

Introducción

Los tumores de la cavidad oral pueden clasificarse en odontogénicos y no odontogénicos. Dentro del primer grupo se encuentra el ameloblastoma que es un tumor benigno pero que puede llegar a presentar un comportamiento local agresivo.^{1,2} Es un tumor relativamente raro, descrito por primera vez en el año 1868 por Broca³ y Falkson completó la primera descripción histológica detallada en 1879. Malassez⁴ en 1885 introduce el término de adamantinoma, que luego fue abandonado. Desde entonces se han empleado numerosos sinónimos para referirse a estos tumores, hasta la actual denominación de ameloblastoma.⁴ La Organización Mundial de la Salud lo define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso y se clasifica dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico.⁵ En la mayoría de los casos se localiza en el maxilar inferior, el 70% en la rama ascendente, el 20% en la región premolar y el 10% en la región anterior.⁶

Son frecuentes entre la cuarta y quinta década de la vida sin predilección por el sexo.⁷

Esta entidad clínica es de crecimiento lento, en etapas tempranas no aparecen signos y síntomas, aunque esporádicamente ocasiona alteraciones, tales como: obstrucción nasal, epistaxis y trismos, pero cuando el tumor evoluciona y se hace notorio el paciente presenta asimetría y deformidad facial.⁸

Otra presentación del ameloblastoma, aunque infrecuente, es el ameloblastomametastásico. La metástasis afecta principalmente órganos como el hígado y el pulmón y suele verse como consecuencia de remanentes de un ameloblastoma anterior o un quiste dentígero, los cuales han recurrido.⁹

Effiom et al,¹⁰ estiman que desde el punto de vista histico presenta tejidos de estructuras dentales, constituido por epitelio con un estroma fibroso y muestra variaciones, entre las cuales figuran: ameloblastoma folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulosas y basales. Por su parte, Reichart et al,¹¹ describieron la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la cual lo distingue histológicamente en: desmoplásico, uniuístico, multiuístico o sólido, extraóseo o periférico.

Los diagnósticos diferenciales a considerar frente al ameloblastoma, implican el quiste dentígero, tumor odontogénico-querratoquístico, mixoma, tumor de Pindborg, granuloma central de células gigantes y carcinoma ameoblástico, entre otros.^{12,13}

Se desconocen factores desencadenantes o los estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoplásica de estas estructuras epiteliales. Algunos autores afirman que esta neoplasia es con frecuencia posterior a extracciones dentales quistectomías o a otros traumatismos.¹⁴ Son asintomáticos y se diagnostican por lo general cuando han crecido unos centímetros. No es frecuente que provoquen síntomas de compresión nerviosa pero puede observarse movilidad y desplazamiento dentario.

Existen cuatro patrones: Uniuístico; Sólido (multiuístico); Extraóseo, (periférico) y Desmoplásico; en dependencia de ello, de la edad, localización y tamaño del tumor se plantea el tipo de tratamiento.¹⁵

La imagenología juega un importante papel en el diagnóstico de este tumor pues puede corroborar mediante diversos estudios su existencia e incluso sugerir la variedad del mismo.

Se presenta un caso de un paciente de 38 años de edad que acude con aumento de volumen de la rama derecha del maxilar inferior, el cual ya había sido atendido con anterioridad por un absceso en ese lugar, lo que resalta la importancia de considerar este diagnóstico. Se le realizaron diversos estudios imagenológicos, dando como resultado la existencia de un tumor, sospechándose un ameloblastoma el cual fue confirmado por histología.

Caso clínico

Paciente masculino de 38 años de edad, raza negra, con historia de salud anterior que refirió que había recibido atención estomatológica hacía dos meses por un supuesto absceso del lado derecho del maxilar inferior.

Al examen físico se constató aumento de volumen de dicha área no acompañada de signos flogísticos.

El paciente no mejoró con el tratamiento impuesto y acudió a los servicios de Imagenología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" con la indicación de realizarse un ultrasonido de partes blandas de dicha región.

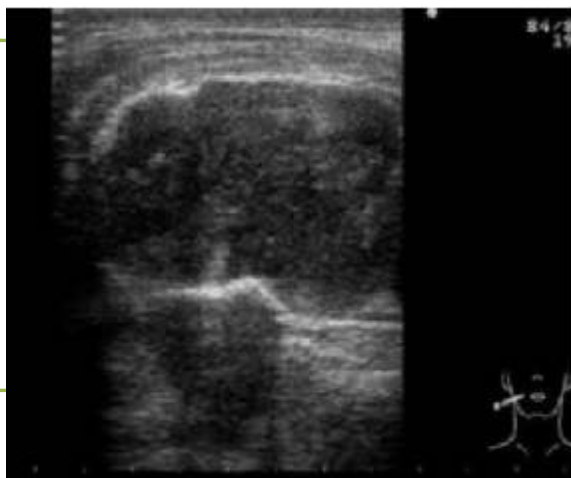


Figura 1.
Ultrasonido de partes blandas: Se observa imagen sólida, homogénea, que rompe la cortical del hueso a ese nivel.

Con estos resultados se decide realiza ultrasonido Doppler:

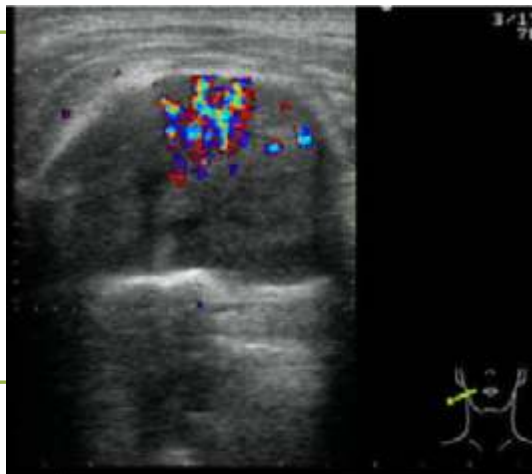


Figura 2.
Ultrasonido con efecto Doppler color: La masa está moderadamente vascularizada.

A continuación se le realizaron los siguientes estudios imagenológicos para corroborar el hallazgo ultrasonográfico:

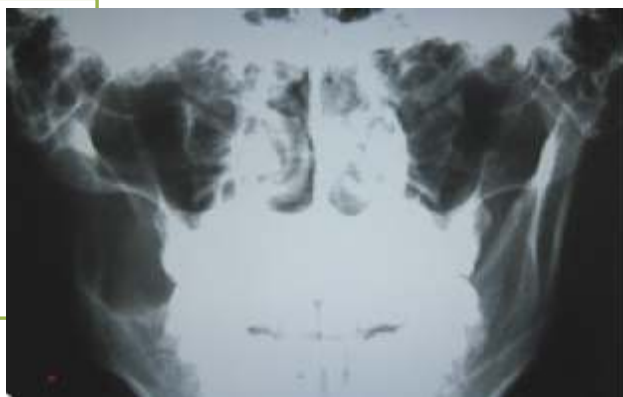


Figura 3.
Radiografía de senos paranasales en posición de Waters: Se observa lesión osteolítica de bordes bien definidos en la rama derecha del maxilar inferior.



Figura 4.
Ortopantomografía: Se visualiza la existencia de la lesión osteolítica antes descrita.



Figura 5.
Tomografía axial computarizada: Existencia de una osteólisis de la rama derecha del maxilar inferior que rompe la cortical del hueso y se asocia a aumento de volumen de las partes blandas vecinas.

Se realizó punción de la zona sin obtener ningún contenido útil para muestra, por lo que se planificó realización de biopsia incisional bajo anestesia local y la muestra fue sometida a estudio histopatológico; el cual informó: Ameloblastoma Folicular. El tratamiento definitivo realizado fue la resección mandibular del segmento asociado a la lesión, por vía extra oral; tomando márgenes de seguridad de un centímetro aproximadamente en cada extremo de la neoplasia, con cauterización de los bordes de sección quirúrgica y colocación de placas de estabilización funcional con tornillos bicorticales. En el bloque quirúrgico fue incluido el canal mandibular. Hasta la fecha no ha habido recidiva.

Discusión

El ameloblastoma, como ya se había hecho referencia anteriormente, es más frecuente en el maxilar inferior, según ha sido señalado y nuestro caso coincide con esa localización. La presentación de esta entidad suele ocurrir en edades medias de la vida y no se observan diferencias significativas relacionadas con el sexo. La clínica apunta, generalmente a la presencia de tumefacción acompañada de otros síntomas y signos como dolor, sangramientos, entre otros.¹⁶

La variedad anatomopatológica de la lesión estudiada correspondía a la variedad uniuística la cual fue descrita por primera vez en el año 1977 y que se ha caracterizado además de su histología, por presentarse en una edad más temprana que las otras variedades¹⁴ y una capacidad de recidiva menor.¹⁷

El enfoque imagenológico nos lleva a descartar otras lesiones no odontogénicas que puedan presentarse como una lesión osteolítica¹⁸, ya sean pseudotumores, benignas o malignas. Entre las lesiones pseudotumorales podemos mencionar el quiste óseo aneurismático que lo descartamos por la presencia de múltiples tabiques en su interior y el tumor pardo del hiperparatiroidismo¹⁹, asociado a otras manifestaciones óseas en pacientes con insuficiencia renal²⁰. Si pensamos en lesiones benignas se encuentra el tumor de células gigantes como diagnóstico a descartar.

Las lesiones malignas las podemos clasificar en primarias y secundarias. En el primer grupo valoramos la posibilidad de un tumor de células gigantes en su variedad maligna, un osteosarcoma y condrosarcoma en su variedad lítica y el fibrohistiocitoma maligno²¹. Dentro del grupo de lesiones secundarias se encuentran las metástasis y el mieloma.

La presencia de esta entidad en el paciente estudiado destaca la importancia de considerar este diagnóstico ante cualquier paciente que acuda a consulta con la apariencia de un absceso.

Bibliografía

- 1.-Kramer, I., Pindborg, J., Shear, M. Histological typing of odontogenic tumors. Berlin, Springer, 1992.
- 2.-Gold, L., Upton, G.W., Marx, R.E. Standardized surgical terminology for the excision of lesions in bone: an argument for accuracy in reporting. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 1214-7.
- 3.-Di Cosola, M., Turco, M., Bizzoca, G., Tavoulari, K., Capodiferro, S., Escudero-Castaño, N. El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *AvOdontostomatol* [revista en la Internet]. 2007 Dic 2012; 23(6): 359-373. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852007000600003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852007000600003>. Consultado 2 de junio de 2012
- 4.-Bologna-Molina, R., Mosqueda-Taylor, A., López-Corella, E. Syndecan-1 (CD138) and Ki-67 expression in different subtypes of ameloblastomas. *Oral Oncology*. 2008;44(8):805-11.
- 5.-Migaldi, M., Sartori, G., Rossi, G., Cittadini, A., Sgambato, A. Tumor cell proliferation and microsatellite alterations in human ameloblastoma. *Oral Oncology*. 2008;44(1):50-603.
- 6.-Pizer, M.E., Page, D.G., Svirsky, J.A. Thirteen-year follow-up of large recurrent unicystic ameloblastoma of the mandible in a 15-year-old-boy. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60:211-5.
- 7.-Morales, N.D. Ameloblastoma. Revisión de la literatura. *Rev Cubana Estomat* 2009; 46(3) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_3_09/est06309.htm Consultado 2 de junio de 2012.
- 8.-Adeline, V., Dimba, E., Wakoli, K., Njiru, A., Awange, D., Onyango, J., Chindia, M. Clinicopathologic features of ameloblastoma in Kenya: a 10-year audit. *J Craniofac Surg*. 2008; 19(6):1589-93.
- 9.-Pogrel, M., Montes, D. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 38(8):807-12.
- 10.-Effiom, O., Odukoya, O. Desmoplastic ameloblastoma: analysis of 17 Nigerian cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 111(1):27-31.
- 11.-Reichart, P., Philipsen, H., Sciubba, J. The new WHO classification of tumors of the head and neck. What has changed? *Mund Kiefer Gesichtschir*. 2006; 10(1):1-2.
- 12.-Castro Silva, I.I., Israel, M., Lima, G., de Queiroz Chaves, L.S. Difficulties in the diagnosis of plexiform ameloblastoma. *Oral Maxillofac Surg*. 2012; 16(1):115-8.
- 13.-Cankurtaran, C., Branstetter, B., Chiosea, S., Barnes, E. Best cases from the AFIP: ameloblastoma and dentigerous cyst associated with impacted mandibular third molar tooth. *Radiographics*. 2010; 30(5):1415-20.
- 14.-Andeson, T. Orofacial tumors. *West Indian Med Journal*. 2006;55(5):434-9.
- 15.-Leider, A.S., Eversole, L.R., Barkin, M.E. Cystic ameloblastoma. A clinicopathologic analysis. *Oral Surg* 1985;60:624-30.
- 16.-Gardner, D.G. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 1996; 82:660-9.
- 17.-Colmenero, B., Sandova, J.J., Patrón, M. Ameloblastomas. Generalidades. *Rev Iberoam Cir Oral y Maxilof* 1984;6:193-200.
- 18.-Williams, T.P. Management of ameloblastoma: A changing perspective. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:1064-7.
- 19.-Gardner, D.G. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42:161-6.
- 20.-Nakamura, N., Mitsuyasu, T., Higuchi, Y., Sandra, F., Ohishi, M. Growth characteristics of ameloblastoma involving the inferior alveolar nerve. A clinical and histopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91:557-62.
- 21.-Neville, B. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Third edition. Saunders-Elsevier, 2009.