

Ameloblastoma bucal en una mujer joven

Oral ameloblastoma in a young woman

Dr. Domingo Melian Cardena,^I Dra. Rosa Carina Gómez Álvarez^{II} y MsC. Irlán Amaro Guerra^{III}

^I Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Docente "Armando García Aspuru", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Facultad de Ciencias Médicas No. 1, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una fémina de 29 años de edad, tratada en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central de Nampula, Mozambique, por presentar gran masa tumoral en la cavidad bucal desde hacía 10 años aproximadamente. Los resultados de los exámenes complementarios, incluida la biopsia, confirmaron que se trataba de un ameloblastoma. Se realizó la enucleación del tumor, luego de lo cual la paciente evolucionó satisfactoriamente, con buena rehabilitación estética y funcional.

Palabras clave: mujer, ameloblastoma bucal, tumor, cavidad bucal, Mozambique.

ABSTRACT

The case report of a 29 year-old woman is presented, who was treated at the Maxillofacial Surgery Department in the Central Hospital of Nampula, Mozambique, due to a tumor in oral cavity for about 10 years. The results of complementary tests, including biopsy, confirmed the presence of ameloblastoma. Tumor was removed and the patient made good progress, with good aesthetic and functional rehabilitation.

Key words: woman, oral ameloblastoma, tumor, oral cavity, Mozambique.

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor benigno, raramente visto, del epitelio odontogénico (ameloblastos) o de la parte exterior de los dientes en desarrollo. 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 (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

Effiom *et al*,⁵ estiman que 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. Por su parte, Reichart *et al*,⁶ describieron la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la cual lo distingue histológicamente en: desmoplásico, uniuquístico, multiquístico o sólido, extraóseo o periférico.

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 ameoblástico, entre otros.^{7, 8}

Por lo general, se localiza con más frecuente en la mandíbula (90 % aproximadamente) y en el maxilar superior (10 %). La región anatómica más afectada es el ángulo mandibular y zona de molares de esta.

La incidencia anual es de 1,96; 1,20; 0,18 y 0,44 por 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.⁹

La singularidad de este tipo de afección justificó la realización del presente estudio.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una femenina de 29 años de edad, con aparente buena salud, quien fue atendida en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central de Nampula, Mozambique, por presentar gran masa tumoral en la cavidad bucal, desde hacía 10 años aproximadamente por lo cual fue ingresada para mejor estudio y tratamiento.

- Examen físico
 - Mucosas: hipocoloreadas y húmedas
 - Cara: Asimetría facial, dada por gran masa tumoral en el maxilar superior izquierdo.

- Examen intrabucal: Se observó una masa tumoral desde la línea media al maxilar del lado izquierdo, que ocupaba todo el paladar duro e impedía cerrar la boca, así como también desplazaba los dientes en toda la extensión de la hemiarcada dentaria de ese lado (figura 1).

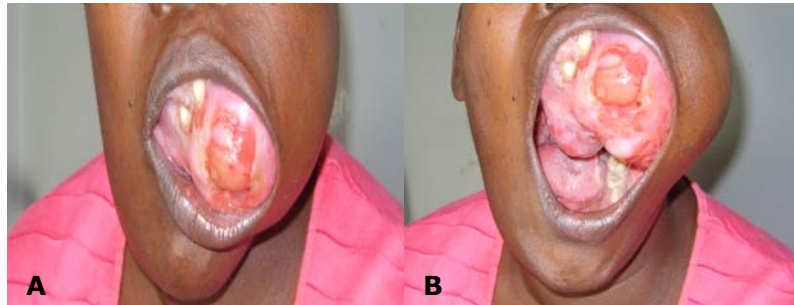


Fig 1. A) Asimetría facial en el maxilar superior izquierdo; B) Gran masa tumoral que ocupaba todo el paladar.

- Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 7,9 g/dL
- Leucocitos: $6,2 \times 10^3$ /uL
- Plaquetas: 245×10^3 /uL
- Tomografía axial computarizada de macizo facial: Se observó una zona extensa de destrucción ósea, multilocular que comprometía el maxilar superior izquierdo hasta la línea media e invadía el seno maxilar, piso de órbita y celdas etmoidales de ese lado; también coexistía hiperdensidad del seno maxilar derecho con nivel líquido en relación con el líquido de retención (figura 2).
- Resultados de la biopsia: Sugestivo de ameloblastoma.

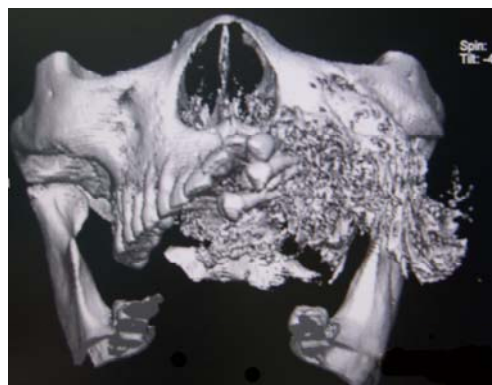


Fig 2. Imagen tomográfica, con una zona extensa de destrucción ósea.

Se indicó transfusión de concentrados de glóbulos, sales de hierro, ácido fólico y vitaminas, con lo cual se logró elevar las cifras de hemoglobina a 10,7 g/dL.

Teniendo en cuenta la extensión del tumor y la complejidad de las estructuras vecinas, según su localización, se realizó la enucleación por vía intrabucal, mediante una incisión angulada hacia el surco vestibular, desde el canino superior derecho hasta los molares del lado izquierdo, disección cuidadosa del mucoperiostio, ostectomía del hueso maxilar, pared anterior del seno maxilar de este lado y enucleación. Se utilizaron espátulas y curetas, las cuales se extendieron hasta el piso de la órbita y celdas etmoidales del lado izquierdo, luego se realizó curetaje minucioso y electrofulguración de la cavidad residual, así como hemostasia y sutura con seda 2/0.

En el posoperatorio inmediato se le administró una unidad de concentrado de glóbulos para reponer las pérdidas sanguíneas, se mantuvo hidratación parenteral las primeras 48 horas, antimicrobiano profiláctico con penicilina cristalina, analgésicos y colutorios con solución antiséptica después de comidas.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, con buena rehabilitación estética y funcional (figura 3).

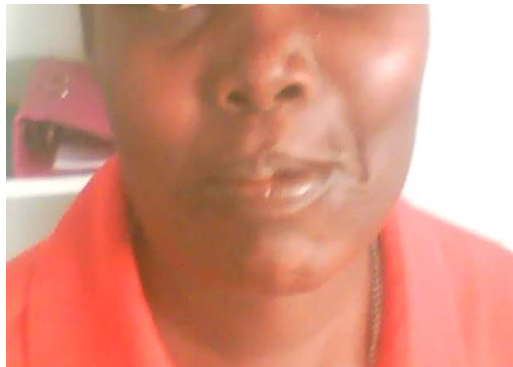


Fig 3. Observe la buena rehabilitación estética de la paciente.

COMENTARIOS

El ameloblastoma es un tumor localmente "agresivo", recidivante, con baja frecuencia de metástasis a distancia. Se inicia como un tumor lento y progresivo, de consistencia dura, sólida y tamaño variable, desde escasos centímetros hasta muy voluminoso. El hueso aumenta de tamaño con reducción a finas láminas de sus tablas, por adelgazamiento de la compacta, producido por el crecimiento expansivo del tumor que también puede infiltrar e invadir las cavidades y regiones vecinas e, incluso, penetrar dentro del cráneo.¹⁰

Constituyen 1 % aproximadamente de todos los tumores de los maxilares y pueden aparecer en cualquier edad, aunque la mayoría de los autores plantean que predomina entre la cuarta y quinta décadas de la vida y la edad media es entre 35 y 45 años.¹⁰

Se plantea que el tratamiento encaminado a la resolución de esta lesión tumoral puede ser variable, pues depende del tamaño del tumor, de la localización, de la edad del paciente y de la invasión de estructuras anatómicas.^{2, 10}

La mayoría de los autores hablan a favor de la exéresis quirúrgica del fragmento maxilar afectado, con amplio margen de tejido sano, que estadísticamente ha demostrado ser la conducta terapéutica con menos recidivas.⁸⁻¹⁰

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*. 2001; 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):90-100.
3. Adeline V, Dimba E, Wakoli K, Njiru A, Awange D, Onyango J, Chindia M. Clinicopathologic features of ameloblastoma in Kenya: a 10-year audit. *J Craniofac 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):27-31.
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*. 2012; 16(1):115-8.
8. Cankurtaran C, Branstetter B, Chiosea S, Barnes E. Best cases from the AFIP: ameloblastoma and dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molar tooth. *Radiographics*. 2010; 30(5):1415-20.
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.

Recibido: 19 de marzo de 2012.

Aprobado:12 de abril de 2012.

Domingo Melián Cárdenas. Hospital Infantil Sur, avenida "24 de Febrero", nr 402, Santiago de Cuba, Cuba.