

AMELOBLASTOMA: CASO CLÍNICO PATOLÓGICO EN PEDIATRÍA

JESSIKA SUSANA AYMARÁ NAVARRO LÓPEZ*, ANALÍA CONTRERAS LAFUENTE**,
DIANA EMILIA FALCÓN***, MARILINA GLADYS SASSARI SANDOVAL****,
BERTHA MERCEDES VALDOVINOS ZAPUTOVICH*****

*Odontóloga. Doctorando. Becaria de Perfeccionamiento de la Secretaria General de Ciencia y Técnica Universidad Nacional del Nordeste. Profesora Universitaria. Profesora en Educación Secundaria. Especialista en Docencia y Gestión Universitaria. Docente Adscripto Cátedra Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional del Nordeste. Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra Anatomía y Fisiología Patológica Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste.

**Odontóloga. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial. Servicio de Odontología del Hospital Pediátrico Juan Pablo II.

***Odontóloga. Doctorando. Docente auxiliar Módulo Morfofunción I y II cátedra Histología y Embriología Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste.

****Médica cirujana. Especialista en Anatomía Patológica y Citología. Especialista en Docencia y Gestión Universitaria. Jefe de trabajos prácticos. Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológica Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste.

*****Médica cirujana. Especialista en Anatomía Patológica y Citología. Pediatría. Medicina Legal. Profesora Titular de la cátedra Anatomía y Fisiología Patológica, Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste. Profesora titular cátedra Histología y Embriología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Hospital Pediátrico Juan Pablo II.

RESUMEN

El ameloblastoma es un tumor benigno derivado del epitelio odontogénico, clasificado actualmente de acuerdo al CIE 10-EO/SNOMED en el capítulo de tumores (neoplasia) benigna como D16.5/M-93100. Presenta un patrón de crecimiento lento, localmente agresivo, pudiendo causar, o no, grandes deformaciones faciales, en mandíbula o maxilar superior. De localización preferencial mandibular, el 75%, en el área molar y rama ascendente; mientras que, en maxilar superior, se concentran en el área molar con posible compromiso de seno maxilar y suelo de fosas nasales. La edad de presentación más frecuente es entre 20-40 años, siendo rara en pacientes pediátricos. En el tratamiento del mismo se valora tipo clínico, localización y tamaño del tumor, y la edad del paciente.

El presente caso clínico destaca la importancia del oportuno diagnóstico clínico-patológico, su clasificación y el uso de nuevas técnicas complementarias.

Palabras clave: ameloblastoma, tumores odontogénicos, pediátrico, clasificación OMS 2017.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign tumor derived from the Odontogenic epithelium, currently classified according to ICD 10-EO / SNOMED in the Chapter of Benign Tumors (Neoplasia) as D16.5 / M-93100. It has a slow growth pattern, locally aggressive, may or may not cause large facial deformations, in the jaw or upper jaw. Preferential mandibular location, 75% in the molar area and ascending limb; while in the upper jaw they are concentrated in the molar area with possible involvement of the maxillary sinus and the floor of the nostrils. The most frequent age of presentation is between 20-40 years, being rare in pediatric patients. In the treatment of the same, clinical type, location and size of the tumor, as the age of the patient, is assessed.

The present clinical case highlights the importance of the appropriate clinical-pathological diagnosis, its classification and the use of new complementary techniques.

Keywords: ameloblastoma odontogenic tumors, pediatric, classification OMS 2017.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define al Ameloblastoma, como una neoplasia polimórfica, derivada de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente; caracterizado por su crecimiento lento, comportamiento invasivo-agresivo local, con gran tendencia a recidivar y metástasis ocasional (1). El mayor número de casos se presenta a partir de la segunda a la quinta década de vida, siendo poco frecuente en los pacientes pediátricos (2).

En la nueva clasificación de la OMS (2017), se encuentra incluido en tumores benignos compuestos por epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima Odontogénico. Entre los que se destacan: restos de la lámina dental, epitelio reducido del esmalte, de Malassez, células basales del epitelio superficial (3), y epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas (4). Se desconocen los factores desencadenantes o estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoplásica de estas estructuras epiteliales, con frecuencia posterior a extracciones dentales, quistectomías u otros traumatismos orales.

Los ameloblastomas probablemente constituyan la mayor controversia y desafío en cuanto a su conducta biológica local agresiva, histopatología, su elevada tasa de recurrencia, su leve potencial metastático y manejo clínico en la práctica odontológica de adultos y pediátricos (5).

En general, la región del ángulo, cuerpo y/o rama mandibular son los sitios de predilección de muchos tumores. Radiográficamente son zonas radiolúcidas y radiopacas orientan en favor de algunos diagnósticos, como también su aspecto radiolúcido multiloculado o panal de abejas (ameloblastoma, mixoma) (6). Finalmente, la histopatología es la que dará casi siempre el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años de edad de sexo masculino. Peso 129,400 kg. Mide 1,65 cm. IMC 47,5. El padre presenta antecedentes familiares de cardiopatías HTA, madre con HTA, abuela materna con artrosis HTA, y abuelo paterno con DBT.

El paciente acude a la consulta hospitalaria por presentar una tumefacción del lado izquierdo en relación al resto radicular de 36, la cual fue medicada

con amoxicilina 875 mg, más Ac. clavulánico, durante 7 días, sin remitir mejoría, al no responder al tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, se procede a la extracción del resto radicular del 36 y continuando con la medicación, se le da el alta en la parte de odontología general, se deriva al Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial porque en la zona retromolar se palpa una tumefacción. Ingresa al Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial con diagnóstico presuntivo de adenoflemón dentario, se realiza radiografías, ecografías de partes blandas, biopsia de la región del ángulo de la mandíbula, donde el cuadro histomorfológico es compatible con ameloblastoma.

El paciente derivado de consultorio externo de máxilo facial, con diagnóstico de tumor mandibular (ameloblastoma) es medicado con amoxicilina + Ac. clavulánico hace 24 h por presentar registros febriles de 24 h de evolución, dolor e impotencia funcional, consulta al Hospital Pediátrico donde se decide su internación. A la inspección clínica el paciente presenta un estado regular, clínico y hemodinámicamente estable, febril, normohidratado, y con adecuada suficiencia cardiorrespiratoria. Presenta en hemiarcada izquierda, tumoración dolorosa de aproximadamente 12 x 18 cm, con signos de flogosis y fauces rosados. Ambas tablas óseas mandibulares izquierdas con crepitación en la zona de molares. Se observa fistula oclusal en la zona de molares con supuración y olor fétido, dolores eventuales en la zona.

Diagnóstico: ameloblastoma sobreinfectado.

Hallazgo radiográfico

En radiografía panorámica se observa molar en posición horizontal cercano a borde mandibular, premolares en erupción, así como el segundo molar en desplazamiento distal fuera de oclusión. En tomografía axial computada (TAC) se observa que la zona radiolúcida se extiende desde el tercio inferior de la rama mandibular izquierda hasta el canino inferior izquierdo, que se correlaciona con la imagen panorámica.

Hallazgos histopatológicos

Los cortes histomorfológicos evaluados con H/E presentan múltiples fragmentos de tejido en donde se observa revestimiento del tipo epitelial caracterizado por presentar células basales cilíndricas empalizadas (tipo ameloblástico), con núcleos desplazados (polarización inversa). Los centros de estos nidos celulares están compuestos por células poliédricas grandes, dispuestas en forma de laxa de tipo “retículo estrellado”

y en área, aislados micro quistes (vinculable a la degeneración de áreas centrales).

El patrón predominante observado es folicular con aislados focos acantomatosos. Coexiste tejido fibroso y aisladas fibras musculares, estriadas y cambios tisulares por defecto a maniobra quirúrgica de toma del material.

Tratamiento

Resección quirúrgica hemimandibular derecha (con bloqueo intermaxilar), dejando tercio superior de la rama mandibular para colocación de placa de reconstrucción desde escotadura sigmoidea hasta el borde de la sínfisis (altura 41-42), acceso intra y extra bucal con conservación de periostio, se calcula resección con márgenes, según cálculos de TAC. Se realizó hemimandibulectomía, reconstrucción con placa, injerto de hueso de costilla por ameloblastoma.

Discusión

El ameloblastoma, estadísticamente, se desarrolla con mayor frecuencia en la región molar y en la rama mandibular; si se hallase en la mandíbula sería común localizarlo en la región molar, aunque en algunos casos también se podría desarrollar en el seno maxilar (7).

El 80% de los casos de ameloblastoma son de tipo sólido multiquistico y el resto, el 20%, son monoquisticos (8). Los estudios de Reicharts estiman que el 51% de la incidencia de lesiones son de tipo sólido-multiquistica y el 49%, unquisticos (9). Desde la sugerencia de un acuerdo entre el análisis de nuestro caso con los de Kramer y Regezi, no hallamos ninguna correlación entre los síntomas clínicos, el comportamiento biológico y el subtipo histológico (10). Según Reichart, el tipo histológico más habitual es la lesión folicular comparada con el 33,9 % que propone la literatura (11).

Considerando que el tratamiento presenta recidiva, generalmente sería importante que los pacientes con esta patología tuviesen un seguimiento de por vida a través de la tomografía computarizada (CT) y con tomografía de resonancia magnética (MRT).

El tratamiento del ameloblastoma es quirúrgico, en tanto, se debe tener presente la decisión de usar un planteamiento más conservador o radical, dependiendo de una serie de factores tales como:

1. las dimensiones y la localización de la lesión,
2. la media de crecimiento y la relación con otras estructuras cercanas,
3. el tipo histológico,

4. las características clínicas de la lesión recurrente,
5. las condiciones de salud general y la edad del paciente,
6. entre esta serie de factores, el histológico juega un papel decisivo.

Por tanto, el planteamiento conservador es conveniente en los casos en los que no existiese un quiste no invasivo y no proliferativo. La localización de esta lesión parece influir en el riesgo de recurrencia del ameloblastoma localizado en el tercio posterior de la mandíbula.



IMAGEN 1: LM HC835225. TUMEFACCIÓN FACIAL SOBRE CUERPO Y RAMA MANDIBULAR IZQUIERDA HPJPII. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE.

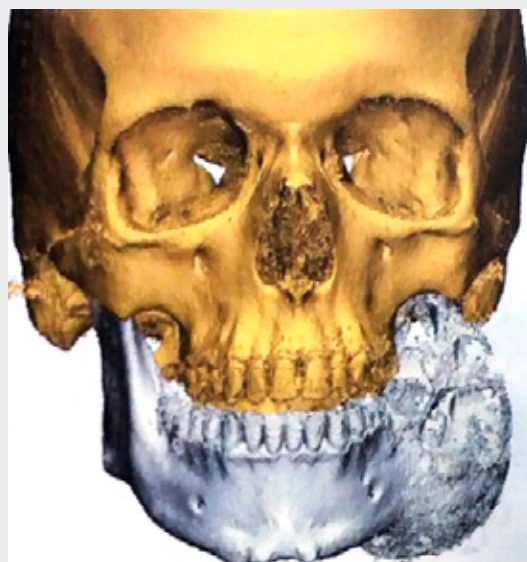


IMAGEN 2: LM HC 83525. MODELO VIRTUAL GENERADO (NUEVA TÉCNICA DIAGNÓSTICA INTRODUCIDA EN CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL). VISTA FRONTAL DE LESIÓN TUMORAL VESTIBULAR IZQUIERDA. AMELOBLASTO SÓLIDO Y MULTIQUISTICO EN REGIÓN MANDIBULAR.



IMAGEN 3: LM HC 83525. TOMOGRAFÍA CONE BEAN CON RECONSTRUCCIÓN 3D. VISTA FRONTAL. LESIÓN LOCALIZADA EN RAMA Y CUERPO MANDIBULAR DESDE PIEZA DENTARIA 37.



IMAGEN 4: LM HC 83525. IMPRESIÓN TRIDIMENSIONAL MANDIBULAR. SE APRECIA LESIÓN EN RAMA Y CUERPO MANDIBULAR DESDE DISTAL DE PIEZA DENTARIA 35.

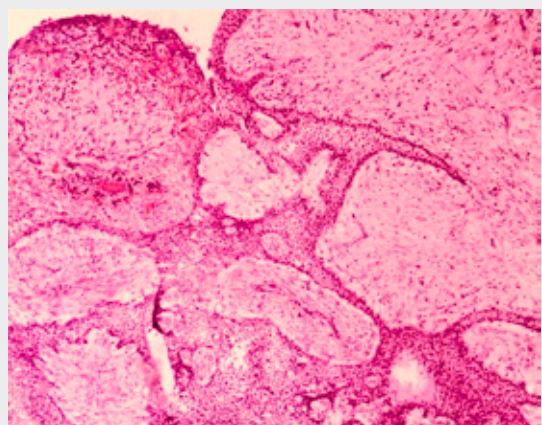


IMAGEN 5: LM HC 83525. MICROFOTOGRAFÍA 4X HE. EL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO DEMOSTRÓ LA PRESENCIA DE ISLAS DE EPITELIO ODONTOGÉNICO EN UN ESTROMA FIBROSO. EL EPITELIO CONSISTÍA EN CÉLULAS BASALES QUE SE ASEMEJABAN AL ÓRGANO DEL ESMALTE, MOSTRANDO UNA VACUOLIZACIÓN CITOPLÁSMICA Y UNA POLARIZACIÓN INVERSA DE LOS NÚCLEOS QUE DIERON COMO RESULTADO UN AMELOBLASTOMA SÓLIDO Y MULTIQUÍSTICO.

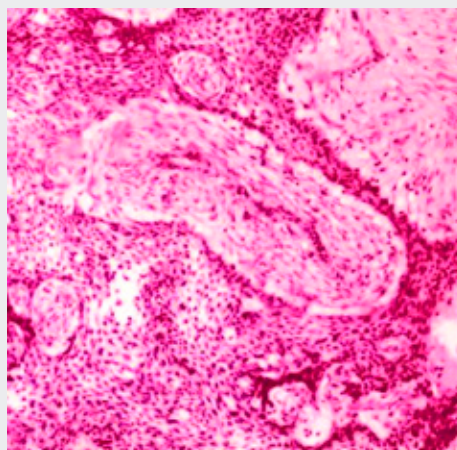


IMAGEN 6: LM HC 83525. MICROFOTOGRAFÍA 40X HE. SE OBSERVA REVESTIMIENTO EPITELIAL CARACTERIZADO POR PRESENTAR CÉLULAS BASALES CILÍNDRICAS EMPALIZADAS DEL TIPO AMELOBLÁSTICO, CON NÚCLEOS DESPLAZADOS (POLARIZACIÓN INVERSA) LOS CENTROS DE ESTOS NIDOS CELULARES ESTÁN COMPUESTOS POR CÉLULAS POLIÉDRICAS GRANDES, DISPUESTAS EN FORMA DE LAXA DE TIPO "REJILLA ESTRELLADA" Y EN ÁREA AISLADOS MICROQUÍSTES (VINCULABLE A DEGENERACIÓN DE ÁREAS CENTRALES).

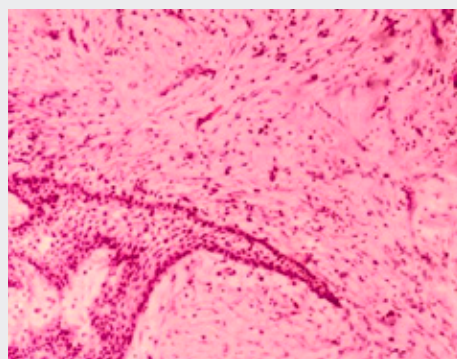


IMAGEN 7: SE OBSERVA, EN MAYOR PROPORCIÓN CÉLULAS POLIÉDRICAS GRANDES, ASPECTO ESTRELLADO, CON RECUBRIMIENTO EPITELIAL DE ASPECTO AMELOBLÁSTICO.

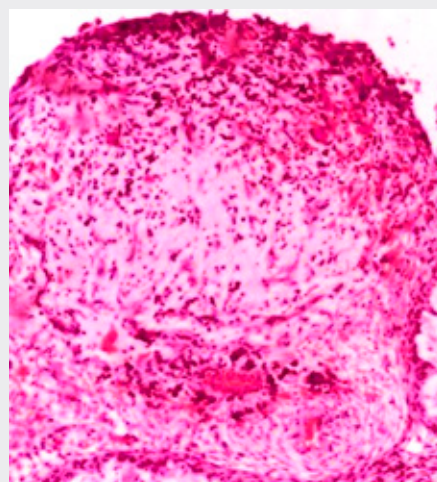


IMAGEN 8: ASPECTO HISTOPATOLÓGICO DE AMELOBLASTOMA SE CARACTERIZA POR EL REVESTIMIENTO EPITELIAL DONDE SE APRECIAN HIPERCROMATISMO, CAMBIO DE POLARIDAD EN ESTAS CÉLULAS. APARENTES FOCOS HEMÁTICOS.

CONCLUSIÓN

El ameloblastoma se caracteriza por ser un tumor benigno que deriva del epitelio odontogénico, de crecimiento lento pero localmente agresivo, pudiendo causar deformaciones faciales llevando a la destrucción buco maxilo facial, y a recidiva si no se realiza una adecuada exéresis quirúrgica. Existe poco reportes de casos en pacientes pediátricos, entendiendo que esto se debe a que su mayor frecuencia se da en edades adultas. Ahora bien, los tratamientos que debe recibir un ameloblastoma muchas veces son puntos de controversia, pero para tomar la decisión es indiscutible que se debe considerar una serie de factores como ser diagnóstico histopatológico, tamaño y localización anatómica de la lesión, edad y condiciones físicas del paciente.

En fin, el presente caso clínico deja en evidencia la importancia de un diagnóstico patológico correcto, el uso de las nuevas técnicas complementarias y el trabajo interdisciplinario para su resolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres Lagares, D., Infante Cossio, P., Hernández Guisado, J. M., & Gutiérrez Pérez, J. L. (2005). Ameloblastoma mandibular: Revisión de la literatura y presentación de seis casos. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa), 10(3), 231-238.
2. Di Cosola, M., Turco, M., Bizzoca, G., Tavoulari, K., Capodiferro, S., Escudero-Castaño, N., & Lo Muzio, L. (2007). El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Avances en Odontoestomatología*, 23(6), 359-373.
3. Cortegoso, V. B. (2001). Ameloblastoma Uniquístico-La importancia de un diagnóstico histológico. Universidad de la República-Facultad de Odontología-Cátedra de Anatomía Patológica. Montevideo, Uruguay.
4. Pozo, J. A., & Yañez, J. E. (2011). Ameloblastoma uniquístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización de la bibliografía. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 33(2), 88-92.
5. Argandoña Pozo, J., & Espinoza, J. (2010). Ameloblastoma uniquístico, bases del tratamiento conservador: Presentación de caso clínico y actualización bibliográfica. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 32(2), 88-91.
6. Gonzaga Torres, M. Y. (2014). Estudio del ameloblastoma como tumor benigno de las partes blandas de los maxilares, diagnóstico y tratamiento (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
7. Sánchez, M. M. C., Delgado, L. A. A., Vélez, R. G. M., & García, K. L. L. (2019). Reconstrucción de Mandíbula en Pacientes con Ameloblastoma mediante Injerto de Peroné Cutáneo. *Recimundo*, 3(1), 175-184.
8. Guzman, G., & Arevalo, I. M. (2008). Ameloblastoma perisférico, neoplasia poco frecuente. Revisión bibliográfica y reporte de caso clínico. *Duazary*, 5(2), 121-124.
9. Flores, A. M. A., Díaz, M. I. P., López, R. G. F., Baeza, J. M., Carrasco, F. G., Torres Urbina, C. A., & Salvador, J. L. V. (2014). Malignant ameloblastoma. A case report. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 10(1), 4-11.
10. Sevillano Monterroso, R. A. (2017). Manejo quirúrgico del ameloblastoma. definición, diagnóstico y técnica quirúrgica.
11. Alcívar Giler, L. M., & Pesantes Cobo, E. J. (2019). Prevalencia de ameloblastomas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2013-2018 (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

Lugar de trabajo:

Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Asociado a Facultad de Medicina, UNNE (resolución 866/00 CD).

Contacto:

Dirección: Av. Artigas 1435 (CP: 3400), Corrientes, Argentina.

Correo electrónico: anatomiajuanpablo2@gmail.com

Teléfono: 3794- 596112 / 3794- 669191