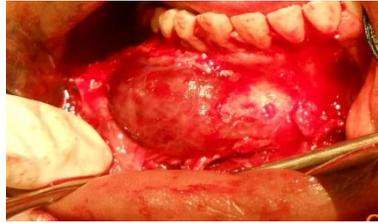


Fig. Aspecto macroscópico. Tumor bien definido por una cápsula

- Caso No. 2

Paciente, negro, de 11 años de edad, con historia de presentar una induración con signos inflamatorios en la región del sector anterior del maxilar superior del lado izquierdo. La tumefacción era duro-leñosa e indolora. Se realizó punción diagnóstica y se obtuvo un líquido sanguinolento. Los rayos x simples mostraron un área radiolúcida con relación a los dientes 22 y 23; dicha área incluía el diente 21. Al igual que en el caso anterior se planteó la posibilidad clínica de un quiste dentígero o periodontal.

Se observó un líquido que rellenaba el saco en el proceso alveolar de la zona en cuestión. Macroscópicamente se observó un tejido pardo grisáceo que medía entre 2 y 3 cm de diámetro. El corte de la pieza mostró una pared fina de 0,1-0,5 cm con un diente central incluido dentro del saco. Microscópicamente se revelaba un espacio quístico delimitado por áreas sólidas de tumor; mostraba células poliédricas y espículas que formaban nidos, cordones y conductos.

Ambos pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica bajo anestesia general con intubación nasotraqueal. La antisepsia del campo se realizó con cetrimide e iodopovidona y el taponamiento faríngeo se llevó a cabo previa colocación de paños de campos. Con bisturí No. 15 se hizo una incisión festoneada con alivios distal y mesial que descargaron en hueso sano con base bien hacia apical de los dientes que limitaron la extensión y se disecó el mucoperiostio que no estaba perforado. En el maxilar superior no había perforación de la

pared anterior del seno maxilar donde se observó una cortical muy fina. La ostectomía se realizó con el propósito de exponer el tumor que estaba firme, no movable y bien circunscripto. La enucleación fue completada con un decolador. En el caso No. 1 fue encontrado el canino inferior y en el No. 2, el incisivo superior. La herida quirúrgica fue suturada con vicryl 3.0. En los 2 casos los dientes no involucrados en el tumor fueron preservados. El taponamiento faríngeo fue removido y el procedimiento completado sin complicaciones.

Comentarios

La definición actual del tumor odontogénico adenomatoide folicular ha facilitado el establecimiento del diagnóstico, puesto que se relaciona con la localización de la lesión; sin embargo, la interpretación radiográfica es la más importante, pues este estudio puede ser considerado la base desde donde las imágenes pueden observarse, lo cual se podría confundir con imágenes similares de quistes dentígeros, odontogénicos calcificantes, tumores odontogénicos calcificantes, quistes glóbulomaxilares, ameloblastomas o tumores odontogénicos queratinizantes. Estos pueden ser aspectos importantes para establecer el diagnóstico diferencial de esta lesión; no obstante, los siguientes factores son importantes para dicho diagnóstico: exhaustiva valoración clínica del paciente, conocimiento de la frecuente relación con dientes no erupcionados, principalmente canino superior, crecimiento asintomático lento sin historia de contusión o infección en el área afectada y tamaño que no excede los 3 cm de diámetro.

Imágenes radiolúcidas encontradas en la periferia de coronas en el maxilar o la mandíbula son más comunes de lo que pueden parecer. El TOA muestra una imagen radiolúcida limitada a dientes no erupcionados en la unión dentinoesmalta, en el sector anterior del maxilar superior, independientemente de que el maxilar inferior puede estar también afectado por esta entidad;^(8,9,10) estos elementos a considerar estuvieron presentes en los 2 casos analizados.

Conclusiones

Los casos presentados mostraron las características de los TOA notificados hasta la fecha, entre las cuales figuran: rango de edad (primera y segunda décadas de la vida), región anatómica (sector anterior del maxilar superior), diente impactado, crecimiento lento, desplazamiento dentario, reabsorción radicular, así como dientes asintomáticos. No se observaron recurrencias después de la enucleación y curetaje.

Referencias bibliográficas

1. Paredes Rodríguez VM, Torrijos Gómez G, López-Pintor Muñoz R, Baca Pérez- Bryan R, Hernández Vallejo G. Tumor odontogénico adenomatoide: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. RCOE. 2015; 20(2): 99-105.
2. Bressan S, Contreras Lafuente A, Valdovinos Zaputovich B, Briend MS, Sandoval S, Osnaghi Díaz Colodrero LE. Tumor odontogénico adenomatoideo. Reporte de un caso. Revista ADM. 2017; 74 (4): 206-11.
3. Moreno E, Lolás J, Vergara A, Márquez A. Quiste folicular inflamatorio en posición atípica: Revisión de la literatura a propósito de un caso. Rev. Estomatol. Herediana. 2017; 27 (3): 191-201.
4. Alatorre Pérez S, González de Santiago MJ, Ayala Bernal JM, Hernández Juárez VL. Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso. Revista Mexicana de Cirugía Maxilofacial. 2016 [citado 20/04/2019]; 12 (1): 21-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2016/cb161d.pdf>
5. Ordóñez Daza E, Herrera Escandón JJ. Tumor odontogénico adenomatoide en la región mandibular: reporte de un caso. Univ. Odontol. 2015; 34 (72): 27-34.
6. Saiegh J, Blasco FC, Keszler A, Stolbizer F. Tumor odontogénico adenomatoide: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Fac. de Odon. UBA. 2014 [citado 20/04/2019]; 29 (66). Disponible en: <http://od.odontologia.uba.ar/revista/2014rev66/art1.pdf>
7. Sáenz Poma G, Avello Canisto F, Núñez Castañeda J, Huaroc Álvarez M. Manejo de tumor odontogénico gigante en gestante, mediante punciones evacuatorias periódicas. Revista Médica Carriónica. 2016; 3 (2): 157.

8. Mendes Cavalcante R, Fernandes Costa MJ, Sousa e Silva N, Batista de Souza L, de Andrade Santos PP. Epithelial Odontogenic Tumors: Analysis of 156 Cases in a Brazilian Population. Int. J. Odontostomat. 2016 [citado 20/04/2019]; 10 (1): 113-8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n1/art18.pdf>
9. Córdova Alvarez MJ. Prevalencia de tumores benignos de origen odontogénico en pacientes atendidos en el hospital Eugenio Espejo durante los años 2011 a 2016. Quito: Universidad central del Ecuador; 2017.
10. Maturana Ramírez A, Aitken Saavedra J, Reyes Rojas M, Rojas Alcayaga G. Expresión inmunohistoquímica de ki-67 y p53 en tumor odontogénico queratoquístico en comparación con ameloblastoma multiquístico. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2014; 7 (1): 12-6.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Dr. Roberto Bonne Comerón: Recopiló la bibliografía; realizó el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los 2 pacientes. Contribución: 60 %

Dr. Javier Lozada García: Revisión y traducción del inglés al español. Contribución: 30 %

Dra. Yolanda Del Toro Gámez: Organización del trabajo. Contribución: 10 %



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).