



## Ameloblastoma sólido convencional en mandíbula. Reporte de un caso

Guillén Gerardo<sup>1\*</sup>, Ortega-Pertuz Ana I.<sup>2</sup>, La Riva Luisana<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Doctor en Odontología. Profesor Titular. Área de Patología y Clínica, Instituto de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

<sup>2</sup> Doctora en Odontología. Profesora Titular. Área de Odontología Forense, Instituto de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

<sup>3</sup> Estudiante de Pregrado de la Facultad de Odontología. Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Correo electrónico: geraldguillenr@hotmail.com, aniortegav@gmail.com, luisana.lariva@hotmail.com.

### Resumen

**Introducción:** El ameloblastoma es una neoplasia benigna localmente invasiva constituida por una proliferación de epitelio odontogénico, que representa entre el 11-13 % de todos los tumores odontogénicos. Se manifiesta durante la cuarta y quinta décadas de vida, sin predilección por el sexo, constituyendo el 1% de todos los tumores y quistes maxilares. **Objetivo:** Describir las características clínicas e imagenológicas y el tratamiento de un ameloblastoma, mediante la presentación de un caso clínico. **Presentación del Caso:** Paciente femenino de 58 años de edad, quien acudió a consulta por presentar asimetría facial del lado izquierdo de la mandíbula, de evolución indefinida. Al examen extraoral se confirmó el hallazgo y al intraoral se evidenció el aumento de volumen desde zona anterior hasta la zona molar izquierda. Imagenológicamente, se observó imagen hipodensa unilocular, bien definida, corticalizada, en el cuerpo mandibular izquierdo. Se planificó biopsia incisional la cual reportó Ameloblastoma Sólido Convencional y bajo anestesia general, se realizó la exéresis de la lesión y resección en bloque de la misma. **Conclusión:** Este tipo de neoplasia puede ser correctamente manejada al eliminarla quirúrgicamente con los márgenes de seguridad adecuados, considerando la restitución de la función del sistema estomatognático y la estética facial.

**Palabras clave:** Ameloblastoma Sólido; Tumor Odontogénico.

\* Autor para correspondencia: Área de Patología y Clínica, Instituto de Investigaciones, Facultad de Odontología. Edificio Ciencia y Salud, tercer piso. Av. 19 esquina con calle 65. Universidad del Zulia, Maracaibo. Estado Zulia, Venezuela.

## Conventional solid ameloblastoma in the jaw. A case report

### Abstract

**Introduction:** The ameloblastoma is a locally invasive benign neoplasm composed of a proliferation of odontogenic epithelium. Accounts for 11-13% of all odontogenic tumors. It is manifested during the fourth and fifth decades of life without sex predilection. Constitutes 1% of all tumors and maxillary cysts **Objective:** To describe the clinical and imaging characteristics and treatment of the ameloblastoma, by a case report. **Case Presentation:** Female patient, 58 years old, who attended consultation to present facial asymmetry of the mandibular left side, with indefinite evolution. The extraoral evaluation confirmed the findings and in the intraoral examination a volume augmentation is evident from the anterior area to mandibular left molar area. Radiographically, a well defined, corticalized unilocular hipodense image was observed in the left mandibular body. An incisional biopsy was performed and reported Conventional Solid Ameloblastoma. Under general anesthesia, surgical excision and en bloc resection of the lesion was executed. **Conclusion:** this type of neoplasia can be properly handled by surgically removing with adequate safety margins, considering the restitution of the stomatognathic system function and facial aesthetics.

**Keywords:** Solid Ameloblastoma; Odontogenic Tumor.

### Introducción

Los tumores odontogénicos representan lesiones derivadas de elementos epiteliales, los cuales son parte del sistema formador de los dientes, por lo tanto pueden encontrarse en ambos maxilares, siendo más frecuente en la mandíbula (80%) en la zona posterior a nivel de la rama ascendente (70%), en la zona de premolares y el sector anterior (10%). Estas lesiones, suelen mostrar microscópicamente rasgos similares a los otros tumores odontogénicos, ya que su patrón de crecimiento representa muchas de las estructuras y tejidos embrionarios que aparecen con anterioridad a la formación de tejido duro, por lo tanto, puede proceder de cualquiera de las numerosas fuentes de epitelio odontógeno que permanecen en el tejido blando alveolar y en el hueso<sup>1</sup>.

El ameloblastoma es definido como un tumor epitelial de los maxilares, polimorfo, benigno pero localmente invasivo, compuesto

por una proliferación de epitelio odontógeno<sup>2,3</sup>. Se presenta generalmente con un patrón folicular o plexiforme y se deriva de las células con potencialidad para producir estructura del órgano del esmalte antes de que se haga funcional y produzca este tejido<sup>3-5</sup>. Esta neoplasia representa entre el 11-13% de los tumores odontogénicos, manifestándose entre la cuarta y quinta década de vida, sin predilección por el sexo<sup>6</sup>.

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup>, se conocen cuatro tipos de ameloblastomas: sólido, periférico, desmoplásico y uniuquístico. Entre ellos, el tipo más común es el sólido, el cual se origina de forma central pero también puede extenderse en diferentes direcciones, invadiendo tejido blando y duro. Generalmente, estos tumores son asintomáticos teniendo como sintomatología más común, la presencia de tumefacción intraoral<sup>8</sup>, presentan un crecimiento lento, por lo que la detección inicial suele ser

difícil. Esta lesión del tipo sólido, se clasifica en dos subtipos histológicos principales: folicular y plexiforme <sup>4,5</sup>.

Radiográficamente, el ameloblastoma ofrece una imagen radiolúcida, pudiendo presentar patrones variables, entre ellos el más frecuente es el multilocular con un patrón en pompas de jabón. Los límites de la imagen pueden ser definidos y corticalizados. Otras veces la imagen se observa unilocular o asociada a un diente retenido, teniendo un aspecto muy semejante a un quiste dentígero. La reabsorción radicular externa así como el desplazamiento de estructuras y dientes vecinos también es un hallazgo común <sup>9</sup>.

En la elección del tratamiento de este tipo de lesiones se debe valorar el tipo clínico, la localización, el tamaño del tumor, así como la edad del paciente. Cuando el tumor tiene gran recidiva, como lo es el tipo sólido, se recomienda la realización de una resección en bloque, la cual consiste en la remoción quirúrgica intacta de la lesión con una porción de hueso periférico íntegro para así mantener la continuidad del margen de la mandíbula, sin embargo, el margen de seguridad debe ser lo más amplio posible para evitar una recidiva <sup>10-12,13</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las características clínicas y radiográficas, así como el tratamiento para el Ameloblastoma Sólido Convencional mediante el estudio de un caso clínico.

### **Presentación del caso**

Paciente femenino, identificado con las siglas M.J.G, de 58 años de edad, raza mestiza, sin ningún tipo de alergia o compromiso sistémico, quien fue atendido en la consulta del Servicio de Cirugía Bucal del Hospital Manuel Noriega Trigo, para ser evaluada por presentar aumento de volumen en zona anterior mandibular de evolución imprecisa y quien manifestó el deseo de que fuera eliminada. Los antecedentes médico-odontológicos y familiares no revelaron hallazgos relevantes ni de importancia que

tuviesen relación con la patología encontrada. Exceptuando, que el paciente refirió que la asimetría observada en su rostro se iba incrementando con el pasar del tiempo.

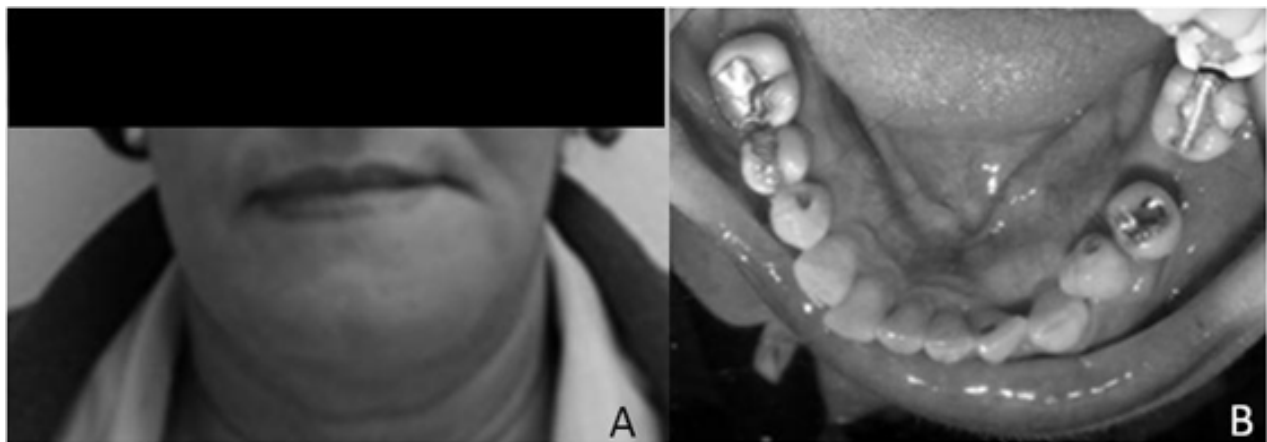
Al examen extraoral, se evidenció asimetría facial moderada localizada en el tercio inferior de la cara, específicamente en la zona anterior mandibular siendo ésta más prominente en el área izquierda del mentón (Figura 1A). No presentó limitación a la apertura bucal, negó disfagia, disgeusia o dislalia. No fueron palpables ningún tipo de adenopatías cervicales. Al examen clínico intraoral, se evidenció un paciente parcialmente edéntulo (Figura 1B). Se apreció expansión mandibular en la zona anterior, sin movilidad de los elementos dentarios adyacentes, circunscrita al área mentoniana y una porción del cuerpo mandibular, recubierta por mucosa normal, firme y asintomática a la palpación, sin evidencia de parestesia o dificultad en la movilidad de la lengua.

Se realizó la evaluación imagenológica mediante Tomografía Computarizada de Haz Cónico. En la vista panorámica se pudo evidenciar una imagen hipodensa de bordes definidos, corticalizados, con un patrón unilocular, sin reabsorción de raíces de los dientes relacionados, sugestiva de lesión ocupante de espacio a nivel mandibular. En los cortes axiales se observó la expansión de las corticales (Figuras 2A y 2B). La correlación de los hallazgos clínicos e imagenológicos, permitieron establecer los siguientes diagnósticos presuntivos: Tumor Odontogénico Queritinizante, Ameloblastoma y Tumor Odontogénico Adenomatosoide. Se solicitaron exámenes de laboratorio de rutina, los cuales se encontraron dentro de los parámetros normales para realizar la toma de una biopsia incisional.

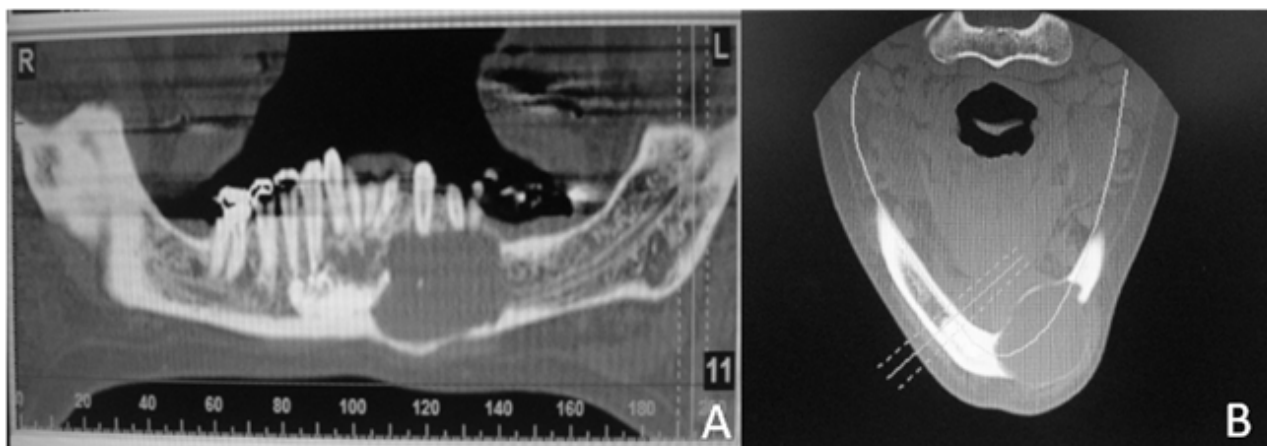
El paciente se preparó siguiendo las directrices universales de asepsia y antisepsia, utilizando anestesia local (lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000). Previa punción y aspiración de la lesión, la cual fue improductiva, se realizó la biopsia incisional del área de la tumefacción y fue

tomada una muestra irregular de tejido blando que midió 1.4 cm x 0.5 cm x 0.2 cm. Fijado en Formalina al 10%. Posteriormente se realizó síntesis de los tejidos con sutura

Vycril 3-0 con aguja SH. El diagnóstico definitivo de la lesión, de acuerdo al estudio histopatológico fue de Ameloblastoma Solido Convencional.



**Figura 1A:** Vista extraoral del paciente donde se evidencia asimetría facial en el sector anteroinferior izquierdo. 1B Vista oclusal intrabucal en la cual se observa expansión de las tablas óseas en el sector posteroinferior izquierdo.



**Figura 2A:** Vista panorámica de Tomografía Computarizada de Haz Cónico, donde observa una imagen hipodensa con bordes definidos, corticalizados, con un patrón unilocular. 2B: Corte axial donde evidencia expansión y adelgazamiento de las tablas óseas vestibular y lingual.

Una vez obtenido el diagnóstico definitivo, se decidió preparar al paciente para efectuar un nuevo procedimiento quirúrgico,

el cual se realizó bajo anestesia general balanceada e intubación nasotraqueal. Siguiendo las normas universales de asepsia

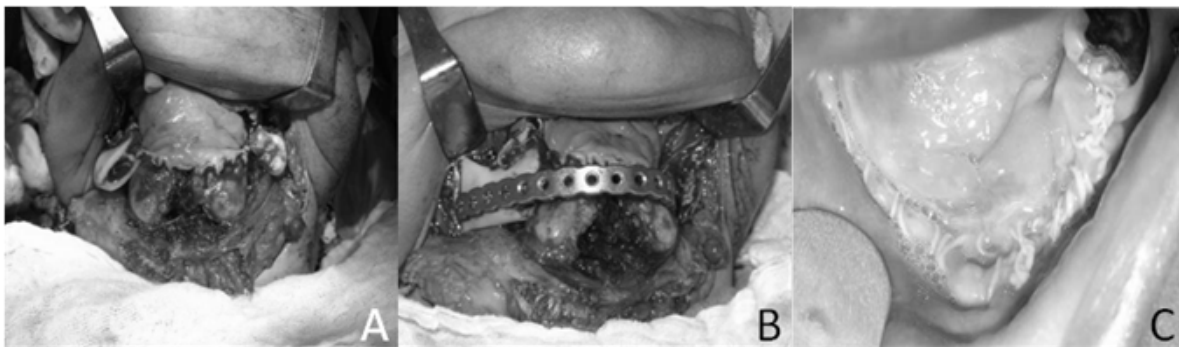


y antisepsia, se administró ampicilina-sulbactam (3 gr.) por vía intravenosa y lidocaína 1% con epinefrina 1:100.000, 10 ml infiltrada intra y extraoralmente con fines principalmente hemostáticos. Se realizó un abordaje intraoral para el desprendimiento de la mucosa remanente, el cual permitió realizar una disección cuidadosa a través de los planos anatómicos hasta llegar al tumor.

El nervio facial (VII par craneal) fue preservado y la vena y arteria facial se ligaron con seda 3-0. Se realizó la resección en bloque de la totalidad del tumor desde el cuerpo mandibular izquierdo hasta la parasínfisis derecha. Los órganos dentarios involucrados se incluyeron en el segmento resecado. Se colocó una placa de reconstrucción de 2.7, la cual se adaptó y se fijó en su lugar con tres tornillos bicorticales, tanto en el segmento proximal como en el distal. Este tipo de tratamiento inicial se realizó, con la finalidad de obtener pronósticos satisfactorios después de un año, tomando en consideración la posibilidad de recidiva que pueda tener la

lesión y con la finalidad de tener suficiente tejido queratinizado subyacente que nos permitiera obtener un buen lecho receptor para la reconstrucción definitiva con injerto autólogo y su rehabilitación con implantes y prótesis implanto soportadas.

Se realizó la síntesis quirúrgica por planos de los tejidos con sutura Vycril subcuticular 3-0 ® y monocryl 3-0 ® (Figura 3). Macroscópicamente, la muestra tomada midió 5 cm x 3 cm x 3 cm y fue enviada nuevamente a estudio histopatológico cuyo resultados fueron compatibles con la biopsia previa y los márgenes estaban libres de tumor. Luego de 24 horas en recuperación, se decide dar de alta médica del paciente, se le indicó antibioterapia y terapia analgésica por un periodo de siete días. Al control radiográfico inmediato mediante una radiografía panorámica se observó una buena adaptación de la placa de reconstrucción, las cabezas condilares se encontraban simétricas y en sus respectivas fosas mandibulares (Figura 4).



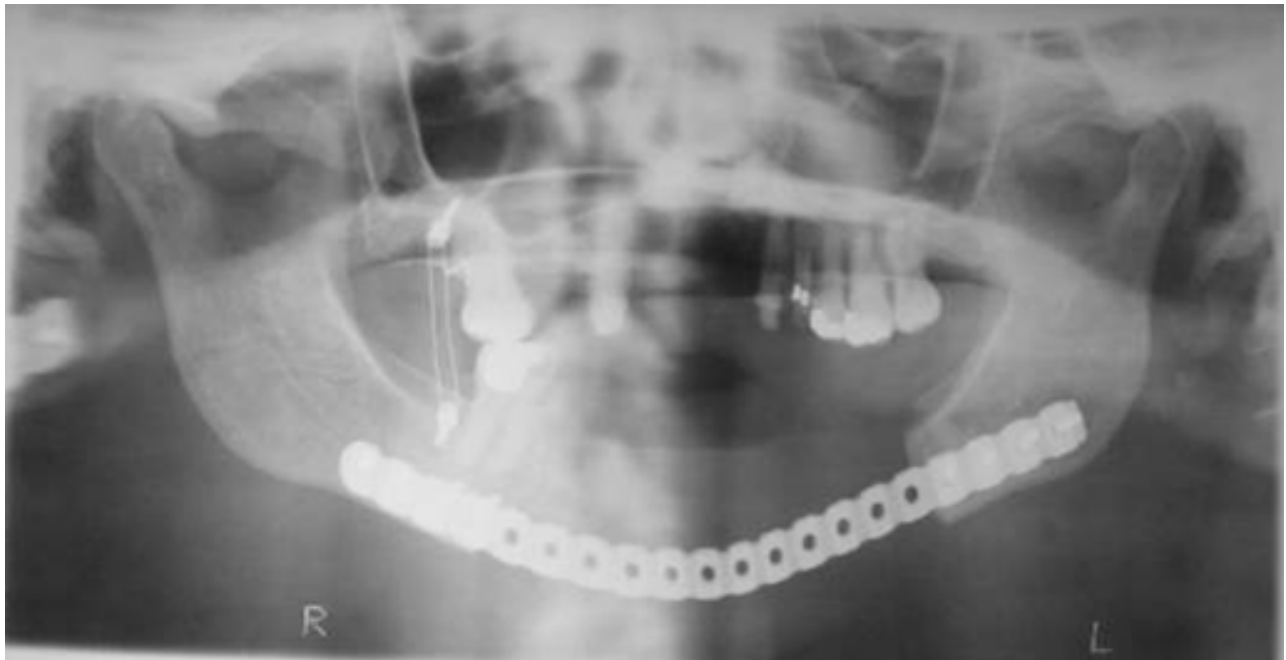
**Figura 3:** Secuencia del procedimiento quirúrgico. A: Cavidad luego de haber sido removido el tumor. B: Placa de titanio colocada. C: Sutura.

Se realizaron controles post-operatorios periódicos. A los ocho días postquirúrgicos, se evidenció una óptima apertura bucal (41mm), puntos de sutura cumpliendo función, los cuales fueron retirados en ese momento, sin rasgos de secreciones hemáticas ni purulentas,

descartándose signos de inflamación e infección. Asimismo, el paciente refirió encontrarse asintomático. A los seis meses se evidenció una excelente cicatrización de los tejidos blandos con una adecuada función mandibular y simetría facial. Un año después de la cirugía, el paciente es

valorado nuevamente sin mostrar signos de recurrencia y es considerado libre de enfermedad y sería valorado para realizarle

en su oportunidad su reconstrucción y rehabilitación mandibular.



**Figura 4:** Radiografía panorámica postquirúrgica inmediata donde se observa la placa de reconstrucción.

## Discusión

El ameloblastoma es una neoplasia de crecimiento lento, localmente agresiva, asintomática, capaz de generar deformidad facial, con una alta tasa de recurrencia debido a su capacidad de infiltrar hueso trabecular, lo cual corresponde con el caso expuesto debido al aumento de volumen encontrado en el paciente en el sector anteroinferior izquierdo. La edad de aparición reportada en la literatura señala que se presenta en pacientes entre la tercera y quinta década de la vida, no teniendo una preferencia por sexo o raza<sup>2,4,7</sup>, teniendo en cuenta la historia clínica del paciente, esto coincide con lo relatado por la misma, quien manifestó un crecimiento progresivo de la lesión durante su quinta década de vida.

Se ha reportado que el 70 % de los casos se presentan en la rama o ángulo de la mandíbula<sup>12</sup> y que la lesión puede estar relacionada con dientes retenidos, esto no concuerda con lo encontrado en la paciente ya que la neoplasia se localizó a nivel de la sínfisis y el cuerpo de la mandíbula. Por su parte, Sciubba<sup>14</sup> afirma que estas tumoraciones a pesar de ser benignas, son capaces de alcanzar grandes proporciones causando deformidad en los pacientes e invadiendo estructuras anatómicas importantes, esto difiere con el caso estudiado debido a que a pesar de tratarse de una lesión de tamaño considerable, esta solo causaba una ligera asimetría facial y no invadía estructuras anatómicas vecinas.

La literatura reporta que radiográficamente el ameloblastoma

puede observarse como una imagen radiolúcida con patrones variables, siendo que el multilocular es el más común, dando apariencia de pompas de jabón, donde los límites de la imagen pueden ser lisos o presentar ciertas irregularidades<sup>5,3</sup>, lo que difiere con el caso expuesto, debido a que la lesión era unilocular. Sin embargo, esto es compatible a lo reportado por Sandra<sup>15</sup> quien hace referencia a que independientemente del tipo de ameloblastoma que se presente, la imagen puede ser unilocular o multilocular. Desde el punto de vista histológico la literatura describe cinco tipos, de los cuales el folicular es el más común<sup>3,14</sup> coincidiendo esta última variante con el hallazgo realizado en el caso reportado.

En relación al tratamiento, se ha afirmado que la presencia de un tipo histológico particular determinará una actitud terapéutica radical o conservadora<sup>16</sup>. La conducta a elegir en ameloblastomas

de tipo sólido folicular, al igual que en el caso expuesto, por su agresividad, debe ser la resección en bloque, ya que así se evita la recidiva<sup>3,10</sup>. Según Scciuba<sup>14</sup>, los ameloblastomas presentan una recidiva de hasta un 50% en un tiempo menor a tres meses, en nuestro caso, el paciente no presentó signos y síntomas de recidiva en las evaluaciones consecutivas de seguimientos post operatorio.

## Conclusiones

La aplicación del conocimiento científico-técnico en el campo de la cirugía bucal y maxilofacial, permitió manejar un caso clínico patológico-quirúrgico de forma correcta y en el tiempo preciso, al realizar la exéresis de un tumor diagnosticado como ameloblastoma, cuyo tratamiento fue el más acertado ya que en un año de seguimiento postquirúrgico no se evidenció signos de recidiva.

## Referencias

1. Ghandhi D, Ayoub AF, Pogrel MA, MacDonald G, Brocklebank LM, Moos KF. Ameloblastoma: A surgeon's dilemma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Jul; 64(7): 1010-4.
2. Torres D, Infante P, Hernández JM, Gutiérrez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005 May-Jul; 10(3):231-8.
3. Shafer WG, Levy BM. *Tratado de Patología Bucal*. 4ta. Edición. Edit. Interamericana; 1986. 940 p.
4. Slootweg PJ. Odontogenic tumours - An update. *Current Diag Pathol*. 2006; 21:54-65.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 2nd Edition. Filadelfia: Saunders; 2002. p.586-94.
6. Punnya AV, Rekha K. Ameloblastoma with mucous cells: Review of literature and presentation of 2 cases. *Oral Surg, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod*. 2008 Dec;106(6):20-6.
7. Reichart PA, Philipsen HP, Sciubba JJ. The new classification of head and neck tumours (WHO): any changes? *Oral Oncol*. 2006; 42:757-8.
8. Hollows P, Fasanmade A, Hayter JP. Ameloblastoma- a diagnostic problem. *Br Dent J*. 2000 Mar;188(5):243-4.
9. Li B, Long X, Wang S, Cheng Y, Chen X. Clinical and radiologic features of desmoplastic ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Aug;69(8):2173-85.

10. Mendenhall WM, Werning JW, Fernandes R, Malyapa RS, Mendenhall NP. Ameloblastoma. *Am J Clin Oncol*. 2007 Dec; 30(6):645-8.
11. FulcoGM, Nonaka CF, Souza LB, Miguel MC, Pinto LP. Solid ameloblastomas. Retrospective clinical and histopathologic study of 54 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010 Mar-Apr; 76(2):172-7.
12. Bisht S, Kotwal SA, Gupta P, Dawar R. Role of fine needle aspiration cytology in preoperative diagnosis of ameloblastoma. *Indian J Cancer*. 2009 Oct-Dec; 46(4): 48-50.
13. Babarinde BA. Categorization of jaw ameloblastoma based on clinical presentation. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007 Jul; 45(5): 433. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2006.11.004>.
14. Sciubba JJ; Fantasia JR, Kahn LB. Atlas of Tumor Pathology and Cysts of the Jaw. AFIP, Washigton, 3<sup>rd</sup> series, 2001. 84 p.
15. Sandra F, Hendarmin L, Kukita T, Nakao Y, Nakamura N, Nakamura S. Ameloblastoma induces osteoclastogenesis: a posible role of ameloblastoma in expanding in the bone. *Oral oncology*. 2005 Jul;41(6): 637-44
16. Sachs SA. Surgical excision with peripheral ostectomy: A definitive, yet conservative, approach to the surgical management of ameloblastoma. *J Oral Maxillofacial Surg*. 2006;64(3):476-83.