

# Ameloblastoma desmoplásico: diagnóstico precoz.

## Presentación de un caso clínico

FABIÁN BLASCO<sup>1\*\*\*</sup>, SERGIO VERDÚ<sup>2\*\*\*</sup>, GABRIELA NALLI<sup>2\*\*\*</sup>,  
GRACIELA GIANNUNZIO<sup>1\*\*</sup>, NÉSTOR MAURIÑO<sup>1\*\*</sup>,  
HÉCTOR LANFRANCHI TIZEIRA<sup>2\*</sup>, ALICIA KESZLER<sup>3\*\*</sup>

<sup>1</sup> Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial III.

<sup>2</sup> Cátedra de Clínica Estomatológica.

<sup>3</sup> Cátedra de Anatomía Patológica.

\*Profesor Titular. \*\*Profesora Adjunta. \*\*\*Jefe de Trabajos Prácticos.  
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

### resumen

El ameloblastoma es una neoplasia benigna, localmente invasora, originada a partir de restos de epitelio odontogénico o del revestimiento epitelial de un quiste dentífero. Es la neoplasia odontogénica más frecuente de la mandíbula.

Actualmente la OMS (2005) reconoce cuatro tipos de ameloblastomas: el sólido multiquístico, el periférico o extraóseo, el desmoplásico y el unicístico. El tipo desmoplásico es poco frecuente y presenta características clínicas, radiográficas e histológicas distintivas, aunque su comportamiento es similar al del tipo sólido-multiquístico, por lo que el tratamiento quirúrgico recomendado no varía. Se presenta un caso clínico donde el diagnóstico precoz fue fundamental para realizar un tratamiento conservador, rápido y con mínimas consecuencias estéticas y psicológicas para el paciente.

**Palabras clave:** ameloblastoma, ameloblastoma desmoplásico, tumores odontogénicos.

### abstract

The ameloblastoma is a benign, locally invasive neoplasia originated from rests of odontogenic epithelium or the epithelial lining of a dentigerous cyst. It is the most frequent odontogenic neoplasia in the mandible. Recently the WHO (2005) recognized four types of ameloblastoma: solid-multicystic, peripheral or extraosseous, desmoplastic and unicystic type. The desmoplastic type is unusual, with clinical, radiographic and histological distinct characteristics; although its behavior is similar to the solid-multicystic type, wherefore the same surgical treatment is recommended. A clinical case is presented where early diagnosis was the key to a conservative, rapid treatment, with minimal psychological and aesthetic consequences for the patient.

**Key words:** ameloblastoma, desmoplastic ameloblastoma, odontogenic tumors.

### INTRODUCCIÓN

El Ameloblastoma es una neoplasia odontogénica benigna localmente invasora, que tiene un amplio espectro de patrones histológicos.<sup>2</sup> Representa la patología neoplásica odontogénica más frecuente que afecta a la mandíbula.<sup>8</sup>

Se origina a partir de remanentes epiteliales de la odontogénesis que permanecen en los huesos maxilares o menos frecuentemente en el tejido blando gingival; incluyendo los restos de la lámina dental o de Serres, de la vaina de Hertwig o de Malassez y el epitelio reducido del órgano del esmalte. También puede desarrollarse a partir del revestimiento epitelial de una lesión quística preexistente como el quiste dentífero. Su crecimiento lento pero persistente, es capaz de causar gran deformidad facial como consecuencia de la expansión de la cortical vestibular. En algunos casos las corticales pueden ser perforadas con extensión del tumor a los tejidos blandos vecinos. Debido a su propensión a infiltrar los espacios medulares adyacentes, la posibilidad de recidiva es alta si el tratamiento quirúrgico no incluye un margen de seguridad adecuado.<sup>2</sup>

La OMS en su actual clasificación de tumores odontogénicos reconoce cuatro tipos de ameloblastomas denominados sólido-multiquístico, periférico o extraóseo, desmoplásico y unicístico.<sup>2</sup>

El ameloblastoma desmoplásico presenta características clínicas, radiográficas e histológicas distintivas. La característica clínica más destacable es su localización ya que muestra similar distribución en la mandíbula y el maxilar superior y en éste último habitualmente en el sector anterior.<sup>2,7,9</sup> En aproximadamente el 50% de los casos la imagen radiográfica es moteada, mixta radiolúcida-radiopaca, con márgenes difusos; sugiriendo más una lesión del tipo de las fibro-óseas.<sup>2</sup> Histológicamente muestra un predominio del estroma tumoral, el cual es fibroso denso y en sectores colagenizado. Los islotes

de epitelio odontogénico aparecen comprimidos y de forma variada, con células periféricas en su mayoría cuboides y núcleo hiper cromático, en tanto que las columnares con polaridad nuclear son poco evidentes. Las centrales, apretadamente dispuestas, son de aspecto fusiforme o escamoso.<sup>1</sup>

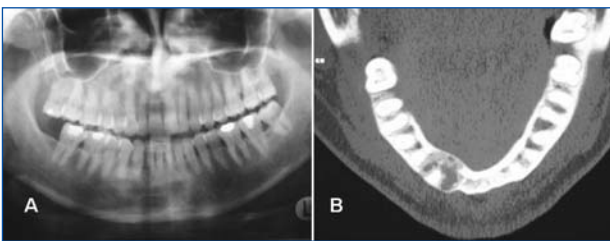
## CASO CLÍNICO

Paciente femenino, de 60 años de edad, residente en la provincia de Buenos Aires, que concurrió al Servicio de Estomatología del Círculo Argentino de Odontología, en octubre de 2004, derivada por su odontóloga por presentar una molestia en la zona de la pieza dental 4.3 y evidencia en la radiografía periapical de una lesión osteolítica que se extendía desde la pieza 4.2 a la 4.4 (Fig. 1).

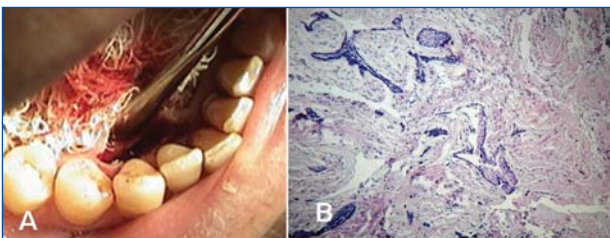
Como antecedentes familiares informó un hermano fallecido por cáncer bucal y la madre de un cáncer pancreático.



**Fig. 1.** A: Imagen clínica de la zona afectada sin lesión evidente por vestibular en el sector 4.2- 4.3. B: Radiografía periapical inicial.



**Fig. 2.** A: Radiografía panorámica en la que se observa lesión osteolítica poco definida y rizólisis de la pieza 4.2. B: Corte tomográfico que evidencia ambas tablas horadadas y leve abombamiento.



**Fig. 3.** A: Abordaje quirúrgico por lingual para la toma biopsica. B: Imagen histopatológica de la lesión. H.E. X40

Como antecedentes personales relató problemas oculares, trastornos psíquicos, y haber sido operada de un fibroma tres años antes.

En la anamnesis, la paciente dijo haber detectado la lesión con un año y medio de anterioridad. Comenzó sintiendo un agrandamiento “al pasar la lengua por la cara interna de sus dientes”, que fue aumentando de tamaño, hasta el momento de la consulta.

En el examen estomatológico se detectó un tumor en el maxilar inferior más evidente a la palpación que a la inspección, presentando mayor prominencia por lingual de las piezas dentales 4.3 y 4.2, de bordes nítidos, superficie lisa y coloración semejante a la mucosa normal.

La radiografía periapical mostraba una imagen radiolúcida con tabiques en su interior, y reabsorción en pico de flauta en la pieza 4.2, por lo que se decidió completar el estudio por imágenes con una radiografía panorámica, oclusal y una tomografía axial computada; observándose que la lesión de límites indefinidos horadada ambas tablas, con leve abombamiento especialmente de la lingual (Fig. 2).

Los análisis clínicos solicitados, sólo mostraron valores elevados de colesterol (213 mg/dl).

En base a las características de la lesión observada en los estudios por imágenes se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de Mixoma.

Se efectuó una biopsia parcial abordando desde lingual entre las piezas 4.2 y 4.3 donde la cortical estaba horadada. El material obtenido con cureta, de color blanco amarillento y consistencia friable, medía 1 x 0,5 x 0,3 cm.

La muestra fue enviada al laboratorio de Patología Quirúrgica de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. El estudio histopatológico reveló la existencia de una neoplasia constituida por islotes epiteliales odontogénicos, algunos de los cuales presentaban queratinización central y escasas células de aspecto ameloblástico periféricamente, con un abundante estroma fibroso en su mayor parte colagenizado, definiéndose el diagnóstico de ameloblastoma desmoplástico-acantomatoso (Fig. 3).

## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento quirúrgico fue realizado por un equipo de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial III de la Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Bajo anestesia general se efectuó la resección de la lesión con margen de seguridad de un centímetro; abarcando márgenes en tejido blando tanto por lingual como por vestibular, ya que ambas corticales estaban comprometidas (Figs. 4 y 5).

El tamaño y la ubicación del tumor permitieron mantener la continuidad de la basal mandibular así como el nervio mentoniano.



Fig. 4. Imágenes intraoperatorias donde se observa el abordaje quirúrgico.

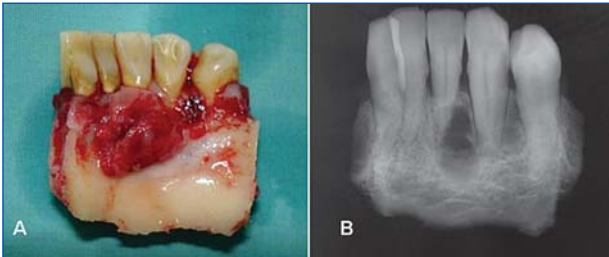


Fig. 5. Macroscopía de la pieza quirúrgica. A: Vista por lingual. B: Radiografía de la pieza.



Fig. 6. Imágenes clínicas y radiográfica posoperatorias.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico previo, informando que los márgenes de la misma estaban libres de tumor.

Con posterioridad se rehabilitó proteicamente con aparatología removable de cromocobalto (Fig. 6). La estructura mandibular remanente permitirá su reconstrucción con técnica de distracción ósea.

## DISCUSIÓN

El ameloblastoma desmoplásico descrito por Eversole et al. en 1984 es poco frecuente. Según datos de la literatura representan entre el 8,8% y el 12,7% de todos los tipos de este tumor.<sup>9,5</sup> Entre los aspectos clínicos se destaca la frecuente localización en el maxilar superior, especialmente en el sector anterior a diferencia de las

otras variantes que prevalecen en el sector de ángulo y rama mandibular. Para algunos autores la distribución entre ambos huesos maxilares es similar<sup>7,9</sup> o predominan en el maxilar superior.<sup>3</sup> Otros en cambio comunican una mayor frecuencia en la mandíbula pero con localización prevalente en el sector premolar-molar.<sup>5</sup> Los datos de la literatura referidos a sexo y edad son discrepantes. Según algunas series ambos son similares a los del ameloblastoma sólido-multiquistico<sup>7,9</sup> mientras otras reportan un predominio en el sexo femenino.<sup>3,5</sup> Radiográficamente se observa una imagen radiopaca-radiolúcida sin bordes definidos, que puede confundirse con una lesión osteofibrosa.<sup>6</sup> El tratamiento indicado es la completa resección con margen de seguridad adecuado de tejido no involucrado y es esencial el seguimiento a largo plazo por la posibilidad de recidiva, que según algunos autores fue del 21% en la serie de casos por ellos analizados;<sup>5</sup> aunque es necesaria mayor información acerca del seguimiento a largo plazo de este tipo de lesiones.<sup>4,5</sup> La detección y diagnóstico precoz de este tipo de tumor es de fundamental importancia al permitir un tratamiento menos resectivo, con mínimas consecuencias estéticas y psicológicas para el paciente mejorando su calidad de vida luego de la cirugía y posibilitando un mejor pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eversole LR, Leider A, Hansen L. Ameloblastoma with pronounced desmoplasia. *J Oral Maxillofac Surg.* 1984;42:735-40.
2. Gardner DG, Heikinheimo K, Shear M, Philipsen HP, Coleman H. Ameloblastomas. En: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. WHO Classification of tumors. Pathology and genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IACR Press. 2005, p. 296-300.
3. Kaffe I, Buchner A, Taicer S. Radiological features of desmoplastic variant of ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;76:525-529
4. Kawai T, Kishino M, Hiranuma H, Sasai T, Ishida T. A unique case of desmoplastic ameloblastoma of the mandible: report of a case and brief review of the English language literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;87:258-63.
5. Keszler A, Paparella ML, Dominguez F. Desmoplastic and non-desmoplastic ameloblastoma: a comparative clinicopathological analysis. *Oral Dis.* 1996;2:228-231.
6. Kishino M, Murakami S, Fukuda Y, Ishida T. Pathology of the desmoplastic ameloblastoma. *J Oral Pathol Med.* 2001;30:35-40.
7. Philipsen H, Ormiston I, Reichart P. The desmo- and osteoplastic ameloblastoma. Histologic variant or clinicopathologic entity? Case reports. *Int J Oral Maxillofacial Surg.* 1992;21:352-357.
8. Waldron CA. Odontogenic tumors. Oral an maxillofacial pathology. Neville BW, Damm DD, Allin CM, Bouquot JE, editors. Philadelphia: WB Saunders company. 2002, p. 611.
9. Waldron C, El-Mofly S. A histopathologic study of 116 ameloblastomas with especial reference to the desmoplastic variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;63:1231-35.

Dirección para correspondencia

E-mail: fabianblasco@speedy.com.ar