

POTENCIAL AMELOBLASTOMATOSO DEL QUISTE DENTÍGERO EN NIÑOS. REPORTE CLINICO-PATOLÓGICO DE UN CASO.

FLOR ANGELA VILLEGAS*, GERMÁN AGUILAR**, RODRIGO FELIPE NARANJO***.

RESUMEN: El objetivo de este reporte fue revisar la literatura disponible y recopilar la información clínico-patorradiológica de un caso en el que se presentó transformación de un quiste dentígero a un ameloblastoma. Se analizaron las características de ambas lesiones para determinar la veracidad del potencial ameloblastomatoso del quiste dentígero. Se discuten la posibilidad de que la lesión hubiese sido desde el comienzo una neoplasia mal diagnosticada, y el acierto terapéutico al darle un manejo conservador, dada la edad del paciente.

Palabras clave: Quiste dentígero, ameloblastoma, transformación ameloblástica.

ABSTRACT: The purpose of this report was to review the available literature and to compile the clinical, pathological and radiological information about a case in which happened a transformation of a dentigerous cyst into an ameloblastoma. The features of both lesions were analysed for determining the veracity of the ameloblastomatous potential of the dentigerous cyst. The possibility that the lesion had been from the beginning a misdiagnosed neoplasm, is still been discussed and the therapeutic success when given a conservative approach due to patient's age.

Key words: Dentigerous cyst, ameloblastoma, ameloblastic transformation.

INTRODUCCION

El ameloblastoma es un tumor odontogénico que se caracteriza por un comportamiento localmente invasivo. La incidencia varía en un rango que va desde 11%¹ hasta 36%², siendo más alta entre la tercera y cuarta décadas de la vida³, con una marcada predilección por la mandíbula⁴. Se ha reportado poca frecuencia en niños⁵, sin embargo, el tumor crece lentamente y es probable que su desarrollo comience desde la infancia⁶. Tanaka y otros⁷ encontraron que constituye el 33.3% de todos los tumores óseos en niños.

En cuanto al origen se reportan teorías de formación a partir de epitelio oral, perlas de Serres, órgano del esmalte y restos de Malassez⁸. El 17% de los ameloblastomas se encuentra asociado a quistes dentígeros, y los disturbios en el desarrollo del órgano del esmalte pueden resultar por trauma o injuria química aun dentro del útero⁵. Leibur E y otros⁹, a través de la observación de crecimiento y desarrollo del órgano del esmalte de ratones en medios de cultivo, probaron la proliferación de epitelio desde los bordes del epitelio odontogénico cuando se interrumpe la interacción epitelio-mesénquima. Como conse-

cuencia, se produce la formación de un patrón histológico lamelar similar al del ameloblastoma. En estudio retrospectivo de incidencia de quistes y tumores alrededor de terceros molares¹⁰, se encontró que el 2.14% de las lesiones correspondió a quistes dentígeros y tan sólo 0.41% corresponde a ameloblastomas.

Dentro de las variantes histológicas se reconocen el ameloblastoma folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, de células basales y desmoplásico¹¹. Ha sido clasificado también como uniuquístico, multiuquístico o sólido y periférico¹¹. La variante uniuquística del ameloblastoma se ha subclasificado en dentígero y no dentígero, dependiendo de si está o no asociado a un diente retenido. Presenta con frecuencia un patrón unilocular y el promedio de edad para la aparición es de 22 años¹².

Histológicamente, el criterio mínimo para el diagnóstico de la lesión es la presencia de un saco uquístico único, delineado por epitelio odontogénico ameloblastomatoso en áreas focales de la pared¹³. Se ha considerado que el ameloblastoma uniuquístico plexiforme es una forma clínico-

* Odontóloga, Estudiante de Posgrado en Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: angia76@hotmail.com

** Odontólogo, Radiólogo Maxilofacial y Endodoncista. Profesor Auxiliar Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: gamo2@epm.net.co

*** Odontólogo, Especialista en Cirugía Oral y Estomatología. Estudiante de Posgrado en Cirugía Oral y Maxilofacial. Profesor Asociado Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: mtobon@epm.net.co

VILLEGAS FLOR ANGELA, GERMÁN AGUILAR, RODRIGO FELIPE NARANJO. Potencial ameloblastomatoso del quiste dentígero en niños. Reporte clínico-patológico de un caso, Rev Fac Odont Univ Ant; 2001; 13(1): 65-69.

RECIBIDO: OCTUBRE 23/2001 - ACEPTADO: ABRIL 16/2002

patológica que comúnmente se encuentra en niños¹⁴, y por fortuna tiene un comportamiento menos agresivo ya que mantiene un estado primitivo de diferenciación¹⁵.

La imagen radiográfica del ameloblastoma es altamente variable. Depende básicamente del tipo clínico. Se manifiesta como un proceso osteolítico unilocular o multilocular con bordes bien definidos y escleróticos en respuesta a su crecimiento lento. A pesar de esto, la imagen radiográfica no determina exactamente los límites de la lesión por la tendencia de ésta a infiltrar los espacios medulares¹⁶. En ocasiones se observa la presencia de un diente incluido y migración, inclinación o reabsorción de dientes vecinos y la tendencia a adelgazar las corticales¹⁷.

En cuanto al tratamiento se han recomendado procedimientos variados que incluyen curetajes, cauterización, enucleación, resección marginal con preservación del borde inferior de la mandíbula, y resección radical con márgenes de seguridad de 1-2 cms de hueso no involucrado¹¹. Hay acuerdo en la literatura en cuanto a que la resección radical es el tratamiento de elección dada la alta tasa de recurrencia de la lesión¹⁸. Sin desconocer el comportamiento agresivo de la lesión, se aceptan en la actualidad los procedimientos conservadores para los niños, gracias a que tienen un gran potencial osteogénico. Las recurrencias pueden manejarse a través de la repetición de los curetajes de tal manera que se gana tiempo hasta que el crecimiento del individuo se completa y se evita de esta manera la disfunción y deformidad permanente que dejaría un tratamiento radical¹⁸.

REPORTE DE CASO

Un paciente de 9 años de edad, (sexo femenino), ingresó al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en septiembre de 1997 por presentar una masa bien circunscrita de 6 meses de evolución en cuerpo mandibular izquierdo de 3 x 1.7 cms, que expandía la tabla vestibular, sin ser dolorosa a la palpación. Intraoralmente se halló una tumefacción en la zona distal al primer molar inferior izquierdo (molar 36) sin cambios en el aspecto ni color de la mucosa, el germen de 37 se encontraba sin erupcionar y las pruebas de vitalidad eran positivas para el 36. La radiografía pano-

rámica mostró una imagen lítica bien definida, de bordes escleróticos en cuerpo mandibular izquierdo que respetaba el borde basilar, íntimamente asociada a la zona cervical del 36 y que desplazaba el germen del 37 que se encontraba en estado 6 de Nolla (Fig. 1).

Los hallazgos clínicos y radiográficos permitieron diagnosticar la lesión como un quiste dentígero. A través de un aspirado se confirmó el carácter quístico de la lesión. La paciente no tenía antecedentes médicos de importancia y no se dieron otros hallazgos en el examen físico. Fue programada para enucleación de la lesión bajo anestesia general. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, eliminando el germen del 37 pero conservando el 36. El espécimen fue enviado para estudio histopatológico. El reporte identificaba una pared quística constituida por tejido fibroconectivo vascularizado con reacción de cuerpo extraño en algunas áreas. En la pared se observaba epitelio de revestimiento aplanado de tipo odontogénico que confirmaba el diagnóstico de quiste dentígero (Fig. 2). La paciente no acudió más que a un control postquirúrgico, pese al protocolo del servicio que establece control cada 3 meses durante el primer año de seguimiento para este tipo de lesión.

Tres años después, la paciente consulta nuevamente, remitida por un profesional para evaluación y manejo de una lesión que producía marcada asimetría en cuerpo y ángulo mandibular izquierdo y que cursaba con un proceso infeccioso asociado al sitio donde hacía unos días se había tomado una biopsia. El examen clínico mostraba desplazamiento de la tabla vestibular de cuerpo y ángulo mandibular izquierdo sin limitación en la apertura bucal ni trastornos sensitivos en la zona. Intraoralmente, se encontraba un borramiento del vestíbulo bucal hasta la zona del 34 por la gran expansión de la tabla ósea vestibular, una lesión exofítica ulcerada en zona retromolar izquierda con secreción purulenta y el 36 flotando en tejidos blandos con movilidad grado 3. El informe de la biopsia describía una tumoración constituida por células alargadas epiteliales de tipo ameloblástico que rodeaba nidos de células parecidas al retículo estrellado y formación de pseudoquistes en el intersticio. La descripción fue compatible con un ameloblastoma de tipo plexiforme (Fig. 3). La radiografía panorámica mostraba una lesión radiolúcida unilocular que

comprometía cuerpo, ángulo y rama mandibular izquierda produciendo reabsorción radicular completa del 36 y desplazamiento del germen del 38 (Fig. 4). En los cortes coronales y axiales de la tomografía computarizada se describía una lesión ovalada que afectaba el ángulo de la mandíbula, con una densidad de contenido gaseoso, que expandía la cortical adelgazándola y que se asociaba en su extremo superior a estructura dental. No se observaba disrupción de la cortical ósea medial ni anteriormente.

Siguiendo los principios de tratamiento para ameloblastoma en niños, se evitó la resección en bloque para limitar la disfunción y deformidad mandibular. Se decidió manejo conservador con resección marginal de la lesión y curetaje óseo amplio más exodoncia de 35, 34 y germenectomía de 38. A pesar de haber sido informados de la posibilidad de recurrencia, la familia y la paciente estuvieron de acuerdo con este tipo de manejo y adquirieron el compromiso de asistir estrictamente a controles periódicos. El estudio histopatológico del espécimen confirmó el diagnóstico de ameloblastoma. Después de seis meses de la cirugía la paciente evolucionó favorablemente sin signos clínicos de recurrencia. En la radiografía panorámica de control se observaron signos de una considerable actividad osteoblástica (Fig. 5) y clínicamente ausencia de trastornos sensitivos en la zona intervenida. Actualmente se encuentra rehabilitada temporalmente con una prótesis acrílica.

DISCUSION

Todavía en la última década se cuestiona el origen odontogénico epitelial del ameloblastoma por el hecho de encontrarse neoplasias parecidas a ameloblastoma en tibia y fíbula¹⁹. Aunque la literatura cita la posibilidad de formación de ameloblastomas a partir de quistes dentígeros¹⁰⁻⁹⁻⁷⁻¹⁵ no se encuentran muchos casos reportados²⁰.

Nosotros presentamos un caso en el que se puede demostrar clínica, histológica y radiológicamente la transformación de un quiste dentígero a un ameloblastoma uniuquístico plexiforme. A pesar de la evidencia, no puede descartarse la posibilidad que desde un comienzo, la lesión fuese una neoplasia mal diagnosticada.

La variante uniuquística del ameloblastoma frecuentemente se halla asociada a dientes retenidos, siendo propia de pacientes jóvenes y en su forma más simple se manifiesta como un saco quístico cubierto sólo en áreas focales de la pared por epitelio odontogénico ameloblastomatoso (13). Si el tumor estaba lo suficientemente indiferenciado, y si el espécimen enviado a estudio patológico no hubiese expresado aún sus características neoplásicas en el fragmento analizado, se habría hecho imposible distinguir entre un quiste dentígero y un tumor a través de tinciones convencionales.

Puede citarse como una condición a favor de la transformación de una lesión en otra, la variación en su comportamiento clínico, esto es, el carácter quístico y el desplazamiento dentario de la lesión primaria, opuesto al carácter tumoral y rizolisis presentes en la lesión secundaria. La imagen radiográfica, el crecimiento lento y la posibilidad de alcanzar tamaños considerables, son características compartidas por ambas lesiones. En contra de la transformación puede citarse la baja incidencia de recurrencia del quiste dentígero luego de la enucleación. Tendría que haberse producido este fenómeno para justificar la presencia de sustrato para la transformación. En contraste, la enucleación de un ameloblastoma es altamente recidivante. En conclusión, sin estudios adicionales no podría aseverarse que hubo una verdadera transformación.

Saku (1991)²¹ reportó la capacidad de los ameloblastomas pero no de los quistes odontogénicos de unirse a lecitinas UEA-1 y BSA-1. Utilizando estas moléculas como marcadores podrían identificarse con certeza los residuos de un quiste no neoplásico a partir del cual se ha originado un ameloblastoma.

La enucleación es la terapia de elección para manejar el quiste dentígero, sin embargo, reconocemos que la conservación del 36 sumado a la poca colaboración de la familia de la paciente para realizar el seguimiento, pudo contribuir a la persistencia y/o transformación de la lesión.

Nosotros estamos de acuerdo en que deben instaurarse terapias conservadoras para el ameloblastoma en niños con el fin de no interferir con el crecimiento, pues esto produciría a largo plazo alteraciones serias en la estética y la función¹⁴. Ueno S y otros¹⁵ consideran las resecciones radicales como tratamientos exagerados en niños,

Feinberg SE y otros²² señalan que los ameloblastomas pediátricos generalmente son uniuquísticos y que con frecuencia las células tumorales no se extienden más allá de la pared del quiste. Isaacsson G y otros²³, también recomiendan tratamientos quirúrgicos mínimos en niños. Sin embargo, la alta recurrencia de las lesiones hace que otros autores², sigan los mismos principios de tratamiento de ameloblastomas en adultos.

Olaitan AA y otros¹¹ reportaron que el 80% de las recurrencias se dan a los 5 años, por lo que recomiendan que el seguimiento se haga por largo tiempo y a intervalos cortos. Aunque sólo han pasado seis meses desde que se instauró el tratamiento, dentro del plan están estipulados controles trimestrales hasta que se complete la reparación del defecto óseo, la paciente alcance su desarrollo completo y se pueda rehabilitar dentalmente. Ante una eventual recidiva nosotros estamos de acuerdo con Takahashi K y otros¹⁴ en que una nueva resección marginal se justificaría hasta que la paciente termine su crecimiento y pueda realizarse un procedimiento más radical.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecimientos a la Dra. Cecilia Henao, Médica Patóloga, por el diagnóstico histológico de las lesiones y la revisión posterior de las muestras en búsqueda de evidencia de nidos ameloblásticos en el espécimen del quiste dentífero.

CORRESPONDENCIA:

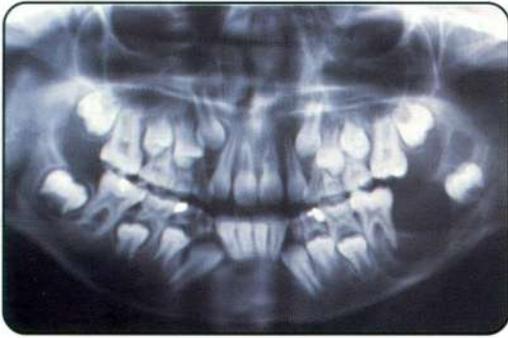
Dra. Flor Ángela Villegas
Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología,
Hospital Universitario San Vicente de Paúl.
Tel (574) 5710281
Medellín-Colombia
E-mail: angia76@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Regezi JA, Scuibba J. Patología bucal. 2 ed. Mexico. Interamericana. 1995
2. Chidzonga MM. Ameloblastoma in children. Oral Surg Oral med Oral Pathol. 1996; 81 (2): 168-70.
3. Mehlich DR., Dahlin DC, Masson JK. Ameloblastoma: a clinicopathologic report. J Oral Surg. 1972; 30 (1): 9-22

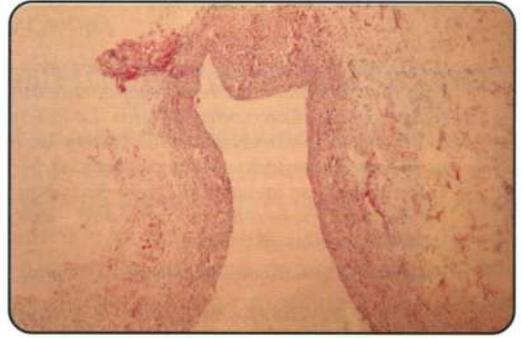
4. Small IA, Waldron AC. Ameloblastoma of the jaws. Oral Surg. 1986; 8: 554.
5. Spinnazze Russel. Ameloblastoma comprehensive diagnosis and treatment. Chicago. University of Illinois. 1996.
6. Small IA, Waldron AC. Ameloblastoma of the jaws. J Oral Surg. 1955; 8: 281-297.
7. Tanaka N, Murata A, Yamaguchi Akohama G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1999; 88 (1): 11-15
8. Monk, Taylor F. Treatment of ameloblastoma by conservative surgery. J Oral Surg Anesth Hosp Dent Serv. 1964. 22 (2): 171-177.
9. Leibur E, Tamme T, Lepp E. The ameloblastomatous potentiality of odontogenous epithelium demonstrated in tissue culture. Int J Oral Maxillofac Surg. 1999; 28 (supl 1): 34
10. Guven O, Keskin U, Akal K. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. Int J Oral Maxillofac Surg. 2000; 29 (2): 131-135.
11. Olaitan AA, Arole EO, Adekeye. Recurrent ameloblastoma of the jaws. Int J Oral Maxillofac Surg. 1998; 27(6): 456-460.
12. Leider AS, Eversole LR Berkin ME. Cystic ameloblastoma. A clinicopathologic analisis. Oral Surg Oral med Oral Pathol. 1985; 60 (6): 624-30.
13. Philipsen HP, Reichert PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. Oral oncol. 1998; 34: 317-25
14. Takahashi K, Miyauchi K, Sato K. Treatment of ameloblastoma in children. Br J Oral Maxillofac Surg. 1998; 36 (6):453-456.
15. Ueno S, Mushimoto K, Shirasu R. Prognostic evaluation of ameloblastoma based on histologic and radiographic typing. J Oral maxillofac Surg. 1989; 47(1): 11-15.
16. Kramer IRH. Ameloblastoma : a clinicopathological appraisal. Br J Oral Surg. 1963; 1(1): 13-28.
17. Patología del esqueleto óseo facial. En: Raspall G. Cirugía Maxilofacial. Madrid: Medica Panamericana; 1997. p. 238-239.
18. Reichart PA, Philipsen HP Soner S. Ameloblastoma: biological profile de 3677 cases. Oral Onco Eur Cancer. 1995; 31: 86-96.
19. Benevenia J. Imaging rounds. Multifocal adamantinoma of tibia and fibula. Orthop Rev. 1992; 21(8): 996-1000
20. Arita E. Ameloblastic transformation of an odontogenic cyst. Rev Odontol Univ Sao Paulo. 1990; 4: 76-80.
21. Saku T. Lecitin histochemistry of cystic jaw lesions: and aid for differential diagnosis between cystic ameloblastoma and odontogenic cysts. J Oral Pathol Med. 1991; 20: 108-13
22. Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma. Oral Surg Oral med Oral Pathol. 1996; 81(4): 383-8
23. Isaacsson G, Andersson L, Forssulund H, Bodin I, Thomsson M. Diagnosis and treatment of unicystic ameloblastoma. Int J Oral Maxillofac Surg. 1986; 15(6): 759-64.

Figura No. 1



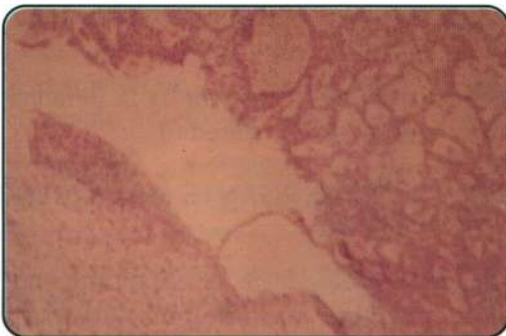
Radiografía panorámica que muestra la lesión inicial.

Figura No. 2



Microfotografía 10x. Imagen histológica del quiste dentígero.

Figura No. 3



Microfotografía 10x. Imagen histológica del ameloblastoma.

Figura No. 4



Imagen radiográfica de ameloblastoma plexiforme.

Figura No. 5



Imagen radiográfica 6 meses después de tratamiento quirúrgico.