

AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO, NEOPLASIA POCO FRECUENTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y REPORTE DE CASO CLÍNICO

Gustavo Guzman* y Ivan Manotas Arevalo**

RESUMEN

El Ameloblastoma es un tumor odontogénico frecuente, derivado de restos epiteliales odontógenos, y que clasifica dentro de sus variantes al raro e infrecuente tumor ameloblastoma periférico. Se reporta el caso de una mujer afectada por un tumor ameloblastoma periférico ubicado en la fosa pterigoidea. (Duazary 2008; 121-124)

Palabras Clave: Ameloblastoma, ameloblastoma periférico, ameloblastoma desmoplásico, tumores odontogénicos

ABSTRACT

The Ameloblastoma is frequent an odontogenic tumor, derived of remains epithelial odontogenic cells, and that classifies inside his variants to the strange and infrequent peripheral ameloblastoma. There is reported the case of a woman affected by a peripheral ameloblastoma located in the pterygoid area.

Key Words: Ameloblastoma, peripheral ameloblastoma, desmoplastic ameloblastoma, odontogenic tumors

INTRODUCCIÓN

Los tumores de los Maxilares son un capítulo presente un gran interés debido a la gran diversidad de especímenes que se observan en su estudio. Dentro de las Neoplasias verdaderas de los maxilares se observa con frecuencia alta los tumores Odontogénicos, aquellos derivados de tejidos comprometidos en la formación de estructuras del diente, por alteración de cualquiera de las etapas de su desarrollo¹. La Clasificación de los tumores odontogénicos incluye: a- los epiteliales, b-los conectivos, c- los mixtos, (epiteliales-conectivos), d-Formas malignas. Dentro

de los tumores odontogénicos del tipo a: epiteliales se encuentran formas como los ameloblastomas, tumor odontogénico adenomatoide, tumor odontogénico calcificante, tumor odontogénico de células fantasmas, tumor odontogénico de células planas². Aparecen como frecuentes los tumores tipo Ameloblastoma.¹⁻⁵

El ameloblastoma es un tumor derivado de los restos de la lámina dental o restos de serres, epitelio reducido del esmalte, restos de malassez y de las células basales en su capa superior. Es una neoplasia benigna, pero adopta características agresivas por la destrucción local del tejido, por la gran expansión que provoca de los tejidos, y por su índice de recidiva, clasificado básicamente por

* OD. CX MAXILOFACIAL Universidad del Magdalena

** OD. CX MAXILOFACIAL. Docente de Planta Universidad del Magdalena

sus características histológicas en a- Ameloblastoma poliquistico o folicular o común, b-Ameloblastoma Uniquistico, y c- Ameloblastoma Periférico.⁶

En los hallazgos radiográficos se puede apreciar una lesión con efecto de masa captante, de intensidad media, que en contacto con paredes óseas y otras estructuras puede rechazarlas para posteriormente reabsorberlas por compresión, es definida y puede mostrarse en una tomografía axial computarizada o en una resonancia nuclear magnética.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Mujer, de 28 años de edad, que consulta porque desde hace 8 meses aproximadamente advierte una reducción en su apertura bucal, consulta a médico general, el examen clínico se reportó en buenas condiciones generales de salud, con limitación de apertura bucal de 20 milímetros en interincisal línea media y dolor a la palpación en musculatura masticatoria por lo cual es remitida al servicio de Cirugía Oral y Patología de la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, en 02-2008. Allí es evaluada por los aspectos anteriormente mencionados y se confirma limitación de apertura bucal y dolor muscular de áreas temporal, maseterina, y pterigoidea izquierdas, especialmente cuando se le pide a la paciente hacer el esfuerzo de apertura bucal.

La mucosa bucal yugal es de aspecto normal, palpando suave nodulación en la profundidad.

El exámen contralateral es normal y no se halla asimetría facial. Se ordenan paraclínicos de sangre, hallando hemograma con Hemoglobina de 13.0mg/dl, hematocrito de 36 mg%, el recuento de glóbulos rojos 4.2 millones x mm³, glóbulos blancos en el orden de 7100 x mm³, 56% polimorfonucleares, 36% linfocitos, plaquetas 350.000 x mm³. Se ordena radiografías de cara tipo Water's en las cuales no se observaron detalles relevantes excepto un velamiento tenue de la radiotransparencia normal del seno maxilar del lado izquierdo que hace pensar en un cuadro de origen inflamatorio local interrogado y se ordena tomografía axial computarizada, con ventana para tejidos duros y blandos, que revela masa de densidad de tejido blando ubicada en la región profunda de la fosa pterigomaxilar, relacionada con la base esfenoidal, rechaza musculatura pterigoidea externa y deforma suavemente la tuberosidad del maxilar, penetrando levemente en seno maxilar. Con la impresión clínica de masa compatible con neoplasia no odontogénica, aparentemente capsulada, se

programa biopsia. Bajo anestesia local se incide fondo de surco yugal maxilar superior izquierdo, se disecciona plano mucoso y submucoso, hallando varias nodulaciones rojizas, que hacen pensar en lesión linfogranulosa, las cuales se identifican, se independizan y se toman para muestra. Se recibe reporte histopatológico que dice: islotes celulares que simulan el folículo dental. Y con concepto diagnóstico histopatológico de ameloblastoma folicular es llevada a junta quirúrgica que decide revisar el bloque de parafina en junta histopatológica la cual es reportada así: masa de células que guarda similitud con islotes celulares característicos del tejido folicular dental, que sin dudas configura tejido representativo de la lesión. Dando un concepto definitivo de ameloblastoma folicular periférico.

En control posoperatorio de biopsia descrita se aprecia leve depresión en área central de la mejilla del lado afectado, leve prominencia en tejidos blandos periféricos a esta zona. El lado derecho sin variaciones. Empeora progresivamente la limitación de apertura bucal.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El origen común de la placa neuroectodérmica implica una estrecha relación entre el desarrollo de lesiones de tipo de la cuerda neural y las del tipo dental. El ameloblastoma es un tumor de origen ectodérmico, su ubicación podría estar en cualquier área del recorrido de su origen embrionario, la fosa pterigoidea profunda en este caso. La relación de las patologías ectodérmicas en el área de la silla hipofisiaria requiere mencionar el ameloblastoma hipofisiario de Rathke. El Ameloblastoma del caso clínico presentado no se encuentra central en ninguna estructura ósea, mucho menos maxilar o mandibular, se encuentra en un área profunda en los tejidos blandos, considerándolo periférico por no confinarse en un hueso, sin embargo son más frecuentes las denominaciones de periférico en mucosa bucal y en encía particularmente, más que en el sitio referenciado.

Su caracterización histopatológica está bien documentada y no se confunde. Su diagnóstico, además de la histopatología, incluye tomografía computarizada y resonancia nuclear magnética, para observar extensión y relaciones de la lesión. Su manejo es un reto quirúrgico por los márgenes de seguridad exigidos, además por el abordaje quirúrgico amplio. Debe realizarse seguimiento postquirúrgico a largo plazo. El pronóstico es favorable, si se salvan estas condiciones, aún cuando los índices de recurrencia son altos.

- FIGURA 1- FOTO CLINICA FACIAL AP
 FIGURA 2- FOTO CLINICA FACIAL LATERAL IZQUIERDA
 AFECTADO con depresión en área central de la mejilla
 FIGURA 3- FOTO CLINICA LATERAL DERECHO
 SANO.
 FIGURA 4- FOTO CLINICA APERTURA BUCAL MAXIMA
 menor a 10mm, interincisal 11/41.
 FIGURA 5- FOTO CLINICA BREGMA BASE MENTON,
 leve asimetría por aumento de tejidos blandos en
 prominencia malar afectada izquierda.
 FIGURA 6- FOTO RADIOGRAFIA WATERS. Leve
 velamiento sinusal izquierdo.
 FIGURA 7- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA LESION
 DEMARCADA 1-, y rechazo de musculo pterigoideo 2.
 FIGURA 8 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA CORTE
 HORIZONTAL. Masa de apariencia blanda,
 medianamente definida, afecta área adyacente a
 musculatura pterigoidea, comprimiéndola.
 FIGURA 9- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA,
 HORIZONTAL, se aprecia perforación de la cortical
 de la tuberosidad del maxilar penetrando levemente
 en el espacio del seno maxilar.
 FIGURA 10- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA LESION
 EN BASE ESFENOIDES Y FOSA PERIGOMAXILAR.
 Se nota la relación de la lesión con la base esfenoidal
 y su ocupación de la profundidad de la fosa
 pterigomaxilar.
 FIGURA 11- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA CORTE
 CORONAL DE LA LESION.
 FIGURA 12- HISTOPATOLOGIA. Microfotografía de corte
 histológico de la lesión descrita, 40x
 FIGURA 13- HISTOPATOLOGIA . Microfotografía de corte
 histológico aumento 100x

REFERENCIAS

- Gorlin JR, Goldmann H. Thoma, Patología Oral. edit. Salvat Barcelona 1975.
- Shaffer, Hine, Levy . Tratado de patología Bucal. Edit. Interamericana 1983
- Tumores Odontogénicos. Reporte de caso del mes. En www.odont.ucv.ve/catedras/cirugia_estomatologica/ acceso 20/05/2008
- Reporte de Caso del mes. En www.odontologia.uchile.cl/departamentos/patologia/casosdelmes/ acceso 20/05/2008
- Kusama K, Tanaka A, Sakashita H. Peripheral ameloblastoma is not a hamartoma but rather more of a neoplasm. *Oral Oncol.* 2002; 38 (3):318-20.
- Mendenhall W, Werning J, Fernandez R, Malyapa RS, Mendenhall NP. *American journal of clinical oncology.* 2007, vol.30 No6
- Gavaldá C. Ameloblastoma periférico [Peripheral ameloblastoma]. *Med Oral Patol. Oral Cir bucal* 2005; 10: 187-191.
- Atlas of oral and maxillofacial pathology. Regezy, J. Pogrel MA, Sciuba J. 1ª ed, editorial WB Saunders company , Philadelphia-Pennsylvania.2000.
- Smullin SE, Faquin W, Susarla SM, Kaban LB. Peripheral desmoplastic ameloblastoma: report of a case and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105 (1):37-40.
- Pekiner FN, Ozbayrak S, Sener BC, Olgaç V, Sinanoglu A. Peripheral ameloblastoma: a case report. *Dentomaxillofac Radiol.* 2007; 36 (3):183-6.
- Yamanishi T, Ando S, Aikawa T, Kishino M, Nakano Y, Sasai K, Isomura Tanaka E, Tsuji T, Koizumi H, Iida S, Kogo M. A case of extralingival peripheral ameloblastoma in the buccal mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36 (3):184-6.
- Hayes MI, Prince SE. Peripheral ameloblastoma: a case report. *Dent Update.* 2006; 33 (10):624-5.
- Regezi J. Sciubba J . Patología Bucal. 2ª Edición en español, México D F, Editorial Interamericana. México.1999.
- Malcolm Lynch et al. Medicina Bucal de Burket. 9ª Edición. México DF, Editorial Interamericana. México. 1994.
- Kishino M, Murakami S, Yuki M, Lida S, Ogawa Y, Kogo M, Toyosawa S. A immune histochemical study of the peripheral ameloblastoma. *Oral Dis.* 2007; 13(6):575-80.
- Beovide, A.V . -Ameloblastoma uniuquístico la importancia de un diagnóstico histológico. Universidad de la República - Facultad de Odontología - Cátedra de Anatomía Patológica. Montevideo Uruguay, internet: conganat.uninet.edu/IVCVHAP/PDF/C004.pdf acceso 20/05/2008.
- Marucci G, Betts CM, Michal M, Foschini MP. Peripheral ameloblastoma with Merkel cells. *Virchows Arch.* 2005; 446 (2):204-5.
- Coromoto C. et al. Transformación ameloblástica de quistes dentígeros. Reporte de dos casos. *Acta Odontol.* 2005; 32(1): 29-38.
- Sánchez J. y Franceschi AE. . Ameloblastoma y su relación con el quiste dentígero. *Asociación Dental Mexicana.* 1987; XLIV/II: 49-54.
- LeCorn DW, Bhattacharyya I, Vertucci FJ. Peripheral ameloblastoma: a case report and review of the literature. *J Endod.* 2006; 32(2):152-4.

21. Martelli H, Souza LN, Santos LA, Melo-Filho MR, De Paula AM. Peripheral ameloblastoma: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99 (5):
22. Orsini G, Fioroni M, Rubini C, Piattelli A. Peripheral ameloblastoma: a report of 2 cases. *J Periodontol.* 2000; 71 (7):1174-6.
23. Gudiño, J. Casos Clínicos: Ameloblastoma folicular. *Acta Odontol.* 2002;40(3)
24. García MF, Izquierdo, M. Ameloblastomas Maxilares: a propósito de dos casos clínicos. *Acta Otorrinolaringología Española.* 2001; 52: 261-265
25. Regezzy, J. Pogrel MA, Sciuba J. Atlas of oral and maxillofacial pathology. 1ª Ed, editorial WB Saunders company, Philadelphia-Pennsylvania.2000.

