

ADAMANTINOMA DE LA MANDIBULA *

por los

Dres. MASSON, McDONALD y FIGI

Entre las lesiones odontogénicas se comprenden varios tumores y quistes maxilares originados en los residuos embrionarios de las piezas dentales. El tipo de tumor o quiste que prolifera de esos residuos epiteliales depende de las células originales, así como del grado de su diferenciación. Si la neoplasia deriva del retículo estrellado, ocurre la degeneración quística; si las células neoplásticas recuerdan las de la capa de ameloblastos, suele aparecer un tumor sólido y calcificado (odontoma), y si no hay diferenciación celular, se forma un tumor de células epiteliales embrionarias, con un estroma de tejido conectivo (adamantinoma).

Desde el punto de vista de su estructura, el adamantinoma es muy parecido al órgano del esmalte durante ciertas fases de su evolución. Se le ha descrito como unicéntrico, no funcional, de crecimiento intermitente y anatómicamente benigno, aunque clínicamente persistente. Asienta en varios puntos, incluso los huesos largos, tejidos blandos e hipófisis, aunque la mayoría está en los maxilares, con un 80 por 100 en el inferior.

Se han aplicado muchos nombres a esta neoplasia, como epitelioma central, cistoma, odontoma embrioplástico, papiloma central de la mandíbula, cistosarcoma, quiste proliferante maxilar y ameloblastoma. Este último nombre fué propuesto en 1929 como más lógico al no presuponer un tumor duro. Sin embargo, hemos persistido en el término de adamantinoma por ser el más empleado.

Adamantinomas extramaxilares

Se han citado casos de adamantinoma intracraneales en la región del infundíbulo, desarrollados a espensas del conducto craniofaríngeo fetal. Se han citado también casos de adamantinoma de la tibia, cuya génesis es más difícil de explicar. Varios autores han descrito adamantinomas en el fémur, cúbito y labio superior. En 1949, Brauns-

* *Plastic & Reconstructive Surgery*, 23, 510 (1959).

tein descubrió en una niña un tumor sólido, que resultó ser un adamantinoma, en los tejidos blandos de la mejilla.

Aspectos clínicos

Algunos autores han sostenido que la mujer está ligeramente más predispuesta que el hombre para sufrir esta lesión. Se presenta en todas las edades, pero con frecuencia en los adultos jóvenes.

Síntomas.—Ninguno de los síntomas de este tumor puede considerarse característico. Algunos de los más frecuentes son la odontalgia y neuralgia facial, caída de los dientes, piorrea y caries, aparición de una fístula en la boca, aumento de tamaño de la mandíbula, modificación del aspecto de la cara y abombamiento de la línea alveolar. Algunos adamantinomas no presentan síntomas al comenzar su evolución, de modo que es posible que pasen inadvertidos si no se obtiene una radiografía por algún otro motivo.

Radiografía.—El clásico aspecto radiográfico del adamantinoma maxilar es el de una zona de rarefacción sobre la que se distingue un sistema de gruesas trabéculas, a la manera de un quiste multicavitario. Sin embargo, todos los autores están de acuerdo en que el aspecto de estas lesiones no es patognomónico.

Diagnóstico diferencial.—En el diagnóstico diferencial deben considerarse todas las formaciones del maxilar con aspecto quístico, entre ellas el tumor de células gigante, odontoma sólido sin calcificar, fibroma, angioma dermoideo, hemangioendotelioma, tumores malignos metastásicos, osteítis fibrosa quística, enfermedad de Paget, enfermedad fibroquística, sarcoma, condroma y epiteloma de células escamosas. La seguridad diagnóstica en muchas ocasiones sólo podrá lograrse con la biopsia. También deberán comprenderse en el diagnóstico diferencial las afecciones metabólicas y otros estados que puedan determinar un aspecto quístico del hueso, como la enfermedad de Schüller-Christian, la xantomatosis y el granuloma eosinófilo.

Aspectos patológicos

Aspecto macroscópico.—Se pueden considerar dos tipos de adamantinoma: sólido y quístico. Pueden ser profundos (intramaxila-

res) y superficiales (gingivales). Los de tipo quístico suelen estar llenos de un líquido seroso, en el cual permanecen restos de hueso o coágulos. Los de tipo sólido pueden presentar un aspecto rojo carnosos. La lesión puede estar circundada de una cápsula fibrosa, desgarrada en algunos puntos por la proliferación del tumor.

Aspecto microscópico.—Los adamantinomas están formados por nidos de células epiteliales dentro de un estroma de tejido conjuntivo normal. Estas masas celulares tienen parecido con el tejido epitelial presente en la fase embrionaria del crecimiento de la pieza dentaria normal.

El adamantinoma sólido es un crecimiento patológico del germen dental. Corresponde a las primeras fases de la evolución de dicho germen y consiste en numerosas tiras epiteliales rodeadas de estroma conjuntivo. Si la neoplasia corresponde a una fase más adelantada, se caracteriza por la presencia de retículos estrellados en la porción central del lóbulo, en tanto el borde del mismo está formado por células cilíndricas parecidas a los ameloblastos. De esta forma sólida se puede pasar a la quística por degeneración del retículo estrellado. Los adamantinomas pueden sufrir, asimismo, degeneración carcinomatosa y sarcomatosa. También se han observado variedades melánicas.

Malignidad.—Durante mucho tiempo se ha discutido el grado de malignidad de estas neoplasias. Se han citado casos de diseminación linfática y de metástasis. La malignidad se puede anticipar microscópicamente en algunas ocasiones, en especial por la celularidad del estroma y el predominio de las células epiteliales cuboideas sobre las estrelladas y cilíndricas.

Estudio actual

En los archivos de la Clínica Mayo encontramos 173 casos de adamantinoma maxilar. Al considerar exclusivamente los casos considerados sin duda diagnóstica, se tuvo que rebajar dicha cifra a 101. Todos los tumores tenían porciones sólidas y otras en proceso de formación quística, en diversas proporciones de los dos aspectos. Todos crecían lentamente, pero con persistencia destructiva.

Muchos investigadores han sostenido que la región molar es el asiento más frecuente de estos tumores, lo que fué corroborado en nuestro estudio, tanto en el maxilar inferior como en los casos menos

frecuentes del maxilar superior. En esta última circunstancia la lesión neoplásica invadió con frecuencia el seno y la cavidad nasal. También se observaron casos en que la formación tumoral invadía el paladar y hasta la porción superior de la faringe. Se han citado casos de invasión de las células etmoidales, suelo de la órbita y hueso zigomático.

Consideraciones histopatológicas.—Se han propuesto varias clasificaciones microscópicas del adamantinoma, y en todas ellas se refleja la extrema variabilidad de estructura posible en cada caso particular. Ante todo hay acuerdo en llamar adamantinoma a un tumor epitelial de la mandíbula derivado de células con la potencialidad de reproducir la estructura del órgano del esmalte en varios momentos de su evolución, antes de su transformación funcional con secreción de esmalte. Teóricamente, esta evolución produce un tumor compuesto de células similares a las que se observan en el órgano normal del esmalte. Consiste en células estrelladas colocadas en la porción central del germen epitelial rodeadas de células columnares periféricas dispuestas en empalizada; las primeras corresponden al retículo estrellado y las segundas a los ameloblastos. Las variedades de este tipo fundamental fueron las siguientes:

Tipo plexiforme.—Esta disposición resultó la más frecuente, pues se descubrió en 67 de los 101 casos de nuestro estudio. Este grupo histológico se caracteriza por el aspecto de numerosas masas celulares, folículos, trabéculas y tiras, dispersas y a veces entrelazadas, en un fondo de tejido conjunto fino que sirve de soporte. La proporción en que entra dicho tejido en el cuadro histológico es muy variable, pues en algunos casos está prácticamente ausente, en tanto en otros se puede decir que toda la masa del tumor está compuesta de este estroma. El estroma, a veces, puede producir sustancia colágena. En otras ocasiones se hialiniza, para tomar entonces el aspecto de un tumor mixto de las glándulas salivales.

Tipo escamoso.—Hubo 24 tumores de este tipo entre el total de 101. En estos tumores la célula predominante es la escamosa, en forma de acúmulos o capas. La primera indicación de la transformación escamosa es la aparición en el centro de la masa de células epiteliales de una célula poligonal, rodeada de células estrelladas y, en la periferia, de las células en empalizada. Según evoluciona el proceso,

aparecen nuevas células poligonales escamosas, hasta que éstas predominan sobre las estrelladas. En algunos puntos aparecen cuerpos perlados y zonas de queratinización.

Tipo glandular.—Ocho de los 101 tumores pertenecían al tercer tipo histológico del adamantinoma, o sea el glandular. Estas lesiones se llaman de este modo porque contienen en abundancia una variedad madura de célula secretora. Se encuentran grandes células columnares con núcleos situados en la base, gran cantidad de citoplasma claro rosado y membrana celular muy visible. Estas células son más voluminosas que las habituales células periféricas de las masas epiteliales y, en algunos tumores, parecen ser secretoras.

Tipo sarcomatoso.—El cuarto tipo de adamantinoma estuvo representado sólo por dos casos, en pacientes de más de 50 años, cuya afección duró pocos meses. Las células epiteliales estaban dispuestas en masas difusas de células alargadas y con intensa coloración, sin parecido con la corriente estructura del adamantinoma. El aspecto general, considerado el estroma, era más similar al del fibrosarcoma.

Aspectos clínicos

Edad.—El paciente más joven en este grupo de 101 casos de adamantinoma era un muchacho de nueve años, en tanto el más viejo era un hombre de 82. La edad promedio del conjunto era de 42,2 años, pero la máxima frecuencia se situó en el quinto decenio de la vida. Este último dato no coincide con otros trabajos, en los que se afirma que la frecuencia máxima está en el tercer decenio. En nuestro estudio la frecuencia disminuyó bruscamente después de los 60 años. La edad promedio de los pacientes en el momento de los primeros síntomas fué de 33,5 años. La duración promedio de la enfermedad fué de 8,7 años.

Sexo.—Cuarenta y seis pacientes eran hombres, y 55, mujeres, proporción que aproximadamente coincide con la de otros autores.

Etiología.—Sólo en uno de los casos había antecedentes traumáticos. En 55 se relacionó la lesión con extracciones dentales. En 9 se descubrieron piezas anómalas incluídas en el tumor.

Síntomas.—El primer síntoma de un adamantinoma de la mandíbula suele ser una masa tumoral en este hueso. Ocurrió esta circunstancia en 69 de los 101 pacientes. En muchas ocasiones la tumoración no causa dolor, pero lo contrario ocurrió en 15 de nuestros casos, en los que la molestia se acusó como moderada o intensa. Se observaron fístulas en 16 casos, generalmente sucesivas a una extracción. En 4 casos, en que el tumor asentaba en el maxilar superior, el paciente sintió, ante todo, las molestias de la obstrucción nasal. En una ocasión el paciente no se había dado cuenta del pequeño tumor que asentaba en su mandíbula.

Un total de 73 pacientes habían sido sometidos a tratamiento quirúrgico previo, lo que significa que casi el 75 por 100 del total sufría adamantinomas recurrentes al ser atendidos por primera vez en la Clínica. Del grupo de 28 sujetos que no habían sido operados previamente, en 4 el tumor se había propagado a los tejidos blandos, en tanto otro sufría adenitis metastásica a partir de una lesión de tipo canceroso. (*R. Moreno.*)

(*Per «B. M. I.», 14512.*)

ESPACIOS VERDES Y MICROBIOS

Investigaciones recientes llevadas a cabo por la Oficina de Higiene de París demuestran la importancia que poseen parques y jardines para defender las grandes aglomeraciones urbanas del enrarecimiento microbiano. Así se ha constatado que el aire de las grandes tiendas tienen unos 4.000.000 de microbios cada metro cuadrado de superficie; el aire de avenidas con gran tránsito y arboleda, unos 575.000; el aire de los Campos Elíseos, 88.000; el aire de alrededores de la Torre Eiffel, 2.200; el aire del Jardín de Montjour, 100, y en el bosque de Fontainebleau no llega a los 50 microbios por metro cuadrado.

ENFERMEDADES MENTALES EN FRANCIA

Más de 108.000 personas se hallan actualmente hospitalizadas en Francia por afecciones mentales. Para este año 1961 el Ministerio de Salud Pública ha resuelto intensificar la acción de todos los establecimientos hospitalarios de tal especialidad.