

Multimed 2018; 22(4)

JULIO-AGOSTO

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CELIA SÁNCHEZ MANDULEY
MANZANILLO. GRANMA**

Ameloblastoma bucal en una mujer joven

Oral ameloblastoma in a young woman

Esp. Cir. Maxilofac. Vismar Martínez Botta,^I Esp. II Cir. Maxilofac. Juan Nicolás Soriano Díaz,^{II} Esp. Cir. Maxilofac. Rodney Alberto Domínguez Moralobo,^I Est. 4º Estomatol. José Daniel Villegas Maestre.^{II}

^I Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente femenina de 33 años de edad a la consulta de cirugía maxilofacial del Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley de Manzanillo en la provincia de Granma, Cuba, por presentar un aumento de volumen a nivel del ángulo mandibular derecho que se extiende a rama mandibular luego de la exéresis quirúrgica de un tercer molar inferior derecho retenido. Los resultados de los complementarios realizados, con biopsia incluida, confirmaron un ameloblastoma. Se realizó exéresis del tumor con márgenes de seguridad, la paciente evolucionó satisfactoriamente desde el aspecto funcional y estético.

Palabras clave: neoplasia de la boca, ameloblastoma, boca, mujer.

ABSTRACT

A 33-year-old young woman is presented to the maxillofacial surgery department at Celia Sánchez Manduley Hospital of Manzanillo, Granma, Cuba, due to a tumor in the lower right maxillary after surgical exeresis of the third right threatened molar (48). The result of lab and routine studies, including biopsy, confirmed the presence of ameloblastoma. The tumor removal with security border, the patient had a good progress, with good aesthetic and functional aspect.

Key words: mouth neoplasms, ameloblastoma, mouth, woman.

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor benigno, raramente visto, del epitelio odontogénico (ameloblastos), o de la parte exterior de los dientes en desarrollo. Aparece con mucha más frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior. Fue descrito en 1827 por Cusack. Este tipo de neoplasia odontogénica fue definida como un adamantinoma en 1885 por el médico francés Louis Charles Malassez. Siendo finalmente denominado con el nombre actual de ameloblastoma en 1930 por Ivey y Churchill. Es de origen epitelial, polimórfico, deformante e invasivo, con patrones clínicos de malignidad local y altamente recurrente.¹

Según se plantea, el primer caso de ameloblastoma se notificó en 1868. En 1879 Falkson completó la primera descripción histológica detallada y Malassez en 1885 introdujo el término de adamantinoma-epitelioma, debido a que histológicamente se deriva de los componentes de la odontogénesis como remanentes de la lámina dental, restos epiteliales de Malassez, epitelio reducido del esmalte y células basales.²

Esta entidad clínica es de crecimiento lento, en etapas tempranas no aparecen signos y síntomas, aunque esporádicamente ocasiona alteraciones, tales como: obstrucción nasal, epistaxis y trismos, pero cuando el tumor evoluciona y se hace notorio el paciente presenta asimetría y deformidad facial.³

Otra presentación del ameloblastoma, aunque infrecuente, es el ameloblastoma metastásico. La metástasis afecta principalmente órganos como el hígado y el pulmón

y suele verse como consecuencia de remanentes de un ameloblastoma anterior o un quiste dentígero, los cuales han recurrido.⁴

Desde el punto de vista hístico presenta tejidos de estructuras dentales, constituido por epitelio con un estroma fibroso y muestra variaciones, entre las cuales figuran: ameloblastoma folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulosas y basales.⁵

Por su parte, Reichart y otros autores, describieron la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la cual lo distingue histológicamente en: desmoplásico, uniuístico, multiuístico o sólido, extraóseo o periférico.⁶

Los diagnósticos diferenciales a considerar frente al ameloblastoma, implican el quiste dentígero, tumor odontogénico queratoquístico, mixoma, tumor de Pindborg, granuloma central de células gigantes y carcinoma ameloblástico, entre otros.^{7, 8}

Por lo general, se localiza con más frecuencia en la mandíbula (90 % aproximadamente) y en el maxilar superior (10 %). La región anatómica más afectada es el ángulo mandibular y zona de molares. La incidencia anual es de 1,96; 1,20; 0,18 y 0,44 por cada millón de personas, para hombres negros, mujeres negras, hombres blancos y mujeres blancas, respectivamente.⁹

Constituyen cerca de 18 % de los tumores odontogénicos. Se desconocen los factores desencadenantes a los estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoplásica de estas estructuras epiteliales. Aunque algunos autores afirman que esta neoplasia es con frecuencia posterior a extracciones dentales, quistectomías o a otros traumatismos. No obstante, estos tumores son raramente malignos o metastásicos (con poca frecuencia se extienden a otras partes del cuerpo), y progresan lentamente, las lesiones resultantes pueden causar anomalías severas de la cara y mandíbula. En forma adicional, debido a que el crecimiento anormal de las células fácilmente infiltra y destruye los tejidos óseos circundantes, una escisión quirúrgica amplia es requerida para tratar esta enfermedad.⁹

La singularidad de este tipo de afección justificó la presentación de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 33 años de edad, con aparente buena salud, quien fue atendida en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, hace aproximadamente 2 meses, por presentar un aumento de volumen a nivel del reborde alveolar residual inferior del lado derecho, del sector posterior, desde hace aproximadamente un año, la misma refiere que con anterioridad se le realizó la exéresis quirúrgica de un tercer molar retenido de ese mismo lado, sin presentar sintomatología.

Al examen físico se encontró mucosas normocoloreadas y húmedas; cara con ligera asimetría facial, dada por aumento de volumen a nivel de ángulo mandibular derecho, de consistencia duro pétreo, no doloroso a la palpación.

En el examen intraoral se observó desdentamiento parcial inferior del lado derecho, con aumento de volumen a ese nivel que se extendía al espacio retromolar y ligero borrado del surco vestibular.

Los exámenes de laboratorio ofrecieron los siguientes resultados: hemoglobina: 125 g/L, leucocitos: $6,2 \times 10^3$ g/L, plaquetas: 245×10^3 g/L, Tiempo de sangramiento: 11/2 minutos, tiempo de coagulación: 7 minutos.

Se indicó estudio radiográfico con vista panorámica de mandíbula en la que se observó imagen en pompas de jabón a nivel de ángulo mandibular derecho, que se extiende a rama ascendente (figura 1). Se realizó además una tomografía axial computarizada (TAC) del macizo facial observándose una zona extensa, multilocular que compromete ángulo mandibular derecho y rama ascendente en su tercio inferior (figura 2).



Fig. 1. Vista Panorámica.



Fig. 2. TAC.

El resultado de la biopsia fue sugestivo de ameloblastoma folicular.

Teniendo en cuenta la extensión del tumor y la complejidad de las estructuras vecinas, según su localización (figura 3), se realizó la exéresis por vía extrabucal, mediante una incisión de Reesdom modificada, con disección cuidadosa hasta la exposición de hueso mandibular y con ello exposición del tumor, luego se procede a la eliminación del tumor con el fragmento mandibular con márgenes de seguridad oncológica a 2 cm a cada lado del mismo con fresas quirúrgicas y sierra de Gigli, se realiza control del sangramiento con electrocauterio, lavado del lecho quirúrgico, colocación del injerto óseo obtenido de la cresta ilíaca (figura 4) realizando osteosíntesis alámbrica a la mandíbula, quedando en posición anatómica correcta luego del remodelado del injerto.

Se coloca drenaje Penrouse, cierre por planos con cromado 3-0, y piel con nylon 4-0. En el posoperatorio inmediato se le administró antimicrobiano con penicilina cristalina, analgésicos y colutorios con solución antiséptica después de comidas y curas secas del sitio receptor y el donador. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con buena rehabilitación estética y funcional.



Fig. 3. Visión directa del tumor.



Fig. 4. Exéresis de cresta ilíaca.

DISCUSIÓN

El hueso autólogo particulado y de esponjosa continúa siendo el material de elección para el relleno de cavidades, a pesar de los esfuerzos para conseguir resultados similares con otros materiales, especialmente con hueso alogénico o sustitutos óseos y biomateriales. Probablemente, existen dos principales razones por las que los

materiales autólogos mantienen su preponderancia hoy en día en cirugía oral y maxilofacial. De un lado, el hecho de que no se haya encontrado un material alternativo ideal tras 25 años de intensas investigaciones y de aplicación clínica. Sus potenciales ventajas (obviar la morbilidad en una zona donante y su disponibilidad ilimitada) no han superado sus inconvenientes: intolerancia, falta de adaptabilidad, reabsorción, escasa aceptación por el paciente y coste económico. En segundo lugar, la versatilidad, supervivencia y adaptabilidad de los materiales autólogos se ha visto respaldada por la simplificación y mejor conocimiento de las técnicas de obtención de hueso, sobre todo para casos de defectos de pequeño y moderado tamaño.¹⁰

En términos biológicos el mejor material de relleno de una cavidad es sin duda el autoinjerto óseo, ya que puede formar hueso nuevo en el lecho por mecanismos y principios establecidos para los injertos óseos exitosos, que incluyen osteoconducción (guiar el crecimiento de reparación del hueso natural), osteoinducción (fomentando las células no diferenciadas para convertirse en osteoblastos activos), y la ontogénesis (que viven las células de hueso en el material de injerto para contribuir a la remodelación ósea). El resto de los materiales conocidos alternativos al autoinjerto carecen de capacidad osteoprogenitora, y son en general, buenos osteoconductores pero con variado poder osteoinductor. El factor inmunológico que determina el resultado del material de relleno es el rechazo, lo cual viene mediado primariamente por la activación de la respuesta inmune antígeno específica. El material autólogo no introduce en el lecho ningún antígeno, por lo que desde el punto de vista inmunológico, el material autólogo sería el mejor y el más seguro, y se debe considerar la primera elección cuando sea posible.¹¹

El éxito en la obtención del injerto de hueso autólogo se fundamenta en extraer la cantidad y calidad de hueso requerida para cada reconstrucción. Debe planificarse con el conocimiento de la anatomía de la zona donante. Los implantes metálicos y aloplásticos estarían indicados para aquellas situaciones en las que hay poca cantidad de hueso autólogo disponible o en pequeños defectos. De esta forma, el aporte de hueso autólogo que se necesita es menor. Como inconveniente presenta el riesgo de transmitir enfermedades y el aumento del coste económico.¹²

En resumen, aunque se disponen de muchos materiales de relleno para cavidades óseas, aún no se ha descrito el que pueda sustituir al hueso autólogo cortico esponjoso o particulado. La controversia asociada a la combinación de injertos autólogos con otros materiales de relleno, ha desembocado en múltiples estudios, algunos a favor de su asociación y otros en contra, sin que se puedan establecer conclusiones definitivas por el momento. Probablemente se está realizando una sobreindicación de los materiales aloplásticos, quizás porque los cirujanos no obtienen la suficiente capacitación para llevar a cabo con seguridad las diferentes técnicas de injerto. Es esencial que el cirujano oral y maxilofacial conozca las propiedades biológicas y características fundamentales de los materiales autólogos, las diferentes técnicas de obtención y sus aplicaciones clínicas como materiales de relleno de cavidades óseas.¹³

CONCLUSIONES

1. La evolución postoperatoria de los sitios donantes y receptores fue satisfactoria sin provocar estadías prolongadas.
2. Es fundamental la colocación de injertos óseos de grosor ligeramente mayor que el necesario, previendo la reabsorción a largo plazo del injerto, así como su fijación alámbrica o por placas.
3. El sitio donante recomendado es la cresta ilíaca de su porción anterior de cadera donde se obtuvieron piezas siempre suficientes, aún para grandes defectos.
4. El hueso permite su remodelado y por consiguiente su adaptación anatómica en el sitio receptor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cheng YS, Caputo T, Plemons J. Oral and maxillofacial pathology case of the month. Ameloblastoma (conventional ameloblastoma, follicular type). Tex Dent J. 2011; 128(1):102-21.
2. Krishnapillai R, Angadi V. A clinical, radiographic, and histologic review of 73 cases of ameloblastoma in an Indian population. Quintessence Int. 2010; 41(5): e90-100.

3. Adeline V, Dimba E, Wakoli K, Njiru A, Awange D, Onyango J, et al. Clinicopathologic features of ameloblastoma in Kenya: a 10-year audit. *J Cranio fac Surg*. 2008; 19(6):1589-93.
4. Pogrel M, Montes D. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 38(8):807-12.
5. Effiom O, Odukoya O. Desmoplastic ameloblastoma: analysis of 17 Nigerian cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 111(1): e27-31.
6. Reichart P, Philipsen H, Sciubba J. The new WHO classification of tumors of the head and neck. What has changed? *Mund Kiefer Gesichtschir*. 2006; 10(1):1-2.
7. Castro Silva II, Israel M, Lima G, de Queiroz Chaves LS. Difficulties in the diagnosis of plexiform ameloblastoma. *Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 2011 [citado 14 Mar 2017]; 16(1):115-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/50229124_Difficulties_in_the_diagnosis_of_plexiform_ameloblastoma.
8. Cankurtaran C, Branstetter B, and Chiosea S, Barnes E. Best cases from the AFIP: ameloblastoma and dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molar tooth. *Radiographics [Internet]*. 2010 [citado 14 Mar 2017]; 30(5):1415-20. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.305095200>.
9. Shear M, Singh S. Age-standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Witwatersrand, South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1978; 6(4):195-9.
10. Hertog D, Schulten E, Leemans C, Winters H, Van der Waal I. Management of recurrent ameloblastoma of the jaws; a 40-year single institution experience. *Oral Oncol*. 2011; 47(2):145-6.
11. Aghaloo TL, Le AD. Growth factors in implant site development. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am*. 2004; 16:111-26.

12. Carlson ER, Marx RE. Mandibular reconstruction using cancellous cellular bone grafts. J Oral Maxillofac Surg. 1996; 54(7):889-97.

13. Blay A, Tunchel S, Sendyk WR. Viability of autogenous bone grafts obtained by using bone collectors: histological and microbiological study. Pesqui Odontol Bras[Internet]. 2003 [citado 14 Mar 2017]; 17:234-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-74912003000300007.

Recibido: 2 marzo de 2018.

Aprobado: 4 mayo de 2018.

Vismar Martínez Botta. Hospital Provincial Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: jvillegasmaestre@gmail.com