

Adeno - Ameloblastoma*

Presentación de un caso

CARLOS SCHMITZ**

JOSE B. COSTAS***

DANIEL PEREYRA****

Palabras claves: Adeno-Ameloblastomas —
Tumores

INTRODUCCION

El adeno-ameloblastoma comprende una lesión tumoral distintiva desde el punto de vista clínico y patológico (6-8).

Al parecer fue reconocida por primera vez por Stafne (5) en 1948, quien la describió como un tumor epitelial asociado a quistes del desarrollo del maxilar superior; sin embargo, pronto se demostró que el neoplasma no era exclusivo de dicho maxilar.

Su comportamiento clínico es esencialmente distinto al del ameloblastoma ortodoxo (10) ya que expande pero no es localmente infiltrativo o invasor y su enucleación por simple escisión, generalmente fácil, asegura su cura. Por lo anteriormente expresado, algunos autores (7) sugieren otras denominaciones para evitar la implicancia del término «ameloblastoma».

*. Trabajo realizado por Hospital de Clínicas. Dpto Odontológico, y Lab. Anatomía Patológica. Fac. de Odontología.

**Asistente de Odontología del Hospital de Clínicas.

***Profesor de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología.

****-Adjunto de Radiología del Hospital de Clínicas.

Recibido para publicar: agosto 1978

El origen de este neoplasma es dudoso. Thoma (9) afirma que el epitelio en su diferenciación puede tender hacia un tejido con disposición glandular; parte de la base de que el epitelio bucal tiene la capacidad potencial de formar estructuras tanto odontogénicas como glandulares. Stafne, ya mencionado, sugiere un posible origen a partir de restos epiteliales que resultan de la fusión de los procesos embrionarios globular y maxilar.

Pero la semejanza de las células cilíndricas del tumor con los ameloblastos y la frecuente asociación con dientes no erupcionados sugiere un origen a partir del epitelio odontogénico; teóricamente podría derivar del órgano del esmalte o de sus restos, o de un quiste dentígero (1-4).

El adeno-ameloblastoma se presenta en personas jóvenes (9), en la segunda o tercera década, con mayor frecuencia en el maxilar superior (región incisiva, canina o premolar).

Radiográficamente es por lo general radiolúcido, más o menos definido (5), con frecuencia asociado a dientes no erupcionados, pudiendo sugerir un quiste dentígero (10). En las lesiones de gran volumen puede presentarse una expansión de la corteza (9).

Microscópicamente (2-3) el tumor está constituido por células epiteliales que en ciertas áreas adoptan la forma cilíndrica conformando estruc-

turas de aspecto tubular distribuidas por toda la masa tumoral. Además de estas estructuras tubulares, las células cilíndricas se disponen también en bandas contorneadas de patrones complicados, pero especialmente del tipo concéntrico.

En toda la extensión del tumor, pueden encontrarse pequeñas masas de sustancia calcificada; ocasionalmente esas masas son mayores. El estroma es relativamente escaso.

Historia clínica
(H.C. Registro N° 329.805).

Datos generales.- Enfermo del sexo masculino, de 14 años de edad, raza blanca, soltero, trabajador rural, con domicilio en Pueblo de Ituzaingó (Departamento de San José), enviado de Colonia Etchepare.

Motivo de consulta.- Consulta por tumefacción en la zona anterior del maxilar inferior, inclinación y movilidad de algunas piezas dentarias en la misma zona.

Historia de la enfermedad actual.- Hace tres meses comenzó con una tumefacción en la zona, de consistencia dura, con una parte aparentemente quística remitente en su cara anterior, indolora o discretamente dolorosa por momentos, los incisivos tienen gran movilidad.

La tumoración se palpa por delante y detrás de la mandíbula invadiendo piso de boca. No existen antecedentes traumáticos, el canino inferior derecho se encuentra semi-retenido.

Antecedentes personales.- Enfermedades propias de la niñez; denota cierta aprehensión y mal carácter, exámenes digestivo, cardiovascular, urinario, endocrino, sin particularidades.

Antecedentes familiares.- Padres, hermanos vivos y sanos.

Examen clínico general.- Enfermo sin fiebre ni repercusión general.

Examen regional.- Facies sin particularidades, piel: se denota una ligera palidez, no se palpan ganglios, articulación temporo-mandibular: pequeño chasquido del lado izquierdo.

Examen local.- Apertura bucal normal, estado general deficiente (múltiples caries de 1º y 2º grados, higiene mala); mucosas y lengua sin particularidades; disgranía: articulación dentaria cruzada del lado izquierdo.

Nos interesa fundamentalmente el examen clínico de los dientes anteriores inferiores, es decir aquellos directamente involucrados con la lesión; pasaremos a describirlos uno a uno:

54 : Ligeramente inclinados a mesial, con caries de surco.

31 : Ligera movilidad, semiretenido, vestibulizado inclinado a mesial, sin caries.

21 : Con aspecto de temporario, sin caries, gran movilidad, ligeramente inclinado a distal.

11 : Sin caries, gran movilidad, inclinado a distal.

12 : Igual que el anterior pero con inclinación a mesial.

22 : Igual que el anterior.

32 : Poca movilidad, sin caries, vestibulizado.

4 : Sin particularidades.

Descripción de la lesión.

Tumoración indurada, no dolorosa, que se extiende desde 2º premolar inferior derecho a canino izquierdo por vestibular y de canino a canino

por su cara lingual. No se palpa el borde inferior de la lesión; el color de la mucosa que la recubre es normal y se puede palpar bien piso de boca, (el enfermo viene medicado con antibióticos de la Colonia Etchepare).

Resumen de la historia clínica. - En suma: enfermo lúcido, de 14 años, que presenta una tumoración en la zona anterior del maxilar inferior; movilidad de varios dientes que se encuentran estrechamente vinculados con la lesión, no dolor, fluctuación, no fiebre ni toque general.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Sangre. - Su estudio completo indica valores completamente normales.

Radiografías: (Ver plancha A).

Extraorales: modificaciones morfológicas y estructurales oclusales de la parte media del maxilar inferior caracterizadas por un soplamiento óseo que se extiende prácticamente de la región de premolares derechos a los izquierdos y tomando a su vez dichas modificaciones, ambas tablas de tal manera que la externa se va afinando hacia el eje del maxilar llegando a ser una lámina ósea apenas perceptible. En la radiografía de perfil se destaca netamente un contorno normalíneo denso, que corresponde al límite posterior del hueso patológico. En el conjunto del proceso patológico la estructura reticular está modificada por una red de células más densa en algunos lugares y con calcificaciones inhomogéneas pero irregularmente dispuestas existiendo otras zonas sin estructura ósea: en cuanto a las piezas dentarias que siguen al conjunto del maxilar inferior, tienen sus ejes mo-

dificados. Existen dos piezas dentarias ectópicas: muy próxima a la sínfisis, mentoniana a derecha que toma contacto y afina la compacta de la tabla externa, la otra más a la derecha en pleno proceso patológico.

Intraorales

54 : ligeramente inclinados a mesial.

31 : se observa superpuesto con los premolares por vestibular de los mismos; sin caries; inclinado a mesial y con total destrucción del hueso perirradicular.

21 : Reabsorción radicular casi total; conducto amplio, destrucción total del hueso perirradicular; el hueso patológico se encuentra rodeado de una cortical de hueso compacto que se asemeja a la de un quiste dentígero.

11 : Aparentemente retenido complementando con la radiografía oclusal.

12 : Inclinados a mesial, con gran reabsorción radicular a nivel del ápice; conductos amplios que se estrechan bruscamente a nivel apical, sin caries.

31 : Inclinado a mesial; ligera reabsorción apical, sin caries.

45 : Sin particularidades.

En suma: Se observan dientes sanos; sin soporte óseo; con sus ejes modificados, con mayor o menor reabsorción periapical y modificaciones de la morfología y estructura óseas del maxilar inferior en una zona que abarca del primer premolar derecho a

canino izquierdo. Estas modificaciones se caracterizan por un soplamiento óseo y variaciones del retículo con elementos dentarios retenidos.

PUNCION DE LIQUIDO

Informe de laboratorio: El líquido de punción indicó la presencia de estreptococo viridans y de estreptococo blanco no patógeno sensible a la neomicina, bacitracina, colistín, ceforán y Wintrizen.

Diagnóstico.

¿Quiste dentígero?

¿Tumor benigno?

¿Tumor maligno?

Cualquiera sea el diagnóstico, el enfermo es medicado con anterioridad con antibióticos dado que el informe de laboratorio y el examen clínico indican la presencia de un estadio de infección. El diagnóstico definitivo será comprobado por el estudio anatómico-patológico de la lesión.

PLAN DE TRATAMIENTO

El diagnóstico realizado nos lleva al tratamiento quirúrgico como única solución frente a ese enfermo.

Técnica de anestesia

Regional:

- nervios dentarios inferiores,
- nervios linguales,
- nervios bucales.

Tipo de anestesia.

Carbocaína,

Punción.

Incisión de Neuman de 5 a 5.

Extirpación de la masa tumoral.

Toilette de la herida.

Sutura a puntos separados.

Es necesario tener a mano material de fijación para el caso de una eventual fractura del maxilar (poco probable).

Pronóstico.- Dudos, depende del resultado de la biopsia.

Tratamiento.- El enfermo fué citado para realizar la intervención 14 días después de su ingreso al Servicio. Concurrió por sus propios medios, con acompañante y en condiciones generales similares a las anteriormente descritas.

Desde el día anterior estaba premedicado con antibióticos: neomicina.

Descripción.- La técnica, tipo de anestesia, punción e incisión fueron similares a las propuestas. La divulsión se realizó con tijera cerrada y con gasa; en algunas zonas de gran adherencia al hueso se realizó con cureta.

La masa tumoral fue pinzada previamente con un Clamp de Allis. Se, realizó la avulsión de los siguientes dientes: 3 2 1 | 1 2; el 3 fue extraído junto con la masa tumoral dada su gran adherencia a la membrana de la misma. El tumor fue extirpado en su totalidad y fijado en formol al 10% para su envío al laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología.

Se procedió luego al lavado de la cavidad ósea con suero fisiológico com-

probándose que no existían restos de membrana. Recorte del festón gingival, y sutura simple a puntos separados.

Estudio microscópico.- El tumor se dispone en complicados patrones (Figs. 1 y 2), destacándose en zonas formaciones tubulares (Fig. 3).

Es dable observar cordones celulares de pequeños elementos que se intercomunican para delimitar espacios quísticos (Fig. 2), apreciándose con nitidez tal estructura de pared quística en la fig. 4, donde los espacios quísticos se han fusionado

El estroma tumoral es escaso y se destaca la presencia de focos de calcificación (Figs. 5 y 6) que son aparentemente depósitos atróficos.

Post-operatorio.- El enfermo fue controlado en su post-operatorio inmediato no presentándose ninguna complicación (continuó con antibióticos por diez días). A los quince días, se le hicieron radiografías de control (ver plancha B). El informe fue el siguiente: - El estudio radiológico post-operatorio de la zona lesional muestra una imagen radiolúcida a concavidad anterior con halo reaccional neto ósteo-esclerótico, con conservación de la basal, ausencia de los cuatro incisivos y canino derecho.

Un año y medio después se realizaron nuevas radiografías con óptimo resultado (ver plancha C), no hubo recidiva. El informe es el siguiente: - El estudio radiológico post-operatorio al año y medio de la intervención muestra una disminución de la imagen radiolúcida adoptando el borde posterior de la misma una línea vertical y con un retículo óseo normal habiendo desaparecido el borde esclerótico poste-

rior visible en el estudio post-operatorio inmediato.

Luego del tratamiento de algunas piezas dentarias, se le confeccionó una prótesis removible en cromocobalto para reponer dientes ausentes.

DISCUSION Y RESUMEN

Se describe un caso de tumor odontogénico que generalmente se conoce como «*adenoameloblastoma*».

En el pasado, los tumores odontogénicos eran clasificados en dos grupos principales: los tumores blandos (ameloblastomas) y los tumores duros o calcificados (odontomas).

Posteriormente los tumores odontogénicos se han ido clasificando con más detalles. Creemos que aparte de razones puramente académicas, cualquier clasificación de nuevas entidades o la separación en diferentes tipos clínico-patológicos debe responder a distintos comportamientos biológicos.

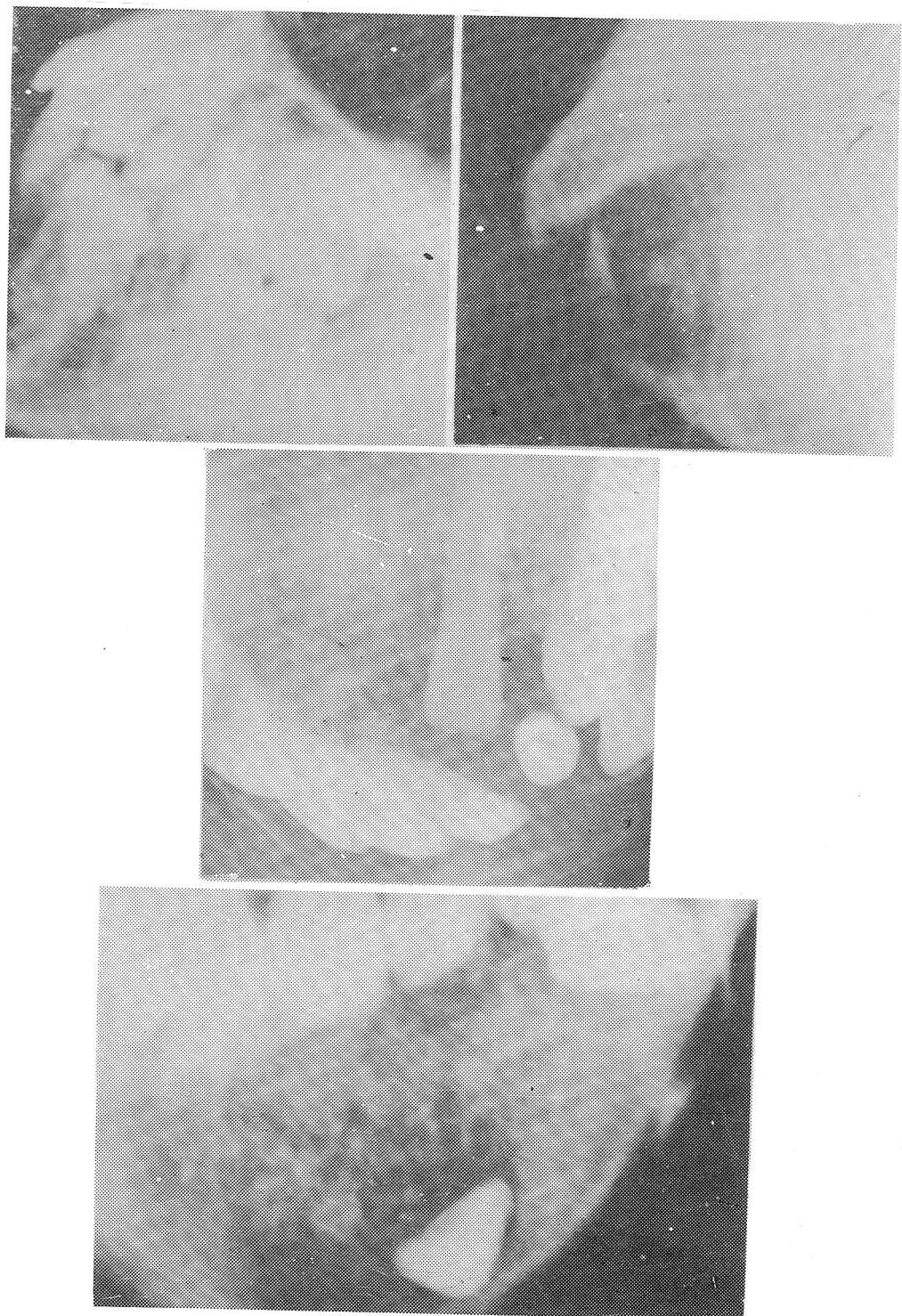
Persisten aún los interrogantes sobre la histogénesis de este tumor odontogénico. En el estudio de nuestro caso llama la atención la delimitación de muchas áreas sólidas del tumor por cordones similares que limitan las cavidades quísticas, sugiriendo la génesis de la neoplasia de la pared de un quiste originalmente de naturaleza simple.

BIBLIOGRAFIA

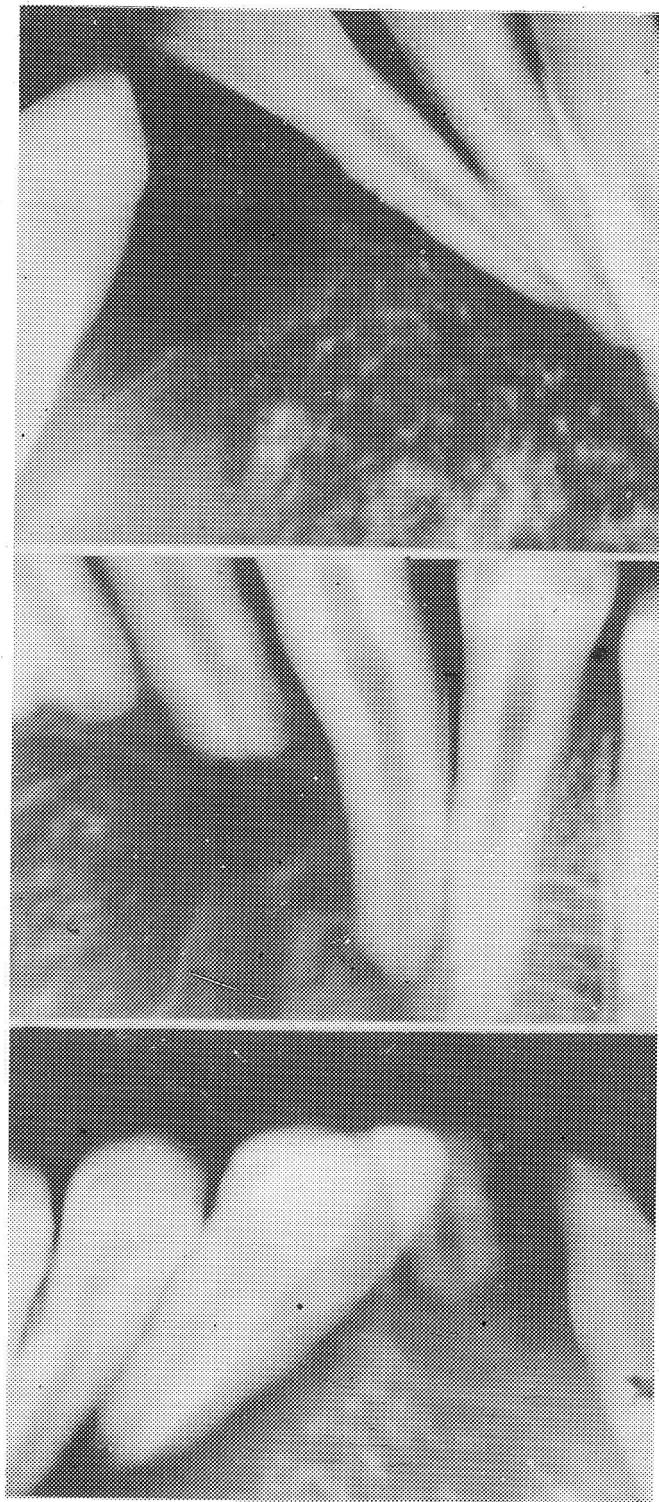
1. Abrams, A. M., Melrose, R. J., Howell, F. V. Adenoameloblastoma. A Clinical pathologic study of ten new cases. Cáncer. 22: 175-185, 1968.

- 2 Bernier, J. L., Tiecke, K. W.
Adenoameloblastoma
J. Oral Surg. 8: 259, 1950.
3. Colby, R. A.
Color Atlas of Oral Pathology.
J. B. Lippincott Company.
- 4 Fumier, Ono.
Tr. Soc. Path. Japan.
47: 1304, 1956.
- 5 Gorlin, R. J., Chaudhry, A. P.
Oral Surg. 11: 762, 1958.
- 6 Lucas, R. B.
Pathology of Tumors of the oral tissues.
Little Brown and Company.
- 7 Philipsen, H. P., Birn, H.
The adenomatoid odontogenic tumor. Ame-
loblastic adenomatoid tumor or adenoa-
melohlastoma.
Acta Path. Microbiol. Scand. 75: 375-398,
1969.
- 8 Pindborg, J. J.
Pathology of the dental hard tissues.
W. B. Saunders Company.
- 9 Thoma, H. K.
Oral Pathology.
The C. V. Mosby Co.
- 10 Thiecke, R. W.
Oral Pathology.
Mc Graw-Hill Book Co.

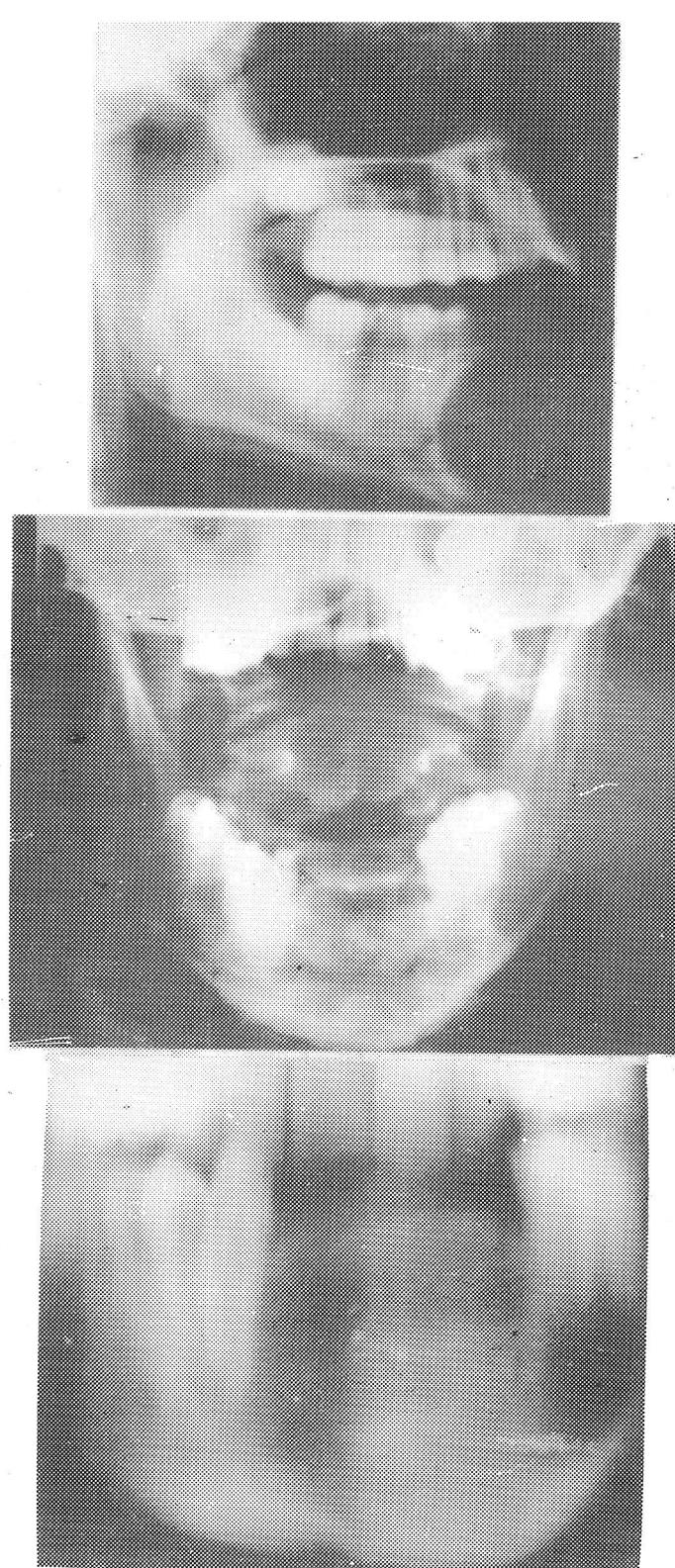
Radiografías pre-operatorio



Radiografías pre-operatorio



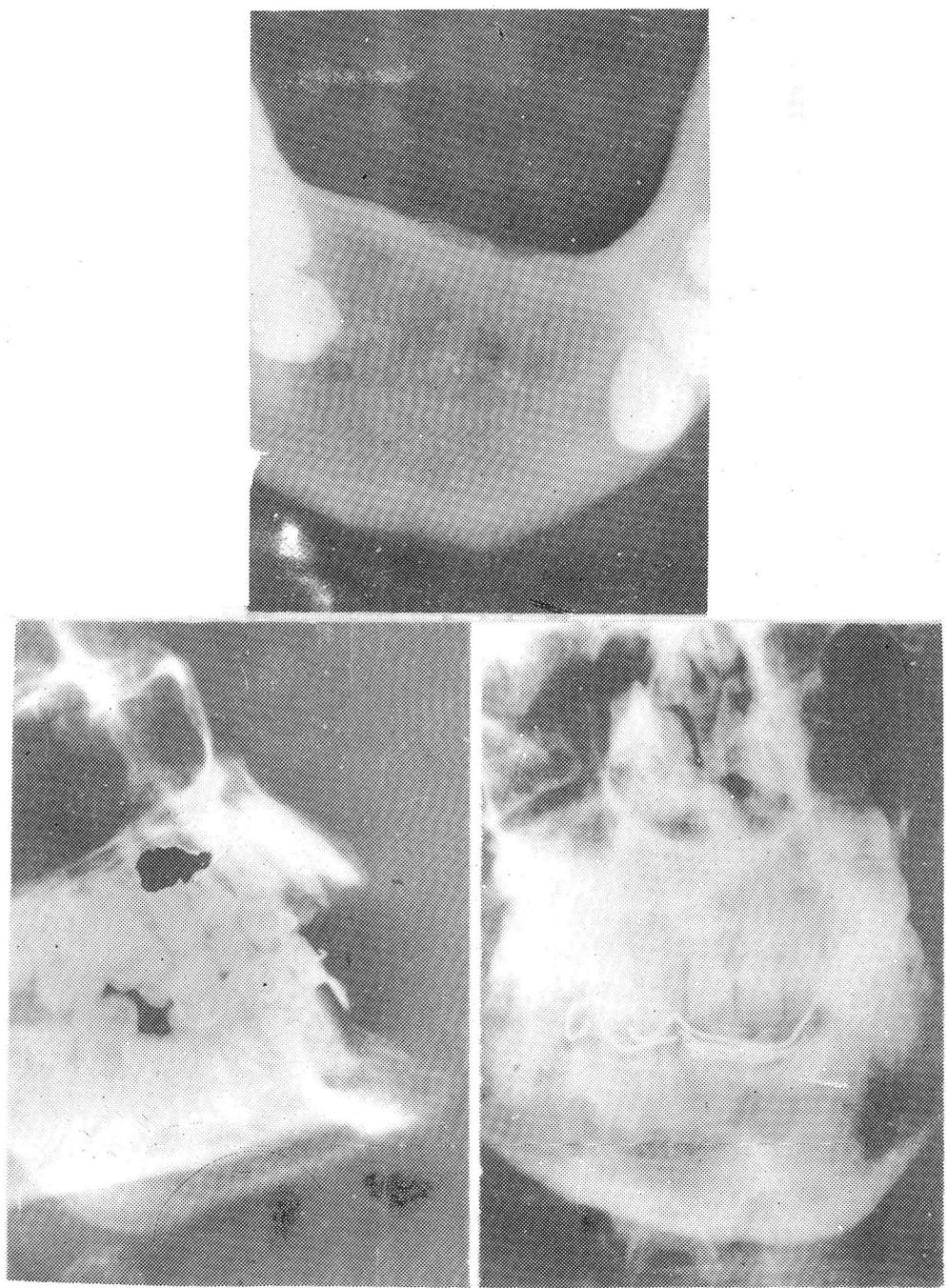
Radiografías post operatorias (15 días).



Radiografías post operatorias (15 días).



Radiografías post operatorias (año y medio).



Estudio anatomo patológico.

