



ODONTOAMELOBLASTOMA, REPORTE DE UN CASO.

Argimiro Hernández¹; Sabina Bertuol¹, Marisa García¹

1. Centro Nacional de Cirugía Buco-Máxilofacial e Implantes. CIBUMAXI.

Correspondencia: Centro Nacional de Cirugía Bucomaxilofacial e Implantes CIBUMAXI. Calle Risquez entre Av. Facultad y Las Ciencias, Qta. Undamo, Urb. Los Chaguaramos, Municipio Libertador, Distrito Capital, Caracas – Venezuela, CP: 1040, Teléfono: 0212-6615028, Fax: 0212-6932092, **E-mail:** argimirohs@gmail.com.

RESUMEN:

El Odontoameloblastoma (OA) también conocido como odontoma ameloblástico combina características de un ameloblastoma con las de un odontoma. El diagnóstico definitivo se basa en el análisis histopatológico. El termino OA fue incluido en la OMS en 1971, siendo Thoma et al. los que describieran en 1944 el primer caso. Hasta la fecha solo 33 casos, incluyendo el nuestro, de OA se han reportado en la literatura dental. La mayoría de los OA están asociados a dientes desplazados que no han erupcionado y son

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



diagnosticados en las dos primeras décadas de vida. Debido a la rareza, existe controversia en cuanto al tratamiento de este tumor. Presentamos un nuevo caso de OA que afecta maxilar superior y simula un Tumor odontogénico adenomatoide.

PALABRAS CLAVE: Odontoameloblastoma, Odontoma Ameloblástico, Tumores Odontogénicos, Odontoma, Ameloblastoma, Tumores Odontogénicos Mixtos.

ODONTOAMELOBLASTOMA, REPORT OF A CASE

ABSTRACT:

Odontoameloblastoma (OA) also known as ameloblastic odontoma combines features of ameloblastoma with those of an odontoma. Therefore, the definite diagnosis is based on the histology. The term odontoameloblastoma (OA) was included in the 1971's WHO classification, since Thoma et al. described in 1944 the first case; only 33 cases of OA have been reported in the dental literature, including ours. OA are associated with displaced interrupted teeth and have been diagnosed during the first two decades of life. Because of their rarity, controversy exists in the treatment of this tumor. We present a new case of OA involving the maxilla, mimicking an adenomatoid odontogenic tumor with a review of the literature.

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



KEY WORDS: Odontoameloblastoma, Ameloblastic Odontoma, Odontogenic Tumours, Odontoma, Ameloblastoma, Mixed Odontogenic Tumor.

INTRODUCCIÓN:

El Odontoameloblastoma (OA) también conocido como odontoma ameloblástico combina características de un ameloblastoma con las de un odontoma (1). Se trata prácticamente de un ameloblastoma en el cual existe diferenciación focal a odontoma (2,3). El OA generalmente aparece en las primeras dos décadas de vida (4). Entre los signos puede incluir expansión del hueso, reabsorción de raíces, ocasionalmente dolor, desplazamiento de piezas dentarias y/o ausencia de las mismas. Radiográficamente aparece como una imagen radio lúcida con

márgenes definidos, unilocular o multilocular, presentando en su interior material radiopaco con y/o sin forma de piezas dentarias en cantidades variables (1). El término odontoameloblastoma fue incluido en la OMS en 1971, siendo Thoma et al. los que describieran en 1944 el primer caso (2,5,6), hasta la fecha menos de 50 casos de OA se han reportado en la literatura dental (4,5). El OA es un tumor odontogénico mixto extremadamente raro ya que se caracteriza por la aparición simultánea de un ameloblastoma y un odontoma complejo compuesto (5,7), presentando componentes epiteliales como

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



mesenquimales odontogénico, rodeado por componentes mesenquimales como esmalte, dentina y cemento, formando estructuras (2,8,9). Es una rara neoplasia de los maxilares que incluye ectomesénquima odóntogeno con epitelio odóntogeno, semejante a un ameloblastoma en la morfología y comportamiento (10). Además ocasionalmente se han encontrado células dendríticas conteniendo pigmentos de melanina, así como granos finos y gruesos de melanina distribuidos en las células epiteliales de los OA, aunque su origen y significado son una incógnita (2).

Solo 33 casos, incluyendo el nuestro, han sido reportados en la literatura inglesa (5,10). Los OA no son

exclusivos de la raza humana, también se han descrito en ovejas, monos, gatos y ratas (2,8); Donde se ha dado una predilección en hombres presentando una relación hombre-mujer 1,8:1 (3,8,9), en un rango de edad de 2A-50A con un 64,2% diagnosticado en las dos primeras décadas de vida (2,5,8). Presenta una pequeña predilección hacia la raza caucásica y oriental (2), afectando con una ligera predilección a la mandíbula, y en 71.4% de los casos en la zona posterior (1,7,8). Los OA tienen tendencia a ocurrir en edad temprana y presentan el mismo potencial de los ameloblastomas de expedir hueso, reabsorción de raíz y recurrencia (5). El OA generalmente se presenta como una masa no dolorosa o

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



con dolor intermitente (8), de crecimiento lento, ensanchando el alvéolo y la corteza vestibular, asociado a falta de erupción de dientes permanentes involucrados en la zona (2,9). Habitualmente en radiografías se presenta una imagen radio lúcida con márgenes definidos, presentando en su interior material radiopaco que asemejan y se relacionan con el tejido maduro dental. Desplazando dientes que se encuentre alrededor del tumor, sin presentar reabsorción radicular (2,9).

El OA es una neoplasia agresiva y localizada, similar en comportamiento y en pronósticos a un ameloblastoma. Debido a su rareza, existe controversia en cuanto al tratamiento de este tumor (1,2). El aspecto histológico polimorfito

de los tumores odontogénicos hacen que sea difícil un diagnóstico 100% seguro. Muchos autores han intentado describir este tumor de forma exacta y definida (9).

REPORTE DE CASO

Se trata de un paciente femenino de 6 años y 9 meses de edad, que se presenta a la consulta con un ligero aumento de volumen de la región postero superior derecha con ausencia de dientes temporales y/o permanentes. A la exploración clínica, se encontró la mucosa con ligeros cambios de color de rosa pálido a isquémico en la zona de las ausencias presentando una lesión invaginada circular de color rojo intenso. A la palpación, se aprecia área

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013

firme y no presenta dolor. Los órganos dentarios próximos a la tumefacción no presentan alteraciones periodontales o de otro tipo (Fig. 1 y 2).



Figura 1. Fotografía Extrabucal.



Figura 2. Fotografía Intrabucal, aspecto clínico de la lesión

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013

Se indica radiografía panorámica, en la que se observó agenesia de dientes temporales (5.4, 5.5) y permanentes (1.2, 1.3, 1.4, 1.5 y 1.6), se observa lesión radio lúcida difusa alrededor de la zona postero superior derecho (Fig. 3). Con estos hallazgos se consideraron dos posibilidades de diagnóstico: 1) TOA y 2) Tumor odontogénico epitelial calcificante.



Figura 3. Radiografía Panorámica

Previa profilaxis antibiótica y asepsia, se realizó bajo sedación tipo IV y anestesia local con Lidocaína al 2%; Enucleación de lesión, se eliminan espículas óseas, se regulariza el hueso

(fig. 4 y 5) y se sutura con catgut 3-0 (Fig. 6).



Figura 4. Enucleación



Figura 5. Regularización del reborde remanente



Figura 6. Sutura con Catgut.

A. Se reciben tres fragmentos de tejido blando de 1.2x0.8x0.7 cm. de tamaño, forma saco, color pardo y consistencia firme. Se incluyó la totalidad de la muestra para estudio.

B. Se reciben múltiples fragmentos de tejido duro de 0.6x0.6x0.6 cm. de tamaño, forma irregular, color beige y consistencia dura. Se incluyó la totalidad de la muestra para descalcificación y posterior estudio.

C. Se recibe fragmento único de tejido dentario, forma molar, color marfil y consistencia dura. Se mantiene en archivo (Fig. 7).

EXAMEN MACROSCOPICO

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



Figura 7. Muestra para biopsia

EXAMEN MICROSCOPICO: El estudio histopatológico del material descalcificado revela lesión conformada por tejido dentinario, cemento y matriz de esmalte. Se observan algunos fragmentos epiteliales de aspecto odontogénico arrojando un diagnóstico de Odontoma Ameloblástico.

DISCUSIÓN:

Debido a la rareza de los OA, el aspecto polimorfito hace que su diagnóstico sea difícil, sin obtener un 100% de

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013

seguridad. Debido a esto en muchos casos el diagnóstico definitivo se da junto a la interpretación clínica, radiográfica e histológica (1,2,9).

La histología de los OA revela islas de epitelio odontogénico que se asemejan a un ameoblastoma, rodeadas por un componente mesenquimal que incluye estructuras de esmalte, dentina y cemento en distintos estadios de madurez.

Los síntomas clínicos que se observan en esta lesión son, la presentación de una masa de crecimiento lento no dolorosa o con dolor intermitente, expansión de la cortical vestibular, ensanchamiento del alvéolo, asociado a



la ausencia de erupción de dientes permanentes involucrados en la zona (2,8,9).

El diagnóstico diferencial se debe realizar con patologías que presentan patrones radiográficos mixtos, como son el fibro-odontoma ameloblástico, el tumor odontogénico epitelial calcificante y el odontoma. Por esta razón varios autores comentan que solo 24 casos cumplen con todas las características ya que hay casos que se confunden, como por ejemplo con odontomas compuestos o complejos (2).

La mayoría de los autores comentan que el tratamiento que se debe realizar es igual al del ameloblastoma, una excisión quirúrgica y control por 5 años.

Ya que el diagnóstico definitivo se basa

en el análisis histopatológicos tras la extirpación quirúrgica y curetaje simple, son pocos los autores que opinan que no se debe hacer una excisión quirúrgica sino un control radiográfico periódicamente para tener control de la patología.

El tratamiento de nuestra elección es realizar una osteotomía hasta descubrir la lesión y realizar la enucleación del tumor y de los gérmenes dentarios dejando un lecho óseo limpio. Seguido de controles radiográficos periódicos para cerciorarse que no se presente una recurrencia y haya sido eliminada por completo la lesión. Nos conseguimos en acuerdo con las opiniones de otros autores, para determinar el diagnóstico definitivo de la lesión incurrir en el

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013

método auxiliar: la biopsia excisional (11), siendo esta mejor opción para descartar así su malignidad y establecer pronóstico; junto a la interpretación clínica y radiográfica, estableciendo el diagnóstico cuanto antes, para determinar las distintas opciones para su rehabilitación de así necesitarlo.

CONCLUSIÓN:

La literatura nos dice que solo 33 casos han sido reportados, incluyendo el nuestro, de los cuales solo estos cumplen las características histológicas.

Al llegar este caso a la consulta, el diagnóstico provisional que dimos fue un tumor odontogénico adenomatoide, cuando nos fue entregado el resultado del estudio histopatológico

comenzamos a indagar y estudiar los OA, al hacer una exhaustiva revisión bibliográfica se evidencio que no hay un estudio epidemiológico que dicte la pauta para realizar un diagnóstico correcto de esta patología.

Junto a los demás casos publicados observamos que el diagnóstico de esta patología se da gracias a la clínica sumada a la histopatología. Concluimos que se debe hacer un preciso y correcto estudio que marque la pauta de esta patología.

REFERENCIAS:

1. Pathology and Genetics Head and Neck Tomours [Internet]. Suiza: World Health Organization (WHO); 2005 [consulta el 4 de Julio de

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



- 2012]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb9/bb9-cover.pdf>
2. Martin-Granizo Lopez R, Lopez Garcia-Asejo J, Marina MP, Dominguez.Cuadrado L. Odontoameloblastoma: Descripción de un caso y revisión de la literatura. Medicina Oral S.L. [Internet]. 2004 [consulta el 4 de Julio de 2012]; 9(4)340-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000400011
3. Regezi J, Sciubba J. Patología Bucal. 3ªed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
4. Mosqueda Taylor A, Bregni C, Ramirez Amador V, Palma Guzman JM, Esquivel Bonilla D, Hernandez Rojase LA. Odontoameloblastoma. Clinico-pathologic study of three cases and critical review of the literature [Internet]. 2002 [consulta el 5 de Julio de 2012]; 38(8)800-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12570061/>
5. Mosca R, Marques M, Barbosa S, Marcucci M, Oliveira J, Lascala C. Odontoameloblastoma: Report of two cases. Indian Journal of Dental Research [Internet]. 2009 [consulta el 5 de Julio de 2012]; 20(2)230-234. Disponible en: <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0>

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



- 970-
9290;year=2009;volume=20;issue=2
;spage=230;epage=234;aulast=Mosc
a
6. Thoma KH, Johnson GJ, Ascario N. Case 43: Adamanto-odontoma. American Journal of Orthodontics and Oral Surgery [Internet]. 1944 [consulta el 4 de Julio de 2012]; 30(5)244. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00966347/30/4>
7. Nevile BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patología Oral y Maxilofacial. 3ªed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2002.
8. Dive A, Khandekar S, Bodhade A, Dhobley A. Odontoameloblastoma. J Oral Maxillofac Pathol [Internet]. 2011 [consulta el 15 de Julio de 2012]; 15(1)60-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125659/>
9. Ahrens A, Bressi T. Odontoameloblastoma: case report of a rare tumor [Internet]. Perugia: University Hospital; 2001 [consulta el 27 de Agosto de 2012]. Disponible en: http://xoomer.virgilio.it/dr_ahrens/Odontoameloblastoma.doc
10. Siniscalchi N, Ferlito S, Salomone E, Catalfamo L, Romano F, De Ponte FS. Odontoameloblastoma: Caso Clinico e Revisione Della Letteratura. Italian. Journal of Maxillofacial Surgery [Internet]. 2006 [consulta el 27 de Agosto de

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013



- 2012]; 7(1-3):71-4. Disponible en:
<http://www.minervamedica.it/it/riviste/chirurgia-maxillo-facciale/articolo.php?cod=R42Y2006N01A0071>
11. Cosio Dueñas H, Lazo Otazu L. Biopsia en Odontología. SITUA [Internet]. 2006 [consulta el 10 de septiembre de 2012]; 14(1,2):37-40 . Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a07.pdf
12. Lozano Lain A, Cazares de Leon F. Case for April 5th. Instituto Mexicano del Seguro Social México [Internet]. Monterrey Oral and Maxillofacial Pathology Department 2008 [consulta el 27 de Agosto de 2012]. Disponible en:
<http://www.patooral.bravepages.com/ingles/casomes/Casos2009/PatoCasoIng200904e.html>
13. Reyes Fernández S, Romero Castro S. Tumor Odontogenico Adenomatoides – Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. Acta Odontológica de Venezuela [Internet]. 2005 [consulta el 16 de Julio de 2012]; 43(3). Disponible en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor_odontogenico_adenomatoides.asp

Recibido: 15-04-2013

Aprobado: 25-06-2013