



Ameloblastoma y Fibroma osificante en la misma mandíbula: Presentación de un caso clínico

Ameloblastoma and ossifying fibroma in the same jaw: Presentation of a clinical case

Juan Diego Salazar¹
Estefanía Carcelén²
Fabián Martínez³

¹Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica odontológica, Campus Cumbayá, oficina CC100, casilla postal 17-1200-841. Quito-Ecuador. Correo electrónico: juandieguito87@aol.com

²Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica odontológica, Campus Cumbayá, oficina CC100, casilla postal 17-1200-841. Quito-Ecuador. Correo electrónico: estefyp20@hotmail.com

³Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica odontológica, Campus Cumbayá, oficina CC100, casilla postal 17-1200-841. Quito-Ecuador. Correo electrónico: gofa_martinez@hotmail.com

Editado por / Edited by: Johanna Monar

Recibido / Received: 15-01-2019

Aceptado / Accepted: 21-02-2019

Publicado en línea / Published online: 30-03-2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.18272/oi.v5i1.1419>

4-13

4
Volumen 5
Número 1

Resumen

El ameloblastoma, así como el fibroma osificante son dos de las lesiones más comunes de los maxilares de origen epitelial, que producen expansión local de los tejidos, ambos pueden aparecer entre la segunda y tercera década de la vida, son agresivas, de crecimiento lento, usualmente asintomáticas, aunque en raras ocasiones puede ser dolorosas, por lo que su diagnóstico clínico temprano es difícil, estas presentan una alta tendencia a la recidiva. Entre las características radiológicas el fibroma osificante se presenta como una imagen mixta bien definida separada del hueso circundante por un halo isodenso, mientras que el ameloblastoma se presenta como una lesión radiolúcida bien circunscrita unilocular o multilocular. El objetivo de este artículo es reportar el caso de un paciente en el cual se presentaron dos lesiones en una misma hemimandíbula.

Palabras clave: Fibroma osificante, ameloblastoma, mandíbula.

Abstract

Ameloblastoma, as well as ossifying fibroma, are two of the most common lesions of the jaws of epithelial origin, which produce local expansion of the tissues, both can appear between the second and third decade of life, are aggressive, slow-growing, usually Asymptomatic, although in rare cases they can be painful, so their early clinical diagnosis is difficult, they present a high tendency to relapse. Among the radiological characteristics, the ossifying fibroma presents as a well-defined mixed image separated from the surrounding bone by an isodense halo, while the ameloblastoma appears as a well circumscribed unilocular or multilocular radiolucent lesion. The aim of this article is to report the case of a patient in whom these two lesions have been presented in the same hemomandible.

Key words: Ossifying fibroma, ameloblastoma, jaw.



Introducción

El ameloblastoma es el tumor odontogénico de origen epitelial más común^{1,2}. Esta lesión se origina de los remanentes de la lámina dental, del órgano del esmalte, del revestimiento de quistes odontogénicos o de células basales de la mucosa oral^{1,3,4}. Este fue descrito por primera vez por Folkson y el término ameloblastoma fue utilizado por primera vez por Churchill en 1933³.

El ameloblastoma es común entre la segunda y cuarta década de la vida y es rara en personas de edad avanzada y no tiene predilección por el sexo¹. El ameloblastoma es un tumor de crecimiento lento, benigno, no doloroso, agresivo, el cual se expande localmente dentro de otras estructuras anatómicas y con un alto índice de recurrencia las cuales se han visto hasta 10 años después del tratamiento inicial, este no presenta sintomatología temprana por lo que es raramente diagnosticado en estadios tempranos^{1,3,4,2}. Usualmente es asintomático y se presenta en la región posterior de la mandíbula (80%) y en la mayoría de los casos se encuentran asociados a piezas dentales erupcionadas, existen muy pocos reportes de localización en el maxilar.^{1,3}

En la mayoría de los pacientes éste se presenta como una sombra radiolúcida bien circunscrita, clínicamente se presenta parecido a un quiste dentígero, esta lesión se puede presentar como una imagen única, bien demarcada y otras veces multiloculada como una pompa de jabón^{5,6,1,4}. Cuando el tumor tiene un tamaño considerable, puede comprometer la vía aérea y el tracto digestivo, e incrementar el riesgo de muerte¹. El tratamiento del ameloblastoma puede ser un problema debido a su alta tasa de recurrencia con tratamientos conservadores, pero también hay que tomar en cuenta las complicaciones de un tratamiento agresivo y las técnicas reconstructivas que se pueden utilizar.^{7,4,6}

El fibroma osificante (FO) fue descrito por primera vez en 1872 por Menzel en un paciente femenino de 35 años de edad, la cual presentó un tumor en la mandíbula. Desde entonces el (FO) ha sido reclasificado dentro de diferentes categorías.^{8,9,10}

EL FO es considerado por algunos autores como el tumor más común de las lesiones fibroósas benignas de la región oral y maxilofacial, tiene un pronóstico favorable en adultos mientras que en los niños es de fácil recurrencia, lo cual se traduce en múltiples cirugías que pueden dejar secuelas como deformidades faciales^{11,12}. Esta lesión usualmente se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida con una predilección por el sexo femenino en una relación de 5:1, aunque también puede presentarse en niños y adolescentes, así como en adultos mayores.^{9,8,10}

Antes se creía que el origen de esta lesión era del tejido periodontal, pero actualmente su origen es cuestionable debido a que microscópicamente se ha observado tejido idéntico al cemento dental en este tipo de lesiones, y debido a que el cemento dental y el tejido óseo es esencialmente el mismo producto mineralizado, y solo se lo distingue por su localización anatómica, algunos autores determinan a esta lesión como de origen osteogénica.^{8,5,13}

Clínicamente el FO usualmente se presenta como una lesión de crecimiento lento, esférica u ovoide bien circunscrita, uniuística o mutuística, no dolorosa, aunque en algunos casos se puede presentar dolor o parestesia, además la lesión puede producir obstrucción sinusal, deformidad facial, proptosis y complicaciones intracraneales^{8,9,12,14}. Este afecta a la mandíbula en el 70 a 80% de los casos y en la mayoría de estos en la zona premolar y molar, mientras que en el maxilar envuelve generalmente el antro.^{9,5,10}

Radiográficamente se presenta como una imagen expansiva, bien definida, radiolúcida o mixta radiolúcida y radiopaca la cual se encuentra separada del hueso circundante por un halo radiotransparente.^{12,5,15} Esta lesión es rara vez predominantemente radiopaca, estas características ayudan a distinguir el fibroma osificante de la displasia fibrosa.^{8,5,15} Las piezas dentales que se encuentran en relación con la lesión pueden presentar divergencia o incluso reabsorción radicular.^{5,13,14}

El tratamiento sigue siendo controversial y la decisión depende de la presentación de la lesión.^{11,12} A las lesiones pequeñas y bien definidas se las puede eliminar mediante enucleación y curetaje, mientras que las lesiones grandes y expansivas y con gran destrucción ósea requieren de una cirugía radical, con márgenes de seguridad y reconteado óseo.^{8,5,14} En este tipo de lesión es necesario un control clínico y radiográfico a largo plazo para detectar la recidiva debido a que la tasa de recurrencia ha sido reportada en un rango entre 30-58% en estudios publicados^{14,12,16,11}

El objetivo de este artículo es describir un caso inusual de un paciente de 28 años de edad, en el cual se diagnosticó un ameloblastoma y un fibroma osificante en la misma hemimandíbula.

Caso Clínico

Paciente masculino, 28 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, acude a la consulta por presentar crecimiento a nivel mandibular lado derecho, con 7 meses de evolución, el paciente indica que inicia con dolor dental y posterior a ello aumento de volumen.

Al examen clínico se evidencia lesión de consistencia dura, de aproximadamente 6 x 6 cm con encía expandida, doloroso a la palpación. (Figura 1)



Imagen 1. Imagen preoperatoria de la lesión

En el examen radiográfico se presentaba dos imágenes distintas, la primera como una sombra mixta bien definida la cual se encontraba separada del hueso circundante por un halo radiotransparente la cual abarcaba toda la región premolar y molar de la hemimandíbula derecha, así como la reabsorción radicular de la pieza 46 en relación a la lesión. La segunda se presentó como una sombra isodensa en la región de la rama mandibular del lado derecho la cual abarcaba de la región retro-molar a la base del cóndilo, esta imagen se presentaba bien definida, expansiva, con una imagen hiperdensa compatible con el hueso cortical (Figura 2, 3), por lo que se decidió realizar biopsia y con el resultado de la misma se decidió intervenir quirúrgicamente bajo anestesia general para un procedimiento de resección mandibular con márgenes de seguridad, más la colocación de una placa de reconstrucción mandibular.

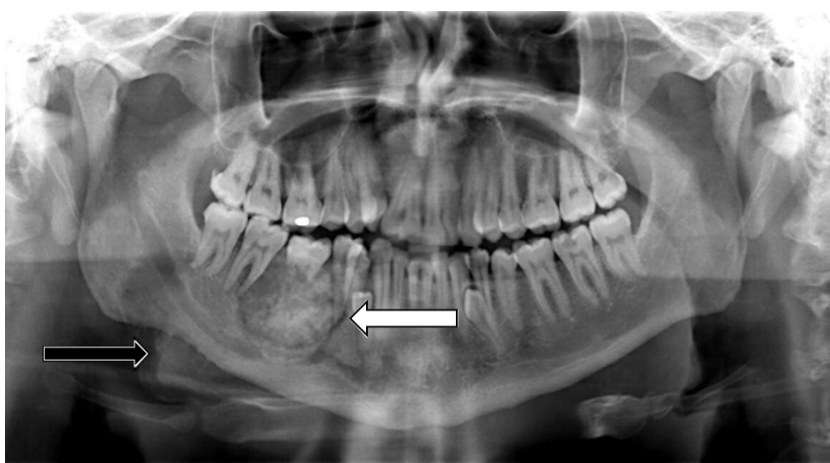


Imagen 2. Ortopantomografía preoperatoria de las lesiones en donde se puede apreciar el fibroma osificante (flecha blanca) y el ameloblastoma (flecha negra)

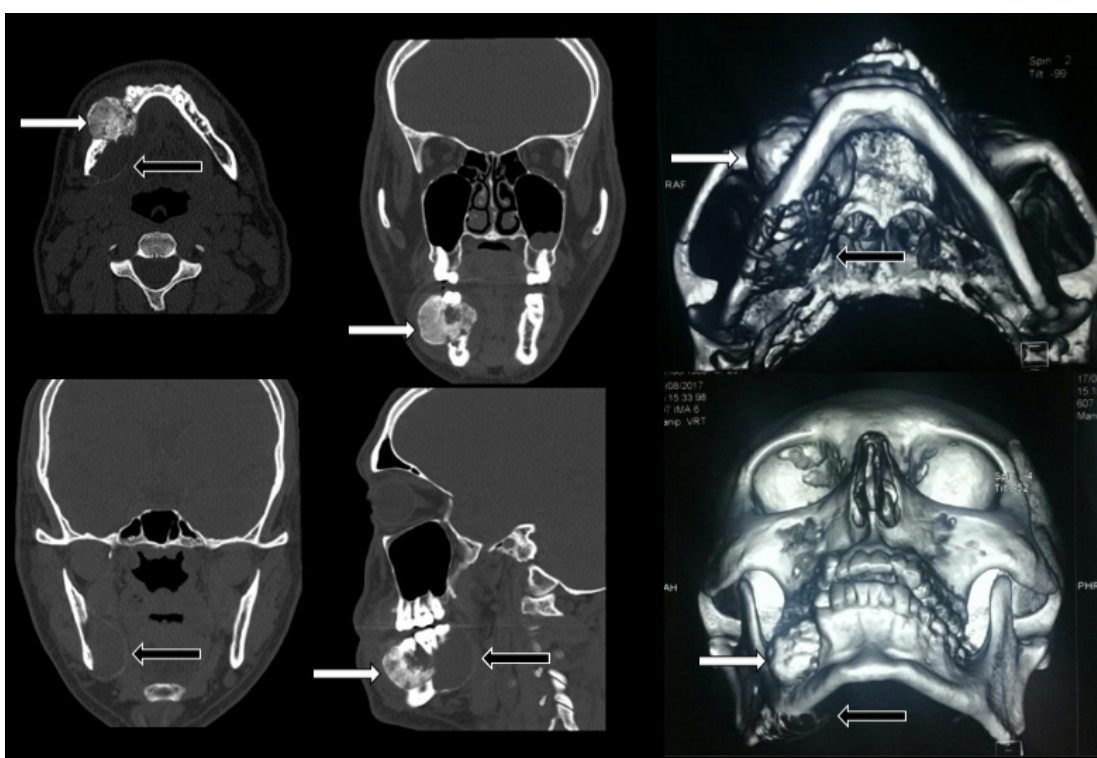


Imagen 3. Tomografía preoperatoria de las lesiones en donde se puede apreciar el fibroma osificante (flecha blanca) y el ameloblastoma (flecha negra)

Mediante un abordaje extraoral paramandibular que se extendió hasta la línea media del mentón, también se realizó un abordaje intraoral a nivel de mucosa vestibular mandibular del lado derecho. Una vez expuesto el tejido óseo y la lesión se realizó la osteotomía con sierra recíproca entre las piezas dentales 41 y 42 (Figura 4 y 5). Posterior a ello se realizó la resección mandibular en bloque del lado derecho y la colocación de la placa de reconstrucción mandibular (Figura 6). El reporte histopatológico intraoperatorio dio como resultado fibroma osificante en la región anterior del cuerpo mandibular de lado derecho y ameloblastoma en la región posterior del cuerpo mandibular del mismo lado.

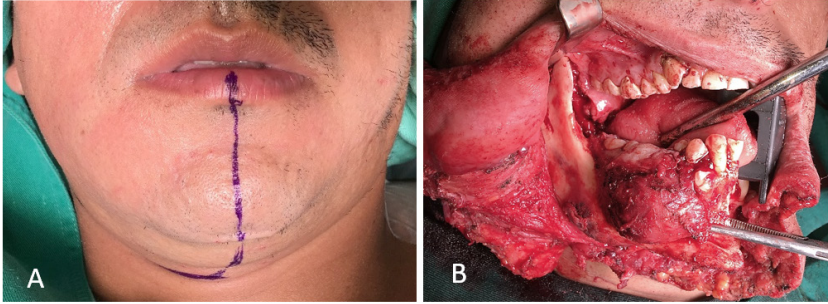


Imagen 4. A. Marcaje del abordaje extraoral paramandibular que se extiende hasta la línea media. B. Imagen de la lesión vista por vestibular

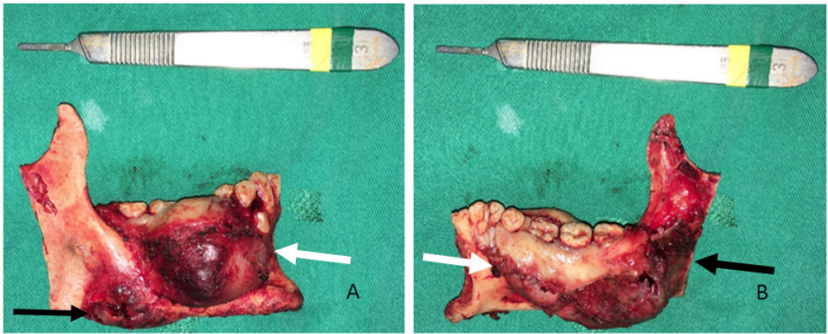


Imagen 5. Lesion vista vestibular (A) Vista lingual (B) en donde se puede observar el fibroma osificante (flecha blanca) y el ameloblastoma (flecha negra)

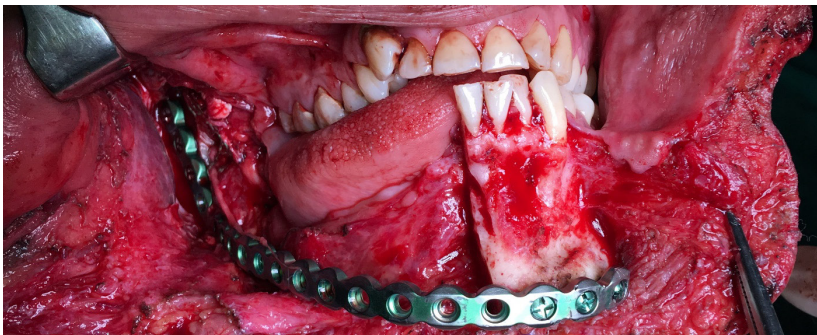


Imagen 6. Colocacion de placa de reconstruccion.

Se realizó controles posoperatorios del paciente a la semana, a las 2 semanas, al mes y a los 6 meses posoperatorios en los cuales no se evidenció recidivas.

Discusión

La literatura médica incluye muchos casos de reportes de lesiones en los maxilares, sin embargo, la aparición de múltiples lesiones benignas con diferentes tipos histológicos en la misma mandíbula es rara.^{15,17}

En este artículo se describió un caso en el que se presentó un ameloblastoma y un fibroma osificante en la misma hemimandíbula. De acuerdo a la literatura, el fibroma osificante tiene predilección por el sexo femenino y por la región posterior mandibular, especialmente el ángulo y el cóndilo, entre la segunda y cuarta década de la vida, lo que concuerda con nuestro caso el cual presenta la lesión en el cuerpo mandibular en la región premolar y molar en un paciente de 28 años de edad y no concuerda con el sexo ya que es un paciente de sexo masculino.¹⁵

Así mismo el ameloblastoma según varios estudios usualmente se presenta en la región posterior de la mandíbula sin predilección por el sexo y al igual que el fibroma osificante entre la segunda y tercera década de la vida, lo que igual coincide con nuestro caso en el cual se presenta en la región de la rama mandibular en un paciente de 28 años.¹⁵

Al igual que Borghesi & col. en su publicación, su paciente presentaba 4 lesiones en la misma hemimandíbula y en contraste con él se trataba de una paciente femenina de 48 años de edad, en el caso reportado por Borghesi & col. al igual al presentado en este artículo el diagnóstico se basó en la clínica, la imagen por ortopantomografía y tomografías para luego ser confirmado por un estudio histológico.¹⁵

Al examen radiográfico se presentaba dos imágenes distintas, la primera como una sombra mixta bien definida la cual se encontraba separada del hueso circundante por un halo radiotransparente la cual abarcaba toda la región premolar y molar de la hemimandíbula derecha, así como la reabsorción radicular de la pieza 46 en relación a la lesión lo que concuerda con lo descrito por varios autores a la presentación radiográfica del fibroma osificante.^{8,9,10,11,12} La segunda se presentó como una sombra isodensa en la región de la rama mandibular del lado derecho la cual abarcaba de la región retromolar a la base del cóndilo, esta imagen se presentaba bien demarcada, expansiva, con una imagen hiperdensa compatible con el hueso cortical, como usualmente se presenta el ameloblastoma uniuístico, aunque cabe recalcar que esta característica no es exclusiva de esta lesión.^{5,1,4,6}

En este caso se realizó la resección completa con márgenes de seguridad de las lesiones, más la colocación de una placa de reconstrucción a través de un abordaje extraoral, se decidió por un tratamiento agresivo debido a la alta tasa de recurrencia del ameloblastoma y del fibroma osificante, y a los 6 meses posterior a la cirugía no se evidenciaron recidivas.^{7,4,6,8,5,14}

Este es el primer caso reportado en la literatura en el cual se presenta de forma simultánea en la misma hemimandíbula un fibroma osificante y un ameloblastoma, esta combinación puede deberse a la casualidad como lo describieron Hosseini y



Moslemi, a un desequilibrio hormonal o a un trastorno genético en la regulación de la remodelación ósea.^{15,17}

Conclusión

Estas dos lesiones son agresivas y presentan un alto índice de recidiva por esta razón la necesidad de establecer un diagnóstico temprano, en cuanto al tratamiento en este tipo de lesiones es la resección con márgenes de seguridad el cual fue aplicado con resultados favorables y en el seguimiento posquirúrgico a los seis meses no muestra indicios de recidiva.

Referencias bibliográficas

1. Machado, L., Souza, E., Carneiro, J., da Silva, M., Alves, S., Viana, J. Maxillary ameloblastoma in an elderly patient: Report of a surgical approach. *Human Pathology: Case Reports*. 2017; 10(1): 25-29.
2. Ikai, A., Suzuki, S., Hayashi, K. A case of ameloblastoma with extensive pulmonary metastasis survived for 14 years without treatment of the lung. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*. 2017; 28(2): 138-142.
3. Abathi, M., Zandi, A., Razmjoo, H., Ghaffari, S., Abathi, S., Jahanbani, H., Kasaei, Z., Kasaei, S., Sajjadi, S., Sonbolestan, S., Abathi, S. Orbital invasion of ameloblastoma: A systematic review apropos of a rare entity. *Journal of Current Ophthalmology*. 2017; 1(1): 1-12.
4. Giraddi, G., Arora, K., Malick, A. Ameloblastoma: A retrospective analysis of 31 cases. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*. 2017; 7(3): 206-211.
5. Neville, B., Allen, C., Damm, D., Chi, A. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. Canada: Elsevier; 2016.
6. Martínez, B., Elizondo, X., Mosqueda, A., Aguirre, J. Ameloblastoma desmoplásico con predominio quístico: Presentación de un caso clínico. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial*. 2014; 38(3): 155-158.
7. Johnson, O., Sharma, K. Ameloblastoma resection with immediate rib reconstruction: addressing the problem of mandibular angle and central bone bulk. *Tropical Doctor*. 2017; 47(4): 384-388.
8. Titinchi, F., Morkel, J. Ossifying Fibroma: Analysis of Treatment Methods and Recurrence Patterns. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2016; 74(12): 2409-2419.
9. Saad, R., Lutz, J.C., Riehm, S., Marcellin, L., Gros, C.I., Bornert, F. Conservative management of an atypical intra-sinusal ossifying fibroma associated to an aneurysmal bone cyst. *Journal of stomatology oral & maxillofacial surgery*. 2017; 118(6): 270-276.
10. Paranthaman, A., Shenoy, V., Kumar, S., Marimuthu, L., Velusubbiah, V., Vijayaraj, S. Trabecular Variant Juvenile Ossifying Fibroma of the Maxilla. *Cureus*. 2017; 9(9): 1864-1872.
11. Liu, X., Shan, X., Guo, X., Xie, S., Cai, Z. Clinicopathological Characteristics and Prognosis of Ossifying Fibroma in the Jaws of Children: A Retrospective Study. *Journal of cancer*. 2017; 8(17): 3592-3597.
12. Han, J., Hu, L., Zhang, C., Yang, X., Tian, Z., Wang, Y., Zhu, L., Yang, C., Sun, J., Zhang, C., Li, J., Xu, L. Juvenile ossifying fibroma of the jaw: a retrospective study of 15 cases. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2016; 45(3): 368-376.
13. Célio, R., Reis, M., Silva, A., Paes, O. Large peripheral ossifying fibroma: Clinical, histological, and immunohistochemistry aspects. A case report. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial*. 2017; 39(1): 39-43.
14. Gamra, B., Nadiya, R., Safa, N., Madiha, M., Wafa, A., Ines, H., Chaouech, M. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Egyptian journal of ear, nose, throat and allied sciences*. 2016; 18(2): 149-149.
15. Borghesi, A., Tonni, I., Pezzotti, S., Maroldi, R. Peripheral osteoma, compound odontoma, focal cemento-osseous dysplasia, and cemento-ossifying fibroma in the same hemimandible: CBCT findings of an unusual case. *Radiology Case Reports*. 2017; 12(4): 756-759.
16. Vamanshankar, H., Karunakaran, V., Kumar, P., Hegde, J., Ganesan, S., Alexander, A. Giant trabecular type juvenile ossifying fibroma of the maxilla - A case report. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial*. 2017; 39(4): 234-238.
17. Hosseini, F., Moslemi, E. Central ossifying fibroma, periapical cemento-osseous dysplasia and complex odontoma occurring in the same jaw. *Clinics and practice*. 2011; 1(2): e36.