

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

PRESENTACION DE CASO CLINICO

ODONTOLOGIA INTEGRADA IV

X SEMESTRE

DRA: NERY VILLOTA

INTEGRANTES

FELIPE BALLESTEROS

MARCELA ESTEBAN

NOHORA PRIETO

SANDRA RAMIREZ

SONIA SANTA

SANTAFE DE BOGOTA AGOSTO 20 DE 2003

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. HISTORIA CLINICA	5 - 6
4. TUMORES	7
4.1 AMELOBLASTOMA	8 - 9
4.2 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A SUS COMPONENTES BIOLÓGICOS- MICROSCÓPICOS	9
4.2.1 FOLICULAR	9
4.2.2 PLEXIFORME	10
4.2.3 ACANTOMATOSO	10
4.2.4 BASOCELULAR	10
4.2.5 GRANULAR	10
4.2.6 DESMOPLÁSICO	10
4.3. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A SUS COMPONENTES CLINICO-BIOLOGICO	11
4.3.1 AMELOBLASTOMA UNIQÜÍSTICO	11
4.3.2 AMELOBLASTOMA SÓLIDO O MULTIQÜÍSTICO	11 - 12
4.3.3 AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO.	12 - 13
4.3.4 VARIANTES MALIGNAS	13 - 14
5. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	15 - 17
6. CONCLUSIONES	18
7. BIBLIOGRAFÍA	19 - 20

1. INTRODUCCIÓN

Se pretende con este trabajo analizar los diferentes factores patogénicos en la evolución de una lesión y más precisamente del ameloblastoma, en donde se detallarán la etiología sus características histológicas, clínicas y radiográficas y de esta manera profundizar en la relevancia del detallado diagnóstico y su implicación en el manejo terapéutico y quirúrgico como también identificar las posibles complicaciones.

Existen dudas en el diagnóstico, del ameloblastoma cuando se presenta un paciente que al examen clínico presenta ciertas anomalías y al examen radiográfico presenta zonas que comprometen uno de los maxilares.

Ante esta situación el procedimiento a seguir, es realizar una historia clínica detallada, una biopsia y estudio histopatológico para diagnosticar y posteriormente protocolizar el tratamiento quirúrgico definitivo adecuado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el ameloblastoma según literatura. Reporte de caso clínico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la localización más frecuente del Ameloblastoma .

Describir las características clínicas, histopatológicas y radiográficas.

Establecer el diagnóstico diferencial.

Establecer el manejo quirúrgico del Ameloblastoma .

Identificar el tratamiento de rehabilitación luego de la cirugía.

3. HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

- **Nombre** N.N.
- **Edad** 34 años
- **Genero** Femenino
- **Raza** Blanca.

MOTIVO DE CONSULTA

- Siento que una pieza dental se me mueve y se salió de su sitio.

HISTORIA MEDICA PERSONAL

- Hospitalización (-)
- Toxicosalergicos (-)
- Patológicos (-)
- Traumáticos (-)
- Congénitos (-)
- Endocrinos (-)
- Cardiovasculares (-)
- Quirúrgicos (+)

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

- Padre.

-Enfermedad cardiaca Insuficiencia y estenosis.

- Madre.

-Hipertensión arterial controlada.

DIAGNOSTICO CRANEOMANDIBULAR

__ disgnasia anteroposterior y compresión transversal del maxilar superior

EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

__ asimetría I hemimaxilar derecha con deformación del contorno vestibular y lingual

EXAMEN CLÍNICO DENTAL

__47 presentaba linguoversion y movilidad

4. TUMORES

Tumor es cualquier aumento localizado de tamaño de carácter patológico de un tejido u órgano que puede relacionarse con la infiltración de células procedentes de otra parte del organismo, o con proliferación de las propias células de la zona afectada, solo en este último caso recibe el nombre de tumor. Los tumores se clasifican en benignos y malignos, la propiedad más importante de un tumor maligno es su capacidad de invadir órganos vecinos o distantes, algunos tumores benignos pueden ser mortales sin producir metástasis.

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES				
TUMORES ODONTOGÉNICOS			TUMORES NO ODONTOGÉNICOS	
TUMORES EPITELIALES	TUMORES MESENQUIMATOSOS	TUMORES MIXTOS	TUMORES BENIGNOS NO ODONTÓGENOS	NEOPLASIAS MALIGNAS NO ODONTÓGENAS
<ul style="list-style-type: none"> . Ameloblastoma . Tumor odontógeno escamoso . Tumor odontógeno epitelial calcificante . Tumor odontógeno decélulas claras . Tumor odontógeno adenomatoide 	<ul style="list-style-type: none"> . Mixoma odontógeno . Fibroma odontógeno central . Fibroma cementificante . Cementoblastoma . Displasia cementaría periapical 	<ul style="list-style-type: none"> . Odontoma . Fibroma y fibroodontoma ameloblástico 	<ul style="list-style-type: none"> . Fibroma osificante . Displasia fibrosa . Osteoblastoma . Osteoma osteoide . Condroma . Osteoma . Granuloma central de células gigantes . Tumor de células gigantes . Hemangioma . Histiocitosis idiopática . Torus y exostosis . Hiperplasia coronoide 	<ul style="list-style-type: none"> . Osteosarcoma . Condrosarcoma . Sarcoma de Ewing . Linfoma de Burkitt . Neoplasia de células plasmáticas . Mieloma múltiple . Plasmocitoma solitario de hueso . Carcinoma metastásico

4.1 AMELOBLASTOMA

El ameloblastoma es un tumor epitelial odontogénico cuyo origen primario es la lamina dental (restos de Serres), aunque se puede originar de restos epiteliales (restos de Malassez), del epitelio de revestimiento de quistes odontogénicos, de células basales del epitelio superficial o de la mucosa oral, del epitelio del órgano del esmalte, o del epitelio heterotópico, tal como el de la glándula pituitaria.

Los ameloblastomas pueden surgir en cualquier parte de la mandíbula o maxilar. El 85% ocurre en la mandíbula se distribuye el 60% de éstos se localiza en el área molar, el 15% en zona de los premolares y el 10% en zona de los incisivos. Cuando se presenta en el maxilar se distribuye en un 10% en área de los molares, un 3% en área de los premolares y un 2% en área de los incisivos. A pesar de ser considerado un tumor benigno, su comportamiento clínico podría ser catalogado entre benigno y maligno. Se caracteriza por presentar un crecimiento lento pero continuo y agresivo que produce expansión ósea e infiltración local de los tejidos adyacentes, y cursa con un cuadro de inflamación no dolorosa que conlleva a un retraso en el diagnóstico y algunas veces a una gran deformidad.

No todos los ameloblastomas exigen el mismo tratamiento quirúrgico, sino que es necesaria una correlación de los rasgos clínicos, radiográficos e histológicos de cada lesión en forma individual para determinar el subtipo clínico.

En el examen radiográfico, los ameloblastomas se presentan como procesos

osteolíticos y pueden evidenciar un aspecto unilocular o multilocular. Dado a que crecen con lentitud, los bordes radiográficos se encuentran definidos y esclerosados. Cuando además de la proliferación tumoral hay desmoplasia del tejido conectivo, es típico reconocer márgenes radiográficos mal definidos.

En cuanto a su diagnóstico diferencial, cuando consideramos al mismo tiempo la edad, la localización y sus características radiográficas, el diagnóstico clínico diferencial puede limitarse por lo regular a varias entidades en tres categorías: Tumores Odontogénicos, quistes y lesiones benignas no odontogénicas. Entre las primeras, el tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC) (Variante radiotransparente) y los mixomas odontogénicos son los que deben considerarse en especial. También pueden incluirse el quiste dentígero y el queratoquiste odontogénico. En individuos relativamente jóvenes las anomalías con aspecto radiográfico similar al ameloblastoma incluyen anomalías no odontogénicas como granuloma central de células gigantes, fibroma osificante, hemangioma central y tal vez histiocitosis idiopática.

El tumor es de crecimiento lento, localmente agresivo y se diagnostica entre la 2da y 4ta, década de vida, pero se han reportado casos en niños (Kezler 1986, Takahashi 1998. Indistinto en ambos sexos y no presenta predicción por ninguna raza.

4.2 Clasificación de acuerdo a sus componentes biológicos- microscópicos.

Los patrones histológicos reconocidos por la Organización Mundial de la salud O.M.S. son: Folicular, plexiforme, acantomatoso, basocelular, granular y desmoplásico.

- 4.2.1 Folicular:** Se componen de muchas islas tumorales circunscritas que constan de una capa periférica de células cuboideas o cilíndricas, con núcleos bien polarizados. Las células semejan a los ameloblastos; comúnmente se forman quistes dentro de las islas epiteliales.
- 4.2.2 Plexiforme:** Las células se disponen en masas irregulares o como una trama de láminas o cordones celulares dispuestos en doble columnas delgadas, dichas células se asemejan al retículo estrellado y son menos numerosas que el patrón folicular, la formación de quistes ocurre de acuerdo a la degeneración del estroma más que por un cambio quístico dentro del epitelio.
- 4.2.3 Acantomatoso:** Las células sufren metaplasia escamosa con formación de queratina en la porción central de las islas tumorales.
- 4.2.4 Basocelular:** Las células son semejantes a las del carcinoma basocelular de piel. Así las células tumorales epiteliales son más primitivas, menos cilíndricas y se disponen en capas.
- 4.2.5 Granular:** Los grupos de células epiteliales muestran una transformación granular excesiva. Las células son largas y pueden ser cuboideas, columnares o redondas. El citoplasma contiene gránulos acidófilos que asemejan lisosomas ultraestructurales e histoquímicamente.
- 4.2.6 Desmoplásico:** El estroma consiste en tejido conectivo a celular, muchas veces es más colágeno, con pequeños nidos e hilos de epitelio odontogénico.

Según el comportamiento clínico-biológico la clasificación que actualmente cuenta

con mayor aceptación divide a los ameloblastomas en: uniuíquisticos, multiquísticos o sólidos, periféricos y variantes malignas.

Se justifica la división puesto que cada uno requiere un tratamiento y pronóstico diferentes.

4.3 Clasificación de acuerdo a sus componentes Clínico-biológico

4.3.1 El ameloblastoma uniuíquístico: fue descrito por primera vez por Robinson y Martínez en 1977. Es una “ lesión quística” con proliferación ameloblástica intraluminal o intramural en el epitelio del quiste. Leider en 1989 propuso tres mecanismos para explicar el origen del ameloblastoma uniuíquístico: a.) El epitelio reducido del esmalte sufre una transformación ameloblástica con el desarrollo posterior de un tumor quístico, b.) Dentro de un quiste dentífero, el epitelio de revestimiento sufre una transformación neoplásica. c.)Un ameloblastoma sólido sufre degeneración quística y desarrolla un ameloblastoma uniuíquístico.

Se han descrito tres variantes histológicas: intraluminal (cuando crece dentro de la luz del quiste), mural (cuando crece en la pared del quiste), invasor (cuando ya se ha propagado más allá de la pared del quiste y penetra en el hueso y tejido blando). (Akerman 1988, Cawson 1994, Kramer 1998). Generalmente son asintomáticos y es diagnosticado casualmente por exámenes radiográficos, o por la aparición de una tumefacción ósea con márgenes netos, asociados a un crecimiento lento y edema doloroso con expansión, y desplazamiento de las corticales, puede presentar perforación de las tablas bucal y lingual (Olaitan 1997, Philipsen 1998). Radiográficamente la lesión es unilocular, suele tener límites bien definidos y puede

estar incluso decorticada. Puede presentar desplazamiento dental e incluso reabsorción radicular (Robinson y Martinez 1977, Vickers 1984).

4.3.2 Ameloblastoma Sólido o Multiquistico:

Tumor de crecimiento lento y localmente invasivo. Este puede presentar cualquiera de los patrones histológicos. Presenta un comportamiento que le permite crecer hasta alcanzar un tamaño considerable, es altamente infiltrante tiene el potencial de producir metastasis, (Guerrero 2002, Carlson 2002) y en raras ocasiones produce metástasis (Williams, 1993). Gold ha planteado que este tipo de ameloblastoma debe ser considerado un tumor basaloide maligno de bajo grado, con un espectro variado de comportamiento de diversas características clínicas y microscópicas (Gold 1991). También compara la similitud del Ameloblastoma sólido con el carcinoma de células basales, los cuales comparten aspectos similares: son de crecimiento lento e infiltrantes, producen gran destrucción ósea y de tejidos blandos, recidivan sino han sido tratados adecuadamente, tienen el potencial de producir metástasis, exhiben una variedad de patrones microscópicos y son de origen epitelial (Guerrero 2002, Carlson 2002).

Afecta un grupo mayor de edad entre la cuarta y quinta década, en la mayoría de los casos afecta la mandíbula, aunque el maxilar puede verse involucrado, a menudo el primer signo clínico es la inflamación, radiográficamente se puede observar como unilocular o multilocular. (Williams 1993). Microscópicamente, el ameloblastoma sólido muestra una variedad de patrones de los cuales uno o una combinación de estos puede ocurrir en el interior de una lesión única. No hay evidencia que indique que el comportamiento biológico de un ameloblastoma sólido este directamente relacionado con estos patrones histológicos (Gardner 1984,

Eversole 1984).

4.3.3 Ameloblastoma Periférico.

Fue inicialmente descrito por Stanley y Krogh en 1959, y es la contraparte de los tejidos blandos del ameloblastoma central intraóseo. Se localiza en la mucosa por encima de los procesos alveolares de los maxilares y, aunque el compromiso óseo directo no es una característica de este tumor, el hueso subyacente puede mostrar reabsorción superficial secundaria en respuesta a la presencia del mismo (Williams 1993). La apariencia microscópica del ameloblastoma periférico es similar al del ameloblastoma sólido. (Williams 1997).

4.3.4 Variantes malignas.

El ameloblastoma maligno fue definido en 1992 por la Organización Mundial de la Salud como una "Neoplasia que exhibe un patrón ameloblástico y características citológicas de malignidad en la lesión primaria de los ameloblastomas y/o en algún crecimiento metastásico (Slootweg 1984, Muller 1984, Osada 1999). Estos son poco frecuentes. Histológicamente no muestran una proliferación uniforme, pero presentan pleomorfismo celular. Los informes que se presentan en la literatura indican que estos tumores presentan un comportamiento agresivo y son de muy mal pronóstico.

Diagnostico diferencial Los diagnósticos se pueden limitar a las siguientes entidades: Tumor odontogénico epitelial calcificante, mixomas, quiste dentígero, queratoquistes, granuloma central de células gigantes, fibroma osificante, hemangioma central y tal vez histiocitosis idiopática (Ueno 1986).

Tratamiento y Pronostico. No todos los ameloblastomas exigen el mismo

tratamiento quirúrgico, sino que es necesaria una correlación de los rasgos clínicos, radiográficos e histológicos de cada lesión individualmente para determinar el subtipo clínico. En la actualidad existen dos tipos de enfoques para el tratamiento adecuado de los ameloblastomas según las necesidades quirúrgicas del caso.

El enfoque conservador incluye: enucleación, curetaje, crioterapia, radioterapia, cauterización. El enfoque radical incluye resección segmentaria, resección parcial y resección total .

La crioterapia como alternativa de tratamiento no ha mostrado resultados significativos dado a que se observan pocos reportes de su uso en la literatura. Su principio es desvitalizar el hueso en una profundidad de 1 a 2 cm.

La radioterapia en el tratamiento de esta entidad tiene un valor limitado puesto que se piensa en general que estos tumores son radioresistentes.

La elección del procedimiento quirúrgico depende de diversos factores: agresividad de la lesión, su localización anatómica, su tamaño y la evolución de la lesión.

5. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

El plan quirúrgico que se programo consistía en remoción en bloque con conservación del borde inferior mandibular; y posterior reconstrucción con injerto óseo, para rehabilitar la zona:

- Ortodoncia correctiva
- colocación de implantes
- prótesis parcial fija

Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, se colocaron campos quirúrgicos, se realizo la incisión gingivomarginal mucoperióstica, desde el 43 al 48, con incisión de descarga anterior en zona del canino, posterior exodoncia de 45 y 47, se elevó el colgajo angular mucoperióstico. Ubicando la masa del lado derecho de la mandíbula.

Se observo compromiso de la tabla vestibular la cual no existía. Se identifico un buen plano de clivaje, se tomo este y con cucharilla se realizo la extirpación total de la masa, observándose una cavidad limpia sin presencia de erosiones.

Se realizo eliminación de la tabla lingual y osteotomías verticales de la masa en sentido ocluso cervical ubicadas en mesial y distal, fresado de las corticales mesiales y distales, con lavado profuso de la cavidad se retiraron cuerpos extraños y restos de posible tejido tumoral, manteniendo la integridad total del borde inferior mandibular. Se colocó la placa sistema 2.0 mm con 9 orificios con tornillos de 13 mm y 5 mm en borde inferior; posteriormente se colocó la placa de 1.8 mm con 4 tornillo de 5 mm .

Se realizó control de hemostasia, se procedió a reposicionar el colgajo el cual se suturo con puntos simples, y colchoneros horizontales utilizando, vicryl cuatro ceros. La masa se sumergió en una solución de formol, procediendo posteriormente a envió para estudio histopatológico.

Luego de su recuperación se dieron indicaciones de dieta líquida los dos primeros días y posteriormente blanda, se recomendó realizar movimientos restringidos y limitar sus actividades, se premedicó con: Amoxicilina cápsulas de 500mg vía oral cada 8 horas, Ibuprofeno grageas de 600mg vía oral cada 6 horas. Clorhexidina colutorios realizarlos dos veces al día después del segundo día suave. Colocar hielo por periodos cortos previa protección de su piel con vaselina en el lado derecho.

El postoperatorio observando adecuadamente de acuerdo a la características del cuadro clínico.

Al control radiográfico y verificar la posición de las placas.

Primer Control

Al examen clínico no se observan alteraciones ni de color ni de estructuras del área, las placas no se han expuesto.

Control Rx: En la Rx panorámica se observo la región mandibular derecha correspondiente al área operada con resección en bloque, favorable regeneración ósea sin presencia de fractura. Ni presencia de zonas osteolíticas o cambios en la característica ósea.

Segundo control

Control clínico: La paciente no manifiesta dolor pero si parestesia mucosa, con leve disminución de esta.

Control Rx: Se toma radiografía extraoral panorámica y no se observan cambios significativos en la regeneración ósea.

Tercer Control

Control clínico: Se observan encía de color y contornos normales.

Control Rx: Se toma radiografía extraoral Panorámica donde se observan cambios en la densidad ósea.

A la paciente se le ha indicado la necesidad de los controles periódicos dado la alta recidiva que presentan estas entidades y estamos a la espera para continuar su rehabilitación definitiva.

6. CONCLUSIONES

Con respecto al diagnóstico de cualquier tipo de patología que llega a la consulta y se descubre por casualidad se deben considerar la edad, la localización y las características clínico - radiográficas, el diagnóstico diferencial se limita a entidades en tres categorías como son la de tumores odontogénicos, las lesiones quísticas y las lesiones benignas no odontogénicas.

Cuando deben considerarse los tumores odontogénicos se puede pensar en el tumor odontogénico epitelial calcificante en su variedad radiolúcida y en mixomas odontogénicos. Entre las lesiones quísticas la primera a considerar es el quiste dentígero, el queratoquiste odontogénico y/o quiste residual en una segunda instancia, y para ello el **examen histopatológico** es indispensable para de la forma mas acertada llevar el tratamiento y la rehabilitación adecuada a cada situación.

7. BIBLIOGRAFIA

Ackerman GL, Altii M. Shear. The unicystic ameloblastoma: a Clinicopathological study of 57 cases. J. Oral Pathol. 1988; 17:541-546

Bucci E, Mignogna MD, LO Muzio L. Ameloblastoma uniuistico de hiperplasia epiteliale Plessiforme Nota I, II. Clinina e Teratia. Minerva Stomatológica 1988;37:547-552

Cahn LR. The dentigerous cyst is a potential adamantinoma. Dent Cosmos; 1933, 75:889.

Churchill HR. Histologic differentiation between certain dentigerous cysts and Ameloblastomata. Dental Cosmos; 1934,76:1173

Dresser W.J. & Segal. G. Ameloblastoma asociated with a dentigerous in a 6 year old child, oral surg, oral med, oral path.1967,24:388-391.

Eversole LR, Leider AS, Strub D. Radiografphic characteristics of cystogenic ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984;57: 572-7.

Furuki Y, Fujita M, Mitsugi M, Tanimoto K., Yoshiga K, Wada T.a Radiographic study of recurrent unicystic ameloblastoma following marsupialization, Report of three cases. Dentomaxillofacial Radiology; 1997, 26: 214-218.

Gardner. A patologist's approach to the treatment of ameloblastoma. J Oral maxillofacial surg ,1984,42:161-168.

Gardner. Plexiform unicystic amelobalstoma of the maxila, oral surg, oral med , oral path.

1987; 63:221-3.

Gardner D G. Apathologist Approach to the Treatment of Ameloblastoma. J Oral Max- Fac Surg, 1984; 42:161.

Gorlin , R.J. Chaundhry, A.P.Ameloblastoma oral surg, oral med, oral path, 1958 11:762

Leider As, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma: a clinicopathologic analysis. Oral Surg Oral Med Oral Phatol 1985; 60:624-30.