
Tumor odontogénico en seno maxilar

OSCAR MOLINA* Y MARÍA SOL RODRÍGUEZ AZRAK**

A PROPÓSITO DE UN CASO

Paciente de sexo femenino, de 13 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, que consulta por dolor continuo y tumoración en región malar derecha, que irradia a la arcada dentaria superior, a la región preauricular y nasal. El episodio de dos semanas de evolución siempre fue afebril. El dolor cedía parcialmente con analgésicos no esteroides.

Al examen físico se constata una masa palpable, fija, de 2 cm por 3 cm de diámetro, de consistencia indurada, de bordes difíciles de delimitar en la región malar derecha, no eritematosa, no fluctuante. Sin alteraciones en el globo ocular, las fosas nasales y la cavidad oral, tampoco se constatan adenopatías. El resto del examen físico no ofrece detalles patológicos.

Se realiza radiografía panorámica de cavidad bucal donde se observa imagen radiopaca de iguales características radiológicas que las piezas dentarias en la región correspondiente al seno maxilar derecho. (Figura 1)

En la tomografía se observa extensa lesión lítica que ocupa el seno maxilar derecho, esta lesión ha erosionado la pared anterior, posterior, lateral y el reborde alveolar del maxilar superior de ese lado. La pared interna es convexa hacia la fosa nasal. Como consecuencia, resulta obstruida la región osteoinfundibular de ese lado. Dentro de la cavidad sinusal se identifica una imagen de densidad similar a las piezas dentarias (Figura 2).

EVOLUCIÓN

Se explora quirúrgicamente, evidenciándose una masa tumoral encapsulada bien delimitada, no adherida a tejidos circundantes. Por tal motivo la exéresis quirúrgica es completa. La paciente evoluciona favorablemente, sin dolor.

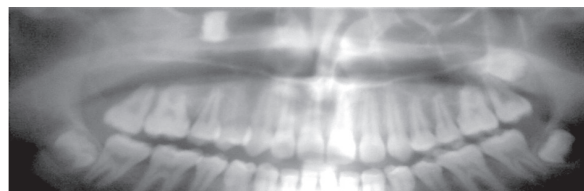
La anatomía patológica de la pieza extraída informa tumor odontogénico adenomatoide, con bajo índice mitótico y sin pleomorfismo.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones en la región malar atribuibles al seno maxilar son patologías de difícil diagnóstico y tratamiento debido a las características anatómicas de la región, la cual resulta en una encrucijada de diversos tejidos con distintos orígenes embriológicos. Esto determina que al momento de aparición sea motivo de difícil determinación la especialidad que deba hacerse cargo de estos pacientes, siendo terreno compartido de cirugía maxilofacial, odontología u otorrinolaringología. Esto le otorga al pediatra clínico un rol fundamental como coordinador del equipo tratante, razón por la cual es necesario conocer las principales patologías de la zona y sus características.

Ante una asimetría facial secundaria a procesos patológicos que involucran al seno

Figura 1. Radiografía panorámica de cavidad bucal



* Residente de Clínica Pediátrica 3^{er} año del Hospital Pediátrico Alexander Fleming Mendoza, rotante en Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutierrez".

** Residente de 4^o año de Clínica Pediátrica, rotación Consultorio Externo Docente del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutierrez". Docente de la Facultad de Medicina UBA, Cátedra de Fisiología, Ayudante de Primera.

maxilar y sus estructuras circundantes, debemos diferenciar la patología inflamatoria sinusal principalmente, de otros procesos originados a nivel maxilar circundante, tales como patologías de glándula parótida, contenido orbital y estructuras dentales. Una masa unilateral a nivel del maxilar puede corresponder a masas óseas, lesiones fibro-óseas, quistes óseos, lesiones inflamatorias organizadas y a patologías originadas en los tejidos blandos.

Además es necesario confeccionar una historia clínica completa y un examen físico adecuado, como así también obtenerse estudios de imágenes apropiados para localizar los procesos patológicos y elaborar un diagnóstico diferencial significativo. Logrado esto se pueden desarrollar las modalidades de tratamiento específico.

Inicialmente debe determinarse si se trata de una lesión sólida o quística, ya que esto permitirá enfocar el diagnóstico hacia determinadas patologías.

1. Ante una lesión quística debemos sospechar el origen odontogénico ya sea inflamatorio o neoplásico; no odontogénico

como el quiste nasopalatino y finalmente el pseudoquiste de origen traumático o por defectos en la hematopoyesis.

2. Cuando la masa es sólida los orígenes pueden ser:
 - a) **Óseo:** Enfermedades del hueso: osteomielitis, displasias óseas, etc.; neoplásico: osteosarcoma, osteoma, osteoma osteoide y osteoblastoma.
 - b) **Tejidos blandos:** rhabdomioma o tumores odontogénicos.

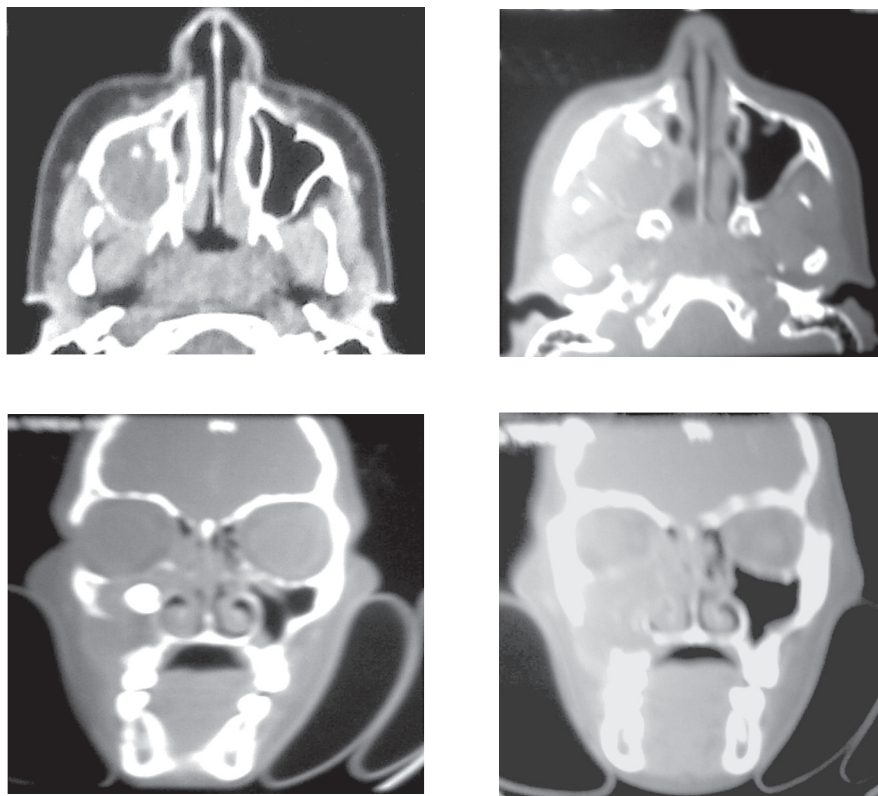
Frente a esta extensa lista de diagnósticos diferenciales, este trabajo hará especial referencia a los tumores odontogénicos, por ser la patología del caso clínico.

TUMORES ODONTOGÉNICOS

Generalidades

Se trata de un grupo heterogéneo de neoplasias y lesiones hamartomas que derivan de remanentes celulares de tejidos involucrados en la odontogénesis. Esta última depende

Figura 2. Tomografía de macizo facial



de las interacciones precisas entre las células nerviosas derivados de la cresta y el epitelio que recubre la cavidad oral. Una vez que la odontogénesis está completa, ciertos tejidos embrionarios residuales pueden permanecer en el hueso y los tejidos blandos de los maxilares. Estos tejidos embrionarios permanecen inactivos durante un largo período de tiempo, pudiendo volver a una fase de crecimiento activo en circunstancias aún no precisadas resultando en la aparición de tumores odontogénicos. Dependiendo del tejido embrionario que de origen a la neoplasia, los tumores odontogénicos pueden ser epiteliales, mesenquimales o mixtos, descritos en la *Tabla 1*.

El comportamiento clínico es similar independientemente del tejido que lo origine, por lo que todos requieren resección para su diagnóstico histopatológico. Varios tienen una alta tasa de recurrencia, lo que requerirá controles prolongados. Radiológicamente se presentan de formas similares: lesiones radiopacas heterogéneas. El grupo etario de presentación más frecuente es entre los 20 y 50 años. Y por último son de alta frecuencia en el maxilar inferior pero los tumores en los senos maxilares son raros así como los de comportamiento maligno.

Manifestaciones clínicas

Si bien el crecimiento de estos tumores es asintomático y se presentan como hallazgos en un gran número de pacientes, también pueden manifestarse con signos y síntomas según la afección de los tejidos circundantes a la lesión como el dolor facial puro o irradiado a la arcada dentaria, obstrucción nasal, epistaxis, diplopía, compromiso de la visión, epifora, aumento de volumen de región malar, proptosis, masa cervical, mala oclusión dentaria, trismus por irritación o infiltración directa de los músculos pterigoideos, hipoacusia y otitis media a repetición por disfunción de la trompa de Eustaquio, parestesias faciales secundarias a afección de los pares craneales.

Diagnóstico y conducta terapéutica

El diagnóstico de certeza de estas lesiones lo otorga la anatomía patológica posterior a la exéresis de la lesión. Ante una masa en seno maxilar el estudio inicial más importante es la tomografía axial computada (TAC) con proyecciones axial y coronal de macizo facial, sin contraste. La resonancia magnética nuclear es excelente como complemento a la TAC ya que permite definir la masa y el com-

promiso de partes blandas, diferenciar masa tumoral de retención de secreciones y definir la diseminación perineural del tumor. La ecotomografía y ecografía de órbita se realizan solo si hay compromiso ocular, así como la angiografía en tumores vasculares o sospecha de afección carotídea.

Los diagnósticos diferenciales deben realizarse con el resto de las lesiones que pueden originarse en los tejidos de la región, los mismos se enumeran en la *Tabla 2*.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TUMORES ODONTOGÉNICOS MÁS FRECUENTES

Odontoma

- Tumor odontogénico más frecuente 4-67%.^{1,2,3}
- Principalmente en las dos primeras décadas de vida.⁴

Tabla 1: Clasificación de tumores odontogénicos según el origen de los tejidos

- **Benignos:**
 - Epiteliales:
 - Ameloblastoma. (2°)
 - Calcificante.
 - Adenomatoides. (4°)
 - Escamoso.
 - Mesenquimáticos:
 - Mixoma. (3°)
 - Fibroma.
 - Cementoblastoma.
 - Mixtos
 - Fibroma ameloblástico.
 - Odontoma. (1°)
 - Quiste odontogénico calcificante .
- **Malignos:**
 - Ameloblastoma maligno.
 - Carcinoma Ameloblástico.
 - Carcinoma Primario Óseo – Escamoso.
 - Carcinoma odontogénico de células claras.
 - Carcinoma odontogénico de *ghost cell*.

(1°), (2°) y (3°) tumores odontogénicos más frecuentes.

(4°) Variante del tumor hallado en el paciente presentado.

Basada en Clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2005.

- Mixto (epitelial + mesénquima): Tejido bien diferenciado en esmalte, dentina, cemento y pulpa.
- Ubicación ectópica principalmente en mandíbula.
- Puede ser simple (un solo diente) o complejo (múltiples dientes de menor tamaño)
- Puede asociarse a otras lesiones odontogénicas.
- Tratamiento: remoción.

Ameloblastoma

- Segundo en frecuencia.⁵
- Es de origen epitelial.
- Puede ser:
 - Unilocular (5-15%).
 - Multilocular.
- Se ubican en mandíbula (80%) y maxilar (20%).⁶
- Crecimiento lento, invasivo con alta recurrencia post exéresis (90% a los 10 años).

Mixoma odontogénico

- Tercero en frecuencia 3%.⁷
- Origen mesenquimático.
- Ubicados en su mayoría en el maxilar inferior.⁶
- Entre la segunda y tercera década de la vida.
- Masa que ocupa el seno maxilar, provoca desplazamiento y remoción de dientes, generalmente se asocia a ellos.
- Puede asociarse a otras lesiones odontogénicas.
- Tratamiento: remoción.

Tumor odontogénico adenomatoide

- Frecuencia: 2-7%, relación 2:1 predominio femenino.⁸
- Origen epitelial.
- 70% ubicación en maxilar.
- El 90% en las primeras décadas de la vida.⁸
- Masa que ocupa el seno maxilar, tiene en general inclusión dentaria (canino impactado).
- Radiolúcido con diente central.
- Genera dolor y tumoración.
- Tratamiento: remoción con muy rara recurrencia.

Agradecimiento:

A la Dra Liliana Sabbaj por su colaboración y revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Odukoya O. Odontogenic tumors: Analysis of 289 Nigerian cases. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(10): 454-7.
2. Arotiba JT, Ogunbiyi JO, Obiechina AE. Odontogenic tumours: A 15-year review from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35(5):363-7.
3. Lu Y, Xuan M, Takata T, Wang C, He Z, Zhou Z et al. Odontogenic tumors: A demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 86(6): 707-14.
4. Skiavounov A, Iakovou M, Konto, Toutouzou J, Kanellopoulou A. Papanikolaou intraosseous lesions in Greek children and adolescents. A study based on biopsy material over a 26 year period. *J Clin Pediatr Dent* 2005 (30), 153-156.

Tabla 2: Diagnósticos diferenciales agrupados según su comportamiento

Tumores benignos	Tumores de agresividad intermedia	Tumores malignos
Osteoma y condroma	Papilomas invertidos	Ca escamoso
Schwanoma y neurofibroma	Hemangio-pericitoma	Adenocarcinoma
Fibroma osificante y cementoma		Ca adenoideoquístico
Hemangiomas		Ca mucoepidermoide
Meningioma		Sarcomas
Papilomas		Melanoma maligno
		Linfomas

5. Makhija M, Sharma S, Kotru M. Ameloblastoma mimicking as mucoepidermoid carcinoma on cytology. *J Cancer Res Ther* 2010; 6(4):588-90.
6. Bachmann AM, Linfesty RL. Ameloblastoma, solid/multicystic type. *Head Neck Pathol* 2009; 3(4):307-9.
7. Noffke CE, Raubenheimer EJ, Chabikuli NJ, et al. Odontogenic myxoma: review of the literature and report of 30 cases from South Africa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104:101. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.01.026.
8. Garg D, Palaskar S, Shetty VP, Bhushan A. *J Oral Sci* 2009;51(1):155-9.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Press S. Odontogenic tumors of the maxillary sinus. *Curr Opin. Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; (16): 47-54.
- Sootweg P. Dental pathology, a practical introduction; Publisher Springer; 2007.
- Cardesa A, Sootweg P. Pathology of the Head and Neck; Publisher: Springer; 2006.
- Correa A. Manual de Otorrinolaringología; Editorial Mediterráneo, 1999.
- Barnes L. Surgical pathology of the head and neck; Publisher: Informa Healthcare USA, Inc. 2009.