An. Fac. Odont. 20(23) 115-127 1985-1986

TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE (ADENOAMELOBLASTOMA)****

Informe de 4 casos

Dr. Nelson Delgado Camejo*
Dr. Carlos M. de Pró Lizuaín**
Dra. Estellamari Ferraro***

Palabra clave: Tumor Odontogénico.

El Tumor Odontogénico Adenomatoide es un tumor relativamente raro de los maxilares, que se caracteriza por la formación de estructuras ductiformes originadas en el componente epitelial y con modificaciones inductivas de intensidad variable en el tejido conectivo.

El tumor puede ser en parte quístico, y en ciertos casos, dicho componente quístico ser de tal magnitud, que sólo son visibles elementos macizos en la pared de un gran quiste. En este último caso, hay autores que dudan si debe considerarse una verdadera neoplasia(1).

* Profesor Adjunto de la Cátedra de Anatomía Patológica
** Ayudante de Investigación de la Cátedra de Anatomía Patológica
*** Colaboradora Honoraria de la Cátedra de Anatomía Patológica
**** Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología; Prof. Dr. José B. Costas.

Recibido para publicar: noviembre 1983.

Creimos justificado el informe de estos cuatro casos debido a la baja incidencia de este tumor.

Caracteres clínicos

Giansanti(2) y colaboradores informaron que en la literatura mundial hay publicados unos 100 casos de tumor Odontogénico Adenomatoide, con edades extremas entre 5 y 53 años, con promedio de 18 años y el 70% de los pacientes afectados eran menores de 20 años.

Afecta a ambos sexos con ligera predilección por el sexo femenino; las dos terceras partes afectan al maxilar superior y el resto al inferior(3). Casi el 80% afecta la zona anterior y en un mismo porcentaje en relación con un canino incluido(4).

Generalmente es indoloro y puede verse un maxilar engrosado que lentamente va aumentando de tamaño por un lapso prolongado.

Caracteres radiográficos

Se observa generalmente una lesión osteolítica que puede o no ser bien circunscripta, frecuentemente envolviendo la corona de un canino impactado[4, 5]. La radiolucidez contiene a menudo copos radiopacos, ya que algunas porciones del tumor pueden calcificarse. Es frecuente observar desplazamiento de los dientes adyacentes.

Radiográficamente puede confundirse con un quiste dentígero, pero mientras éste emana del cuello del diente, el Tumor Odontogénico Adenomatoide, presenta una radiolucidez que rodea casi por completo a todo el diente, incluyendo la raíz. De cualquier manera se puede afirmar de un modo general que este tumor no presenta imágenes radiográficas patognomónicas, dependiendo su diagnóstico de su estudio histopatológico.

Caracteres histológicos

El tumor generalmente presenta una densa cápsula fibrosa. El tejido epitelial neoplásico adopta a veces el aspecto de un quiste con proliferación luminal. Las células epiteliales pueden adoptar una forma poliédrica o fusiforme, ordenándose en forma de cordones o remolinos, mientras que en otras zonas del tumor adoptan formas cúbicas o cilíndricas, dibujando un patrón ductiforme, observándose dentro de esas estructuras un material acidófilo que suele ser PAS positivo.

Al microscopio electrónico las células epiteliales son semejantes a preameloblastos, las células del estrato intermedio del retículo estelar, sugiriendo por lo tanto, un origen del órgano del esmalte. Las estructuras ductiformes, vistas al microscopio electrónico, hacen pensar que son originadas como resultado de la actividad secretora de las células tumorales, más que como resultado de la degeneración celular[6].

En el estroma conjuntivo, generalmente aparece un material acidófilo, hialio, en proporción variable, que para algunos autores se trataría de dentina displásica y para otros un intento de formación adamantina y hasta cementaria[4]. Frecuentemente son comprobadas calcificaciones que en algunos casos son sumamente abundantes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento adecuado es el quirúrgico con simple enucleación de la neoplasia. Las recidivas son sumamente raras.

Presentación de 4 casos

Caso I:

Paciente de sexo masculino, de 14 años de edad, raza blanca que ingresa por tumoración de labio inferior de 4 años de evolución, crecimiento lento, progresivo y asintomático. La imagen radiográfica presentaba un aspecto multilocular. Fue diagnosticado como Ameloblastoma e intervenido quirúrgicamente con tratamiento conservador.

Histológicamente mostraba una franja de tejido conectivo con abundantes hemorragias intersticiales, en su parte periférica, tejido óseo reaccional, en la parte interna una limitante epitelial formando una aparente membrana quística (figuras 1 y 2). Hacia lo que sería la cavidad quística, se observa una prolife-

ración tumoral de naturaleza epitelial con las características del Tumor Odontogénico Adenomatoide. En zonas hay presencia de tejido calcificado, tipo distrófico y el estroma se presenta escaso (figura 3).

Lo interesante es que el tejido neoplásico surge aparentemente de la limitante epitelial de un quiste dentígero primario.

Caso II:

Paciente del sexo masculino de 14 años de edad, raza blanca, que presenta tumefacción del maxilar superior derecho, zona anterior. Radiográficamente presentaba una zona radiolúcida en relación a un diente retenido. Por su ubicación el diagnóstico clínico y radiográfico fue de quiste glóbulomaxilar.

El estudio histológico del caso fue el siguiente: "Membrana quística con amplia pared conjuntivo-fibrosa y un epitelio compuesto de células cúbicas (figura 9). La parte epitelial está muy alterada con degeneración hidrópica e infiltrado de polimorfonucleares. En zonas dicho epitelio se encuentra hiperplasiado, adoptando un aspecto transicional (figura 10). En varios puntos el epitelio prolifera hacia la luz centràl del quiste, adquiriendo las características del Tumor Odontogénico Adenomatoide".

Caso III:

Paciente del sexo masculino de 14 años de edad, raza blanca con un proceso tumoral que deforma ambas tablas del hemimaxilar inferior derecho, con deformación facial y desplazamiento de dientes vecinos, ligera parestesia del mentoniano y 4 meses de evolución. La imagen radiográfica reveló una zona radiolúcida que iba desde los incisivos centrales derechos hasta el segundo premolar, llegando hasta la basal y en relación a un diente retenido.

Histológicamente se aprecia un epitelio odontogénico en forma de láminas y cordones (figura 11), en otras zonas, en pleno tejido conjuntivo se visualizan anillos de células cilíndricas semejando conjuntos excretores glandulares (figuras 12 y 13). Además dentro del conectivo son observadas calcificaciones de tipo distrófico; cuadro característico del Tumor Odontogénico Adenomatoide.

Caso IV:

Paciente del sexo femenino de 5 años de edad, con una tumoración central en la zona de la sínfisis del maxilar inferior y que deforma ambas tablas óseas, dolor discreto y 2 meses de evolución.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida en el área de la sínfisis que iba de canino a canino temporarios y deformaba ambas tablas, con fragmentación parcial de la tabla interna.

La histología muestra un tejido tumoral de naturaleza epitelial glandular, disponiéndose estas células epiteliales en masas redondeadas y otras adoptando la forma de conductos excretores (figura 14 y 15). El estroma es fibroso con presencia de abundantes calcificaciones cuadro característico del Tumor Odontogénico Adenomatoide.

CONCLUSIONES

Con este trabajo hemos querido contribuir a presentar una casuística de nuestro laboratorio de los tumores odon-

togénicos de los maxilares, a la vez de hace resaltar algunas características propias del Tumor Odontogénico Adenomatoide que hemos encontrado en los cuatro casos informados:

1) El Tumor Odontogénico Adenomatoide constituye el 4,21% de todos los tumores odontogénicos registrados en el archivo de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología hasta el año 1983 inclusive (Ver tabla I y Gráfica I).

2) A pesar de que éste tumor es descripto como de incidencia más frecuente en el maxilar superior, 3 de los casos aquí presentados, ocurrieron en el maxilar inferior y 1 en el superior.

3) El promedio de edad encontrado fue de 12 años, ligeramente inferior a las estadísticas internacionales que sitúan dicho promedio en los 18 años de edad en cuanto a su incidencia.

4) Dos de los casos se presentaron como una lesión quística, estando la formación tumoral limitada en la pared, mientras que los restantes eran de tipo sólido.

5) En tres de los casos estudiados encontramos calcificaciones del tipo distrófico en el conectivo y en uno de ellos degeneración vacuolar e infiltrado de polimorfonucleares en el epitelio.

SUMMARY

We have described 4 cases of Adenomatoid Odontogenic Tumor, wich have been studied in our Departament since 1965 to 1983. Three of them were founded in 14 years old male patients, and the other one in a 5 years old girl. Although this tumor is more frecuent in the maxilla, theree of the four cases were in the mandible.

Two cases originate from a cystic membrane, while the rest have a solid aspect an in three cases distrofic calcification is present in the connective tissue.

BIBLIOGRAFIA

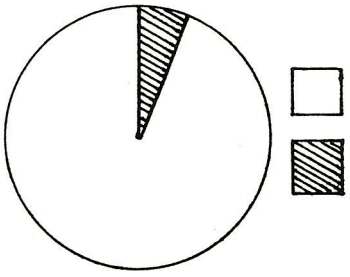
1. TIECKE, R.W. Oral Pathology. N.Y.: Mc Graw, 1965.
2. GIANSANTI, J.S. Odontogenic Adenomatoid Tumor. *Oral Surg.* 30(1): 69, 1970.
3. PINDBORG, J.J. Tipos histológicos de tumores odontogénicos. Ginebra: O.M.S., 1972.
4. SHAFER, W.G. A textbook of Oral Pathology. Philadelphia: Saunders, 1974.
5. PINDBORG, J.J. Atlas of Diseases of the Jaws. Copenhagen: Munksgaard, 1974.
6. SCHLOSNAGLE, D. The ultrastructure of the Adenomatoid Odontogenic Tumor. *Oral Surg.* 52(2): 154-161, 1981.
7. BHASKAR, S.N. Adenoameloblastoma: its histogenesis and report of 15 new cases. *J. Oral Surg.* 22(3): 218-226, 1964.
8. SPOUGE, J.D. Odontogenic Tumors. *Oral Surg.* 24 (3): 392-403, 1967.
9. THOMA, K.H. Adenoameloblastoma. *Oral Surg.* 8(4): 441-444, 1955.
10. CHAMBERS, K.S. The adenoameloblastoma. *Br.J. Oral Surg.* 10: 310-320, 1973.

Nuestro agradecimiento a los Dres. José B. Costas y Julio Alonso Romelli por su orientación en la realización de este trabajo.

TABLA I

Diagnóstico	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ameloblastoma	30	31,60%
Fibroma Ameloblástico	6	6,31%
Tumor Odont. Epitelial Calcificante	2	2,12%
Tumor Odontogénico Adenomatoide	4	4,21%
Quiste Odontogénico Calcificante	3	3,16%
Dentinoma	-	-
Fibro Odontoma Ameloblástico	1	1,06%
Odonto Ameloblastoma	-	-
Odontoma Complejo	12	12,60%
Odontoma Compuesto	8	8,42%
Fibroma Odontogénico	7	7,31%
Mixoma Odontogénico	12	12,60%
Cementoma Verdadero	2	2,12%
Fibroma Cementificante	6	6,31%
Displasia Cementaria Periapical	1	1,06%
Cementoma Gigantiforme	1	1,06%
Tumor Neuroectodérmico Mel. Infancia	-	-
TOTAL	95	100%

Tabla I - Porcentaje de los distintos Tumores Odontogénicos recepcionados en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología entre los años 1965 y 1983.



Relación del Tumor Odontogénico Adenomatoide con respecto a la totalidad de los tumores Odontogénicos Benignos recepcionados en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología.

GRAFICA I

Fig. 1 - A pequeño aumento, se observan masas de células epiteliales odontogénicas dispuestas en acúmulos redondeados y otras de aspecto cilíndrico que adoptan una estructura ductal.

Fig. 2 - A 100X se distinguen calcificaciones distróficas en el seno de las masas epiteliales. Es evidente además el escaso estroma presente y las formaciones ductales.

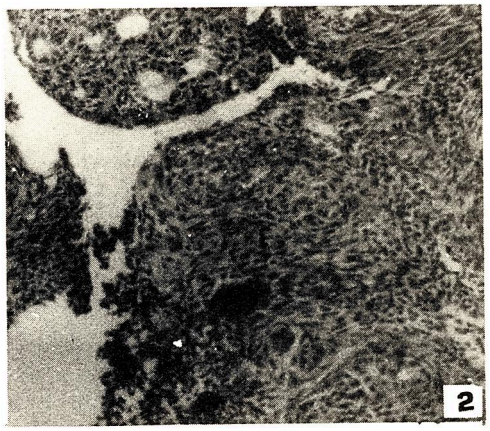
Fig. 3 - A 400X se observa bien el aspecto de las células epiteliales tumorales y la presencia de una calcificación distrófica.

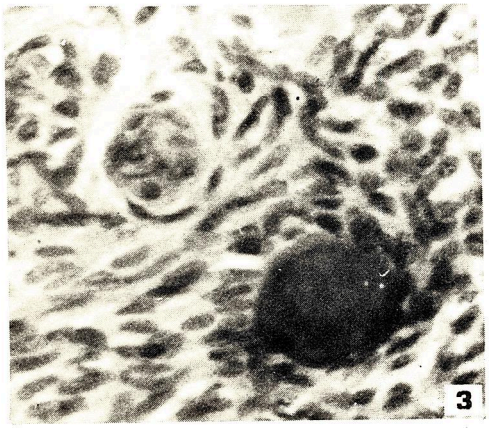
Fig. 4 - Disposición ductal que adoptan las células epiteliales odontogénicas tumorales.

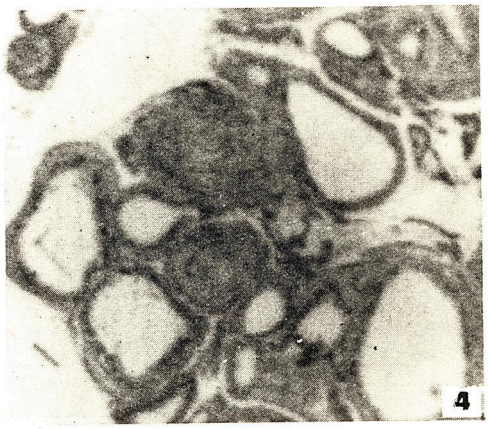
Fig. 5 - En otra zonas del tumor, predominan los acúmulos redondeados de células epiteliales tumorales.

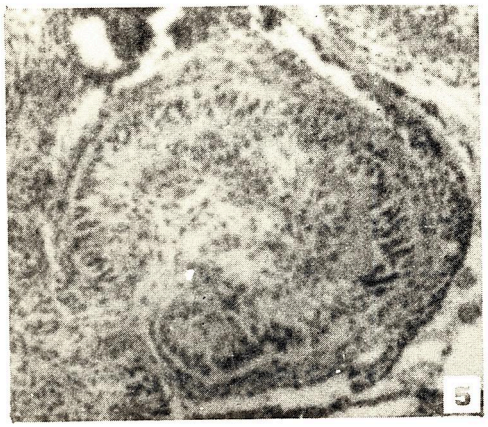
Fig. 6 - Uno de esos acúmulos visto a 400X para observar el aspecto característico de las células epiteliales odontogénicas.

1


2


3


4


5

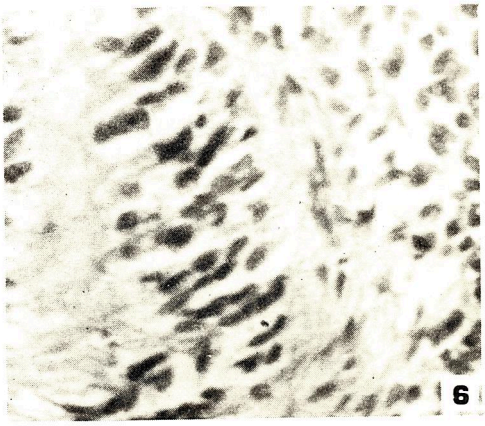
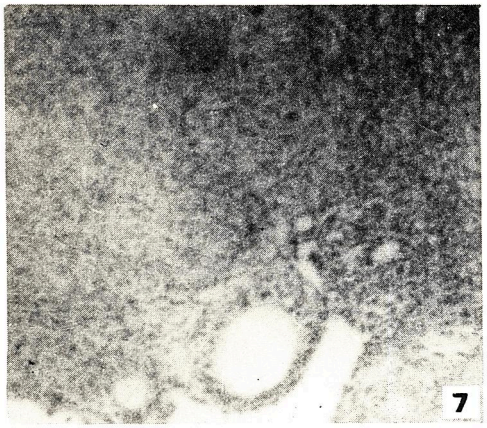

6

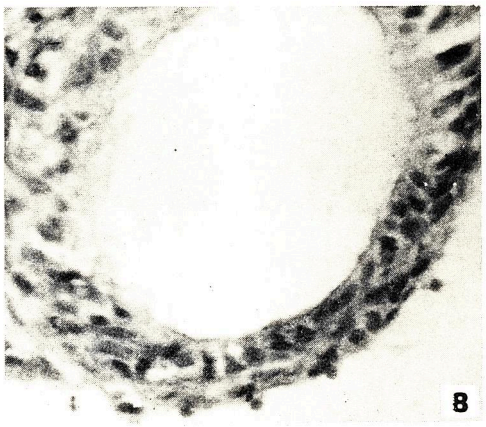
Fig. 7 - Perteneciente al segundo caso presentado, observamos a 100X una zona del tumor en que el epitelio de aspecto transicional, en partes, adoptan sus células una estructura cilíndrica formando conductos excretores.

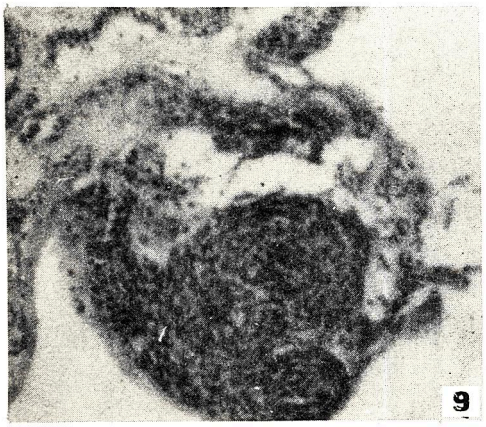
Fig. 8 - A 400X observamos en detalle una de esas formaciones ductales.

Fig. 9 - Se aprecia que un grupo de células epiteliales próximas a la membrana quística del tumor, se hiperplasia adoptando el aspecto de células transicionales y disponiéndose en forma de acúmulos hacia la luz del quiste.

Fig. 10 - A 400X una de los acúmulos redondeados en que se disponen las células epiteliales odontogénicas.


7


8


9

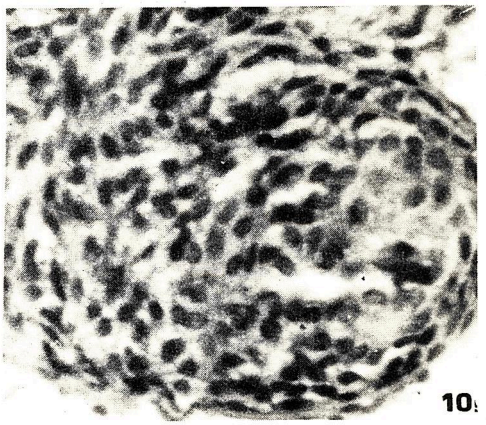
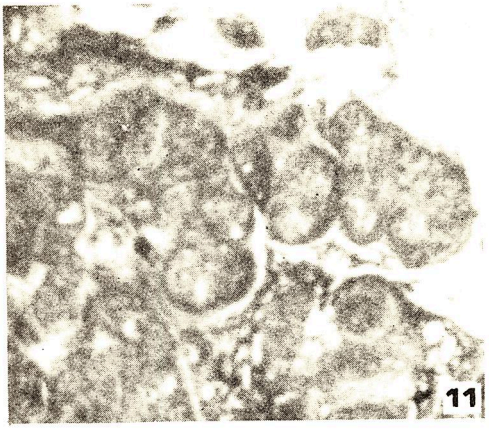
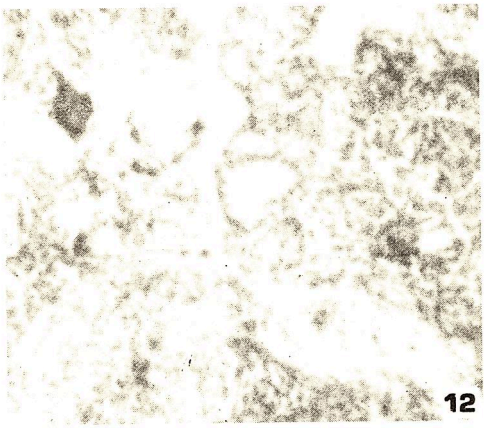

10

Fig. 11 - Corresponde al tercer caso presentado, observando ya el aumento pequeño la disposición en láminas, cordones y acúmulos redondeados que adoptan las células epiteliales odontogénicas tumorales.

Fig. 12 - Otra zona del mismo tumor en que visualizamos claramente una estructura ductal y una calcificación distrófica, comúnmente entrada en los Tumores Odontogénicos Adenomatoides.

Fig. 13 - Células epiteliales cilíndricas dispuestas en forma de anillo, simulando un conducto excretor. 400X.


11


12

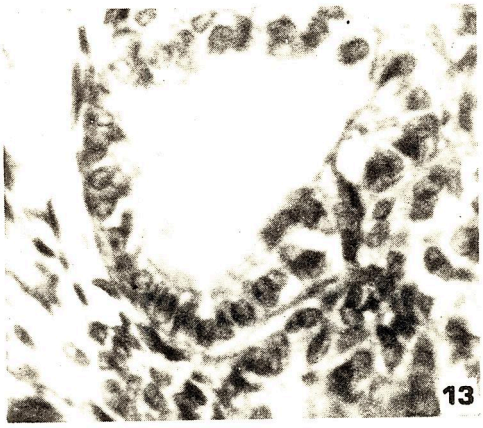
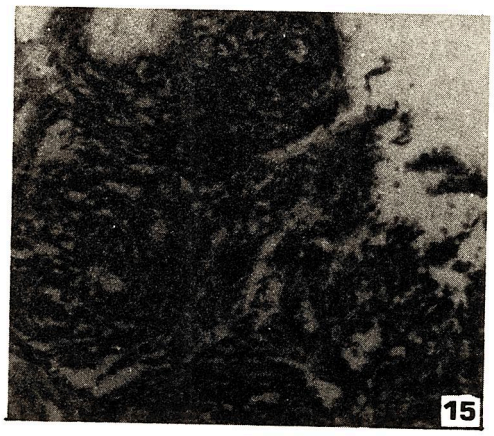

13

Fig. 14 - Pertenece al cuarto caso presentado, observándose zonas de aspecto ductal y zonas en que las células epiteliales se disponen en cordones y acúmulos redondeados. Se observan además, algunas calcificaciones distróficas.

Fig. 15 - A 100X se aprecia mejor el aspecto comentado en la foto anterior.

14


15