

Ameloblastoma Uniquístico en Niños

Dres. Olga Escamilla , Alexis Carrasco , Mario Matus, Germán Ochsenius, Milton Ramos.

*Cirujanos dentistas.
Servicio de Especialidades Odontológicas,
Hospital Barros Luco Trudeau.
Instituto de Referencia de Patología Oral,
Universidad de Chile.*

Abstract

The purpose of this study was to report an uncommon case of unicystic ameloblastoma in a child. A discussion is made based on the clinical and histological findings and previous reports from the literature.

Resumen

El propósito de este trabajo fue reportar un caso inusual de ameloblastoma uniquístico en niño. La discusión fue realizada basándose en los hallazgos clínicos e histológicos y la previa revisión de la literatura.

Introducción

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno clasificado por la OMS como un tumor perteneciente al grupo de tumores epiteliales sin ectomesénquima⁽¹⁾. Su frecuencia es relativamente baja si consideramos que los tumores odontogénicos constituyen alrededor del 1% de las biopsias en los servicios de Patología Oral⁽²⁾. Sin embargo dentro del conjunto de los tumores odontogénicos representa alrededor del 25% en las series americanas^(3,5) y alrededor del 50% en las series de África y Asia^(6,9) de todos los tumores odontogénicos. Por esto se le considera la neoplasia odontogénica benigna agresiva más común de los maxilares.

Su distribución etaria va desde los 4 hasta los 92 años y no se ha encontrado predilección por algún género⁽¹⁰⁾. En cuanto a la ubicación, se presenta generalmente en mandíbula.

Existen variedades uniquísticas, sólidas y periféricas. Las variedades uniquísticas de los ameloblastomas se presentan generalmente en adultos jóvenes. En un estudio de Ackermann⁽¹¹⁾, de 57 casos de ameloblastoma uniquístico, la media de edad fue de 23,8 + 14,9 años.

Existen pocos informes de ameloblastoma en niños en la literatura y además falta estandarizar el concepto de «niños o población pediátrica», puesto que varía en los distintos

estudios publicados. En algunos estudios el grupo etario alcanza a los menores de 20 años⁽¹²⁾, en otros a los menores de 21 años⁽¹³⁾. Keszler⁽¹⁴⁾ consideró a los menores de 16 años, Chidzonga⁽¹⁵⁾ a los menores de 19 años y otros⁽¹⁶⁾ también consideran hasta los menores de 18 años.

Con respecto al diagnóstico de ameloblastoma uniquístico (AU), es eminentemente histológico⁽¹⁾; sin embargo Gardner⁽¹⁷⁾ considera que es difícil concebir que una lesión radiológicamente multilocular pueda ser histológicamente un AU. Él plantea que una lesión verdaderamente multilocular, esto es, una compuesta por numerosos compartimentos separados, por definición no puede ser un AU.

Reichart y col. en el trabajo mencionado anteriormente describieron que de 1.234 descripciones radiográficas de ameloblastoma, se observó una apariencia unilocular en el 51,1% y multilocular en el 48,9%, en ese mismo estudio determinaron que sólo el 6% de los ameloblastomas fueron histológicamente uniquísticos.

Ackerman y col⁽¹¹⁾ también establecieron que lesiones con márgenes irregulares, con trabeculaciones pueden dar la impresión errónea de multilocularidad. En general los AU tienen un mejor pronóstico que los sólidos o multiuísticos.

Keywords: Odontogenic Cysts, Odontogenic Tumors, Maxillofacial Pathology

Informe del Caso

Un niño de 8 años de edad fue derivado del Consultorio Sor Teresa de los Andes, ubicado en la comuna de San Joaquín, al hospital Barros Luco Trudeau en Santiago de Chile, el 9 de febrero del año 2003, para evaluación debido a la falta de erupción del primer molar inferior derecho con una hipótesis diagnóstica de pieza 19 incluida. El paciente estaba sistémicamente sano, con ausencia de asimetría facial y en la anamnesis sólo relataba un dolor leve en la zona molar inferior derecha.

Clínica

Al examen clínico intraoral se apreciaba un leve abombamiento de la tabla ósea vestibular, duro, que hacía cuerpo con el hueso en relación con la zona de las piezas dentarias 19, K y L, cubierto por mucosa sana. Presentaba buena condición oral, dentición mixta primera fase y pieza dentaria 19 ausente en boca (Figura 1).

Radiología

Radiográficamente se observaba una zona radiolúcida de límites corticalizados, de aproximadamente dos centímetros de diámetro, que provocaba la mesioversión de la pieza 20 y la rizálisis total de la raíz distal de la pieza K. Las piezas dentarias en relación a esta lesión eran: pieza 18 en evolución intraósea, pieza 19 incluida en mesioversión franca, pieza 20 en evolución intraósea y mesioversión marcada (Figura 4).

Como hipótesis diagnóstica se propuso un quiste dentígero o quiste folicular inflamatorio.

El tratamiento realizado fue la excisión quirúrgica de la lesión bajo anestesia local y sedación con N20, curetaje y lavado prolijo. Para lo cual se levantó un colgajo mucoperiostico vestibular desde la zona de la pieza 19 hasta la pieza L y se realizó osteotomía vestibular con cincel. La enucleación mostró una lesión quística bien delimitada, con una membrana firme y gruesa. La muestra fue incluida en formalina al 10% para su fijación y posterior estudio histopatológico. Se reposicionó el colgajo, se suturó con seda 3-0 y puntos discontinuos. Se indicó terapia antibiótica con amoxicilina de 500 mg en jarabe, en una dosis de 5 ml cada 8 horas por 7 días. Y como analgésico paracetamol de 160 mg en jarabe con una dosis de 5 ml cada 6 horas durante tres días.

A los 7 días se controló el paciente, se retiró la sutura y se le indicó controles periódicos clínicos y radiográficos para observar la erupción de la pieza 19 mesializada y de la pieza 20 incluida.

Histopatología

En la imagen se puede observar una extensa cavidad quística revestida por un epitelio que en algunas áreas se dispone en empalizada (Figura 2). En el interior de la cápsula conjuntiva se observa proliferación de células columnares que se disponen en empalizada con núcleos hipercromáticos con polarización invertida, citoplasma vacuolizado alrededor de células que parecen retículo estrellado. Es una proliferación mural de las células neoplásicas (Figura 3).



Figura 1

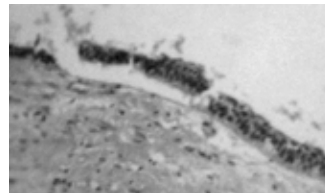


Figura 2
Revestimiento epitelial.

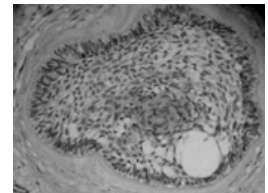


Figura 3
Proliferación mural.



Figura 4
Panorámica en la que se observa lesión unilocular.

Discusión

En el estudio realizado en Argentina por Keszler y Domínguez⁽¹⁴⁾ en pacientes con ameloblastoma menores de 16 años, ellos encontraron, en todos los ocho casos estudiados, imágenes osteolíticas monoquísticas y todos los casos correspondieron a AU. Con dos subvariedades: Intramurales e intraluminales.

Al-Khateeb y Ababneb⁽¹⁵⁾ estudiaron una serie de ameloblastomas en jóvenes menores de 21 años y encontraron que en la mitad de los casos se apreciaba una imagen radiolúcida multilocular, con márgenes bien definidos y seis de los diez casos estudiados tuvieron un diagnóstico de AU. En el estudio de Ord. y colaboradores⁽¹²⁾ de los 11 ameloblastomas estudiados 9 fueron AU.

Si bien es aceptado que los AU se presentan generalmente en la segunda década, este caso no es extraño, pues en niños los ameloblastomas más frecuentes son las variedades uniquísticas.

La variedad histológica de ameloblastoma uniquístico tiene sabidas connotaciones clínicas y de tratamientos diferenciales, por lo que es de importancia tener un diagnóstico preoperatorio.

Los hallazgos clínicos y radiológicos en la mayoría de los AU sugieren que la lesión sea un quiste dentígero, ya que en muchos pacientes esta lesión aparece como una zona radiolúcida bien circunscrita que rodea la corona de un diente no erupcionado, generalmente el tercer molar mandibular. Sin embargo, esta ubicación preferencial de los quistes dentígeros no es válida para el caso de niños menores de los 10 años, como es el caso que hemos presentado. Por estas razones el examen histopatológico es indispensable para establecer el diagnóstico definitivo.

En este caso, además del diagnóstico diferencial con el quiste dentígero, se sugirió el diagnóstico de quiste folicular inflamatorio, entidad que no es reconocida por la OMS, pero de la que se han publicado numerosos estudios⁽¹⁸⁻²¹⁾. Se trata de lesiones en el folículo dentario de piezas dentarias en evolución intraóseas cuyo epitelio presenta proliferación e inflamación. Esta última se origina de la pieza temporal que ha sido tratada endodónticamente y/o presenta extensa caries y necrosis pulpar séptica. En este caso se observa aún el molar temporal en boca que presenta obturación y extensa rizálisis en una de sus raíces.

El caso clínico expuesto es concordante con la literatura en cuanto a su ubicación ya que más del 90% de los ameloblastomas uniquísticos se encuentran en la

mandíbula, generalmente en la región posterior de ésta. Pero difiere en el grupo etario, pues es más bajo que la 2^{da} década generalmente aceptada.

El tratamiento de elección para el Ameloblastoma Uniquístico depende de la tipificación histológica que se haga. Por eso es muy importante la comunicación con el cirujano a fin de mostrar los elementos histológicos que se tienen en cuenta para evaluar las diferentes conductas terapéuticas conservadoras o radicales a realizar en cada caso. Algunos cirujanos piensan que la resección local del área estaría indicada como una medida profiláctica. Otros prefieren mantener al paciente bajo una exhaustiva observación radiológica y dilatan un tratamiento futuro hasta que exista evidencia de recurrencia.

El paciente debe seguir durante un largo período en observación aunque la recurrencia en estos casos, cuando se realiza enucleación y curetaje, es del 10 al 20%, según Neville⁽²²⁾. Este es considerablemente menor que el 50 al 90% de la tasa de recurrencia detectada al efectuar el curetaje de los ameloblastomas convencionales.

Conclusiones

Es importante enfatizar el uso de ortopantomografías para el estudio de estas lesiones y no limitarse sólo al uso de radiografías periapicales, ya que con estas últimas, a pesar de detectar la lesión, es difícil evaluar su extensión y relación con estructuras vecinas.

Además se debe destacar la importancia referente al estudio anatomopatológico de las lesiones que se extirpan, pues a pesar de su aspecto benigno al examen clínico y radiográfico, podemos encontrarnos sorpresas como en este caso, el cual requiere controles rigurosos y gran cooperación del paciente.

También es importante señalar que cuando el estudio radiográfico muestre una zona radiolúcida siempre se debe sospechar la posibilidad de que sea una lesión más agresiva.

Y siempre realizar un trabajo en equipo con las diferentes especialidades, para que en caso de dudas tener una segunda opinión y de esta forma otorgar un tratamiento adecuado para el paciente.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M.: *Histological typing of odontogenic Tumors*. 2nd. Ed. Berlin, Springer Verlag. 1992.
- 2.- Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. *Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994 Mar; 77(3):276-80.
- 3.- Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. *Odontogenic tumors: analysis of 706 cases*. *J Oral Surg* 1978 Oct; 36(10):771-8.
- 4.- Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera Lm, Meneses-Garcia A. *Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 Dec; 84(6):672-5.
- 5.- Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. *Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases*. *J Oral Pathol Med*. 2002 Aug; 31(7):415-20
- 6.- Lu Y, Xuan M, Takata T, Wang C, He Z, Zhou Z, Mock D, Nikai H. *Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in Chinese population*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 Dec; 86(6):707-14.
- 7.- Odukoya O. *Odontogenic tumors: analysis of 289 Nigerian cases*. *J Oral Pathol Med* 1995 Nov; 24(10):454-7.
- 8.- Wu Pc, Chan KW. *A survey of tumours of the jawbones in Hong Kong Chinese: 1963-1982*. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1985; 23:92-102.
- 9.- Chidzonga Mm, López Pérez Vm, Portila Alvarez Al. *Ameloblastoma. The Zimbabwean experience over 10 years*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1996; 82:38-41.
- 10.- Reichart Pa, Philipsen Hp and Sonner S.: *Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases*. *Oral Onco Eur J Cancer* 1995 Vol 31 (2) 86-99.
- 11.- Ackermann GL, Altini M, Shear M. *The unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases*. *J Oral Pathol* 1988; 17:541-546.
- 12.- Ord RA, Blanchaert RH, Nikitakis NG and Sauk JJ. *Ameloblastoma in Children*. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60:762-770.
- 13.- Al-Khateeb T, Ababneh KT. *Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases*. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 Jan; 61(1):13-8.
- 14.- Keszler A, Domínguez FV. *Ameloblastoma in childhood*. *J Oral Maxillofac Surg*. 1986 Aug; 44(8):609-13.
- 15.- Chidzonga MM. *Ameloblastoma in children*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Radiol Endod* 1996; 81:168.
- 16.- Olaitan AA, Adekeye EO. *Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents*. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996; 34:248
- 17.- Gardner DG. *Critique of the 1995 review by Reichart et al. Of the biologic profile of 3677 ameloblastomas*. *Oral Oncol* 1999; 35:443-449.
- 18.- Da Silva TA, de Sa AC, Zardo M, Consolaro A, Lara VS. *Inflammatory follicular cyst associated with an endodontically treated primary molar: a case report*. *ASDC J Dent Child*. 2002 Sep-Dec; 69(3):271-4, 234.
- 19.- Lustig JP, Schwartz-Arad D, Shapira A. *Odontogenic cysts related to pulpotomized deciduous molars: clinical features and treatment outcome*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999 Apr; 87(4):499-503.
- 20.- Grundy GE, Adkins KF, Savage NW. *Cysts associated with deciduous molars following pulp therapy*. *Aust Dent J*. 1984 Aug; 29(4):249-56.
- 21.- Wood RE, Nortje CJ, Padayachee A, Grotepass F. *Radicular cysts of primary teeth mimicking premolar dentigerous cysts: report of three cases*. *ASDC J Dent Child*. 1988 Jul-Aug; 55(4):288-90.
- 22.- Neville BW, Damm DD, Allen CM and Bouquet JE. *Oral & Maxillofacial Pathology*. W.B.Saunders Company. USA. 1995, páginas 513-519

Correspondencia
 Av. La Castrina 397, San Joaquín, RM.
 Teléfono: 5259440
 e-mail: oescam@hotmail.com