



Caso clínico

Fibroma ameloblástico asociado a un odontoma compuesto. La importancia del estudio histopatológico

Nora Botero Gutierrez^{a,*}, Ronald Leon Jimenez^b, Oswaldo Cantillo Payares^c,
 Patricia Alvarez Villadiego^d y Antonio Diaz Caballero^e

^a Servicio de Estomatología y Cirugía Oral, Fundación Universitaria San Martín, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

^b Departamento de Estomatología y Cirugía Oral Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

^c Departamento de Cirugía Maxilofacial, Universidad de Cartagena, Departamento de Cirugía Maxilofacial, Universidad de Buenos Aires, Cartagena, Colombia

^d Departamento de Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

^e Departamento de Periodoncia, Universidad Javeriana, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de noviembre de 2011

Aceptado el 10 de enero de 2012

On-line el 24 de julio de 2012

Palabras clave:

Fibroodontoma ameloblástico

Tumores odontogénicos

Neoplasias

Procesos neoplásicos

Biopsia (Decs Bireme)

R E S U M E N

El fibroma ameloblástico es un tumor odontogénico mixto benigno de rara aparición, que constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos, es de crecimiento lento, más común en niños y adultos jóvenes, compuesto por tejido conjuntivo fibroso embrionario y epitelio odontogénico primitivo, se caracteriza por la proliferación de tejido epitelial y mesenquimático. Aparece con más frecuencia en la mandíbula en zona de molares y premolares de pacientes jóvenes sin predilección de sexo, asociándose a veces a un diente incluido.

El presente artículo tiene como objetivo describir un caso clínico de un paciente en la segunda década de vida, con aparente anodoncia en el maxilar superior, que se encontraba asintomático y en el cual fue diagnosticado fibroma ameloblástico en maxilar superior, zona de incisivos anteriores, lado izquierdo, se realiza una breve revisión de la literatura y diagnósticos diferenciales, se analizan sus características clínicas e histológicas y la actitud terapéutica a tomar. El tratamiento quirúrgico conservador con extirpación seguida de curetaje parece ser la opción terapéutica más adecuada, y teniendo presente que el porcentaje de recidiva es del 18,3% principalmente debido a escisión incompleta de la lesión, se deben realizar controles radiográficos postoperatorios 6 meses después y cada año por los siguientes 5 años.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ameloblastic fibroma associated with a compound odontoma. Importance of the histopathological study

A B S T R A C T

The ameloblastic fibroma is a benign mixed, rare odontogenic tumour, which accounts for 2% of all odontogenic tumours. It is slow growing, and more common in children and young

Keywords:

Odontogenic tumour

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: macarito96@hotmail.com, adiazc1@unicartagena.edu.co (N. Botero Gutierrez).

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2012.01.004

Ameloblastic fibro-odontoma
Neoplasms
Biopsies (MESH DATABASE)

adults. It is composed of embryonic fibrous connective tissue and early odontogenic epithelium, and characterised by the proliferation of epithelial and mesenchymal tissue. It appears most frequently in the jaw area of molars and premolars of young patients with no sex predilection, and is sometimes associated with an impacted tooth.

This article aims to describe a clinical case of a child in the second decade of life, with apparent anodontia in the maxilla, which was asymptomatic and later diagnosed as an ameloblastic fibroma in the left side maxilla incisors area. A brief review of the literature and differential diagnoses was carried out, including an analysis of its clinical and histological features, and the therapeutic approach to take.

Conservative surgical excision followed by curettage seems to be the most appropriate treatment option. It should be noted that the recurrence rate is 18.3%, mainly due to incomplete excision of the lesion. Radiographic controls should be performed six months postoperatively, and every year for the following five years.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El fibroma ameloblástico es una neoplasia benigna constituida por epitelio odontogénico, es un tumor odontogénico mixto, compuesto por tejido mesenquimal y epitelio odontogénico, es un verdadero tumor bifásico histológico porque sus componentes epitelial y mesenquimal forman parte del proceso neoplásico^{1,2}. Representa el 2% de los tumores odontogénicos, siendo más común en niños y adultos jóvenes entre la primera y la segunda décadas de la vida, con una media de edad de 14 años, a veces se presenta en pacientes mayores hasta una edad de 40 años, en la región premolar y molar mandibular, afecta a ambos sexos por igual^{3,4}. Su crecimiento es lento, expansivo y asintomático, asociado a un diente retenido puede producir expansión de corticales y migraciones dentarias⁵. Casi siempre el diagnóstico se realiza casualmente o por revisiones rutinarias.

Radiográficamente se presenta como zonas radiolúcidas multiloculares con expansión de las tablas corticales, por lo que es difícil diferenciarlo de otras lesiones de aspecto similar como el ameloblastoma, o el quiste dentígero cuando está asociado a un diente retenido⁶⁻⁸. El fibroma ameloblástico puede derivar en un sarcoma ameloblástico, y más raramente en un carcinoma mucoepidermoide⁹.

Histológicamente es una lesión encapsulada constituida por hebras y cordones delgados de células epiteliales odontogénicas cúbicas, tejido conjuntivo fibroso embrionario y epitelio odontogénico primitivo, simulando el retículo estrellado. El fondo está formado por tejido conjuntivo embrionario que contiene fibroblastos orientados al azar y están ampliamente separados. A menudo, rodeando el componente epitelial de la lesión, se encuentran zonas de hialinización que a veces tienen asociadas áreas de calcificación focal. Se caracteriza por la proliferación de tejido epitelial y mesenquimático¹⁰⁻¹². El diagnóstico diferencial se puede realizar con: osteoma, odontoma ameloblástico o fibroodontoma ameloblástico^{13,14}, para realizar un diagnóstico definitivo es necesario un estudio radiográfico, una tomografía computarizada, y una biopsia para mejor diferenciación^{15,16}.

El tratamiento consiste en realizar enucleación y curetaje ya que la lesión está bien encapsulada y se separa fácilmente de la cripta ósea que la rodea¹⁷, sin embargo debido a que clínicamente el fibroma ameloblástico es de

comportamiento impredecible, puede obligar a un tratamiento quirúrgico agresivo cuando el comportamiento local no es benigno, o estamos ante una lesión recidivante⁵, las recidivas se presentan debidas a una extirpación inicial insuficiente, principalmente en lesiones multiloculares en las cuales existe un 18,3% de posibilidad de recidiva según Zallen et al. y por ello, el control postoperatorio debe mantenerse al menos durante 5 años¹⁸.

Caso clínico

Paciente masculino de 12 años de edad cuya madre lleva a consulta odontológica por inconformidad estética y funcional frente a la ausencia clínica del órgano dental 21 (fig. 1), el profesional basándose en estudios radiográficos, diagnosticó la presencia de un odontoma compuesto que impedía la erupción del órgano dental, por lo cual decidió realizar la remisión al posgrado de Estomatología y Cirugía Oral de la Universidad de Cartagena para la escisión del odontoma. Al momento de la consulta el paciente se encuentra asintomático, se observa leve ensanchamiento de la cortical vestibular y ausencia clínica de órgano dental 21. Al examen radiográfico se observan múltiples áreas radiopacas de densidad semejante a los tejidos dentales localizadas en la premaxila, causantes



Figura 1 – Se observan las características clínicas como son, ausencia de órgano dental 21, leve ensanchamiento de la cortical vestibular.



Figura 2 – Características radiográficas de la lesión donde se observan múltiples áreas radiopacas de densidad semejante a los tejidos dentales localizadas en la premaxila y zona radiolúcida bien circunscrita vecina a dicha lesión.

de la retención del órgano dental 21 y zona radiolúcida bien circunscrita vecina a dicha lesión (fig. 2). Se observa el órgano dental ubicado con una inclinación de 45 grados en dirección mesial a la zona del tumor.

Como antecedentes familiares la madre relata que el padre sufre de hipertensión arterial, como antecedentes personales la madre no comenta datos relevantes para el caso clínico.

Al evaluar la condición clínica y radiográfica, se decide la realización de un solo tiempo quirúrgico en el cual se propone la escisión de la lesión neoplásica y colocar un botón de tracción ortodóncica para lograr la erupción del órgano dental incluido. Con este propósito el paciente es remitido a ortodoncia, donde se inicia el tratamiento dirigido a la expansión del maxilar en la zona de incisivos superiores izquierdos y así lograr el espacio requerido. Seis meses después de iniciar el tratamiento ortodóncico, se obtiene el espacio necesario y se procede a realizar la escisión del odontoma compuesto bajo anestesia local (lidocaína al 2%), utilizando técnica infraorbitaria bilateral y naso palatina. Se realiza incisión mucoperiostica intrasurcular vestibular desde el órgano dental 12 hasta el órgano dental 23, levantando colgajo de espesor completo tipo Newman; se procede a la ubicación y enucleación del odontoma, incluyendo por completo la membrana que lo envuelve y realizando curetaje óseo cuidadoso de la zona (fig. 3), se tomó la totalidad de tejidos que componían la lesión, para enviar a estudio histopatológico (fig. 4). Posterior a esto se realiza osteotomía alrededor del diente incluido y cementación con resina de un botón de tracción ortodóncica



Figura 3 – Se observa la zona intraoperatoria indicando la localización intra ósea de la lesión ubicada incisalmente al órgano dental incluido, con el adelgazamiento de la cortical vestibular.



Figura 4 – Se observa la lesión que está siendo extraída y que será llevada a estudio histopatológico.

para ayudar en la erupción del órgano dental incluido (fig. 5). Se realiza la limpieza del campo operatorio con solución salina y reposición del colgajo suturando con puntos simples aislados con seda 3-0. Se dan todas las recomendaciones postoperatorias y se formula antibiótico y analgésico.



Figura 5 – Se observa el botón de tracción ortodóntica cementado al diente que se encuentra incluido.

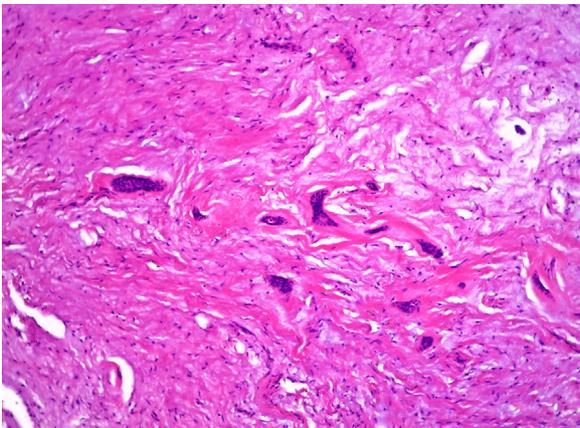


Figura 6 – Características histopatológicas, se observa tejido conectivo hipercelular y fibroso que rodea islotes y bandas de tejido epitelial.

En el estudio histopatológico, se encontró abundante tejido conectivo hipercelular y fibroso que rodea islotes y bandas de tejido epitelial compuesto por 2 capas de células cuboidales (figs. 6 y 7), dando como diagnóstico definitivo fibroma ameloblástico, por la capacidad de recidivas de esta lesión se realiza control postoperatorio 3 meses después de la intervención quirúrgica, por medio de tomografía segmentaria y radiografía panorámica, encontrando normalidad en la cicatrización ósea del área de la lesión y ausencia de zonas radiolúcidas típicas del fibroma ameloblástico (figs. 8 y 9). Se le indica la realización de control radiográfico dentro de 6 meses y posteriormente control anual por los 5 primeros años.

Discusión

Las características clínicas y radiográficas del fibroma ameloblástico son muy típicas, destacando la edad media de 12 años, sin existir diferencia de aparición por sexos y siendo

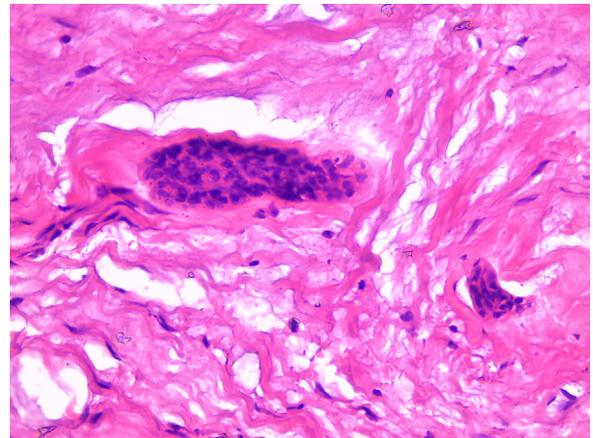


Figura 7 – Características histopatológicas donde se observan bandas de tejido epitelial compuesto por dos capas de células cuboidales.

la localización más frecuente el área molar mandibular. El paciente tratado es del sexo masculino, encontrándose en la segunda década de vida, coincidiendo con la prevalencia tanto en edad como en sexo, sin embargo la lesión se encontraba en el maxilar superior en la zona anterior del lado izquierdo, no coincidiendo con la mayor frecuencia de ubicación. El diagnóstico definitivo se alcanza con el estudio histopatológico¹¹.

Radiográficamente, estas lesiones suelen aparecer bien definidas, radiolúcidas, con un halo radio opaco; pueden ser uniloculares o multiloculares y se suelen asociar con la corona de dientes impactados o con un odontoma, si dentro de la lesión se observa un área más opaca, ya que el fibroma ameloblástico es completamente radiolúcido. Esta característica puede orientar el diagnóstico hacia odontoma¹².

Cuando la lesión reúne todas las características de edad, localización e imagen radiográfica, el diagnóstico inicial es bastante sencillo; el problema surge, cuando falla alguna de esas características. En este caso, el paciente se encontraba dentro del rango de edad sin embargo la localización no era típica, la total ausencia de clínica y las características no orientaban hacia este tipo de tumor, sino hacia un odontoma compuesto¹³.

En primer lugar quedó clara la baja frecuencia de presentación del fibroma ameloblástico, alrededor del 2% de los tumores odontogénicos, mientras que, por el contrario, el odontoma representa 65 a 80% de frecuencia de presentación, por lo que con estos datos parece razonable pensar antes en un odontoma. Para el correcto diagnóstico histopatológico una de las claves es la mayor celularidad mesenquimal en el fibroma ameloblástico, junto con haces de epitelio odontogénico distribuidos de manera uniforme por toda la lesión, a diferencia de lo que sucede en el odontoma compuesto. En algún caso las células epiteliales odontogénicas continúan su diferenciación dando lugar a la producción de dentina y esmalte, típico del fibroodontoma, y configurando un patrón de odontoma compuesto o complejo, sin implicar diferencias en el tratamiento o comportamiento biológico futuro¹⁴.

En cuanto al tratamiento en el fibroma ameloblástico se acepta que la actitud más indicada es conservadora,

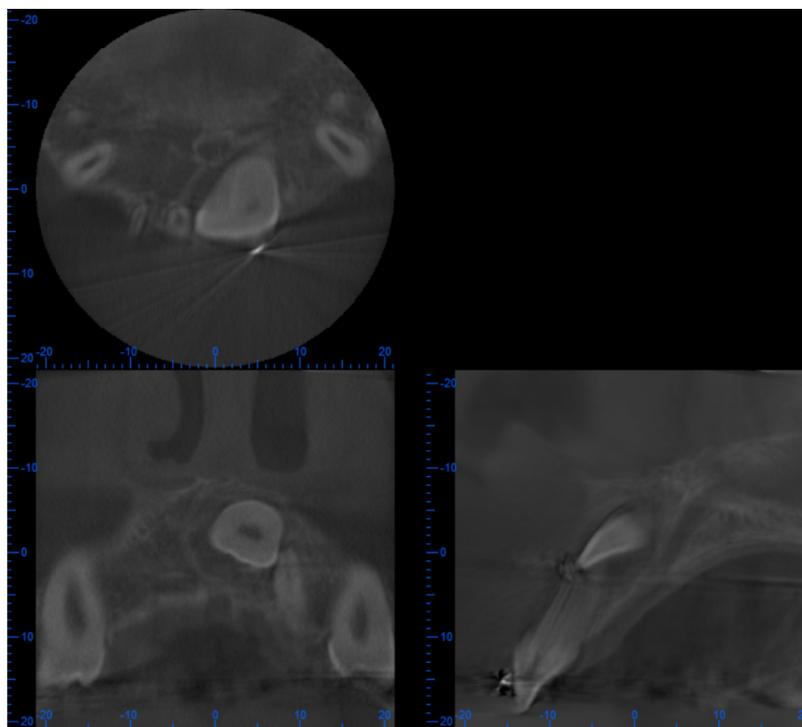


Figura 8 – Tomografía de control postoperatorio donde se observa ausencia de zonas hiperintensas típicas del fibroma ameloblástico.

extirpando la lesión y el diente incluido o el odontoma si lo hay, con curetaje del hueso circundante a la lesión. En cuanto al caso descrito, una vez obtenido el diagnóstico anatomopatológico no se consideró necesario realizar un segundo acto

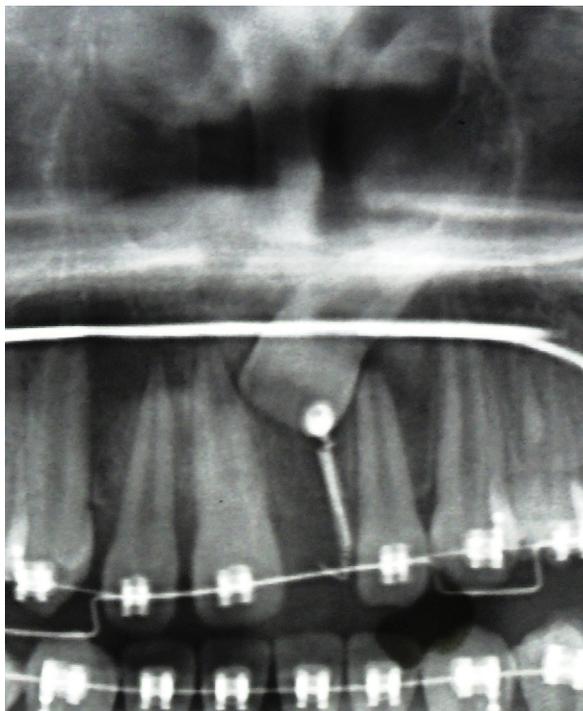


Figura 9 – Características radiográficas en postoperatorio de tres meses donde se observa ausencia de zona radiolúcida, área libre de lesión.

quirúrgico, proponiendo controles periódicos y observando que permanece asintomático. La evolución y pronóstico son muy favorables¹⁵.

En conclusión, todas las lesiones de la cavidad oral, deben ser estudiadas con detalles, sin confiar en la aparente benignidad de las mismas, integrando los datos clínicos, radiológicos e histológicos para adecuar el protocolo terapéutico y clínico. Con este trabajo, se demuestra la importancia de realizar un diagnóstico histopatológico adecuado, para poder instaurar el mejor plan de tratamiento y lograr un buen resultado.

El análisis complejo histopatológico, así como la evolución del caso, permitieron el diagnóstico de fibroma ameloblástico. La corroboración a través de los estudios histopatológicos es imprescindible para la resolución del caso y seguimiento postoperatorio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pontes HA, Pontes FS, Lameira AG, Salim RA, Carvalho PL, Guimaraes DM, et al. Report of four cases of Ameloblastic fibro-odontoma in mandible and discussion of the literature about the treatment. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2011. Epub 2011/04/19.
2. De Riu G, Meloni SM, Contini M, Tullio A. Ameloblastic fibro-odontoma. Case report and review of the literature. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2010;38:141-4. Epub 2010/02/27.
3. Abughazaleh K, Andrus KM, Katsnelson A, White DK. Peripheral ameloblastic fibroma of the maxilla: report of a case and review of the literature. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2008;105:e46-8. Epub 2008/02/27.
4. Ruiz-Ortega S, Tovar-Bernal C, Soriano-Padilla F. A case reported of an ameloblastic fibroma in which involved three right molars in a teenage. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2011;49:339-44. Epub 2011/08/16. Fibroma ameloblástico que involucra tres molares. Informe de un caso.
5. Grecchi F, Zollino I, Lucchese A, Bianco R, Brunelli G, Carinci F. A case of ameloblastic fibroma treated with surgery and orthodontic therapy. *Minerva stomatologica*. 2011;60(1-2):57-63. Epub 2011/06/17.
6. Costa DO, Alves AT, Calasans-Maia MD, Cruz RL, Lourenco Sde Q. Maxillary ameloblastic fibroma: a case report. *Brazilian dental journal*. 2011;22:171-4. Epub 2011/05/04.
7. Varga A, Samii VF, Rings DM. What is your diagnosis? Ameloblastic fibroma. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 2010;237:903-4. Epub 2010/10/16.
8. Carnelio S, Vij H. Expression of tenascin and nucleolar organizer region in ameloblastoma and ameloblastic fibroma. *Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*. 2010;39:223-9. Epub 2009/12/01.
9. Vasconcelos BC, Andrade ES, Rocha NS, Morais HH, Carvalho RW. Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. *Journal of oral science*. 2009;51:293-6. Epub 2009/06/25.
10. Pitak-Arnop P, Chaine A, Dhanuthai K, Bertrand JC, Bertolus C. Extensive ameloblastic fibroma in an adolescent patient: a case report with a follow-up of 4 years. *European journal of dentistry*. 2009;3:224-8. Epub 2009/09/17.
11. Nelson BL, Folk GS. Ameloblastic fibroma. *Head and neck pathology*. 2009;3:51-3. Epub 2009/03/01.
12. Mainenti P, Oliveira GS, Valerio JB, Daroda LS, Daroda RF, Brandao G, et al. Ameloblastic fibro-odontosarcoma: a case report. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2009;38:289-92. Epub 2009/01/20.
13. Kousar A, Hosein MM, Ahmed Z, Minhas K. Rapid sarcomatous transformation of an ameloblastic fibroma of the mandible: case report and literature review. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2009;108:e80-5. Epub 2009/09/01.
14. Buyukakyuz N, Ergun S, Soluk M, Uyumaz N, Tanyeri H. Giant ameloblastic fibroma. *European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*. 2009;10:47-50. Epub 2009/04/15.
15. Ruiz-Ortega S, Tovar-Bernal C, Soriano-Padilla F. Fibroma Ameloblástico que involucra tres molares. Informe de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011;49:339-44.
16. De Souza Tolentino E, Stuchi Centurion B, Cunha Lima M, Freitas-Faria P, Consolaro A, and Sant'ana E. Case Report Ameloblastic Fibro-Odontoma: A Diagnostic Challenge. Hindawi Publishing Corporation *International Journal of Dentistry*. Doi: 10. 2010. 4 pages 1155.
17. Sassi LM, Stramandinoli RT, Dissenja JL, Zanferrari FL, Schussel JL. Large ameloblastic fibro-odontoma in a 3 year old child: case report. *RSBO*. 2011;8:114-6.
18. Otero Pereira Da Costa D, Neves Novellino Alves AT, Diuna Calasans M, Ricardo Lopes Da Cruz M, De Queiroz Chaves LS. Maxillary Ameloblastic Fibroma: A Case Report. *Braz Dent J*. 2011;22:171-4.