

## PRESENTACIÓN DE CASO

### **Ameloblastoma multiquístico de 16 años de evolución.**

### **Multicyst ameloblastoma of 16 years of evolution.**

Juan Carlos Quintana Díaz<sup>I</sup>, Yudit Algozain Acosta<sup>II</sup>, Mileydis Viñas García<sup>III</sup>, Marcelino Azcuy Hernández<sup>IV</sup>.

<sup>I</sup>Especialista II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Hospital Ciro Redondo. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Correo electrónico: [juanc.quintana@infomed.sld.cu](mailto:juanc.quintana@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup>Especialista II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Hospital Ciro Redondo. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Correo electrónico: [juanc.quintana@infomed.sld.cu](mailto:juanc.quintana@infomed.sld.cu)

<sup>III</sup>Especialista I Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias. Estomatológicas. Profesor Asistente. Hospital Ciro Redondo. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Correo electrónico: [juanc.quintana@infomed.sld.cu](mailto:juanc.quintana@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup>Especialista I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Ciro Redondo Artemisa. Correo electrónico: [juanc.quintana@infomed.sld.cu](mailto:juanc.quintana@infomed.sld.cu)

---

## RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente femenina de 58 años a la que se le diagnostica un ameloblastoma de la región mandibular izquierda de 16 años de evolución; se evaluó el tratamiento y evolución de la paciente a la que se le realiza a la vez la cirugía radical con excéresis del tumor con márgenes de seguridad y la toma de un injerto de cresta iliaca realizado por un especialista de ortopedia y traumatología lo cual redujo el tiempo del acto quirúrgico para reconstruir el defecto óseo. Posteriormente fue evolucionada periódicamente de forma mensual hasta los cinco años de operada. Se logró un excelente resultado, por la magnífica reconstrucción del defecto y la aceptable estética facial obtenida que permitió recibir la rehabilitación protésica.

**Palabras clave:** Ameloblastoma, Tratamiento quirúrgico radical, Injerto óseo, Tumor odontogénico, Imagen radiográfica multilocular, cresta iliaca.

---

## ABSTRACT

A 58-year-old female patient was diagnosed with an ameloblastoma of the left mandibular site of 16 years of evolution; treatment and evolution of the patient was evaluated and a radical surgical treatment was performed with the removal of the tumor with edges of safety and the taken of a grafting of the iliac crown performed by a specialist in Orthopedics and Traumatology that reduced the time of the surgical act to reconstruct the bone defect. Afterwards it was followed up periodically once a month until five years after the operation. An excellent result was achieved because of the outstanding reconstruction of the defect and the good facial esthetics that was obtained that allowed to receive prosthetic rehabilitation

**Keywords:** ameloblastoma; surgical treatment; bone graft; odontogenic tumor, multilocular radiolucent image; iliac crest.

---

## INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor odontogénico frecuente en los maxilares, constituye menos del 1 % de todas las neoplasias que afectan el maxilar y la mandíbula y el 11 % de todos los tumores odontogénicos.<sup>1</sup> Es un tumor benigno localmente agresivo e infiltrativo con rara capacidad de metástasis.<sup>1,3</sup> Se origina en el epitelio odontogénico o del órgano del esmalte, de remanentes de la lámina dental, del epitelio de quistes odontogénicos o de las células de la camada basal del epitelio de la mucosa oral. Generalmente presenta un crecimiento lento, asintomático y con expansión de la cortical ósea o perforación de la cortical lingual o vestibular e infiltración para los tejidos blandos.<sup>4-10</sup>

Actualmente, el ameloblastoma es clasificado como sólido-multiquístico, uníquístico y extraóseo o periférico.<sup>3-8</sup> Esta clasificación tiene relación directa con el comportamiento de estas variantes patológicas.<sup>1,3</sup>

Los ameloblastomas tienen un comportamiento caracterizado por invasión local y gran capacidad de recidiva. El tratamiento es primariamente quirúrgico

<sup>2,7-10</sup> con tratamiento conservador (enucleación, curetaje y criocirugía)<sup>1,8</sup> o radical (resección marginal, resección segmentaria y resección compuesta).<sup>2, 4, 9,10</sup> de este último, el más indicado, se tienen reportes de algunos en Cuba<sup>8,9</sup> que refieren buenos resultados.

Las tasas de recurrencia dependen de la variante de la lesión y de la modalidad quirúrgica empleada, desde un 15 a un 25 % después de la cirugía radical y de un 75 al 90 % después de la cirugía conservadora.<sup>1,4</sup> Se cree que la incidencia de tumores odontogénicos, varía en diferentes localizaciones del planeta.<sup>3,5</sup> A pesar de haber diversos estudios clínico-patológicos sobre tumores odontogénicos,<sup>1,9</sup> de acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), datos estadísticos solo están disponibles en algunos países<sup>3,5,7</sup>.

El objetivo de ese trabajo es evaluar el tratamiento y evolución de una paciente con un ameloblastoma multilocular de 16 años de evolución.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 58 años de edad, negra, hipertensa, no fumadora, que acude a consulta de cirugía maxilofacial por presentar aumento de volumen del cuerpo mandibular izquierdo (Figura 1) de 16 años de evolución, por el cual recibió un curetaje de dicha zona en otro centro hospitalario en el año 1994 a partir de ese momento no había sido atendida nuevamente por temor a padecer una neoplasia maligna por lo que casi no salía de su casa.



Figura 1. Preoperatorio

A los rayos x preoperatorios se constata una imagen radiolúcida multilocular en forma de pompas de jabón características de un Ameloblastoma. Para corroborar el diagnóstico se realiza una biopsia incisional la cual fue analizada en el Departamento de Patología de la Facultad de Estomatología de La

Habana donde se reafirma el diagnóstico preoperatorio confirmando que la paciente presentaba un ameloblastoma del tipo plexiforme. Caracterizado por cordones o masas irregulares que se entrecruzan unas con otras dando aspecto de una red, en el centro existían células angulosas muy semejantes al retículo estrellado, células cilíndricas y degeneración estromal que le daba al tumor aspecto quístico.

Se le indica chequeo preoperatorio, análisis de sangre (Hemoglobina, Leucograma, Coagulograma, Serología, Glicemia, Grupo y Factor), Rayos x de Tórax, Electrocardiograma, se realizó evaluación por medicina interna y anestesiología, además de interconsultarse en conjunto con la especialidad de ortopedia con el fin de planificar la toma de un injerto de cresta iliaca para reconstruir el defecto que dejaría la cirugía radical de este tumor.

El acto quirúrgico se realiza bajo anestesia general naso-traqueal, realizando a la vez la cirugía radical con excéresis del tumor con márgenes de seguridad (Figura 2) y la toma de un injerto libre de cresta iliaca realizado por un especialista de ortopedia y traumatología lo cual redujo el tiempo del acto quirúrgico. Una vez extirpado el tumor y realizada la hemostasia se reconstruyó el defecto con el injerto óseo el cual fue fijado con placas y tornillos de titanium y se realizó fijación maxilo-mandibular con alambres número 24. La paciente presentó un postoperatorio satisfactorio retirándole la sutura a los 10 días y la fijación maxilo-mandibular a los 45 días.

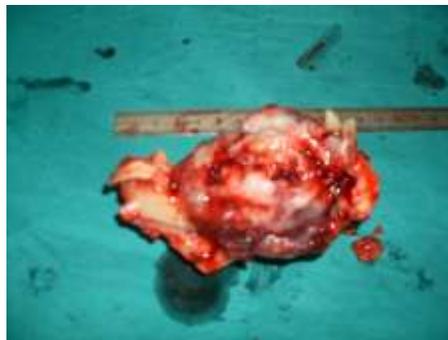


Figura 2. Transoperatorio y tumor extraído

Posteriormente fue evolucionada periódicamente de forma mensual hasta los cinco años de operada donde ha mostrado un excelente resultado donde se mantiene en posición sin reabsorberse la reconstrucción del defecto a pesar de haberse realizado un injerto libre no vascularizado y a los cinco años la paciente mantenía el injerto en posición tanto clínica como radiográficamente lo que permitió un aceptable contorno facial y bucal, que permitió la rehabilitación protésica (Figura 3).



Figura 3. Resultado estético postoperatorio a los cinco años.

## DISCUSIÓN

El ameloblastoma sólido o multiquístico El más frecuente se origina centralmente pero suele crecer en todas las direcciones invadiendo el tejido local y destruyendo el hueso. Las lesiones son no encapsuladas y presentan un porcentaje de recidiva de hasta en un 90 % si son tratados con curetaje según los reportes de varios autores.<sup>1,3,8</sup>

La actitud terapéutica ante este tipo de neoplasia es compleja por su propensión característica a la recidiva, que surge de la posibilidad de dejar lesiones microscópicas periféricas y de la eventualidad de un origen pluricéntrico del tumor. En tal sentido se ha propuesto la subdivisión en tres grupos clínico-histológicos en relación a las modalidades de tratamiento y al pronóstico: uniuístico, sólidos o multiquísticos, periféricos.<sup>2, 4,9, 10</sup>

El tratamiento de elección para el ameloblastoma uniuístico depende de la tipificación histológica. Por eso es muy importante la comunicación entre el cirujano y el patólogo a fin de evaluar los elementos histológicos que se tienen en cuenta para determinar las diferentes conductas terapéuticas conservadoras o radicales a realizar en cada caso.

La enucleación es el tratamiento que se reserva para los casos de ameloblastoma uniuístico en que la proliferación ameloblástica está limitada al epitelio quístico o que dicho crecimiento protruye a la luz quística sin invasión de la pared ya que en estos casos el tejido o pared conjuntiva periférica que lo circunda actúa como una barrera adecuada de tejido integro. La mayoría de los casos son tratados con el diagnóstico de: quiste dentígero, quiste odontogénico inflamatorio o quiste residual realizándose la enucleación

del quiste y el curetaje de la cavidad, llegándose al diagnóstico sólo después del examen histológico. En estos casos no es necesaria una nueva intervención quirúrgica, sino que se realizará un examen periódico clínico y radiográfico por lo menos durante 5 años.<sup>1, 3, 6.</sup>

En los casos que el componente celular neoplásico infiltre la cápsula o pared conectiva sin que exista una delimitante precisa entre la lesión y el hueso adyacente la conducta terapéutica será distinta, dependiendo: de la localización y la extensión del mismo.

De no realizarse una intervención adecuada se debe esperar una pronta recidiva. Estas pueden verse en los 5 a 10 años posteriores a la primera intervención. Como excepción se tienen los casos de ameloblastomas unicísticos que se localizan en la región posterior del maxilar superior, lugar peligroso para un tumor potencialmente invasor como el ameloblastoma. En ellos se prefiere actuar con una resección en bloque. Se opta por considerar a los ameloblastomas unicísticos intramurales como ameloblastomas poliúísticos y el tratamiento de elección es la resección mandibular. Para dicha elección se argumenta sobre el carácter agresivo, invasivo y multicéntrico de su crecimiento<sup>2, 9,10.</sup>

Al elegir la conducta terapéutica ante ameloblastomas sólidos o multiúísticos se debe tener en cuenta que en estas entidades la infiltración del tejido esponjoso es frecuente, existe una pequeña tendencia a la infiltración del hueso cortical, el periostio generalmente forma una barrera contra el crecimiento tumoral y que no es posible localizar una cápsula definida cuando el tumor está en contacto con la mucosa bucal.

La radioterapia<sup>1</sup> como tratamiento de primera elección debe emplearse sólo en aquellos casos en los que no fuese posible el tratamiento quirúrgico (edad del paciente, enfermedades de base, localización y/o tamaño tumoral). La radioterapia en el tratamiento de los ameloblastomas, considerados tumores radio resistentes, tiene un papel muy discutido pero sustancialmente limitado a los casos en los cuales la cirugía sería excesivamente destructiva. La tasa de recurrencias en pacientes tratados únicamente con radioterapia es alta.

El 95 % de las recurrencias de los ameloblastomas se detectan durante los primeros 5 años tras la intervención inicial, aunque 50 % de estas aparecen en el primer año, por lo que se recomienda el seguimiento del paciente por lo menos durante 5 años, mediante controles clínicos y radiográficos.<sup>1-9</sup>

Por todo ello, el seguimiento del paciente a largo plazo es fundamental ya que las características micro invasivas del tumor hacen probable la extensión en los márgenes quirúrgicos.<sup>2, 4, 9,10</sup>

Se concluye que la paciente presentó una buena evolución ante la cirugía radical con exéresis del tumor con márgenes de seguridad y la reconstrucción del defecto con un injerto libre de cresta iliaca que posteriormente permitió la rehabilitación protésica y de la estética facial.

### **Agradecimientos**

Agradecemos la colaboración del Departamento de Patología de la Facultad de Estomatología Raúl González de La Habana en la realización de los estudios histopatológicos de los pacientes ya que sin su cooperación hubiera sido imposible realizar la presentación de este caso.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Diaz-Diaz D, Sarracent-Valdés Y, Guerra-Cobián O, Martínez-Gómez N. Ameloblastoma. Revisión de la literatura. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2014 [citado 12 Ene 2014];13(6). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/406>
- 2- Sharma A, Shaikh A, Deshmukh S, Dabholkar J. Radical Management of Giant Ameloblastomas: A case series. Indian Journal Of Otolaryngology & Head & Neck Surgery. 2012;64(4):399-401.
- 3- de Santana Santos T, Arias Guillén ARM, Linard Avelar R, Azoubel Antunes A, Sávio de Souza Andrade E, Dias de Oliveira e Silva E. Ameloblastoma en población del noreste de Brasil: un estudio retrospectivo de 60 casos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Jun [citado 12 Ene 2014];47(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200008&lng=es).
- 4- Hertog D, Schulten E, Leemans C, Winters H, Van der Waal I. Management of recurrent ameloblastoma of the jaws; a 40-year single institution experience. Oral Oncol. 2011;47(2):145-6.
- 5- Ruhin-Poncet B, Bouattour A, Picard A, Menard P, Capron F, Bertrand J. [Ameloblastoma of the jaws. A retrospective analysis from 1994 to 2007. Rev Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale. 2011;112(5):269-279.
- 6- Soluk Tekken M, Mutlu S, Olgaç V. Expressions of bax, bcl-2 and Ki-67 in odontogenic keratocysts (Keratocystic Odontogenic Tumor) in comparison with ameloblastomas and radicular cysts. Türk Patoloji Dergisi. 2012;28(1):49-55.
- 7- Effiom O, Odukoya O. Desmoplastic ameloblastoma: analysis of 17 Nigerian cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011;111(1):27-31

8- Melián Cárdenas D, Gómez Álvarez RC, Amaro Guerra I. Ameloblastoma bucal en una mujer joven. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 12 Ene 2014]16(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000500017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500017)

9-Sarracent Y, Díaz D, Martín O, Beritan P. Ameloblastoma Folicular. Presentación de un caso. Rev Habanera Cienc Med 2014; 13(4). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/253/322>

10- Becelli R, Morello R, Renzi G, Matarazzo G, Dominici C. Treatment of recurrent mandibular ameloblastoma with segmental resection and revascularized fibula free flap. Journal Craniofacial Surgery. 2011;22(3):1163-1165.

Recibido: 28 de agosto del 2015

Aprobado: 19 de septiembre del 2015

*Dr. Juan Carlos Quintana Díaz.* Especialista II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en **Ciencias**. Profesor Auxiliar. Hospital Ciro Redondo. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Correo electrónico: [juanc.quintana@infomed.sld.cu](mailto:juanc.quintana@infomed.sld.cu)