

AMELOBLASTOMA MANDIBULAR UNQUISTICO*

SINGLE CYSTIC MANDIBULAR AMELOBLASTOMA

Mario Gutiérrez A. ** Alfredo Santamaría C.***

RESUMEN

El caso clínico de un paciente portador de un Ameloblastoma Mandibular de un año de evolución es analizado desde su ingreso con un diagnóstico de una lesión vascular mandibular. Se hace una breve revisión de los aspectos más relevantes de este tumor odontogénico, sus características clínicas, radiológicas, histológicas y el diagnóstico diferencial con otras lesiones que afectan a los maxilares.

Palabras Claves: Ameloblastoma, Tumores Odontogénicos.

SUMMARY

The Clinical case of a patient with a Mandibular Ameloblastoma, of one years evolution is analyzed from his admission with a diagnosis of a mandibular vascular lesion. The most relevant aspects of this Odontogenic Tumor its clinical, radiological characteristics, as well as the differential diagnosis with other lesions that affect the jaws, are briefly reviewed.

Key Words: Ameloblastoma, Odontogenic Tumors.

INTRODUCCIÓN

El Ameloblastoma es una neoplasia benigna, localmente invasora y constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso. Se le conoce también como Adamantinoma y representa el 1% de los tumores y quistes de los maxilares. Es un tumor odontogénico, es decir, originado en el tejido que forma las piezas dentarias⁽¹⁾. Se le describe como un tumor que generalmente es unicéntrico, no funcional, que crece en forma intermitente, expandiendo las corticales, más frecuente en la mandíbula y en relación con dientes o molares retenidos. Se diagnostica con mayor frecuencia entre la segunda y cuarta década de vida y con una incidencia predominante en varones.

Patogénesis

Para entender la formación del Ameloblastoma debemos recordar las etapas de la odontogénesis, proceso formador de las piezas dentarias, siendo la más importante la que guarda relación con la invasión que sufre la lámina dental por células mesenquimatosas de la diferenciación celular de odontoblastos y ameloblastos que dejan restos epiteliales llamados "de Malassez". También se postulan como factores que lo originan: el epitelio de quistes odontogénicos (quistes dentígeros), células basales del epitelio superficial de los maxilares, disturbios del epitelio de desarrollo del órgano

*Trabajo presentado en la reunión Científica de la Sociedad Chilena de ORL, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello, Concepción, Octubre de 1998.

**Cirujano Máxilo Facial, Servicio de ORL, Hospital Regional de Concepción.

***Otorrinolaringólogo, Servicio de ORL, Hospital Regional de Concepción.

del esmalte y por último, epitelio heterotrópico de sitios extraorales, en especial la glándula pituitaria que migran a los maxilares^{2,3,4}.

Características clínicas generales

Predominan en varones, con edad promedio entre 20 y 40 años, casi el 80% se presenta en la mandíbula, con un 75% de ellos en la zona de molares y rama. El 20% en la maxila y su ubicación disminuye desde la región tuberal, seno maxilar y piso nasal^{1,6}.

Otros autores⁶ sostienen que la frecuencia es casi similar en ambos sexos y que este tumor puede aparecer a cualquier edad, pero sostienen que casi la mitad lo hace entre los 20 y 40 años. El ameloblastoma típico, comienza en forma silenciosa, como una lesión central del hueso maxilar, al que va destruyendo lentamente, pero no en el sentido literal, sino que lo expande y dependiendo de su agresividad y tiempo de evolución, puede perforarlo y exteriorizarse. No suele ser doloroso, excepto que se sobreinfecte por estar en relación a molares sépticos y, según la relación con agujeros de salida de ramas del V par, puede provocar alteraciones de la sensibilidad en el territorio inervado⁶. La clasificación clínica e histológica se puede apreciar en Tablas 1 y 2, y los diagnósticos diferenciales se establecen fundamentalmente con otros tumores odontogénicos (ver Tabla N° 3).

Características radiológicas

Clásicamente se le describe como una lesión de aspecto quístico, de morfología variable dependiendo del tipo de ameloblastoma, multi o unilocular. Son radiolúcidos y de límites irregulares, observándose un adelgazamiento y expansión de las corticales. La presencia de molares en inclusión ósea es muy frecuente y muchos ameloblastomas se pesquisan como hallazgos radiológicos al buscar molares incluidos que no han erupcionado⁷.

Ameloblastoma Uniquístico

Se localizan casi exclusivamente en la mandíbula, más de los 2/3 de las lesiones ocurren en la región de los molares y rama mandibular, a menudo asociados a molares no erupcionados de lento crecimiento, bien circunscritos radiológicamente y poco agresivos (10 a 18% de recurrencia con sólo curetaje quirúrgico). Microscópicamente son cavidades quísticas con proliferación mural o luminal de célu-

Tabla N° 1
Clasificación Clínica

- 1- Ameloblastoma Uniquístico
- 2- Ameloblastoma Multiquístico
- 3- Ameloblastoma Periférico
- 4- Ameloblastoma Maligno
- 5- Ameloblastoma Pituitario

Tabla N° 2
Clasificación Histológica

- 1- Foliculares
- 2- Plexiforme
- 3- Acantomatoso
- 4- Células granulares (caso clínico)
- 5- Células basales

Tabla N° 3
Diagnóstico Diferencial

- a- Tumor Odontogénico Calcificante,
- b- Fibroma Odontogénico
- c- Dentinoma
- d- Queratoquiste
- e- Quiste Dentígero
- f- Quiste Oseo Aneurismático

las tumorales preameloblásticas, los planos basales celulares son preameloblastos con núcleos hiperomáticos y pérdida del retículo estrellado^{2,6}. Mencionaremos solamente que a diferencia del uniquístico, el ameloblastoma sólido o multiquístico, es de mayor agresividad local, invadiendo estructuras vecinas. Han sido encontrados en el cuerpo, rama y sínfisis mandibular, son más sintomáticos y el pronóstico post cirugía no es bueno por su alta tasa de recidiva y el compromiso severo de estructuras adyacentes como la fosa pterigomaxilar, los senos paranasales, fosa infratemporal e incluso la fosa craneal media.

Tratamiento del Ameloblastoma

Es quirúrgico, individualizado para cada paciente. La técnica a emplear depende del: tipo de Ameloblastoma por biopsia, rango de crecimiento de la lesión, tamaño, localización, presencia de per-

terna y pérdida de lá externa con imagen de vascularización importante peri e intralesional.

La conclusión diagnóstica de este examen es: extensa lesión mandibular compatible con Quiste Oseo Aneurismático o Ameloblastoma (Fig.3). Se practica una nueva punción que arroja 10 cc. de sangre fresca por lo que se decide, considerando los antecedentes anteriores, solicitar una angiografía supraselectiva de la arteria maxilar interna derecha, con la cual el radiólogo interpretó que el tumor tenía alta vascularización por lo que procedió a la embolización de ésta.

Tratamiento

Se planifica un tratamiento conservador con un acceso intraoral, enucleación total del tumor y curetaje.

Durante el abordaje se accede de inmediato a una gran cavidad quística con escaso contenido serohemático en su interior, sin tabicamientos y con una gruesa cápsula que se confunde con fragmentos de cortical ósea. Se realiza un decolamiento de la cápsula desde el hueso residual que consta sólo de un fino marco que mantiene la forma de la rama en su periferia. Se ubica el tercer molar retenido y se elimina con tejido tumoral adherido (Fig.4).

EVOLUCIÓN

La evolución fue muy satisfactoria, con escaso edema, sin sangramiento, con recuperación del contorno facial y sin compromiso motor. El informe de la biopsia fue "Ameloblastoma mandibular único sin compromiso invasivo de la pared" (fig.5).

A los seis meses de operado, el control clínico (fig.6) y radiológico del paciente es excelente, sin secuelas, sin recidiva, con excursión mandibular óptima, mínima parestesia en región de la mucosa vestibular del cuerpo mandibular, y con Ortopantomografía de control con francos signos de remodelación del hueso en la rama. Se realiza también un cintigrama óseo que muestra claramente la actividad osteoblástica en la zona operatoria (figs. 7 y 8).

CONCLUSIONES

El manejo de este tumor odontogénico requiere, para su adecuado diagnóstico y tratamiento, de una correcta anamnesis que en la gran mayoría de los casos está directamente relacionada con molares retenidos. Es, por tanto, de rigor efectuar un completo examen clínico y radiológico que debe extenderse a todo el hueso mandibular y pesquisarlo lo más precoz posible a fin de evitar cirugías más complejas que pueden llegar a comprometer severamente la estética y la función mandibular. Estadísticamente los Ameloblastomas Uniquísticos tienen una baja incidencia de recidiva al ser tratados con enucleación y curetaje (10% estimado por Gardner a un 18% encontrado por Leider et al.), por lo que el uso de esta técnica con la biopsia previa adecuada, seguirá siendo a nuestro juicio la mejor alternativa en el tratamiento de este tumor que es propio de los huesos maxilares.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Raspall, G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello. Cap 19 pag 199 - 200. Salvat edn, 1986.
2. Spinazze, R. Ameloblastoma, comprehensive diagnosis and treatment University of Illinois, Chicago (Great rounds August 19 1996).
3. Becker, R; Morgenthau K; Patología de la cavidad bucal cap.13 pag. 20-211. Salvat edn, 1982.
4. Goffman, F. Texto de Cirugía plástica. Reconstructiva y Estética. Tomo I, cap. 14, 1986.
5. Guilbert, F; Chomette G; Aniol, M; Le Charpentier, E. Les Tumeurs bénignes et les Pseudo tumeurs des maxillaires. Rev. Stomatologie, Chir. maxillofac. Vol 94 4, pag. 204 - 205, 1993.
6. Williams, T; Management of Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg, vol. 5 1, pag 1064 - 1070, 1993.
7. Vedtofte P; Hjørring-Hansen E; Jensen, BN; Roed-Petersen; Conservative surgical treatment of mandibular ameloblastomas. B Int J Oral Surg vol 7 (3); pag. 156-161, 1978.
8. Isaksson G et al; Diagnosis and treatment of Unicyclic Ameloblastoma. Int J Oral Maxillofac Surg. Vol. 15 1 6 : pag 759-764, 1986.
9. Szewski D; Assael A; Ameloblastoma. Rev. Otorinolaring. 42; pag 55 - 57, 1982.

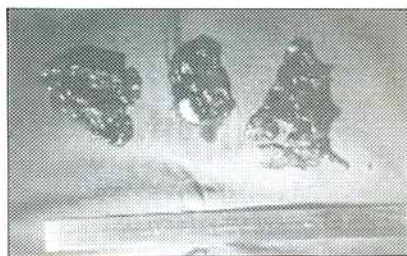


Figura 4. Tumor extraído con molar adherido a la cápsula.

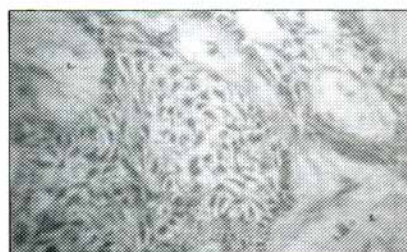


Figura 5. Imagen de biopsia. Se destaca la gran presencia de epitelio.

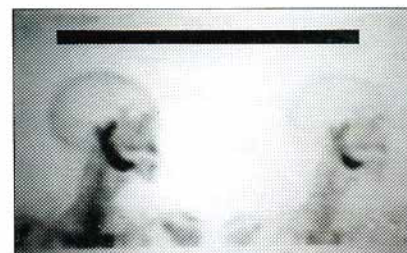


Figura 7. Ortropantomografía de control a los 7 meses. Remodelación ósea.

Exámenes complementarios

Hematológicos, perfil bioquímico y de coagulación dentro de límites normales. Radiográficos: La Ortropantomografía muestra una extensa lesión radiolúcida que se extiende en toda la rama mandibular derecha, dejando libres el cóndilo y parte de la apófisis coronoides y que se proyecta al cuerpo en casi 2 cm. se aprecia el tercer molar retenido. El resto de la estructura mandibular no presenta signos de compromiso por la lesión (fig. 2). Se solicita un Tomografía Axial Computada (TAC) de piso de boca con contraste que muestra una extensa lesión circunscrita a la rama mandibular que desplaza estructuras vecinas, no infiltrante, encapsulada con desplazamiento de la cortical in-



Figura 6. Control clínico a los 6 meses de operado.



Figura 8. Cintigrama óseo de control a los 7 meses. Fractura actividad Osteodística.

EXPERIENCIA CLINICA

Degloving mediofacial: experiencia clínica
Santamaría A, Ulloa JP, Arellano P, Urra A.
Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello
59:85-91, 1999

DEGLOVING MEDIOFACIAL; EXPERIENCIA CLÍNICA*

MEDIOFACIAL DEGLOVING, CLINICAL EXPERIENCE

Alfredo Santamaría C. **, J. Patricio Ulloa B. **, Pedro Arellano **, Alexis Urra B. **

RESUMEN

Se analiza nuestra experiencia desde el año 1992 a 1996, con esta versátil y útil vía de abordaje, publicada por primera vez por Casson en 1974, revisando las publicaciones más relevantes hasta la fecha.

Esta cirugía se realizó en 11 pacientes con tumores benignos y malignos de cavidades perinasales y rinofarinx, siendo el papiloma invertido la lesión más frecuente. Otras diagnósticos fueron: angiofibroma del rinofarinx, hemangiopericitoma del rinofarinx, adenocarcinoma tubulopapilar maxiloetmoidal y melanoma maligno mucoso maxilar.

Se analizan las indicaciones, detalles técnicos, ventajas, desventajas, complicaciones y alternativas para asociarlas a otras vías de abordaje.

Finalmente se propone como una técnica fácil, rápida, con pocas complicaciones, que puede estar al alcance del otorrino general que conozca las técnicas de rinoplastia, microcirugía y/o endoscopia de cavidades perinasales.

Palabras claves: Degloving mediofacial, papiloma invertido.

SUMMARY

The authors analyze their experience from the year 1992 to 1996, using this versatile and useful approach procedure, first published by Casson in 1974, and review the most relevant publications up to date.

This surgery is performed in 11 patients with benign and malignant perinasal cavities tumors, and rhinopharynx tumors, showing the inverted papilloma as the most frequent lesion. Other diagnoses are rhinopharynx angiofibroma, rhinopharynx hemangiopericytoma, maxilloethmoidal tubulopapillary adenocarcinoma, and mucous maxillary malignant melanoma.

The indications, technical details, advantages, disadvantages, and other alternative complications to associate them with other approach procedures are analyzed.

Lastly, it is suggested as a fast and easy technique, with few complications, that can be within the reach of the general ENT specialist that knows the microsurgery rhinoplastic techniques, and/or endoscopy of the perinasal cavities.

Key words: Mediofacial degloving, inverted papilloma.

*Trabajo presentado en el I-III Congreso Chileno de Otorrinolaringología, Viña del Mar, Noviembre de 1996.

**Médico otorrinolaringólogo, Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

La primera publicación en la literatura anglosajona de la técnica de degloving mediofacial fue hecha por Casson en 1974⁽¹⁾, pero según publicaciones posteriores de Maniglia⁽²⁾, Conley y Price⁽³⁾ y Allen y Siegel⁽⁴⁾, ellos ya usaban esta técnica desde la década del 60.

La primera indicación fue para remodelación facial en un caso de displasia osteofibrosa y luego para el abordaje de fracturas del tercio medio de la cara⁽¹⁾, seguido posteriormente por numerosas indicaciones (Tabla N° 1).

La indicación más frecuente en la actualidad es para la extirpación del papiloma invertido nasosinusal, seguido por angiofibroma nasofaríngeo.

Al abordar un papiloma invertido por esta técnica se obtiene una excelente exposición de toda la región maxilar, etmoidal y esfenoidal. Habitualmente luego de la extirpación macroscópica en block del tumor, se puede completar la revisión de la cavidad con la ayuda de un microscopio quirúrgico⁽⁵⁾ o endoscopio⁽⁶⁾, por la excelente visualización que estos aparatos permiten. Extensiones hacia el infundíbulo frontal obligan a combinar una incisión externa tipo Lynch, para eliminar una eventual extensión al o los senos frontales.

Esta técnica por sus ventajas (Tabla N° 2) actualmente es preferida por muchos cirujanos para el abordaje del angiofibroma nasofaríngeo^(7,8). Se realiza una maxilectomía medial ipsilateral, eventualmente bilateral, con o sin desplazamiento del tabique. No sólo se obtiene una excelente visualización directa del rinofarinx, sino que también se puede tener el control de la arteria maxilar interna extendiendo la disección lateralmente, hacia la fosa pterigomaxilar.

La experiencia ha confirmado la excelente vascularización de los tejidos del colgajo facial, ya que no se ha descrito necrosis de ellos a pesar de combinar el degloving con otros abordajes como el coronal, orbitario interno tipo Lynch, transpalatal y subtemporal.

Tabla N° 1

Indicaciones de degloving mediofacial.

INDICACIONES

- Maxilectomía medial
- Maxilectomía total, uni o bilateral, incluyendo exenteración orbitaria
- Fracturas mediofaciales
- Reparación de grandes perforaciones septales
- Abordaje de tumores rinofaríngeos
- Remodelación del maxilar superior en displasia osteofibrosa
- Corrección de disostosis craneofaciales
- Dermoseptoplastia (enfermedad de Rendu Osler Weber)

Tabla N° 2

Ventajas del abordaje por degloving mediofacial

VENTAJAS

- Acceso a lesiones de cavidad nasal, tabique, maxilar, etmoides, esfenoides, rinofarinx y clivus
- La exposición es igual o superior a los abordajes tradicionales que requieren incisiones faciales (rinotomía lateral)
- Se puede combinar con abordaje coronal, temporal, palatino y orbitario interno (Lynch)
- Se puede repetir sin mayor dificultad
- Excelentes resultados cosméticos y funcionales (no deja cicatrices visibles)
- Mínimas complicaciones postoperatorias

Técnica de abordaje

Se usa anestesia general, con tubo orotraqueal, previa infiltración con vasoconstrictor del surco gingival y nariz, al menos 10 minutos antes. Luego se procede con un abordaje sublabial bilateral (Fig.1), elevación de tejidos blandos en forma subperióstica hasta el reborde orbitario inferior, respetando el nervio infraorbitario. Se realizan incisiones endonasales: transfixión septocolumelar (Fig.2), incisión intercartilaginosa bilateral (Fig.3), liberación de los tejidos blandos del dorso nasal subperióticamente hasta la raíz nasal (Fig.4), incisión apertura piriforme bilateral, 2-3 mm. por delante de la válvula. Posteriormente se procede a la unión de las incisiones endonasales y sublabiales