

## Ameloblastoma mandibular en varón de 19 años. Reconstrucción con injerto libre de cresta iliaca e implantes

Javier Mareque Bueno<sup>1</sup>, Santiago Mareque Bueno<sup>2</sup>, Jorge Pamias Romero<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Socorro Bescos Atín<sup>3</sup>, Pedro Huguet Redecilla<sup>4</sup>, Guillermo Raspall Martin<sup>5</sup>

- (1) Residente 5º año CMF Hospital Vall d'Hebrón  
 (2) Odontólogo. Fellow Periodontics NYU  
 (3) Médico Adjunto servicio CMF Hospital Vall d'Hebrón  
 (4) Médico adjunto servicio Anatomía Patología. Hospital Vall d'Hebrón  
 (5) Jefe de servicio CMF Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

### Correspondencia:

Dr Javier Mareque Bueno

Secretaría servicio Cirugía oral y maxilofacial 8º centro  
 Hospital Universitario Vall d'Hebrón  
 Pg de la vall d'Hebrón 119-129 08035 Barcelona  
 E-mail: 36984jmb@comb.es

Recibido: 30-10-2005

Aceptado: 21-05-2006

Mareque-Bueno J, Mareque-Bueno S, Pamias-Romero J, Bescos-Atín MS, Huguet-Redecilla P, Raspall-Martin G. Ameloblastoma mandibular en varón de 19 años. Reconstrucción con injerto libre de cresta iliaca e implantes Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:55-7.  
 © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - Revista impresa ISSN 1698-4447

Originally cited as: Mareque-Bueno J, Mareque-Bueno S, Pamias-Romero J, Bescos-Atín MS, Huguet-Redecilla P, Raspall-Martin G. Mandibular ameloblastoma. Reconstruction with iliac crest graft and implants. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:E73-5.

Full article in ENGLISH - Online ISSN 1698-6946;

URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v12i1/medoralv12i1p73.pdf>

### Indexed in:

Index Medicus / MEDLINE / PubMed  
 EMBASE, Excerpta Medica  
 SCOPUS  
 Index Medicus Español  
 IBECS

### RESUMEN

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno. El plan de tratamiento en pacientes jóvenes sigue siendo controvertido. Describimos un caso clínico de un varón joven tratado en nuestro servicio y revisamos los diferentes enfoques de este tipo de lesiones, que a día de hoy sigue sin estar claramente definido.

**Palabras clave:** Ameloblastoma, reconstrucción, jóvenes.

### ABSTRACT

The ameloblastoma is a benign odontogenic tumor. The treatment planning in young persons is still not clear. We describe a case report of a young boy who was treated in our unit and we review the different approaches for this type of lesions, which nowadays still not clear in this patients.

**Key words:** Ameloblastoma, reconstruction, young

### INTRODUCCION

El ameloblastoma mandibular es un tumor odontogénico benigno que se desarrolla a partir de los componentes residuales del órgano del esmalte (restos epiteliales de Mallasez), descrito inicialmente por Falkson en 1879. Posteriormente Mallasez introduce el término "adamantioma" y fue Churchill en 1934 quien lo denominó tal y como lo conocemos hoy en día (1).

Es un tumor de crecimiento lento, agresivo localmente y capaz de causar grandes deformidades faciales. Posee una alta tasa de recidiva debido a su capacidad de infiltrar el hueso trabecular. Las formas malignas dan metástasis de forma excepcional (2). Suponen aproximadamente tan solo el 1% de los tumores del te-

ritorio maxilofacial (3), pero son las neoplasias odontogénicas más frecuentes (4). La mayoría de los casos se localizan en cuerpo y ángulo de la mandíbula, siendo infrecuentes su localización en el maxilar superior donde su pronóstico es mucho peor dada la mayor infiltración que presentan en el hueso trabecular de esta localización anatómica.

Existen 6 subtipos histológicos: folicular, plexiforme, acantomatoso, células granulosas, células basales y desmoplásico; que pueden aparecer de forma aislada o combinadas y que carecen de valor pronóstico. Asimismo se identifican tres patrones macroscópicos: sólido o multiquistico, unquistico y periférico, esta división si que puede tener valor pronóstico (5).

Generalmente la edad de presentación es a partir de los 30 años en los sólidos y antes de los 20 años en los unicísticos, existiendo una diferencia de 20 años en el pico de incidencia.

### CASO CLINICO

Varón de 19 años remitido a nuestro centro tras biopsia compatible con gran ameloblastoma mandibular. Se realizó una PAAF que informó de ameloblastoma con ausencia de células malignas y de atipias.

Se realizaron pruebas de imagen mediante OPM (fig 1) y TC (fig 2 y 3), que fueron informadas como lesión quística compatible con ameloblastoma que erosionaba ambas corticales en el hemicuerpo mandibular izquierdo, con rechazo del nervio dentario hacia la parte más caudal de la lesión. La lesión englobaba desde la pieza 3.4 hasta la 3.7.

Fue intervenido bajo anestesia general realizándose exéresis de la lesión, el aspecto macroscópico de la lesión fue el de un ameloblastoma unicístico. El margen lingual de la lesión no presentaba un límite óseo claro por la lisis de la cortical a dicho nivel. El nervio dentario inferior pudo ser liberado, encontrándose rechazado inferiormente, y se realizó la exodoncia de las piezas 3.4 al 3.7 y legrado de la cavidad. Se colocó una placa de reconstrucción como refuerzo y para fijar el injerto óseo de cresta iliaca en onlay junto con concentrado de PRP y una membrana de fibrina.

El resultado del estudio histopatológico fue de ameloblastoma unicístico folicular con transformación quística parcial, sin atipias, sin signos de malignidad, márgenes libres, zona medial sin margen de seguridad. (fig 4)

Se realizó un TC postoperatorio de control a los 4 meses mostrando la consolidación del injerto, y se realizó otro TAC a los 8 meses mostrando una total integración del injerto sin hallazgos radiológicos de recidiva tumoral. (fig 5)

Tras 12 meses se reinterviene al paciente realizándose retirada de la placa de reconstrucción y colocación de 4 IOI Branemark en posición 3.4 a 3.7 con buena estabilidad primaria. Tras un periodo de 6 meses se realizó la segunda fase quirúrgica colocándose los pilares de cicatrización, toma de impresiones y realización de la prótesis provisional por el laboratorio. La figura 6 muestra la restauración definitiva en boca y la OPM definitiva.

Actualmente se cumplen más de 2 años de seguimiento radiológico, sin evidencia de recidiva.

Se ha realizado una cirugía de baja morbilidad, con una rehabilitación protésica óptima que ofrece una buena calidad de vida. El seguimiento debe continuarse anualmente hasta los 10 años.



Fig. 1. Ortopantomografía inicial.



Fig. 2. TC corte axial.



Fig. 3. TC corte coronal.

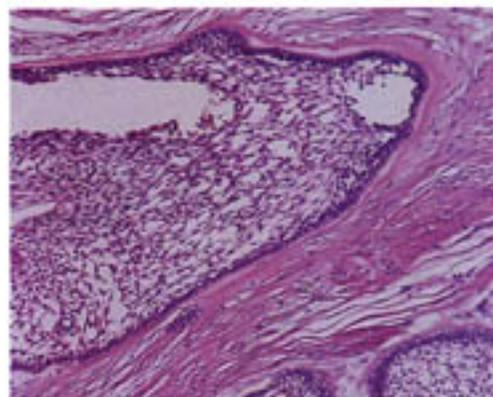


Fig. 4. Imagen histológica.



Fig. 5. TC postoperatorio a los 8 meses.

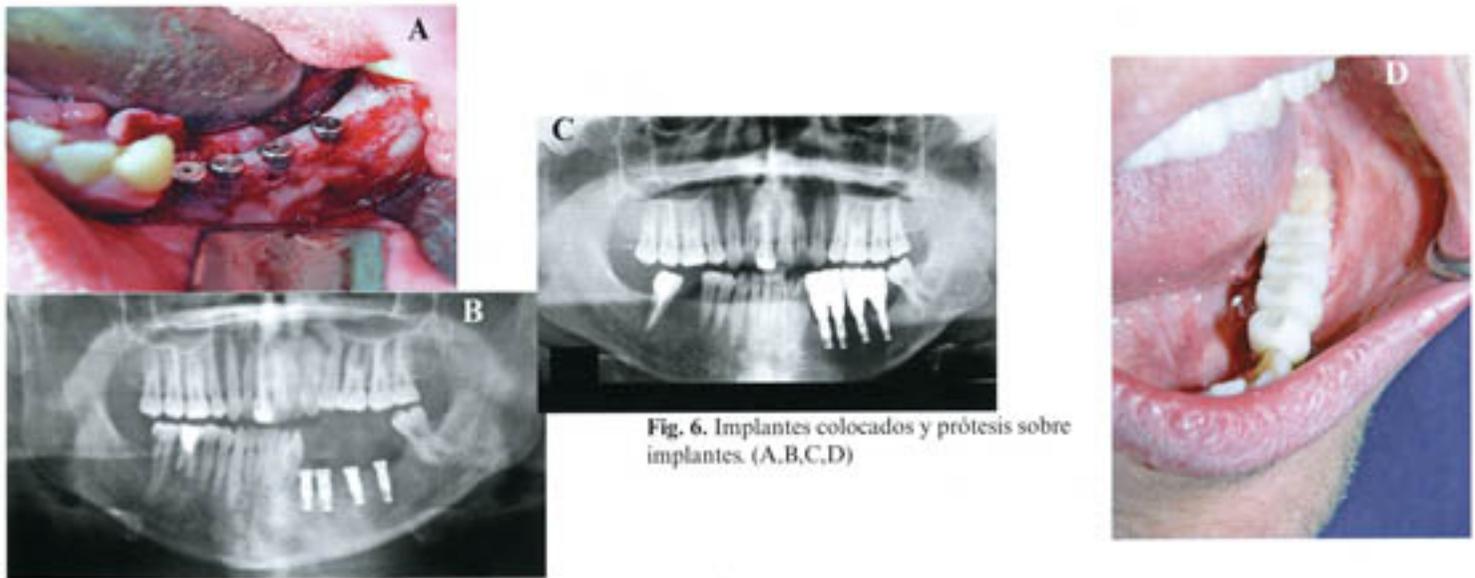


Fig. 6. Implantes colocados y prótesis sobre implantes. (A,B,C,D)

## DISCUSION

La actitud terapéutica ante el ameloblastoma ha sido y sigue siendo motivo de controversia. Existe dificultad para determinar la incidencia, el manejo o la tasa de recurrencia. No todos los ameloblastomas tienen el mismo potencial de destrucción o recidiva (6).

La capacidad de predecir la recidiva de un ameloblastoma previamente a la cirugía permitiría ajustar las medidas terapéuticas a las necesidades de cada caso, consiguiendo así disminuir la tasa de recidiva sin aumentar la morbilidad de la cirugía, la extensión de la resección mandibular ante los ameloblastomas ha sido un tema debatido durante años en la literatura, parece que en el manejo de niños hay algo más de consenso dado el impacto psicológico de una resección agresiva y sobre el crecimiento y la función dándole un enfoque más conservador.

Los determinantes del comportamiento biológico serían (7):

1 Localización: 75% en mandíbula, los maxilares mucho peor pronóstico por ser un hueso más esponjoso que facilita la diseminación del tumor, ausencia de la "contención" que ejerce el hueso mandibular más cortical.

2 Patrón arquitectural: de la lesión sí tiene valor pronóstico, así el uniuquístico y periférico poseen mejor pronóstico que el multiuquístico o sólido.

El patrón histológico carece de valor pronóstico, salvo en los subtipos de uniuquísticos.

El uniuquístico se presenta entre los 16 y los 20 años y el multiuquístico en mayores de 30 (8). Generalmente el uniuquístico presenta una imagen unilocular asociada a un cordal incluido (9) severamente desplazado y ocasionalmente presenta una imagen multilocular en la zona premolar. Se ha demostrado menores tasas de recurrencia (15-48%) en los ameloblastomas uniuquísticos.

Histológicamente posee características quísticas delimitadas por una capa de epitelio ameloblástico, y se pueden diferenciar tres subtipos de ameloblastomas uniuquísticos:

intraluminal, plexiforme (en donde la enucleación se considera el tratamiento de elección) y el mural que requiere una resección marginal, ya que parece tener un comportamiento algo más agresivo con mayores tasas de recidiva.

La imagen multilocular del caso podría hacer pensar en un sólido, pero ante la edad del paciente y el aspecto macroscópico de la lesión se decidió una cirugía conservadora con exéresis de la lesión y márgenes.

Dada la localización mandibular se decidió esta opción ante la posibilidad de una nueva resección o una cirugía más agresiva en caso de recidiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. J. Philip Sapp JP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2 ed. Madrid: Elsevier;2005.
2. Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma. Current status of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996 Apr;81(4):383-8.
3. Gardner DG. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996 Dec;82(6):660-9.
4. Kahn MA. Ameloblastoma in young persons: a clinicopathologic analysis and etiologic investigation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989 Jun;67(6):706-15.
5. Gardner DG, Pecak AM. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer.* 1980 Dec 1;46(11):2514-9.
6. Rosenstein T, Pogrel MA, Smith RA, Regezi JA. Cystic ameloblastoma-behavior and treatment of 21 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001 Nov;59(11):1311-6.
7. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma. A clinicopathologic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985 Dec;60(6):624-30.
8. Al-Khateeb T, Ababneh KT. Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Jan;61(1):13-8.
9. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Jan;93(1):13-20.