



caso
CLÍNICO

FIBROMA AMELOBLÁSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Gil-Ortega, A.; Fernández Cáliz, F.; Leco Berrocal, I.; Barona Dorado, C.; Martínez-González JM.
Fibroma ameloblástico. A propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2012; 9; 3: 165-169.



Martínez Gil-Ortega, A.
Odontóloga. Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Universitario de Madrid.

Fernández Cáliz, F.
Profesor asociado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. UCM. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Universitario de Madrid.

Leco Berrocal, MI.
Profesora asociada de la Universidad Europea de Madrid. Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Universitario de Madrid.

Barona Dorado, C.
Profesora asociada de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología, UCM. Subdirectora del Máster de Cirugía bucal e Implantología. Hospital Universitario de Madrid.

Martínez-González, JM.
Profesor titular de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología, UCM. Jefe de Servicio de Cirugía Bucofacial e Implantología. Hospital Universitario de Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

correspondencia:
fefecaliz@msn.com;
angela.martinez.gilortega@gmail.com

Fecha de recepción: 18 de junio de 2012.
Fecha de aceptación para su publicación:
12 de julio de 2012.

RESUMEN

El fibroma ameloblástico es un tumor benigno mixto. Se trata de una lesión poco frecuente que afecta a pacientes jóvenes y se localiza con mayor frecuencia en la zona molar mandibular, pudiendo bloquear la erupción de algún diente permanente.

Se presenta el caso de un niño de 15 años de edad, sin antecedentes médicos ni odontológicos de interés, que acudió al servicio de cirugía remitido por su ortodoncista para exodoncia el germen del tercer molar mandibular izquierdo y valorar el segundo molar inferior izquierdo ya que se encontraba incluido. La exploración clínica intrabucal reveló la ausencia del segundo molar inferior izquierdo sin presencia de inflamación en la zona. La exploración radiológica confirmó un área radiotransparente multilobulada rodeada de márgenes radiocondensantes alrededor del 37, al que impedía erupcionar. Se procedió a la extracción del germen del 38 y diente 37 asociado a la tumoración y se realizó un legrado cuidadoso para prevenir posibles recidivas. La muestra obtenida fue remitida al servicio de anatomía patológica para su estudio histológico, emitiendo el diagnóstico anatomopatológico de fibroma ameloblástico confirmando el diagnóstico de presunción.

PALABRAS CLAVE

Fibroma ameloblástico; Tumores odontogénicos.

AMELOBLASTIC FIBROMA. A CASE REPORT

ABSTRACT

The ameloblastic fibroma is a mixed benign tumor. It is an unusual injury that often affects young patients and it is frequently located in the mandible molar region and it could block the eruption of any permanent tooth.

A fifteen years old child with no medical history or dentistry interest arrived at the emergency department. He was referred by the orthodontist for the extraction of the lower left wisdom tooth germ and value second lower left molar which is impacted. Clinical intraoral examination revealed the absence of the second lower left molar with no inflammation in the area. Radiographic examination confirmed a multilobulated radiolucent area surrounded by radiocondensing margins around lower left second molar, which prevented the eruption. We proceeded to the extraction of the wisdom tooth and the second molar that are associated with the tumor. We also did a carefully curettage to prevent any recurrence. The sample obtained was referred to the pathologic service for a histologic examination, sending the pathologic diagnosis of "ameloblastic fibroma" confirming the diagnosis.

KEY WORDS

Ameloblastic fibroma; Odontogenic tumors.

INTRODUCCIÓN

El fibroma ameloblástico (FA) pertenece a los tumores odontogénicos mixtos, junto con el odontoma, el fibrodentinoma ameloblástico y el fibroodontoma ameloblástico. Todos ellos representan estados madurativos diferentes de una misma lesión cuya histogénesis está ligada al proceso de odontogénesis, y se originan de elementos epiteliales y mesenquimales del germen dental¹.

Por tanto, el fibroma ameloblástico es un tumor benigno mixto, compuesto por tejido mesenquimal y epitelio odontogénico, que constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos²⁻⁴. El componente epitelial puede derivar de la vaina de Hertwig, del epitelio reducido del esmalte o de la lámina dentaria, mientras que el componente mesenquimal derivaría de la papila dentaria.

La edad media en que suele presentarse son los 12 años^{1,3}, en cuanto al género los autores mencionan igual predilección para ambos sexos^{2,5}. Es más frecuente en la raza blanca y más del 75% de los casos se localizan en la mandíbula y en su mayor parte en la región posterior a la altura de los molares. En ocasiones se asocia a un diente no erupcionado⁵.

Es un tumor indoloro, de crecimiento lento y expansivo dentro de las corticales óseas, sin destruirlas. Constituye una lesión quística uni o multilocular. La delimitación periférica está en función de un carácter expansivo y no infiltrante. Por tanto suele pasar inadvertido siendo descubierto accidentalmente durante un examen radiográfico⁴.

El tratamiento en este tipo de entidades es conservador. Primero se procede a la enucleación que consiste en la individualización de la lesión del hueso circundante aprovechando la existencia de una cápsula, y después, junto con la exéresis del tumor se procederá al curetaje que consiste en la remoción del hueso íntimamente en contacto con el tumor mediante el empleo de cucharilla o fresa quirúrgica. Existen tratamientos más agresivos como la resección en bloque de la lesión y de parte del hueso sano circundante, pero sin interrumpir la

continuidad ósea o un tratamiento más radical como mandibulectomías que implican la eliminación de una parte sustancial del hueso, motivando una interrupción en la continuidad ósea que precisará de una cirugía reconstructiva⁶. En la actualidad, el desarrollo de estas técnicas se realiza en tumores más agresivos como el ameloblastoma⁷.

CASO CLÍNICO:

Paciente de quince años de edad, sin antecedentes médicos ni odontológicos relevantes que acudió al servicio de cirugía remitido por su ortodoncista por presentar ausencia del segundo molar inferior izquierdo permanente.

Durante la anamnesis el paciente no refirió traumatismo previo. No presentó ningún tipo de sintomatología en cuanto a dolor o inflamación. En la exploración intraoral se observó la ausencia del segundo molar inferior izquierdo permanente y el tercer molar de ese mismo lado. Se mantiene la dimensión vertical en el sector posterior mandibular.

En la exploración radiográfica realizada mediante ortopantomografía se encontró un área radiotransparente multilobulada rodeada de márgenes radiocondensantes, con un tamaño de unos 15 mm (Fig. 1). En la lesión quedaban englobadas las raíces del segundo molar, que se encontraba distoangulado y el germen del tercer molar. En la tomografía axial computerizada se apreció que la lesión se extendía de la cortical vestibular a la lingual pero ambas se mantenían íntegras;

y existía una relación cercana entre el hallazgo radiológico y el conducto del nervio dentario inferior (Fig. 2).

El paciente y sus padres fueron informados de las características de la lesión aconsejándoles la exéresis de la misma. Tras recibir el consentimiento informado, se realizó la intervención bajo anestesia local. Se inició con la desinfección intraoral y la anestesia troncular mediante lidocaína al 2% y epinefrina 1/80000. El tratamiento consistió en la extracción del segundo y tercer molar y la tumoración, mediante una incisión festoneada lineal desde mesial del 36, con una descarga sobre el borde anterior de la rama ascendente mandibular izquierda, realizando un despegamiento mucoperiostico por vestibular y lingual (Fig. 3). Con un botador se luxó en primer lugar el germen del 38 concluyendo con la extracción, y a continuación el segundo molar el cual se extirpó asociado a la tumoración (Fig. 4). Después se procedió al legrado del hueso circundante con ayuda de una cucharilla y una fresa quirúrgica redonda, y se realizó el cierre de la herida quirúrgica con una sutura de seda de 3/0 dando puntos simples.

Se prescribió tratamiento antibiótico: amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 8 días, analgésico y antiinflamatorio: ibuprofeno 600 mg un comprimido cada 8 horas, 8 días. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, retirándole la sutura a los 7 días.

La muestra obtenida fue remitida en formaldehído al 10%, al servicio de anatomía patológica para su estudio histoló-



Fig. 1. Ortopantomografía que muestra la lesión en el cuerpo mandibular del lado izquierdo. Se aprecia una imagen radiotransparente multilocular que engloba el segundo y tercer molar.

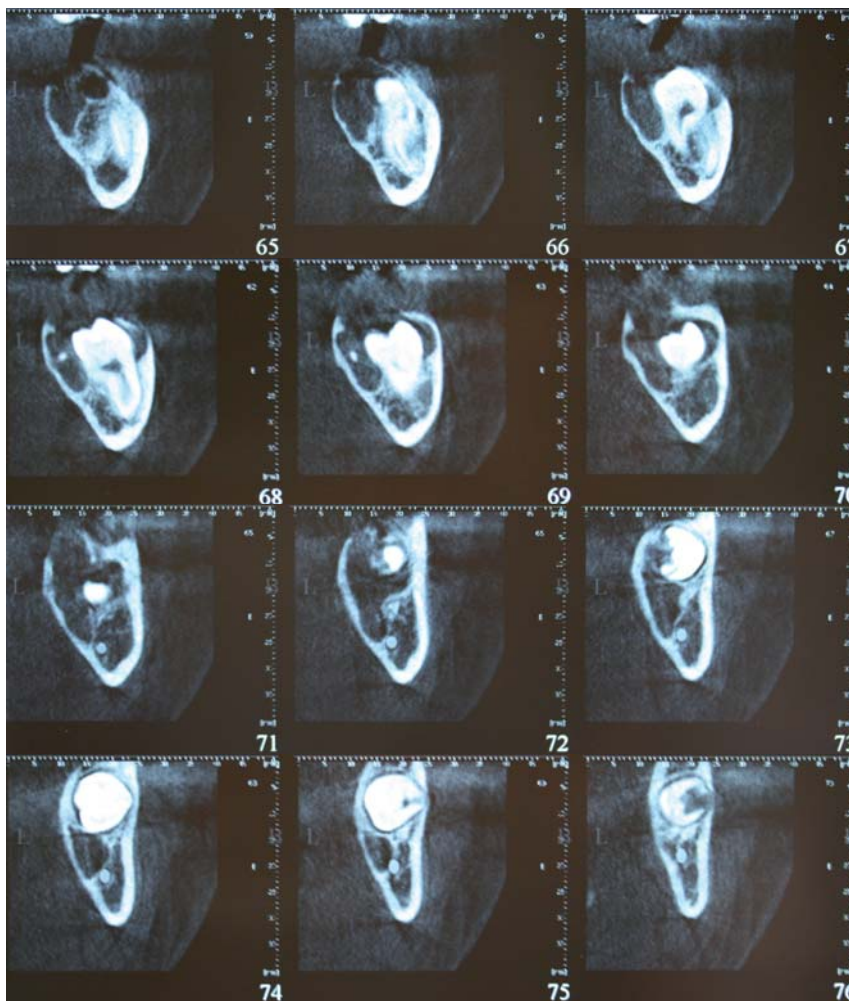


Fig. 2. Cortes de la tomografía axial computerizada en los que se aprecia la extensión de la lesión y la integridad de ambas corticales. Además de observa la proximidad al conducto del nervio dentario inferior.

gico. A nivel macroscópico la muestra estaba compuesta por segundo molar y germén del tercer molar y adherido a ellos tejido de coloración parda de 10 mm de diámetro y se acompañan de

fragmentos irregulares que agrupados alcanzan 10 mm (Fig. 5). La descripción microscópica nos detalla los tejidos blandos en continuidad o independientes de la pieza dentaria, se componen de tejido



Fig. 3. Incisión festoneada lineal desde mesial del 36, con una descarga sobre el borde anterior de la rama ascendente mandibular izquierda, despegamiento mucoperióstico.

conjuntivo que en zonas es fibroso y pobremente celular pero que predominantemente muestra proliferación de células fusiformes cortas bien diferenciadas, de aspecto fibroblástico. Sobre este tejido fibromatoso, se identifican nidos sólidos epiteliales que en algún punto se agrupan con patrón ameloblástico. No existe atipia y la actividad proliferativa no es apreciable. Se emite el diagnóstico anatómopatológico de fibroma ameloblástico.

En la primera revisión realizada al mes el paciente mostraba una buena cicatrización y ningún tipo de sintomatología. En la segunda revisión, a los seis meses de la cirugía, la radiografía panorámica de control reveló una evolución favorable con regeneración ósea progresiva y ausencia de signos de recidiva (Fig. 6).

DISCUSIÓN

Las causas más frecuentes por las que no llega a producirse la erupción dentaria de manera habitual son por la presencia de dientes supernumerarios en la línea de erupción, retención de dientes deciduos, o anquilosis relacionadas con traumatismos. La retención dentaria debido a procesos patológicos es de ocurrencia rara, pudiendo ser asociada a tumores o lesiones quísticas.

El fibroma ameloblástico es un tumor benigno odontogénico mixto de rara aparición, que fue descrito por primera vez en 1891 por Kruse⁸, desde entonces se han publicado diferentes casos y revisiones, estableciendo la frecuencia entre 1 y el 3% de los tumores odontogénicos. Sin embargo, autores como Azúa-Romeo describe una frecuencia muy inferior, no superando el 0,5%, ya que de los 500 pacientes estudiados desde 1995 tan solo encontraron un caso³.

El diagnóstico generalmente se realiza durante la primera y segunda décadas de vida, siendo los 15 años la edad promedio^{2,4-6,9,10}, coincidiendo con la edad de nuestro caso clínico. Hay una discreta variación con otros autores que describen una edad media de 12 años^{1,3}. En la literatura encontramos un rango de casos publicados desde los 6 meses



Fig. 4. Imagen intraoperatoria del lecho realizado para la extirpación del germen del 38 y el segundo molar asociado a la tumoración.



Fig. 5. Imagen macroscópica de la pieza dentaria en la que viene adherido tejido de coloración parda de unos 10mm de diámetro. Se acompaña de fragmentos irregulares que agrupados alcanzan 10 mm.

hasta los 57 años¹³. No existe predilección por sexo^{1,3}, aunque hay autores que describen una leve tendencia por el sexo masculino¹¹⁻¹³.

Aunque puede asentarse en cualquier topografía máxilo-mandibular, en la literatura existe un consenso que determina que se localiza preferentemente en la mandíbula y dentro de ésta en la región molar^{1,3,5,10,13}. Recientemente se ha publicado un artículo en el que encontramos en un paciente joven un FA localizado en la parte posterior del maxilar que es la segunda localización más frecuente de este tipo de tumor¹¹. Este aspecto es importante para realizar el diagnóstico diferencial del FA con el fibro-odontoma ameloblástico, que se lo-

caliza con mayor frecuencia en el maxilar.

El fibroma ameloblástico exhibe crecimiento clínico más lento por ejemplo cuando es comparado con el ameloblastoma simple y no tiende a infiltrar a través del trabeculado óseo, por tanto, la delimitación periférica está en función del carácter expansivo y no infiltrante. Es un tumor indoloro que normalmente es descubierto accidentalmente en exámenes radiográficos de rutina o bien porque el paciente acude al odontólogo por presentar inflamación localizada¹³.

Radiológicamente aparece como lesiones radiotransparentes, rodeadas de márgenes radiocondensantes¹⁴. En una

revisión realizada por Chen y cols determinan que el rango del diámetro de la lesión varía de 0,7 a 16 cm con una media de 4,05cm¹³. Pueden ser uni o multiloculares y asociarse a dientes retenidos, agencias dentarias y dientes supernumerarios^{1,3,9,12,15}. En los casos que se presenta de manera asintomática, en la radiografía se observan mediante imágenes radiotransparente uniloculares, mientras que en los casos con inflamación suelen mostrarse con formas multiloculares¹³.

La expansión ósea cortical y el desplazamiento de diente suelen ser frecuentes, mientras que la perforación de las corticales y la reabsorción de raíces de dientes vecinos son hallazgos muy raros^{5,12}. En nuestro caso existía un notable desplazamiento del segundo molar hacia el borde inferior de la mandíbula y la lesión englobaba parte de este diente no existiendo presencia de reabsorción, ni expansión o perforación de las corticales.

El examen microscópico revela que el componente mayoritario es el tejido mesenquimal primitivo, compuesto por haces de tejido conectivo laxo y células indiferenciadas, con capacidad para convertirse en cualquier línea celular, que en la evolución de este tumor se transforman en células epiteliales odontogénicas, lo que lo convierte en un tumor odontogénico mixto benigno³. Si dentro de la lesión se observa un área más opaca, orienta el diagnóstico hacia un fibro-odontoma ameloblástico, indicando la presencia de un pequeño odontoma^{3,16}.

El diagnóstico diferencial se establece con el ameloblastoma, el mixoma odontogénico, quistes dentígeros, queratocistes odontogénicos, granuloma central de células gigantes e histiocitosis^{4,2}.

El tratamiento habitual del fibroma ameloblástico es la cirugía conservadora^{1,2,4,5,7,10} que consiste en la enucleación total de la tumoración seguida de un enérgico curetaje del lecho quirúrgico tal y como realizamos en el caso aquí presentado. En un número muy inferior y en casos de una evolución de la lesión de años por un diagnóstico tardío se realizan tratamientos más agresivos como



Fig. 6. Radiografía panorámica de control, seis meses después de la intervención.

en el caso descrito por Vasconcelos y cols en el que realizaron una resección parcial mandibular con inmediata reconstrucción con fijaciones rígidas de 2,4 mm⁶.

Además se han descrito casos de transformación maligna de fibroma ameloblástico a fibrosarcoma, por ello existe cierta controversia en cuanto a la agresividad del tratamiento. En una revisión publicada en 2007 por Chen y cols. en-

contraron que en el 11,4% (14 pacientes) de los casos estudiados se desarrolló una transformación maligna¹³.

Las recidivas son raras, pero están reflejadas por varios autores^{2,5}. La mayoría se atribuyen a resecciones incompletas¹², aunque algunos estudios demuestran el potencial de recurrencia tumoral en ausencia de esta circunstancia como describe Montes Jimenez y Cols. en su publicación. En las recurrencias puede

aparecer un cambio de densidad volumétrica del epitelio odontogénico que revele un proceso madurativo con respecto al tumor inicial. En estos casos el tratamiento que se propone es una osteotomía periférica con el propósito de eliminar la superficie ósea afectada por restos tumorales tras una exéresis simple, pudiendo comprometer dientes adyacentes o estructuras neurovasculares vecinas y suponer una resección ósea excesiva, que obligue a reconstrucciones complejas¹.

CONCLUSIONES

El fibroma ameloblástico es un tumor benigno odontogénico mixto que presenta una baja incidencia en la población y unas manifestaciones moderadamente agresivas. A esto se debe la importancia de un diagnóstico precoz ya que las complicaciones derivadas de estos procesos patológicos pueden ser severas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Montes Jimenez J, Marin Fidalgo R, Gutierrez Perez JL, Hernandez Guisado JM, Garcia Perla A. Recurrencia de fibroma ameloblástico mandibular. Resultados tras osteotomía periférica. *Rev Eur Odonto-Estomatol* 1995;7(3):175-8.
2. Martín-Granizo López R, Ortega L, González Corchón MA, Berguer Sánchez A. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. *Med Oral* 2003;8:150-3.
3. Azúa-Romeo J, Saura Fillat E, Usón Bouthelie T, Tovar Lázaro M, Azúa Blanco J. Fibroma ameloblástico versus quiste folicular hiperplásico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2004;26:187-91.
4. Su-Gwan K, DDS, PhD, Hyun-Seon J. Ameloblastic Fibroma: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:216-8.
5. Bonet J, Diago JV, Mínguez JM, Peñarrocha M. Fibroma ameloblástico: a propósito de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 1998;20(4):227-30.
6. Vasconcelos BC, Andrade ES, Rocha NS, Morais HH, Carvalho RW. Treatment of large ameloblastic fibroma: a case report. *J Oral Sci* 2009;51(2):293-6.
7. Junquera Gutiérrez LM, López-Arranz JS, Albertos Castro JM, De Vicente Rodríguez JC. Tumores odontogénicos: clasificación, clínica, diagnóstico y tratamiento. *Med Oral* 1997;2(2):94-101.
8. Kruse A, Über Die Entwicklung Cystischen Gesschwülse in Unterkiefer. *Arch F Pathol Anat* 1891;124-137.
9. García-Pola Vallejo M, González García M, Villalain Alvarez L, Fresno Forcedello, López-Arranz JS. Ameloblastic fibroma: a case report in a 6 year old. *J Clin Pediatr Dent* 2001;25(3):245-8.
10. Abughazaleh K, Andrus KM, Katsnelson A, White DK. Peripheral ameloblastic fibroma of the maxilla: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008, 105(5):E46-8.
11. Nelson BL, Folk GS. Ameloblastic fibroma. *Head Neck Pathol* 2009, 3(1):51-3.
12. Dimitrakopoulos I, Psomadakis K, Zamboukas T. Ameloblastic fibroma of the mandible associated with root resorption and unerupted teeth: A case report. *Quintessence Int* 2008; 39(6):523-7.
13. Chen Y, Wang JM, Li TJ. Ameloblastic fibroma: a review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. *Oral Oncol* 2007, 43(10):960-9.
14. Ruiz-Ortega S, Tovar-Bernal C, Soriano-Padilla F. A case reported of an ameloblastic fibroma in which involved three right molars in a teenager. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011, 49(3)339-44.
15. Costa DO, Alves AT, Calasans-Maia MD, Cruz RL, Lourenco Sde Q. Maxillary ameloblastic fibroma: a case report. *Braz Dent J* 2011;22(2):171-4.
16. Reyes Olave P, Álvarez Novoa C, Muñoz Torres C. Fibro-odontoma ameloblástico: a propósito de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2009;31(5):337-42.