

CIENCIAS QUIRÚRGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Hospital Clínico- Quirúrgico "Freyre de Andrade"

Ameloblastoma Folicular. Presentación de un caso

Follicular Adamantinoma. A case report

Yamina Sarracent Valdés^I, Dayana Díaz Díaz^{II}, Orlando Martín Caraballo^{III},
Pedro Beritán Castillo^{IV}

^I Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. *Master* en Atención Urgencias Estomatológicas. Asistente. Hospital Clínico-Quirúrgico "Freyre de Andrade". La Habana, Cuba. e.mail: yaminasar@infomed.sld.cu

^{II} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". e.mail: dayanadiaz@infomed.sld.cu

^{III} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Clínico-Quirúrgico "Freyre de Andrade". e.mail: omartin@infomed.sld.cu

^{IV} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Clínico-Quirúrgico "Freyre de Andrade".

RESUMEN

Introducción: el Ameloblastoma es un tumor odontogénico con presentación clínica e histológica muy variable.

Objetivo: mostrar una modalidad de ameloblastoma con variante clínica poco frecuente.

Presentación del caso: presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 33 años de edad, tratado en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Freyre de Andrade", por presentar lesión de aspecto tumoral en cavidad bucal de 5 meses de evolución. Los resultados de los exámenes complementarios, incluida biopsia, confirmaron que se trataba de un ameloblastoma folicular. Se realizó la remoción del tumor realizando osteotomía segmentaria y reconstrucción posterior con injerto óseo costal.

Conclusiones: el paciente evolucionó satisfactoriamente, con buena rehabilitación estética y funcional.

Palabras clave: Ameloblastoma, Ameloblastoma Folicular, Tumor Odontogénico, Injerto óseo costal.

ABSTRACT

Introduction: adamantinoma is an odontogenic tumor with multiple clinical and histological features.

Objective: to show a low frequent clinical modality of Adamantinoma.

Case presentation: we are presenting the case of a 33 year-old male patient, who was treated at the Maxillofacial Surgery Department in the "Freyre Andrade" Hospital of Havana, due to a tumor in oral cavity with about 5 months of evolution. The results of complementary tests, including biopsy, confirmed the presence of Follicular Adamantinoma. Tumor was removed by segmentary osteotomy and reconstructed by costal bone graft.

Conclusions: the patient made good progress, with good aesthetic and functional rehabilitation

Key words: Adamantinoma, Follicular Adamantinoma, Odontogenic tumor, costal bone graft.

INTRODUCCION

El Ameloblastoma forma parte de los tumores que pueden aparecer en los maxilares constituyendo entre 11% y 13% entre los de origen Odontogénico. ¹ La Organización Mundial de la Salud, lo define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, en un estroma fibroso. Su comportamiento ha sido descrito como el de un tumor benigno pero localmente agresivo. ^{2,3}

Se diagnostica con máxima frecuencia en la cuarta década de la vida y no tiene predilección por sexo. Más de 80% de los casos se desarrolla en el maxilar inferior y el resto, en el superior. ⁴

Se refiere asociados a transformación neoplásica de estructuras epiteliales provenientes del órgano del esmalte, el epitelio de quistes odontogénicos, células basales del epitelio superficial de maxilares o de remanentes de la lámina dental; ^{3,5} algunos autores refieren asociación a extracciones dentales, quistectomías y a traumas. ^{3,5,6} De crecimiento lento, en etapas tempranas no aparecen signos y síntomas. En estadios avanzados, es capaz de generar deformidad facial. ⁷

Entre las variantes histológicas reconocidas, ⁶ los patrones más frecuentes son el folicular y el plexiforme. ^{3,4,6} Por su parte, Reichart *et al* describieron la clasificación

de la Organización Mundial de la Salud, la cual lo distingue histológicamente en: desmoplásico, uniuístico, multiuístico o sólido, extraóseo o periférico.^{8,9}

Su diagnóstico radiográfico resulta complejo al no ofrecer una imagen única y propia, pudiendo presentarse una variante multilocular y otra unilocular, recabando en la importancia del manejo adecuado de esta patología presentamos el siguiente caso, que se hace singular por la ubicación poco frecuente en que se localizó.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 33 años de edad, con antecedentes de buena salud, que acude a consulta de Cirugía Máxilo Facial del Hospital "Freyre de Andrade", con aumento de volumen en región mandibular anterior, comprendida entre 31 y 34, de aproximadamente 5 meses de evolución y asociado según nos refiere a dos traumas recibidos en dicha zona. Aportaba el informe de una biopsia de la lesión, tomada en la Facultad de Estomatología de donde nos fue remitido.

Al examen físico intraoral, se observaba abombamiento de corticales vestibular y lingual con discreto dolor a la palpación y de consistencia dura. (Figura 1). Se realizan estudios imagenológicos (Rx vistas periapicales y panorámica), que evidencian la presencia de lesión osteolítica con patrón radiolúcido multilocular con divergencia de las raíces del 32 y 33, estudios de laboratorio que informan cifras con rangos de normalidad.



Fig 1. Aspecto clínico preoperatorio.

El paciente es intervenido bajo anestesia general, a través de abordaje extraoral, se le realiza resección marginal del área comprendida desde el 41 hasta distal del 34 con margen de seguridad, reconstrucción con injerto óseo de costilla y fijación con miniplacas MONDEAL (Medical Systems GmbH. 0-78570, Muhleim, Germany), rectangulares y tornillos bicorticales. (Figura 2). El estudio histológico permitió el diagnóstico de ameloblastoma tipo folicular. (Figura 3). El paciente evolucionó satisfactoriamente, realizándosele prótesis para rehabilitación estética y funcional. (Figuras 4 y 5).



Fig 2. Fijación de injerto costal.

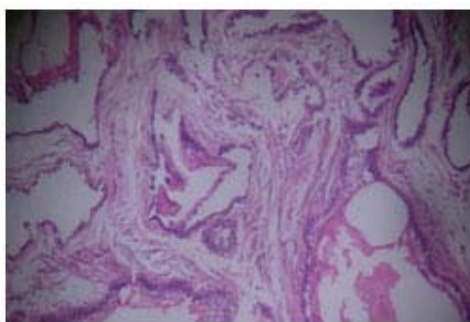


Fig 3. Ameloblastoma Follicular.
Corte histológico.



Fig 4. Postoperatorio 6 meses.



Fig 5. Rehabilitación protésica provisional.

DISCUSIÓN

Se presenta en el caso, una rara ubicación del ameloblastoma en la mandíbula, según autores solo 10% se localiza en región de incisivos.^{3,4,6}

La reconocida propensión a la recidiva de este tipo de lesión, hace necesario que en el momento de la elección del tratamiento sea tomada en cuenta una serie de parámetros que incluyen: el tipo clínico (sólido-multiquístico, uníquístico, periférico), la localización y tamaño del tumor, así como la edad del paciente. Siendo en la mayoría de los casos recomendada una resección lo más amplia posible asegurando remanente de hueso sano.^{10,11}

En nuestro caso, por la edad y el tamaño limitado de la lesión, efectuamos la resección marginal, recomendada generalmente en el maxilar inferior para conservar el borde basilar y con ello la continuidad mandibular.^{4,10}

Decidimos en nuestro paciente la reconstrucción inmediata con injerto óseo costal por razones estéticas y funcionales. Varios autores coinciden en que el éxito de los injertos óseos vascularizados es mayor y es el tratamiento de elección en reconstrucciones primarias.¹²

Pese a que en nuestro caso el tiempo de seguimiento es escaso, consideramos favorable su evolución cerca del año del tratamiento. Coincidimos con que 95 % de las recurrencias de los ameloblastomas se detectan durante los primeros 5 años tras la intervención inicial, aunque 50 % de estas aparecen en el primer año.³

CONCLUSIONES

El Ameloblastoma es una tumoración histológicamente benigna derivada de los componentes epiteliales del desarrollo del diente, que, por lo general, presenta un crecimiento lento, pero localmente "agresivo" y recidivante, que se localiza con mayor frecuencia en mandíbula. Su tratamiento requiere habitualmente resecciones con amplios márgenes de seguridad para evitar la recidiva pero que conllevan a defectos importantes que a su vez implican un reto en la reconstrucción y rehabilitación protésica, sobre todo, en pacientes jóvenes. El seguimiento posoperatorio de estos pacientes debe ser continuo y sistemático, al menos durante 10 años.

El paciente presentado evolucionó satisfactoriamente, con buena rehabilitación estética y funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ogunsalu C. Nueva clasificación radiológica del ameloblastoma basada en el análisis de 19 casos. *West Indian Med Journal*. 2006; 55(6):36-41. [Citado Abril 29, 2013]. Disponible en: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442006000600013&lng=es&nrm=&tlng=en
2. Kramer I, Pindborg J, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumors*. Berlin, Springer, 1992. [Citado Enero 17, 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1451083>

3. Morales Navarro D. Ameloblastoma: Revisión de la literatura. Rev cub de estomatología. 2009 Sep; 46 (3):1-7. [Citado Enero 17, 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300006
4. De Santana Santos T, Guillén A, Avelar R, Antunes A, Sávio de Souza Andrade E, de Oliveira e Silva E. Ameloblastoma en población del noreste de Brasil: un estudio retrospectivo de 60 casos. (Spanish). Revista Cubana De Estomatologia [serial on the Internet]. 2010, Apr; 47(2):199-206. [Citado Abril 29, 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-297X.
5. Hertog D, Schulten E, Leemans C, Winters H, Van der Waal I. Management of recurrent ameloblastoma of the jaws; a 40-year single institution experience. Oral Oncol. 2011;47(2):145-6. [Citado Enero 17, 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837510003544>
6. Oliveira LR, Matos F, Domingute R, Zorgetto A, Ribeiro A. Ameloblastoma: report of two cases and a brief literature review. Int. J. Odontostomat. 2011; 5(3):293-299. [Citado Abril 29, 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v5n3/art14.pdf>
7. 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. [Citado Abril 27, 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210410004944>
8. 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. [Citado Abril 27, 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328532>
9. Melián Cárdenas D, Gómez Álvarez RC, Amaro Guerra I. Ameloblastoma bucal en una mujer joven. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012; 16(5): 806-810. [Citado Abril 27, 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-0192012000500017&lng=es.
10. Lagares D, Cossio P, *et al.* Ameloblastoma mandibular. Revisión de la literatura y presentación de seis casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:231-8. [Citado Abril 29, 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472005000300007&script=sci_arttext
11. Zamorano S, Rocha A, Núñez B, Espinola MJ, Haito CH. Ameloblastoma mandibular muy agresivo. Reporte de un caso. 2008; 60(4): 339-343. [Citado Abril 29, 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262008000400014&script=sci_arttext&lng=e
12. Chiapasco M, Biglioli F, Autelitano L, Romeo E, Brusati R. Clinical outcome of dental implants placed in fibula-free flaps used for the reconstruction of maxillo-mandibular defects following ablation for tumors or osteoradionecrosis. Clin Oral Implants Res. 2006. Apr; 17 (2):220-8. [Citado Abril 29, 2013]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0501.2005.01212.x/pdf>

Recibido: 27 de mayo de 2013

Aprobado: 21 de julio de 2014