El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia

Di Cosola M*, Turco M*, Bizzoca G*, Tavoulari K*, Capodiferro S*, Escudero-Castaño N**, Lo Muzio L***

RESUMEN

Mediante una serie de casos de ameloblastomas, tumores odontogénicos de origen epitelial, valoraremos los hallazgos histológicos y radiográficos más comunes, su sintomatología más frecuente, y estimaremos la variación de su prevalencia en función de la edad del paciente, sexo, localización de la lesión, etc. A su vez destacaremos los principales factores de riesgo y clasificaremos los distintos tratamientos en función de su histología, clínica y tipo de lesión.

Palabras clave: Ameloblastoma sólido-multiquístico, ameloblastoma monoquítico.

Fecha de recepción: Febrero 2007.
Aceptado para publicación: Marzo 2007.

* Departamento de Odontología y Cirugía, Universidad de Bari, Italia.
** Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial, Universidad Complutense de Madrid, España.
*** Departamento de Patología Oral, Universidad de Foggia, Italia.

Di Cosola M, Turco M, Bizzoca G, Tavoulari K, Capodiferro S, Escudero-Castaño N, Lo Muzio L. El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Av. Odontoestomatol* 2007; 23 (6): 359-365.

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor odontogénico relativamente raro, descrito por primera vez en el año 1968 por Broca, y denominado por Churchill en 1934.

De acuerdo con Larsonn y Almeren (1), su incidencia es de 0,6 casos por millón, mientras que Shear y Singh (2) encontraron una incidencia de 0,31 casos por millón en la población blanca de Witwatersrand en Sudáfrica. Entre el año 1975 y principios de los '80, el concepto de ameloblastoma se desarrolla en tres formas clínicas e histológicas diferentes (3-4): sólido-multiquístico, monoquístico y periférico.

Reichart y Philipsen (5), en el análisis de las tres entidades mencionadas anteriormente, la etapa media en la que se desarrolla el ameloblastoma es de 36 años. Gardner criticó esta revisión (6), calculando los 39 años como la media de edad de aparición del ameloblastoma sólido multiquístico, 22 para el ameloblastoma monoquístico y 51 para el ameloblastoma periférico. Según Reichart no se encontraron diferencia de incidencia entre los dos sexos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre el año 1990 y 2006 fueron identificados en el departamento de Odontología y Cirugía de la univer-

sidad de Bari, en Italia, diez casos de ameloblastoma (10). Fueron clínicamente evaluados y clasificados clínica, histológica y radiográficamente, basándonos en el criterio citológico de Vickers y Gorlin (21) y en las directrices de la organización mundial de la salud (25).

Además fueron evaluados algunos datos clínico-patológicos como la edad, sexo, lugar y dimensiones de la lesión, síntomas primarios y secundarios y características y aspectos radiográficos; además de la posible presencia y entidad de la relación recurrente de la naturaleza de las lesiones que fueron examinadas. La localización del tumor fue medida mediante radiografías panorámicas, teniendo en cuneta su diámetro mesio-distal y apico-oclusal.

También evaluaremos el tipo de tratamiento a través de un seguimiento entre 1 y 15 años, en función de la histología, clínica y patología del tipo de lesión.

RESULTADOS

Frecuencia

En el presente estudio se identificaron 10 casos de ameloblastoma. En función de la clasificación histológica (25) hallamos: 8 ameloblastomas sólidos multiquísticos y 2 uniquísticos.

Sexo y edad

La edad media de todos los pacientes, durante el diagnóstico, fue de 39,6 años. La relación hombre/mujer se calculó en todo el grupo con un resultado de 1,4:1, con una incidencia de ameloblastomas sólidos de 1,4:1 y 1,25:1 de ameloblastomas monoquísticos.

Todos los pacientes eran de raza caucásica y de nacionalidad italiana.

Lugar de distribución

Se detectaron 9 casos localizados en mandíbula y uno en maxilar superior. La razón entre el maxilar y la mandíbula fue de 9:1. En siete casos el ameloblastoma se situó tercio maxilar posterior, incluyendo el área de molares y las estructural distales a éstos. En tres de los casos de tumor se encontró en el área anterior y media del hueso maxilar, por tanto en la región del primer molar.

Analizando los tres tipos histológicos por separado encontramos que siete de los ocho casos del ameloblastoma sólido fueron localizados en la mandíbula, uno de ellos en el tercio posterior, y uno en el maxilar.

Todos los ameloblastomas monoquísticos (2) se localizaron en el tercio posterior de la mandíbula.

Localización del tumor

Las dimensiones mesiodistales del ameloblastoma, en todos los pacientes, fueron superiores a 2,5 cm (Figs. 1-3).

Síntomas

Fueron documentados síntomas en todos los casos: el síntoma principal en ocho de los pacientes fue una inflamación indolora de los maxilares, dos de los casos

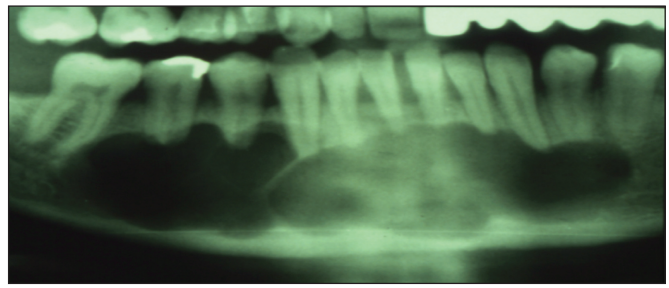

Fig. 1.

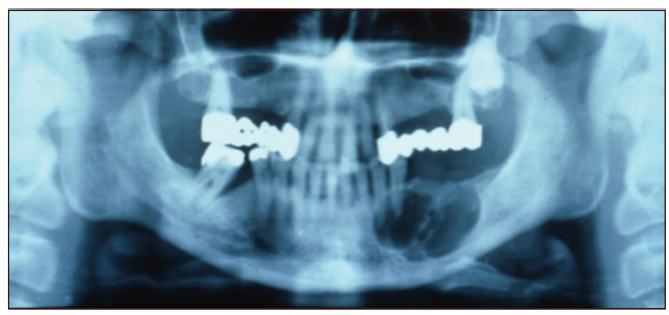

Fig. 2.

Fig. 3.

estuvieron acompañados de dolor. En cuatro de los casos de observó una disminución del volumen de la sesión hasta su hospitalización; en un solo caso, el dolor fue el único síntoma. En dos pacientes se observó rizolisis. Sólo en un caso se observó parestesia como síntoma secundario. En dos casos se hallaron úlceras no dolorosas sobre la mucosa oral (Fig. 4). En cuatro casos el descubrimiento de las lesiones fue casual, después de la interpretación radiográfica realizada con otros objetivos médicos. La media temporal entre su presentación y su diagnóstico fue de 9,7 meses.

Hallazgos radiográficos

El aspecto radiográfico en ocho de los casos fue multióptico y en 2 de ellos fue monóptico. En el caso del ameloblastoma maxilar se observó la opacidad del seno maxilar.

Hallazgos histológicos

El diagnóstico histológico y la clasificación basada en criterios actual (25) nos permite identificar ocho

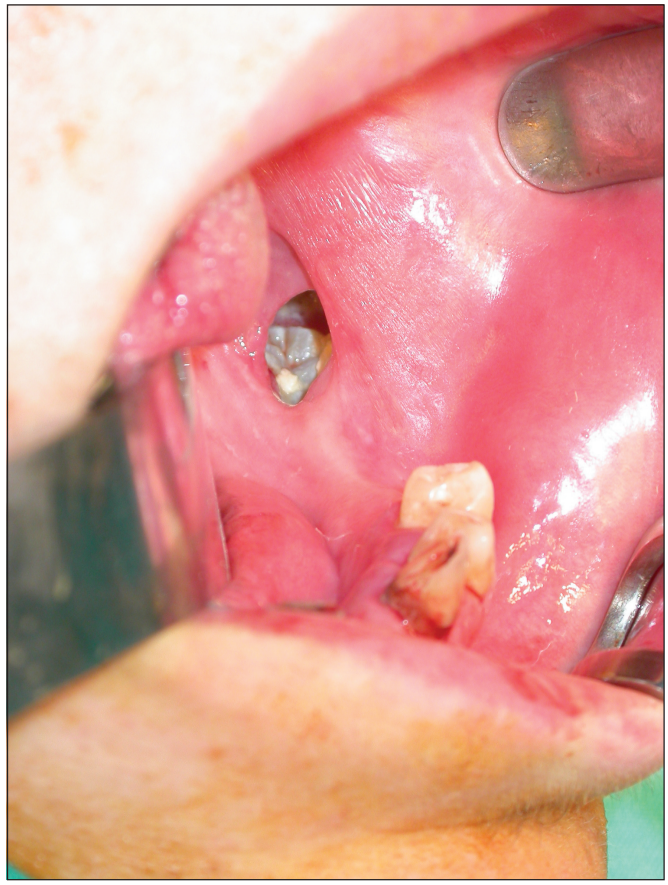

Fig. 4.

ameloblastomas sólidos multiquísticos. Cuatro casos de ameloblastoma sólido folicular (50%), dos de plexiforme (25%), un caso de acantomatosis (12,5%) y uno mixto (12,5%). A través de la clasificación de Ackerman fueron reconocidos dos tipos de ameloblastomas monoquísticos: uno de tipo III (50%) y otro de tipo II (50%).

Tratamientos y recidivas

Los casos fueron divididos en tres grupos basándose en la entidad clínica (multiquístico o monoquístico) y en el tratamiento recibido (conservador o radical):

— Grupo 1: Ameloblastoma multiquístico tratado con terapia conservadora (casos desde el 1 hasta el 6).
— Grupo 2: Ameloblastoma multiquístico tratado con terapia radical (casos 7 y 8).

— Grupo 3: Ameloblastoma monoquístico tratado con terapia conservadora (casos 9 y 10).

La terapia quirúrgica conservadora incluye la enucleación, curetaje, cauterización eléctrica, escisión y puntos de sutura. La terapia quirúrgica más agresiva, a su vez, incluye una resección total o segmentada de la mandíbula circunscribiendo los márgenes de seguridad.

En el análisis del primer grupo (6 pacientes) se mostraron 3 casos de recurrencia. El promedio temporal entre el tratamiento y la recurrencia del ameloblastoma fue de 3,5 años (rango 4 meses - 10 años). Dos de los tres casos fueron tratados de nuevo con una terapia conservadora.

Uno de los casos tratados por recurrencia consistió en la resección mandibular sin continuidad inferior y un autoinjerto de la zona no afectada.

El Segundo grupo, compuesto por dos pacientes con ameloblastoma sólido, fueron tratados con terapia radical. En este grupo el único caso de recurrencia se observó después de cinco años, a pesar de la realización de una resección mandibular con una solución de continuidad del borde inferior diagnosticada y tratada incluyendo márgenes de seguridad.

El tercer grupo, constituido por dos pacientes con ameloblastomas monoquísticos fueron tratados inicialmente de forma conservadora. La recurrencia de este tipo de ameloblastomas tiene un promedio de aparición de 3.5 años. En este grupo sólo se halló un caso de recurrencia. Reconstruyendo su historia terapéutica recibió: en primer lugar una terapia conservadora, en su recurrencia se realizó una resección con una solución de continuidad del borde inferior, necesaria para el éxito del tratamiento.

Factores de riesgo clínicos e histológicos para la recurrencia de aparición del ameloblastoma

El primer grupo (casos del 1 al 6), tres de los seis pacientes presentaban recurrencia con unas dimensiones mayores de 2 cm en el momento de la hospitalización, y uno de ello presentaba dimensiones inferiores a 2 cm en el momento de la hospitalización.

En el segundo grupo (casos siete y ocho), una de las dos lesiones presentaba dimensiones mayores de 3 cm en el momento de la hospitalización.

En el grupo de los ameloblastomas monoquísticos (los casos nueve y diez) se observó una única recurrencia con un tamaño mayor a 3 cm en el momento de la hospitalización. Por cada localización, en el primer grupo hallamos sólo tres recurrencias de un total de seis pacientes destacando una localización anterior y media en el hueso maxilar, mientras las tres lesiones restantes presentaban recurrencias en el tercio posterior. En el segundo grupo solo existían lesiones localizadas en el tercio posterior.

En el grupo de los ameloblastomas monoquísticos, hallamos una recurrencia localizada en el área posterior de la mandíbula.

DISCUSIÓN

El ameloblastoma, estadísticamente, se desarrolla con mayor frecuencia en la región molar y en la rama mandibular; si se hallase en la mandíbula sería común localizarlo en la región molar, aunque en algunos casos también se podría desarrollar en el seno maxilar

El 80% de los casos de ameloblastoma son de tipo sólido multiquístico y el resto, el 20%, son monoquísticos.

Estos datos difieren frente a los estudios de Reicharts (5), que estiman que el 51% de la incidencia de lesiones son de tipo sólido-multiquística y el 49% uniquísticos. Esta discrepancia puede ser determinada solamente por un pequeño número de pacientes incluidos en nuestro estudio. Desde la sugerencia de un acuerdo entre el análisis de nuestros caso con los de Kramer y Regezi hasta los de Kramer de 1963 (11), no hallamos ninguna correlación entre los síntomas clínicos, el comportamiento biológico y el subtipo histológico. Según Reichart (5) el tipo histológico más habitual es la lesión folicular comparada con el 33,9 % que propone la literatura.

De acuerdo con los artículos de Shaw y Katsikas (26) ninguno de sus casos se trató con quicio u radiote-

rapia, las cuales están solo indicadas en casos que presentaban los tumores titulares tras la resección de una lesión o tras la terapia paliativa.

En los casos de resecciones radicales de las lesiones del maxilar superior se advierte, debido a la osteoarquitectura esponjosa del maxilar, una mayor facilidad de difusión del tumor al seno etmoideo, fosa pterigoidea, fosa temporal y base del cráneo (21,25). En nuestro estudio ha aparecido un caso de ameloblastoma localizado en el maxilar superior, el cual fue tratado anteriormente con cirugía conservadora. La recurrencia fue hallada en pacientes mayores de 65 años, par alas que este tipo de terapia fue elegida por el limitado plazo de vida que les queda; aunque, para los pacientes jóvenes o pediátricos se propone un planteamiento más conservador.

Considerando que el tratamiento conservativo del hueso maxilar presenta recidiva en un 100% de los casos y una media de mortalidad del 60% (26-28-32), sería importante que los pacientes con esta patología tuviesen un seguimiento de por vida a través de la tomografía computarizada (CT) y con tomografía de resonancia magnética (MRT). El tratamiento del ameloblastoma es quirúrgico, pero aun no ha sido establecido a través de ninguna a través de un acuerdo adecuado. La decisión de usar un planteamiento más conservador o radical depende de una serie de factores tales como: 1) las dimensiones y la localización de la lesión, 2) la media de crecimiento y la relación con otras estructuras cercanas, 3) el tipo histológico, 4) las características clínicas de la lesión recurrente, 5) las condiciones de salud general y la edad del paciente (14). Entre esta serie de factores el factor histológico juega un papel decisivo: el ameloblastoma sólido multiquístico y el ameloblastoma monoquístico intramural, subtipo III de Ackerman, se tratará con tratamientos radicales, con la resección de 1-2 cm de hueso sano (12-15-17), aunque no todos los autores hallaron un alto porcentaje de recurrencias después de un tratamiento conservador en estos tipos (5). Por el contrario, el ameloblastoma monoquístico intraluminal rara vez recurre tras una terapia conservadora, sólo el 10 % de acuerdo con Leider (15), Eversole (16), Gardner (17) y 13,7% de acuerdo con Reichart (5).

Por tanto, el planteamiento conservador es conveniente en los casos en los que no existiese un quiste no invasivo y no proliferativo. La localización de esta lesión parece influir en el riesgo de recurrencia del ameloblasto localizado en el tercio posterior de la mandíbula.

CONCLUSIÓN

Concluimos en que éste producto desde nuestra experiencia, es útil para un eficaz programa de tratamiento, teniendo en cuenta numerosas variables que influyen en su patología e indicaciones halladas en la literatura.

Creemos que el instrumental del examen para esta fase diagnóstica (rayos-X, CT o MRT) son esenciales; mientras que métodos como la biopsia de la lesión son ineficaces porque normalmente no dan una visión general del tumor y pueden guiarnos hacia un diagnóstico erróneo. Por lo tanto pensamos que sería aconsejable, considerando: el lugar y extensión de la extensión de la lesión, la edad y estado general del paciente, para eliminar la lesión de una forma más conservadora el primer paso será el quirúrgico, y en función al aspecto histológico, valoraremos una posible resección radical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larsson A Ê, Almeren H. Ameloblastoma of the jaws. An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish Cancer Registry during 1958-1971. Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica (A) 1978;86:337-49.

2. Shear M, Singh S. Age-standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Witwatersrand, South Africa. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1978; 6:195-9.

3. Gardner DG, PecË sak AMJ. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. Cancer 1980; 46:2514-9.

4. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. Cancer 1977;40:2278-85.

5. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological prole of 3677 cases. Oral Oncology, European Journal of Cancer 1995; 31B:86-99.

6. Critique of the 1995 review by Reichart et al.$ of the biologic erole of 3677 ameloblastomas D.G. Gardner Oral Oncology 1999;35:443-9.

7. Khan MA: Ameloblastoma in young persons: A clinicopathologic analysis and etiologic investigation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984; 67:706.

8. Eversole LR, Leider AS, Strub D. Radiographic characteristics of cystogenic ameloblastoma. Oral Sug Oral Med Oral Pathol 1984;57:572-7.

9. Gardner DG: Plexiform unicystic ameloblastoma: A diagnostic problem in dentigenous cysts. Cancer 1981; 47:1358.

10. Struthers P, Shear M: Root resorption by Ameloblastomas and cysts of the jaws. Int J Oral Surg 5:128, 1976.

11. 258 Kramer IR. Ameloblastoma: a clinicopathological appraisal. Br J Oral Surg 1963;1:13-28.

12. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. J Oral Surg 1978;36:771-8.

13. Ackerman GL, Altini M, Shear M: The unicystic ameloblastoma: A clincopathological study of 57 cases. J Oral Pathol 1988;17:541.

14. HP Philipsen A, PA Reichart BH. Nikai CT. Takata CY. Kudo. Review Peripheral ameloblastoma: biological role based on 160 cases from the literature. Oral Oncology 2001; 37:17-27.

15. Ueno S, Nakamura S, Mushimoto K, Shirasu R. A clinicopathologic study of ameloblastoma. Journal Oral Maxillofacial Surgery 1986;44:361-5.

16. Waldron CA, El-Mofty SK. A histopathologic study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1987;63:441-7.

17. Rick G, Howell F, Pindborg J. The peripheral Ameloblastoma: a clinicopathologic study of 18 cases. Journal Oral Pathology 1985;14:85.

18. Niccoli-Filho W, Gomes da MGME, Raldi FV, Seraidarian PI. Peripheral ameloblastoma. Journal Nihon University School of Dentistry 1997;39:34-7.

19. Buchner A, Sciubby JJ. Peripheral epithelial odontogenic tumors: a review. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1987;63:688-97.

20. Nauta JM, Panders AK, Schoots CJF, Vermey A, Roodenburg JLN. Peripheral ameloblastoma. A case report and review of the literature. International Journal Oral Maxillofacial Surgery 1992;21:40-4.

21. Vickers RA, Gorlin RJ. Ameloblastoma: delineation of early istopatologic features of neoplasia. Cancer 1970;3, 699-710.

22. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992.

23. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma. A clinopathologic analysis. Oral Sug Oral Med Oral Pathol 1985;60:624-30.

24. Eversole LR, Leider AS, Strub D. Radiographic characteristics of cystogenic ameloblastoma. Oral Sug Oral Med Oral Pathol 1984;57:572-7.

25. Eggert JH, Steinhauser EW. Besonderheiten der Oberkiefer-Ameloblastome Beobachtungen an 12 Fallen. Fortschr Kiefer Gesichtschir 1986;31:101-4.

26. Shaw HJ, Katsikas DK. Ameloblastoma of the maxilla. A clinical study with four cases. J Laryngol Otol. 1973;87:873-84.

27. Eichhorn T, Glanz H, Kleinsasser O. Ameloblastome des Oberkiefers. Bericht uber 6 Falle

und Literaturzusammenstellung. HNO 1982;30: 1-8.

28. Batsakis JG, Mclatchey KD. Ameloblastoma of the maxilla and paripheral ameloblastomas. Am Otol Rhinol Laryngol 1983;92:532-4.

29. Pilz G, Nitzschke M. Uber die Spatrezidivierung der Ameloblastome. Stomatol DDR 1979;29: 107-11.

30. Sandler KA, Novo RM, Rudner BE. A study of ameloblastoma- age, sex, location statistics. NY State Dent J 1983; 49: 682-4.

31. Young DR, Robinson M, Ameloblastoma in children: report of a case. Oral Sug Oral Med Oral Pathol 1962; 15: 1155-62.

32. Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW, Gerold FP, Willis GW. Proceedings: Ameloblastoma of maxilla and mandible. Cancer 1974; 33: 324-33.

33. Menakanit W. Ameloblastoma of the jaw: a 10 year analysis (1966-1975). J med Assoc Thai 1979; 62: 6-9.

34. Gardner DG. A pathologyst's approach to the treatment of ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 1984; 43: 161-6.

35. Philipsen HP, Reichart PA. Revision of the 1992 edition of the WHO histological typing of odontogenic tumors. A suggestion. J Oral Pathol Med 2002;31:253-8.