

PRESENTACIÓN DE CASOS

**Reporte de un caso clínico de cementoblastoma y
revisión de la literatura**

Report of a clinical case of cementoblastoma: literature review

**Mtro. Alejandro Donohue Cornejo^I; C.O.M. Alberto de la Torre y Morán^{II};
Mtro. Gerardo de la Torre Morán^{II}; Dr. Luis Octavio Sánchez Vargas^I**

^I Laboratorio de Patología Bucal. Departamento de Estomatología. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

^{II} Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Departamento de Estomatología. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

RESUMEN

Al cementoblastoma benigno se le considera un verdadero tumor odontogénico originado de cemento según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es una lesión rara que representa menos del 1 % de todos los tumores odontogénicos. Afecta a gente joven y se localiza en la parte posterior mandibular; se encuentra asociado con un diente permanente erupcionado, por lo regular al primer molar y manifiesta rasgos característicos radiológicos y microscópicos, fusionado con las raíces de los dientes. Se presenta el caso de un hombre de 25 años de edad con un cementoblastoma benigno, así como una revisión de la literatura. La lesión se manifestó como una masa redonda, radiopaca, adherida a la raíz de un primer molar derecho mandibular. El diente fue extraído y la lesión fue removida, sin presentar recidiva a los 3 años de su eliminación.

Palabras clave: cementoblastoma benigno, tumores odontogénicos, tumores mesenquimatosos.

ABSTRACT

The benign cementoblastoma is a truer odontogeny tumor caused by cement according the last classification of OMS. It is an uncommon lesion accounting for less than 1% of odontogeny tumors. It is present in young people and it is located

in the mandibular posterior area and it is associated with an eruptive permanent dentition usually to first molar, shows radiological and microscopic characteristic features and it is fused with teeth roots. This is the case of a man aged 25 with a benign cementoblastoma as well as a literature review. Lesion manifested as a round, radiopaque mass adhered to the first mandibular right molar. Tooth was pooled out and the lesion was removed without relapse in 3 years post-elimination.

Key words: Benign cementoblastoma, odontogeny tumors, mesenchymal tumors.

INTRODUCCIÓN

El cementoblastoma es un tumor odontogénico de origen mesodérmico que se origina a partir de cementoblastos neoplásicos,^{1,2} fue descrito por Dewey en 1927 y clasificado por la OMS como un tumor odontogénico verdadero, que se considera relativamente raro,^{3,4} representa del 0,8 al 2,6 de todos los tumores odontogénicos.³

Una revisión de casos reportados nos indica que es más frecuente en personas jóvenes, en su mayoría afectando a menores de 30 años,⁵⁻⁷ sin existir una predilección por género.^{2,5,6}

Este tumor aparece más comúnmente afectando la mandíbula al nivel del primer molar, seguido en frecuencia del segundo premolar.⁸⁻¹⁰ Rara vez se ha reportado en asociación con un diente impactado o un diente decidido.

Por sus características clínicas y radiográficas poco frecuentes, el manejo de este tumor se dificulta en muchas ocasiones por fallas en el diagnóstico definitivo.

En el 50 % de los casos se reporta dolor asociado, mientras que otro tanto de los casos evolucionan de manera asintomática.^{7,9,11,12} Es común que sea descubierto durante un examen de rutina y que solo cuando se asocia con dolor y/o aumento de volumen el paciente acuda a solicitar ayuda.^{3,9}

Por tratarse de una neoplasia con alto potencial de crecimiento, el tratamiento recomendado es la enucleación quirúrgica, con la extracción del diente afectado.^{1,5,6,10}

Nuestro objetivo es presentar el reporte del caso de un cementoblastoma de localización en el primer molar inferior derecho, sus características clínicas y el diagnóstico radiográfico e histopatológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 25 años de edad, que refiere haber acudido a consulta dental por presentar dolor en el primer molar inferior derecho, motivo por el cual se le indica el tratamiento de conductos ya que se observa una lesión periapical.

Al no responder favorablemente a dicho tratamiento, se remite a la Clínica de Cirugía Maxilofacial de la Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, donde se indica un estudio radiográfico completo.

En la exploración y anamnesis se observa que el paciente presenta mordida abierta con diversas alteraciones en la oclusión y un marcado trauma oclusal de la zona posterior maxilo-mandibular.

La observación de las características radiográficas en la ortopantomografía demuestra la presencia de una lesión radiopaca asociada con la raíz del primer molar ([fig. 1](#)), con las características presuntas de un cementoblastoma.

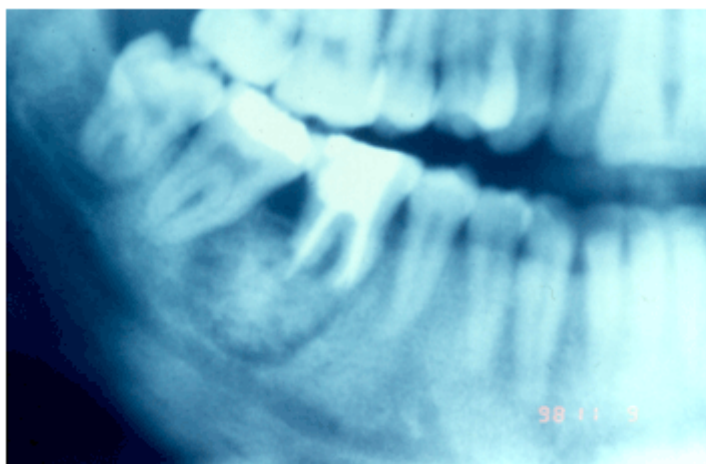


Fig. 1. Acercamiento radiográfico de la lesión asociada con el primer molar inferior derecho. Se observa un borde radiolúcido y el tratamiento endodóntico previo.

Con este diagnóstico se realiza la enucleación quirúrgica de la lesión adherida a la raíz del primer molar y la extracción de la pieza dental para el estudio histopatológico pertinente ([figs. 2 y 3](#)).

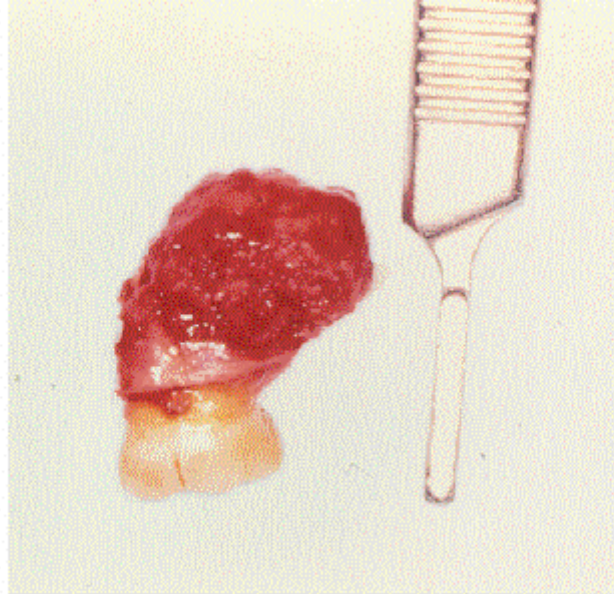


Fig. 2. Cementoblastoma posterior a la enudeación, donde se confirma que la masa tumoral está adherida a la raíz del diente.



Fig. 3. Cementoblastoma posterior a la fijación en formol. Se muestran dimensiones.

El espécimen quirúrgico se estudia en el Servicio de Patología de la Universidad, donde el reporte indica que se trata de una masa de tejido mineralizado adherido a la raíz del molar. La observación de la lesión teñida con hematoxilina y eosina demuestra que el tejido se presenta con las características similares al cemento, dispuesto en forma homogénea, basofílico, con líneas inversas y la presencia de algunos cementoblastos y escasos osteoclastos en el tejido blando ([fig. 4](#)).

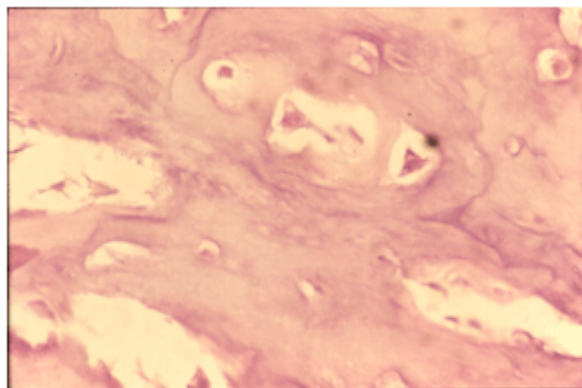


Fig. 4. Material similar al cemento que presenta algunas líneas inversas, lagunas irregulares y un estroma fibrovascular.

DISCUSIÓN

El cementoblastoma es descrito por la OMS como un tumor odontogénico relativamente raro, que se caracteriza por la formación de tejido similar a cemento conectado a la raíz del diente afectado y que no tiene predilección de sexo.

En nuestro caso fue localizado en un hombre de 25 años de edad, asociado con la raíz distal del primer molar mandibular con sintomatología, localización descrita con mayor frecuencia por diversos autores,^{1,7,11,13,14} y también descrito apareciendo principalmente en jóvenes menores de 30 años de edad.^{3,5,6,14}

En nuestro caso observamos una imagen radiográfica patognomónica del cementoblastoma, que corresponde a una masa radiopaca íntimamente relacionada con la raíz de un diente parcialmente reabsorbida, presentando en su periferia un halo radiolúcido.^{1,15}

El diagnóstico diferencial lo realizamos en base a la localización periapical y su estrecha relación con la raíz, primariamente con lesiones originadas por cemento como la displasia cementaria periapical, fibroma cementificante y cementoma gigantiforme,^{10,16} así como con otras entidades como el osteoblastoma, osteomielitis esclerosante focal, odontoma y la hipercementosis.^{17,18}

Esta lesión ha sido descrita como un tumor benigno, único y de crecimiento lento,¹ histopatológicamente caracterizado por la formación de masas de tejido similar al cemento que presentan un ancho trabeculado, contiene múltiples líneas inversas, lagunas irregulares y un estroma fibrovascular, con cementoblastos prominentes y cementoclastos multinucleados, típicamente la periferia del tumor presenta trabéculas radiantes de matriz no-calcificada,⁷ corriendo perpendicularmente hacia la superficie de la lesión; hallazgos similares a los encontrados en el patrón histológico de nuestro caso, con la diferencia de que observamos escasos cementoclastos^{3,19,20} realizando el diagnóstico diferencial histológico con el osteoma osteoide y el osteoblastoma benigno como ha sido reportado por otros autores.²¹⁻²³

El tratamiento indicado y realizado en nuestro caso fue la excisión quirúrgica de la lesión junto con la pieza dental asociada;^{11,12,24,25} sin embargo, algunos autores han sugerido el tratamiento de conductos y la apicectomía de la raíz o raíces

involucradas.^{5,26,27} El pronóstico se reporta como excelente en el caso de la excisión completa, observándose recidivas muy raras.²⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pynn BR, Sands TD, Bradley G. Benign cementoblastoma: A case report. *J Can Dend Assoc* 2001;67:260-2.
2. Jelic JS, Loftus MJ, Miller AS, Cleveland DB. Bening Cementoblastoma: Report of an unusual case and analysis of 14 additional cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:1033-7.
3. Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y, Nagasaka H, Kawamura H, Ooya K. Bening cementoblastoma involving multiple maxillary teeth: Report of a case with a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;97:53-8.
4. Fujita S, Takahashi H, Okabe H, Watanabe C, Anobe H. A case of benign cementoblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68:64-8.
5. Keyes G, Hildebrand K. Successful surgical endodontics for benign cementoblastoma. *J Endodontics* 1987;13. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2(12):566-9.
6. Ulmansky M, Hjorting-Hansen E, Praetorius F, Haque MF. Bening cementoblastoma: A review and five new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77:48-55.
7. Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WM, Corio RL. Cementoblastoma: An innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:311-20.
8. Eversole LR, Sabes WR, Dauchess VG. Benign cementoblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973;36:824-30.
9. Mader CL, Wendelburg L. Benign cementoblastoma. *J Am Dent Assoc* 1979;99:990-2.
10. Forsslund HG, Bodin I, Julin P. Undiagnosed bening cementoblastoma in a patient with a 6-year pain condition. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998;66:243-8.
11. Corio RL, Crawford BE, Schaberg SJ. Benign cementoblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;41:524-30.
12. Abrams Am, Kirby JW, Melrose RJ. Cementoblastoma. *Oral Surg* 1974;38:394-403.
13. Baart JA, Lekkas C, van der Waal I: Residual cementoblastoma of the mandible. *J Oral Pathol Med* 1991;20:300-2.

14. Aekermann GL, Altini M. The cementomas: A clinico pathologican re-appraisal. *J Dent Assoc S Africa* 1992;47: 187-94.
15. Matteson SR. Benign tumors of the jaws. En: White SC, Pharoah MJ, eds. *Oral radiology: Principles and interpretation*. 4 ed. Toronto: Mosby; 2000. p. 401-2.
16. Makek M. *Clinical pathology of fibro-osteo-cemental lesions in the cranio-facial and jaw bones*. Zurich: Karger; 1983. pp. 28-32.
17. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. Philadelphia: Saunders; 1995. pp. 476-7.
18. Sloomweg PJ. Cementoblastoma and osteoblastoma: A comparison of histologic features. *J Oral Pathol Med* 1992;21(9):385-9.
19. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumours*. 2 ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992. pp. 23-4.
20. Sciubba JJ, Fantasia JE, Kahn LB. *Atlas of tumor pathology*. 3rd series; fasc. 29. Tumors and cysts of the jaws. Washington (DC): Armed Forces Institute of Pathology; 2001. p. 109-10.
21. Thoma KH. Cementoblastoma. *Int J Orthod Oral Surg* 1937;23:1127-37.
22. Makek M, Lello G. Benign cementoblastoma: Case report and literature review. *J Maxillofac Surg* 1982;10:182-6.
23. Farman AG, Nortje CJ, Grotepass FW. Pathological conditions of the mandible: Their effect on the radiographic appearance of the inferior dental (mandibular) canal. *Br J Oral Surg* 1977;15:64-74.
24. Mader CL, Wendelburg L. Bening cementoblastoma. *JADA* 1979;99:990-2.
25. Vindenes H, Nilsen R, Gilhuus-Moe O. Benign cementoblastoma. *Int J Oral Surg* 1979;8:318-24.
26. Goerig AC, Fay JT, King E. Endodontic treatment of a cementoblastoma. *Oral Surg* 1984;58(2):133-6.
27. Biggs JT, Benenati FW. Surgically treating a benign cementoblastoma while retaining the involved tooth. *J Am Dent Assoc* 1995;126(9):1288-90.
28. Cavadini OA, Cambiaggi JE. Recidiva de cementoblastoma benigno (cementoma verdadero). *Trib Odont (Bs As)* 1977;61:106-9.

Recibido: 5 de noviembre del 2008. A
probado: 2 de febrero del 2009.

Mtro. *Alejandro Donohue Cornejo*. Anillo del Pronaf y Estocolmo s/n. CP. 32300.
Instituto de Ciencias Biomédicas. Laboratorio de Patología, Departamento de
Estomatología. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chihuahua,
México. E-mail: adonohue@uacj.mx