

# Recurrencia luego de tratamiento conservador de Ameloblastoma Mandibular. Reporte de Casos.

## Recurrence after Conservative Treatment for Mandibular Ameloblastoma. Case Reports.

Autores:

Santiago Molina Mrad<sup>(1)</sup>, Andrés Altuna<sup>(2)</sup>, José Luis Tello<sup>(3)</sup> y Dante Bruno<sup>(4)</sup>

(1) Odontólogo. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial.

(2) Odontólogo. Ex-Agregado al Departamento de Cirugía Maxilofacial. Hospital Córdoba (Córdoba, Argentina).

(3) Odontólogo. Especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial. Jefe de División de Cirugía Maxilofacial, Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Córdoba (Córdoba, Argentina).

(4) Médico. Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello. Jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Córdoba (Córdoba, Argentina).

Correspondencia: drsantiagomolina@gmail.com

Recibido: 7/9/2010 - Aceptado: 14/5/2012

### RESUMEN

El propósito de este estudio fue analizar, en base a la presentación de casos clínicos recibidos en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Córdoba (Córdoba, Argentina), los tratamientos conservadores (enucleación más curetaje) de los ameloblastomas mandibulares con sus resultados de recurrencia. Además, se realizó revisión de la literatura actual sobre los tratamientos conservadores de dicha patología con sus efectos. **Palabras Claves:** ameloblastoma, tratamiento conservador, unicístico, recurrencia.

### ABSTRACT

The aim of this research was to analyze the conservative treatments (enucleation and curettage) of mandibular ameloblastomas based on three cases reported in the Service of Head and Neck Surgery, Córdoba Hospital (Córdoba, Argentina). Besides, a bibliographic review was carried out about conservative treatments of this pathology with their results.

**Key Words:** ameloblastoma, conservative treatment, unicystic, recurrence.

## INTRODUCCIÓN

Los Ameloblastomas según la OMS<sup>1</sup>, son tumores benignos constituidos por epitelio odontogénico con estroma maduro y fibroso sin ectomesénquima odontogénico. También existen los de naturaleza maligna, pero no serán abordados en este artículo.

Se clasifican en Sólido o Poliquístico (SP), Extraóseo o Periférico (EP), Desmoplásico (D) y Uniquístico (UQ). Aunque autores incluyen al Desmoplásico como una entidad dentro de los Poliquísticos<sup>2</sup>.

Pueden proceder de cualquiera de las múltiples fuentes de epitelio odontogénico que permanecen en el tejido blando alveolar y en hueso. Estas son: 1) restos de la lámina dental (restos de Serres); 2) epitelio reducido del esmalte; 3) restos de Malassez, y 4) capa de células basales del epitelio superficial supraduyente<sup>2</sup>.

Los Sólidos o Poliquísticos se clasifican según su aspecto microscópico en Folicular, Plexiforme, Acantomatoso, de Células Granulosas y Células Basales. En base a su tratamiento, según Philip<sup>2</sup>, todas las variantes histológicas tienen un comportamiento biológico similar y no se tratan en forma distinta por sus rasgos microscópicos.

Los Ameloblastomas Uniquísticos poseen características muy diferentes al anterior. Se clasifican según su histología en: 1- Luminal, 2- Intraluminal y 3- Mural.

Los tratamientos más comunes para esta patología son:

Conservadores:

- Enucleación.
- Enucleación más curetaje.
- Enucleación, curetaje y método químico coadyuvante.

Radicales:

- Osteotomía Marginal (manteniendo basal).
- Osteotomía Segmentaria (con resección de basal mandibular).

El tratamiento de los mismos aún es controversial, siendo el conservador todavía utilizado en algunos centros para la variante uniquística y poliquística de menor tamaño.

## CASOS CLÍNICOS

Se presentan tres casos clínicos recibidos en el Servicio de Ci-

rugía de Cabeza y Cuello del Hospital Córdoba (Córdoba, Argentina), con un promedio de control de 24 meses.

### Caso 1

Paciente sexo masculino de 26 años, con biopsia previa de otra institución con resultado de Ameloblastoma quistificado UQ sin distinguir subtipo. A la inspección clínica se observó abombamiento vestibular, leve asimetría facial y dolor esporádico en la región. Imagen radiológica de lesión uniquística en cuerpo y rama ascendente mandibular lado izquierdo (Fig. 1), al igual que en la TAC, donde también se vio invasión de apófisis coronoides (Fig. 2). Diagnóstico presuntivo de Ameloblastoma UQ. Se procedió bajo anestesia general y abordaje intraoral, a la enucleación del tumor, agregando curetaje agresivo, con eliminación del paquete dentario inferior, tal cual refieren algunos autores<sup>3</sup>.

Al control postquirúrgico a tres años se observa recurrencia o perseverancia de enfermedad en zona de apófisis coronoides (Fig. 3).

### Caso 2

Paciente sexo femenino de 24 años con biopsia previa realizada en otra institución de Ameloblastoma folicular SP. A la inspección clínica se observó abombamiento vestibular, asimetría facial por agrandamiento de basilar mandibular. Diagnóstico presuntivo de Ameloblastoma SP.

En la ortopantomografía previa a la biopsia, se observó tercer molar incluido, rizoclasias e imagen típica de los SP en pompas de jabón sobre cuerpo mandibular lado derecho (Fig. 4), después de realizada la misma, la imagen radiográfica cambió a un aspecto uniquístico (Fig. 5). Luego del estudio tomográfico, se procedió a realizar mediante anestesia general y abordaje intraoral, las exodoncias de las piezas dentarias cercanas a la lesión, seguido de la enucleación y curetaje agresivo. El resultado de la biopsia diferida indicó Ameloblastoma intraóseo quistificado UQ.

Al control a 2 años se observó recidiva de lesión en cuerpo mandibular (Fig. 6).

### Caso 3

Paciente sexo femenino de 35 años con biopsia previa realizada en otra institución con resultado de Ameloblastoma folicular SP. A la inspección se observó asimetría facial, abombamiento vestibular lado izquierdo, fístula bucal con parestesia del nervio dentario inferior homolateral. Radiográficamente, se observó lesión circular circunscripta tipo



Figura 1. Caso clínico 1: Imagen radiográfica de ameloblastoma mandibular.

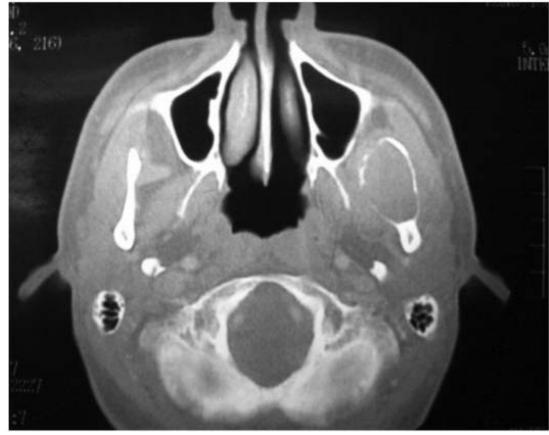


Figura 2. Caso clínico 1: Abombamiento de apófisis coronoides.



Figura 3. Caso clínico 1: Recidiva de lesión en apófisis coronoides.

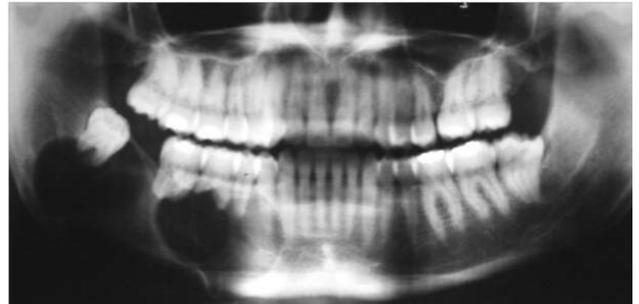


Figura 4. Caso clínico 2: Imagen radiográfica previa a biopsia.

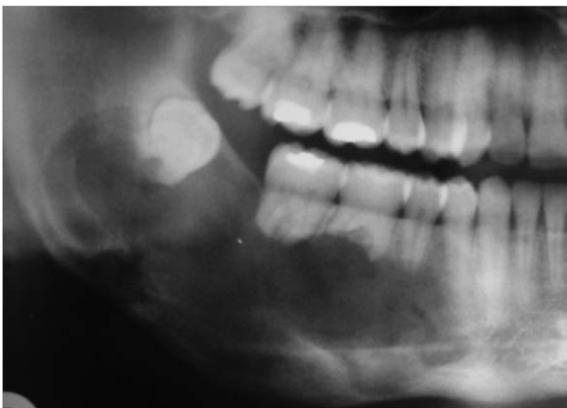


Figura 5. Caso clínico 2: Imagen radiográfica posterior a biopsia.

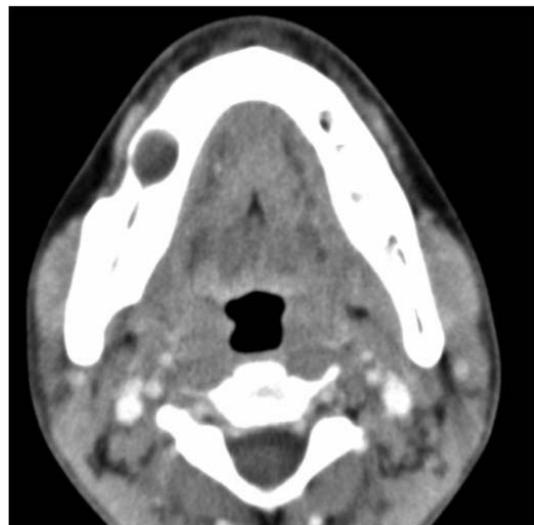


Figura 6. Caso clínico 2: Imagen tomográfica de recidiva.



Figura 7. Caso clínico 3: Radiografía pre-operatoria.

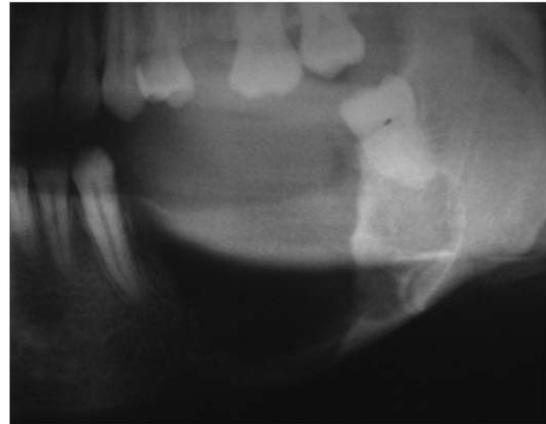


Figura 8. Caso clínico 3: Radiografía post-operatoria.

uniquística en cuerpo mandibular, con faltante del elemento 36 extraído en el momento de la biopsia y trabeculado de neoformación ósea en dicha zona (Fig. 7). En la imagen tomografía se pudo visualizar perforación de cortical, tanto lingual como vestibular. Se realizó, mediante anestesia general, abordaje intraoral; las exodoncias de las piezas cercanas a la lesión, más resección marginal. El resultado de la biopsia fue de Ameloblastoma Folicular SP. Al control a 1 año, aún no se observaron signos de recidiva (Fig. 8).

## DISCUSIÓN

En el artículo publicado por Dinaz Ghandi et. al<sup>4</sup> sobre un estudio paralelo entre la Universidad del Oeste de Escocia (Reino Unido) y la de San Francisco (EEUU), se estudian las historias de 50 pacientes, de los cuales 15 eran, al diagnóstico previo, Ameloblastomas UQ, de los cuales solo 9 fueron confirmados en la biopsia diferida, siendo los restantes 41, SP. De los UQ (n=9) 8 fueron tratados en forma conservadora, obteniéndose 5 recidivas. 21 de los SP (n=41) fueron tratados de la misma forma con 16 recidivas, con un promedio de control de 16 años post-operatorio. No hubo recidivas en ninguno de los grupos con tratamiento radical como primera elección. Como conclusión, refieren que el pronóstico depende del método quirúrgico y no del tipo histológico; que el 80% de los tratados en forma conservadora recidivaron; sugieren reseccionar UQ. También indican que la biopsia debe ser de por lo menos 3 cm, y llevar un control post-qui-

rúrgico de más de 10 años.

Según Carson et. al<sup>5</sup>, nunca fue probado que el tratamiento conservador sea curativo, siendo esto el objetivo principal. La única razón por la que no han recidivado casos multiloculares a través de curetaje es por insuficiente tiempo de control. El crecimiento lento hace creer al cirujano que esto permite primero un tratamiento conservador y luego radical si ocurre; y por último, comenta que múltiples recurrencias llevan a diseminación a través de linfáticos y vasos sanguíneos.

Tracy Rosenstein et. al<sup>6</sup>, en el artículo *Cystic Ameloblastoma*, agrupan a los UQ en tres grupos según su histología (luminal, intraluminal y mural). Sobre una muestra de 21 pacientes, realizan 14 enucleaciones, 4 resecciones en bloque, 1 enucleación más sol. de Carnoy's, 1 enucleación más crioterapia y 1 paciente no es tratado. De las 14 enucleaciones, nueve recurrieron (64%), 10 (55%) de los mismos eran subtipo mural, 7 luminales y 4 intraluminales, concluyendo que la enucleación más curetaje es inapropiada para el tratamiento de ameloblastomas UQ, aconsejando realizar resecciones en bloque o aplicar métodos físicos al conservador.

Según un estudio de la literatura basada en evidencia realizado por Pogrel et. al<sup>7</sup>, indican que para los SP no debe importar la histología de subtipo. Tienen una recurrencia del 60 al 80% con tratamiento local a más de 20 años; poseen infiltración a 8mm, por lo tanto dar margen al menos de 1 cm; la resección segmentaria es lo ideal; y no tratar recurrencias con curetaje porque puede esparcirse la lesión.

Sobre los UQ, refiere que no es posible diagnosticar el subtipo histológico preoperatoriamente; el curetaje lleva a un 60% de

recidiva, debiéndose controlar al paciente toda la vida. Se recomienda resección segmentaria o tratamiento conservador más sol. de Carnoy's o crioterapia si son lesiones pequeñas, dando como conclusión que la enucleación y curetaje no cumple ningún rol en el tratamiento de los Ameloblastomas. En una revisión sistemática de Samman et. al<sup>8</sup> sobre 232 artículos buscados a través de MEDLINE, Embase y Cochrane Library, 100 pacientes fueron incluidos con controles a más de 5 años, con un promedio de edad de 25,9 años, habiéndosele practicado 28 resecciones (3,6% recurrencia), 36 enucleaciones (30,5% recurrencia), 25 enucleaciones más sol. de Carnoy's (16% recurrencia) y 11 marzupializaciones (18% recurrencia). El autor recomienda utilizar resección en zonas de acceso dificultoso; el tratamiento conservador es recomendado solo con terapias físicas coadyuvantes, junto con exodoncias de las piezas dentarias cercanas a la lesión; realizar controles a más de 5 años y publicar más sobre crioterapia, concluyendo que la enucleación más curetaje no es el tratamiento adecuado para tratar esta patología.

## CONCLUSIÓN

A partir de estas observaciones podemos concluir que el tratamiento conservador no es el adecuado y curativo para ninguna de las variantes de esta patología, dejando éste solo para casos UQ de pequeño tamaño, siempre con terapia física coadyuvante, aconsejando que se realicen más estudios científico sobre Sol. de Carnoy's y crioterapia. Destacamos que los controles postquirúrgicos deben hacerse durante toda la vida, por posibilidad de recidivas a más de 10 años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Barnes L., Eveson J., Reichart P. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetic of Head and Neck Tumors. 1ra Ed. WHO; 2005. Cap. 6.
- 2) Philip J., Eversole L., Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 1ra Ed. Madrid, Harcourt Brace de España S.A; 1998. Cap. 5.
- 3) Navarro Vila C. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. 1ra Ed. Madrid, Aran Ediciones; 2004. Tomo 1, cap. 4.
- 4) Ghandhi D., Ashraf A., Pogrel M.A. et al. Ameloblastoma: A Surgeon's Dilemma. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64:1010-1014.
- 5) Carlson E., Marx R. The Ameloblastoma: Primary, Curative Surgical Management. - J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64:484-494.
- 6) Rosenstein T., Pogrel M.A., Smith R. Cystic Ameloblastoma—Behavior and Treatment of 21 Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2001; 59:1311-1316.
- 7) Pogrel M.A., Montes D.M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2009; 38: 807-812.
- 8) Samman N., Lau S.L. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2006; 35: 681-690.



Centro de Radiología Maxilo Facial  
Dr. WALTER M. CHAUD

- Ortopantomografía completa o seccionada
- Telerradiografía de perfil y de frente
- ATM en apertura y cierre
- Imágenes en CD
- Cefalometría

Ricketts // Mc Namara // Steiner/Tweed // Björk - Jarabak

**Horarios de Atención: Lunes a Viernes  
de 8.30 a 13.30 y 14.30 a 19.00 hs**

**Jujuy 48 - 1º Piso - Tel./Fax: (0351) 421-9632 - 5000 Córdoba  
Mail: rxchaud@hotmail.com / Web: www.rxchaud.com.ar**