



Fibrodentinoma ameloblástico en un paciente pediátrico. Presentación de un caso

Rubí López Fernández,* Jorge Téllez Rodríguez,[§] Ronell Bologna Molina^{||}

RESUMEN

El fibrodentinoma ameloblástico (FDA) es un tumor mixto, compuesto por epitelio odontogénico de origen ectomesenquimatoso, con producción de dentina tubular o tejido dentinoide. Se caracteriza por presentarse en pacientes jóvenes entre la primera y segunda décadas de la vida, generalmente es diagnosticado antes de los 20 años de edad, tiene un comportamiento asintomático y crecimiento lento. Radiográficamente, se observa como una lesión radiolúcida uni o multilocular, con bordes bien definidos, en ocasiones con presencia de material radioopaco amorfo. El tratamiento es la enucleación y curetaje óseo. El objetivo de este artículo es la presentación de un caso clínico en un paciente femenino de 1 año 6 meses de edad, la cual presentó un fibrodentinoma ameloblástico en cuerpo y rama mandibular derecho.

Palabras clave: Tumor odontogénico, fibrodentinoma ameloblástico.
Key words: Odontogenic tumor, ameloblastic fibrodentinoma.

ABSTRACT

The ameloblastic fibrodentinoma is a mixed tumor, composed by odontogenic epithelium that induces odontogenic mesenchyma to form dentine or products similar to dentine. Lesions have been reported in young patients, between the first or second decade of life, and usually diagnosed before they become 20 years old. Lesions are asymptomatic and with a slow growth behaviour. Radiographically, it is observed as an unilocular or multilocular radiolucency with well-defined borders, radiopaque material could be dispersed throughout the lesion. The treatment is based on enucleation with fully osseous curettage. The objective of this article is to report the case of a 1-year-old female patient with an ameloblastic fibrodentinoma on the right side of the mandible.

INTRODUCCIÓN

El fibrodentinoma ameloblástico es un verdadero tumor odontogénico mixto, compuesto por epitelio odontogénico del ectomesénquima neoplásico, lo cual origina la producción de tejido duro dental, así como la formación de dentina tubular.³ Es considerado por algunos autores para ocupar un lugar entre el fibroma ameloblástico y fibroodontoma ameloblástico en el que se ha formado dentina, aunque el mecanismo exacto de la histogénesis es incierto.⁴

Es un tumor odontogénico de frecuencia rara, existen menos de 30 casos reportados en la literatura; generalmente ocurre en personas menores de 20 años de edad, con una media de 8 años, es una lesión asintomática y de crecimiento lento.^{2,5}

Presenta predilección en zona mandibular posterior en región de premolares y molares (71.4%).¹ Frecuentemente el crecimiento provoca expansión ósea de la región involucrada y perturbaciones en la erupción del diente.^{2,5}

Radiográficamente, se muestra como una zona radiolúcida uni o multilocular, con bordes bien definidos, en ocasiones se observa la presencia de material ra-

dioopaco amorfo, la mayoría de las veces se encuentra asociado con un órgano dentario no erupcionado.²

Desde el punto de vista histológico el tumor se compone por cordones e islas de epitelio odontogénico sobre un componente ectomesenquimal primitivo, ricamente celularizado, semejante a la papila dental, el cual se caracteriza por la formación de dentina displásica.⁵⁻⁷

El tratamiento consiste en la enucleación y curetaje de la lesión. La recurrencia puede ocurrir. En raras ocasiones puede malignizarse a fibrosarcoma ameloblástico.⁸

CASO CLÍNICO

Femenino de 1 año 6 meses de edad, quien ingresa al Instituto Nacional de Pediatría (INP) de la ciudad de

* Cirujano Maxilofacial del Hospital Juárez del Centro.

§ Cirujano Maxilofacial del Instituto Nacional de Pediatría.

|| Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS),
Universidad de Guadalajara.

México, referida por facultativo, presenta aumento de volumen en región mandibular derecha, de aproximadamente mes y medio de evolución, el aumento de volumen mandibular, limita la alimentación.

Extraoralmente presenta asimetría facial, con aumento de volumen en región de cuerpo mandibular derecho, de aproximadamente 6 cm de diámetro, de consistencia firme, no doloroso a la palpación, sin cambios de coloración.

Intraoralmente presenta aumento de volumen en región molar posterior, de aproximadamente 6 cm de diámetro, no doloroso a la palpación, sin cambio de coloración, el aumento de volumen corresponde a lo anteriormente descrito; presenta dentición temporal, resto sin alteraciones.

La tomografía axial computarizada (TAC) de macizo facial muestra una lesión expansiva que se extiende desde el cóndilo, ocupando la rama y cuerpo mandibular derecha, en su interior se observa molar (*Figura 1*).

Se envía muestra intralesional para biopsia, de forma cuadrangular, de coloración blanco-amarillento, que mide 6 x 5 x 4 mm, de superficie lisa, de consistencia blanda gelatinosa al corte.

En su descripción microscópica se aprecia lesión de estirpe ectomesenquimatosa odontogénica, constituidas por yemas de epitelio odontogénico compuestas por células periféricas columnares, que recuerdan

al epitelio interno del esmalte y células de manera más laxa, que semejan al retículo estrellado, todo dispuesto sobre un estroma de tejido mesenquimatoso inmaduro con inducción dentinoide, el cual se encuentra parcialmente mineralizado, por lo que se diagnostica fibrodentinoma ameloblástico (*Figura 2*).

Se programa enucleación y curetaje del fibrodentinoma ameloblástico bajo anestesia general. Se realiza asepsia y antisepsia, se colocan campos de manera convencional, se infiltra lidocaína al 2% con epinefrina en región retromolar, se realiza incisión retromolar lineal, se levanta colgajo de espesor total, se disecciona la lesión la cual se encuentra encapsulada, retirándola en su totalidad (*Figura 3*), se realiza lavado de la cavidad, retirando gérmenes dentarios, se encuentra desplazado canal dentario, por lo que es posible observar paquete neurovascular (*Figura 4*).

Se retiran bordes y espículas óseas y se sutura en un solo plano con surgete continuo, dando por terminado el procedimiento quirúrgico sin accidentes ni complicaciones.

Se envía lesión a estudio histopatológico, en el que se corrobora diagnóstico previo.

DISCUSIÓN

Un grupo de lesiones, el fibrodentinoma ameloblástico, el fibroma ameloblástico, el fibroodontoma ameloblástico y el odontoma, muestran características histopatológicas, clínicas y radiográficas similares, las cuales crean controversia en ser consideradas entidades patológicas distintas o estadios evolutivos de una misma lesión; este punto es fuente de gran discusión.⁹



Figura 1. Tomografía axial computarizada de cráneo.

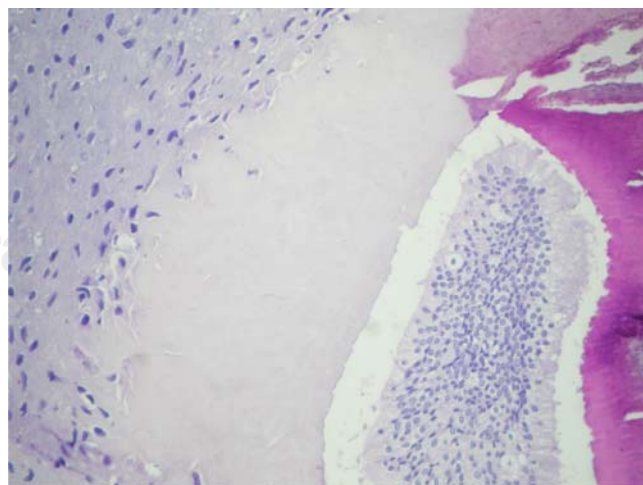


Figura 2. Microfotografía de fibrodentinoma ameloblástico con tinción de hematoxilina-eosina 40x.



Figura 3. Enucleación quirúrgica de lesión.

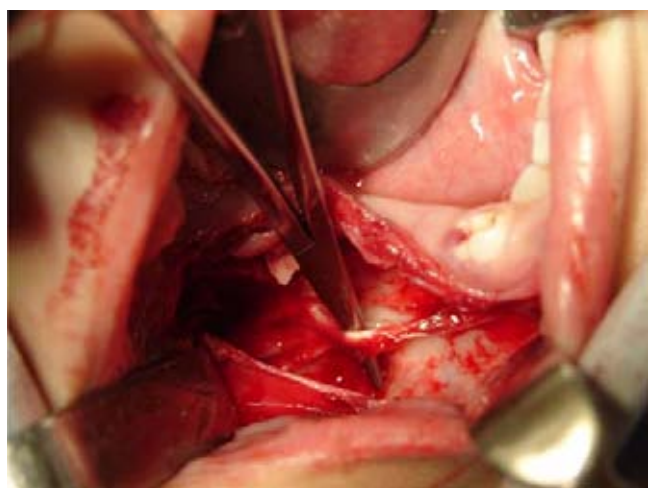


Figura 4. Lecho quirúrgico e identificación de paquete neurovascular.

Tanto el fibroma ameloblástico como el FDA y el fibroodontoma ameloblástico, son tumores odontogénicos mixtos que se caracterizan por tener el mismo componente epitelial y ectomesenquimal neoplásico.¹⁰

La diferencia radica en que el FDA muestra la presencia de dentina displásica o tubular, el fibroodontoma ameloblástico tiene depósitos de matriz de esmalte o esmalte maduro, y en el fibroma ameloblástico no existen depósitos de tejido duro dental.

Según Eversole et al., proponen que estos tumores odontogénicos mixtos representan la progresión de una entidad inmadura (el fibroma ameloblástico) a una entidad altamente diferenciada (el odontoma comple-



Figura 5. Estereolitografía de mandíbula.

jo). Se piensa que el fibroodontoma ameloblástico es una transición entre el fibroma ameloblástico y el fibroodontoma ameloblástico.¹¹

En la clasificación de tumores de odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud del 2005,⁸ los términos "fibroodontoma ameloblástico" y "fibroma ameloblástico" son usados como sinónimos.

El sitio de presentación más común es la mandíbula 8:3; con predilección en la región molar. Estos datos corresponden bien con los datos clínicos para el fibroodontoma ameloblástico observados en los estudios de Gorlin et al.,¹² así como también en el caso que presentamos.

El FDA es un tumor odontogénico poco frecuente, esto se confirma en un estudio realizado en 1,088 pacientes con tumores de origen odontogénico en los cuales se encontraron 19 casos de fibroodontoma ameloblástico que comprende el 1.7% del total de la muestra.¹³

Dallera et al., mencionan que el tratamiento debe incluir un curetaje óseo agresivo, para evitar futuras recidivas.¹⁴ El paciente que presentamos fue tratado de esta manera, mostrando un adecuado postoperatorio, manteniéndolo en controles radiográficos cada 6 meses.

En este caso, antes de ser llevada a cabo la enucleación de la lesión, se realizó una estereolitografía (Figura 5) para planear el tratamiento quirúrgico, ya que se trataba de una lesión que invadía parte del cuerpo y rama mandibular, llegando casi al cóndilo, tratándose de un tumor muy grande, por lo que hubo que considerar, la edad del paciente y la deformidad facial que se ocasionaría si fuera necesario otro tipo

de tratamiento quirúrgico más agresivo, como la resección en bloque, debido a la perforación de corticales y por consecuencia una fractura patológica.

CONCLUSIONES

Existe aún gran controversia sobre la histopatogénesis de esta lesión y sobre el hecho de ser considerada una entidad propia o proceso evolutivo de otra lesión.

REFERENCIAS

1. Philipisen HP, Reichart P A, Praetorius F. Mixed odontogenic tumors and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997; 33(2): 86-89.
2. Cawson AR, Binnie WH, Eveson JW. Fibroma y fibroodontoma ameloblástico. En: *Atlas colorido de enfermedades de la boca: correlaciones clínicas y patológicas*. Artes Médicas 1995; 6: 6.11-6.13.
3. Takeda Y. Ameloblastic fibroma and related lesions: current pathologic concept. *Oral Oncol* 1999; 35(6): 535-540.
4. Pindborg JJ. On dentinomas. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1955; 105(Suppl): 135.
5. Miyauchi M et al. Immunohistochemical observations on a possible ameloblastic fibro-odontoma. *Oral Pathol Med* 1996; 25: 93-96.
6. Sano K et al. Assessment of growth potential by MIB-1 immunohistochemistry in ameloblastic fibroma and related lesions of the jaws compared with ameloblastic fibrosarcoma. *J Oral Pathol Med* 1998; 27: 59-63.
7. Waldron CA. Fibro-odontoma ameloblástico. In: Neville BW et al. *Oral Pathology and Maxillofacial*. 1998; 15: 514-515.
8. Barnes L, Eveson JW, Richart P, Siodransky D. *World Health Organization Classification of tumours, pathology and genetics head and neck tumours*. 2005: 308.
9. Kramer IRH, Pinborg JJ, Shear M. The WHO histological typing of odontogenic tumors: a commentary on the second edition. *Cancer* 1992; 70(12): 2988-2994.
10. Miranda JL, Silva UH, Aires MEMCB, Torres BCA, Costa ALL. Ameloblastic fibrodentinoma: radiographic and histopathologic findings. *Rev Cons Reg Odontol Pernambuco* 2001; 4(1): 67-72.
11. Eversole LR, Tomich CE, Cherrick HM. Histogenesis of odontogenic tumors. *Oral Surg* 1971; 32: 569.
12. Gorlin RJ, Chaudhry AP, Pindborg JJ. Odontogenic tumors: classification, histopathology and clinical behavior in man and domesticated animals. *Cancer* 1961; 14: 73.
13. Amos B, Merrell PW, William M. Relative frequency of central odontogenic tumors: A study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1343-1352.
14. Dallera P et al. Ameloblastic fibroma: a follow-up of six cases. *Int J Maxillofac Surg* 1996; 25(3): 199-202.

Dirección para correspondencia:
Dra. Rubí López Fernández
 Ángel Urraza Núm. 607-Dpto. 302.
 Colonia del Valle. 03100.
 Delg. Benito Juárez
 dra_rubyllopez@yahoo.com.mx