

¹Susana Ruiz-Ortega,
²Cuauhtémoc Tovar-Bernal,
³Fernando Soriano-Padilla

Fibroma ameloblástico

que involucra tres molares. Informe de un caso

¹Hospital General de Zona 1, Tepic, Nayarit
²Cirujano maxilofacial
³Hospital de Pediatría,
 Centro Médico Nacional Siglo XXI,
 Distrito Federal, México

Comunicación con: Susana Ruiz-Ortega.
 Tel: (311) 211 1251.
 Correo electrónico: maxilosro@hotmail.com

Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

El fibroma ameloblástico es un tumor benigno de origen odontogénico mixto que ocurre entre los 12 y 15 años de edad, frecuentemente en los molares. Por lo general es asintomático, sin embargo, las lesiones de gran tamaño pueden asociarse con dolor e inflamación. Radiográficamente suele observarse bien definido, transparente, con un halo esclerosado radioopaco y en ocasiones puede imitar un quiste dentígero. Su tratamiento generalmente es conservador. Se describe un fibroma ameloblástico en un adolescente de 14 años de edad, que involucraba los tres molares derechos, así como la rama ascendente y la apófisis coronoides, tratado conservadoramente con extracción de los órganos dentarios afectados, extirpación del tumor y curetaje óseo.

Palabras clave

tumores odontogénicos
 odontoma
 fibroma ameloblástico

Summary

Ameloblastic fibroma is a benign tumor of mixed odontogenic origin, which occurs in ages from 12 to 15 years, frequently in the molar area. Generally is asymptomatic, however the biggest lesions can be associated to pain and swelling. By X rays appear well defined, transparent, with a sclerotic radio-opaque border; occasionally can to simulate a dentigerous cyst. The treatment is generally conservative. This report describes an ameloblastic fibroma in a 14 year-old male, which involve the three right molars and both the ascending ramous and the coronoid process, which was treated conservatively with the extraction of the affected teeth, tumor extirpation and osseous curettage.

Key words

odontogenic tumors
 odontoma
 ameloblastic fibroma

Introducción

El fibroma ameloblástico es un tumor benigno odontogénico mixto (epitelial y mesenquimal) de rara aparición, que constituye 2 % de todos los tumores odontogénicos.¹ La primera referencia que se tiene del fibroma ameloblástico se debe a Kruse en 1891,^{1,2} desde entonces se han publicado diferentes casos y revisiones, estableciendo la frecuencia entre 1 y 3 % de los tumores odontogénicos, según la serie.²

Clínica

Las características clínicas de este tumor son muy típicas, destacando la edad media de presentación entre los 12 y 15 años,^{1,2} con un límite superior en 40 años.² Su localización

más frecuente es la mandíbula (80 a 90 %), principalmente en el área molar,¹⁻⁶ aunque puede presentarse también en el maxilar y no tiene predilección por sexo.^{1,2,6} Se asocia con retención dental, que ocasiona retraso en la erupción o alteración en la secuencia dental de erupción,⁴ 80 % ocurre en el área del segundo molar temporal/primer molar permanente y 75 % está asociado con un diente retenido.⁷ La expansión ósea y la movilidad dental son signos frecuentes.⁴ Las lesiones pequeñas son asintomáticas y los tumores grandes se asocian con inflamación.⁵

La presentación periférica es rara y se han informado muy pocos casos. El promedio de edad es de aproximadamente 15 años, aunque hay reportes de pacientes de tres años. Clínicamente aparece con base sésil en la mucosa gingival, rojiza y firme, sin implicación ósea al examen radiográfico.⁷

Imagenología

Radiográficamente, estas lesiones suelen ser bien definidas, transparentes, con un halo más esclerosado radioopaco. Pueden ser uniloculares o multiloculares^{2,4,5} y asociarse con la corona de dientes impactados^{1,2,6} hasta en 75 % de los casos.⁵ Pueden imitar un quiste dentífero o no estar asociados con la corona de un diente impactado.⁶ Las lesiones pequeñas suelen ser uniloculares, los márgenes radiográficos se observan escleróticos y tienden a ser bien definidos.⁵ Si dentro de la lesión se observa un área más opaca, el diagnóstico se orienta hacia fibroodontoma ameloblástico, lo que indica la existencia de un pequeño odontoma, ya que el fibroma ameloblástico es completamente lúcido en las radiografías.²

Las lesiones pueden crecer considerablemente y alcanzar un tamaño que afecte el cuerpo y la rama ascendente de la mandíbula.⁵ Debido a la edad de aparición, la masa frecuentemente desplaza los dientes en desarrollo. Puede reabsorber también las raíces y desplazar el canal alveolar inferior.⁶

Histología

El epitelio y el tejido conjuntivo representan los periodos de caperuza y de campana de la odontogénesis.⁸ El fibroma ameloblástico consiste en ectomesenquima odontogénico que semeja la papilla dental y el epitelio, es decir, lámina dental y el órgano del esmalte, sin tejidos dentales duros.³ El diagnóstico definitivo se determina con el estudio microscópico, en el que se observa tejido conectivo laxo de aspecto mixoide, con células fusiformes (fibroblastos) que presenta nidos entremezclados o hebras de epitelio odontogénico constituido por células cuboi-



Figura 1 Radiografía panorámica en la que se observa la presencia de una lesión multilocular radiolúcida que involucra el tercer molar inferior

deas, de núcleo redondeado sin atipias, de dos o tres células de espesor. En ocasiones las células epiteliales odontogénicas continúan su diferenciación dando lugar a la producción de dentina y esmalte, típico del fibroodontoma, y configuran un patrón de odontoma compuesto o complejo, sin implicar diferencias en el tratamiento o comportamiento biológico futuro.²

El fibroma ameloblástico aparece como una masa de tejido sólido, blando, con superficie externa grisácea. Una cápsula definida puede o no estar presente. Microscópicamente el tumor está compuesto de un tejido mesenquimal rico en células semejando la papila dental primitiva con epitelio odontogénico proliferante. Puede tener uno o dos patrones, siendo el más común el epitelial, que consiste en cordones largos y estrechos de epitelio odontogénico. Estos cordones de grosor de una o dos células están compuestos de células cuboidales o columnares. En el otro patrón, las células epiteliales forman islas pequeñas y discretas que semejan el estadio folicular del esmalte en desarrollo. Éste muestra células columnares periféricas con masas de células epiteliales dispersas que semejan el retículo estrellado. La porción mesenquimal del fibroma ameloblástico consiste en células redondeadas y ovoides en una matriz dispersa, que semeja la papila dental.⁵

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial se deben incluir numerosas entidades, principalmente ameloblastoma, mixoma odontogénico, quiste dentífero, queratoquiste odontogénico, granuloma central de células gigantes e histiocitosis.^{1,2}

Los fibromas ameloblásticos son neoplasias originadas en el epitelio odontogénico y tejidos mesenquimales, y como tales son categorizadas como tumores odontogénicos mixtos. Otros tumores mixtos como el fibroodontoma ameloblástico y los odontomas comparten algunas similitudes clínicas, radiográficas e histológicas con el fibroma ameloblástico. Anteriormente se sugirió que estas lesiones representaban un espectro simple de la entidad con los fibromas ameloblásticos, los menos diferenciados de los tumores, madurando y se convierten en fibroodontomas ameloblásticos y posteriormente en odontomas. La lesión menos diferenciada, el fibroma ameloblástico, actualmente ocurre en un promedio en edad mayor que los fibroodontomas ameloblásticos y los odontomas. Además, los fibroodontomas y los odontomas son mejor categorizados como hamartomas y como resultado, y a diferencia del fibroma ameloblástico, tienen pocas oportunidades de recurrencia o transformación maligna.⁹

El fibroma ameloblástico y el fibroodontoma ameloblástico se consideran el mismo proceso debido a que son variantes del mismo tumor, tan solo diferenciados por la presencia de un odontoma en el caso del fibroodontoma ameloblástico. Radiológicamente, es una lesión completamente radiolúcida y bien definida, mientras que el fibroodontoma ameloblástico es radiolúcido con diferentes grados de radioopacidad. El fibro-

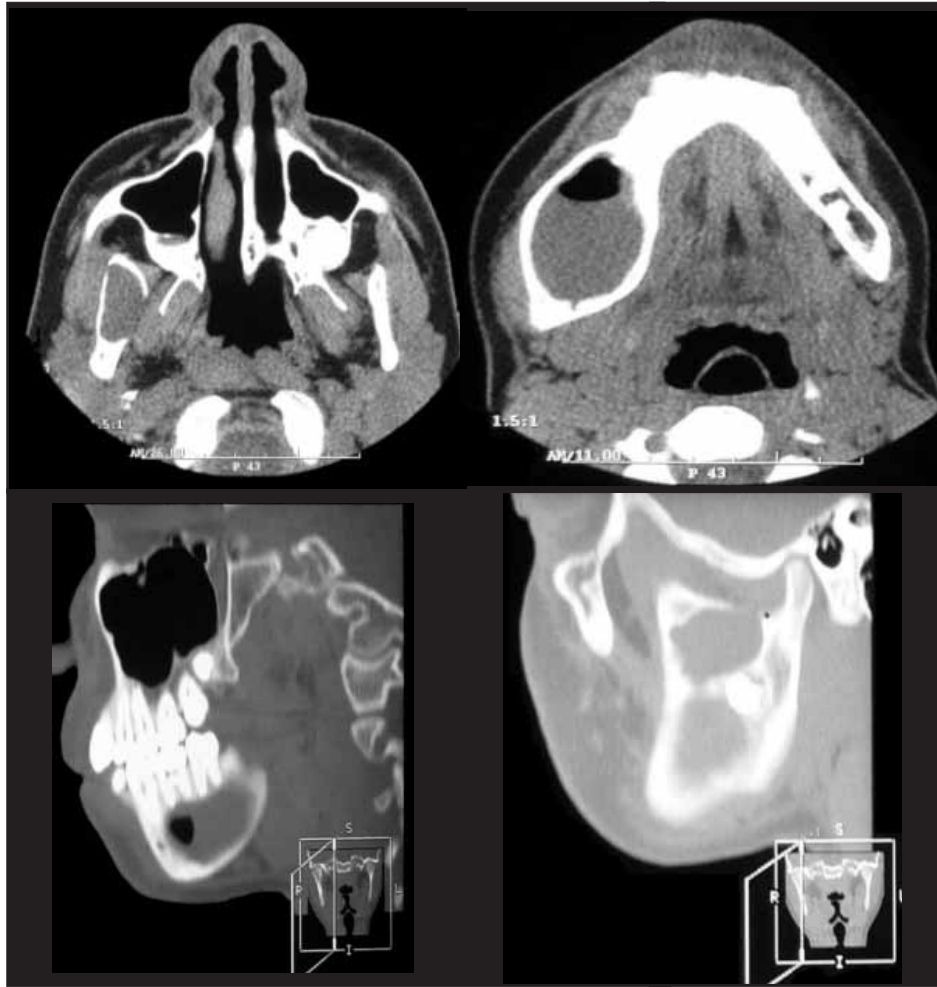


Figura 2 Cortes tomográficos que demuestran los límites de la lesión

odontoma ameloblástico, por su parte, debería distinguirse del tumor odontogénico epitelial calcificante (tumor de Pindborg) y del quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin), de los odontomas, del tumor odontogénico adenomatoide, del fibroma osificante juvenil y de los fibromas cementoosificantes.¹

Por definición, el quiste folicular está constituido exclusivamente por tejido conectivo laxo mixoide, pero la cápsula que lo recubre presenta un epitelio odontogénico típico escamoso estratificado, que incluye algunas células mucosecretoras características. En el desarrollo del quiste folicular, donde se acumula fluido entre el esmalte y la corona dental, el epitelio odontogénico forma una de las paredes del quiste y desde este epitelio se pueden desprender restos celulares que quedarán atrapados en el estroma mixoide neoformado. Por lo tanto, se trata de un solo tejido constituyente.²

En el fibroma ameloblástico, el componente mayoritario es el tejido mesenquimal primitivo, compuesto por haces de tejido conectivo laxo y células indiferenciadas, con capacidad para

convertirse en cualquier línea celular, que en la evolución de este tumor se transforman en células epiteliales odontogénicas, lo que lo convierte en un tumor odontogénico mixto benigno.²

Para el correcto diagnóstico, una clave 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 quiste folicular en el que estos haces se encuentran circunscritos a la proximidad de la cápsula.²

El fibroodontoma ameloblástico comparte muchas características con el fibroma ameloblástico pero tiene esmalte y dentina en su interior. Algunos autores consideran a esta lesión como una etapa intermedia en el desarrollo de un odontoma, que en la etapa primaria de formación es un fibroma ameloblástico. Como algunos odontomas tienen características histológicas similares al fibroma ameloblástico y al fibroodontoma ameloblástico, y los hallazgos clínicos son fundamentales para diferenciarlos. Si todos los casos ocurrieran siguiendo el desarrollo particular pro-

puesto, el fibroma ameloblástico afectaría a pacientes jóvenes, el odontoma ocurriría en pacientes adultos, y el fibroodontoma ameloblástico aparecería en etapas intermedias, sin embargo, no sucede así. En el pasado, el fibroodontoma ameloblástico se consideró una variante del ameloblastoma, pero recientemente se ha propuesto su origen odontogénico epitelial.⁴

Tratamiento y pronóstico

La lesión está bien encapsulada y se separa fácilmente de la cripta ósea que la rodea.⁸ En cuanto al tratamiento, en el fibroma ameloblástico se acepta que la actitud más indicada es la conservadora, con la extirpación de la lesión y del diente incluido, si lo hay, con curetaje del hueso circundante a la lesión; en el quiste folicular no parece necesario el curetaje óseo. La evolución y pronóstico son muy favorables en ambos casos, si bien es conveniente conocer que el fibroma ameloblástico puede derivar en un sarcoma ameloblástico, y que en el quiste folicular se han descrito malignizaciones en forma de fibrosarcoma ameloblástico y más raramente carcinoma mucoepidermoide.²

Independientemente del tratamiento, los pacientes con fibroma ameloblástico deben tener seguimiento por un largo periodo para detección temprana de posibles recurrencias de desarrollo de fibrosarcoma ameloblástico, el cual es la contraparte maligna del fibroma ameloblástico,⁴ y 45 % de estas lesiones malignas se originan a partir del fibroma ameloblástico recurrente.⁵

Caso clínico

Adolescente de 14 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, quien presentaba asimetría facial e expansiones de aumento de volumen en la región del cuerpo y ángulo mandibular derechos, de aproximadamente dos años de evolución, asintomático, con procesos infecciosos recurrentes que ocasionaban dolor.



Figura 4 | Pieza quirúrgica

A la exploración se identificó aumento de volumen en cuerpo, ángulo y rama mandibular, con piel que lo recubría, sin datos de alteración. En la cavidad oral no se encontró crépito en las corticales óseas y en cambio se identificó ligera movilidad dental del segundo molar inferior derecho. Se observó fístula a través de la cual drenaba espontáneamente material purulento amarillo claro, fluido, ligeramente fétido.

A la exploración se identificó aumento de volumen en cuerpo, ángulo y rama mandibular, con piel que lo recubría, sin datos de alteración. En la cavidad oral no se encontró crépito en las corticales óseas y en cambio se identificó ligera movilidad dental del segundo molar inferior derecho. Se observó fístula a través de la cual drenaba espontáneamente material purulento amarillo claro, fluido, ligeramente fétido.

En una radiografía panorámica (figura 1) se observó un área radiolúcida multilocular que se extendía a partir del cuerpo mandibular, desde la zona distal del segundo premolar inferior derecho hasta la escotadura sigmoidea, involucrando la base de la apófisis coronoides. El tercer molar inferior estaba adentro de la lesión y desplazado posterosuperiormente; también se observó resorción radicular del primer y segundo molar inferior derechos, así como desplazamiento basal del conducto dentario inferior. En la tomografía axial computarizada con reconstrucción en tercera dimensión (figura 2) se apreció una masa isodensa en el cuerpo y rama mandibular derecha, con expansión de corticales vestibular y lingual, con perforación de la cortical lingual en las vecindades de la escotadura sigmoidea.

En los cortes sagitales (figura 2), integridad de corticales óseas a nivel de escotadura sigmoidea, borde posterior e inferior, con división parcial de la lesión en el tercio medio de la rama mandibular, sitio donde se localizó el tercer molar inferior derecho. Se observaron cortes coronales (figura 2) con integridad de corticales lingual y vestibular, y pérdida de la continuidad ósea en la cara lingual de la rama mandibular a nivel de la escotadura sigmoidea.

Bajo anestesia general y con intubación orotraqueal, se realizó la resección quirúrgica conservadora de la lesión, con



Figura 3 | Lecho quirúrgico posterior a la eliminación de la lesión y los órganos dentarios involucrados

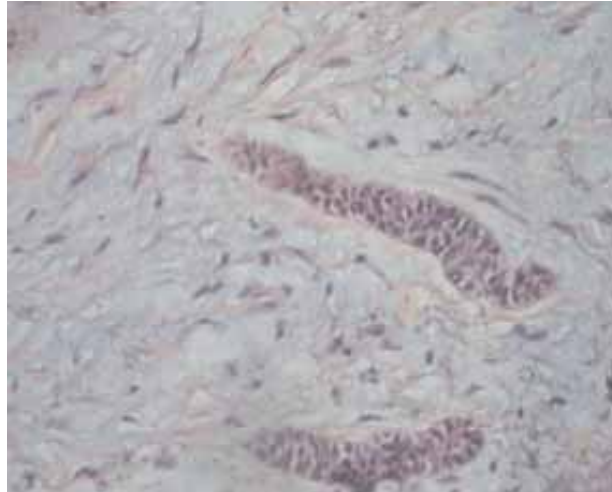


Figura 5 Corte histológico con presencia de abundantes fibroblastos y tejido odontogénico

curetaje en todo el lecho quirúrgico y odontectomía de los tres molares derechos. No se observó comunicación al conducto dentario inferior ni perforación de las corticales óseas en el transoperatorio (figura 3).

Se colocaron suturas en la periferia de la herida, simulando una marsupialización y se introdujo en el lecho quirúrgico una gasa con bálsamo del Perú, a manera de apósito, el cual se retiró a la semana.

Se obtuvo pieza quirúrgica consistente en tres órganos dentarios y tejido tumoral multifragmentado (figura 4), del cual se realizó estudio histopatológico con el cual se identificaron abundantes fibroblastos y epitelio odontogénico dispuesto en forma tubular, con células cuboideas y cilíndricas; además, se observó infiltrado linfocitario y tejido de granulación, así como necrosis colicuativa (figura 5).

Discusión

Zallen y colaboradores recomiendan resección en bloque como tratamiento inicial para el fibroma ameloblástico, debido a la alta recurrencia en casos donde fue inicialmente realizado tratamiento conservador. Sin embargo, Dallera y

colaboradores presentaron un seguimiento a largo plazo de seis casos y encontraron que se obtuvieron buenos resultados con enucleación y curetaje.⁴

La mayoría de las recidivas se atribuyen a resecciones incompletas.¹ Dada la posibilidad de transformación maligna en fibrosarcoma ameloblástico,⁹ existe controversia en cuanto a la forma de tratamiento, aunque la mayoría de los autores recomiendan una resección adecuada seguida de un enérgico curetaje de lecho quirúrgico, en lugar de una resección radical en bloque.¹

Trodahl y colaboradores identificaron una recurrencia de 43.5 %; Zallen y colaboradores, 18.3 % en una revisión de la literatura; Lysell y Sund proponen que la recurrencia se debe a la remoción incompleta. Teoría apoyada por Mosby y colaboradores, quienes explican que después de la remoción completa, un tumor no puede ser estadificado a nivel celular y sugieren la remoción conservadora del fibroma ameloblástico y la resección en bloque de cualquier recurrencia.³ Cehn y colaboradores señalan 91.5 % de recurrencia, sin embargo, numerosos casos se trataron de tumores primarios resultado de una enucleación insatisfactoria más que una recurrencia.⁴

El pronóstico para las lesiones de gran tamaño en el paciente adulto es dudoso. En pacientes jóvenes cuya resección resultará en mutilación y en pequeñas lesiones que responden bien a tratamientos conservadores, se recomienda la enucleación y curetaje, sin embargo, en lesiones extensas que involucran tejidos adyacentes se aconseja la resección en bloque.⁴

El caso que se presenta fue tratado de manera conservadora con curetaje, debido a la edad del paciente, en quien una cirugía radical implicaría secuelas funcionales y estéticas importantes. El seguimiento del paciente será de vital importancia, ya que si bien no se esperan recidivas, la aparición de las mismas implicará un tratamiento más agresivo.

Conclusiones

El caso que se presenta fue tratado de manera conservadora con curetaje, debido a la edad del paciente, en quien una cirugía radical hubiera implicado secuelas funcionales y estéticas importantes. El seguimiento del paciente será de vital importancia, ya que si bien no se esperan recidivas, la aparición de las mismas implicará un tratamiento más agresivo.

Referencias

1. Martín-Granizo-López R, Ortega L, González-Corchón MA, Berguer-Sánchez A. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. *Med Oral* 2003;8:150-153. Disponible en http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i2_p150.pdf
2. Azúa-Romeo J, Saura-Fillat E, Usón-Bouthelie T, Tovar-Lázaro M, Azúa-Blanco J. Fibroma ameloblástico vs. quis-

- te folicular hiperplásico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2004;26(3):187-191. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v26n3/caso2.pdf>
3. Boic M. Ameloblastic fibroma. *Radiol Oncol* 2006;40(1):35-38.
4. Vasconcelos BC, Adrade Es, Rocha NS, Morals HH, Carval-ho RW. Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. *J Oral Sci* 2009;51(2):293-296. Disponible en http://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/51/2/293/_pdf

5. Neville BW. Oral and maxillofacial pathology. Second edition. Philadelphia: WB Saunders; 2006. p. 627-628.
6. Marx RE. Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 2003. p. 675-678.
7. Abughazaleh K, Andrus KM, Katsnelson A, White DK. Peripheral ameloblastic fibroma of the maxilla: report of a case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105(5):e46-e48.
8. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Segunda edición. Madrid: Elsevier-Mosby; 2005. p. 146-147.
9. Nelson BL, Folk GS. Ameloblastic fibroma. Head Neck Pathol 2009;3(1):51-53. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807540/pdf/12105_2008_Article_91.pdf