

Multimed 2018; 22(4)

JULIO-AGOSTO

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA  
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE CARLOS M. DE  
CÉSPEDES. BAYAMO. GRANMA.**

**Ameloblastoma mandibular. Análisis de 8 casos**

**Mandibular ameloblastoma. Analysis of 8 cases**

**MsC. Urg. Estomatol. Manuel Estrada Sarmiento,<sup>I</sup> MsC. Urg. Estomatol.  
Elmo Rodríguez Licea,<sup>II</sup> Esp. Cir. Maxilof. Arturo Lenes Licua,<sup>I</sup> Esp. Cir.  
Maxilof. Belkis Toledo Borbolla.<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

<sup>II</sup> Policlínico Edor de los Reyes Martínez. Jiguaní. Granma, Cuba.

**RESUMEN**

El ameloblastoma representa el segundo tumor odontogénico más común. Se caracteriza por su agresividad local, con una muy baja tendencia a metastatizar. Su pronóstico varía según el tratamiento empleado. Se presenta un estudio retrospectivo de las características clínico-patológicas de los ameloblastomas tratados por el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Granma, Cuba; entre los años 2014 y 2017, así como un análisis de los factores a tomar en cuenta para definir el procedimiento terapéutico.

**Palabras clave:** neoplasia de la boca, ameloblastoma, tumores odontogénicos.

**ABSTRACT**

Ameloblastoma represents the second most common odontogenic tumor. It is characterized by its local aggressiveness, with a very low tendency to metastasize. Your prognosis varies according to the treatment used. We present a retrospective

---

study of the clinical and pathological characteristics of the ameloblastomas treated by the maxillofacial surgery service of the Carlos Manuel de Céspedes Hospital in Bayamo, Granma, Cuba; between 2014 and 2017, as well as an analysis of the factors to be taken into account to define the therapeutic procedure.

**Key words:** mouth neoplasms, ameloblastoma, odontogenic tumours.

## INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es una neoplasia ontogénica de estirpe epitelial. Puede originarse a partir del órgano del esmalte, de los remanentes de la lámina dental, del epitelio de quistes dentígeros o, posiblemente, de las células basales del epitelio de la mucosa oral.<sup>1</sup>

Se han sugerido varios elementos como precursores de la lesión: diente incluido, quiste odontogénico, extracción dentaria, traumatismo externo o virus papiloma humano.<sup>2</sup> Ninguno de ellos se ha demostrado, aunque resulta interesante destacar que el 25 % de los ameloblastomas se asocian con un diente incluido.

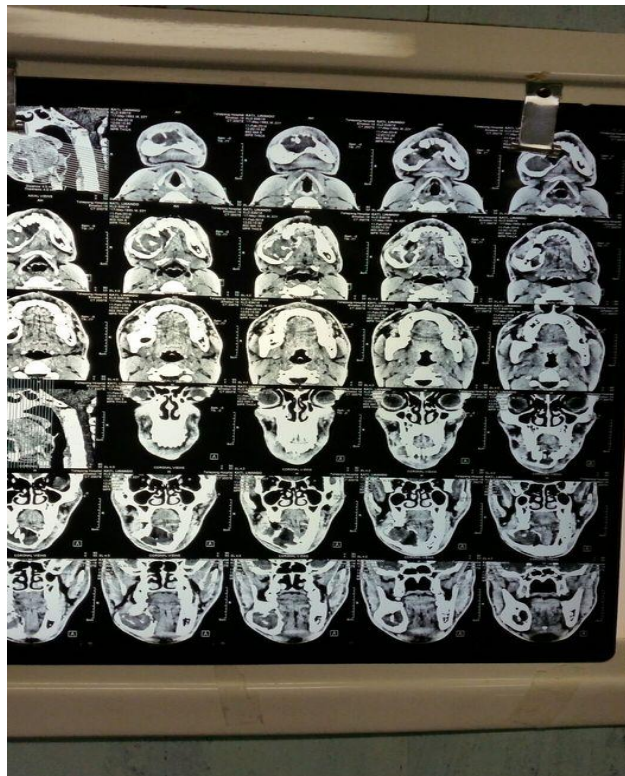
Epidemiológicamente el ameloblastoma, es el del tumor odontogénico más común, representando el 1 % de todos los tumores y quistes maxilares, el 11 % de todos los tumores odontógenos maxilares<sup>3-5</sup> y el 0.14 % de todas las neoplasias.

Presenta un claro predominio en mandíbula (80 %), sobre todo en ángulo y rama mandibulares y no se han encontrado diferencias significativas en razón de sexo ni de raza, aunque se ha sugerido un aumento en la incidencia de ameloblastomas en el este de África.

El estudio de la lesión suele iniciarse cuando el paciente acude con una tumoración de crecimiento lento, dolor, sobreinfección de la lesión, ulceración de la mucosa, pérdida o movilidad dentaria, parestesias del nervio dentario inferior, o simplemente como hallazgo radiológico casual. El estudio suele complementarse con pruebas de imagen: ortopantomografía, escáner o resonancia magnética (figuras 1 y 2).

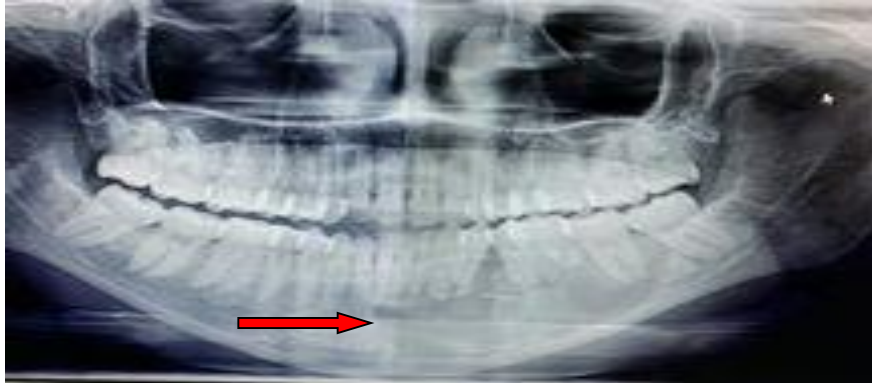


**Fig. 1.** Ortopantomografía que muestra lesión radiolúcida multilocular desde 48-33.



**Fig.2.** Tomografía axial computarizada de la figura 1.

Radiológicamente suele describirse como una lesión quística expansiva que adelgaza o erosiona la cortical ósea. Se han descrito 3 patrones radiológicos de esta lesión: unilocular, multilocular y en panal de abejas. A pesar de dicha clasificación, no se ha encontrado ninguna correlación radiológica con la edad, el sexo, el tipo histológico ni el comportamiento o agresividad del tumor. La reabsorción radicular es altamente sugestiva de ameloblastoma (figura 3).



**Fig. 3.** Ortopantomografía que muestra lesión radiolúcida multicilar desde 31-37.

El diagnóstico definitivo debe estar basado en el estudio anatomopatológico, el cual puede ser mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF)<sup>6</sup> o biopsia de la lesión.

La OMS incluye a los ameloblastomas dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico maduro, con estroma fibroso sin ectomesénquima odontogénico. Desde el 1992, dicha organización reconoció 3 variantes clínico-patológicas: ameloblastoma sólido, convencional o poliquístico (AS), ameloblastoma uniuquístico (AU) y ameloblastoma periférico (AP). Pero en 2005 se añadieron 2 nuevas variantes en la clasificación de la OMS: el patrón desmoplásico se escinde de la variante AS y forma el ameloblastoma desmoplásico (AD). Además, las lesiones que contienen áreas con patrón desmoplásico y otras con patrón sólido, se denominan lesiones híbridas o mixtas (AM).<sup>7</sup>

Paralelamente, debemos distinguir los ameloblastoma metastizantes (METAM) definidos como un ameloblastoma que, a pesar de su apariencia histológica benigna, metastatizan a nivel ganglionar regional y a distancia (por orden de frecuencia): pulmón, pleura, vértebras, huesos craneales, diafragma, hígado y parótida, bazo y riñones.<sup>8</sup> La incidencia reportada de METAM es del 2 %, aunque se sugiere que realmente es aún inferior y no deben confundirse con los carcinomas y los sarcomas ameloblásticos, que son dos entidades independientes de los ameloblastomas con mayor riesgo de metastatizar.<sup>9-11</sup>

El patrón de crecimiento de los ameloblastomas tiene implicaciones en las tasas de recurrencia y por tanto en la decisión del plan terapéutico.<sup>12</sup> Actualmente se

realizan estudios de marcadores de crecimiento y agresividad tumoral: p53, MDM2, Ki-67, PCN Ag, WNT5A, entre otros.<sup>13</sup>

La actitud terapéutica ante este tipo de neoplasia es compleja por su propensión característica a la recidiva, que surge de la posibilidad de dejar lesiones microscópicas periféricas y de la eventualidad de un origen pluricéntrico del tumor. El tratamiento recomendado del ameloblastoma es la resección con márgenes de seguridad amplios. Cuando está comprometido el proceso condilar, o que las tablas corticales estén perforadas y el borde basal destruido se realizara hemimandibulectomías con abordaje extraoral.

La reconstrucción ósea mediante un injerto autólogo se realiza en la mayoría de los casos tratados con resección segmentaria.<sup>14</sup>

Este estudio realiza un análisis epidemiológico, clínico, radiológico e histológico, y tipo de cirugía dentro de nuestra muestra en el área de atracción del hospital Carlos Manuel de Céspedes de pacientes diagnosticados como ameloblastoma de los maxilares.

## MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 8 pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Granma, Cuba, desde enero del 2014 a diciembre del 2017 con el diagnóstico de ameloblastoma de maxilar inferior.

Se recogen los datos del estudio clínico (edad, sexo, raza, presentación clínica), histológico [AS(poliquístico), AU(uniquístico), AP(periférico), AD (desmoplásico), AM( mixtos), METAM(metastizantes)], de imagen (localización, tamaño y patrón radiológico), tipo de cirugía: enucleación con legrado (exéresis de la lesión con raspado de la superficie ósea), resección parcelaria (se elimina parte del hueso pero manteniendo la continuidad del mismo) resección segmentaria (se reseca todo el sector del hueso afecto, perdiendo la continuidad ósea) y tipo de reconstrucción y evolución de cada paciente (recidiva o no).

## RESULTADOS

La edad media de los pacientes en el diagnóstico inicial es de 44 años, con un rango de edad de 20 a 75 años (20-75años), y en relación con el sexo 7 son

hombres y 3 mujeres en proporción de 2:3. En cuanto al municipio de origen, 4 son del municipio Bayamo y 6 de los restantes.

Todos los pacientes acudieron a las consultas externas o a las urgencias del Hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo. El síntoma principal en todos los pacientes fue la tumefacción indolora (80 %), un caso estuvo acompañado de parestesia (10 %) y otro de movilidad dentaria (10 %).

La localización de la lesión presentó un predominio claro por la mandíbula (100 %), las zonas más frecuentemente afectadas fueron el cuerpo mandibular en siete pacientes (70 %) con o sin afectación de espacios cercanos, seguidos del ángulo mandibular, dos pacientes (20 %) y la sínfisis con un paciente (10 %). En esta serie no tuvimos paciente con ameloblastoma de maxilar superior.

Con las pruebas de imagen obtuvimos el patrón de presentación radiológica: unilocular (50 %), multilocular (30 %) o en panal de abejas (20 %) el tamaño medio de la lesión fue de 3 cm x 1 cm, siendo la mayor de 5 cm x 1 cm y la menor de 1 cm x 1 cm (tabla 1).

En 1 de los pacientes (12.5 %) se halló una pieza dental incluida intraósea (figura 4).



**Fig.4.** Ortopantomografía de ameloblastoma con cordal incluido.

**Tabla 1.** Resumen de los casos clínicos y manejo quirúrgico.

Paciente	Edad	Sexo	Municipio	Clínica	Localización	Rx
1	47	M	Rio Cauto	Tumefacción	Cuerpo mandíbula derecha	Unilocular
2	75	F	Buey Arriba	Tumefacción	Cuerpo y ángulo mandíbula derecha	Unilocular
3	20	F	Bayamo	Tumefacción /Parestesia	Ángulo mandíbula izquierda	Unilocular
4	61	F	Bayamo	Movilidad dentaria	Mandíbula izquierda	Multilocular
5	58	M	Bayamo	Tumefacción	Mandíbula de 38-48	Panal de abeja
6	72	M	Guisa	Tumefacción	Mandíbula izquierda	Multilocular
7	47	M	Cauto Cristo	Tumefacción	Mandíbula derecha	Multilocular
8	75	M	Guisa	Tumefacción	Mandíbula izquierda	Unilocular

Los resultados histológicos obtenidos posteriormente a la cirugía fueron 2 casos de AS, 4 casos de AU ,2 casos de AP.

Para el tratamiento quirúrgico, se tuvo en cuenta el patrón histológico, tamaño y localización de la lesión. En todos los pacientes se realizaron resecciones segmentarias, 3 de las cuales fueron hemimandibulectomías.

En todos los casos en que hubo desarticulación o resección segmentaria se colocó una placa de reconstrucción para devolver la función mandibular, restablecer la posición de los remanentes óseos, mantener la oclusión y restaurar la inserción de los tejidos blandos (tabla 2).



**Tabla 2.** Resumen de los casos clínicos y manejo quirúrgico.

Tamaño(cm)	Cirugía	Histológico	Recidiva
3x1	Hemimandibulectomia + implante	Poliquístico	no
4x1	Resección segmentaria	uniquístico	no
1x1	enucleación+ legrado	uniquístico	no
4x3	Resección segmentaria + kilner	periférico	no
5x2	mandibulectomia + placa de acrílico	Poliquístico	no
4x3	Mandibulectomia + cresta iliaca	uniquístico	
3x1	Resección segmentaria	uniquístico	no
2,x 2	Hemimandibulectomia + kilner	periférico	no

## DISCUSION

Este estudio de casos atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial representa una serie no numerosa. El análisis de las características de los pacientes y de los tumores tratados permite conocer las particularidades de la población que se atiende en el área de atracción y evaluar la ejecución y los resultados de nuestro protocolo de tratamiento.

Al analizar los resultados, respecto a la edad, estos pacientes se encuentran dentro de los límites que la literatura marca como usuales para la aparición de esta entidad patológica,<sup>13-15</sup> la edad de aparición fue menor en los ameloblastomas unicísticos que en los sólidos. La mayor parte de los autores no apuntan diferencias respecto al sexo, aunque la mayor parte de los pacientes fueron varones.

Respecto a la clínica encontrada fue la típica en este tipo de afección: la tumefacción en todos los casos con la aparición de otros accidentes (sangrado, dolor, etc.).<sup>16</sup>

La localización más frecuente de estos tumores correspondió a la región posterior del cuerpo mandibular, pero en un 25 % de las muestras estos tumores se extendían, además, hacia la rama ascendente de la mandíbula.

En la muestra analizada, se obtuvo una mayor incidencia de ameloblastoma unicístico (50 %), que contrasta con los datos reportados en la literatura. Reichart et al.,<sup>17</sup> en su revisión de 3,677 ameloblastoma, encontraron que la variante sólida



o multiquistica es la más común, en un 92 % de los casos, mientras que el ameloblastoma uniuquistico representó un 6 %. Buchner et al., en su estudio de 1,088 tumores odontogénicos, reportaron una incidencia de 54 % de ameloblastomas sólidos y 46 % de uniuquisticos.<sup>6</sup>

El tratamiento recomendado del ameloblastoma es la resección con márgenes de seguridad amplios. En los casos en que se comprometía el proceso condilar, que las corticales se encontraban perforadas y el borde basal destruido, se realizó hemimandibulectomías con abordaje extraoral.

La reconstrucción ósea mediante un injerto autólogo se realiza en la mayoría de los casos tratados con resección segmentaria, aproximadamente 6 meses después de la exéresis del tumor, esto con el fin de corroborar los márgenes libres, permitir la remisión del proceso inflamatorio agudo y residual y la cicatrización de las heridas quirúrgicas. La zona donadora utilizada con mayor frecuencia es la cresta ilíaca anterior, permitiendo obtener un volumen suficiente de hueso autólogo cortico esponjoso con una baja tasa de morbilidad.

El manejo de loa ameloblastoma finaliza con un control posoperatorio estricto, primero para evitar complicaciones postquirúrgicas inmediatas y mediatas, y posteriormente para detectar alguna recidiva lo más pronto posible. Los pacientes se citan semanalmente en el primer mes postoperatorio, posteriormente cada mes por 6 meses, luego cada 6 meses por un año y finalmente mediante controles anuales, los cuales incluyen examen clínico y radiográfico.

## CONCLUSIONES

El tratamiento que deben recibir los ameloblastoma es un tema de controversia entre los especialistas. Para tomar una decisión adecuada debemos considerar los siguientes factores: tipo histológico, localización anatómica dimensiones del tumor, edad y condiciones físicas y expectativas del paciente. El plan de tratamiento de los ameloblastoma debe ser determinado por una evaluación detallada de las características individuales del paciente y del tumor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ghandhi D, Ayoub AF, Pogrel MA, MacDonald G, Brocklebank LM, Moos KF. Ameloblastoma: A surgeon's dilemma. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64(7):1010-4.

2. Correnti M, Rossi M, Avila M, Perrone M, Rivera H. Human papillomavirus in ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010; 110(3): e20-4.
3. Valls A, Montané E, Bescós C, Saez M, Munill M, Alberola M. Manejo quirúrgico del Ameloblastoma. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac* [Internet]. 2012 [citado 14 May 2017]; 34 (3): 98-104. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-oral-maxilofacial-300-articulo-manejo-quirurgico-del-ameloblastoma-S1130055812000342>.
4. Sampson DE, Pogrel MA. Management of mandibular ameloblastoma: the clinical basis for a treatment algorithm. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999; 57(9): 1074-7.
5. 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.
6. Vargas Soto G, Liceaga Reyes R, Trujillo Fandiño JJ, Carlos Liceaga Escalera C. Tratamiento de los ameloblastomas. Análisis de 26 casos. *Rev Mex Cir Bucal Maxilof* [Internet]. 2010 [citado 14 May 2017]; 6(2): 66-72. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2010/cb102g.pdf>.
7. Pogrel MA, Schmidt BL. Reconstruction of the mandibular ramus/condyle unit following resection of benign and aggressive lesions of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(4): 801-4.
8. Flores Espinosa JA, J Romero Flores J, Millán Ochoa AF. Ameloblastoma uniuquístico. Reporte de caso clínico. *Rev Mex Cir Bucal Maxilof* [Internet]. 2009 [citado 14 May 2017]; 5(3): 95-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2009/cb093d.pdf>.
9. Zamorano R, Rocha L, Núñez C, Espínola D, Haito Y, González M. Ameloblastoma mandibular muy agresivo. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2008 [citado 14 May 2017]; 60(4). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262008000400014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000400014).

- 
10. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, et al. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36(1): 20-5.
11. Sivapathasundharam B, Einstein A, Syed RI. Desmoplastic ameloblastoma in Indians: Report of five cases and review of literature. *Indian J Dent Res [Internet].* 2007 [citado 14 May 2017]; 18(4): 218-21. Disponible en: <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2007;volume=18;issue=4;spage=218;epage=221;aulast=Sivapathasundharam>.
12. 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(4): 283-8.
13. Eckardt MA, Okemuller KH, Flemming P, Schultze A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction. A review of twenty years. *J Craniomaxillofac Surg.* 2009; 37(1): 36-41.
14. Morales Navarro D. Ameloblastoma. revisión de la literatura. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2009 [citado 14 May 2017]; 46(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300006).
15. 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. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 45(4): 306-10.
16. Ramos Perfecto D. Ameloblastoma. Caso clínico. *Odontol Sanmarquina [Internet].* 2008 [citado 14 May 2017]; 11(1): 32-4. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2008\\_n1/pdf/a10v11n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2008_n1/pdf/a10v11n1.pdf).
17. Reichart PA, Philipsen HP, Sciubba JJ. The new classification of head and neck tumours (WHO): any changes? *Oral Oncol.* 2006;42(8):757-8.

Recibido: 3 de mayo de 2018.

Aceptado: 14 de junio de 2018.

*Manuel Estrada Sarmiento*. Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo.  
Granma, Cuba. E-mail: [mesarmiento.grm@infomed.sld.cu](mailto:mesarmiento.grm@infomed.sld.cu).