

TUMOR ODONTOGÉNICO ESCAMOSO. UNA NEOPLASIA POCO COMÚN. REPORTE DE CASO.

Orlando Yoris¹, Ligia Pérez², Cesar Molina².

¹Cursante del postgrado, ²Facultad de Odontología. Universidad del Zulia. Maracaibo. Zulia. Venezuela.

Resumen

El tumor odontogénico escamoso (TOE), es un tumor benigno, poco frecuente, originado supuestamente de los restos epiteliales de Malassez. Se presenta con más frecuencia en pacientes con un promedio de edad de 38 años, sin predilección por sexo. Es de crecimiento lento, asintomático en el 25% de los casos. Puede ser extraóseo e intraóseo, este último es más frecuente. Radiográficamente se observa como una imagen radiolúcida, generalmente unilocular, de bordes más o menos definidos, de forma triangular, rara vez asociada a un diente impactado. El propósito de este trabajo es reportar una lesión poco común, en el caso de una paciente de 34 años de edad, remitida a la Facultad de Odontología (Universidad del Zulia), por presentar una lesión radiolúcida triangular en el cuadrante superior derecho, que no estaba causando expansión y descubierta como hallazgo casual en un examen radiográfico de rutina. A través de la biopsia excisional se diagnostica un TOE. Se describen las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de esta lesión comparándola con los hallazgos de la literatura consultada, y se enfatiza la importancia del estudio microscópico, así como también el trabajo en equipo.

Palabras Clave: Escamoso, odontogénico, benigno, neoplasia.

Abstract

Squamous odontogenic tumor. a rare neoplasia. Case report.

The squamous odontogenic tumour is an uncommon benign lesion, thought to be originated from the Malassez epithelial rests. It is more frequent in patients around 34 years old, without sex preference. It has slow growth and is asymptomatic in 25% of the cases. It grows in soft or hard tissue, being the latter the most common. Radiographically an unilocular image triangular, partially well delineated is observed, rarely associated to an impacted tooth. The purpose of this paper is to report an uncommon lesion in a 34 years old female patient, with a triangular lesion, with no expansion as a casual finding, at the upper right quadrant. An excisional biopsy was taken and a squamous odontogenic tumor was diagnosed. The clinical, radiographic and microscopic features of this neoplasm are discussed and compared with those already published.

Key words: Squamous, odontogenic, benign, neoplasia.

INTRODUCCIÓN.

El tumor odontogénico escamoso (TOE) es una neoplasia benigna, de origen odontogénico, localmente infiltrativa, poco frecuente, que fue descrita por primera vez en 1975. Se piensa que su origen es a partir de los restos epiteliales de Malassez. Aproximadamente cincuenta casos se han reportado, por lo que no se cuenta con una casuística lo suficientemente amplia para determinar una conducta clínica precisa. (Pullon et al. 1975, Levento et al. 1981, Regezzi et al. 1999, Haghighat et al. 2002, Reichart et al. 2004, Cecotti et al. 2007).

Autores como Reichart et al. 2004, Ruhin et al. 2007 y Neville et al. 2008, han reportado en pacientes entre 8 y 74 años de edad, con un promedio de 38 años, sin predilección por sexo; aunque algunos autores lo han encontrado con ligera predilección por el sexo masculino.

Generalmente se presenta como una sola lesión, sin embargo, hay casos conocidos donde su presentación ha sido múltiple, afectando a varios miembros de la misma familia, por lo que se podría considerar que el TOE tiene una tendencia hereditaria (Hopper et al. 1980, Mills et al. 1986, Leider et al. 1989, Neville et al. 2008).

Esta lesión es de crecimiento lento, asintomática en 25% de los casos, su hallazgo se presenta en exámenes de laboratorio de rutina. Clínicamente se observa movilidad dental, inflamación y eritema leve de la encía, expansión ósea y dolor moderado (Kusama et al. 1998, Reichart et al. 2004, Barnes et al. 2005, Neville et al. 2008).

A pesar de que el TOE es una lesión benigna, en algunos pacientes se ha comportado de manera agresiva y recidivante. Algunos reportes indican que estos tumores, cuando afectan el maxilar son más agresivos que los mandibulares e incluso hay publicaciones sobre casos donde presenta áreas de transformación maligna, como el caso de un paciente de 53 años, de cinco años de evolución de una tumoración asociada a un tercer molar impactado, donde se detectó áreas de malignización dentro de un tumor odontogénico escamoso. (Norris et al. 1984, Kristensen et al. 1985, Iden et al. 1999, Ruhin et al. 2007).

La mayoría de los casos se desarrollan en el ligamento periodontal de los dientes permanentes, o en zonas edentulas (tipo intraóseo), sin embargo, existen publicaciones donde se ha detectado afectando sólo el tejido blando. Su presentación

habitual es de una imagen radiolúcida, de forma triangular, rara vez mayor de 1.5 cm, que puede ser bien delimitada o no, sin radiopacidades, ubicada lateral a la raíz de un diente, aspecto radiográfico que no es clásico, ya que puede semejar a diferentes tipos de lesiones intraóseas, entre ellas pérdida ósea vertical como la observada en la enfermedad periodontal. La variante periférica puede causar erosión superficial del hueso subyacente, lo cual se considera que es consecuencia más de la presión ejercida por el tumor sobre el tejido óseo en vez de infiltración de las células neoplásicas en el mismo. Lesiones extensas pueden observarse multiloculares. En ocasiones se asocian a dientes impactados. (Saxby et al. 1993. Reichart et al. 2004. Neville et al. 2008).

El TOE, en contadas ocasiones, se ha presentado formando parte de la pared de quistes odontogénicos, tales como el quiste periapical y el residual. (Simon et al. 1985, Olivera et al. 1995). Microscópicamente se observa una proliferación de islas, de forma y tamaño variado, constituidas por células epiteliales bien diferenciadas, donde ocasionalmente las ubicadas en la periferia son cúbicas o planas, con la clásica polarización observada en los ameloblastomas. Algunas de estas islas pueden presentar degeneración quística central, queratinización o formación de calcificaciones globulares, laminadas, eosinofílicas, en un estroma de tejido conectivo fibroso maduro. (Kusama et al. 1998, Regezzi et al. 1999, Ortega et al. 2002, Reichart et al. 2004, Barnes et al. 2005, Neville et al. 2008).

El tratamiento del TOE generalmente es quirúrgico conservador, pero cuando se trata de lesiones maxilares, se debe ser un poco más agresivo, ya que estas tienden a ser más infiltrantes, invadiendo estructuras adyacentes. Las recurrencias son poco frecuentes y cuando ocurren, se consideran consecuencia de una remoción incompleta de la lesión. (Ortega et al. 2002, Ruhin et al. 2007, Cecotti et al. 2007, Neville et al. 2008).

REPORTE DE CASO.

Paciente femenino de 34 años de edad, quien acude a consulta del área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, remitida por su odontólogo, debido a la presencia de una lesión en el cuadrante superior derecho, detectada como un hallazgo casual, durante un examen de rutina, lo cual indica que la lesión era completamente asintomática. Durante el interrogatorio no se evidenció ninguna condición familiar o sistémica relevante.

Los tejidos extrabucales conservaban su tamaño, forma, color y consistencia normal. Intrabucalmente. Se identificaron algunas obturaciones con amalgama,

malposición del 14 y 15 (premolares del cuadrante superior derecho) y ausencia del 16 (primer molar superior derecho). El tejido blando presentaba su forma y color normal. Radiográficamente se observó una imagen radiolúcida, bien delimitada, con una forma ligeramente triangular, abarcando parte del área interradicular y extendiéndose a la región periapical de ambos premolares, ocasionando divergencia de estos, lo cual explica su malposición. (Fig. 1).

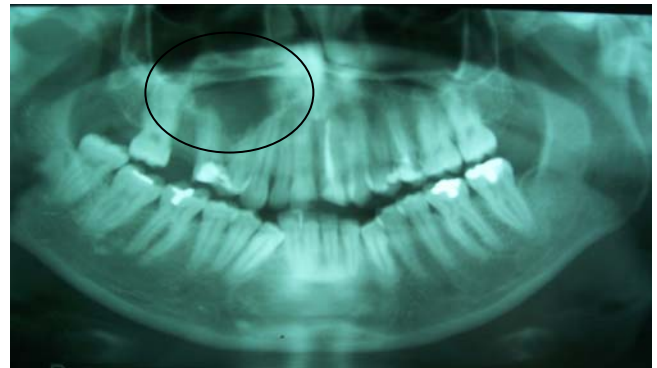


Fig. 1. Imagen radiolúcida, mas o menos triangular, causando divergencia de los premolares superiores derechos.

Se solicita una tomografía computarizada, donde se evidencia una lesión ocupante de espacio de la región maxilar derecha, con una imagen hipodensa que involucra la región premolar y sin erosión de las corticales óseas, causando desplazamiento de las estructuras anatómicas comprometidas por dicha lesión (Fig. 2).

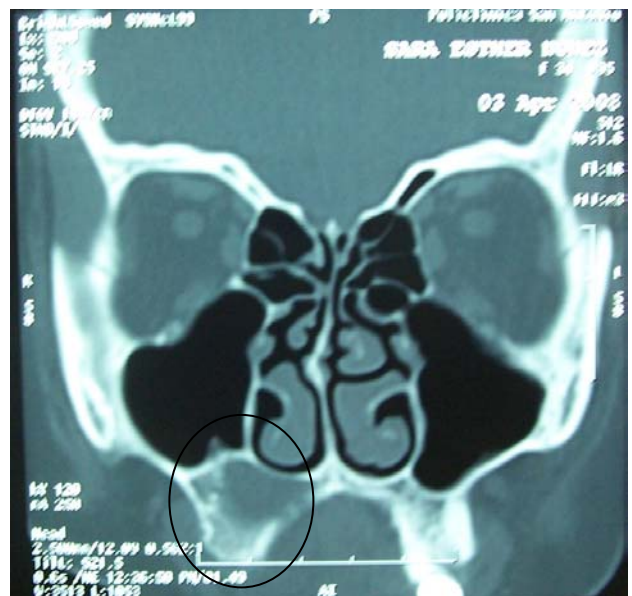


Fig. 2. Lesión ocupante de espacio en zona maxilar derecha.

Se plantea como diagnóstico diferencial: Quiste periodontal lateral, tumor odontogénico quístico queratinizante (queratoquiste odontogénico), ameloblastoma.

Una vez realizada la rutina preoperatoria de exámenes de laboratorio, a través de la cual se detectaron los valores dentro de los límites normales, se procedió bajo anestesia local, a la eliminación total de la lesión.

El tejido eliminado fue colocado en formalina (formol al 10%) y enviado para ser procesado por un patólogo bucal, al Laboratorio de Anatomía Patológica del Centro Clínico La Sagrada Familia, en la ciudad de Maracaibo.

RESULTADO DEL ESTUDIO.

1.- El estudio macroscópico describió: “múltiples fragmentos de tejido blando y duro, pardo claro, midiendo en conjunto 3,8 x 2 x 1 cm. Al corte membranoso, igual color. Se incluye en su totalidad para su preparación”.

2. El estudio microscópico evidenció: “proliferación de células epiteliales, organizadas en islas de forma y tamaño variable, algunas con queratinización, otras con degeneración quística. Se identifican abundantes calcificaciones basófilas, otras eosinófilas. Se observa epitelio escamoso estratificado hiperplásico de superficie y un estroma de tejido conectivo fibroso, con un moderado infiltrado inflamatorio mononuclear” (Fig. 3).

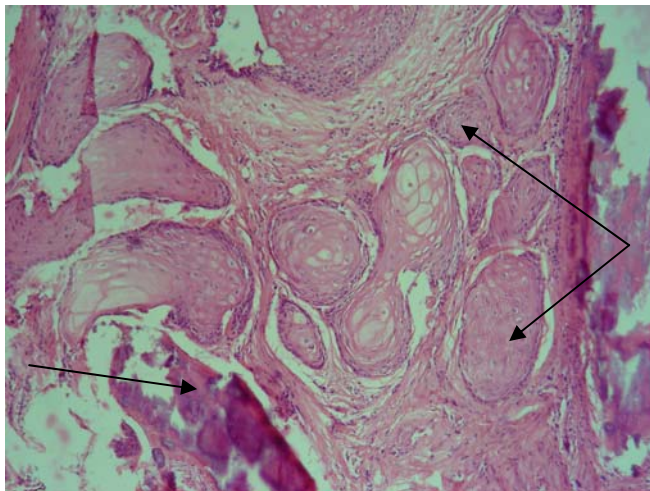


Fig. 3. Microfotografía (3,2/0.07). Islas epiteliales de forma y tamaño variable. (Flecha doble) Calcificaciones eosinófilas. (Flecha sencilla)

Se emite el diagnóstico de tumor odontogénico escamoso.

La paciente evolucionó en una forma satisfactoria al procedimiento quirúrgico y ocho meses más tarde no hay indicios de recidiva.

DISCUSION.

El tumor odontogénico escamoso es una neoplasia benigna poco común, con pocos casos reportados, que se piensa se origina de los restos epiteliales de Malassez y que puede ubicarse en cualquier área de los maxilares. (Reichart et al. 2004, Cecotti et al. 2007).

No tiene predilección por sexo, presentándose en cualquier edad, pero en una media de 38 años (Reichart et al. 2004, Ruhin et al. 2007, Neville et al. 2008), esta última característica más o menos coincide con la paciente objeto de este estudio, quien contaba con 34 años de edad.

La mayoría de los pacientes afectados por el TOE experimentan signos y síntomas leves, sin embargo, el 25% de ellos son completamente asintomáticos (Kusama et al. 1998, Reichart et al. 2004, Barnes et al. 2005, Neville et al. 2008), porcentaje en el que se incluye la paciente aquí reportada, donde la lesión es descubierta como un hallazgo casual.

Puede ser intraóseo y extraóseo, siendo mucho más común el primero, por lo que da imagen radiográfica, no específica, la cual se observa radiolúcida unilocular, bien delimitada o no, que en ocasiones trata de adoptar forma triangular a un lado de la raíz dental. (Saxby et al. 1993, Reichart et al. 2004, Neville et al. 2008). El aspecto radiográfico coincidió con el caso aquí reportado, ya que se detectó una imagen radiolúcida más o menos bien definida, de forma parcialmente triangular, entre las raíces de los premolares, en cuyo diagnóstico diferencial no se consideró en ningún momento el TOE.

El aspecto microscópico del tumor odontogénico escamoso de esta publicación, coincidió con lo reportado en la literatura (Kusama et al. 1998, Regezzi et al. 1999, Ortega et al. 2002, Reichart et al. 2004, Barnes et al. 2005, Neville et al. 2008), incluso la presencia de islas epiteliales, algunas queratinizadas, característica con la que se debe ser cuidadoso, ya que semeja un carcinoma de células escamosas.

CONCLUSIONES.

El tumor odontogénico escamoso no presenta un aspecto radiográfico clásico, por lo que puede confundirse clínicamente con otras lesiones odontogénicas o no.

Por su naturaleza asintomática en algunos casos, se detecta por hallazgo casual.

Aunque es una neoplasia poco común debe tomarse en cuenta en los casos de lesiones radiolúcidas inespecíficas, ubicadas a un lado de las raíces dentales.

El estudio radiográfico de rutina debe ser realizado en nuestras comunidades, para detectar lesiones a

tiempo, ya que algunas de ellas son capaces de dejar secuelas en los maxilares, por el gran tamaño que pueden alcanzar.

El estudio microscópico debe ser realizado en todas los tejidos eliminados de la cavidad bucal, puesto que la mayoría de las lesiones solo pueden ser identificadas a través de este, ya que su aspecto clínico no es específico.

La participación del equipo transdisciplinario optimiza la calidad de la atención de los pacientes.

REFERENCIAS.

Barnes L, Eveson J, Reichart P et al. 2005. Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press. France.

Cecotti E, Sforza R, Carzoglio J et al. 2007. El diagnóstico en clínica estomatológica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Haghighat K, Kalmar JR, Mariotti AJ. 2002. Squamous odontogenic tumor: diagnosis and management. *J Periodontol*.73: 653-656.

Hopper TL, Sadeghi EM, Pricco DF. 1980. Squamous odontogenic tumor. Report of a case with multiple lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 50: 404-410.

Iden F, Shimoyama T, Horie N et al. 1999. Intraosseous squamous cell carcinoma arising in association with a squamous odontogenic tumour of the mandible. *Oral Oncol*. 35:431-434.

Kristensen S, Andersen J, Jacobsen P. 1985. Squamous odontogenic tumour: review of the literature and a new case. *Laryngol Otol*. 99: 919-924.

Kusama K, Kawashima A, Nagai H et al. 1998. Squamous odontogenic tumor of the maxilla: report of a case. *J Oral Sci*. 40: 119-122.

Leider AS, Jonker LA, Cook HE. 1989. Multicentric familial squamous odontogenic tumor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*.68: 175-181.

Leventon GS, Happonen RP, Newland JR. 1981. Squamous odontogenic tumor. *Am J Surg Pathol*. 5: 671-677.

Mills WP, Davila MA, Beuttenmuller EA et al. 1986. Squamous odontogenic tumor. Report of a case with lesions in three quadrants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 61: 557-563.

Neville B, Damm D, Allen C, et al. 2008. *J. Oral & Maxillofacial Pathology*. 3rd. ed. WB Saunders.

Norris LH, Baghaei-Rad M, Maloney PL et al. 1984. Bilateral maxillary squamous odontogenic tumors and the malignant transformation of a mandibular radiolucent lesion. *J Oral Maxillofac Surg*. 42: 827-834.

Olivera JA, Costa IM, Loyola AM. 1995. Squamous odontogenic tumor-like proliferation in residual cyst: case report. *Braz Dent J*. 6: 59-64.

Ortega A, Casanova M, Freitas L et al. 2002. Tumor odontogénico escamoso. Aspectos clínicos, radiográficos e histológicos. Revisión de la literatura. *Acta odontol. Venez*. 40: 310-314.

Pullon PA, Shafer WG, Elzay RP et al. 1975. Squamous odontogenic tumor. Report of six cases of a previously undescribed lesion. *Oral* 40: 616-613.

Regezzi J, Sciubba J. 1999. Oral pathology. Clinical pathologic correlations. Saunders Philadelphia. USA.

Reichart P, Philipsen H. 2004 *Odontogenic tumours and allied lesions*. Quintessence Publishing. London.

Ruhin B, Raoul G, Kolb F et al. 2007. Aggressive maxillary squamous odontogenic tumour in a child: histological dilemma and adaptative surgical behaviour. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 36: 864-866.

Saxby MS, Rippin JW, Sheron JE. 1993. Case report: squamous odontogenic tumor of the gingival. *J Periodontol*. 64: 1250-1252.

Simon JH, Jensen JL. 1985. Squamous odontogenic tumor-like proliferations in periapical cysts. *J Endod*. 11: 446-448.

Recibido: 27 ene 2009

Aceptado: 16 dic 2009

MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo, desde algunas de las siguientes páginas de la Web, entre otras: www.saber.ula.ve/medula; www.latindex.org; www.periodica.org; www.doaj.org; www.freemedicaljournals.com; www.fj4d.com; <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>; www.portalesmedicos.com; <http://web5.infotrac.galegroup.com>; www.ebsco.com; www.monografias.com; www.imbiomed.com; www.indexcopernicus.com