

Caso Clínico

Fibro-odontoma ameloblástico: reporte de un caso

Ameloblastic fibro-odontoma: a case report



Dr. Alejandro Hidalgo Rivas⁽¹⁾, Dr. César E. Celis Contreras⁽¹⁾ Dr. Alejandro Schilling Quezada⁽¹⁾

¹ Especialista en Radiología Maxilofacial, Profesor Conferenciante Asignatura de Radiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca, Talca, Chile..

Resumen

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es un tumor con características histológicas de fibroma ameloblástico (FA) junto con la presencia de dentina y esmalte. La OMS lo clasifica en el grupo de los tumores epiteliales con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejidos duros. (1) Se reporta un caso de un hombre de 17 años, que presentó un FOA en la zona del tercer molar inferior derecho, encontrado como hallazgo radiográfico.

Palabras claves: fibro-odontoma ameloblástico, tumor odontogénico.

Abstract

Ameloblastic fibro-odontoma, according to WHO is a tumour which has the histologic features of ameloblastic fibroma in conjunction with the presence of dentin and enamel. A case involving the right mandibular third molar region in a 17 years old man is described.

Key words: ameloblastic fibro-odontoma, odontogenic tumour.

Introducción

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es una lesión benigna rara, que constituye el 2% de los tumores odontogénicos.^(2,3,4) Su etiología es desconocida y es menos común que el fibroma ameloblástico.⁽⁵⁾ Se presenta principalmente en las dos primeras décadas de vida, con edad promedio entre 8 y 12 años. Sin predilección por género ni sitio anatómico, aunque algunos reportes describen que se ubica principalmente en las áreas posteriores de la mandíbula y preferentemente en hombres.^(1,2,3,4,5,6,8)

Es frecuentemente asintomático y de crecimiento lento, habitualmente ocasiona alteraciones en la erupción dentaria. El FOA suele ser un hallazgo radiográfico, observándose como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular bien circunscrita. Es más frecuente su presentación unilocular, con variados niveles de radiopacidades que dependen del grado de mineralización, llegando a tener una densidad similar a los tejidos dentarios duros, pero de forma y tamaño irregulares.^(1,2,3,5,6,7)

Correspondencia: Dr. Alejandro Hidalgo Rivas - Universidad de Talca - Centro de Clínicas Odontológicas - Servicio de Radiología - Av. Lircay s/n, Talca, Chile.

Recibido el 30 de agosto de 2009, aceptado para su publicación el 28 de septiembre.

Trabajo presentado en formato poster en el VII Encuentro Latinoamericano de Radiología Maxilofacial (Caracas, Venezuela, 2008), siendo distinguido con el segundo lugar.

Caso Clínico

Paciente de género masculino de 17 años de edad que se presentó a control por un traumatismo cervical. Se le solicita una radiografía de columna cervical, observándose como hallazgo una lesión radiopaca rodeada por un área radiolúcida, ubicada en el ángulo mandibular (Figura 1). Fue derivado al Servicio de Radiología Maxilofacial de la Universidad de Talca para su estudio.

Al examen clínico extraoral no se observaron alteraciones estéticas ni funcionales. A la palpación intraoral se encontró un leve aumento de volumen en la zona posterior del

vestíbulo mandibular. El estudio radiográfico convencional mostró una extensa lesión unilocular, de densidad mixta, con predominio radiopaco, rodeada por una banda radiolúcida, con límites netos corticalizados, ubicada en zona de la pieza 4.8 y sobrepoyectada parcialmente por distal de raíces de pieza 4.7. Hay abombamiento de las tablas óseas y rechazo de la pieza 4.8 hacia atrás y arriba. El canal mandibular está desplazado hacia la base mandibular, en el segmento correspondiente al cuerpo mandibular, y rechazado a distal en el segmento de la rama ascendente (Figuras 2, 3, 4, 5).



Figura 1 Radiografía de columna cervical.

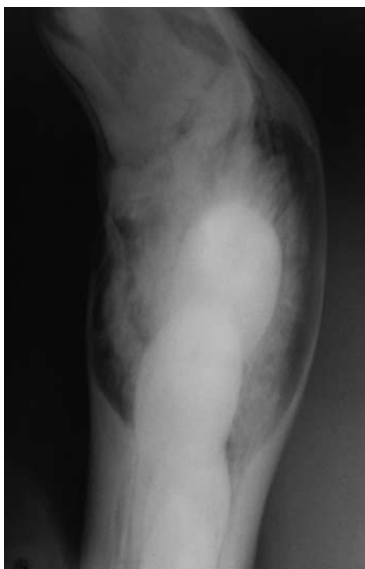


Figura 3 Radiografía oclusal.

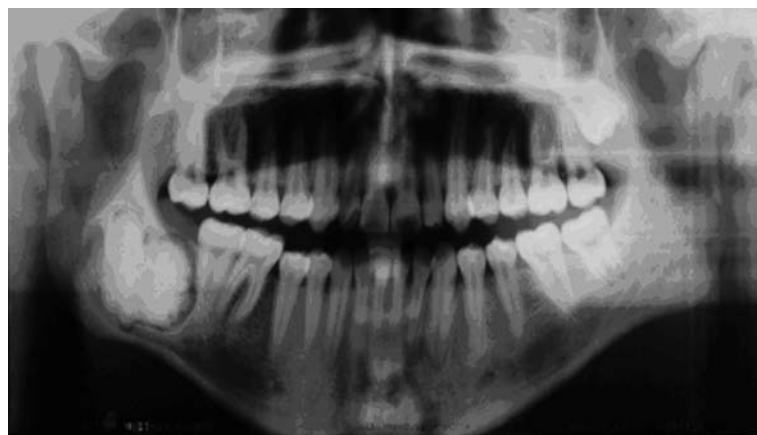
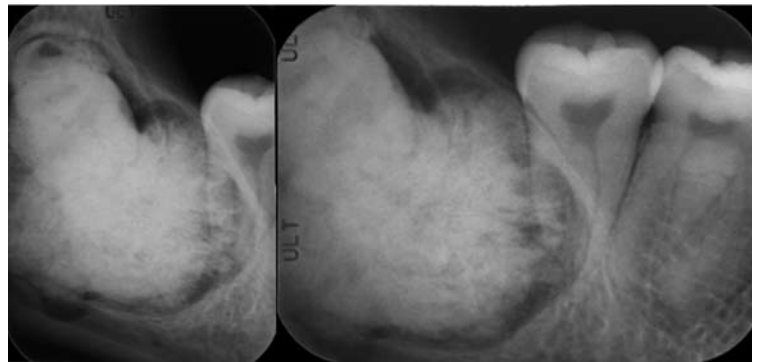


Figura 2 Radiografía panorámica.



Figuras 4 y 5 Radiografías periapicales.

El estudio se complementó con una tomografía computada (TC) de mandíbula (Figuras 6 y 7). La adquisición de las imágenes fue procesada con el software Dentascan® (Figura 8), obteniéndose imágenes axiales, panorámicas y transversales.

La TC mostró una lesión hiperdensa con una banda hipodensa periférica, de límites netos y corticalizados. También se aprecia la deformación de las tablas óseas. Sus dimensiones aproximadas son 32, 5 mm en sentido anteroposterior, 21 mm en sentido vestíbulo-lingual y

28,3 mm en su diámetro mayor céfalo-caudal. La parte más densa de la lesión posee 1.779 unidades Hounsfield. En la reconstrucción 3D se aprecia el aumento de volumen en la zona estudiada, principalmente hacia la zona posterior y lateral de la lesión (Figura 9).

Al examen histopatológico se observó tejido calcificado de tipo dentinario, con presencia de conductos dentinarios,

áreas de menor calcificación y tejido conjuntivo fibroso laxo, que semeja retículo estrellado de órgano dentario (Figuras 10 y 11). En la periferia se aprecia tejido conjuntivo fibroso y algunas pequeñas áreas que muestran epitelio de origen odontogénico con presencia de células periféricas cilíndricas del tipo ameloblastos. La muestra es irregular y no presenta estructura de dentículos.

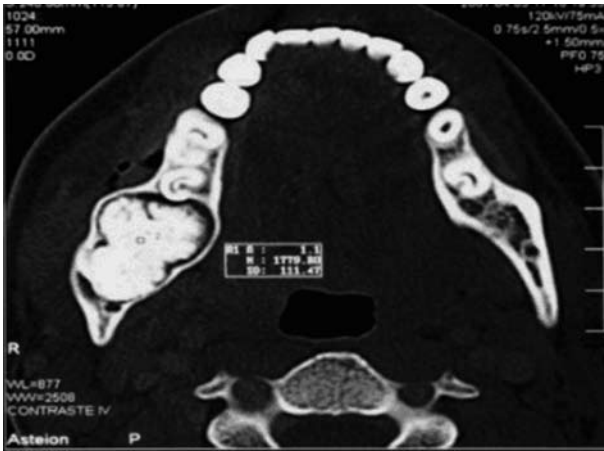


Figura 6 Corte axial en TC.



Figura 7 Reconstrucción sagital en TC.

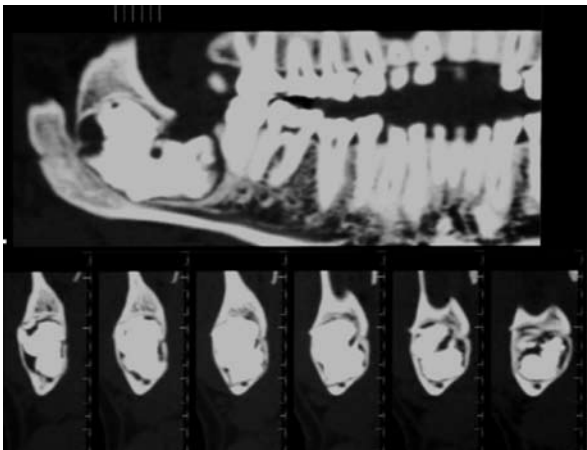


Figura 8 Reconstrucciones panorámica y transversales.

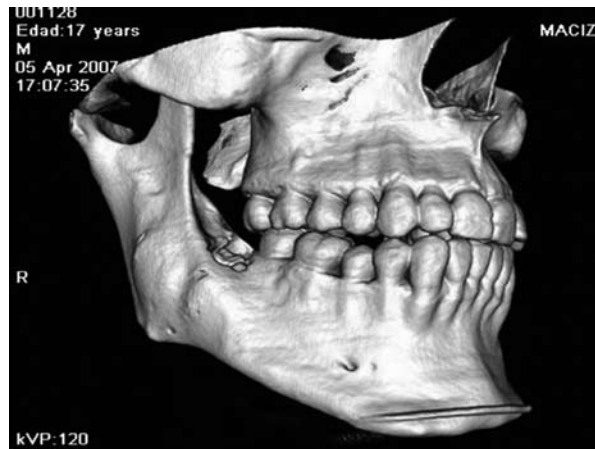
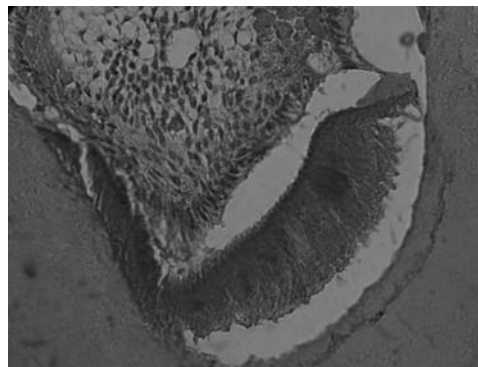
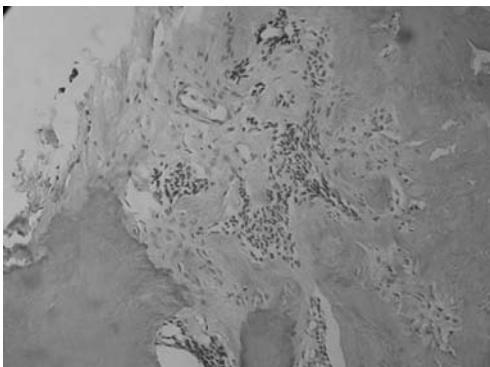


Figura 9 Imagen 3D.



Figuras 10 y 11
Cortes histológicos con
menor y mayor aumento
respectivamente.

Discusión

El caso presentado correspondió a un hallazgo radiográfico, tal como se describe en la literatura.^(2,7) Se trató de un paciente joven de género masculino, con una lesión en la región mandibular posterior.

Es necesario destacar la importancia de los estudios radiográficos convencionales realizados debido al detalle que entregan sus diferentes imágenes. Se realizaron proyecciones en distintos planos del espacio como radiografías panorámica, oclusal y periapicales. La proyecciones obtenidas presentaron características radiográficas de una lesión benigna tales como límites netos y corticalizados. La lesión es predominantemente radiopaca, con densidad semejante a una pieza dentaria, y rodeada por una banda radiolúcida.

La densidad en unidades Hounsfield permitió determinar con mayor precisión que se trataba de valores semejantes a tejidos dentarios duros. La TC tuvo un menor rendimiento en cuanto a la resolución espacial, comparado con las radiografías intraorales. La TC muestra la extensión de la lesión y su relación con las estructuras vecinas, información que es fundamental para el cirujano, no sólo en para determinar con exactitud los márgenes, sino también para evitar el riesgo de complicaciones postoperatorias.⁽⁹⁾

Los problemas que manifiestan generalmente en los pacientes con FOA son dos; aumento de volumen y alteraciones en la erupción dentaria. Nuestro paciente no presentaba molestias ni había notado cambios, la patología sólo fue detectada como hallazgo cuando se realizó una radiografía de columna cervical.⁽³⁾

Bibliografía

1. Yakeda Y, Tomich CE. Odontogenic Tumours. En: *Head and Neck Tumours. World Health Organization Classification of Tumours. Who Press. 2005.*
2. Chang H., Shimizu MS, Precious DS. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(4):243-6.
3. Carvalho Silva GC, Correia Jham B, Carvalho Silva E, Rebello Horta MC, Pereira Godinho SH, Gomez RS. Ameloblastic fibro-odontoma. *Oral Oncology* 2006; 42: 217– 220.
4. Martín-Granizo López R, Ortega L, González Corchón M, Berguer Sández A. Fibroma ameloblástico mandibular. *Presentación de dos casos. Medicina Oral* 2003 ; 8 :150-3.
5. Corrêa Pontes FS, Rebelo Pontes HA, Sá Nogueira JE, Vieira Cury SE, Figueira de Araújo J, Paiva Fonseca F, dos Santos Pinto D. Ameloblastic fibro-odontoma: case report with maintenance of the involved teeth. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2008; 3: 48-52.
6. Calazans Soares R, Pina Godoy G, Carlos Neto J, Batista de Souza L, Pereira Pinto L. Ameloblastic fibro-odontoma: report of a case presenting an unusual clinical course. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2006; 1: 200—203.
7. Neville B., Damm D., Allen C., Bouquet J. *Oral & Maxillofacial Patology* (2nd ed). Philadelphia: Saunders Company, 2002.
8. Reichart PA, Philipsen HP, Gelderblom HR, Stratmann U (2004). Ameloblastic fibro-odontoma report of two cases with ultrastructural study of tumour dental hard structures *Oral Oncology* 2004; 40: 8–12.
9. Kurabayashi T, Ida M, Yoshimasu H, Yoshino N, Sasaki T (1998). Computed tomography in the diagnosis of maxillofacial mass lesions in younger children. *Dentomaxillofacial Radiology* 1998; 27, 334 - 340.