

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **60**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2003**
July-August

Artículo:

Ameloblastoma uniquístico. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Ameloblastoma uniquístico. Reporte de un caso

Patricia Álvarez,* Alan Bonder,**
Paul Goldberg,*** Ana Ma.
Gutiérrez,**** David Bonder,*****
Esperanza Rosas ***

* Estudiante de la Maestría de Endodoncia. Instituto de Endometaendodoncia Yuri Kutler.
** Estudiante de 4to año de Medicina.
*** Cirujano Maxilofacial.
**** Cirujano Dentista.
***** Titular de asignatura de Patología Oral. Instituto de Endometaendodoncia Yuri Kutler.

Resumen

Se presenta un caso de un paciente del sexo femenino de 15 años de edad con una lesión radiológica en la región del tercer molar inferior sin dolor, sin parestesia y sin deformación facial. La paciente no tenía antecedentes patológicos de importancia a excepción de amigdalectomía. La paciente presentaba una lesión uniquística proveniente del tercer molar derecho y en la tomografía mostraba corticales bucal y lingual adelgazadas, preservando el borde inferior de la mandíbula con una lesión de 35 mm de diámetro mayor, se realizó biopsia diagnóstica encontrándose un ameloblastoma uniquístico. El tratamiento fue enucleación y curetaje con colocación de placa de fijación rígida.

Palabras clave: Ameloblastoma uniquístico.

Abstract

A case of a 15 year old female with a radiological lesion of the third inferior molar without pain, mass deformity or facial paresthesia. No pathological background were obtained with the exception of a previous amigdalectomy. The patient showed a unicystic lesion from de third molar on the right site and the CAT scan showed bucal and lingual cortical thinning preserving the inferior mandibular border. The lesion measured up to 35 mm in it's greatest diameter and a incisional biopsy was performed finding a unicystic ameloblastoma the treatment with enucleation and curettage followed by fixation with rigid plate was performed.

Key words: Unicystic ameloblastoma.

Introducción

Históricamente Falckson en 1879 describió por primera vez una lesión que le dio el nombre de ameloblastoma y Guzak refiere un tumor similar en 1826, pero es hasta 1968 cuando Brocca describe un tumor al cual le da el nombre de ameloblastoma.¹

El ameloblastoma es la neoplasia más común que afecta la mandíbula con 1% del total de todos los tumores de maxila y mandíbula y el 11% de los tumores odontogénicos. Es una neoplasia benigna de origen epitelial agresiva que puede originarse del órgano del folículo, del ligamento periodontal, el revestimiento de un quiste odontogénico o la lámina dental.²

Los ameloblastomas tienen un crecimiento invasivo y alta tendencia a la recurrencia. El rango de edad es de los 20 a los 50 años sin predilección de sexo o raza. Ochenta por ciento de los ameloblastomas se presentan en la mandíbula y exclusivamente en la región molar, frecuentemente asociados con piezas dentarias sin erupcionar, el restante 20% en la maxila o tuberosidad maxilar.²

Los ameloblastomas son neoplasias no encapsuladas, histológicamente tienen cinco patrones básicos: el folicular, plexiforme, acantomatoso, granular y basal, siendo la primera la más común en los diversos patrones, el estroma se encuentra compuesto por tejido maduro fibroconectivo. La forma folicular contiene islotes de elementos epiteliales en el estroma; la forma plexiforme contiene cordones de

elementos epiteliales en el estroma; la forma acantomatosa muestra distribución celular de tipo estriado; la forma granular muestra células epiteliales neoplásicas que contienen un citoplasma granular y la forma basal puede llegar a mostrar similitud al carcinoma basocelular de tipo columnar distribuido en capas.²

Los ameloblastomas se clasifican en 4 grupos: 1. Uniquísticos, 2. Sólidos o multiquísticos, 3. Periféricos y 4. Malignos.

1. Los unquísticos son esenciales, una lesión quística con proyecciones intraluminales o intramurales de su revestimiento. Radiológicamente son bien circunscritos de crecimiento lento y radiolúcidos. Microscópicamente existe la lesión quística con tres hallazgos.³

- Células columnares que sugieren ameloblastos en la capa basal celular.
- Núcleos hiperclorámicos con un citoplasma atípico, vacuolado atípico y polarizados de la lámina basal.
- Un retículo laxo estrellado simulando un revestimiento epitelial.

2. Los multiquísticos o sólidos pueden tener un crecimiento significativo, pueden infiltrar hacia estructuras adyacentes y tienen la habilidad de recurrir y hasta presentar metástasis.

Normalmente se presentan en edades avanzadas y la mayor parte de los casos en mandíbula. Radiológicamente puede ser variable con la excepción de la variedad desmoplástica, pero generalmente son uniloculares o multiloculares. Microscópicamente la lesión muestra variedad en sus patrones.⁴

3. El periférico es una versión de tejido suave del ameloblastoma intraóseo central, aparece en la mucosa alveolar, sin embargo el hueso puede estar envuelto debido a erosión secundaria, este tipo de tumor es poco frecuente.

4. La variante maligna es muy rara, Elzay y Corio et al., definen esta lesión como ameloblastoma que puede tener metástasis.

El ameloblastoma unquístico es una variante de las formas clinicopatológicas del tumor conocido como ameloblastoma. Robinson y Martínez son quienes describen por primera vez en 1977 el ameloblastoma unquístico como una entidad distinta por presentar cuadros morfológicos particulares. Gardner es quien hace la primera publicación en 1987 de un caso de un ameloblastoma unquístico plexiforme en el maxilar.⁵

Algunos otros autores opinan que dicha lesión se desarrolla a partir de los quistes odontogénicos preexistentes mientras que otros sostienen que emergen "de novo". Robinson y Martínez plantean que el ameloblastoma y los quistes odontogénicos tienen un aspecto co-

mún, la transición de un quiste no neoplásico pudiera ser una de las posibilidades.

Leider propuso tres mecanismos patogénicos del ameloblastoma unquístico:

1. Que se deriven del órgano de esmalte.
2. Que el epitelio plano estratificado de los quistes odontogénicos tenga o sufra una transformación ameloblastica, la cual entra dentro la teoría de la totipotencialidad, es decir, la capacidad de diferenciación celular a futuro. Los ameloblastomas asociados a folículos de dientes incluidos y/o quistes dentígeros después de los 30 años de edad.
3. Una forma sólida, la cual pueda degenerar o transformarse en una forma quística.⁵

El ameloblastoma unquístico se desarrolla con más frecuencia en la mandíbula en la zona posterior incluyendo la rama ascendente, aceptado por la mayoría de los autores. El 100% para McMillan, el 82.6% para Gardner y el 80% según Robinson y Martínez, la maxila es afectada en mucho menor proporción.³

En cuanto a la distribución por género no hay evidencia significativa para favorecer a uno u otro sexo, sin embargo hay autores que hablan de una preferencia hacia el sexo masculino.

La transformación ameloblastica temprana propuesta por Vickers y Gorling está dada por:

- Hipercromatismo nuclear, cambios celulares de los extractos basales del epitelio quístico.
- La distribución celular hacia la porción basal de sus núcleos en empalizada.
- La vacuolización del citoplasma polarización invertida de los núcleos basales (núcleos que se encuentran ubicados hacia el extremo de la célula).
- Las células suprabasales con pérdida de la cohesión, similar a las células poliedrinas del retículo estrellado del órgano de esmalte.
- La hialinización del tejido conectivo adyacente a la membrana basal.

El término ameloblastoma unquístico es atribuido a aquellas lesiones quísticas que se presentan en el contexto de su pared, revestidas de un epitelio determinado en este caso de un epitelio característico y sus características histológicas de su transformación ameloblastica como lo son:

1. Epitelio del quiste, el cual es homogéneamente ameloblastico.
2. Intraluminal a manera de ameloblastoma con proyecciones hacia la luz quística.

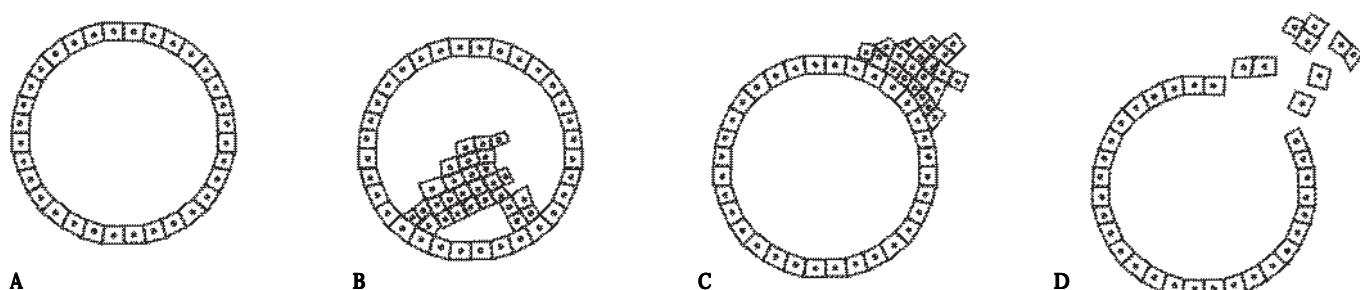


Figura 1. A. El borde epitelial es ameloblastico. B. El nódulo del ameloblastoma se proyecta hacia la luz. C. El ameloblastoma se polariza al tejido conectivo de la pared del quiste y D. Islas de ameloblastoma o de tejido de ameloblastoma en la pared de tejido fibroconectivo.

3. Las proyecciones ameloblásticas en la pared conectiva.
4. Islas de tejido ameloblastico que están presentes en la pared conectiva (Figura 1).^{1,4}

Radiológicamente el ameloblastoma uníquístico es una lesión unilocular que expande las corticales bucales y lingüales donde puede estar involucrado un molar o bien se identifica resorción de las raíces de los dientes adyacentes, los cuales se encuentran involucrados en la lesión, las cuales se han descrito.⁶

El diagnóstico está basado en la radiología y depende de la localización, ortopantomografías, tomografías computarizadas y resonancia magnética.⁶ Los hallazgos pueden presentarse desde la expansión de la lámina cortical, con preservación del nervio dentario inferior, con apariencia de pompas de jabón resorción radicular. La tomografía computarizada puede mostrar una lesión radiolúcida compuesta por una masa de tejido blando, extensión del tumor hacia las estructuras adyacentes y destrucción del hueso cortical. La resonancia magnética se piensa que no es muy útil, pero se utiliza para proveer información con respecto a la definición del borde y la consistencia del tumor. El diagnóstico del ameloblastoma es realizado en cortes histológicos, los cuales deben mostrar la presencia de epitelio ameloblastomoso el cual es identificado inequívocamente. El tratamiento, quirúrgico del ameloblastoma es la excisión quirúrgica de los bordes libres, mientras que el tratamiento de un ameloblastoma uníquístico intraluminal es la enucleación quirúrgica. Siendo el seguimiento de suma importancia para detectar a tiempo la posible recidiva.

Presentación del caso clínico

Se presenta un paciente del sexo femenino, de 15 años de edad al consultorio referida por un ortodoncista, el cual notó una lesión quística del tercer molar inferior. La paciente no refirió dolor, parestesia ni deformación facial. No se obtuvieron antecedentes patológicos dentro de la historia clínica a excepción de amigdalectomía. La

ortopantomografía mostró una lesión uníquística del tercer molar, la cual destruía las raíces del primero, segundo y tercer molar. La tomografía computarizada mostraba que las corticales se encontraban adelgazadas con la preservación del borde inferior de mandíbula, la lesión media 3.5 cm de diámetro mayor (Figura 2).

A la paciente se le实践ó una biopsia donde se extrajo un fragmento de tejido amarillento de consistencia semifirme que media hasta 0.4 cm de diámetro mayor que se incluyó en su totalidad para su estudio histológico. Los cortes microscópicos mostraron un ameloblastoma de tipo plexiforme, caracterizado por islas de células pequeñas neoplásicas cuboidales y columnares con núcleo bien distribuidas en forma reticular, con formación de espacios y degeneración quística.

De igual manera se identificaban áreas donde el revestimiento por el epitelio mostraba aplanamiento celular especialmente de células cuboidales (Figuras 3 y 4).

De acuerdo al diagnóstico se programó a la paciente para enucleación de la lesión, así como extracción de piezas dentarias involucradas por la lesión (tercero, segundo y primer molar inferior derecho) y preservando el nervio dentario inferior⁷ y colocando una placa de fijación rígida para evitar una fractura patológica posoperatoria, para terminar se llevó a cabo el cierre primario de la mucosa. El paciente desarrolló dehiscencia de la mucosa en el área de la sutura, exponiéndose la superficie superior de la lámina ósea lingual, la que se marsupializó por sí misma. La lesión cicatrizó adecuadamente (Figura 5).

Diagnóstico posoperatorio

Este confirmó a un ameloblastoma de tipo plexiforme, caracterizado por islas de células pequeñas neoplásicas cuboidales y columnares con núcleo bien polarizado distribuidas en forma reticular con formación de espacios y degeneración quística, de igual manera se identificaron áreas donde el revestimiento por el epitelio mostraba aplanamiento celular especialmente de células cuboides.

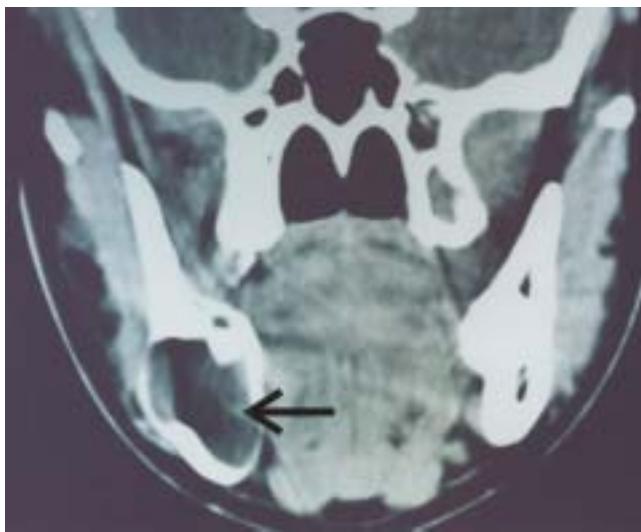


Figura 2. Tomografía que muestra el tamaño de la lesión.

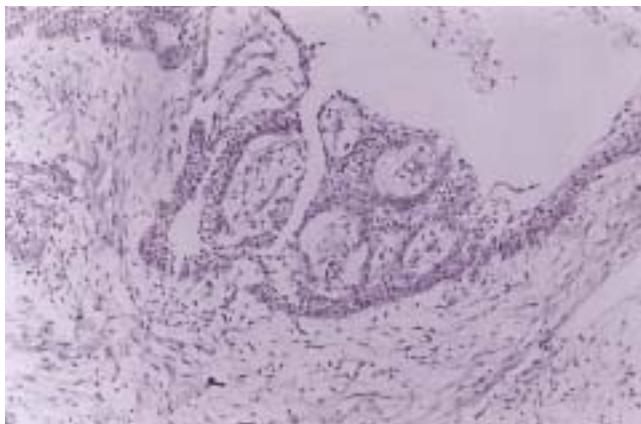


Figura 3. Aplanamiento de células cuboidales.

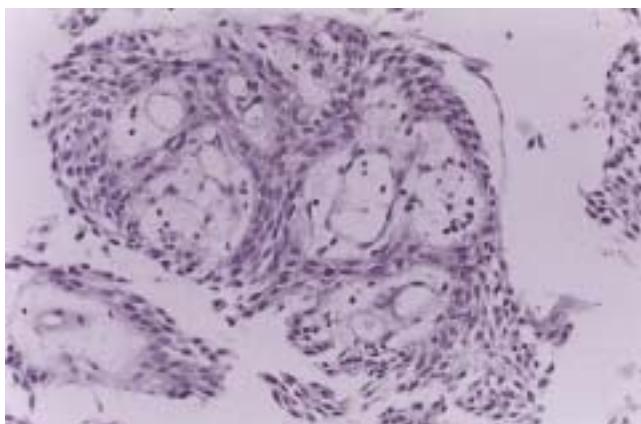


Figura 4. Aplanamiento de células cuboidales. (Figura 3) a mayor aumento.



Figura 5. Ortopantomografía posoperatoria que muestra la barra de fijación rígida.

Discusión y conclusión

El tener un diagnóstico preoperatorio de ameloblastoma es esencial para definir la elección del tratamiento más adecuado para los pacientes que presentan esta lesión, de igual manera para el tratamiento y el seguimiento de la misma.

Los ameloblastomas unquísticos deben de ser tratados por medio de la enucleación quirúrgica obteniendo un buen resultado en su mayor parte dependiendo de su variedad histológica. Es importante obtener una ortopantomografía en todo aquel paciente y es de importancia en pacientes en el rango de edad como en este caso, de esta manera disminuirá la posibilidad de una lesión quística en proceso y ser tratada con la técnica adecuada y oportunidad evitando un procedimiento agresivo que quizás se limite a la remoción de la lesión peridental y el diente involucrado, complicaciones como son fracturas patológicas y pérdida de la sensibilidad del dentario inferior.⁷

El comportamiento biológico de los ameloblastomas unquísticos son menos agresivos que los ameloblastomas clásicos intraóseos. La tasa de recurrencia es elevada, más del 25% en los casos tratados de forma conservadora.² En el informe de Philipsen y Richart sobre estas lesiones revelan propiedades infiltrativas en la mitad o dos terceras partes de los casos estudiados indicando un comportamiento agresivo. Los grupos histológicos que se relacionan con este hecho IIIa y IIIb, es por ello la importancia que juegan los marcadores inmunohistoquímicos de proliferación celular Li, PCNA (antígeno nuclear de proliferación celular), Ki-67. Los marcadores de PCNA han sido usados para evaluar la habilidad proliferativa en lesiones neoplásicas de distintos tipos.^{8,9}

El origen de este tipo de neoplasias que afectan la mandíbula son agresivos de origen epitelial y con un alto grado de recurrencia.

El ameloblastoma es un tumor benigno localmente invasivo con alta tendencia a recurrir, metastatizar e

inclusive llegar a transformación maligna. Tiene una alta tasa de recurrencia si no se remueve adecuadamente, pero recurrencias locales pueden ocurrir aun en pacientes que se han sometido a tratamiento subquirúrgico primario. Al recurrir estos tumores se vuelven más agresivos y la recurrencia suele depender de factores como:

- a. Método del tratamiento de la lesión primaria.
- b. La extensión de la lesión.
- c. El sitio de origen.

Histológicamente el tipo multiquístico tiene mayor tasa de recurrencia que el uniquístico se cree que se pueda deber a numerosas microextensiones de tumor que se han proyectado al hueso. El grado de recurrencia también varía dependiendo de los procedimientos usados, sin embargo, la incidencia seguida de resección radical es del 5 al 15%. El tratamiento de un ameloblastoma uniquístico intraluminal como el caso presentado es la enucleación quirúrgica y su seguimiento adecuado.^{10,11}

Bibliografía

1. Gardner DG. Controversies in the nomenclature, diagnosis and treatment of ameloblastoma. In: Worthint G, Evans JR. (EDS): *Controversies in Oral & Maxillofacial region surgery*. Philadelphia, Pa. Saunders, 1994: 301.
2. Adekeye EO, Lavery KM. Recurrent ameloblastoma of the maxillofacial region. *J Maxillofac Surg* 1986; 14: 153.
3. Ackerman GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: clinico-pathological study of 57 cases. *Journal of Oral Pathol* 1988; 17: 541.
4. Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma current status of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81: 383.
5. Gardner DG, Pecak AMJ. *The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles cancer*. 1980; 46: 2514.
6. Altini M, Colleman H, Kieser J et al. Three sonal computed tomography reconstruction in treatment planning for large ameloblastoma. *Oral Surg Oral Pathol* 1996; 81: 619.
7. Hayakawa H, Kayaharah, Sumida T, Tanika H. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ehime University School of Medicine, Onsengun, Japan mandibular intraosseous carcinoma coexisting with ameloblastoma. *J Oral Maxillofacial Surg* 2000; (58/4) 430-3.
8. Macalalad HR, Arribas M, Nicholoff TJ Jr. Division of Oral and Maxillofacial Surgery Residency Program, St Martin de Porres Charity Hospital Department of Dental Medicine unicystic ameloblastoma of the mandible conservative surgical management: A preliminary report of two cases. *J Philipp Dent Assoc* 1998-Dec, 1999-Feb; 50(3): 29-32.
9. Samson DE, Pogrel MA. Department of Oral and Maxillofacial Surgery University of California. San Francisco 94143-0440 y USA. Management of mandibular ameloblastoma: The clinical basis for a treatment algorithm. *J Oral Maxillofacial Surg* 57(9): 1074-7; Discussion 1078,9 Sep.
10. Ueta E, Yyoneda K, Ohno A, Osaki T. Department Oral Surgery, Kochi Medical School, Japan intraosseous carcinoma arrysing from mandibular ameloblastoma with progressive invasion and pulmonary metastasis. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 1996; 25(5): 370-2.
11. Chindia ML, Guthua SW, Mwaniki DL. Department of Dental Surgery. University of Nairobi, ameloblastoma. After surgical removal of and impacted mandibular molar a case report. *Int Oral Maxillofacial Surg* 1991; 20(2): 73-4.

Reimpresos:

Dr. Paul Goldberg
Palmas 745-307
Lomas de Chapultepec
Del. Miguel Hidalgo C.P. 11000
Este documento puede ser visto en:
www.medicgraphic.com/adm