

## Ameloblastoma multiquístico de crecimiento rápido con reconstrucción parcial

### Multicystic ameloblastoma of fast growing with partial reconstruction

Samuel Urbano del Valle<sup>1</sup>  
Eilien Tovío Martínez<sup>1</sup>  
Erich López Aparicio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Cartagena. Colombia.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** El ameloblastoma es una neoplasia benigna, que tiende a ser localmente agresiva, con gran tendencia a la recidiva. Es un tumor odontogénico de origen epitelial; el 80 % de los casos se presenta a nivel mandibular, tanto en rama como en ángulo. Suele manifestarse durante la tercera a quinta décadas de la vida. Las características clínicas no son determinantes del comportamiento biológico y tampoco del pronóstico de un ameloblastoma, ni siquiera en muchos de los casos en los que se complementan con radiografías y/o muestras histopatológicas.

**Objetivo:** Informar el manejo quirúrgico del ameloblastoma multiquístico de manera radical a través de una resección amplia y colocación de placa de reconstrucción que funcionó como mantenedor de espacio, debido a su inusual crecimiento rápido.

**Presentación de l caso:** Se describe un caso clínico de un paciente de sexo masculino, quien presenta una lesión tumoral en rama mandibular derecha, con aspecto clínico de un ameloblastoma de tipo folicular, multiquístico, de crecimiento rápido, tratado en el Hospital Universitario del Caribe de Cartagena, Colombia. Se proporcionan datos sobre su aparición clínica como su rápida evolución, los hallazgos histopatológicos y el manejo terapéutico realizado.

**Conclusiones:** Debido a su crecimiento rápido, para este caso en particular, la opción más factible fue llevar a cabo la resección total de la lesión con el objetivo de evitar o disminuir la posibilidad de recidiva, seguido de reconstrucción con placa de osteosíntesis para devolverle la funcionalidad a la articulación

temporomandibular y al hueso mandibular, sin dejar a un lado la estética del paciente.

**Palabras clave:** ameloblastoma; neoplasias de la boca; neoplasias maxilomandibulares; cirugía bucal.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Ameloblastoma is a benign neoplasm that tends to be locally aggressive, with a high tendency to relapse. It is an odontogenic tumor of epithelial origin; 80% of cases occur at the mandibular level, both in branch and at an angle. It usually manifests during the third to fifth decade of life. The clinical characteristics are not determinants for the biological behavior or the prognosis of an ameloblastoma, even in many of the cases in which they are complemented with radiographs and/or histopathological samples.

**Objective:** To report the surgical management of multicystic ameloblastoma in a radical way through a wide resection and placement of a reconstruction plate that functioned as a space maintainer, due to its unusual rapid growth.

**Case presentation:** A clinical case of a male patient is described, who presents a tumor lesion in the right mandibular branch, with a clinical appearance of a multicystic, fast growing, follicular ameloblastoma, treated at Hospital Universitario del Caribe in Cartagena, Colombia. Data were provided on its clinical appearance, its rapid evolution, the histopathological findings and the therapeutic management performed.

**Conclusions:** Due to its rapid growth, for this particular case, the most feasible option was to carry out the total resection of the lesion in order to avoid or reduce the possibility of relapse, followed by reconstruction with an osteosynthesis plate to restore the functionality of the temporomandibular joint and of the mandibular bone, without leaving aside the aesthetics of the patient.

**Keywords:** ameloblastoma; mouth neoplasms; jaw neoplasms; oral surgery.

---

## INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma se trata de una neoplasia benigna de origen odontogénico, de comportamiento agresivo y gran capacidad de recidiva. Esta neoplasia deriva de los componentes del epitelio odontogénico; estos son: restos de Malassez, la capa de células basales del epitelio superficial suprayacente; restos de la lámina dental del epitelio reducido del esmalte.<sup>1</sup> El ameloblastoma, representa el 11 % de los tumores odontogénicos y el 1 % de los tumores y quistes a nivel de los maxilares. Su localización es a nivel mandibular, con predominio del ángulo y rama mandibulares, en un 80 % de las veces las más afectadas.<sup>2</sup>

Epidemiológicamente se evidencia entre la segunda y quinta década de la vida, sin predominio de raza.<sup>3</sup> La etiología del ameloblastoma puede estar determinada por varios factores; entre ellos se destaca que el 25 % de estas neoplasias están

---

asociadas a órganos dentales incluidos, infecciones, restos de quistes odontogénicos, traumatismos en la zona, virus del papiloma humano.<sup>2</sup>

Clínicamente el ameloblastoma se diferencia por ser una neoplasia de crecimiento lento, con expansión de las corticales óseas, tumefacción, que infiltra tejidos adyacentes, respetando la basal. En algunos casos ocasiona trismus, obstrucción nasal, parestesia, movilidad y desplazamiento dental. Usualmente asintomático, sin embargo, en estadios avanzados produce dolor. Radiográficamente se pueden observar imágenes radiolúcidas, uniloculadas o multiloculadas con patrón de panal de abejas o en pompas de jabón. El tamaño de la lesión suele ser difícil de determinar pues no presenta una línea nítida como límite con el hueso normal.<sup>4-6</sup>

Al estudio histopatológico, se evidencia un epitelio en el que las células basales contienen células cilíndricas, en la que los núcleos tienden a desplazarse al extremo opuesto de la célula desde la membrana basal. Pueden clasificarse en folicular, acantomatoso, plexiforme, células basales y células granulosas; de estas, las más frecuentes son la forma folicular y la plexiforme. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran el mixoma, tumor odontogénico adenomatoide, tumor odontogénico escamoso.<sup>7-10</sup>

El tratamiento del ameloblastoma está determinado por el tamaño de la neoplasia o el subtipo histopatológico. En la mayoría de los casos se realiza abordaje quirúrgico, ya sea de manera conservadora, en las que se realizarán enucleación, criocirugía o curetaje, con técnicas coadyuvantes como la aplicación de solución de Carnoy o de forma radical, que comprenden la resección en bloque, marginal o segmentaria.<sup>11</sup>

El objetivo de este caso clínico es informar el manejo quirúrgico del ameloblastoma multiquístico de manera radical a través de una resección amplia y reconstrucción con placa de osteosíntesis que funcionó como mantenedor de espacio, debido a su inusual crecimiento rápido.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 50 años edad que acudió al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia, por presentar sintomatología dolorosa en zona posteroinferior derecha, luego de exodoncia del tercer molar inferior derecho, con tiempo de evolución de 18 meses aproximadamente.

El paciente presentó aparentes buenas condiciones de salud generales, sin compromiso sistémico. Al examen extrabucal se evidenció asimetría localizada a nivel de la región submandibular derecha, ángulo de la mandíbula y tercio inferior de la región maseterina. En el movimiento de apertura y cierre bucal no se observaron alteraciones. Al examen intrabucal se evidenció lesión tumoral de consistencia blanda, superficie ulcerada por órganos dentales, con desviación de la lengua hacia la izquierda, expansión de corticales en zona de molares inferiores derechos, de aproximadamente 7 cm de diámetro. Se observaron cambios de coloración de la mucosa que lo recubre.

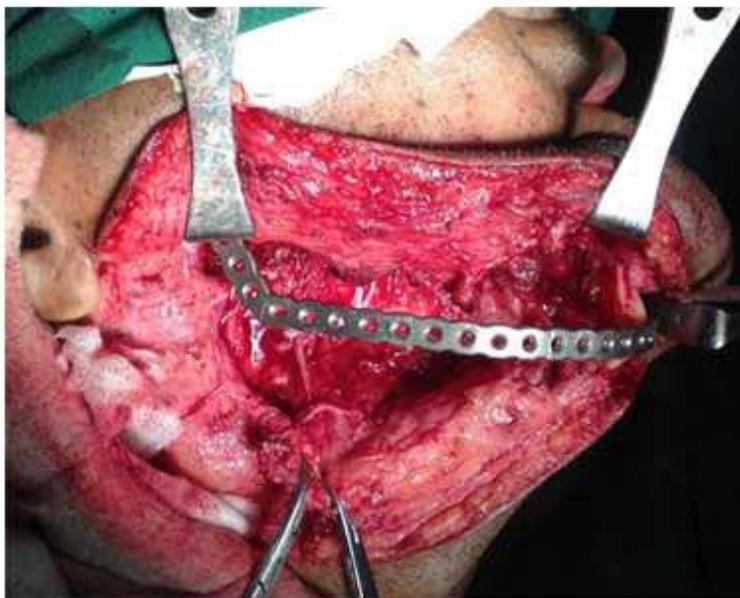
En la radiografía panorámica se observó una extensa zona radiolúcida multilocular con aspecto de "burbujas de jabón", localizada en rama y cuerpo mandibular derecho, con expansión de las tablas óseas (lingual y vestibular), de

aproximadamente 7 x 5 cm de diámetro, con pérdida de continuidad de la basal mandibular, conservando aún el ángulo de la mandíbula. Por otro lado, se evidenció neumatización de ambos senos maxilares que se corresponde con clasificación de Mish SA-3, pérdida ósea vertical y horizontal, zonas parcialmente desdentadas, a nivel bimaxilar. En ángulo mandibular izquierdo se observó órgano dental incluido en posición horizontal cerca de la basal mandibular (Fig. 1).



**Fig. 1.** Radiografía panorámica que muestra zona radiolúcida multilocular, localizada en rama y cuerpo mandibular derecho.

Previo al plan de tratamiento se realizó biopsia incisional de la lesión que dio como resultado ameloblastoma; bajo anestesia general se realizó infiltración intrabucal de lidocaína con epinefrina al 1:100 000, a través de un abordaje submandibular derecho, se realizó disección por planos, exponiendo la lesión tumoral que compromete rama y cuerpo mandibular derecho y se procedió a realizar hemimandibulectomía derecha con amplios márgenes de seguridad, con retiro de la articulación y colocación de placa de reconstrucción (Fig. 2).



**Fig. 2.** Placa de reconstrucción de osteosíntesis precontorneada en posición.

Se envió la lesión a estudio histopatológico que reveló una lesión benigna de origen epitelial constituida por una proliferación de células de aspecto basaloide. Dichas células se disponen formando estructuras papilares y nidos. Estos últimos presentan empalizada periférica y degeneración quística central, descansando sobre un estroma desmoplásico, con inflamación aguda y crónica, presencia de tejido de granulación; lo cual evidenció ameloblastoma de tipo folicular, multiquístico, ulcerado. Los márgenes de resección anterior, posterior, inferior, medial y lateral, se hallan libres de lesión. Tamaño tumoral: 10 x 8,5 x 6 cm (Fig. 3).



**Fig. 3.** Vista macroscópica del tumor resecado. Lesión sólida, tamaño tumoral: 10 x 8,5 x 6 cm.

Al posoperatorio se observó mejoría de simetría facial y cicatrización de tejidos blandos tanto extra como intrabucal. A los controles siguientes, se evidenció mejoría de la funcionalidad articular y mandibular, sin embargo, aún requiere de prótesis de articulación temporomandibular personalizada, con reconstrucción mandibular, con injerto microvascularizado de peroné.

## DISCUSIÓN

En el macizo facial se distinguen diferentes tipos de lesiones odontogénicas, metastásicas, óseas u otras, cuando aún no está claro el origen de una determinada lesión, aun habiendo realizado las diferentes técnicas de inspección diagnóstica, tanto clínica como radiográfica.<sup>2</sup> Según *Moubayed* y otros,<sup>4</sup> la mejor manera de obtener un diagnóstico específico de estas lesiones es mediante la biopsia, ya sea incisional o excisional, según el tamaño de la lesión y su origen.<sup>12</sup>

*Payne* y otros,<sup>11</sup> refieren que clínicamente los tumores odontogénicos que resultan más frecuentes a nivel de la mandíbula son los ameloblastomas, con un 15 % en la zona de molares. *Byakodi* y otros<sup>13</sup> indican que en muchas de las ocasiones estas neoplasias aparecen en el sexo masculino predominantemente en los de raza negra, entre la cuarta y quinta décadas, éstos suelen ser de crecimiento lento, presentes en el tercio inferior de cara, en zona de molares, además de asintomáticos, motivo por el cual, en muchos de los pacientes, estas lesiones se evidencian cuando el tamaño es mucho mayor, en los que inclusive se observan

proporciones significativamente desfigurantes. Coincidiendo con el presente informe de un paciente masculino de 50 años de edad de raza negra, que presenta tumefacción localizada a nivel de la región submandibular derecha, ángulo de la mandíbula y tercio inferior de la región maseterina, excepto con el crecimiento lento de la lesión, pues en el presente caso clínico que nos ocupa el desarrollo de la lesión se presenta en el transcurso de un año y medio, con un crecimiento rápido.

*Moubayed* y otros<sup>4</sup> indican que los ameloblastomas, desde el punto de vista radiográfico se pueden diferenciar en sólidos o multiquísticos. La forma multiquística aparecerá multiloculada y radiolúcida, con aspecto de "panal" o también descrito en la literatura como "burbujas de jabón", en dependencia del tamaño de las zonas radiolúcidas, mientras que la forma sólida se evidenciará como un defecto unilocular de márgenes irregulares. *Apajalahti* y otros,<sup>14</sup> mencionan que en ocasiones el desplazamiento de las raíces de los órganos dentales adyacentes, determinados por la expansión de la cortical y la resorción, puede ser frecuente, pero no imperativa. Por todo ello, el tratamiento de las lesiones consistirá en escisión amplia, teniendo en cuenta que los márgenes mínimos se encuentran estipulados entre 1-1,5 cm. Por otra parte, es importante realizar la connotación de que la malignización es inusual, siendo poco frecuente, y la recidiva se presenta alrededor del 10 % al 15 % aproximadamente.

El tratamiento de los ameloblastomas, dependerá según la histopatología, la localización, el tamaño, la edad del paciente o el tipo de lesión. No obstante, muchos autores no están de acuerdo con lo que respecta al tratamiento ideal, tema aún en discusión.<sup>1</sup> *Pérez* y otros,<sup>15</sup> en el 2015, informaron un caso clínico de un paciente de 52 años de sexo masculino quien presentó ameloblastoma en rama mandibular cuyo tratamiento quirúrgico fue hemimandibulectomía, seguida de reconstrucción con placa de 2,4 mm y prótesis de cóndilo mandibular. Todo ello concuerda con el presente caso, paciente de sexo masculino en la quinta década de la vida, diagnosticado con ameloblastoma de tipo folicular que compromete rama y cuerpo mandibular derecho, todo ello corroborado mediante diagnóstico clínico, radiográfico e histopatológico, e inclusive el tratamiento radical que ha sido llevado a cabo de manera imperativa debido a su rápido crecimiento, siendo este la hemimandibulectomía, seguida de reconstrucción condilar con placa de osteosíntesis.

## CONCLUSIONES

Debido al rápido crecimiento de la lesión, al patrón extraluminal y a su comportamiento biológico fuera de los parámetros normales, el componente mural de ella se extiende al interior de la pared hasta el nivel de la interfase con el hueso, es por ello que en el presente caso la opción más factible fue llevar a cabo la resección total de la lesión con el objetivo de evitar o disminuir la posibilidad de recidiva, seguido de reconstrucción con placa de osteosíntesis para devolverle la funcionalidad a la articulación temporomandibular y al hueso mandibular, sin dejar a un lado la estética del paciente.

## Conflicto de intereses

No se declara conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández P, Castro S, Jiménez M. Ameloblastoma uniuquístico: Presentación de un caso. *Odovtos-Int J Dent Sc.* 2016;18(1):111-7.
2. Valls A, Montané E, Bescós C, Saez M, Munill M, Alberola M. Manejo quirúrgico del ameloblastoma. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2012;34(3):98-104.
3. Johnson J, Jundt J, Hanna I, Shum JW, Badger G, Melville JC. Resection of an ameloblastoma in a pediatric patient and immediate reconstruction using a combination of tissue engineering and costochondral rib graft: A case report. *J Am Dent Assoc.* 2017;148(1):40-3.
4. Moubayed S, Khorsandi A, Urken M. Radiological challenges in distinguishing keratocystic odontogenic tumor from ameloblastoma: an extraordinary occurrence in the same patient. *American Journal of Otolaryngology.* 2016;37(4):362-4.
5. Faras F, Abo F, Israél Y, Hersant B, Meningaud JP. Multi-recurrent invasive ameloblastoma: A surgical challenge. *International Journal of Surgery Case Reports.* 2017;30:43-5.
6. Chukwunke FN, Anyanechi CE, Akpeh JO, Chukwuka A, Ekwueme OC. Clinical characteristics and presentation of ameloblastomas: an 8-year retrospective study of 240 cases in Eastern Nigeria. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2016;54(4):384-7.
7. Košec A, Ajduk J, Ries M, Trotić R. Primary Ameloblastoma of the Temporal Bone. *J Oral and Maxillofac Surg.* 2017;75(6):1300e1-1300e4.
8. Bansal S, Desai RS, Shirsat P, Prasad P, Karjodkar F, Andrade N. The occurrence and pattern of ameloblastoma in children and adolescents: an Indian institutional study of 41 years and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015;44(6):725-31.
9. Lin Y, He JF, Li ZY, Liu JH. Ameloblastoma with varied sites of metastasis: report of two cases and literature review. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(5):e301-e304.
10. Khalele BA, Al-Shiaty RA. A novel marker of ameloblastoma and systematic review of immunohistochemical findings. *Ann Diagn Pathol.* 2016;22:18-24
11. Payne SJ, Albert TW, Lighthall JG. Management of ameloblastoma in the pediatric population. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2015;26(3):168-74.
12. Argandoña JP, Espinoza J. Ameloblastoma uniuquístico, bases del tratamiento conservador: Presentación de caso clínico y actualización bibliográfica. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2010;32(2):88-91.
13. Byakodi S, Varekar A, Adaki S. Aggressive Management of Ameloblastoma in Mandible: A Case Report. *NJIRM.* 2015;6(5):115-7.

14. Apajalahti S, Kelppe J, Kontio R, Hagström J. Imaging characteristics of ameloblastomas and diagnostic value of CT and MRI in a series of 26 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015;120(2):e118-e130.

15. Pérez C, Mercado M, Ayala J. Ameloblastoma uniuístico plexiforme. A propósito de un caso. Revista ADM. 2015;72(6):324-8.

Recibido: 26/12/2017

Aceptado: 21/05/2018

*Samuel Urbano Del Valle.* Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. Sede de Zaragocilla. Barrio Zaragocilla Campus de la Salud. Cartagena. D.T. y C. Colombia. Suramérica.

Correo electrónico: [surbanod@unicartagena.edu.co](mailto:surbanod@unicartagena.edu.co)