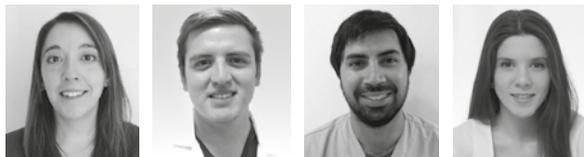


Caso Clínico

Fibro-Odontoma ameloblástico



Dra. María Paz Rodríguez¹, Dra. Carolina Baltera¹, Dra. Paulina Jara³, Dr. Cristóbal Araya⁴,
Dr. Benjamín Martínez⁴, Dr. Cristóbal Herrera³, Moserrat Peña³.

¹Patología Oral, Facultad de odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

²Servicio de Radiología Universidad Mayor.

³Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile

⁴Servicio Diagnóstico y Urgencia Universidad Mayor.

Abstract

Male patient, 13 years, presents a volume increase of vestibular, in relation to the tooth 3.6. The radiographic study with panoramic, TCHC and periapical, shows a mixed density lesion located in relation to teeth 3.5-3.6 with multiple radiopaque density areas like dental tissue. The result of the histopathology was a fibro-odontoma ameloblastic.

Keywords: Tooth 3.6, CBCT, Mixed, Fibro-odontoma ameloblastic.

Resumen

Paciente genero masculino, 13 años, presenta un aumento de volumen vestibular, en relación al diente 3.6. El estudio radiográfico con panorámica, periapical y TCHC muestra una lesión de densidad mixta localizada en relación a dientes 3.5-3.6, con múltiples áreas radiopacas de densidad similar a tejido dentario. El resultado de la histopatología fue un Fibro-odontoma ameloblástico.

Palabras claves: Diente 3.6, TCHC, Mixta, Fibro-odontoma ameloblástico.

Introducción

El Fibro-odontoma Amaloblastico (FOA) es clasificado por la World Health Organization (WHO) como un tumor odontogénico epitelial con ectomesenquima, con o sin formación de tejido calcificado¹. Clínicamente se presenta como una lesión benigna, asintomática y de crecimiento lento, que puede afectar el proceso eruptivo normal y desplazar piezas dentarias.

Corresponde a un 1.7% de Tumores Odontogénicos en Chile. Se relaciona con piezas dentarias incluidas o retenidas, localizándose mas frecuentemente es en la zona posterior de maxilar y mandíbula. Se presenta con mayor frecuencia en la 1^{era} y 2^{da} décadas, y no muestra inclinación por género^{1,2,3,4,5,6,7}.

En la histopatología se observan áreas de formación de tejido dentario similares a las del odontoma complejo y zonas de ectomesenquima idénticos al del fibroma ameloblástico.

Radiográficamente el FOA se presenta como una lesión uni o multilocular de densidad mixta de limite definido. ^(4,6)

Su diagnostico diferencial es con lesiones como Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (TOEC), Tumor Odontogénico Adenomatoides (TOA) o Tumor Odontogénico Quístico Calcificante (TOQC). ^(1,2,3,4)

Caso clínico

Paciente de género masculino, 13 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por atención odontológica de rutina. Al examen clínico presenta un aumento de volumen vestibular leve de consistencia dura, cubierto por mucosa sana en relación a pieza dentaria 3.6, de evolución lenta, con diastema entre piezas dentarias 3.5 y 3.6. El estudio imagenológico, con radiografía panorámica (Fig1) y periapical (Fig2) muestra una lesión de densidad mixta, con múltiples áreas radiopacas de densidad similar a tejido dentario, de límites definidos y corticalizados en zona interradicular y apical de piezas dentarias 3.5 y 3.6, que se encuentran desplazadas. En los cortes coronales de la tomografía computarizada de haz cónico (TCHC), se observa una lesión hipodensa con áreas hiperdensas que produce expansión de la tabla vestibular. (Fig. 3).

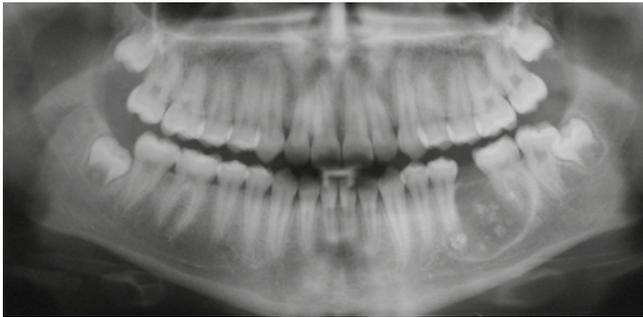


Figura 1. Radiografía panorámica donde se observa la lesión mixta en relación a piezas dentarias 3.5 y 3.6.

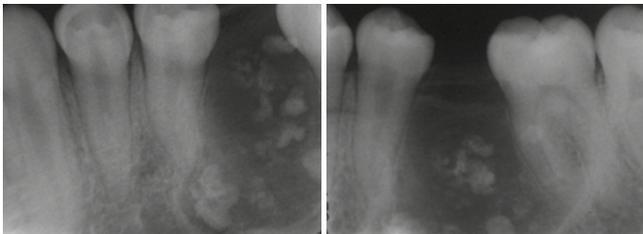


Figura 2. Radiografías retroalveolares periapicales donde se observan las múltiples calcificaciones de densidad similar a tejido dentario.



Figura 3. Imagen de TCHC con la expansión y adelgazamiento de la tabla vestibular, el desplazamiento hacia basilar del canal mandibular y la presencia de calcificaciones.

Se realizó la biopsia y la histopatología que mostró un estroma bastante celular, fibras colágenas, islas y nidos de epitelio odontogénico hiperactivo, zonas de inducción, calcificaciones, zonas de retículo estrellado y pre-ameloblastos (Fig 4,5), por lo cual se determinó que correspondía a un fibro-odontoma ameloblástico.

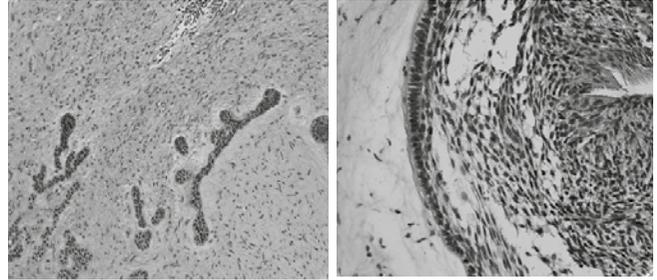


Figura 4 y 5. Histopatología con presencia de estroma celular, zonas de retículo estrellado y pre-ameloblastos.

Discusión

El FOA es una lesión benigna que se presenta frecuentemente en pacientes jóvenes asociado a piezas dentarias retenidas, que clínicamente puede producir alteraciones del proceso eruptivo y aumento de volumen^{2,4}.

En la histopatología presenta cordones de epitelio Odontogénico en un estroma de tejido conectivo y zonas de formación de tejidos dentarios duros. Radiográficamente se observa como una lesión mixta con presencia de áreas calcificadas, que histopatológicamente corresponderían a zonas de formación de esmalte y dentina, por la inducción del epitelio al ectomesenquima^{1,2,3,4,6,7}.

Su diagnóstico diferencial debe realizarse con lesiones que se presentan en pacientes jóvenes y que radiográficamente son de densidad mixta como el TOA y el TOQC^{1,2}.

El TOA se asocia a piezas dentarias incluidas pero es más frecuente de observar en la segunda década. En la radiografía se observa como una lesión unilocular de densidad radiolúcida a mixta en la zona anterior del maxilar y en relación a la corona de una pieza dentaria no erupcionada^{2,3,4}.

El TOQC se presenta en un amplio rango de edad, pero con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas. Radiográficamente se presenta como un área radiolúcida con zonas de radiopacas. Puede asociarse a una pieza dentaria incluida, producir divergencia y reabsorción radicular^{1,2,4,5}.

Algunos investigadores creen que esta lesión podría ser un odontoma inmaduro, por lo que correspondería más a una lesión hamartomatosa que una neoplasia.

Las lesiones que presentan un comportamiento clínico más agresivo con crecimiento progresivo, destrucción, deformación y recurrencia se asociarían más a una

neoplasia; y las lesiones de comportamiento clínico más benigno se asociarían a un odontoma en desarrollo^{3,4,6,8}.

Bibliografía

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Pathology and Genetics. Head and neck tumors. World Health Organization Classification of Tumours*. Lyon: IARC; 2005.
2. De Riu G, Meloni SM, Contini M, Tullio A. Ameloblastic fibro-odontoma. Case report and review of the literature. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 2010; 38(2), 141-144.
3. Neville B, Damm D, Allen CM, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology*, (3rd edn).
4. Guilherme Costa, Bruno Correia, Edgard Carvalho, Martinho Campolina, Sebastiao Helio, Ricardo Santiago: Ameloblastic fibro-odontoma, case report, *Oral Oncology* 2006;42, 217– 220
5. Zouhary KJ, Said-Al-Naief N, Waite PD. Ameloblastic fibro-odontoma: expansile mixed radiolucent lesion in the posterior maxilla: a case report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2008;106 (4):15-21
6. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E: Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *Journal Oral Pathology and Medicine*. (2002);31:415-420.
7. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological Typing of Odontogenic Tumors*. 2nd ed. Berlin: Springer Verlag, 1992
8. Tolentino E. de Souza, Stuchi B, Cunha Lima M, Freitas-Faria P, Consolaro A, Santana E: Ameloblastic Fibro-Odontoma: A Diagnostic Challenge, Case Report. *International Journal of Dentistry* 2010.