




PRESENTACIÓN DE CASO

Tumor odontogénico adenomatoide en región mandibular An adenomatoid odontogenic tumor in the mandibular region

David Pablo Guillén-Pérez^{1,2} , José Luis Acuña-Pérez^{1,2} , Noevia Noemí Bodaño-Gómez¹ 

¹Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas. ²Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Noevia Noemí Bodaño-Gómez, correo electrónico: noevia90@nauta.cu

Recibido: 9 de abril de 2019

Aprobado: 28 de mayo de 2019

RESUMEN

El tumor odontogénico adenomatoide es una lesión rara, no agresiva, de lento crecimiento e indoloro, que se deriva del epitelio odontogénico. La región maxilar es la más afectada, con predominio del área de los caninos superiores. Se presenta el caso de un paciente masculino de 46 años de edad, procedencia rural, que acudió a consulta por presentar marcado aumento de volumen en hemicara derecha. Se observó asimetría facial, dada por tumefacción en región hemifacial derecha, que abarcaba desde ángulo mandibular derecho hasta región mentoniana de ese mismo lado, de consistencia endurecida, asintomático y piel de la zona normocoloreada. La radiografía panorámica muestra zonas radiolúcidas que sugieren lisis ósea, no asociada a diente retenido. Se realizó tomografía computarizada (TAC) del macizo facial y biopsia incisional, que permitieron el diagnóstico de un tumor odontogénico adenomatoide. Se realizó hemimandibulectomía con desarticulación.

Palabras clave: TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE; TUMORES ODONTOGÉNICOS.

Descriptores: TUMORES ODONTOGÉNICOS; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ORALES; DIAGNÓSTICO BUCAL.

SUMMARY

The adenomatoid odontogenic tumor is a rare, non-aggressive, slow-growing and painless lesion that arises from the odontogenic epithelium. The maxillary region is the most affected one, predominating in the upper canine area. This study presents the case of a 46-year-old male patient of rural origin, who presented to the dental clinic due to a marked increase in volume on the right side of his face. Facial asymmetry was observed, caused by swelling of the right hemifacial region, which ranged from the right mandibular angle to the chin region of the same side, with a hard consistency. The skin of the area was normocolored. The patient was asymptomatic. The panoramic radiograph showed radiolucent areas that suggested bone lysis, not associated with a retained tooth. CT scan of the facial mass and incisional biopsy were performed, which allowed the diagnosis of an adenomatoid odontogenic tumor. Hemimandibulectomy with disarticulation was performed.

Key words: ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR; ODONTOGENIC TUMORS.

Descriptors: ODONTOGENIC TUMORS; ORAL SURGICAL PROCEDURES; DIAGNOSIS, ORAL.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontógenos son un grupo de entidades poco comunes ^(1,2) exclusivas de los maxilares, ⁽²⁾ que se originan en el epitelio odontogénico, ^(1,2) tejido ectomesenquimal o ambos y presentan una notable variabilidad clínica e histológica. ^(1,3) Los mismos pueden ser malignos o benignos, ⁽³⁾ estos últimos, con capacidad destructiva local. ⁽²⁾ Estos tumores pueden pasar desapercibidos y diagnosticarse como hallazgos, al realizar un estudio radiográfico de rutina. ⁽⁴⁾

Dentro de los tumores odontógenos, el tumor odontogénico adenomatoide (TOA) representa entre un 2 y un 7 % de los casos. ⁽⁵⁾ Es considerado un hamartoma, ^(6,7) una neoplasia verdadera o un quiste folicular acompañado por una proliferación intraquistica. ⁽⁶⁾ Tuvo diferentes nombres desde su primera descripción en 1905, así se conoció como pseudoameloblastoma (Dreibladt, 1907), ⁽⁷⁾ adamantoma quístico (Harbitz, 1915) y tumor odontogénico adenomatoide (Philipsen y Bien, 1969). ^(7,8) En la clasificación de la Organización Mundial de

la Salud (OMS), en 2017, quedó clasificado como un tumor odontogénico epitelial benigno. ⁽⁵⁾

Es un tumor con un crecimiento lento, no invasivo, asintomático ^(5,7,8) y progresivo. ⁽⁸⁾ Se distinguen dos variantes: central (intraóseo) en el mayor por ciento de los casos y periférico (extraóseo). A su vez, el intraóseo se clasifica en pericoronar o folicular y extracoronar o extra folicular. ^(6,8) Generalmente, se observa en la segunda década de vida, ^(5,7,9,10) con mayor frecuencia en el maxilar, ^(5,7,10) en su porción anterior, ^(5,7) incluso, cuando se aparece en mandíbula también tiene afinidad por la región anterior de esta. ⁽⁷⁾ Presenta una incidencia dos veces superior en el sexo femenino que en el masculino, ^(5,9) comportamiento que ha sido más identificado en la población asiática, por la cual aparenta tener predilección ^(6,7) y por los individuos de raza negra. ⁽⁶⁾

Radiográficamente se presenta como un área radiolúcida circunscrita, ^(5,8) extendiéndose desde la unión amelocementaria hasta la zona radicular del diente incluido, característica que permite hacer un diagnóstico diferencial con un quiste dentígero. ⁽⁸⁾ En raras ocasiones se pueden observar tabiques que dividen la lesión y la hacen aparentar una imagen multilocular. ⁽⁸⁾ La variante extraósea no es común identificarla radiográficamente. ⁽⁷⁾

Se debe realizar diagnóstico diferencial con el quiste dentígero, ameloblastoma unicístico y el tumor odontogénico epitelial calcificante. ⁽¹¹⁾

Dentro de las opciones de tratamiento se puede optar por la cirugía conservadora, dada su condición de benigna, no invasiva ^(10,11) y poca recurrencia que

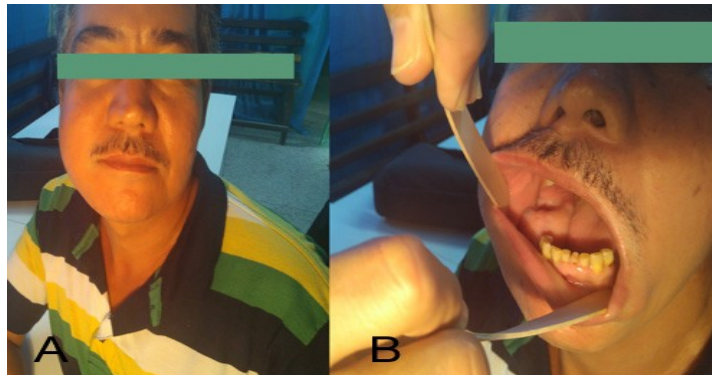
presenta esta entidad. ^(5,10,11) Los defectos pueden tratarse mediante combinaciones de materiales biocompatibles y, en casos de solución total, la osteogénesis por distracción es una variante útil a emplear. ⁽¹⁰⁾

Sin embargo, el presente artículo muestra un caso de tumor adenomatoide, atípico no solo por la discrepancia que existe, tanto en las características clínicas como radiográficas, sino por la magnitud del daño que ocasionó dada la amplia extensión de la lesión, aspecto que influyó significativamente en un pronóstico poco favorable a la hora de tomar una conducta quirúrgica y/o una futura solución de rehabilitación para el paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 46 años de edad, procedencia rural, con antecedentes de salud, que acudió a la consulta de máxilo facial del Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", de Las Tunas, por presentar marcado aumento de volumen en hemicara derecha, desde hace aproximadamente un año. Al examen físico extraoral (**imagen 1**), se observó asimetría facial, dada por tumefacción en región hemifacial derecha, que abarca desde ángulo mandibular derecho hasta región mentoniana de ese mismo lado, de consistencia endurecida, asintomático y piel de la zona normocoloreada. No se palparon adenopatías. El examen físico intraoral (**imagen 1**) mostró ausencia de premolares y molares inferiores en el lado afectado, con ensanchamiento del proceso alveolar y dilatación de corticales vestibular y lingual. Mucosa de la zona normocoloreada.

IMAGEN 1. Vista extraoral e intraoral al examen físico. A: vista extraoral, aumento de volumen en hemicara derecha, con marcada asimetría facial. B: vista intraoral, obsérvese la dilatación de las corticales vestibular y lingual, que provocan una disminución del espacio intraoral



Se indicó una radiografía panorámica (**imagen 2**), en la cual se observó una imagen multilocular de límites definidos en su porción anterior, con zonas radiolúcidas que sugieren lisis ósea, no asociada a diente retenido, delimitadas por zonas radiopacas, la cual abarca desde premolares inferiores hasta rama ascendente mandibular. La radiografía mostró, además, signos de reabsorción radicular en el 43.

Se realizó una tomografía computarizada (TAC) de macizo facial (**imagen 3**), de la que se informó presencia de pólipo maxilar derecho de 25 mm y uno izquierdo de 19 mm. Además, se observaron varias imágenes quísticas a nivel del ala mandibular derecha en extensión de 55x38 mm, que rompió la cortical e infiltró ligeramente las partes blandas. No se visualizaron adenopatías perilesionales.

IMAGEN 2. Radiografía panorámica inicial. Imagen multilocular de límites definidos en su porción anterior, con zonas radiolúcidas que sugieren lisis ósea



Como diagnóstico presuntivo, se consideró un ameloblastoma. Se realizó biopsia incisional, donde se tomaron dos fragmentos para estudio. Macroscópicamente, se observó un fragmento de 0,3x0,3 cm de tejido óseo y otro de 1x0,4 cm de tejido blando.

Microscópicamente, las múltiples secciones histológicas estudiadas mostraron grupos de células epiteliales que adoptan forma de estructuras canaliculares y otras áreas en forma de cordones o masas, con pequeñas zonas de calcificación, lo que sugirió un diagnóstico de tumor odontogénico adenomatoide (TOA).

Luego de estudiar el caso, se decidió realizar hemimandibulectomía con desarticulación.

IMAGEN 3. TAC. A: vista lateral, extensión del tumor desde la región de premolares hasta rama ascendente mandibular B y C: dilatación de las corticales vestibular y lingual. Extensión del tumor en la región mandibular derecha

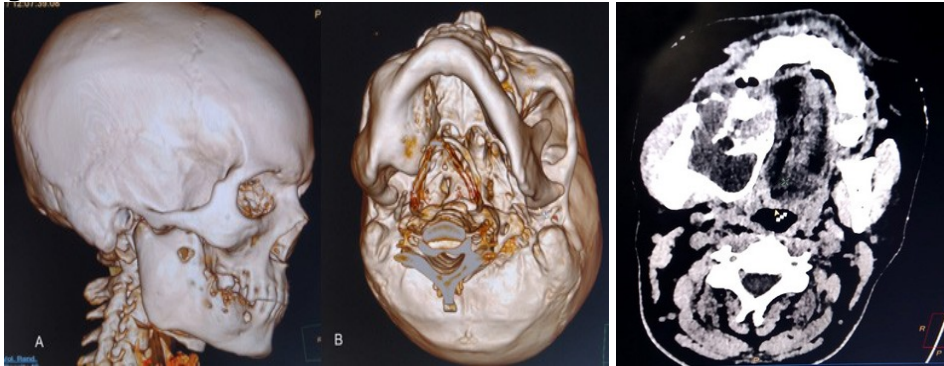


IMAGEN 4. Pieza quirúrgica. Obsérvese la extensión del tumor en toda la región, con marcada dilatación de corticales vestibular y lingual, así como afectación de la rama ascendente mandibular

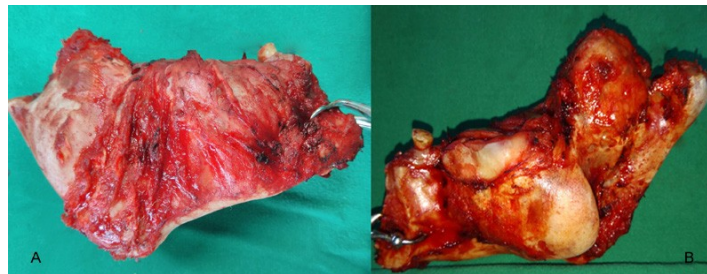


IMAGEN 5. Fotografía evolutiva del paciente luego de dos meses de operado



DISCUSIÓN

El TOA es considerado el tumor de los dos tercios, pues con frecuencia se presenta en la segunda y tercera década de vida, ⁽¹⁰⁾ dos tercios de los casos se diagnostican en la región anterior del maxilar, dos tercios se observa en el sexo femenino y dos tercios está relacionado con un diente impactado, ^(7,10,11) características estas que discrepan con el caso clínico expuesto, aspecto que indica la importancia de realizar un correcto estudio e identificación del caso tanto clínica, como histológicamente.

El caso presentado trató sobre un TOA intraóseo extra folicular (el mismo no estaba asociado a diente retenido), variante menos frecuente en este tumor.

Según la bibliografía consultada, poco más del 90 por ciento de los casos de TOA son intraóseo y, de estos, la variante folicular representa alrededor del 70 % de los casos, ⁽⁵⁾ generalmente se asocia con un diente retenido, en un mayor por ciento los caninos superiores. ^(7,10)

Otro aspecto que coloca al caso expuesto como un hallazgo poco común dentro de los diagnósticos de este tipo de tumor, es su localización en la mandíbula y más aún en la región de molares; la bibliografía consultada refiere que generalmente es el maxilar superior en su región anterior donde se observa este tumor con mayor frecuencia. ^(5,7,10,11) Por lo que no se debe obviar el posible diagnóstico de un TOA en la región mandibular, se puede hacer un diagnóstico incorrecto de la lesión, si solo se tienen en cuenta las características clínicas y radiográficas.

Según el estudio radiográfico, el caso mostró un área radiolúcida multilocular; aunque está descrito en la bibliografía que puede observarse de esta manera, lo habitual es la forma unilocular. ^(7,9)

Tanto la radiografía como la tomografía mostraron una lesión de tamaño considerable, que fue capaz de afectar desde la zona de premolares inferiores hasta rama ascendente mandibular, dato que discrepa con la bibliografía consultada, donde se plantea que el TOA es por lo general un tumor de pequeño tamaño, ⁽⁷⁾ aunque algunos autores se refieren a su pequeño

tamaño cuando es diagnosticado en etapas tempranas de su desarrollo. ⁽⁸⁾

El comportamiento de la lesión fue agresivo, pues se observó lisis ósea en las corticales del hueso mandibular, aspecto que puede estar relacionado con el tiempo de evolución de la lesión, el cual propició que el tumor tomara gran tamaño, con dilatación de corticales, aspecto que tampoco concuerda con la bibliografía, cuando lo caracterizan como un tumor con un comportamiento no invasivo. ^(5,8,10) También se observaron áreas de reabsorción radicular en el diente adyacente a la lesión, aspecto que sí puede estar presente en este tipo de tumor. ^(7,8)

En cuanto al tratamiento, en el caso presentado se decidió realizar una hemimandibulectomía, debido a la extensión del tumor, aspecto que discrepa con la bibliografía consultada, donde los autores coinciden en realizar un tratamiento conservador, ^(7,9,11) con curetaje de la zona y exodoncia del diente relacionado, ^(7,9) teniendo en cuenta que por lo general presenta baja tendencia a la recidiva. ^(5,7,9,11)

Los aspectos antes mencionados nos advierten sobre la importancia de la práctica del auto-examen bucal con regularidad, pues se conoce que este simple proceder permite el diagnóstico y tratamiento temprano de lesiones en la cavidad bucal, con el mínimo de secuelas para el paciente.


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Şenel F, Dayisoğlu E, Ersöz Ş, Altıntaş N, Tosun E, Taşkesen F, et al. The relative frequency of odontogenic tumors in the Black Sea region of Turkey: an analysis of 86 cases. Turkish Journal Of Medical Sciences [revista en internet]. 2012 [citado 5 de diciembre 2018]; 42(S2): 1463-1470. Disponible en: <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/abstract.htm?id=12244>.
- Peña CP, Leonel EL, Guzmán CD, Esquivel DL, Rodríguez M, Bustillo J. Frecuencia de tumores odontogénicos benignos en la Fundación Hospital de la Misericordia (Bogotá, Colombia). Un estudio retrospectivo a nueve años. Universitas Médica [revista en internet]. 2016 [citado 5 de diciembre 2018]; 57(4): 467-79. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/18450>.
- Ren C, Diniz M, Piazza C, Amm H, Rollins D, Macdougall M, et al. Differential enamel and osteogenic gene expression profiles in odontogenic tumors. Cells, Tissues, Organs [revista en internet]. 2011 [citado 5 de diciembre 2018]; 194(2-4): 296-301. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Abstract/324759>.
- Quintana Salgado LA, Espinoza Hernández LJ, Rodríguez Vílchez JJ, Guerrero Midence CD, Rugama Díaz HJ. Frecuencia de quistes y tumores odontogénicos en población nicaragüense. Estudio retrospectivo a siete años. Universitas Odontológica [revista en internet]. 2018 [citado 5 de diciembre 2018]; 37(78): 1-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771432>.
- Barba Ramírez L, Celis Contreras C, Schilling Quezada A, Hidalgo Rivas A. Tumor odontogénico adenomatoide extrafolicular mandibular, de ubicación inusual e imagenología atípica. Reporte de un caso. Av Odontoestomatol [revista en internet]. 2018 [citado 5 de diciembre 2018]; 34(2): 73-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6473514>.
- Duque Serna FL, Castellón Pino L, Ardila Medina CM. Caracterización del tumor odontogénico adenomatoide en una población Colombiana. AMC [revista en internet]. 2013, Abr [citado 5 de diciembre 2018]; 17(2): 187-200. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2111/211129316010/>.
- Marín Botero ML, Sáenz Rivera E de J, Marín Cardona MN, Sánchez Muñoz LB, Castañeda-Peláez DA. Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Av Odontoestomatol [revista en internet]. 2017 [citado 5 de diciembre 2018]; 33(4): 161-170. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5265641>.
- Ordóñez Daza DE, Herrera Escandón JJ. Tumor odontogénico adenomatoide en la región mandibular: reporte de un caso. Universidad Odontológica [revista en internet]. 2015, Enero [citado 5 de diciembre 2018]; 34(72): 27-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5265641>.

9. Vera Sempere FJ, Artes Martínez MJ, Vera Sirera B, Bonet Marco J. Tumor odontogenico adenomatoide folicular: Estudio inmunohistoquimico. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal [revista en internet]. 2006 [citado 5 de diciembre 2018]; 11(4): 305-308. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3057003>.
10. Cabrales E, Morales D, Garmendia Á, Alain S, de Cádiz A. Tumor odontógeno adenomatoide en región mandibular. Revista Cubana de Estomatología [revista en internet]. 2010, oct [citado 3 de julio 2018]; 47(4): 447-454. Disponible en: MedicLatina.
11. Deza Palle J, Arce Lazo M. Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de caso. Odontol. Sanmarquina [revista en internet]. 2018 [citado 5 de diciembre 2018]; 21(1): 41-4641. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v21i1.14413>.

Declaración de autoría

David Pablo Guillén-Pérez

 <https://orcid.org/0000-0001-5057-2232>


Participó en la concepción y diseño del artículo, en la revisión de la bibliografía, discusión del caso y la elaboración de las versiones original y final.

José Luis Acuña-Pérez

 <https://orcid.org/0000-0003-1969-210X>

Participó en la revisión de la bibliografía, discusión del caso y la elaboración de las versiones original y final del artículo.

Noevia Noemí Bodaño-Gómez

 <https://orcid.org/0000-0002-4485-1785>

Participó en la revisión de la bibliografía, discusión del caso y la elaboración de las versiones original y final del artículo.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.