

AMELOBLASTOMA SÓLIDO MULTICÍSTICO EN MANDÍBULA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA DE TITANIO

Solid multicystic ameloblastoma in jaw and reconstruction with titanium plate

Roberto Carlos Escobar¹, Hugo Romero Alvarenga², Ricardo Antonio Aguilar³

RESUMEN

El ameloblastoma sólido multicístico es una neoplasia odontogénica rara, representa el 1% de los tumores maxilares, es de crecimiento lento y muestra un comportamiento agresivo local; en estado avanzado es capaz de generar deformidad facial, dolor, infección de la lesión, ulceración de la mucosa, pérdida dentaria, parestesia y puede alterar la masticación y la fonética.

Objetivo: determinar las características clínicas, imagenológicas e histológicas del ameloblastoma para realizar el diagnóstico correcto y tratamiento oportuno.

Presentación de caso clínico: paciente femenina de 66 años, tratada en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Escuela Universitario, por presentar lesión de aspecto tumoral en cavidad bucal y región mandibular izquierda de 4 años de evolución. Los resultados de exámenes complementarios confirmaron que se trataba de un ameloblastoma sólido multicístico. Se extirpó el tumor con amplios márgenes de seguridad mediante hemimandibulectomía y reconstrucción posterior con placa de titanio 2.4 W Lorenz. **Conclusión:** Los ameloblastomas son neoplasias benignas que presentan comportamientos clínicos similares con

debe establecer un diagnóstico diferencial exhaustivo, auxiliándose de los exámenes complementarios pertinentes para iniciar el tratamiento adecuado y oportuno.

Palabras clave: Ameloblastoma, osteotomía mandibular, ameloblastoma sólido, hemimandibulectomía.

ABSTRACT

The solid multicystic ameloblastoma is an unusual odontogenic neoplasm, that represents 1% of all maxillary tumors. It has a slow growth and a local aggressive behavior; in its advanced stages it is capable of causing facial deformities, pain, lesion infection, mucous membrane ulceration, teeth loss, paresthesia, and it can alter chewing and phonetics. **Objective:** To determine the clinical, imageological and histological characteristics of the ameloblastoma, in order to make a correct diagnosis and give an accurate treatment. **Clinical case presentation:** A 66-year-old female patient, treated at the oral and maxillofacial surgery service of the University School Hospital, who presented a tumor-like lesion in oral cavity and left mandibular region with 4 years of evolution. The results obtained from the complementary tests confirmed a solid multicystic ameloblastoma. The tumor was removed with wide safety margins by means of hemimandibulectomy and posterior reconstruction with a 2.4 W Lorenz titanium plate. **Conclusion:** Ameloblastomas are benign neoplasms that exhibit clinical characteristics similar to other pathologies, therefore, a differential diagnosis based on complementary tests must be made, in order to apply an appropriate and early treatment.

¹ Estudiante V año de Odontología, UNAH, miembro SUINES.

² Cirujano oral y maxilofacial, Departamento de Estomatología, Hospital Escuela Universitario.

³ Cirujano y patólogo oral, Departamento de Estomatología, Hospital Escuela Universitario.

Autor de correspondencia: Roberto Escobar
roberto.escobar@unah.hn

Recibido: 04/09/2017 Aceptado: 24/08/2018

Key words: Ameloblastoma, mandibular osteotomy, solid ameloblastoma, hemimandibulectomy,

raza humana, encontrándose en ovejas, monos, perros, gatos y ratas⁽⁶⁾.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos son un grupo heterogéneo de enfermedades, que van desde lesiones hamartomatosas benignas hasta tumores con alto potencial metastásico, aunque su etiología es desconocida se relaciona con desregulación de varios genes en el desarrollo normal del diente⁽¹⁾; sin embargo se sabe que derivan de elementos epiteliales, ectomesenquimatosos y/o mesenquimatosos del aparato de formación de los dientes. El ameloblastoma es una neoplasia odontogénica rara de la mandíbula y el maxilar⁽²⁾, se deriva del epitelio del esmalte en desarrollo, es de crecimiento lento y localmente agresiva.

Fue descrita por primera vez en 1827 por Cusack; el término ameloblastoma fue acuñado por Churchill en 1930; pero fue hasta 1991 cuando la Organización Mundial de la Salud, lo describe como neoplasia benigna, localmente agresiva y con alta tendencia a la recidiva. De acuerdo a sus características clínicas y radiográficas se clasifican en: sólido o multiquístico, unikuístico y periférico⁽³⁾.

El ameloblastoma sólido multiquístico intraóseo se encuentra principalmente entre la cuarta y quinta década de vida, no existe predilección por sexo, alrededor del 80% se encuentran en la mandíbula de los cuales el 70% en la región molar, el 20% en la región de los premolares y el solo el 10% en la región de los incisivos⁽⁴⁾. El tumor es frecuentemente asintomático, sino se trata la lesión crece a proporciones grotescas, dolor y parestesia no son comunes, incluso en tumores de grandes tamaños; puede provocar obstrucción nasal, epistaxis, trismo, extenderse al seno maxilar, la órbita y la base del cráneo⁽⁵⁾; representan el 1% de los tumores maxilares y el 10% de los tumores odontogénicos, es raro en ancianos y niños, además no es exclusivo de la

Las radiografías panorámicas, usualmente son el principal medio para identificar una lesión intraósea. Para el diagnóstico de tumores odontogénicos, estudios transversales de imagen como la Tomografía Computarizada (TC), cubren tanto la topografía como la estructura final de la lesión y proporcionan información valiosa sobre la extensión tumoral⁽⁷⁾. Existen alrededor de 6 patrones histológicos, dentro de ellos, están el patrón acantomatoso, de células granulosas, desmoplásico, de células basales, el folicular y el plexiforme, siendo estos últimos los más comunes⁽³⁾.

Por compartir características clínicas y radiográficas similares con otras lesiones se debe hacer un diagnóstico diferencial con múltiples patologías como: quiste dentígero, queratoquiste, el mixioma, tumor odontogénico adenomatoide, fibromas odontogénicos, entre otras^(6,7). Paralelamente debemos distinguir los ameloblastomas metastatizantes, aunque su apariencia histológica es benigna, metastatiza a nivel ganglionar regional y a distancia (por orden de frecuencia): pulmón, pleura, vértebras, huesos craneales, diafragma, hígado, parótida, bazo y riñones; su incidencia es baja, aunque no descartable; no deben confundirse con carcinomas y sarcomas ameloblásticos que son dos entidades independientes⁽⁸⁾.

Existen diversos tratamientos para los diferentes tipos de ameloblastoma, dentro de ellos, se encuentran: la enucleación, curetaje, resección en bloque, entre otros, dejando margen de seguridad de 1 a 2cm por su alto grado de recurrencia^(5,6). El ameloblastoma convencional es una neoplasia benigna infiltrativa persistente, que puede causar la muerte por diseminación a estructuras vitales⁽⁹⁾. El objetivo de la

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta paciente femenina de 66 años a consulta odontológica, por aumento de volumen en la región mandibular anterolateral izquierda, provocando asimetría facial, de 4 años de evolución, habiendo recibido múltiples tratamientos farmacológicos y empíricos que resultaron infructuosos; no presentó ningún padecimiento sistémico.

Al examen físico intraoral, se observaba expansión de corticales vesicular y lingual, con discreto dolor a la palpación y de consistencia dura. Extra oralmente se observa tumefacción de aspecto tumoral que provoca asimetría facial, presentaba parestesia, dificultad para la deglución, habla y pérdida de la función masticatoria, no hubo masa en el cuello ni linfadenopatías palpables.

En la historia clínica se recopilan los datos correspondientes y se indican exámenes complementarios para el diagnóstico. Los estudios imagenológicos evidencian la presencia de lesión osteolítica con patrón radiolúcido multilocular en toda la región del cuerpo y rama mandibular izquierda que afecta la apófisis coronoides y el cóndilo (Figura 1).

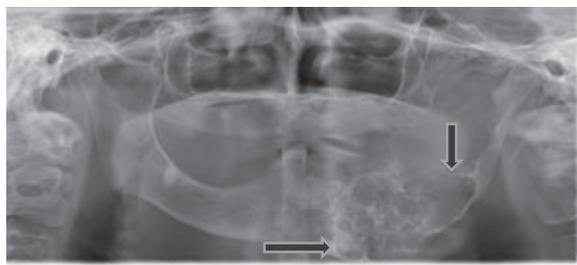


Figura 1. Radiografía panorámica del ameloblastoma, se observa aspecto multilocular en pompas de jabón, zonas radiolúcidas en ángulo, rama y cóndilo de la mandíbula.

La tomografía axial computarizada, mostró una masa multilocular en todo el cuerpo mandibular con erosión cortical lingual y extensión a tejidos blandos, se observa una lesión con patrón mixto (Figura 2).

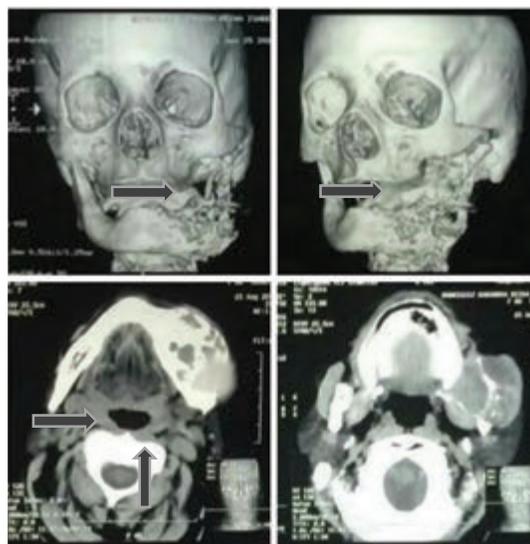


Figura 2. Tomografía axial computarizada, se observa una lesión isodensa con zonas hipodensas en su interior. La lesión expande, adelgaza y perfora las corticales óseas mandibulares.

En los resultados de la biopsia incisional intrabucal se observó proliferación de células epiteliales en bicapas con forma columnar baja, áreas semejantes a la lámina dental separada por un tejido conectivo fibroso y otro mixioide, además se observó patrón plexiforme. El tumor invadía las siguientes zonas anatómicas adyacentes: anteriormente, el espacio bucal; lateral, el espacio masticatorio; posterior, el espacio parotídeo; medial, el espacio parafaríngeo; produciendo desplazamiento de los músculos masticatorios y reducía por compresión el espacio celular subcutáneo ipsilateral. Se diagnostica: ameloblastoma sólido multiquístico plexiforme. Se selecciona el tratamiento adecuado; la hemisección mandibular y reconstrucción con injerto donante de cadera; sin embargo, la paciente no accedió a que se le realizaran dos cirugías simultáneas, solo se colocó la placa de titanio para simular el contorno mandibular y reducir el defecto estético por la ausencia de la hemimandíbula.

Bajo anestesia general nasotraqueal, la paciente es preparada y se le realizan los procedimientos quirúrgicos. Se procede a marcar la región labial y submandibular que se traza en la región cervical alta; se infiltran los tejidos y se efectúa la sección del labio mediante una plástica en Z modificada en la línea media y se continúa submandibularmente. El tumor se palpa sobre toda la superficie mandibular (Figura 3).

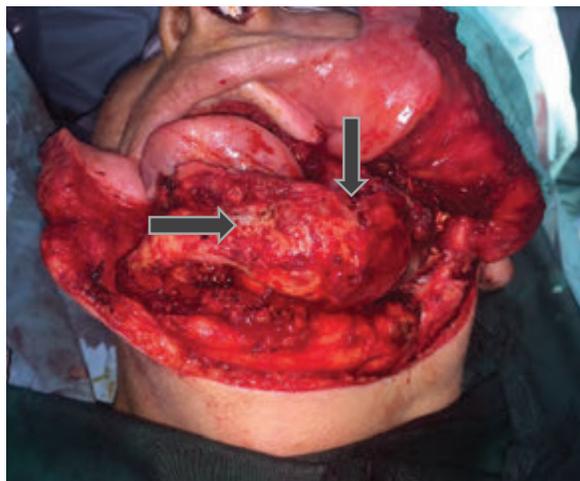


Figura 3. Exposición de la hemimandíbula izquierda, con visualización del tumor.

Se disecciona la arteria facial y se efectúa el corte vertical de la sínfisis mentoniana con sierra recíproca, dejando 1.5cm de margen quirúrgico. Tomada la hemimandíbula a resecar, se secciona el piso de la boca hasta la apófisis pterigoides, considerando el margen de seguridad oncológico que requieren este tipo de neoplasias. La exéresis de la hemimandíbula termina con una desarticulación que se hace con bisturí a nivel de la articulación temporomandibular (Figura 4).

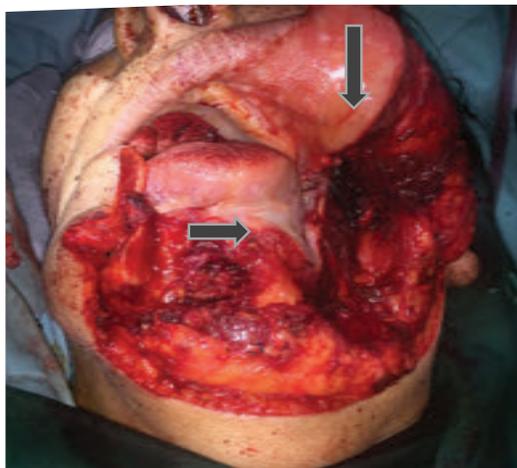


Figura 4. Hemimandibulectomía completa

Se realiza curetaje del hueso medular, porque es el área ideal para la expansión del tumor, debido a que toma la vía de menor resistencia; al final se coloca la placa de titanio 2.4 del sistema mandibular de Walter Lorenz. Se comienza a suturar, afrontando los tejidos; la Z-plastia evita la retracción de heridas verticales y la sutura de la incisión submandibular es efectuada por planos. En las revisiones periódicas, cada 3 meses, no se observaron signos clínicos y radiográficos de recidiva (Figura 5).

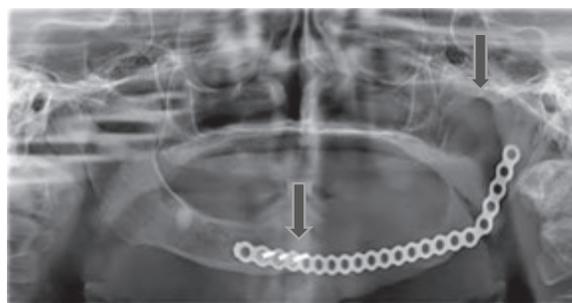


Figura 5. Ortopantomografía, 6 meses después de la cirugía para observar cambios radiográficos, se aprecia placa de titanio 2.4.

DISCUSIÓN

Los ameloblastomas, son tumores odontogénicos que pueden presentar perfiles clínico-patológicos distintos al comparar diferentes poblaciones y estudios^(2,3). Para elegir el tratamiento adecuado se deben considerar el tipo histológico, edad, condición física y expectativas del paciente^(8,11). En este caso, el tumor mostró un comportamiento agresivo por su invasión en la totalidad de la hemimandíbula izquierda, crecimiento lento (4 años de evolución) y parcialmente asintomático; su ubicación abarcó desde la sínfisis mentoniana hasta el cuello del cóndilo mandibular. El ameloblastoma sólido multiquístico se encuentra en todas las edades, pero particularmente en la tercera, cuarta y quinta década de vida, siendo raro en niños y ancianos^(4,10,11), la paciente tenía 66 años de edad.

En la ortopantomografía, se observa una lesión osteolítica en todo el cuerpo mandibular izquierdo, con patrón multilocular en forma de panal de abeja, diagnóstico diferencial del ameloblastoma sólido multiquístico^(7,8). La TC confirmó algunas alteraciones que la radiografía panorámica sugería, en lo que respecta a las estructuras óseas comprometidas.

En la mayoría de los casos la resección en bloque con amplios márgenes de seguridad, es la opción más recomendable para este tipo de neoplasias por su gran tendencia a la recidiva^(3,5). Díaz DD y colaboradores, mencionan que el ameloblastoma sólido multiquístico se debe abordar con tratamientos radicales, con la resección de 1-1.5cm de hueso sano⁽¹⁾. Entre las opciones de tratamiento se encuentran: enucleación más curetaje, resección en bloque, resección marginal y

hemirresección^(6,8,10). Se seleccionó la resección en bloque para la paciente, por la invasión ósea en hemimandíbula izquierda.

Aunque en la actualidad la opciones de reconstrucción son variadas, desde injertos óseos vascularizados y no vascularizados^(1,4,5), la paciente no accedió a recibir un injerto donante de otra parte de su cuerpo. La resección extensa del tumor a menudo da lugar a defectos del hueso y del tejido blando, que causan consecuencias funcionales y estéticas⁽⁵⁾, por ello se colocó una placa de titanio 2.4 para corregir la malformación producida por la ausencia de la mandíbula. El ameloblastoma, constituye un tumor con hallazgos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos variables, que requiere desde su diagnóstico inicial, un estudio detallado para definir el adecuado tratamiento⁽⁶⁾. Aunque fue un tumor con alta tendencia a la recidiva, en evaluaciones trimestrales no mostró cambios clínicos ni radiográficos.!

Conclusiones

Los ameloblastomas son neoplasias benignas que presenta comportamientos clínicos similares con otras patologías, por ello, se debe establecer un diagnóstico diferencial exhaustivo, auxiliándose de exámenes complementarios pertinentes.

El defecto óseo que resultó tras la resección de la hemimandíbula fue corregido con la placa de titanio, esta intervención no le proporcionó funcionalidad articular a la paciente.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Martha Edelea Díaz (Q.E.P.D) por el apoyo y consejos brindados en la presentación del caso y al Dr. Lino Carminate por el tiempo brindado en la asesoría metodológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal GM, Anguiano JL, Galindo PM. Tratamiento de ameloblastoma convencional: hemimandibulectomía, y reconstrucción con placa 2.4 bloqueada con aditamento condilar Synthes. Reporte de un caso. Revista ADM [Internet]. 2015 [consultado 12 jun 2018]; 72 (3): 153-159. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od153h.pdf>

2. Filizzola A, Bartholomeu-dos-Santos T, Pires F. Ameloblastomas: Clinicopathological features from 70 cases diagnosed in a single Oral Pathology service in an 8-year period. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2014 [consultado 28 mayo 2017];19(6):e556-e561. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259370/?tool=pubmed>

3. Manikkam S, Masthan K, Anitha N, Krupaa J. Ameloblastoma. J Pharm Bioallied Sci [Internet]. 2015 [consultado 28 mayo 2017];7(Suppl 1): S167–S170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439660/>

4. Chucos Apumayta F, Núñez Castañeda J, Saavedra Leveau J, Álvarez Raico S. Reconstrucción Mandibular con Autoinjerto Vascularizado de Peroné en un caso de Ameloblastoma Multiquístico. Kiru [Internet]. 2013 [consultado 28 mayo 2017]; 10(1): 63–68. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.1/Kiru_v.10.1_Art.10.pdf

5. Pastore G, Martins I, Goulart D, Prati A, de Moraes M, Pastore P et al. Surgical Management of Mandibular Ameloblastoma and Immediate Reconstruction with Nonvascularized Bone Graft and Hyperbaric Oxygen Therapy. Int J Odontostomat [Internet]. 2016 [consultado 28 mayo 2017]; 10(3):409-417. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300006>

6. Díaz DD, Sarracent Valdés Y, Cobián OG, Martínez Gómez N. Ameloblastoma. Revisión de la literatura. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 [consultado 28 mayo 2017]; 13(6):862-872. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000600007&lng=es&nrm=iso

7. Ruiz-Imbert A, Calderón-Ubaqui V, Delgado-Azañero W, Ruiz-García V, Trevejo-Bocanegra A, Ventura-Ponce H et al. Evaluación mediante radiología, tomografía computarizada y resonancia magnética de

un ameloblastoma sólido. Reporte de un caso. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2014 [consultado 12 de abril 2018];24(3):178-185. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290611881_Evaluacion_mediante_radiologia_tomografia_computarizada_y_resonancia_magnetica_de_un_ameloblastoma_solido_Reporte_de_un_caso

8. Valls A, Montané E, Bescos C, Saenz M, Munil M, Albelora M. Manejo quirúrgico del ameloblastoma. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2012; 34(3):98–104.

9. Gonzalez-Gonzalez R, Molina-Frechero N, Damian-Matsumura P, Bologna-Molina R. Molecular markers of cell adhesion in ameloblastomas. An update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2014 [citado 28 mayo 2017];19(1): e8-e14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3909437/?tool=pubmed>

10. Belardo E, Velasco I, Guerra A, Rosa E. Mandibular Ameloblastoma in a 10-year-old Child: Case Report and Review of the Literature. Int. J. Odontostomat 2012; 6(3):331–6.

11. de Moraes FB, Cardoso RM, Rodrigues SV, Dutra MV, Pereira UR, Borges TR. Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. Rev Bras Ortop [Internet]. 2014 [consultado 12 de abril 2018]; 49(3):305-308. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2014.04.006>