



Revista Científica Odontológica

ISSN: 1659-1992

comite\_editorial@colegiodentistas.org

Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa

Rica

Costa Rica

Cordero-Loría, Ana Victoria; Solano-Bonilla, Lucrecia  
FIBRO ODONTOMA AMELOBLÁSTICO ASOCIADO A CANINO INFERIOR DERECHO  
IMPACTADO

Revista Científica Odontológica, vol. 11, núm. 1, enero-julio, 2015, pp. 30-33

Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324242282005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## FIBRO ODONTOMA AMELOBLÁSTICO ASOCIADO A CANINO INFERIOR DERECHO IMPACTADO

*AMELOBLASTIC FIBRO ODONTOMA ASSOCIATED WITH IMPACTED RIGHT LOWER CANINE*

**Cordero-Loría Ana Victoria**

Hospital Max Peralta, Cartago  
Costa Rica

**Solano-Bonilla Lucrecia**

Hospital Max Peralta, Cartago  
Costa Rica

Fecha de ingreso: 11.06.2015 / Fecha de aceptación: 22.06.2015

### RESUMEN

**Objetivo:** El fibro odontoma ameloblástico es una lesión que se definió recientemente en donde parece estar combinado con el odontoma compuesto, y que tiene características de un fibroma ameloblástico, pero su diferencia es que presenta tejido calcificado (dentina, esmalte), además del tejido conectivo laxo (pulpa dental). Son lesiones asintomáticas que se diagnostican durante un examen radiográfico de rutina, de gran crecimiento y destrucción, que puede ocasionar expansión del maxilar afectado. Se presenta en la primera y segunda década de vida, son tumores benignos encapsulados que se eliminan por escisión quirúrgica y curetaje. No tiende a recurrir y de excelente pronóstico. Se reporta un caso clínico de fibro odontoma compuesto asociado a un canino inferior derecho impactado. El procedimiento quirúrgico realizado se trató de la enucleación de la lesión mediante una biopsia escisional, se confirman los diagnósticos con los reportes histopatológicos.

### PALABRAS CLAVE

Fibro odontoma ameloblástico, odontoma compuesto, canino impactado, enucleación

### ABSTRACT

**Objective:** The ameloblastic fibro odontoma is an injury that was recently defined; it seems to be combined with the compound odontoma, with characteristics of an ameloblastic fibroma. The difference is that it presents calcified tissue (dentine, enamel), in addition to the laxa connective tissue (dental pulp). These are asymptomatic lesions diagnosed during routine radiographic examination; large and destructive, that can cause expansion of the affected maxillary. It presents itself in the first and second decade of life as encapsulated benign tumors that can be eliminated by surgical removal and curettage. Generally it does not tend to reoccur and it has an excellent prognosis. A case of ameloblastic fibro odontoma associated with an impacted lower right canine is reported. The surgical procedure was treated enucleation of the lesion by an excisional biopsy, confirming diagnoses with histopathological data.

### KEYWORDS

Ameloblastic fibro odontoma, compound odontoma, impacted canine, enucleation

## 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, (Takeda, et al., 2005); otros (Álvarez, et al., 2009), 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).

El FOA es un tumor odontogénico poco frecuente que afecta a personas jóvenes, sin predilección por género (Castellón, et al., 2013). Definido recientemente, en el cual el fibroma ameloblástico y el odontoma complejo parecen estar combinados en una lesión (Saap, et al., 1998).

El fibroma ameloblástico es descrito por Botero, et al., como una neoplasia benigna constituida por epitelio odontogénico, tumor odontogénico mixto, compuesto por tejido mesenquimal y epitelio odontogénico. Es un verdadero tumor bifásico histológico porque sus componentes epitelial y mesenquimal forman parte del proceso neoplásico. Suele ser más común en niños y adultos jóvenes entre la primera y la segunda décadas de la vida, con una media de edad de 14 años, a veces se presenta en pacientes mayores hasta una edad de 40 años, en la región premolar y molar mandibular, sin distinción de sexo (Botero, et al., 2013). Su crecimiento es lento, expansivo y asintomático, asociado a un diente retenido además de que puede producir expansión de corticales y migraciones dentarias (Reyes, et al., 2009). Por lo general, el hallazgo de este tipo de lesiones es incidental o durante revisiones radiográficas rutinarias (Álvarez, et al., (2009).

Sreenath G. et al., refiere que el fibro odontoma ameloblástico es relativamente raro, con una prevalencia cercana al 1% y su frecuencia entre los tumores odontogénicos que han sido reportados de entre 1% a 3% (Sreenath, et al., 2014).

Radiográficamente se presenta como zonas radiolúcidas multiloculares con expansión de las tablas corticales, por lo que es difícil diferenciarlo de otras lesiones de aspecto similar como el ameloblastoma, o el quiste dentígero cuando está asociado a un diente retenido (Botero, et al., 2013).

Histológicamente es una lesión encapsulada constituida por hebras y cordones delgados de células epiteliales odontogénicas cúbicas, tejido conjuntivo fibroso embrionario y epitelio odontogénico primitivo, simulando el retículo estrellado (Sreenath, et al., 2014). El fondo está formado por tejido conjuntivo embrionario que contiene fibroblastos orientados al azar y están ampliamente separados. A menudo, rodeando el componente epitelial de la lesión, se encuentran zonas de hialinización que a veces tienen asociadas áreas de calcificación focal. Se caracteriza por la proliferación de tejido epitelial y mesenquimático (Botero, et al., 2013).

La enucleación quirúrgica conservadora es el tratamiento de elección (Álvarez, et al., 2009). En el periodo de maduración, disminuye el riesgo de recidiva y mejora el

pronóstico. Consiste en realizar enucleación y curetaje ya que la lesión está bien encapsulada y se separa fácilmente de la cripta ósea que la rodea, sin embargo debido a que clínicamente el fibroma ameloblástico es de comportamiento impredecible, puede obligar a un tratamiento quirúrgico agresivo cuando el comportamiento local no es benigno, o estamos ante una lesión recidivante (Botero, et al., 2013). Existe un bajo porcentaje de recurrencia, las recidivas se presentan debido a una extirpación inicial incompleta de la lesión (Banihashem, et al, 2014); principalmente en lesiones multiloculares en las cuales existe un 18,3% de posibilidad de recidiva según Zallen et al., y por ello, el control postoperatorio debe mantenerse al menos durante 5 años.

Se reporta un caso clínico de fibro odontoma ameloblástico asociado a un canino inferior derecho impactado. El procedimiento quirúrgico realizado se trató de la enucleación de la lesión mediante una biopsia escisional, se confirman los diagnósticos con los reportes histopatológicos.

## CASO CLÍNICO

Se valora en el Servicio de Odontología, Hospital Max Peralta en Cartago, paciente de sexo masculino de 14 años de edad, estudiante de octavo año de secundaria, con domicilio en Cartago, Costa Rica.

Su queja principal es: "Quiero acomodar mis dientes pero debo sacar un diente que no salió".

No refiere contraindicaciones sistémicas y no hay antecedentes patológicos familiares que interfieran con el tratamiento. Tampoco reporta alergia a medicamentos ni a alimentos. No hay historia médica quirúrgica.

Exploración clínica dental: Se observa ausencia tanto de canino temporal inferior derecho como de su sucedáneo, además de una leve expansión de la cortical ósea mandibular del lado derecho. El estado general del resto de las piezas dentales y tejidos adyacentes es aceptable.

Exploración extraoral: Normal

Exámenes preoperatorios:

Tanto la radiografía Panorámica (Figura 1) como la Cefalométrica (Figura 2), evidencian la presencia de una zona radiopaca en el lado inferior derecho de la mandíbula, que sugiere ser un odontoma compuesto y que retiene el canino permanente (pieza dental 4.3). Caries en distal de segundo premolar inferior derecho.

Los exámenes de laboratorio muestran resultados dentro de parámetros normales.

El consentimiento informado, para realizar el procedimiento dental quirúrgico es firmado por la madre, por tratarse de un menor de edad.

Una vez programada la cirugía oral (mayo 2014), se procede a utilizar anestesia local LIDOCAINA 2% con epinefrina 1:80000; para realizar una incisión marginal papilar, con relajante vestibular en el lateral inferior derecho y hasta el segundo premolar inferior del mismo lado; se levanta el colgajo mucoperiósteo, donde se observa leve levantamiento de la cortical, la osteotomía se realizó con

cureta, porque se presenta una pequeña lámina de cortical vestibular que fácilmente se desprende, mostrando los dentículos muy bien definidos (Figura 3), posteriormente se logra hacer la remoción controlada y progresiva del tumor y de dichos dentículos, éstos últimos con morfología muy semejante a piezas dentales en miniatura. La extracción del 4.3 impactado se logra mediante odontosección, donde se extrae primero la corona clínica, logrando hacer espacio para traccionar y extraer fácilmente la raíz del mismo. Se logran contar 108 dentículos sin tomar en cuenta los adheridos en la cápsula fibrosa (Figura 4), que se separa fácilmente de la cripta ósea que la rodea. Se limpia la zona completamente y se cierra la herida con seis puntos de seda tres ceros. Se envía el espécimen a estudio histopatológico.

Se dan indicaciones postoperatorias y se recetan antibióticos: Amoxicilina 500mg #21 tabletas vía oral una cada ocho horas y analgésicos-antinflamatorios: Ibuprofeno 400mg #21 tabletas vía oral una cada ocho horas.

Se programa cita para control clínico y remoción de sutura a los ocho días. Al término de ese tiempo se observa buena evolución y no se evidencian reacciones adversas.

Resultado de biopsia: Fibro odontoma Ameloblástico (Figura 5).

En la radiografía de control posoperatorio, 7 meses después, con fecha de diciembre 2014; se observa buena evolución del defecto óseo (Figura 6).

**Figura 1.** Radiografía Panorámica inicial.



**Figura 2.** Radiografía Cefalométrica inicial.



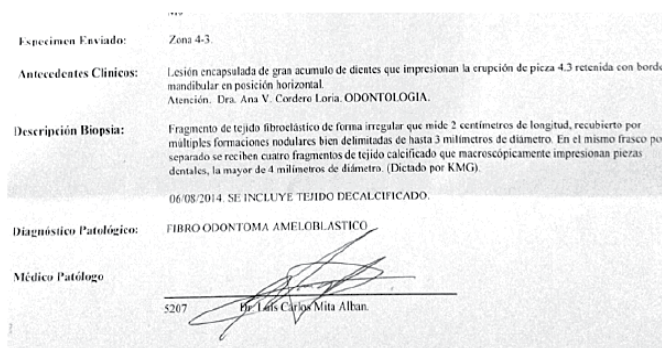
**Figura 3.** Exposición clínica de la lesión.



**Figura 4.** 108 Dentículos, cápsula fibrosa y 4.3 impactado.



**Figura 5.** Resultado de estudio histopatológico.



**Figura 6.** A la izquierda, radiografía panorámica de control en diciembre 2014 (7 meses después del procedimiento quirúrgico) y a la derecha, radiografía panorámica de control en junio 2015 (1 año y 1 mes después del procedimiento quirúrgico).



## DISCUSIÓN

El motivo de consulta fue la retención del órgano dentario permanente por interposición del odontoma. Ante la importancia de realizar siempre un diagnóstico diferencial se comprueba con este caso clínico, que resultó estar relacionado con otra patología: fibro odontoma ameloblástico. Permite mostrar que a pesar de que su clínica es semejante al odontoma compuesto, se destacan particularidades que modificaron el diagnóstico presuntivo inicial pero no así su tratamiento. De acuerdo con los informes publicados en la literatura biomédica y resaltando las semejanzas y diferencias patológicas, el fibroma ameloblástico y el odontoma compuesto parecen estar combinados en una lesión.

Álvarez, F, et al., menciona como diagnóstico diferencial el fibro odontoma ameloblástico, odontoma complejo inmaduro, tumor odontogénico epitelial calcificante, quiste odontogénico calcificante (Álvarez, et al., 2009). Para realizar un diagnóstico definitivo es necesario un estudio radiográfico, una tomografía computarizada, y una biopsia para mejor diferenciación (Banihashem, et al., 2014). El fibroma ameloblástico puede derivar en un sarcoma ameloblástico, y más raramente en un carcinoma mucoepidermoide (Botero, et al., 2013).

Se observa en este caso presentado, que es de suma importancia realizar un estudio histopatológico donde se analizan sus características clínicas e histológicas y la actitud terapéutica a tomar. El tratamiento quirúrgico conservador con extirpación seguida de curetaje, es la opción terapéutica más adecuada, teniendo presente la probabilidad de recidiva, principalmente debido a escisión incompleta de la lesión. Los controles radiográficos postoperatorios 6 meses después y cada año por los siguientes 5 años, son imprescindibles.

El caso presentado tiene de relevancia el tamaño de ésta y el éxito logrado con tratamiento conservador y la evolución mostrada a los siete meses (diciembre 2014) y al año y un mes (junio 2015); de realizado el procedimiento quirúrgico. Es importante dar seguimiento a este tipo de lesiones, aunque tiene un índice bajo de recurrencia, éstas se encuentran bien documentadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, F. & Licéaga, R. (2009). Fibro-odontoma ameloblástico: Revisión de la literatura y presentación de un caso. *Revista Odontológica Mexicana*, 13(2), 122-125.
- Banihashem, S., Mortazavi, H., Eshghpour, M. & Salehinejad, J. (2014). A Large Ameloblastic Fibro-odontoma of the Maxillary Sinus. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 26(2).
- Botero, N., León, R., Cantillo, O., Álvarez, P. & Díaz, A. (2013). Fibroma ameloblástico asociado a un odontoma compuesto. La importancia del estudio histopatológico. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 35(4), 175-180.
- Castellón, M., Fariña, R., Martínez, B., Canto, L. & Gunckeld, R. (2013). Fibro-odontoma ameloblástico de la mandíbula. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 35(2).
- Reyes, P., Alvarez, C. & Muñoz, C. (2009). Fibro-odontoma ameloblástico: a propósito de un caso. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 31(5).
- Sapp, P., Eversole, L. & Wysocki, G. (1998). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. *Harcourt International*, 149-150.
- Sreenath, G., Indira Reddy, Y., Sreenivasreddy, P. & Ravi Prakash, A. (2014). Ameloblastic Fibro-odontome (AFO) of the Mandible: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(1), 260-262.
- Takeda, Y. & Tomich, C.E. (2005). Ameloblastic fibro-odontoma. En Barnes, L., Eveson, J., Reichart, P. & Sidransky, D. (Eds), *Pathology & Genetics Head and Neck Tumors*. IARC Press, pp. 309.

## CALIDADES

### Ana Victoria Cordero-Loría

Especialista en Odontología General Avanzada, Universidad de Costa Rica-Caja Costarricense del Seguro Social.

Correo electrónico: [dracordero@gmail.com](mailto:dracordero@gmail.com)

### Lucrecia Solano-Bonilla

Especialista en Odontología General Avanzada, Universidad de Costa Rica-Caja Costarricense del Seguro Social.

Correo electrónico: [lucrecia.solano@gmail.com](mailto:lucrecia.solano@gmail.com)