

FIBROMA AMELOBLÁSTICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

AMELOBLASTIC FIBROMA. REPORT OF A CASE REPORT

Gustavo Guzmán*, Edder Chamorro Flórez** y Ramiro Gutiérrez Hoyos**

RESUMEN

El fibroma ameloblástico (FA) es un tumor benigno odontogénico mixto (estroma fibroso y epitelial) de rara aparición, que constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos. Se caracteriza por presentarse en pacientes jóvenes entre la primera y segunda década de la vida, sin predilección por el sexo y con tendencia de aparición en la mandíbula. Su tratamiento es variado, ya que el mismo va a depender del tamaño de la lesión, de la evolución, de la localización, de la expansión de tablas óseas y del compromiso de tejidos adyacentes; con la finalidad siempre de obtener menor índice de recurrencia, secuelas y complicaciones; por último darle la mayor estética posible al paciente. El objetivo de esta presentación es describir un caso clínico de este tumor, hacer una breve revisión de la literatura y sus diagnósticos diferenciales, analizar sus características clínicas e histológicas y la actitud terapéutica a tomar. (DUAZARY 2012 No. 1, 75 - 81)

Palabras clave: tumor; fibroma ameloblástico; diagnóstico diferencial; hemimandibulectomía.

SUMMARY

Ameloblastic fibroma (AF) is a benign mixed odontogenic tumor (fibrous stroma and epithelial), a rare occurrence that constitutes 2% of all odontogenic tumors. It is characterized by younger patients between the first and second decades of life, with out predilection for sex with a tendency of appearance in the jaw. Concerning the treatment is varied as it will depend on the size of the lesion, evolution, location, expansion boards and commitment of bone adjacent tissues in order to obtain always slower rate of recurrence, sequelae and complications, and finally give the more aesthetically pleasing to the patient. The objective of this presentation is to describe a case of this tumor, a brief review of the literature and differential diagnosis, analyze their clinical and histological characteristics and therapeutic attitude to take.

Key words: Tumor, ameloblastic fibroma, differential diagnosis, hemimandibulectomy.

*Odontólogo cirujano maxilofacial, docente del área de cirugía oral y maxilofacial de la Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Guguzman_01@hotmail.com

**Estudiantes de 5° año del Programa de Odontología de la Universidad del Magdalena

INTRODUCCIÓN

Muchos tipos de tumores pueden afectar el hueso mandibular, existiendo dificultad para establecer el diagnóstico clínico y radiográfico del mismo⁽¹⁾. El fibroma ameloblástico (FA)-fibro-odontoma ameloblástico (FOA), es un tumor benigno odontogénico mixto (epitelial y mesenquimal) de rara aparición, que fue descrito por primera vez en 1891 por Kruse y que constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos^(2,3).

En este orden de ideas, su incidencia está ligada con mayor frecuencia en la mandíbula (80% a 90%), en sectores posteriores de pacientes jóvenes (con una media de edad entre 14 y 15 años) sin predilección de sexo^(4,5), asociándose a veces a un diente incluido⁽⁶⁾. Los pacientes, normalmente presentan como signos clínicos iniciales aumento de volumen en los huesos gnáticos, los cuales crecen de forma lenta e indolora en la gran mayoría de los individuos afectados^(7,8).

A nivel histológico se evidencia un grupo de células epiteliales en un estroma de tejido conectivo sin compromiso óseo. Las células epiteliales presentan morfología cuboidal o columnar baja, organizadas irregularmente, de tal manera que se asemejan a la lámina dentaria. El tejido conjuntivo es semejante a la papila dental en desarrollo, con fibras de colágeno ocasionalmente presentes y muchas veces tejido semejante a la capa hialina. A veces se pueden observar áreas mixomatosas o ser vistos focos de predentina⁽⁹⁾.

Radiográficamente, el fibroma ameloblástico se presenta en la mayoría de los casos como una zona radiolúcida multilocular con márgenes escleróticas. Normalmente presenta diámetro entre 1 a 8 cm. Tumores menores pueden tener imágenes uniloculares; lesiones mayores pueden romper las corticales óseas. Frecuentemente el FA aparece asociado a un elemento dentario incluido⁽¹⁰⁾.

El tratamiento del fibroma ameloblástico puede variar desde tratamiento radical, como resección en bloque, resección segmentaria y semiresección de los maxilares, o métodos más conservadores como enucleación y curetaje⁽¹¹⁾.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de un paciente de 30 años de edad, sexo masculino, al servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad

de Santa Marta. El paciente refiere como motivo de consulta “vengo programado para cirugía”, remitido de la unidad de consulta externa para cirugía programada por masa tumefacta en maxilar inferior.

El paciente manifiesta presentar tumoración de consistencia pétreo, de 2 años de evolución aproximadamente, asintomático a nivel de tablas óseas, sintomático a nivel de mucosa oral debido al trauma por órganos dentarios antagonistas, de crecimiento progresivo asociado a órganos dentarios 46 y 47.

Antecedentes médico personales: El paciente comenta ser alérgico al ibuprofeno, agrega que fue intervenido quirúrgicamente a los 5 años de edad debido a una hernia umbilical. Con respecto a su historial clínico familiar se evidencian antecedentes de hipertensión arterial.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

A la valoración histológica generalmente se observa predominio de tejido dentinario; adicionalmente se evidencian matriz de esmalte no mineralizada, células ameloblásticas y tejido conjuntivo con abundantes fibroblastos del retículo estrellado del órgano dentinario.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA LESIÓN

En la consulta se observa paciente de sexo masculino en buen estado general, con índice de masa corporal de muy buen balance para su edad, hemodinámicamente estable, sin alteraciones motoras.

El paciente presentó los siguientes signos vitales:

Presión arterial: 110/80 mmHg; Pulso: 80 pulsaciones/minuto; Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones/minuto; temperatura: 37°C.

A la valoración se observa tumoración a nivel de maxilar inferior derecho de aproximadamente 8 cm de diámetro, ubicada en región del cuerpo mandibular, la cual inicia en el sector posterior de la mandíbula hasta la región del agujero mentoniano, así como en el borde mandibular pterigoideo interno y apreciable en la región maseterina, de bordes irregulares y consistencia firme. A nivel intraoral se evidencia expansión de tabla ósea lingual y vestibular a nivel de cuerpo y ángulo mandibular, asociada a órganos dentarios 46 y 47 con mucosa oral eritematosa a nivel de la zona (Fig. 1). Se le ordena al

paciente una tomografía axial computarizada (TAC) de maxilar inferior y una ortopantomografía, en las cuales se evidencia lesión radiolúcida de márgenes radioopacos asociada a órganos dentarios 46 y 47 (Fig. 2). Perfil de coagulación, cuadro hemático completo y glicemia arrojaron resultados dentro de los parámetros normales. El paciente fue sometido a exámenes microscópicos para lo cual se obtuvo biopsia de la lesión con los siguientes resultados:

Descripción macroscópica: Dos fragmentos de tejido elástico pardo rojizo, que miden 0.8x0.5x0.7 y 0.8x 0.7x 0.6cm; se procesa todo.

Descripción microscópica: Los fragmentos descritos representan mucosa oral con lesión benigna adyacente, en la que se identifican nidos y cordones de epitelio odontogénico con células estrelladas de diferenciación ameloblástica rodeadas por estroma fibroso con áreas de aspecto mixoide y focos de tejido óseo trabecular.

Diagnostico anatomopatológico: Fibroma ameloblástico, estudio negativo para malignidad.

PLAN DE TRATAMIENTO

Se establece como plan de tratamiento hemimandibulectomía y reconstrucción con placa de titanio; posteriormente injerto óseo de cresta iliaca.

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

El paciente ingresa al quirófano para enucleación de la lesión bajo anestesia general; se realiza previa asepsia y antisepsia, intubación orotraqueal y abordaje extraoral por medio de una incisión por 1cm por debajo del borde inferior del cuerpo mandibular, extendida desde al área inferior de la rama de la mandíbula hasta el gonión de 10 cm de longitud aproximadamente, preservando así la rama marginal mandibular del nervio facial, realizando de esta manera disección por planos de tejido celular subcutáneo, músculos aponeuróticos hasta identificar el borde inferior mandibular. Luego se identifica el lugar exacto de la lesión, la cual presentaba cambio de color, aspecto y textura. La exposición mandibular se hizo desde la región mentoniana hasta la rama ascendente mandibular, a nivel de superficie vestibular y lingual, hallando en el transoperatorio abombamiento de las tablas óseas que comprometen su densidad (Fig. 3). Posteriormente se realizó osteotomía en sector mesial y

distal de la lesión con microsierra oscilante y recíproca, preservando cóndilo mandibular y apófisis coronoides a nivel de rama ascendente de la mandíbula y órganos dentario 44 respectivamente, hasta lograr separar la estructura ósea del cuerpo de la mandíbula (Fig. 4). Se retira y se hace control hemostático, luego se procede a suturar plano por plano desde la mucosa oral, muscular, subcutáneo con vicryl 3-0 y epitelial con nylon 5-0; se lleva a oclusión realizando fijación intermaxilar con férula de alambres, se coloca placa de titanio de reconstrucción mandibular de 10 cm de diámetro con puntos separados por placas, utilizando dos tornillos a nivel de la ramas ascendente y dos a nivel mentoniano, moldeada transoperatoriamente y colocada previa resección mandibular y estabilización de la oclusión (Fig. 5). La lesión tumoral se remite a estudio de patología donde se corrobora el diagnóstico inicial (Fig. 6).

El paciente quedó en observación durante 5 días en la unidad de cuidados intensivos. Luego se trasladó a hospitalización durante 5 días y posteriormente se dio de alta. Se le realizó control postoperatorio a los tres meses y no se evidenciaron signos de recidiva: se evaluó funcionalidad del nervio facial, la cual dio resultados normales (Fig. 7). Se realizó control radiográfico con radiografía lateral de cráneo y posteroanterior de waters, en las cuales no se observaron anomalías.

DISCUSIÓN

Los tumores odontogénicos pueden estar asociados a fallas en la erupción dentaria, las cuales pueden deberse a la presencia de órganos dentarios supernumerarios en el vía de erupción impactación, dislocación o retención por dientes deciduos; dilaceración radicular secundaria a trauma en incisivos centrales, o anquilosis relacionadas también a episodios traumáticos⁽⁸⁾.

La retención dentaria debido a procesos patológicos es de ocurrencia rara, pudiendo ser asociada a tumores o lesiones quísticas⁽¹²⁾.

De acuerdo con la definición aportada por las diferentes literaturas, el fibroma ameloblástico y el fibroodontoma ameloblástico han sido definidos como tumores odontogénicos compuestos por epitelio proliferativo embebido en un estroma fibroso rico en colágeno, teniendo grados variables de mudanzas inductivas y formación de tejidos duros dentales.

En este orden de ideas, según Regezzi et. al.⁽¹³⁾, el FA y el fibroodontoma ameloblástico (FOA) son considerados un único proceso, siendo variables de un mismo tumor, diferenciándose por la presencia de un odontoma en el caso del FOA. Radiológicamente, el FA es una lesión completamente radiolúcida y bien definida, mientras que el FOA es radiolúcida con diferentes grados de radiopacidad.

Sin embargo, hay autores que afirman que no es claro si el fibroma ameloblástico, y fibroodontoma ameloblástico son etapas de evolución de un tipo simple de lesión, o son entidades distintas, este mismo autor mencionado también afirma que otra entidad, fibrodentinoma ameloblástico, es vista por muchos investigadores como variante del fibroodontoma ameloblástico⁽¹⁴⁾.

Entonces se entra a considerar la dificultad de clasificar o determinar al fibroma ameloblástico y lesiones asociados como entidades independientes o procesos de maduración del mismo tumor. En la literatura existe un consenso sobre la localización del tumor; obteniéndose mayor incidencia en la región mandibular región posterior, sin embargo el fibroodontoma ameloblástico ocurre con mayor frecuencia en el maxilar superior. El fibroma ameloblástico exhibe crecimiento clínico más lento cuando es comparado con el ameloblastoma simple y no tiende a infiltrar a través del trabeculado óseo⁽¹⁵⁾, tal como se observó en el caso relatado.

Este tumor crece por la expansión gradual, y de esta forma la periferia de lesión se presenta lisa. Frecuentemente el paciente afectado no presenta quejas y normalmente es descubierto accidentalmente en exámenes radiográficos de rutina. El diagnóstico diferencial del FA puede ser: ameloblastomas, mixoma odontogénico, quistes dentígeros, tumores odontogénicos queratoquísticos, granuloma central de células gigantes e histiocitosis⁽¹⁶⁾. La opinión de que el FA exhibe un crecimiento clínico lento, siendo bien encapsulado y demostrando un comportamiento benigno, fue soportada por muchos autores, así el tratamiento conservador es recomendado⁽¹⁷⁾. Por otra parte, muchos autores creen que el FA es más agresivo de lo que anteriormente se pensaba, y una terapia más radical es necesaria, teniendo como base las revisiones de los recurrentes casos de transformación maligna del referido tumor⁽¹⁸⁾. Según Mcguinness, el FA es una lesión benigna, y una simple excisión puede ser adecuada en muchos casos, no siendo recomendada ni indicada la resección amplia. Sin embargo, el caso reportado nos indica que puede tener un comportamiento

agresivo y es necesaria la resección amplia de la lesión con márgenes de seguridad que abarque tejido sano.

La mayoría de las recidivas se atribuyen a resecciones incompletas⁽³⁾; así, Zallen y cols.⁽¹⁹⁾, revisaron la literatura médica en 1982 y hallaron 85 casos de FA, de los cuales 14 (el 18,3%) habían recidivado.

Por otra parte, es necesario realizar control postquirúrgico desde el punto de vista clínico e imagenológico, de modo que se puedan complementar los procesos de cicatrización, osificación y relaciones faciales⁽²⁰⁾.

Al caducar el presente informe, se deduce que el fibroma ameloblástico es un tumor odontogénico de rara ocurrencia y manifestaciones variables, las cuales pueden ser dóciles o agresivas. Es imprescindible realizar un correcto análisis clínico-imagenológico para establecer un diagnóstico precoz con el objeto de ofrecer el mejor plan de tratamiento con la menor cantidad posible de secuelas, efectos adversos y la mejor expectativa en cuanto a estética y funcionalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perrotta F, Fretes G, Navarro A, Schaerer C, Cubilla A. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 2 (1) Junio 2006: 44.
2. Kruse A. Uber Die Entwicklung Cystichen Gesschwulste in Unterkiefer. Arch F Pathol Anat 1891; 124: 137.
3. Mosby EL, Russell D, Noren S, Barker BF. Ameloblastic fibroma in a 7-week-old infant: A case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1998; 56: 368-72.
4. Junquera LM, Albertos JM, Floriano P, Calvo N, Santos J. Ameloblastic fibroma: Report of two cases. Int J Paediatr Dent 1995; 5: 181-6.
5. Bonet J, Diago JV, Mínguez JM, Peñarrocha M. Fibroma ameloblástico: A propósito de un caso. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. 1998; 20: 227-30.
6. Baroni C, Farneti M, Stea S, Rimondini L. Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar. A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 548-9.
7. Trodahl JN. Ameloblastic fibroma: a survey of cases from the Armed Forces Institute of Pathology. Oral Surg (1972); 43: 547-558.
8. Mcguinness NJ, Faughnan T, Bennani F, Connolly CE. Ameloblastic fibroma of the anterior maxilla presenting as a complication of tooth eruption: a case report. Journal of Orthodontics (2001); 28: 115-117.
9. Cawson RA, Binnie WH, Speight PM: Luca's pathology of tumours of the oral tissues (ed. 5). Hong Kong,

- Churchill Livingstone (1998), pp. 65-69.
10. Kim SG, Jang HS. Ameloblastic fibroma: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* (2002); 60: 216-218.
 11. Chen, Y, Wang JM, Li, TJ. Ameloblastic fibroma: A review of published studies with special reference to its nature and biologic behavior. *Oral Oncology* (2007); 43: 960-969.
 12. Pereira KD, Bennett KM, Elkins TP, Zhenhong Q. Ameloblastic fibroma of the maxillary sinus. *Int J Ped Otorhinolaryngology* (2004); 68: 1473-1477.
 13. Regezzi JA, Sciubba JJ, eds. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations* (3a ed.). Philadelphia, PA: WB. Saunders Company Editores; (1999). pp. 352-356.
 14. Takeda Y. Ameloblastic fibroma and related lesions: current pathologic concept. *Oral Oncology* (1999); 35: 535-540.
 15. Kim SG, Jang HS. Ameloblastic fibroma: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* (2002); 60: 216-218.
 16. López RMG, Ortega L, Corchón MAG, Sández AB. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. *Med. Oral* (2003); 8: 150-3.
 17. Linard R, Avelar P, Neto A, Oliveira P, Souza E, fibroma ameloblástico: consideraciones clínicas - caso clínico, *Acta Odontológica Venezolana - Volumen 47 N° 4 / 2009*; 1-9.
 18. Chen, Y, Wang JM, Li, TJ. Ameloblastic fibroma: A review of published studies with specialreference to its nature and biologic behavior. *Oral Oncology* (2007); 43: 960-969.
 19. Zallen RD, Presgar MH, McClary SA. Ameloblastic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg* (1982); 40: 513-517.
 20. Manotas, I. Hemimandibulectomía en niños, Duazary, 2 semestre de 2006, Vol. 3 N. 2, 143-152.

ANEXOS

ÍNDICE DE IMÁGENES (RADIOGRAFÍAS Y FOTOGRAFÍAS)



Figura 1. Imagen clínica de aspecto intraoral de la lesión.



Figura 2. Radiografía panorámica de ingreso que revela lesión radiolúcida en cuerpo y ángulo mandibular derecho.



Figura 3. Imagen clínica localización del tumor, se evidencia abombamiento de tablas óseas.

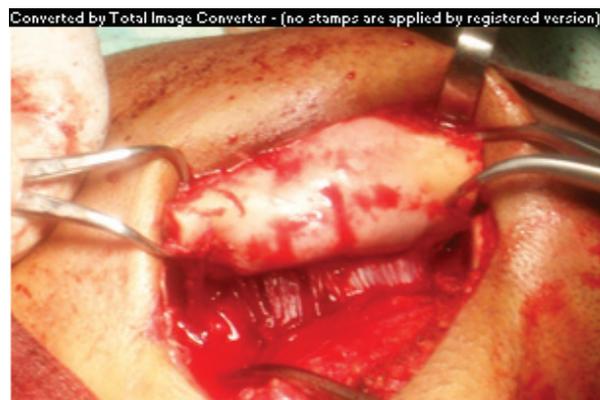


Figura 4. Imagen clínica resección del cuerpo de la mandíbula.



Figura 5. Imagen clínica de colocación de placa a nivel del cuerpo mandibular.



Figura 6. Imagen anatomopatológica del tumor.



Figura 7. Control clínico postoperatorio a los tres meses.