

FIBRO ODONTOMA AMELOBLÁSTICO: REPORTE DE CASO AMELOBLASTIC FIBRO ODONTOMA: CASE REPORT

*Recibido para Arbitraje: 14/03/2016
Aceptado para Publicación: 28/04/2016*

Briend, Ma. S., Profesor Titular Cátedra de Anatomía Patológica, Jefa del Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. **Krupp S.**, Auxiliar Docente de 1ra Categoría en la Cátedra de Cirugía II. Coordinador del Servicio de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. **Romero M. E.**, Jefe de Trabajos Prácticos en la Cátedra de Radiología. Personal del Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. **Veloso, C. Ma.**, Profesor. Titular de la Cátedra de Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.

CORRESPONDENCIA: meromero@odn.unne.edu.ar

RESUMEN

El Fibro Odontoma Ameloblastico (FOA) es un tumor odontogénico benigno que se da entre la primera y segunda década de vida. No presenta predilección por sexo y se presenta con mayor frecuencia en el sector posterior de la mandíbula. Es considerado por algunos autores como un tumor mixto en tanto que otros lo consideran una lesión hamartomatosa. El propósito de este artículo es presentar el caso clínico de una paciente de 7 años de edad remitida al Servicio de Cirugía Dento Máxilo Facial de la Facultad de Odontología de la Universidad del Nord Este, México (FOUNNE), que se presenta a la consulta con una tumoración a nivel del ángulo mandibular derecho que le provoca asimetría facial. El estudio imagenológico nos muestra una lesión de densidad mixta con límites corticados bien definidos y desplazamiento del germe del diente 47 hacia el gonion, abarcando los dos tercios inferiores de la rama ascendente derecha y zona correspondiente al pieza dentaria 47 con proyección hacia las raíces de la pieza dentaria 46. Las biopsias incisional y escisional dieron hallazgos histológicos compatibles con FOA. Se realizó un tratamiento quirúrgico conservador y controles a distancia. Se concluye destacando la importancia del estudio interdisciplinario para el diagnóstico de este tipo de tumores.

PALABRAS CLAVE: fibro odontoma ameloblastico – tumor odontogénico benigno.

ABSTRACT

Fibro odontoma ameloblastic (FOA) is a benign odontogenic tumor that occurs between the first and second decade of life. It has no preference for sex and occurs more frequently in the posterior

portion of the mandible. It is considered as a mixed tumor by some authors while others consider it as a hamartomatous lesion. The purpose of this article is to present the clinical case of a 7 year-old patient referred to the Dento Maxillofacial Surgery Service of the FOUNNE, submitted to consultation with a mass at the right mandibular angle that causes facial asymmetry. The imaging study shows a mixed density lesion with well-defined and corticated limits and a displacement of the tooth germ 47 to the gonion, covering the lower two thirds of the right ramus and corresponding to the tooth 47 projecting into the root area of the tooth 46. The incisional and excisional biopsy gave histological findings compatible with FOA. Conservative surgical treatment and controls subsequent were performed. We conclude by highlighting the importance of interdisciplinary study for the diagnosis of these tumors.

KEY WORDS: ameloblastic fibro odontoma - odontogenic benign tumor.

INTRODUCCIÓN

El fibro odontoma ameloblástico es un tumor odontogénico benigno poco frecuente, con características generales de fibroma ameloblástico, pero con cantidades variables de tejido calcificado (OMS). Se le conoce también con los siguientes sinónimos: Odontoma Ameloblástico Inmaduro u Odontoma Ameloblástico. Muchos discuten la verdadera naturaleza de la lesión, si se trata de un tumor mixto o una lesión hamartomatosa. Presenta una incidencia que varía del 1 al 3 %.¹ Representando el 1,6 a 6,5 % de los tumores odontogénicos²⁻³.

Se presenta más frecuentemente en las primeras dos décadas de vida, siendo la edad media de 12 años de edad. Según algunos autores tiene predilección por el sexo masculino: 63- 65 % ⁴, aunque otros autores refieren que no presenta preferencia por el sexo ⁵. La incidencia es ligeramente mayor en el maxilar inferior, y la localización más frecuente es la región premolar y molar. La mayoría de las lesiones de FOA se presenta en forma unilocular, solo unas pocas se han manifestado en forma multilocular ⁶.

Se han reportado casos raros de FOA de localización en maxilar superior, en relación al seno maxilar ⁷. Se encuentra habitualmente asociado a dientes impactados y suele ser asintomático¹.

En relación a su aspecto radiográfico, en sus estadios iniciales suelen presentarse con una imagen radiolúcida aunque a medida que se mineralizan los tejidos duros dentarios presentes en su interior se van observando imágenes radiopacas. La mayoría de las lesiones presentan un aspecto mixto: radiolúcida - radiopaca, sólo unos pocos se presentan radiolúcidos únicamente (10 %)⁶.

Algunos autores consideran al FOA como una lesión independiente mientras que otros lo describen como un estadio del odontoma complejo en su forma intermedia. El diagnóstico diferencial de FOA debe realizarse con otros tumores odontogénicos mixtos como el odontoma complejo inmaduro, fibroma ameloblástico, tumor odontogénico epitelial calcificante, el quiste odontogénico calcificante y tumor odontogénico adenomatoide.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 7 años de edad remitido al Servicio de Cirugía Dento Máximo Facial de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Argentina, que se presenta a la consulta con una tumoración a nivel del ángulo mandibular derecho que le provoca asimetría facial. Al examen extraoral se apreció en la región del gonion una tumefacción dura e indolora a la palpación desplazada hacia el cuerpo mandibular. Al examen clínico intraoral se palpó un agrandamiento a nivel del reborde alveolar inferior que abarcaba desde la zona retromolar hasta

el diente 46, que provocaba la pérdida del surco vestibular, con tablas óseas vestibular y lingual duras e indoloras a la palpación, sin signos ni síntomas de inflamación. La prueba de sensibilidad en el área dio positiva.

Estudio imagenológico: La radiografía panorámica mostraba una imagen unilocular radiolúcida con una masa radiopaca amorfa en su interior y límites corticados bien definidos con desplazamiento del germe de la pieza dentaria 47 hacia el gonion. Abarcando los dos tercios inferiores de la rama ascendente derecha y zona correspondiente a la pieza dentaria 47 proyectándose hacia las raíces de la pieza dentaria 46, con marcado ensanchamiento de la rama mandibular derecha en sentido anteroposterior. (Figura 1)

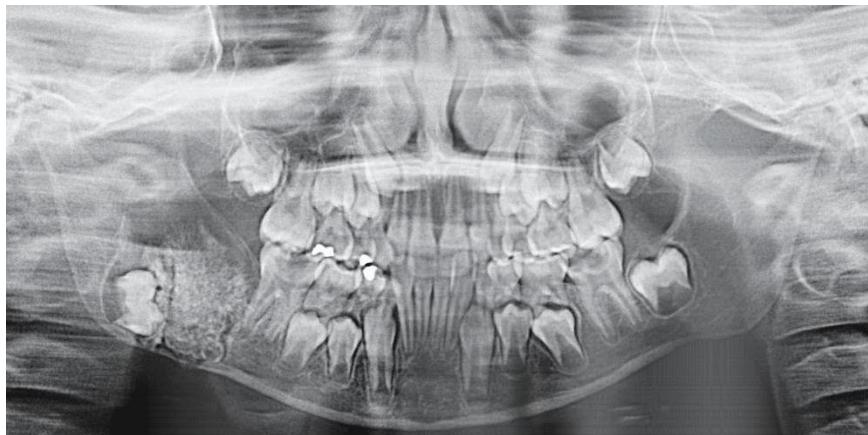


Figura 1: Radiografía Panorámica

El estudio con Tomografía Computada Cone Beam, nos muestra una lesión de densidad mixta con predominio de hiperdensidad y límites corticados netos, que engloba al germe de la pieza dentaria 47, con expansión de las tablas óseas vestibular y lingual y el desplazamiento del conducto dentario inferior hacia el borde basilar del cuerpo mandibular, en tanto que a nivel de la rama ascendente se observa a este conducto desplazado hacia la cara interna de la misma. (Figura 2)

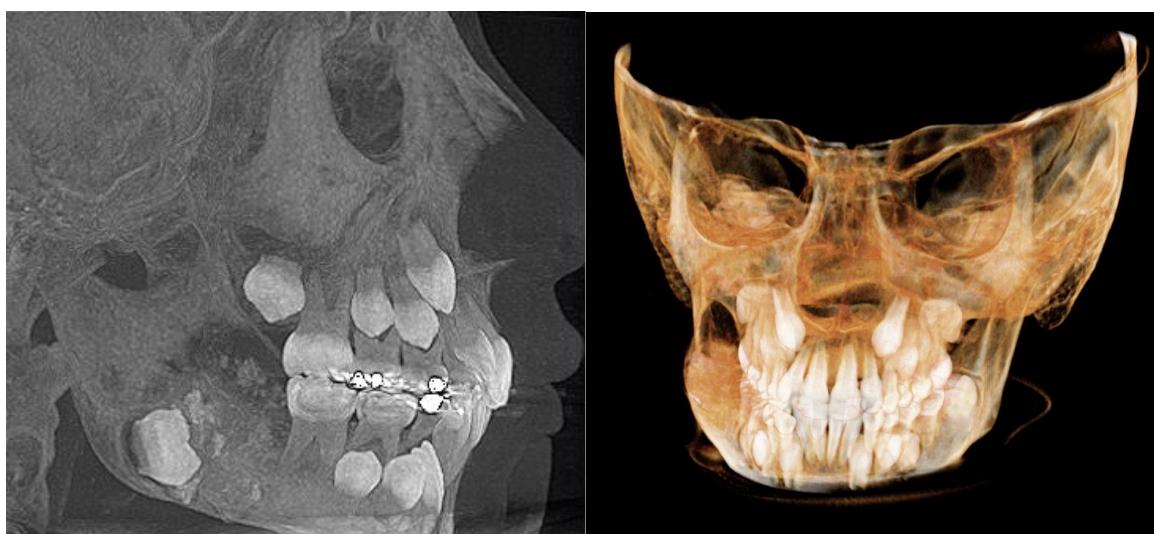


Figura 2: Estudio tomográfico donde se observa la lesión de FOA a nivel del gonion del lado derecho del maxilar inferior

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Bajo anestesia local se realizó la biopsia incisional de fibromucosa y tejido óseo con trefina e instrumental rotatorio. Esta biopsia dio como resultado hallazgos histológicos compatibles con FOA con cambios inflamatorios secundarios. Posteriormente se realizó la intervención quirúrgica bajo anestesia general con una intubación oro traqueal, se procedió al acto quirúrgico siguiendo los protocolos, antisepsia del campo y colocación de compresas según técnicas, se realizó el abordaje quirúrgico de la lesión por vía endobucal con una incisión en fondo de surco desde el canino inferior derecho temporario hasta el borde anterior de la mandíbula del lado afectado con levantamiento del colgajo de espesor total de tipo axial mucoperiostico. Se expuso la masa tumoral y se procedió, con instrumental eléctrico de rotación a baja velocidad y gran torque, al seccionamiento de dicha masa tumoral, con el objetivo de no lesionar estructuras anatómicas vecinas y en relación con la lesión. Se realizó la escisión completa de la lesión de aproximadamente: en sentido supero inferior: 39,65 mm, anteroposterior: 32,24 mm y vestíbulo lingual: 25,45 mm, en fragmentos, mediante curetaje; luego se procedió a la colocación de una placa de ortopedia reabsorbible para reforzar las estructuras anatómicas de la mandíbula, se decidió la colocación de una placa de 1.5 de diámetro de seis orificios con tornillos de titanio con el objeto de no interferir con el normal desarrollo, crecimiento mandibular y cráneo facial, teniendo en cuenta la edad de la paciente (Figura 3.)

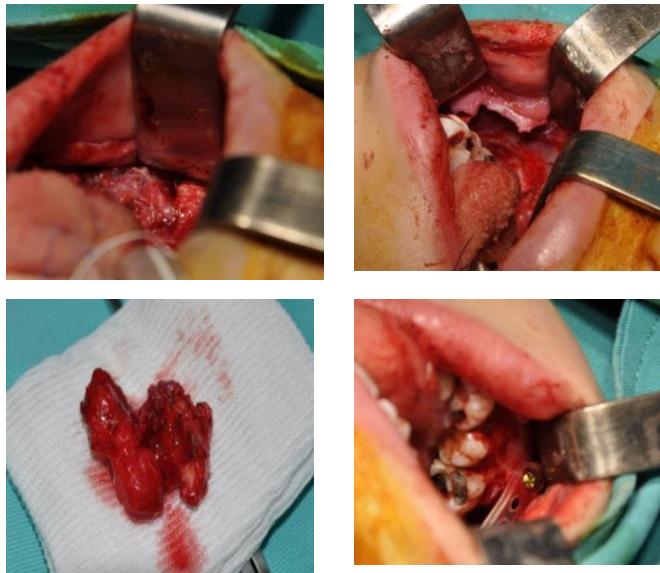


Figura 3: fotos de secuencia técnica quirúrgica en la exéresis del FOA

El tejido extirpado en su totalidad correspondió a una neoplasia encapsulada bien definida que contenía una pieza dentaria en su interior. A la sección de corte macroscópica el tumor mostró tanto componente quístico como sólido, se evidenció también componente líquido viscoso de color marrón en las cavidades quísticas, mientras que el componente sólido fue de tejido osteoide. El paciente es observado en su evolución a 1 año de control sin recidiva clínica ni radiográfica con adecuada regeneración ósea. (Figuras 4 y 5)



Figura 4: Vista de perfil donde se observa relación simétrica de ambos maxilares



Figura 5: Controles a distancia a los 6, 8 y 12 meses.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO: Se realizó en primera instancia una biopsia incisional para estudio histopatológico que mostro material constituido en su mayor parte por tejido fibroconectivo laxo, en donde se reconocían islotes y cordones de epitelio de tipo odontogénico formando estructuras similares a lámina dental y esbozos de folículos, acompañados por material calcificado, que fue informado como hallazgos histológicos vinculables con FOA, lo cual fue posteriormente confirmado en la biopsia escisional. Con este diagnóstico se planificó la cirugía definitiva.

Para el estudio histopatológico de la biopsia escisional se reciben varios fragmentos irregulares, el mayor de 2,5 cm x 2 cm, de consistencia ósea, algunos revestidos por delgada capa de tejidos blandos. Lo acompañaban algunos restos dentarios que se hallaban incluidos en el material (2do molar) con reabsorción parcial radicular. (Figura 6)



Figura 6: Imagen Macroscópica: varios fragmentos irregulares, el mayor de 2,5 x 2 cm, de consistencia ósea, revestidos por delgada capa de tejidos blandos. Acompañan algunos restos dentarios que se hallan incluidos en el material (2do molar) con reabsorción parcial.

Las secciones histológicas mostraron varios fragmentos irregulares de la masa tumoral rodeados por una delgada cápsula de tejido conectivo en los que se reconocían masas desorganizadas formadas por dentina, cemento y matriz de esmalte en diferente grado de calcificación, rodeadas por tejido fibroconectivo de aspecto mixoide similar a pulpa dental. (Figura 7).

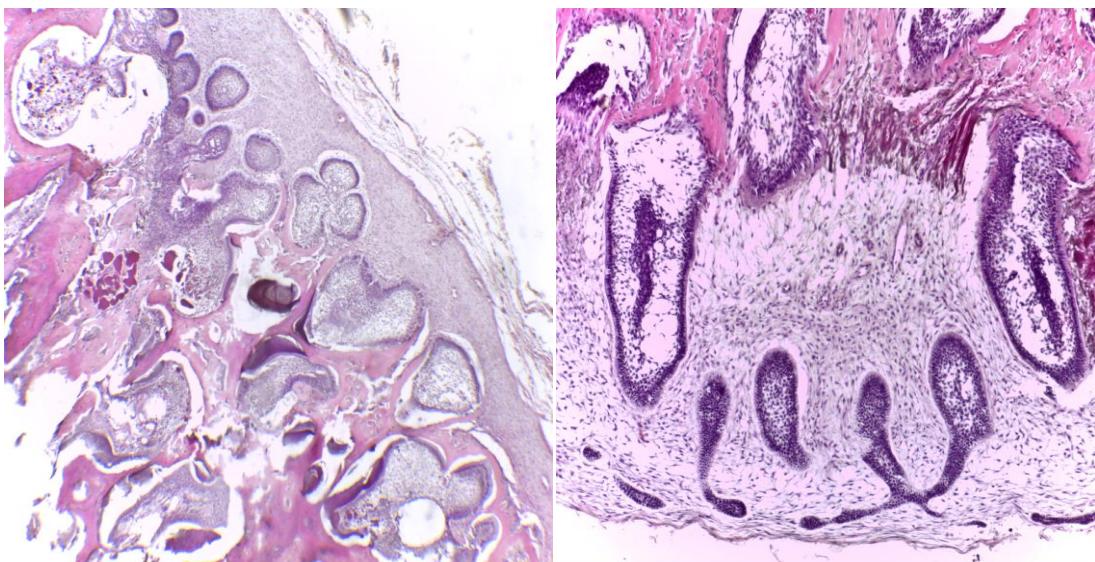


Fig. 7: H/E 40X Tumor bien delimitado de tejido conectivo con cordones y nidos de epitelio odontogénico dispuestos en cordones y folículos con variable formación de tejidos mineralizados como matriz de esmalte y dentina.

En los sectores periféricos cercanos a la cápsula, se reconocían cordones epiteliales odontogénicos tipo lámina dental y otros focos de epitelio con mayor diferenciación esbozando estructuras foliculares de epitelio ameloblastico con empalizada de núcleos y formación de retículo estrellado. Además de algunas trabéculas óseas adelgazadas. El diagnóstico definitivo fue de FOA. (Figuras 8 y 9)

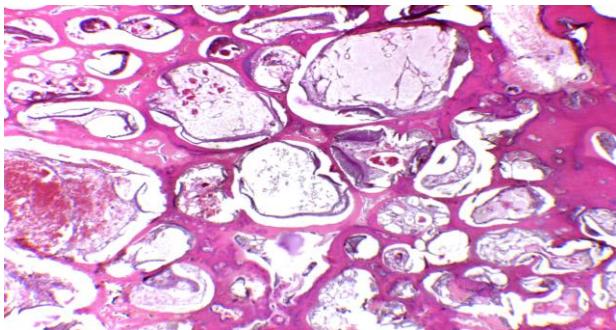


Fig. 8: H/E 40X Cordones y nidos de epitelio odontogénico desorganizado formando folículos y variable cantidad de tejidos mineralizados como matriz de esmalte, dentina y cemento.

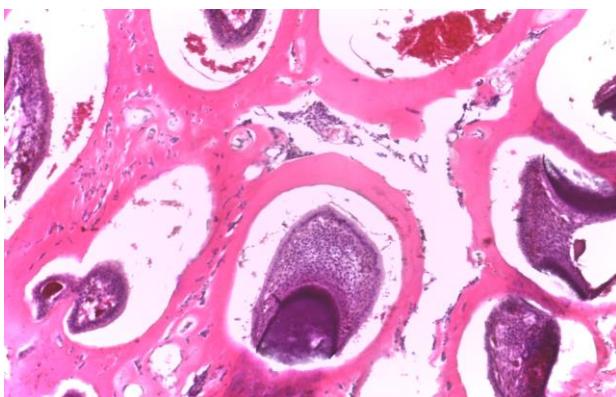


Fig. 9: H/E 400X Epitelio odontogénico formando folículos con variable formación de tejidos mineralizados como matriz de esmalte , dentina y cemento .

DISCUSIÓN

Los tumores odontogénicos no son comunes entre las lesiones orales y maxilofaciales y los tipos malignos son muy raros³. Entre ellos tal como revelan diferentes estudios el FOA es un tumor odontogénico de presentación rara.

Existen controversias en cuanto a la relación del FOA con el Fibroma Ameloblastico (FA) y el odontoma complejo (OC). Regezi et al., en 1989, consideraron que existía la posibilidad de sucesión desde un FA a un FOA.¹ Por su parte Slootweg, 1981 y Philipsen et al., 1997, indican que el FOA corresponde a una forma inductiva de un odontoma complejo⁸⁻⁹.

Además se ha considerado al FOA como una entidad idéntica al FA, sin embargo, en la actualidad se consideran como tumores odontogénicos separados justificando el hecho en: 1) la edad de aparición de las lesiones, ya que el FOA compromete a pacientes de menor edad que aquellos que presentan FA; 2)diferencias inmunohistoquímicas encontradas entre el FA y el FOA, y 3) diferencias clínicas, ya que el FA y el FOA generan comúnmente expansión de tablas óseas, mientras que el Odontoma Complejo no. Pese a lo anterior el FOA es histológicamente indistinguible de un Odontoma Complejo inmaduro.

Esta lesión plantea como diagnósticos diferenciales entidades como el Odontoma Complejo Inmaduro, Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante y Quiste Odontogénico Epitelial Calcificante, que dependerá en gran parte, de la adecuada interpretación de los hallazgos histológicos y de la

correlación clínico-radiológica. A pesar de las similitudes histopatológicas del FOA y del OC ambos se consideran lesiones independientes diferenciables histológicamente, siempre que se haya realizado un exhaustivo muestreo de la pieza quirúrgica. El diagnóstico de certeza puede realizarse con técnicas histológicas de rutina. La utilización de técnicas de inmunohistoquímica con marcadores de proliferación podría ser de utilidad para la evaluación de la tasa de crecimiento y comportamiento biológico de la lesión, que contribuiría a decidir un tratamiento, como ser la enucleación y curetaje o la resección en bloque para evitar recidivas. Se debe considerar que una recurrencia de la lesión y/o patrones histológicos anormales son signos de transformación maligna de la lesión a un fibrosarcoma ameloblastico¹⁰.

El tratamiento recomendado del FOA es la enucleación conservadora con curetaje. Se ha sugerido que los dientes que no han erupcionado relacionados con la lesión deben ser retirados con el fin de evitar la posibilidad de recurrencia¹¹.

Otros autores opinan que el tratamiento indicado para un tumor pequeño es el curetaje con mantenimiento de diente afectado si no interfiere en el procedimiento. En tanto que cuando el FOA es de mayor tamaño se dice que pueden ser tratados con un enfoque conservador (enucleación/curetaje), especialmente cuando el hueso cortical basal puede ser preservado.¹² La mayoría de los casos de FOA presentan un comportamiento benigno, pero se han reportado casos de transformación maligna. La modalidad de tratamiento en la mayoría de los casos consiste en una cirugía conservadora, pero los casos de transformación maligna requerirían un tratamiento más radical¹³.

CONCLUSIÓN

Luego del análisis del caso clínico presentado es posible percibir la relevancia del estudio interdisciplinario para llegar al diagnóstico de este tipo de patologías, que por su manifestación clínica o su aspecto radiográfico no presentan diferenciación significativa con otras entidades de similar localización anatómica, por lo cual el diagnóstico definitivo está supeditado al estudio histopatológico, en el cual debe realizarse un muestreo minucioso que abarque las diferentes áreas del tumor donde se podrá apreciar el amplio espectro de diferenciación que puede presentar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regezi J, Scuibba J, Jordau R. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 5ta ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2008.
2. Taghavi N, Rajabi M, Mehrdad L, Sajjadi S. Indian . A 10-year retrospective study on odontogenic tumors in Iran. J Dent Res. 2013 Mar-Apr;24(2):220-4. Nov;9(6):725-9. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Kowkabi M1, Razavi SM, Khosravi N, Navabi AA. Odontogenic tumors in Iran, Isfahan: A study of 260 cases. Indian J Dent Res. 2013 Mar-Apr;24(2):220-4. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
4. Wood N, Goaz P. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. España: Elsevier; 1998.
5. Helder Antonio Rebelo Pontesa, Flavia Sirotheau Correa Pontesa, Aladim Gomes Lameira, Rodrigo Alves Salima, Pedro Luiz de Carvalho, Douglas Magno Guimarães. Report of four cases of Ameloblastic fibro-odontoma in mandible and discussion of the literature about the treatment. Volume 40, Issue 2, February 2012. En: <http://www.jcmfs.com>
6. Buchner A, Kaffe I, Vered M. Clinical and radiological profile of ameloblastic fibro-odontoma: an update on an uncommon odontogenic tumor based on a critical analysis of 114 cases. Head Neck Pathol. 2013 Mar;7(1):54-63. En: www.ncbi.nlm.nih.gov.
7. Banihashem Rad SA, Mortazavi H, Eshghpour M, Salehinejad J, Shahakbari R. A Large Ameloblastic Fibro-odontoma of the Maxillary Sinus. Iran J Otorhinolaryngol. 2014 Apr;26(75):111-4 . En: www.ncbi.nlm.nih.gov
8. Slootweg PJ. Analysis of the interrelationship of mixed odontogenic tumours-ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. Oral Surg. 1981;51:266-76.
9. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol. 1997;33:86-99.
10. Loreto Castellóna M, Fariña R, Martínez B, Canto L y Gunckel R. Caso clínico Fibro-odontoma ameloblastico de la mandíbula. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial 35 (2) 2013, 87. En: www.elsevier.es/recom.
11. Sreenath G, Indira Reddy Y, Sreenivasreddy P. y Ravi Prakash A. Ameloblastic Fibro-odontome (AFO) of the Mandible: A Case Report. J Clin Diagn Res. 2014; 8(1):260-2.

12. Pontes HA, Pontes FS, Lameira AG, Salim RA, Carvalho PL, Guimarães DM, Pinto Ddos S Jr.: Report of four cases of ameloblastic fibro-odontoma in mandible and discussion of the literature about the treatment. *J Craniomaxillofac Surg* 40(2): e59–e63, 2012. En: www.ncbi.nlm.nih.gov
13. Hegde V1, Hemavathy S. A massive ameloblastic fibro-odontoma of the maxilla. *Indian J Dent Res.* 2008;19(2):162-4. En: www.ncbi.nlm.nih.gov