

Titulo:

Ameloblastoma uniuíístico: Resección, Injerto de Cresta Iliaca e implantes

Autores:

Prof. Dr. Eduardo Rey¹
Dr. Christian Oscar Mosca²
Prof. Dra. Roxana Poustis³

- 1) Profesor Titular
- 2) Ayudante de primera
- 3) Profesora Adjunta

Cátedra de Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial II.
Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Dirección del Autor: Marcelo T de Alvear 2142 piso 8 Buenos Aires. Argentina.

Resumen:

Si bien es sabido que un quiste inflamatorio, se puede transformar hacia una patología con carácter de malignidad, como es un ameloblastoma, afortunadamente no es un hecho que ocurra con frecuencia.

Por lo tanto cuando algo de esto sucede, creemos en la importancia de la difusión, como para alertar a los profesionales sobre las posibilidades ciertas de rotación del comportamiento de estas entidades patológicas.

Presentamos el caso de una paciente que de acuerdo a las características clínicas y radiológicas, no se pensó en la posibilidad de un ameloblastoma uniuquístico. Esto indica acerca del respeto que se debe tener frente a estas lesiones, que aparentan un simple proceso apical.

También es importante remarcar en estos casos la necesidad de reconstrucción de la zona afectada, con finalidad funcional y estética.

Palabras Claves: Quiste Inflamatorio, Ameloblastoma Uniuquístico, Injerto de Cresta Iliaca.

Introducción

Las lesiones periapicales resultantes de la pulpa necrótica están dentro de las patologías con mas frecuencia halladas en el hueso alveolar. La exposición de la pulpa dental a las bacterias y sus productos, actuando como antígenos, podrían activar la respuesta inflamatoria no especifica así como también las reacciones de inmunidad especifica en los tejidos perirradiculares, y causar lesiones periapicales(1); las cuales pueden tomar la forma de granulomas reactivos o quistes, con la reabsorción concomitante del hueso alrededor de las raíces del diente afectado. Los factores derivados del hospedero que intervienen en la respuesta inmunitaria tales como anticuerpo y complemento, citoquinas. Metabolitos del ácido araquidónico y neuropéptidos están involucrados en la patogénesis de la inflamación periapical. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) divide a los quistes odontogénicos en dos grupos principales de acuerdo a su patogénesis. El primer grupo incluye a los quistes radiculares con origen inflamatorio. El segundo grupo son lesiones que se producen durante el desarrollo e incluye a los quistes dentígeros.

El quiste radicular es una lesión inflamatoria crónica, cerrada, limitada parcial o completamente por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado. El tejido conectivo fibroso subyacente esta inflamado con diferentes grado de infiltrado celular, el cual consiste en macrófagos y vasos sanguíneos pequeños.

Un estudio histológico de las lesiones periapicales puede ser usado para confirmar los síntomas clínicos y los signos radiográficos acerca de la naturaleza de las posibles alteraciones de los tejidos perirradiculares , y para confirmar el diagnostico de las lesiones periapicales y distinguirlas de las no inflamatorias, tales como el Ameloblastoma. (1)

El Ameloblastoma fue descrito por Robinsons y Martinez en el año 1977 (3). Es un tumor benigno de origen epitelial con inducción en el tejido conectivo (4,5).

Esta entidad patológica representa el 1 % de las lesiones por tumores odontogénicos (6-9).

La OMS lo definió como una lesión neoplásica polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, en un estroma fibroso (4,5).

En la literatura se describen 3 tipos de Ameloblastomas, siendo el mas frecuente el multilocular, con varios quistes agrupados y separados por tabiques de refuerzo óseo (en

pompa de jabón). El segundo tipo presenta una imagen en panal de abejas y por ultimo la forma unilocular, muy importante desde el diagnostico diferencial (10-12)

Del punto de vista histológico Robinsons y Martinez reconocieron tres tipos. Mas tarde Gardner le agrego un cuarto subtipo histológico ya que había diferencias en el comportamiento biológico entre esas lesiones. El tipo I Quiste con epitelio que no infiltra dentro de la pared fibrosa, Tipo II el quiste muestra una proliferación epitelial plexiforme intraluminal sin infiltración, el Tipo III subdivisión A el quiste con invasión del epitelio dentro de la pared con patrón folicular y el subdivisión B con patrón plexiforme.

La tasa de crecimiento lenta de los Ameloblastomas hace que la recurrencia lleve demasiado tiempo antes de tener evidencia clínica. Esta situación difiere de la tasa de crecimiento de los tumores malignos, tales como sarcomas, en los cuales los clínicos llegan a darse cuenta pronto si fallo el tratamiento y hay evidencia clínica de recidiva. Por lo tanto el periodo de seguimiento de los Ameloblastomas debe ser por lo menos de 5 años y preferentemente de 10 años.(10)

Kramer (13) señala que el ameloblastoma invade el espacio intertrabecular de hueso esponjoso y no invade hueso compacto aunque podría erosionarlo.

En el presente trabajo se describe el caso clínico de una paciente que concurre con diagnostico presuntivo inicial de quiste inflamatorio, luego confirmado como Ameloblastoma.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad, se presento a la consulta en marzo de 2007 acusando leve parestesia del Nervio Dentario Inferior del lado derecho. Como antecedentes sistémicos presentaba Hipertensión arterial controlada con atenolol y se encontraba en tratamiento psiquiátrico medicado con Risperidona.

Al examen clínico oral no presentaba tumefacción del sector 4, ni cambio de coloración en la mucosa o encía. De hecho la zona afectada, no evidenciaba clínicamente alteración alguna.

Se examino vitalidad pulpar presentando la pieza 45 necrosis pulpar.

Al examen radiográfico se observo una imagen radiolucida unilocular de 2 cm de diámetro con cortical reaccional desde la raíz mesial de 46 hasta distal de 43 con intima relación con los ápices de 45, 44. Como se mencionó anteriormente, existía una leve parestesia en la zona. (Foto 1)

El diagnostico presuntivo fue de Quiste Inflamatorio.

Se realizo en abril de 2007 una biopsia, tomando con trefina parte la pared distal de la lesión quística remitiendo múltiples fragmentos de tejido blando de 0,4 x 0,2 x 0,2 cm friables y parduzcos para su análisis anatomopatológico.

El Informe arrojó: pared quística fibrogranulomatosa con infiltrado crónico revestida parcialmente por epitelio pavimentoso estratificado de escasas hileras celulares. El tejido fibrogranulomatoso presentaba islotes de epitelio ameloblastico con desmoplasia periférica. Como suele ocurrir en estos casos, y ante la seriedad de la lesión y debido a la presencia de estos islotes se decidió hacer una segunda biopsia tomando muestra de 3 sectores:

1. Proximal de 46 y 45
2. pared distal de la lesión
3. Pared mesial del quiste.

En este último informe se confirmo la presencia de un Ameloblastoma Uniquístico Luminar

Se le solicitaron a la paciente estudios por imágenes complementarios, tales como TAC regional, y centellograma óseo general, para descartar otras zonas alternativas de lesiones óseas. (Foto 2)

De acuerdo a lo sugerido por la bibliografía correspondiente, se decidió la intervención quirúrgica indicada en estos casos, que consiste en la enucleación de la pieza, con margen de seguridad

Bajo anestesia general, se intervino a la paciente, para realizar la resección con margen de seguridad de la lesión, colocando una placa de titanio reconstructiva en la basal mandibular para disminuir el riesgo de fractura, dada la delgadez del hueso remanente. (Foto 3 y 4)

Se realizaron controles posoperatorios todos los meses y se le solicitó nuevamente un centellograma, arrojando el mismo resultados negativos.

Luego de un año de controles, y cumplido el lapso de espera sugerido por anatomía patológica, se le realizó un injerto de cresta iliaca, para restablecer la zona intervenida, en cuanto a volumen óseo. (Foto 5, 6 y 7)

En el mes de junio de 2008 se colocaron dos implantes dentales. En la zona 45 de 3.75 x 8 mm y en la zona 46 de 3.75 x 8 mm. (Foto 8, 9, 10 y 11)

La evolución y el postoperatorio, se pueden considerar normales desde el punto de vista clínico, la paciente consultó solo por alguna pequeña inflamación, alrededor de los implantes.

Actualmente, la paciente aguarda la confección de la restauración protética correspondiente, ya que consideramos esperar de 5 a 6 meses la ósea integración de las fijaciones.

Discusión

El ameloblastoma unicístico se ha caracterizado, además de por su histología, por presentarse a una edad mas temprana que el Ameloblastoma infiltrante (20 a 30 años, frente 30 – 50 años), sin embargo esta paciente tiene 45 años y se haya fuera del grupo etario característico, teniendo que estar atento para decidir el tratamiento.(14,15)

Coincidimos con Gardner con que es esencial realizar un diagnostico adecuado a partir de una biopsia antes de decidir el tratamiento definitivo. El patólogo que la realice debe estar familiarizado con los tumores odontogénicos, en vista de su rareza y su amplio espectro de patrones histológicos que exhiben. Varios tumores odontogénicos, incluyendo el Fibroma Ameloblastico, el quiste odontogénico calcificante, el tumor odontogénico adenomatoide, el carcinoma quístico adenoide, otros adenocarcinomas, y carcinomas no queratinizados del tracto sinusal son ocasionalmente confundidos con el ameloblastoma. (10)

De acuerdo a lo sugerido en estos casos, el tratamiento consistió en enucleación con margen de seguridad por la posibilidad de recidiva. Robinson y Martinez trataban los Ameloblastomas unicisticos con enucleación pero tres de los diecisiete ejemplos que presentaron recidivo. Shteyer et al (16)concluyeron, después de revisar la literatura, que la tasa de recurrencia después de la enucleación del denominado Ameloblastoma mural era menor al 10 %. Sin embargo, Gardner, explico que luego del curetaje la tasa de recurrencia era entre el 55 y 90 %, por esto se recomienda la resección con margen de seguridad para que el cirujano tenga una mejor oportunidad de remover todo el tumor que involucra hueso esponjoso mas alla de los limites de la lesión clínicamente evidente. (10)

Aquellos que defienden el tratamiento conservador se basan en que afecta generalmente a un grupo de personas jóvenes. (17)

Melose propone tres posibles orígenes del ameloblastoma unicístico. En el caso que se originase a partir de un ameloblastoma infiltrante el tratamiento debería ser mas agresivo.(18,19). Otros autores concluyen que si tiene un crecimiento intramural el tratamiento debería ser igual de agresivo que si estuviésemos ante un ameloblastoma infiltrante. (14,19,20)

Los defectos de los maxilares luego de la resección de un tumor conducen frecuentemente a la pérdida de las funciones tales como masticación y a una severa deformidad estética. Para aumentar la calidad de vida de estos pacientes se recomiendan los injertos óseos y los implantes, para posibilitar realizar las funciones bucales.

Entre las distintas opciones, trabajos recientes realizan injertos de peroné con excelentes resultados luego de la ablación de tumores, y le colocan implantes que se oseointegran normalmente y tienen una sobrevida similar a aquellos implantes colocados en hueso maxilar .(21)

Pogrel y col, proponen que el éxito de los injertos óseos vascularizados es mayor y es el tratamiento de elección en reconstrucciones primarias, nosotros colocamos injerto no vascularizado, ya que creemos, tal como afirman dichos autores, que crean un mejor contorno y volumen óseo para la estética y posterior inserción de los implantes.(22)

Los implantes dentales requieren de un patrimonio óseo adecuado. En algunos pacientes, el incremento óseo mencionado, es imprescindible, para lo cual hay una gran variedad de materiales y técnicas quirúrgicas disponibles. (23) En este caso clínico, luego de la resección maxilar por la presencia de un ameloblastoma, se programó la rehabilitación con implantes. Para lo cual, había que reconstruir el maxilar con injerto de hueso.

Coincidimos con Zhonghua Kou Oiang Yi Xue Za Zhi.(24) ,creemos que los injertos de cresta iliaca han demostrado ser exitosos para reconstruir grandes defectos mandibulares, ellos siguieron siete casos de reconstrucción y luego de un período entre 6 a 36 meses de seguimiento todos los implantes siguieron estables sin radiolucidez radiográfica y, al igual que nuestra paciente mantenían el contorno facial estéticamente agradable y salud de los tejidos blandos peri implantarios.(25) Esto último es importante, ya que se sabe que una buena terminación de las prótesis fijas sobre implantes requiere salud de los tejidos blandos, así como el mantenimiento del espacio biológico y el cuidado de la encía queratinizada, todo esto requiere la colaboración del paciente para un adecuado control de placa bacteriana. (26)

Bibliografía

1. Carrillo-García C, Vera-Sempere F, Peñarrocha-Diago M, Martí-Bowen. The post-endodontic periapical lesion: Histologic and etiopathogenic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Dec 1;12(8):E585-90.
2. P. Stashenko, R. Teles, R. D'Souza. Periapical Inflammatory Responses and Their Modulation. *Grit Rev Oral Biol Med*. 1998. 9(4)-498-521.
3. Lagares D, Cossio P, et All. Ameloblastoma mandibular. Revisión de la literatura y presentacion de seis casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 231-8
4. Kramer I, Pindborg J, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. Berlin. Springer, 1992
5. Gold L, Upton G W, Marx RE. Standardized surgical terminology for the excision of lesions in bone: an argument for accuracy in reporting. *J. Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 1214-7
6. Daura A, Palma A, Sánchez FJ y cols. Ameloblastoma de maxilar superior *Rev Eur Odonto-Estomat* 1997; 9:88-94.
7. Daley T, Wysocki G, Pringle G. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral. Pathol* 1994; 77: 276-80.
8. Odukoya O. Odontogenic tumors: analysis of 289 Nigerian cases. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 454-7
9. Godwin T. A study of orofacial tumors in nigerian children. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 34-8.
10. Gardner DG. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42:161-6.
11. Sehdev MK, Huvos AG, Strong EW. Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 1974;33:324-33.
12. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma. A clinicopathologic analysis. *Oral Surg* 1985;60:624-30.
13. Kramer IRH. Ameloblastoma: a clinicopathological appraisal. *Br J Oral Surg* 1963; 1:13
14. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma. A prognostically distinct entity. *Cancer* 1977; 40: 2278-85.
15. Williams TP. Management of ameloblastoma: A changing perspective. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:1064-70.
16. Shteyer A, Lustman J, Lewin-Eptein J. The mural ameloblastoma: a review of the literature. *J Oral Surg*. 1978; 36: 866
17. Eyre J, Rule DC. Conservative management of ameloblastoma in a young patient. *Br Dent J*. 1983; 154: 369.
18. Melrose JR. Benign Epithelial Odontogenic Tumors. *Sem Diagn Pathol* 1999; 16: 271-87.
19. Ackerman GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases. *J Oral Pathol* 1988; 17:541-6.

20. Philipsen HP, Reichart PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. *Oral Oncology* 1998;34:317-25.
21. Chiapasco M, Biglioli F, Autelitano L, Romeo E, Brusati R. Clinical outcome of dental implants placed in fibula-free flaps used for the reconstruction of maxillo-mandibular defects following ablation for tumors or osteoradionecrosis. *Clin Oral Implants Res.* 2006. Apr; 17 (2):220-8.
22. Pogrel MA, Podlesh S, Anthony JP, Alexander J. A comparison of vascularized and nonvascularized bone grafts for reconstruction of mandibular continuity defects. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997 Nov;55(11):1200-6.
23. Cheung LK, Leung AC. Dental implants in reconstructed jaws: implant longevity and peri-implant tissue outcomes. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Nov;61(11):1263-74.
24. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. Vascularized iliac bone grafts and reconstruction of the mandible. 1999 May;34(3):157-8.
25. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. Functional implantation reconstruction of acquired jaw defects after tumor resection. 2003 Jan;38(1):9-11.
26. Cheung LK, Leung AC. Dental implants in reconstructed jaws: implant longevity and peri-implant tissue outcomes. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Nov;61(11):1263-74

Leyendas de las Fotos.

Foto 1: Radiografía Panorámica Pre-operatoria

Foto 2: Tomografía Axial Computada

Foto 3: Resección de la Lesión Tumoral con margen de seguridad

Foto 4: Control Post- operatorio a los 6 meses.

Foto 5: Radiografía Panorámica Pre – Operatoria. Cirugía Injerto de Cresta Iliaca

Foto 6: Fragmento de Injerto de Cresta Iliaca

Foto 7: Posicionamiento del injerto en la zona receptora

Foto 8: Colocación de Implantes Autoperforantes

Foto 9: Visualización de los dos implantes en el injerto

Foto 10: Sutura

Foto 11: Control Radiográfico de los Implantes