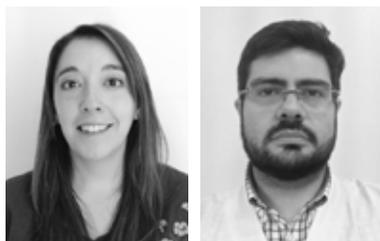


## Caso Clínico

---

# Fibro-odontoma ameloblastico: Nueva clasificación y Reporte de un caso



Carolina Baltera<sup>1</sup>, Juan Rebolledo<sup>2</sup>, Luis Araneda<sup>1</sup>, Benjamín Martínez<sup>2</sup>

*1 Cirujano Dentista, Servicio Radiología Escuela Odontología Universidad Mayor, sede Santiago.*

*2 Cirujano Dentista, Servicio Urgencia y Diagnóstico Escuela Odontología Universidad Mayor, sede Santiago.*

## Resumen

Paciente con lesión mixta en zona mandibular de límites definidos. Histopatología con zonas de tejido mineralizado que recuerdan tanto a esmalte, dentina tubular como a cemento organizándose en relación a una estructura central que recuerda a la pulpa dental.

La Organización Mundial de la Salud del 2017, reconoce dentro de los tumores de epitelio odontogénico con ectomesénquima al fibroma ameloblástico y como variedades de éste al fibrodentinoma ameloblástico y al fibroodontoma ameloblástico.

**Palabras Claves:** *Odontogénico, Mixta, Dentina*

## Abstract

*Patient with mixed lesion in mandibular area of defined limits. Histopathology with areas of mineralized tissue that remind both enamel, dentine and tubular cement organizing in relation to a central structure that reminds the dental pulp.*

*The World Health Organization of 2017, recognizes within odontogenic epithelium tumors with Ectomesénquima to ameloblastic fibroma and as varieties of to Fibro-dentinoma ameloblastic and fibro-odontoma ameloblastic.*

**Key words:** *Odontogenic, Mixed, Dentine*

## Introducción

El Fibro-odontoma ameloblástico se encuentra clasificado como tumor odontogénico, según la clasificación de tumores odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud del año 2005.<sup>1</sup>

Corresponde a un tumor derivado del epitelio odontogénico con ectomesénquima donde es posible distinguir histopatológicamente tejidos que recuerdan a la papila dental, lámina dental y el órgano del esmalte, con formación de dentina y esmalte.

Su edad de presentación es entre la primera y segunda década de vida, siendo su manifestación clínica más prevalente el aumento de volumen y las alteraciones de la erupción que afectan la zona posterior de maxilar y mandíbula, no presentando ninguna predilección por género.<sup>1,2</sup>

Radiográficamente se presenta como una lesión mixta de límites definidos y corticalizados, con lesiones radiopacas de disposición homogénea dentro de la lesión con una densidad similar a tejidos dentarios, usualmente se encuentra asociado a un diente en proceso de erupción, que puede encontrarse desplazado y retenido.<sup>1</sup>

### Reporte de Caso

Paciente hombre de 11 años, consulta a la clínica de pediatría para control.

Clínicamente el paciente se encuentra en etapa de dentición mixta segunda fase, cursa con compresión maxilar y mandibular, con ausencia de espacio eruptivo para caninos superiores y premolar inferior izquierdo. El diente 4.7 se encuentra ausente.

Al examen intra-oral se observa aumento de volumen hacia lingual, de consistencia dura con la mucosa que lo recubre sana.

En la radiografía panorámica se observa el diente 4.7 en evolución intraósea, con formación radicular avanzada en mesioversión, retenido y desplazado hacia el borde basilar por la presencia de una lesión mixta de forma redondeada de límites definidos y parcialmente corticalizados que se encuentra en relación a la corona del diente 4.7. (Figura 1)

Se solicita examen complementario de tomografía computada de haz cónico, donde en los cortes transversales se observa la presencia de la lesión con múltiples imágenes hiperdensas de densidad similar a tejido dentario localizadas en la zona coronaria. El canal mandibular corticalizado y desplazado hacia basilar. La tabla vestibular es hiperdensa y conservada. La tabla lingual se entra expandida y adelgazada. (Figura 2)

Con el resultado de los estudios imagenológicos, se programa la toma de muestra para confirmar el diagnóstico. En la histopatología se observa, zonas de tejido mineralizado que recuerdan tanto a esmalte, dentina tubular como a cemento organizándose en relación a una estructura central que recuerda a la pulpa dental. El estroma corresponde a tejido fibroso algo laxo que recuerda a la papila dentaria, y con cordones e islotes de epitelio odontogénico que recuerda a los odontoblastos. (Figura 3).



Figura 1. Radiografía panorámica.

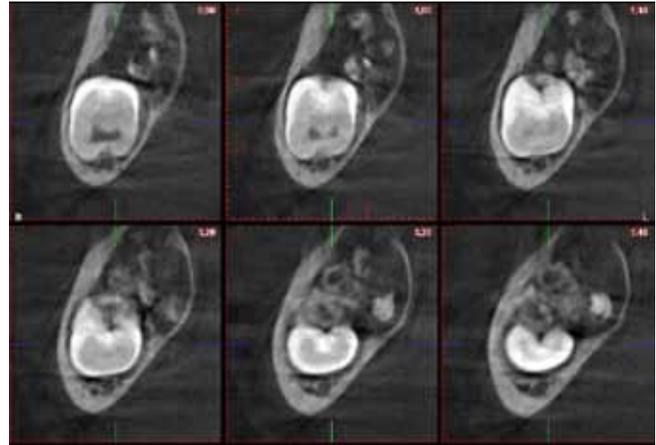


Figura 2. Cortes transversales zona de diente 4.7

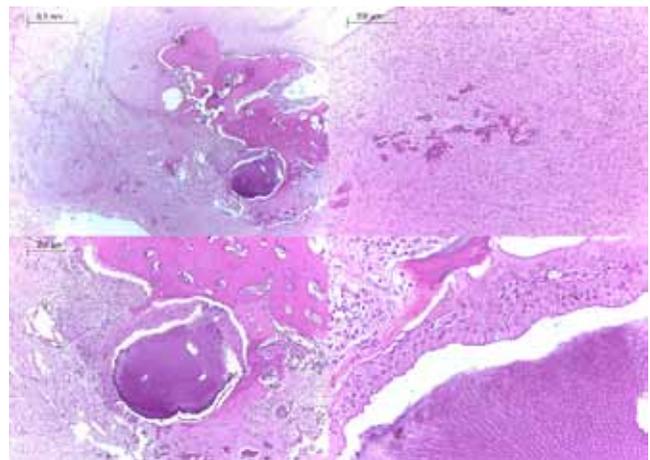


Figura 3. Cortes Histopatológicos.

## Discusión

La clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud del 2017, reconoce dentro de los tumores de epitelio odontogénico con ectomesénquima al fibroma ameloblástico y como variedades de éste al fibrodentinoma ameloblástico y al fibroodontoma ameloblástico. Representa un bajo porcentaje de los tumores odontogénicos.<sup>3,4</sup>

Esta misma clasificación además reconoce al fibroodontoma ameloblástico y al fibrodentinoma ameloblástico como etapas previas al odontoma, por su composición histopatológica similar. Sin embargo, se ha visto que existen ciertas lesiones cuyo comportamiento clínico y características histopatológicas se alejan de las esperadas para una lesión hamartomatosa como un odontoma complejo en formación, por lo que se ha reconocido que tanto fibroodontomas y fibrodentinos ameloblásticos serían como verdaderas neoplasias.<sup>3</sup>

El fibro-odontoma ameloblástico corresponde a un tumor odontogénico donde existe epitelio odontogénico y ectomesénquima, con formación de estructuras duras de dentina y esmalte.

La localización, edad de presentación y características imagenológicas suelen ser similares a otras lesiones, como el fibroma ameloblástico, el fibrodentinoma, y el odontoma en formación, situación por la cual algunos autores han considerado a estas lesiones diferentes estadios histopatológicos de una misma entidad.<sup>4</sup>

La lesión es asintomática, ocasionando aumentos de volumen por expansión de tablas y alteraciones en la erupción dentaria. Se presenta en épocas tempranas de la vida durante la primera década, localizado en zonas posteriores de maxilar y mandíbula.<sup>1</sup>

Radiográficamente se presenta como una lesión mixta de límites definidos. La proporción de material mineralizado, así como su ubicación y comportamiento en relación a las estructuras anatómicas vecinas podría ser de ayuda a la hora de discriminar entre un odontoma complejo en formación y un fibroodontoma. Así, una lesión con un gran porcentaje de material mineralizado por sobre el componente fibroso radiolúcido podría asociarse a un odontoma en desarrollo, mientras que una lesión de mayor tamaño y con características expansivas podría clasificarse como un fibroodontoma.<sup>2</sup>

## Conclusión

Es importante recordar que la presentación imagenológica, asociado a las características de edad, sintomatología y compromiso de estructuras, deben ser elementos fundamentales para orientar la hipótesis diagnóstica al momento de enfrentarse a una lesión cuya sospecha se asocia a un origen odontogénico. Estos datos deben ser siempre aportados al patólogo para poder complementar el análisis de la muestra.

## Bibliografía

1. Reis SR, Freitas CE, Santo AR. Management of ameloblastic fibro-odontoma in a 6-year-old girl presenting the associated impacted permanent tooth. *J Oral Sci.* 2007;49:331-5.
2. Surej Kumar, LK, Manuel, S., Khalam, SA, Venugopal, K., Sivakumar, TT, y Issac, J. (2014). Fibro-odontoma ameloblástico. *Revista internacional de informes de casos de cirugía*, 5 (12), 1142-4.
3. Wright JM, Vered M. Actualización de la 4ª edición de la Clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud: tumores óseos odontogénicos y maxilofaciales. *Cabeza cuello Pathol.* 2017; 11: 68-77.
4. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Arch.* 2018; 472(3):331-339.