

Ameloblastoma

Ameloblastom. Case report

Donald Ramos Perfecto¹

¹ Departamento Académico de Ciencias Básicas. Facultad de Odontología. UNMSM. Lima-Perú.

Correspondencia:
C.D. Donald Ramos Perfecto
Facultad de Odontología UNMSM.
Av. Germán Amégaza s/n Lima, 1 Perú.
Tlf: 6197000 - 3410
E-mail: dramos_37@hotmail.com

Resumen

Una de las tumoraciones en cavidad oral de origen epitelial, con mayor daño a nivel óseo o tejido blando es el ameloblastoma, aunque este tumor es benigno su agresividad puede llevar a producir destrucción amplia del maxilar. En el presente informe, se da a conocer un caso clínico, de un paciente masculino con diagnóstico clínico - radiográfico de Ameloblastoma.

Palabras clave: Cavidad oral, tumor odontogénico epitelial, Ameloblastoma.

Abstract

One of the tumours in the oral cavity of epithelial origin, with major damage at the bone or soft tissue is an Ameloblastom; although this is a benign tumour, its aggressiveness could lead to produce extensive destruction of the jawbone. In this report, one case is exposed, a male patient with clinical and diagnosis - X-ray radiographic of Ameloblastom.

Key words: cavity, epithelial Odonthogenic tumour, Ameloblastom

Introducción

El Ameloblastoma es un tumor de origen epitelial, relativamente raro, siendo descrito por primera vez en 1968 por Broca⁽¹⁾.

Esta neoplasia benigna es derivada de los componentes epiteliales del desarrollo del diente como son: restos de la lámina dental, epitelio reducido del esmalte, restos de malassez y capas de células basales del epitelio superficial suprayacente⁽²⁾.

Su incidencia según Larsson y Alteren es de 0,6 casos por millón⁽³⁾, aunque otros como Shear y Sign, encontraron cantidades de 0,31 casos por millón⁽⁴⁾.

Por lo general el Ameloblastoma presenta un crecimiento lento, agresivo localmente y capaz de causar deformaciones faciales⁽²⁾.

En relación, a la edad en que se presenta frecuentemente, la cuarta década de vida es la más probable⁽⁵⁾, aunque se puede presentar en cualquier edad de la vida⁽²⁾.

Se localizan en el maxilar inferior (80%) y maxilar superior (15-20%), principalmente⁽⁶⁾.

Los signos y síntomas más comunes son; tumefacción (75%), dolor (33%);

en estudios tempranos no hay signos ni síntomas y la lesión se hace evidente solo en estudios radiográficos de rutina⁽⁷⁾. Cuando este avanza la asimetría y ligera deformidad del rostro se aprecia. Si la lesión abarca el maxilar superior, puede presentarse síntomas de obstrucción nasal, sangrado, trismos y compromiso del seno maxilar⁽⁷⁾.

Intraoralmente se observa una masa de tamaño variable, la cual da la apariencia de un ensanchamiento óseo. La lesión tiende a infiltrarse, apareciendo la mucosa de color normal, ulcerándose como resultado del trauma. Los dientes del área pueden presentar movilidad por la reabsorción radicular por la presión del tumor⁽⁷⁾⁽²⁾.

Estudio radiográfico

- Las características radiográficas son las de tener un aspecto radiolucido multilocular como "Pompas jabón" si los lóculos son grande o panal de abeja si son lóculos pequeños.

Observándose en casi todos los casos expansión de cortical ósea y reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes⁽⁸⁾.

En caso de que la lesión no este avanzada, se puede observar la

forma unilocular dando la apariencia de un quiste dentigero⁽⁹⁾⁽⁵⁾.

Los Ameloblastomas radiográficamente presentan bordes definidos, las formas avanzadas presentan un adelgazamiento de la cortical⁽⁶⁾.

Clasificación: Clínico-radiográfico⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

a) Sólido o multiquístico (el más frecuente)

b) Extraóseos o periférico

c) Uniquísticos

Clasificación: Histopatológicos⁽¹²⁾

d) Ameloblastoma folicular

e) Ameloblastoma Plexiforme

f) Ameloblastoma Acantomatoso

g) Ameloblastoma de células granulosas

h) Ameloblastoma de células basales.

Diagnóstico

Es clínico - radiográfico en primera instancia y confirmado por un estudio histopatológico.

Tratamiento

- La resección quirúrgica total de la zona afectada, es el procedimiento de la elección⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

- La radioterapia debería emplearse solo cuando no fuese posible el tratamiento quirúrgico⁽¹⁵⁾.
- La quimioterapia no es efectiva⁽¹⁶⁾.

Caso clínico

Paciente con iniciales de 59 años, sexo masculino, nacido en Végueta

- Huacho (Lima - Perú), de ocupación ambulante. Se presenta a consulta con una tumoración de gran volumen en hemicara derecha, abarcando tercio medio e inferior, sin manifestaciones de dolor, pero si de incomodidad por el gran volumen del tumor. A la anamnesis, refiere haber sido operado a los 21 años por presencia de quistes

a nivel del hemicuerpo mandibular derecho.

Características clínicas

Extraorales: Tumoración indurada voluminosa, que abarca tercio medio e inferior de la hemicara derecha, produciendo gran asimetría facial. (Fig. 1-4)

Fotos extraorales



Fig. 1 Hace 5 años



Fig. 2 Foto actual frontal



Fig. 3 De perfil zona de lesión



Fig. 4 De perfil zona de no lesión

Fotos intraorales



Fig. 5 Se aprecia maxilar superior con molares inclinados a palatino



Fig. 6 Maxilar inferior con desplazamiento de piezas inferiores

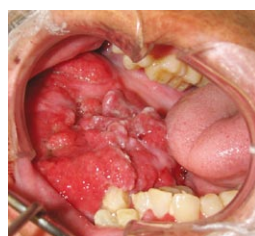


Fig. 7 Tumoración exofítica, ocupando gran parte de la cavidad oral



Fig. 8 Se puede apreciar que la tumoración desplaza piezas dentarias inferiores y ocupa parte del piso de boca

Radiografías descritas en el artículo



Fig. 10 Rx Lateral



Fig. 9 Rx Panorámica

Intraoral: A nivel de la hemimandíbula derecha, se aprecia proliferación de tejido exofítico lobulado en expansión hacia el piso de la boca y carrillo derecho. Se puede observar desplazamiento de piezas posteriores del primer cuadrante y anterior del cuarto cuadrante. Movilidad de las piezas anterior - inferiores y su desplazamiento al piso de boca. La tumoración se desarrolla asintóticamente, salvo por la dificultada para masticar alimentos y leves problemas en la articulación de palabras. A su vez, se puede apreciar zonas eritematosas en diferentes zonas de la gingiva, posiblemente asociado a la presencia de placa y sarro dentario. (Fig. 5-8)

Características radiográficas

Rx Panorámica: Se aprecia una imagen radiolúcida multilocular en forma de "pompas de jabón" con bordes bien definidos, en zona de lesión (cuerpo hemimandibular derecho) con expansión de cortical ósea, que abarca cuerpo, ángulo y rama ascendente de hemimandíbula derecha. Además se aprecia desplazamiento de piezas dentarias inferiores y superiores.

Diagnóstico presuntivo: Clínico-Radiográfico: Ameloblastoma Multiquístico. (Fig 9-10)

Diagnóstico definitivo: Histopatológico: Ameloblastoma (según INEN)

Tratamiento

- Terapia Quirúrgica Agresiva : Hemimandilectomía total
- Terapia de Rehabilitación Bucal: Posible reconstrucción con autoinjertos de Peroné o Costilla y/o injertos aloplásticos como placas y tornillos de titanio.

Discusión

El Ameloblastoma es una neoplasia benigna, que por lo general se presenta en la mandíbula, en su forma sólida multiquística, teniendo alto índice de recidivas, por lo que el tratamiento quirúrgico radical es el de primera elección.

Di Cosola y Gudiño, muestran reportes y caso clínico respectivamente de que la zona más afectada es el maxilar inferior y que teniendo un alto porcentaje de recidivas de hasta el 90%, en el caso de Ameloblastoma Multiquístico. Por lo cual recomiendan un tratamiento radical, otros autores, recomiendan también eliminar tejido sano de hasta

1 centímetro alrededor de los límites radiográficos del tumor⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

Se han tratado de seguir procedimientos no invasivos quirúrgicamente, como la quimioterapia y radioterapia, pero no son eficaces en el tratamiento. Así lo confirmaron estudios de LANHAM RJ.⁽¹⁵⁾ al utilizar quimioterápicos como la DOXOROBICIN, CYCLOPHOSPHAMIDE, no dieron resultados efectivos. Así también GARDNER⁽¹⁶⁾ comprueba la eficacia parcial de la radioterapia, pero no logra retirar como tratamiento definitivo al quirúrgico.

El Ameloblastoma es un tumor muy raramente metastásico, hay reportes como el de Laughin EH, que reporta que si la metástasis se da, el órgano más probable de daño es el pulmón.

Conclusiones:

1. El Ameloblastoma es un tumor odontogénico, por lo general asintomático, de curso lento, que en su fase avanzada puede generar una gran deformidad facial.
2. Su diagnóstico inicial puede ser identificado por estudios radiográficos de rutina o chequeo general, siendo el estudio radiográfico el de la Panorámica.
3. Su más común de identificación clínica-radiográfica es el Ameloblastoma común, multiquístico o sólido.
4. Su tratamiento debe ser radical, resección total de la zona afectada. La radioterapia es una opción, al no ser posible el tratamiento quirúrgico, que puede ser por edad del paciente o tamaño del tumor. La quimioterapia no se da por no ser efectiva.

Referencias bibliográficas:

1. Di Cosola M, Turco M, Bizzoca G, Tavoulari K, Capodiferro S, Escudero-Castaño N y col. El Ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia Av. Odontostomatol. 2007; Vol. 23(6): 359-365
2. Philip J. EVERSOLE L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España: edit. Harcourt brace. 1998:128-134
3. Larsson AE, Alteren H. Ameloblastoma of the Jaws. An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish Registry during 1958-1971. Acta pathologica et Microbiologica Scandinavica 1978; Vol. 86: 337-49.

4. Shear M, Singh S. Age- Standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Witwatersrand, South Africa Community Dentistry and Oral Epidermiology 1978; Vol. 6:195-9.
5. Sánchez J, Franceschi A. Ameloblastoma y su relación con el quiste dentigero Asociación Dental mexicana 1987; Vol. 44(2):49-54.
6. Coromoto C. y Col. Transformación ameloblastoma de quistes dentigeros: Reporte de dos casos. Acta Odontol Venez 1994; Vol. 32(1): 29-38
7. Gudiño J, Seijas A, Ghanem A, Martínez J, Ameloblastoma folicular. Acta odontol Venez 2002; Vol. 40(3): 282-285
8. Neville B. et. al. Cistos e tumores odontogénicos. Patología oral e maxilofacial Guanabara koogan, Rio de Janeiro. 1998: 481-524
9. Malcolm Lynch Medicina Bucal de Burket. 9na edición. México: Edit. Interamericana 1996
10. Cútoli, C y col. Ameloblastoma sólido mandibular: tratamiento de elección revista española de cirugía oral y maxilofacial 2000; Vol. 22(3):119-125
11. Charles A, Waldron A. Histologic study of 116 ameloblastomas. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1987; Vol. 63 (4) : 441-51
12. Díaz J. Ameloblastoma: análisis de 15 casos. Rev. Cubana Estomatol. 1993; Vol. 30(2):110-120
13. Rosa Ed, Fontoura R, Sampaio R. Ameloblastomas: Avaliacao do tratamento executado nos pacientes do hospital universitario Pedro Ernesto-UERJ 1990 e 1997. Rev Bras. Odont. 1999; Vol. 56: 306-309
14. Costa C, y Col. Aspectos radiográficos de un caso de ameloblastoma. Revista da Pós-graduacao. 1994; Vol. 1: 28-30
15. Gardner DG. Radiotherapy in the treatment of ameloblastoma. Int J Oral maxillofac Surg. 1988; Vol. 17(3): 201-5
16. Lanham RJ. Chemotherapy of metastatic ameloblastoma. A case report and review of the literature. Oncology. 1987; Vol. 44(2): 133-4
17. Laughin EH, Metastasizing ameloblastoma. Cancer. 1989; Vol. 64(3): 776-80

Recibido :14-05-2008

Aceptado para publicación: 15-08-2008