

Ameloblastoma uníquístico plexiforme. A propósito de un caso.

Plexiform unicystic ameloblastoma. In relation to a case.

Carlos Pérez Ortiz,* Miguel Ángel Mercado Machado,** Jesús Mauricio Ayala Bernal***

RESUMEN

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico, de comportamiento localmente agresivo e infiltrante con alta capacidad de recidiva. Representa entre 11 y 13% de los tumores odontogénicos mandibulares y 1% de los tumores y quistes maxilomandibulares. El tratamiento debe orientarse de acuerdo con el potencial del tumor, las características del crecimiento según su variable clínica y el tipo histológico. Debe ser un tratamiento que asegure un mejor pronóstico para el paciente.

Palabras clave: Ameloblastoma uníquístico, plexiforme.

ABSTRACT

The ameloblastoma is a benign odontogenic tumor of epithelial origin with mature fibrous stroma, without odontogenic ectomesenchyme. It exhibits locally aggressive and invasive behavior, with a high level of recurrence. Ameloblastoma account for between 11 and 13% of mandibular odontogenic tumors, and 1% of maxillo-mandibular tumors and cysts. Treatment should be guided by the potential of the tumor and its growth characteristics based on the clinical variable and histological type, the preferred treatment being that which ensures the best prognosis for the patient.

Key words: Unicystic ameloblastoma, plexiform.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, Falckson describió por primera vez el ameloblastoma en 1879 y Guzak refirió un tumor similar en 1826; sin embargo, no fue hasta 1968 cuando Brocca describió un tumor al que nombra ameloblastoma.¹

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico. Se define como un tumor localmente agresivo e infiltrante con alta capacidad de recidiva. Representa entre 11 y 13% de los tumores odontogénicos mandibulares y 1% de los tumores y quistes maxilo-mandibulares.^{2,3} De crecimiento lento es más frecuente entre los 35 y 45 años de edad; no tiene predilección por sexo. Se localiza con más frecuencia

a nivel de la mandíbula con respecto al maxilar: el ángulo y la rama mandibular junto al área de los terceros molares son las localizaciones más afectadas. Radiográficamente se presentan como procesos osteolíticos con aspecto unilocular o multilocular y en general se observa imagen bien definida con abombamiento de corticales y rizólisis.^{3,4}

Se distinguen histológicamente cinco tipos: folicular, desmoplásico, acantomatoso, plexiforme y de células basales.⁵ El término plexiforme se refiere al aspecto de anastomosis de los islotes del epitelio odontogénico, en contraste con el tipo folicular.^{6,7} El ameloblastoma uníquístico es una variante de las formas clinicopatológicas de esta neoplasia (uníquisticos, sólidos o multiquisticos, periféricos y/o malignos).^{8,9}

Robbinson y Martínez son quienes describen en 1977 el ameloblastoma uníquístico por primera vez.^{9,10} Según Phillipsen y Reichart, los factores a considerar en la elección del tratamiento son: el tamaño y localización, características clínicas, tasa de crecimiento, relación con estructuras vecinas, histología, presentación clínica de la recurrencia, edad y condiciones generales del paciente, con preferencia por un tratamiento que asegure un mejor pronóstico del mismo.¹¹⁻¹⁴

* Especialista en Cirugía Maxilofacial, Adscrito del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

** Residente cuarto año de Cirugía Maxilofacial.

*** Residente tercer año de Cirugía Maxilofacial.

Hospital «Dr. Juan I Menchaca», Guadalajara, Jal. México.

Recibido: Junio 2015. Aceptado para publicación: Octubre 2015.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años de edad quien refiere que tres años previos a su ingreso inicia con sintomatología dolorosa y aumento de volumen en región maseterina y submandibular izquierda (*Figuras 1 y 2*).

Previa valoración del paciente se realiza biopsia incisional bajo anestesia local para estudio histopatológico,

arrojando como resultado neoplasia sugestiva de ameloblastoma uníquístico plexiforme.

Una vez obtenido el resultado histopatológico se solicitan estudios complementarios y de imagen para el adecuado manejo del caso (*Figuras 3 y 4*).

Se inicia protocolo quirúrgico de hemimandibulectomía con reconstrucción condilar, auxiliados con estereolitografía de maxilar y mandíbula para prediseñar material de osteosíntesis (*Figura 5*).



Figura 1.

Fotografía frontal en la que se aprecia el aumento de volumen en la región maseterina izquierda.



Figura 3.

Estudio de imagen de tomografía axial computarizada con reconstrucción que muestra la destrucción ósea a nivel de cuerpo y rama mandibular izquierda.



Figura 2. Aspecto clínico. Vista lateral.



Figura 4. Estudio complementario de estereolitografía. Nótese la destrucción ósea que causó la lesión.

Se realiza cirugía bajo anestesia general inhalada y balanceada, abordaje tipo Risdon seguido de hemimandibulectomía con sierra reciprocante, sin ninguna complicación transquirúrgica ni postquirúrgica (Figuras 6 y 7).



Figura 5. Predicción reconstructiva. Estereolitografía con placa de reconstrucción y prótesis condilar adaptada al cuerpo mandibular.



Figura 6. Se realiza marcado de abordaje tipo Risdon.

Se envía muestra para su estudio histopatológico corroborando diagnóstico previamente emitido (Figuras 6 a 8).

Se coloca placa de reconstrucción con cóndilo mandibular sistema 2.4 MEDARTIS fijada a cuerpo mandibular con tres tornillos sistema 2.4 × 12 mm (Figura 9). Se corrobora hemostasia y se reposiciona herida quirúrgica por planos.

Postquirúrgico de cuatro meses de evolución sin datos de recidiva. Se solicita estudio de imagen ortopantomográfica en la que se observa material de osteosíntesis de reconstrucción en posición y función (Figura 10).

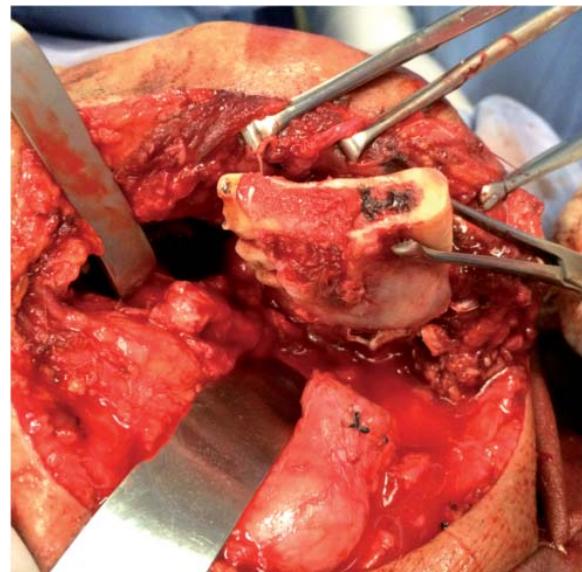


Figura 7. Osteotomía a nivel de cuerpo mandibular del lado izquierdo.



Figura 8. Pieza quirúrgica.

Actualmente el paciente muestra adecuada apertura oral y oclusión estable (Figuras 11 y 12).

DISCUSIÓN

El ameloblastoma es normalmente asintomático en sus fases iniciales y a menudo se observa como hallazgo durante una exploración radiográfica de rutina. Por lo general se presenta en la mandíbula, se diagnostica sobre todo entre la cuarta y quinta década de vida, sin existir predilección por género.^{1,3,4}

Es un tumor benigno con un alto índice de recidivas, siendo considerado por R. Marx como una de las cuatro lesiones más agresivas por sus características clínicas e histológicas, por lo que debe ser tratado con resección y márgenes de seguridad, razón por la cual el tratamiento quirúrgico radical es la primera elección.²

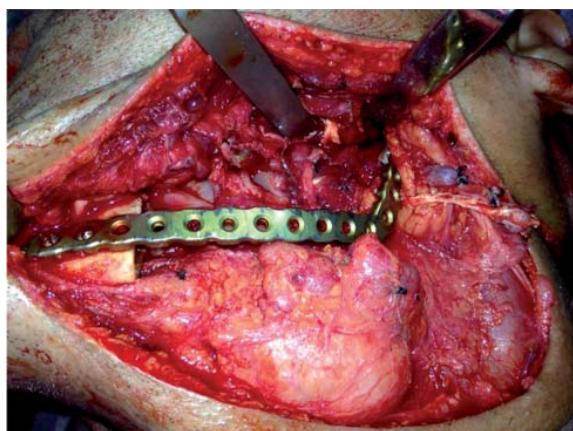


Figura 9. Placa de reconstrucción precontorneada en posición.



Figura 10. Ortopantomografía de control a las 24 horas para verificar que el material de osteosíntesis esté en posición y función.

El ameloblastoma plexiforme en su variante uníquística presenta epitelio ameloblastico en el contexto de la pared quística.⁷

El caso clínico expuesto presentaba un ameloblastoma con el subtipo histopatológico de crecimiento intramural, subtipo IIIa de Ackerman que invadía la cápsula y el



Figura 11.

Vista frontal post-quirúrgica del paciente.

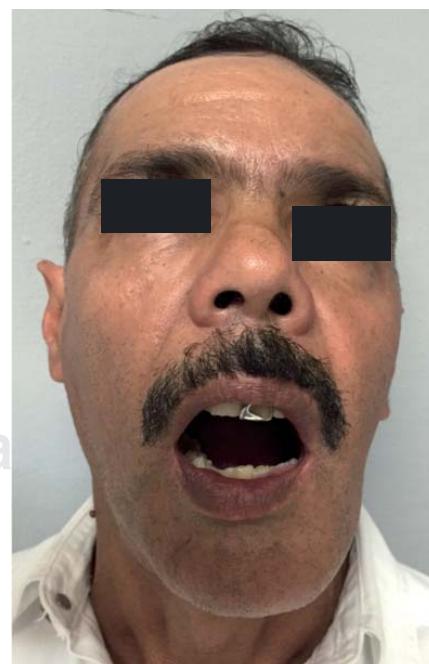


Figura 12.

Control postquirúrgico. Nótese adecuada apertura bucal de 28 mm.

tejido óseo subyacente. De acuerdo con la bibliografía, el tratamiento adecuado para este tipo de lesiones es el tratamiento radical.^{8,10}

En nuestra experiencia, no ha presentado recurrencia en nuestros pacientes con seguimiento de uno a siete años, lo cual confirma que la adecuada selección de procedimientos es vital para evitar que ésta aparezca.

En el plan de tratamiento debe incluirse la rehabilitación del paciente para devolverle la capacidad funcional, anatómica y estética.¹³ Para este fin se utilizan placas metálicas de reconstrucción que proporcionen mayor estabilidad.

CONCLUSIONES

En este tipo de neoplasia, ameloblastoma plexiforme, no existe un tratamiento estandarizado y cada caso tendrá que analizarse por separado. Es recomendable revisar las observaciones e indicaciones publicadas recientemente en la bibliografía científica. Actualmente el paciente está en protocolo para la toma y aplicación de injerto microvascularizado de peroné.

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. p. 301.
2. Marx RE, Diane Stern DDS. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment. Second edition. Miami, Quintessence Publishing Co, Inc., pp. 685-701.
3. Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis, Saunders-Elsevier Inc. 2009. pp. 702-708.
4. Chapelle KA, Stoelinga PJ, de Wilde PC, Brouns JJ, Voorsmit RA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004; 42 (5): 381-390.
5. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. 2nd ed. Berlin, Springerverlag; 1992; 9: 11-14.
6. Gardner DG, Corio RL. Plexiform unicystic ameloblastoma. A variant of ameloblastoma with a low-recurrence rate after enucleacion. Cancer. 1984; 53 (8): 1730-1735.
7. Cakur B, Caglayan F, Altun O, Miloglu O. Plexiform ameloblastoma. Erciyes Med J. 2009; (Suppl 1): S62-67.
8. Ackerman GL, Altini M, Shear M. The Unicystic ameloblastoma: clinic-pathological study of 57 cases. Journal of Oral Pathol. 1988; 17: 541.
9. Robinson L, Martínez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. Cancer. 1977; 40: 2278-2285.
10. Gardner DG, Pecak AM. The Treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. Cancer. 1980; 46 (11): 2514-2519.
11. Reichart PA, Phillipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3,677 cases. Eur J Cancer B Oral Oncol. 1995; 31B (2): 86-99.
12. Phillipsen HP et al. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. Oral Oncol. 1998; 34 (5): 317-325.
13. Becelli R, Carboni A, Cerulli G, Perugini M, Iannetti G. Mandibular ameloblastoma: analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 and 1998. J Craniofac Surg. 2002; 13 (3): 395-400.
14. Barnes L, Eveson JW, Reichardt P, Sidransky D, editors. World Health Organization Classification of Tumours: Head and Neck Tumours. IARC Lyon, Press, 2005.

Correspondencia:

Dr. Jesús Mauricio Ayala Bernal

Calle Francisco I. Madero Núm. 1489 Pte.,
Col. Jardines del Valle, C.P. 81245,
Los Mochis, Sinaloa, México.
Tel: 333 815-1991
E-mail: jm_ayalab@hotmail.com