



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 5, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2009 • pp. 95-98

Ameloblastoma uniquístico. Reporte de caso clínico

José Arturo Flores Espinosa,* Jovita Romero Flores,** Abel Fernando Millán Ochoa***

RESUMEN

El ameloblastoma uniquístico se encuentra dentro de un grupo de patologías tumorales agresivas; sus características clínicas han hecho que su tratamiento sea más conservador por la relativa facilidad de su resección; aun así, cada vez se utiliza menos el tratamiento conservador debido a una alta tasa de recidiva, por lo que se prefiere un tratamiento que asegure un mejor pronóstico para el paciente. En este caso, se presenta un seguimiento de 4 años que fue sometido a tratamiento conservador y menos mutilante para el paciente, por lo que dicha técnica de enucleación y curetaje aún puede utilizarse en dichos tumores, con un buen resultado, cuando se tiene un adecuado control postoperatorio del paciente.

Palabras clave: Ameloblastoma uniquístico.

SUMMARY

The ameloblastoma unicystic to belong to group of aggressive pathologies this characteristic clinics make their treatment be more conservative for easy relative of resection; even each time its less use the conservative treatment because have a high reappearance; the preference a treatment with better prognostic for the patient. In this case present a follow of 4 years, with a conservative treatment and with less mutilation for the patient; this technique of enucleation and curettage even can use in this tumors with good results.

Key words: Unicystic ameloblastoma.

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un crecimiento local, persistente en el área maxilofacial con capacidad de provocar deformidad notable antes de causar debilitamiento grave.¹

Los ameloblastomas son tumores de origen epitelial.² Las fuentes posibles son restos de Serres, restos de Malassez, epitelio reducido del esmalte, revestimiento epitelial de quistes odontogénicos.¹

Representan aproximadamente el 10% de los tumores odontogénicos mandibulares y el 1% de los

www.medicgraphic.com

* Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial.

*** Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial.

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

Dr. José Arturo Flores Espinosa

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, cuarto piso, Consulta Externa.
Avenida Cuauhtémoc Núm. 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc. 06725 México, D.F.

tumores y quistes maxilares y mandibulares; las transformaciones malignas o metástasis son extremadamente raras.³

Los ameloblastomas se caracterizan por un lento crecimiento, localmente agresivo; generalmente siguen un curso benigno en la mayoría de los casos.²

Se conocen tres variantes clínicas de los ameloblastomas: sólido o multiquístico en 86% de los casos, uniquístico en 13% de los casos, y la variante periférica en 1% de los casos.²

Marx menciona una nueva clasificación de acuerdo al grado de invasión y los divide en tres grupos:⁴

I. Ameloblastoma *in situ*

- a) Ameloblastoma mural
- b) Ameloblastoma intramural

II. Ameloblastoma microinvasivo

- a) Ameloblastoma microinvasivo intramural
- b) Ameloblastoma microinvasivo transmural

III. Ameloblastoma invasivo

- a) Ameloblastoma invasivo derivado de la superficie quística
- b) Ameloblastoma invasivo⁴

Características clínicas:

Es una lesión con un intervalo amplio en la edad de presentación; el promedio más frecuente es entre los 35 y los 45 años; no parece tener predilección por sexo; el área molar mandibular es la más afectada, seguido del área anterior mandibular y el área molar maxilar. Casi siempre son asintomáticos; los síntomas iniciales son movilidad dental y mala oclusión.¹

Radiográficamente, los ameloblastomas se presentan como procesos osteolíticos uni o multiloculares, con bordes bien definidos; se aprecia abombamiento de corticales y en ocasiones pueden causar resorción de raíces dentales.¹

Histológicamente, se distinguen cinco subtipos: folicular, desmoplásico, acantomatoso, plexiforme y de células basales, de los cuales el más común es el tipo folicular.^{2,6}

El tratamiento debe ser guiado considerando el potencial del tumor, las características de crecimiento de acuerdo a su variable clínica, el sitio anatómico de recurrencia, el tamaño del tumor y el tipo histológico.⁵

El rango de recurrencia es variable, dependiendo del tipo de tumor y de su tratamiento; no se conoce

recurrencia en cuanto al tipo intraluminal, y en cuanto al tratamiento, el «conservador» (quistectomía o enucleación) ha reportado hasta un 60% de recurrencia.³

CASO CLÍNICO

Masculino, de 56 años de edad, casado, de religión católica, originario y residente de México, D.F. Escolaridad: bachillerato. Refiere el antecedente de intervención quirúrgica de quiste en región palatina hace 20 años sin complicaciones.

El padecimiento lo inicia desde hace un año con dolor moderado a la palpación, a nivel de zona retromolar derecha con ligero aumento de volumen, sin evidencia de proceso infeccioso, sin movilidad dental.

En la exploración física extraoral (*Figura 1*) se aprecia ligero aumento de volumen a nivel de ángulo mandibular lado derecho.

En la fotografía intraoral (*Figura 2*) se observa aumento de volumen en zona retromolar lado derecho, con zona desdentada, prótesis parciales removibles funcionales, sin evidencia de proceso infeccioso.

Se toma estudio radiográfico (*Figura 3*) donde se observa lesión radiolúcida, bien delimitada a nivel de ángulo mandibular derecho, con expansión de corticales, sin relación con órgano dentario.

Se realiza punción y aspiración (*Figura 4*), de la cual se obtiene contenido líquido ámbar, característico de lesiones quísticas, con lo que se decide su programación para enucleación quística y curetaje, la cual se realiza bajo anestesia general (*Figura 5*).

Se reseca la lesión en su totalidad, la cual se muestra en la *figura 6*, donde se puede apreciar la cápsula quística del ameloblastoma.

Se realiza estudio histopatológico en donde se puede observar un corte con lente de 40X, en el cual se aprecia el epitelio odontogénico y la característica de plexiforme, (*Figura 7*).

Diagnóstico histopatológico: Ameloblastoma plexiforme acantomatoso uníquístico.

Radiografía de control (*Figura 8*) a un año del postoperatorio, en la cual se observa disminución del espacio ocupado por la lesión, así como la aposición ósea.

Radiografía de control a 4 años (*Figura 9*), en la cual se observa importante aposición ósea, sin evidencia de recurrencia de la lesión.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento de las patologías tumorales, como son los ameloblastomas, aún representa gran controversia, por lo que sigue siendo motivo de investigación. A través del tiempo se han desa-



Figura 1. Vista de frente.



Figura 5. Lecho quirúrgico.



Figura 2. Vista intraoral.

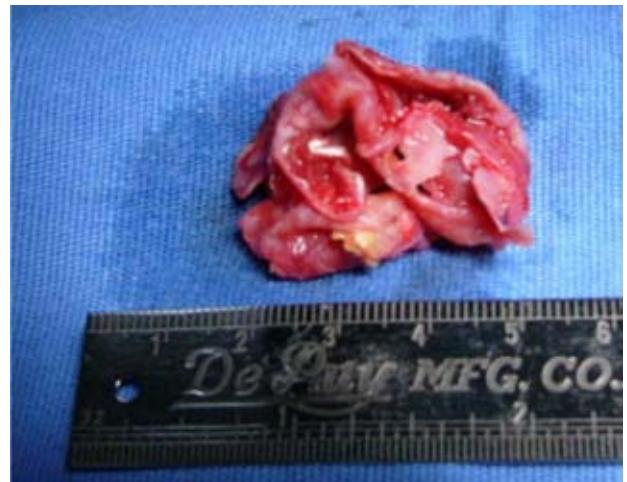


Figura 6. Espécimen.



Figura 3. Imagen radiográfica preoperatoria.



Figura 4. Aspiración.

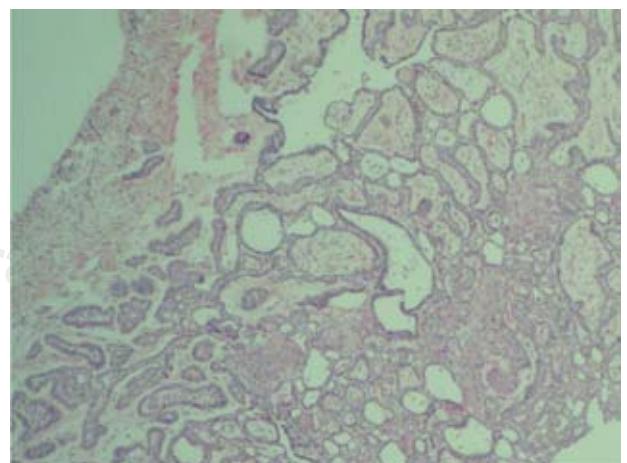


Figura 7. Estudio histopatológico.



Figura 8. Control postoperatorio a 1 año.

rrollado algoritmos o planes de tratamiento como el propuesto por G. Sammartino y colaboradores, mismo que se tomó como base para el tratamiento del caso presentado, el cual recomienda para lesiones sin perforación cortical y no de gran tamaño, resección conservadora.⁷

En dicho algoritmo también se recomienda el seguimiento por 10 años,⁷ aunque existen algunas publicaciones que documentan casos con recurrencia hasta de 35 años posterior a la reconstrucción mandibular.³

Dentro del campo de investigación sobre esta patología tumoral se ha dado gran auge al área molecular a fin de establecer un pronóstico sobre recurrencia lo más exacto posible para dichas lesiones; se ha encontrado la expresión del marcador inmunohistológico C10 relacionado a ameloblastomas sólidos mutiquísticos y asociados con mayor recurrencia,⁸ así como también la posible relación en la falta de regulación de la ameloblastina y la producción tumoral de ameloblastomas.⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Regezzi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. Correlaciones clínico – patológicas. Tercera edición, México, D.F., Editorial McGraw-Hill – Interamericana 2003.
2. Neville BW, Damm DD, Allen MC, Bouquot EJ. Oral and maxillofacial pathology. Second Edition, United States of America, ED. WB Saunders. 2002.
3. Eckardt MA, Okemuller KH, Flemming P, Schultze A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction. A review of twenty years, Journal of Crano-Maxillofacial Surgery 2009; 37: 36-41.
4. Marx ER, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment, Hong Kong, Ed Quintessense 2003.
5. Fonseca JR. Oral and maxillofacial surgery, volume five, United States of America, Ed. WB Saunders 2000.
6. Adebiyi EK, Ugboko IV, Ganiat O, Ndukwe OE, Oginni OF. Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population. Head & Face Medicine 2006; 2: 42.
7. Sammartino G, Zarrelli C, Urciuolo V, di Lauro AE, di Lauro F, Santarelli A et al. Effectiveness of a new decisional algorithm in managing mandibular ameloblastomas: A 10-years experience. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2007; 45: 306–310.
8. Iezzi G, Piattelli A, Corrado R, Artese L, Goteri G, Fioroni M et al. CD10 expression in stromal cells of ameloblastoma variants. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 105: 206-9.
9. Fukumoto S, Kiba T, Hall B, Ichihara N, Nakamura T, Langerrecker G. Ameloblastin is a cell adhesion molecule required for maintaining the differentiation state of ameloblasts. The Journal of Cell Biology 2004; 167 (5): 973–983.



Figura 9. Control postoperatorio a 4 años.