



Ameloblastoma uniuquístico intraluminal tratado mediante descompresión. Reporte de caso

Carlos J Licéaga Escalera,* Luis Alberto Montoya Pérez,**

Madeleine E Vélez Cruz,** Beatriz C Aldape Barrios,***

Emmanuel Antonio López González,**** Claudia Araceli Torres Urbina*****

RESUMEN

El ameloblastoma se define como un tumor localmente agresivo e infiltrante, con una alta capacidad de recidiva. Este comportamiento plantea la problemática de una opción conservadora o radical de tratamiento, con las alteraciones funcionales, estéticas y psicológicas que esta última implica. El ameloblastoma uniuquístico se describe como una lesión con cuadros morfológicos particulares, un comportamiento biológico menos agresivo que el ameloblastoma sólido y una menor recurrencia con terapia conservadora. Se presenta un caso clínico con el diagnóstico de ameloblastoma uniuquístico tratado mediante descompresión y seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: Ameloblastoma, descompresión, tratamiento conservador.

SUMMARY

Ameloblastoma is defined as a locally aggressive and infiltrating tumor with a high relapse capacity. This behavior raises the problem of a conservative or radical treatment option, with the functional, aesthetic and psychological alterations that the latter implies. Unicystic ameloblastoma is described as a lesion with particular morphological patterns, a less aggressive biological behavior than that of solid ameloblastoma, and less recurrence with conservative therapy. A clinical case is presented with the diagnosis of unicystic ameloblastoma treated with decompression and long-term follow-up.

Key words: Ameloblastoma, decompression, conservative treatment.

INTRODUCCIÓN

La descompresión, también conocida como «marsupialización» o «exteriorización» es una técnica conocida desde 1671, cuando Lean Scultet¹ la describió

para cambiar la presión que causaban los tumores líquidos.¹ Esta técnica se lleva a cabo con el fin de cambiar la presión hidrostática de lesiones quísticas;¹ se realiza una ventana ósea que comunica a la cavidad permitiendo el drenaje constante: esto

* Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

*** Patóloga Bucal, División de Estudios de Postgrado e Investigación, Universidad Nacional Autónoma de México.

**** Residente de cuarto año del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

***** Residente de segundo año del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

Correspondencia:

Claudia Araceli Torres Urbina

E-mail: dratorresurbina@hotmail.com

detendrá la expansión y habrá neoformación ósea, así como disminución en las dimensiones de la lesión.¹

El ameloblastoma es una de las neoplasias odontogénicas benignas más comunes;² la variante uniuíquística constituye del 5 al 22% de los ameloblastomas,^{2,3} es más frecuente en el género masculino, se presenta en la tercera y cuarta décadas de la vida.² Deriva de restos de Serres/Malassez, epitelio reducido del esmalte y revestimiento epitelial de quistes odontogénicos.⁴⁻⁷ Es un tumor localmente agresivo e infiltrativo, con una alta recidiva.⁸ Por su comportamiento agresivo e infiltrativo, la elección entre un tratamiento conservador o radical es compleja, considerando las alteraciones funcionales, estéticas y psicológicas que el segundo implica.⁴

Robinson y Martínez^{4,7} establecen los parámetros para el diagnóstico histopatológico del ameloblastoma uniuíquístico. Deben estar presentes las siguientes características en el espesor de las lesiones quísticas:

1. El epitelio del quiste es homogéneamente ameloblástico.
2. Tejido ameloblástico que se proyecta dentro del lumen quístico (aspecto descrito como luminal o intraluminal), sin evidencia de infiltración de la pared fibrosa del epitelio odontogénico.
3. Una o más proyecciones epiteliales ameloblásticas proliferan en el espesor de la pared conectiva; puede ser del tipo folicular o plexiforme y estar o no en contacto con el epitelio del quiste.
4. Islas de tejido ameloblástico están presentes en el interior de la pared conectiva, en contacto directo con el epitelio de un quiste aparentemente no neoplásico.

El tratamiento propuesto en la literatura para estos tumores es la resección en bloque, que consiste en el corte de un segmento de tejido óseo con márgenes de seguridad en los bordes para evitar la recurrencia; sin embargo, existen desventajas en los sentidos estético y funcional, y el impacto psicosocial es fuerte. Con los tratamientos conservadores,^{5,7} estas desventajas disminuyen. Por esto se optó por un tratamiento conservador en el caso clínico que se presenta; se describe el manejo quirúrgico empleado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de 19 años de edad que presenta aumento de volumen de cinco años de evolución, locali-

zado en la región de la rama mandibular, del lado izquierdo.

A la exploración intraoral, se observa aumento de volumen que va del cuerpo mandibular al borde anterior de la rama, causa expansión de corticales en la rama ascendente mandibular izquierda, desplaza el órgano dental 37 hacia la cara lingual mandibular; es asintomático, del mismo color que la mucosa adyacente, y presenta crepitación a la palpación.

Se realiza ortopantomografía, donde se observa una lesión radiolúcida que destruye corticales, de bordes bien definidos, asociada al órgano dental 38 y que se extiende del borde anterior de rama mandibular hacia el cóndilo, con pérdida de continuidad en la escotadura sigmoidea y apófisis coronoides (*Figura 1*).

En la tomografía tipo *cone beam*, se observa destrucción ósea desde el cuerpo mandibular izquierdo hasta la rama ascendente ipsilateral; sólo se encuentra conservado el borde posterior mandibular, así como corticales de la rama ascendente (*Figura 2*).

Inicialmente se realiza punción aspiradora para verificar el contenido de la cavidad: se confirma la presencia de líquido; se toma biopsia incisional. Se obtiene como diagnóstico ameloblastoma uniuíquístico mural (*Figura 3*).

Debido a la edad y posibilidad de control estrecho de la paciente, se decide tratar de forma conservadora mediante descompresión bajo anestesia general. Se realiza una incisión en el borde anterior de la rama ascendente (*Figura 4A*), se observa cavidad quística de contenido serohemático (*Figura 4B*), se extrae el órgano dental 38, se enuclea fácilmente el tejido que reviste la cavidad (*Figura 4C*) y se coloca tutor para lograr la descompresión, el cual se fija a la mucosa mediante *Nylon 3-0* (*Figura 4D*).

Se realiza un seguimiento postquirúrgico clínico durante ocho meses, bajo el siguiente protocolo: la primera semana, con lavados diarios a base de



Figura 1. Destrucción ósea importante con desplazamiento del órgano dental 38.

gluconato de clorhexidina al 0.12%; posteriormente, revisiones semanales con mismos lavados más seguimiento radiográfico mensual, donde se observa regeneración ósea progresiva del cóndilo, la apófisis coronoides y la rama ascendente mandibular (*Figura 5*), con evidente descompresión de la lesión. En la actualidad, la paciente se encuentra sin datos clínicos ni radiográficos de recurrencia.



Figura 2. Pérdida de tejido óseo en el cóndilo y la apófisis coronoides.

DISCUSIÓN

En datos epidemiológicos para la población mexicana, Ledesma y Montes⁹ han informado que el 63% de los ameloblastomas derivados de las poblaciones mexicanas y guatemaltecas fueron uniuquísticos,⁹ como en este caso.

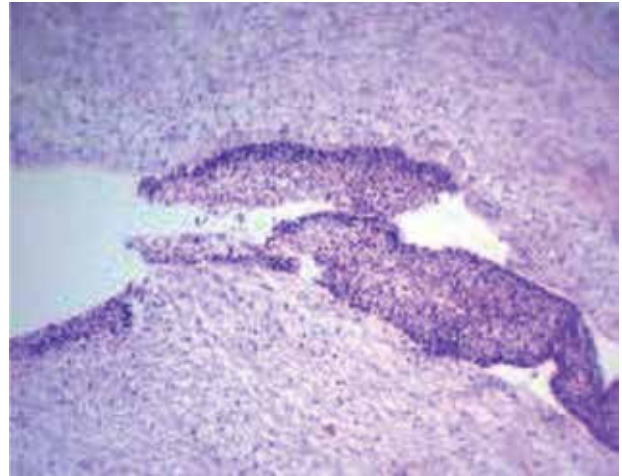


Figura 3. Cavidad revestida de epitelio ameloblástico, cápsula de tejido conectivo fibroso denso laxo, hemorragia reciente y hueso lamelar.

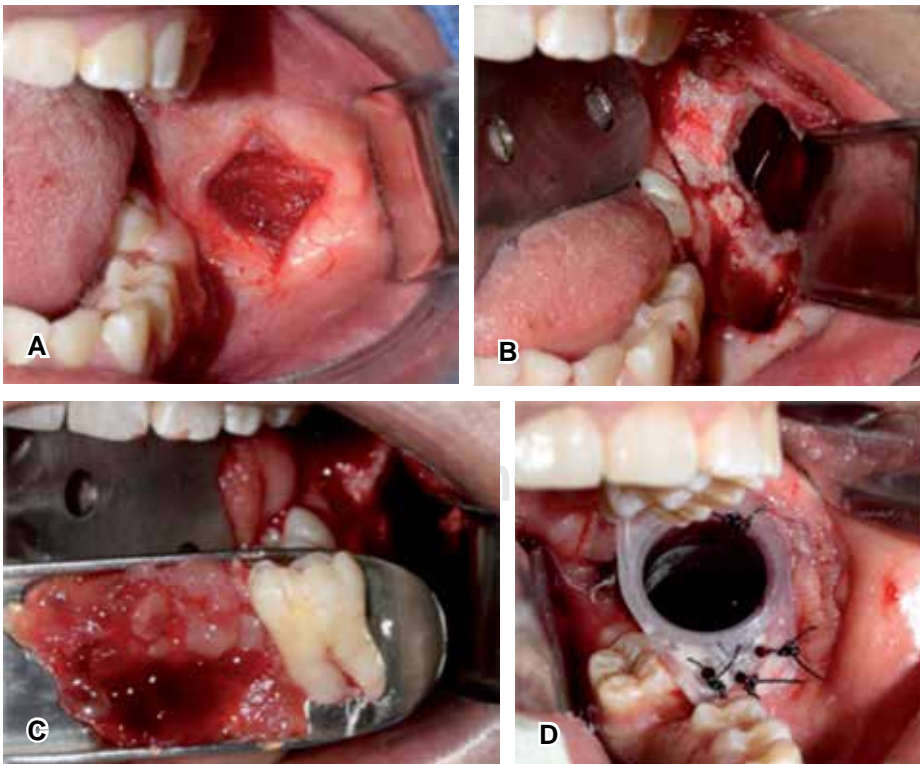


Figura 4.

Manejo quirúrgico. Jeringa de 10 cc adaptada como tutor.



Figura 5. Seguimiento a dos años.

Aparte de ser clasificados como entidades benignas, estos tumores pueden presentar crecimiento localmente infiltrante y producen destrucción ósea extensa e infiltración de los tejidos blandos circundantes.²

En una revisión de 3,677 casos, Reichart^{4,10} menciona que el subtipo unicístico tiene una edad de aparición más temprana en relación con los demás, y los casos se concentran entre la segunda y tercera décadas, motivo que nos lleva a tratar conservadoramente a los pacientes jóvenes.

De acuerdo al patrón histológico, Ackermann¹¹ estudia 57 casos de ameloblastomas unicísticos de crecimiento intramural (subtipos IIIa y IIIb de Ackermann), donde muestra una tasa de recurrencia de hasta 35.7%, frente a sólo 6.7% de los otros tipos de ameloblastomas unicísticos (subtipos I y II de Ackermann).¹¹

Otra de las ventajas de un tratamiento conservador contra un tratamiento radical es la disminución de comorbilidades de estructuras nerviosas. Argandoña Pozo y Espinoza Yañez⁹ reportan un caso con alteración en la sensibilidad; sin embargo, a los tres meses se recuperó completamente tratando de forma conservadora a la paciente.

A pesar de que la descompresión estuvo en desuso, se retomó con estudios de Pogrel,¹² Huang¹³ y Marker,¹⁴ que la señalan como una técnica quirúrgica para reducir las dimensiones de la lesión y evitar una cirugía extensa. Existen reportes de Lau y Samman¹³ que presentan casos de ameloblastomas tratados mediante descompresión, donde tres de ellos tuvieron una resolución completa.

CONCLUSIONES

En este caso, por sus características histológicas, el tratamiento radical era lo indicado; sin embargo, una resección inicial incluía necesariamente secuelas funcionales, estéticas y psicosociales importan-

tes; la edad de la paciente, la extensión de la lesión, más la posibilidad de brindarle control estrecho, nos motivó a efectuar un tratamiento conservador a partir de descompresión mediante tutor.

Se comprueba que la descompresión es un excelente tratamiento conservador; la elección del caso determinará el éxito del tratamiento. Es importante dar seguimiento a largo plazo tanto clínica como imagenológicamente para tener un control estrecho del caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro-Núñez J. Decompression of odontogenic cystic lesions: past, present, and future. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74: 104.e1-104.e9.
2. Filizzola AI, Ribeiro Bartholomeu-dos-Santos TC, Pires FR. Ameloblastomas: clinicopathological features from 70 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19 (6): e556-561.
3. Dunsche A, Babendererde O, Luttges J, Springer IN. Dentigerous cyst versus ameloblastoma: differential diagnosis in routine histology. *J Oral Pathol Med.* 2003; 32: 486-491.
4. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3,677 cases. *Oral Oncol Eur J Cancer.* 1995; 31B: 86-99.
5. Regezzi SJ. *Oral pathology, clinical pathologic correlations.* 5th ed. St Louis: Ed. Saunders Elsevier; 2008.
6. Torres-Lagares D, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, Gutiérrez-Pérez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 231-238.
7. Hong J, Yun PY, Chung IH, Myoung H, Suh JD, Seo BM et al. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36: 283-288.
8. Natri AL, Wiesenfeld D, Radden BG, Eveson J, Scully C. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 33: 28-32.
9. Argandoña Pozo J, Espinoza Yañez J. Ameloblastoma unicístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización de la bibliografía. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2011; 33 (2): 88-92.
10. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Lyon, Francia; 2005.
11. Ackermann GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases. *J Oral Pathol.* 1988; 17: 541-546.
12. Pogrel MA. Treatment of keratocysts. The case for decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63: 1667-1673.
13. Lau SL, Samman N. Recurrence related to treatment modalities 1,892 of unicystic ameloblastoma: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35: 681-690.
14. Marker P, Brøndum N, Clausen PP, Bastian HL. Treatment of large odontogenic keratocysts by decompression and later cystectomy: A long-term follow-up and a histologic study of 23 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996; 82: 122-131.