



Fibro-odontoma ameloblástico: Revisión de la literatura y presentación de un caso

Fernando Álvarez González,* Rodrigo Licéaga Reyes[§]

RESUMEN

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es un tumor odontogénico raro, definido como neoplasia por algunos autores y como lesión hamartomatosa por otros, cuyas características histológicas y clínicas lo clasifican como un tumor mixto. Existiendo además controversia entre diversos autores por la naturaleza de ésta, siendo para algunos, un estadio de un grupo de lesiones como el fibroma ameloblástico o de un odontoma complejo inmaduro, sin embargo las tendencias actuales agrupan al FOA como una entidad aparte. Siendo una lesión de tipo benigno el tratamiento normalmente es de tipo conservador con un simple curetaje de la lesión. El caso que se presenta a continuación tiene de relevancia el tamaño de ésta y el éxito logrado con el tratamiento conservador a un año de evolución. La conclusión de este artículo es el dar el seguimiento a este tipo de lesiones, aunque tiene un índice bajo de recurrencia, éstas se encuentran bien documentadas.

Palabras clave: Fibro-odontoma ameloblástico, tumor odontogénico mixto.

Key words: Ameloblastic fibro-odontoma, mixed odontogenic tumor.

ABSTRACT

The ameloblastic fibro-odontoma (AFO) is a rare odontogenic tumor, defined as a neoplastic lesion by some authors and as a hamartomatous lesion by others, according to its clinical and histological characteristics it is considered a mixed tumor. Controversy exists among several authors regarding its nature, being for some, an intermediate stage of a group of lesions such as ameloblastic fibroma or a complex immature odontoma, however the current opinion defines it as a separate and benign entity. The treatment for this kind of lesions has been conservative, a simple enucleation of the lesion. The case reported in this article is considered relevant because of the size of the lesion. Excellent clinical results were observed one year later with the described treatment. It is recommended to monitor the patient after treatment although the low rate of recurrence of this type of lesion.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el fibro-odontoma ameloblástico (FOA) como un tumor el cual tiene características histológicas de un fibroma ameloblástico (FA) en conjunto con la presencia de dentina y esmalte,¹ otros^{2,3} la consideran una lesión hamartomatosa similar al fibroma ameloblástico y fibrodentinoma, pero mostrando además cambios inductivos que permiten la formación de una matriz de esmalte, además de la dentina (dentinoide). Constituido por epitelio odontogénico en proliferación dentro de un tejido de aspecto mesenquimatoso, similar en apariencia a la papila dentaria o al folículo dental del diente en desarrollo, en el cual pueden encontrarse o no en diversos grados de inducción con formación de tejidos mineralizados.⁴ Algunos investigadores⁵ creen que el FOA es sólo un estadio en el desarrollo de un odontoma y no lo consideran como una entidad separada, incluso, ha sido descrito usando una variedad de tér-

minos, tales como *odontoma ameloblástico inmaduro* y *odontoma ameloblástico*.

El FOA es un tumor odontogénico benigno,²⁻⁵ bien circunscrito, no doloroso, de lento crecimiento, que expande corticales, no propenso a la invasión ósea. Tiene de producir aumento de volumen y tiene una localización central en los maxilares. En la mayoría de los casos el FOA se asocia con dientes no erupcionados.² La frecuencia relativa varía entre 0.3% y 3.7% de los tumores odontogénicos y se presenta de manera característica dentro de las dos primeras décadas de la vida,^{1,2,4,5} algunos autores^{2,4} refieren que es ligeramente más común en hombres, a diferencia de otros^{1,3,5} que no toman como significativa la predilección.

* Residente de 4º año.

§ Médico adscrito.

La mayoría se sitúan en la región posterior de la mandíbula¹⁻⁵ siendo la relación con el maxilar² de 2.4:1. Radiográficamente^{1,2,4,5} el FOA se presenta como una radiolucidez uni o multilocular, con bordes radioopacos bien delineados, dependiendo de la extensión de la mineralización.

Histológicamente existe una similitud de las neoplasias mixtas (fibroma ameloblástico y lesiones asociadas) y el odontoma en desarrollo que ha sido abordado por diversos investigadores, quienes han concluido que los hallazgos clínicos son fundamentales para un diagnóstico correcto,⁴ así entonces, histológicamente²⁻⁵ se compone de islas y cordones de epitelio cuboidal o columnar que rodea algunas cuantas células con aspecto de retículo estrellado, las cuales se disponen dentro de un tejido ectomesenquimatoso muy celular, con escasa producción de colágeno, parecido al tejido de la papila o al folículo dental, además de la producción de esmalte.

La enucleación quirúrgica conservadora es el tratamiento de elección para los FOA,² se han reportado pocos casos de recurrencia, así como algunos casos bien documentados de transformación maligna de fibroma ameloblástico.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 14 años de edad, el cual acude al Hospital Juárez de México al



Figura 1.
Aspecto
extraoral
preoperatorio.

Servicio de Cirugía Maxilofacial referido de hospital de 1er nivel por presentar aumento de volumen en el tercio inferior de la cara del lado derecho a nivel del ángulo mandibular, correspondiente con aumento de volumen intraoral al mismo nivel. Los datos de la historia clínica no son de relevancia para el inicio de su padecimiento el cual tiene un año de evolución de forma asintomática y de crecimiento progresivo (*Figura 1*).

Radiográficamente se observa en ortopantomografía lesión radiolúcida multilocular que se extiende de 1er premolar derecho a la parte superior de la rama ipsilateral con el 2do molar derecho incluido y desplazado hacia el borde mandibular con la totalidad de formación de su raíz con la presencia de múltiples radioopacidades (*Figura 2*), en TAC-3D se observa

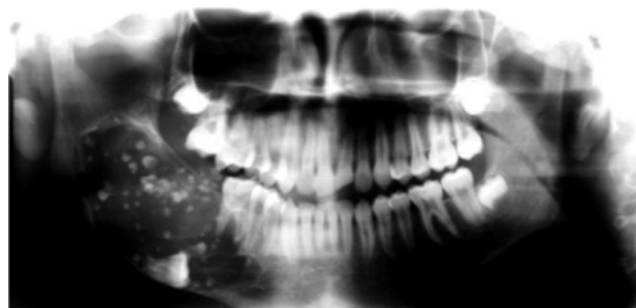


Figura 2. Radiografía preoperatoria donde se observa la zona radiolúcida con múltiples calcificaciones intralesionales.



Figura 3. Tomografía preoperatoria donde se observa la dimensión de la lesión y el diente desplazado por la patología.

evidente expansión de corticales y aparente perforación en la parte superior (Figura 3).

Dentro de los diagnósticos diferenciales encontramos el fibro-odontoma ameloblástico, odontoma complejo inmaduro, tumor odontogénico epitelial calcificante, quiste odontogénico calcificante. Se realiza biopsia incisional (Figuras 4, 5 y 6) en la cual se entrega el reporte de fibro-odontoma ameloblástico en donde se observa en los cortes islas y cordones de epitelio odontogénico sobre un estroma hiper celular de tejido conjuntivo fibroso denso y laxo parecido a la papila dental. Entremezclado con estructuras calcificadas parecidas a esmalte y matriz de dentina (Figura 7). Se realiza bajo anestesia general la escisión completa de la lesión con curetaje; el paciente es observado en su evolución a 1 año de control sin recidiva clínica ni radiográfica con adecuada regeneración ósea.

DISCUSIÓN

El fibro-odontoma ameloblástico se encuentra clasificado por la OMS dentro de los tumores con epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejido dental duro,^{1,2} esto debido a la intención de esta organización por clasificar los tumores odontogénicos en relación a su estado de desarrollo dental y no por las estructuras del tumor, pues en un principio se le clasificaba como un tumor mixto,⁶ incluso algunos autores hacen referencia o clasifican al FOA como una lesión hamartomatosa.^{2,3,6,7} Autores como Slootweg⁷ postuló que el FOA es un odontoma

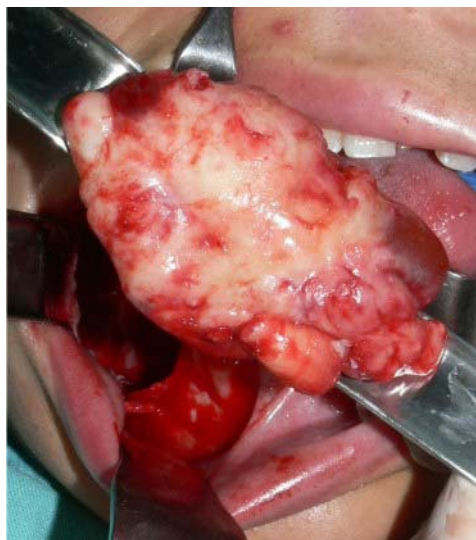


Figura 5. Enulación completa de la lesión.



Figura 6. Aspecto macroscópico.



Figura 4. Exposición quirúrgica transoperatoria.

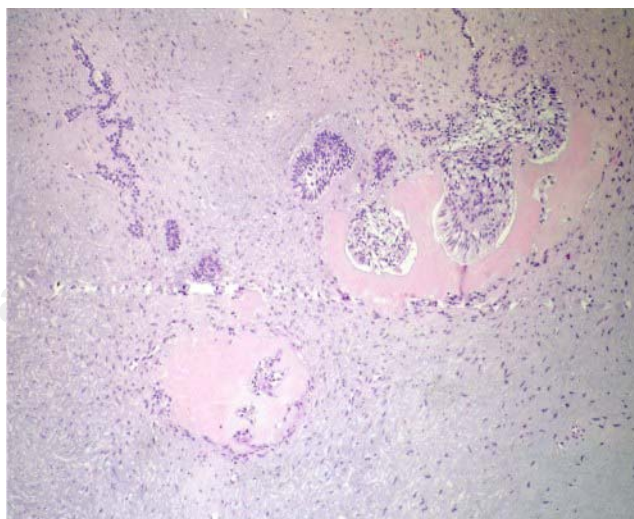


Figura 7. Aspecto microscópico, se observa el tejido mineralizado característico y los cordones epiteliales.

complejo inmaduro y Cahn y Bluz⁸ sugirieron que el fibroma ameloblástico, el fibro-odontoma ameloblástico y el odontoma, por sus características histológicas, son sólo procesos en diferente estadio de diferenciación. Sin embargo, la tendencia actual de diversos autores^{4,6,8-10} es que la naturaleza del FOA es de tipo neoplásico y lo clasifican como una entidad separada del odontoma complejo inmaduro con características histológicas en algunas ocasiones indistinguibles entre ambas lesiones. La conclusión a la que han llegado los diversos autores^{4,6,8,9} es, que los hallazgos clínicos son fundamentales para un diagnóstico correcto. Entre ellas cuando una lesión con imagen microscópica que caracteriza a los fibromas ha crecido lo suficiente para destruir gran parte del hueso maxilar o la mandíbula, tiene pocas posibilidades de ser un odontoma. Un hallazgo adicional que disminuye las posibilidades de que sea un odontoma en desarrollo es que inicie su crecimiento en edad posterior a la odontogénesis. Takeda¹⁰ resalta la importancia de considerar al FOA como una neoplasia por su comportamiento biológico en algunos casos y por la evidencia reportada de la variante maligna.

El tratamiento en toda la literatura^{1-5,8,9} hace referencia al tratamiento conservador; aunque el FOA tiene una tasa de recurrencia mínima existen reportes⁶ de recurrencia aun con la resección en bloque y como se mencionó arriba, la transformación maligna de esta lesión.

CONCLUSIONES

El fibro-odontoma ameloblástico tiene una presentación rara dentro de los tumores odontogénicos, normalmente el hallazgo de este tipo de lesiones es incidental generalmente por las revisiones rutinarias radiográficas, este caso en particular, es referido porque el aumento de volumen era evidente, quizá debido a la falta de cultura de atención odontológica vista en países en vías de desarrollo. El tratamiento elegido fue de acuerdo a lo que reporta la literatura, donde la

opción conservadora fue la pauta para la escisión de la lesión por curetaje y en el control a un año se encuentra sin presencia de recidiva y con adecuada cicatrización ósea a pesar de la extensión de la lesión. Es importante dar seguimiento a este tipo de lesiones, pues aunque existe controversia en la clasificación y definición de la naturaleza del FOA, los reportes en la literatura muestran evidencia de recurrencia y mínima pero posible transformación maligna.

REFERENCIAS

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Classification of tumors: pathology & genetics of head and neck tumors*. Geneva: World Health Organization; 2005: 309.
2. Reichart PA, Philipsen HP. *Odontogenic tumors and allied lesions*. Quintessence Publishing Co Ltd. 1st ed. London, 2004.
3. Marx RE, Stern D. *Oral and maxillofacial pathology a rationale for diagnosis and treatment*. Quintessence Publishing Co, Inc. Hong Kong, 2003.
4. Meneses GA, Mosqueda TA, Ruíz-Godoy RLM. *Patología quirúrgica de cabeza y cuello, lesiones tumorales y pseudotumorales*. Ed. Trillas, México, D. F., 2006.
5. Neville W, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and maxillofacial pathology*. 2nd edition. Saunders. China, 2002.
6. Reinhard EF, Joachim S, Karl D, K Thorsten J. Recurrent ameloblastic fibro-odontoma in a 10-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 1362-1366.
7. Slootweg OJ. Analysis of the interrelationship of mixed odontogenic tumors- ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma and the odontomas. *Oral Surg* 1981; 51: 266.
8. Chang H, Shimizu MS, Precious DS. Ameloblastic fibro-odontoma: A case report. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(4): 243-6.
9. Arab A, Scuto I, Ziegler C, Flechtenmacher C, Hofele C. A large ameloblastic fibro-odontoma of the right mandible. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E34-7.
10. Takeda Y. Ameloblastic fibroma and related lesion: current pathologic concept. *Oral Oncology* 1999; 35: 535-540.

Dirección para correspondencia:

Fernando Álvarez González
Xochicalco Núm. 236
Col. Narvarte
Deleg. Benito Juárez
03020
México, D.F.
dr.fhero@hotmail.com