

## Caso Clínico

# Fibroma ameloblástico: presentación de un caso clínico

## Ameloblastic fibroma : a case report



Dr. Nelson Lobos J-F.<sup>1</sup>, Dr. José Moreno Z.<sup>2</sup>, Dra. Karina Cordero T.<sup>3</sup>, Dra. Loreto Bravo B.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Dentista, Especialista en Patología Oral, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Cirujano Dentista, Especialista en Cirugía Máxilo-Facial, Hospital Regional de Rancagua.

<sup>3</sup> Cirujano Dentista, Alumna de Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Patología Oral, Universidad de Chile.

<sup>4</sup> Cirujano Dentista, Alumna de Especialidad de Patología Oral, Universidad de Chile.

## Resumen

El fibroma ameloblástico (FA) o fibrodentinoma ameloblástico (FDA), es una neoplasia benigna de origen odontogénico mixta (epitelial y mesenquimática) de prevalencia baja. Corresponde al 2% de todos los tumores odontogénicos. Es más frecuente en la parte posterior de la mandíbula y se observa en pacientes de la primera y segunda década, sin predilección de sexo y puede estar eventualmente asociada a una pieza dentaria incluida. Según la clasificación de la OMS publicada en el año 2005, consideran al FA y FDA como el mismo tumor, con la diferencia de que este último tiene formación de dentina displásica. Radiográficamente se observa como un área radiolúcida bien delimitada, que podría presentar zonas mineralizadas radioopacas. El tratamiento quirúrgico más adecuado es la enucleación y el curetaje. A continuación se presenta un caso clínico de FA, correspondiente a un niño de 1 año, analizando sus características clínicas, radiográficas e histopatológicas y el tratamiento efectuado.

**Palabras claves** Tumores odontogénicos, fibroma ameloblástico, fibrodentinoma ameloblástico.

## Abstract

*Ameloblastic fibroma (AF) or ameloblastic fibrodentinoma (AFD), is a benign neoplasm of mixed odontogenic origin (epithelial and mesenchymal) with low prevalence. It represents 2% of all odontogenic tumours. It is the most prevalent in the posterior mandible and it is observed in first and second decade patients, without sex predilection and possibly associated with an including tooth. According to the 2005 WHO histological classification of odontogenic tumours, AF and AFD are considered as the same tumour, with the difference that the last has dysplastic dentin formation. Radiographically, the tumour presents a well-demarcated radiolucency and might present mineralized radiopacity areas. The surgical treatment most appropriate consists of enucleation and curettage. This work presents an AF clinic case, of a 1 year old child, clinical, radiological and histopathology features and the treatment performed.*

**Key words** Odontogenic tumours, ameloblastic fibroma, ameloblastic fibrodentinoma.

### Correspondencia:

Dr. Nelson Lobos JF. - Departamento de Patología, Facultad de Odontología, U. de Chile - Olivos 943, Santiago, Chile - Teléfono: 56-2- 9781808  
E-Mail: nlobos@odontologia.uchile.cl

Recibido el 5 de agosto de 2008, regresado para revisión el 17 de agosto de 2008, aceptado para su publicación el 27 de agosto de 2008.

## Introducción

El fibroma ameloblástico (FA) ha sido definido por la OMS en el año 2005 como una neoplasia benigna mixta que histológicamente está compuesta por epitelio odontogénico proliferante sumergido en un tejido de aspecto mesenquimático similar a la papila dental. Podría tener diferentes grados de inducción con la formación incipiente de dentina displásica, por lo que en este caso se le denomina fibrodentinoma ameloblástico (FDA).<sup>(1,2)</sup>

Este tumor constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos.<sup>(3,4)</sup> Tiene tendencia a aparecer con más frecuencia en la mandíbula (80 a 90%) y en sectores posteriores de pacientes jóvenes con una edad media de 14 a 15 años, sin predilección por sexo, asociándose en algunas ocasiones a una pieza dentaria incluida.<sup>(1,2,3,5,6,7)</sup>

En esta clasificación se considera el fibro-odontoma ameloblástico (FOA) como una entidad aparte y de excelente pronóstico. El FDA y el FOA contienen tejido calcificado; el primero sólo dentina, mientras que el segundo dentina y esmalte. En un momento dado el FOA podría corresponder a la etapa previa de un odontoma complejo. Sin embargo, los odontomas complejos siempre se han considerados alteraciones del desarrollo y no hay consenso de que estos tumores deberían ser entidades diferentes o representen distintas etapas de la misma entidad.<sup>(1,2,8,11)</sup>

El objetivo de este artículo es presentar un caso de fibroma ameloblástico, en un paciente de muy temprana edad, cuya conducta ha sido claramente de carácter neoplásico. Analizaremos sus características clínicas, radiográficas e histopatológicas, comparándolos con otros reportes de tumores odontogénicos que presenten epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejido calcificado.

## Caso Clínico

Paciente género masculino de 1 año y 3 meses de edad, el cual fue derivado al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional de Rancagua en Diciembre del año 2003 por presentar una lesión tumoral ubicada en el lado derecho de la mandíbula (Figura 1).

Al examen intraoral se pudo apreciar un aumento de volumen del cuerpo mandibular, desde la zona del trígono hasta el canino inferior derecho con ausencia de los molares inferiores temporales y un evidente abombamiento de las corticales del cuerpo mandibular. La mucosa que recubre la lesión es de color y aspecto normal (Figura 2).

En la tomografía computada (TC) se aprecia un proceso expansivo tumoral hipodenso que comprende el cuerpo mandibular derecho, con inclusión de dientes temporales

y de algunos gérmenes dentarios. El tumor se extiende desde la base del cóndilo hasta la línea media mandibular, mientras que en altura compromete desde la base mandibular hasta el reborde alveolar. Su aspecto es lobulado, con deformación de las tablas óseas vestibular y lingual. (Figuras 3 a, 3 b, 4, 5).



Figura 1



Figura 2

Figura 1 Fotografía extraoral. Asimetría facial por aumento de volumen del lado derecho recubierto por piel de aspecto normal

Figura 2 Fotografía intraoral. Aumento de volumen en el cuerpo derecho mandibular y ausencia de molares temporales izquierdo.

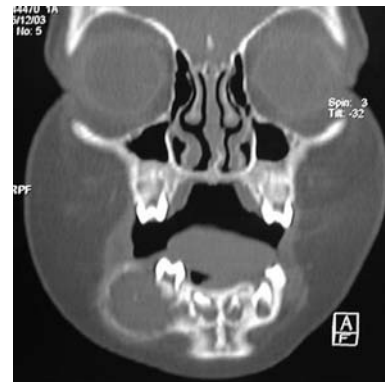


Figura 3 a

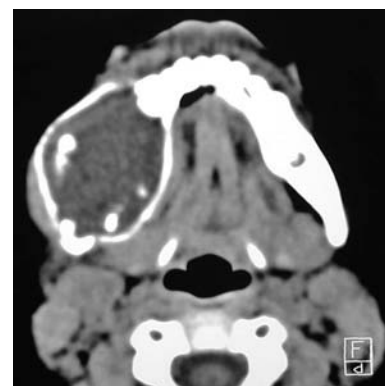


Figura 3 b

Figuras 3 a y b. Imágenes de TC. Lesión osteolítica que compromete ampliamente el lado derecho del cuerpo mandibular, produce abombamiento de tablas óseas vestibular y lingual. En su interior se aprecian algunas calcificaciones.



Figura 4 Reconstrucción panorámica con TC que muestra como la lesión se extiende comprometiendo rama, ángulo y cuerpo mandibular derechos. En el interior del tumor hay gérmenes dentarios retenidos y desplazados.



Figura 5 Reconstrucción 3D que evidencia la deformación mandibular.

Se realizó la extirpación de la lesión tumoral, bajo anestesia general, la cual se presentó de consistencia firme, de límites más o menos circunscritos.

En el estudio histopatológico se observó que un estroma muy celular, poco fibroblástico, con células de forma estrellada remedando la papila dentaria y sin formación de tejido duro, donde se destaca la proliferación de islotes epiteliales periféricamente bordeados por células columnares que encierran estructuras similares al retículo estrellado del órgano del esmalte (Figuras 6, 7, 8). El diagnóstico fue de FA.

El paciente evolucionó satisfactoriamente sin evidenciar recidiva después de 5 años.

## Discusión

El FA es definido por la OMS en el año 2005 como una neoplasia benigna.<sup>(1,2)</sup> La controversia está en que el grupo de neoplasias al que pertenece FA serían efectivamente

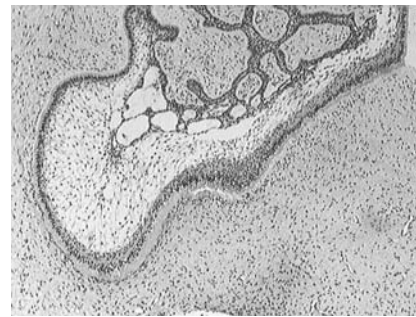


Figura 6. Microfotografía a 10x. Islotes de epitelio odontogénico sumergidos en un estroma de aspecto ectomesénquimático que recuerda a la papila dentaria.

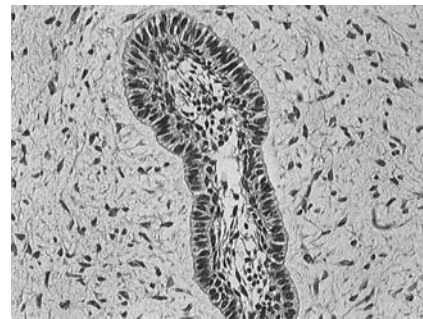


Figura 7. Microfotografía a 40x. Patrón que remeda al órgano del esmalte.

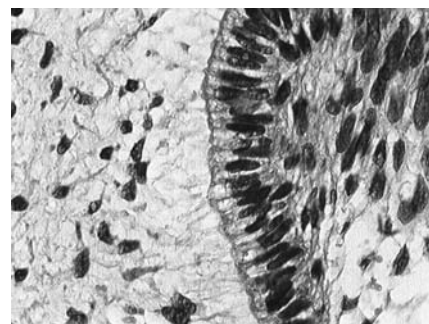


Figura 8. Microfotografía a 100x. Se observan células de tipo ameloblástico y células estrelladas.

neoplasias o serían etapas del desarrollo hacia un odontoma.<sup>(1,2,8,11)</sup> Esto implicaría que el FA, FDA y FOA representarían varios estados de la misma lesión y podrían madurar resultando últimamente en la formación de un odontoma.

<sup>(1)</sup> Algunos estudios señalan que el FA podría desarrollarse progresivamente hacia un FOA y un odontoma complejo. Mientras que otros lo consideran como entidades individuales.<sup>(1,12,13)</sup> Las recidivas o recurrencias, aunque son poco frecuentes y se han observado en pacientes sobre 20 años, han sido una de las razones para considerarlas como neoplasias. También se han descrito recidivas en el FOA en pacientes de la primera década.<sup>(1)</sup>

El FA se puede observar en pacientes donde la odontogénesis ha concluido. Trabajos realizados en China describen que se presentan más frecuentemente en pacientes de la tercera década.<sup>(1,14)</sup> Sin embargo, la OMS describe un promedio de edad de 14 años.<sup>(2)</sup> El presente caso escapa del rango de edad publicado en la literatura, aunque se han descrito algunos casos similares reportados por Miyauchi et al, con un FOA en un niño de 3 años, Celik & Yalcin en un niño de 2 años y Girler & Edwards en otro niño de 2 años, estos dos últimos correspondieron a un FA. (15, 16, 17)

La ubicación más frecuente del FA sería en la región posterior de la mandíbula, coincidente con el caso presentado. (1, 2, 9) No obstante, se han descrito casos en el maxilar en pacientes de 2 y 9 años. (16, 18) Existe controversia en relación a la presentación clínica de este tumor, ya que algunos autores como Miller et al, describen que solo ocasionalmente el FA presenta gran tumoración con asimetría facial. (10) En cambio la OMS y otros autores indican lo contrario. (1, 2, 9) Nuestro paciente presenta un gran aumento de volumen mandibular intra y extraoral.

Radiográficamente el FA se presenta como una lesión radiolúcida uni o multilocular bien circunscrita con distintos niveles de radioopacidad (FDA), dependiendo del grado de mineralización. (2, 19) Algunas lesiones son relativamente pequeñas cuando son detectadas por primera vez, midiendo 1 a 2 centímetros de diámetro, mientras que otras pueden ser excesivamente grandes, comprometiendo una considerable parte del cuerpo de la mandíbula o el

maxilar. (19) En el presente caso observamos presencia de calcificaciones en el interior de la lesión, la cual es fácilmente apreciable con una reconstrucción panorámica de tomografía computada, mientras que la reconstrucción 3D permitió observar el grado de deformación mandibular. También la presencia de piezas incluidas coincide con lo descrito en casos previamente reportados. (7, 17)

En el diagnóstico diferencial radiográfico del FA se deberían considerar lesiones que presenten patrones radiográficos radiolúcidos que incluyen al quiste dentígero, tumor odontogénico queratoquístico, granuloma central de células gigantes, histiocitosis de Langerhans, ameloblastomas y mixoma. (3) También deben considerarse alteraciones del desarrollo como displasia fibrosa y hemangioma. (17) El FDA debe diferenciarse de lesiones que presenten patrones radiográficos mixtos tales como el tumor odontogénico epitelial calcificante, quiste odontogénico calcificante, odontomas complejos inmaduros y el tumor odontogénico adenomatoide. (19)

La transformación maligna del FA y FDA es muy rara, y cuando esto sucede es el componente mesenquimático el que se maligniza. (2,19) Se debe tener en cuenta que en el caso del fibrosarcoma ameloblástico sólo un tercio proviene del FA. (2)

Aunque la prevalencia del FA es baja, debe ser considerado como posible diagnóstico en caso de observar tumoraciones indoloras asociadas a retrasos de la erupción, inclusive en la dentición temporal.

## Bibliografía

- Chen Y, Li TJ, Gao Y, Yu SF. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. *J Oral Pathol Med* 2005; 34 (10): 588-95.
- Slootweg PJ Chapter 6; Odontogenic Tumours. En: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *World Health Organization. Classification of tumours pathology and genetics – head and neck tumours*. Lyon: IARC Press; 2005.
- Martín-Granizo-López R, Ortega L, González-Corchón MA, Berguer-Sández A. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. *Med Oral* 2003; 8 : 150-3.
- Mosby EI, Russell D, Noren S, Barker BF. Ameloblastic fibroma in a 7-week-old infant: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1998 Mar; 56 (3) : 368-72.
- Junquera LM, Albertos JM, Floriano P, Calvo N, Santos J. Ameloblastic fibroma: report of two cases. *Int J Paediatr Dent* 1995; 5 (3) : 181-6.
- Bonet J, Diago JV, Mínguez JM, Peñarocha M. Fibroma ameloblástico: a propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 1998; 20: 227-30.
- Baroni C, Farneti M, Stea S, Rimondini L. Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1992; 73 (5) : 548-9.
- Hansen LS, Ficarra G. Mixed odontogenic tumours: an analysis of 23 new cases. *Head Neck Surg* 1988; 10 : 330-43.
- Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997; 33 : 86-99.
- Miller AS, Lopez CF, Pullon PA, El Zay RP. Ameloblastic fibro-odontoma: report of seven cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1976; 41 : 354-65.
- Cahn LR, Blum T. Ameloblastic odontoma: case report clinically analyzed. *Oral Surg* 1952; 10 : 169-70.
- Eversole LR, Tomich CEO, Cherrio HM. Histogenesis of odontogenic tumours. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1971;32:569-81.
- Gardner DG. The mixed odontogenic tumours. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1984; 58: 166-8.
- Lu Y, Xuan M, Takashi T. Odontogenic tumours: a demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86 : 707-14.
- Miyauchi M, Takata T, Ogawa I, Ito H, Nikai H, Ijuin H, Tanimoto K, Miyauchi S. Immunohistochemical observations on a possible ameloblastic fibro-odontoma. *J Oral Pathol Med* 1996; 25 : 93-6.
- Celik O, Yalcin S. Ameloblastic fibroma of the maxilla. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35 (1) :72-3
- Girdler NM, Edwards DM. Ameloblastic fibroma- an unusual case of facial swelling in a young child. *Br Dent J* 1990; 169 : 57-8.
- Mc Guinness NJ, Faughan T, Bennani F, Connolly CE. Ameloblastic fibroma of the anterior maxilla presenting as a complication of tooth eruption: a case report. *J Orthod* 2001; 28 : 115-17.
- Chang H, Shimizu M, Precius D. Ameloblastic fibro-odontoma: A case report. *J Can Dent Assoc* 2002; 68 (4) : 243-6.