

# TUMORES ODONTOGÉNICOS

## REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

HENRY LARES, DENISSE MATTAR, JOSÉ F MATA, NELLY CARRERO, EFRÉN BOLÍVAR, YOSELYN PINTO, JAVIER PADRÓN

SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI" CARACAS, VENEZUELA

### RESUMEN

Los tumores odontogénicos son neoplasias que se desarrollan exclusivamente en mandíbula o el maxilar, originadas por proliferación del tejido epitelial mesenquimal. Representan 5 % 8 % de los tumores de cavidad oral. La gran mayoría son benignos y sólo 5 % presentan características malignas. Reportamos los hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos de tres casos: mixoma odontógeno, carcinoma primario intraóseo y carcinoma ameloblástico. Las neoplasias derivadas del aparato odontogénico constituyen un grupo morfológicamente heterogéneo poco frecuente de lesiones que afectan a los maxilares y región bucal. Los tipos histológicos más comunes son: odontomas complejos y compuestos (65 %), ameloblastoma con 11 %, tumor odontogénico adenomatoide 3 % y mixoma odontogénico. Todos fueron tumores malignos uno benigno. Los de origen odontógeno son infrecuentes, debemos tener en cuenta como diagnóstico diferencial de lesiones clínicamente originadas en el maxilar superior y mandíbula. La resección quirúrgica amplia con márgenes adecuados es el tratamiento de elección.

**PALABRAS CLAVE:** Tumores odontogénicos, mixoma odontogénico, carcinoma primario, intraóseo, carcinoma ameloblástico.

### SUMMARY

Odontogenic tumours are neoplasms developed exclusively in maxilla and mandible, arise from the epithelial component or the mesenchymal. They account for minimum percentage of all oral cavity tumors, represent between 5 % and 8 %. Mostly are benign neoplasms only 5 % are malignant. Clinico-pathological features, radiological findings and outcomes: odontogenic myxoma, primary intraosseous carcinoma and one ameloblastic carcinoma are presented. Odontogenic neoplasm derived from the odontogenic apparatus or its cellular remnants comprise a morphologically heterogeneous group of tumors that affect the oral and maxillofacial region. Most common histological types are the complex and compound odontomas (65 %), followed by ameloblastoma with 11 %, adenomatoid odontogenic tumour with 3 % and odontogenic myxoma. Our review comprises two malignant tumors and one benign. Odontogenic tumors are rare we must consider them in the differential diagnosis in maxilla and mandible tumors. Wide surgical resection with oncologic margins is the treatment of choice.

**KEY WORDS:** Odontogenic tumours, odontogenic myxoma, primary intraosseous carcinoma, ameloblastic carcinoma.

### INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos son neoplasias que se desarrollan exclusivamente en la mandíbula o en el maxilar, originadas por proliferación del tejido epitelial

---

Recibido: 24/09/2008 Revisado: 17/01/2009

Aceptado para publicación: 20/02/2009

Correspondencia: Dr. Henry Lares. Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti". Calle Real de Cotiza. San José Caracas. Telf. 0414-0141704 / (0212) 9421863.

E-mail: henryrla@cantv.net

---

mesenquimal o de ambos. Forman un amplio y heterogéneo grupo tumoral que incluye desde lesiones benignas hasta auténticos carcinomas; constituyen menos del 4 % de las neoplasias del área bucal y maxilofacial y dentro de este porcentaje, no más del 6 % se consideran malignos <sup>(1)</sup>. Se ha sugerido un origen a partir de remanentes del tejido epitelial odontogénico (restos epiteliales de Malassez) <sup>(2)</sup> o del tejido mesenquimal; y han estado sujetos a numerosos cambios taxonómicos desde su primera clasificación por la OMS en 1971 <sup>(3)</sup>, debido a lo raro de estas neoplasias y a su variabilidad clínico-patológica. Actualmente, la clasificación histológica internacional más aceptada es la realizada en 1992 por la Organización Mundial de la Salud <sup>(2)</sup>.

Debido a la dificultad diagnóstica de esta rara entidad tumoral el número de casos publicados en la literatura hasta la fecha no es uniforme <sup>(4)</sup>.

En el siguiente artículo presentamos tres casos clínicos de tumores odontogénicos tratados entre los años 2005 y 2006 en nuestro centro hospitalario, con la finalidad de aportar más datos sobre esta infrecuente patología tumoral y su tratamiento.

## CASOS CLÍNICOS

### CASO 1

Paciente femenina de 48 años de edad quien consultó por presentar aumento de volumen progresivo del lado izquierdo de la cara. Al examen físico se aprecia aumento de volumen en la hemicara izquierda que a la palpación es indolora, de consistencia firme. En el estudio tomográfico se observa una lesión irregular, heterogénea, multiloculada, de 3 cm de diámetro, hacia la parte izquierda del maxilar. La paciente es llevada a quirófano encontrando un tumor en reborde alveolar y maxilar de 4 cm x 5 cm de diámetro. Se le realizó una maxilectomía subtotal izquierda y colocación de prótesis

obturadora inmediata. La paciente tuvo una evolución posoperatoria satisfactoria y egresó sin complicaciones. El diagnóstico patológico fue un mixoma odontogénico maxilar.

### CASO 2

Paciente femenina de 45 años, quien consultó por un tumor en la rama horizontal izquierda de la mandíbula de 6 meses de evolución. La biopsia incisional reporta carcinoma odontogénico con diferenciación escamoide. Al examen físico se evidenciaba un tumor en el reborde alveolar inferior izquierdo, de 6 cm que se extendía desde el canino hasta el primer molar y comprometía el piso de la boca. Es llevada a quirófano realizándosele mandibulectomía izquierda segmentaria, reconstrucción con alambre de Kirschner y disección selectiva de cuello niveles I, II y III izquierdos. Evolución posoperatoria satisfactoria. La biopsia de la pieza quirúrgica reporta: carcinoma odontogénico con infiltración y destrucción ósea. Bordes de resección libres, pero con margen estrecho (<1 mm.). Dieciocho ganglios disecados, todos negativos. Se envió al servicio de radioterapia para tratamiento adyuvante.

### CASO 3

Paciente femenina de 64 años de edad quien consultó por aumento de volumen de mandíbula derecha desde enero de 2006, acompañada de dolor y limitación funcional. Al examen físico se apreciaba un tumor de 4 cm en el reborde alveolar inferior derecho, sin adenopatías cervicales. En la radiografía panorámica y la tomografía de cuello se observó una lesión lítica en hemimandíbula derecha. Se realizó biopsia la cual reportó un carcinoma ameloblástico. La paciente es llevada a quirófano realizándosele una hemimandibulectomía derecha y reconstrucción inmediata con material de osteosíntesis y transposición de colgajo miocutáneo pectoral.



Figura 1. Hallazgos clínicos.

Figura 3. Intervención quirúrgica.

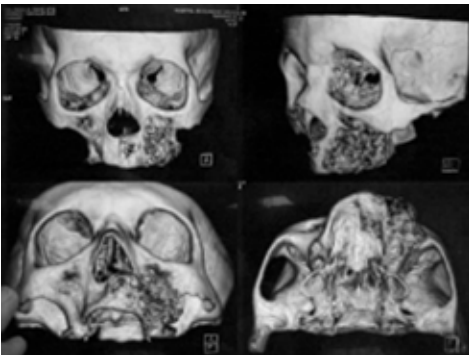
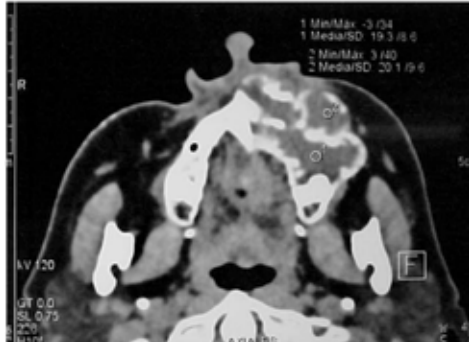


Figura 2. Hallazgos radiológicos.

Figura 4. Hallazgo clínico y radiografía panorámica.

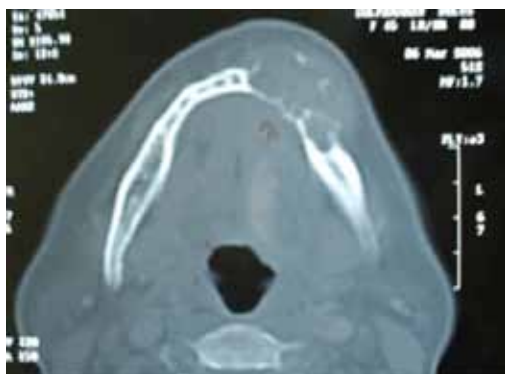


Figura 5. Tomografía computada.



Figura 6. Intervención quirúrgica.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias derivadas del aparato odontogénico o sus remanentes celulares constituyen un grupo morfológicamente heterogéneo de lesiones que afectan a los maxilares y región bucal. Su diagnóstico oportuno se ve a menudo complicado por su baja frecuencia, lo que origina que la información existente sobre sus características clínicas e histopatológicas sea escasa <sup>(5)</sup>. Debido a diferencias con relación a la definición y clasificación de los tumores odontogénicos en diferentes países, resulta prácticamente imposible hacer comparación entre ellos <sup>(6)</sup>.

En general, los tipos histológicos más comunes son el odontoma complejo y el compuesto (65 %), seguidos del ameloblastoma 11 %, el tumor

odontogénico adenomatoide 3 % y el mixoma odontogénico <sup>(7)</sup>.

El primer caso se trata de una lesión benigna, primaria del mesénquima del tejido dental, con una presentación clínica poco frecuente, pues la mayoría de estas lesiones se presentan en la mandíbula y no en el maxilar como el caso de esta paciente.

Los mixomas odontogénicos ocupan un 3 % a 6 % de todos los tumores odontogénicos. Se localizan fuera de la línea media del maxilar o la mandíbula y en general son localmente invasivos. La mayoría de los casos se manifiestan por aumento de volumen lento, progresivo e indoloro, de la parte afectada <sup>(8)</sup>. Los dientes adyacentes pueden estar dislocados o tener movilidad variable. Ocurre con la misma frecuencia en ambos sexos y es más prevalente

en la cuarta década de la vida <sup>(9)</sup>. Su apariencia radiológica es variada, pero la mayoría de las veces se presenta como una imagen radiolúcida, circunscrita, multiloculada, de bordes bien definidos. Presenta compartimientos separados por septos que forman espacios cuadrados cuya parte central se encuentra ocupada por trabéculas finas. Estas imágenes semejan burbujas de jabón o las cuerdas de una raqueta de tenis <sup>(10,11)</sup>. Macroscópicamente estos tumores muestran una superficie brillante, grisácea, suave y gelatinosa, de bordes mal definidos y sin cápsula. Son multiloculadas por lo general mayores de 4 cm. Microscópicamente se observan células estrelladas o fusiformes de núcleo ovalado, hipercromático, dotadas de prolongaciones que forman una red, dispersas en una sustancia intercelular abundante. El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico. Las lesiones más grandes deben ser resecaadas ampliamente por la posibilidad de recurrencias (10 % al 33 %). Las lesiones pequeñas uniloculares son susceptibles de curetaje.

Los tumores odontogénicos malignos, también llamados carcinomas primarios intraóseos, son neoplasias malignas muy poco frecuentes, se localizan principalmente en la mandíbula y se originan por extensión directa de tumor primario adyacente en la cavidad oral; o son depósitos metastáticos de lesiones primarias distantes. El promedio de edad de los pacientes es entre 40 a 50 años <sup>(11)</sup>. El carcinoma odontogénico no tiene imagen radiológica característica, manifestándose como una lesión radiolúcida uni o multilocular en la mayoría de los casos <sup>(11)</sup>. Histopatológicamente son carcinomas escamosos, poco diferenciados, los cuales invaden y destruyen al hueso medular, produciendo movilidad dental, así como invasión o compresión neural que condiciona dolor importante <sup>(11)</sup>. El tratamiento quirúrgico es el de elección, procurando adecuados márgenes

y la disección cervical debido a su frecuente y temprana diseminación ganglionar. La tasa de sobrevivida a los 5 años para estas lesiones es de 40 % -50 % <sup>(12)</sup>.

En cuanto a los casos que hemos presentado, el segundo y el tercero son similares en lugar de aparición pero no en la histología. En el caso 2 realizamos un disección cervical "profiláctica" de tres niveles, puesto que se trataba de una lesión con histopatología escamosa, la cual se describe hasta un 40 % de diseminación regional ganglionar.

Con respecto al ameloblastoma maligno es una neoplasia que exhibe el patrón de ameloblastoma con características citológicas de malignidad en el tumor primario y/o en las lesiones metastáticas, el cual se debe originar por transformación maligna de un ameloblastoma pre-existente o surgir *de novo*. Algunos autores han propuesto el nombre de "carcinoma ameloblástico" para aquellos carcinomas odontogénicos con diferenciación ameloblástica y signos de malignidad, sin importar si han dado metástasis o no, y reservan el término de ameloblastoma maligno para aquellos ameloblastomas histológicamente benignos, pero que han dado metástasis <sup>(5)</sup>. Podemos concluir que los tumores de origen odontógeno son tumores infrecuentes que debemos tener en cuenta como diagnóstico diferencial de las lesiones clínicamente originadas en el maxilar superior y la mandíbula. Consideramos de gran importancia el realizar un estudio anatomopatológico de todas las lesiones de aspecto o características quísticas encontradas al azar o tras la extracción de una pieza dentaria, por la posibilidad de que existan células carcinomatosas. El tratamiento de elección siempre que se pueda llevar a cabo es una cirugía con fines curativos, y la realización de una exéresis con amplios márgenes de seguridad oncológicos asociado a un tratamiento adyuvante y una cirugía reconstructiva que permita obtener unos aceptables resultados funcionales.

## REFERENCIAS

1. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: Analysis of 706 cases. *J Oral Surg.* 1978;36(10):771-778.
2. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The World Health Organization histological typing of odontogenic tumors. A commentary on the second edition. *Cancer.* 1992;70(12):2988-2994.
3. Husted E, Pindborg JJ. Odontogenic tumours: Clinical and roentgenological aspects, treatment and pathology. *Odontol Tidskr.* 1953;61(5):275-292.
4. Goldenberg D, Sciubba J, Koch W, Tufano R. Malignant odontogenic tumors: A 22-year experience. *Laryngoscope.* 2004;114(10):1770-1774.
5. Avelar RL, Antunes AA, Santos T de S, Andrade ES, Dourado E. Odontogenic tumors: Clinical and pathology study of 238 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74(5):668-673.
6. Simon EN, Merx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. Odontogenic myxoma: A clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33(4):333-337.
7. Harrison JD, Eggleston DJ. Odontogenic myxoma of the maxilla: A case report and some interesting histological findings. *Br J Oral Surg.* 1973;11(1):43-47.
8. Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD. Odontogenic myxoma of the jaws: A clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;82(4):426-433.
9. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Yanagui Y, Matuzaki H, Kishi K. Comparison of radiographic and MRI features of a root diverging odontogenic myxoma, with discussion of the differential diagnosis of lesions likely to move roots. *Oral Diseases.* 2003;9(3):152-157.
10. Thomas G, Pandey M, Mathew A, Abraham EK, Francis A, Somanathan T, et al. Primary intraosseous carcinoma of the jaw: Pooled analysis of world literature and report of two new cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2001;30(4):349-355.
11. Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Arotiba GT, Bamgbose BO, et al. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99(2):191-195.