

AMELOBLASTOMA MAXILAR

Alvaro Valcarce Gómez
Joaquín Pérez Villar, Nieves Rodríguez Acevedo.

Servicio de ORL. Hospital Montecelo. Pontevedra.

Los ameloblastomas se forman con epitelio odontogénico, que prolifera en el interior de un estroma fibroso, puede derivar de restos celulares del órgano del esmalte, de la lámina dental, de la vaina de HERTWIG, de la capa basal de la mucosa oral o del epitelio de revestimiento de un quiste dentígeno(1).

En general suelen hacer su aparición entre la cuarta y sexta década de la vida con una distribución similar en ambos sexos.

Los ameloblastomas constituyen aproximadamente el 1% de todos los quistes y tumores de las fauces, con 80% de aparición en la mandíbula y un 20% en el maxilar. En el maxilar el 47% de los ameloblastomas aparecen en la región molar, el 15% en el antro y suelo de las fosas nasales, el 9% en áreas premolares, el 9% en la región canina y el 2% en el paladar (2)-(9).

Los ameloblastomas se presentan en tres diferentes situaciones clínico-radiológicas que debido a sus diferencias en cuanto a comportamiento y actitud terapéutica, requieren diferentes consideraciones.

RESUMEN

Los ameloblastomas se forman con epitelio odontogénico. Son tumores que se originan en el 20% de los casos en el maxilar. Clínico-radiológicamente pueden ser multiquísticos, unikuísticos o periféricos. Aunque se considera benigno, puede tener un crecimiento lento con invasión intracraneal incluso, diseminación a distancia. Se analiza nuestra experiencia y la de la bibliografía consultada, recomendando una cirugía radical en el primer abordaje quirúrgico.

Palabras clave: Ameloblastoma maxilar. Cirugía radical.

SUMMARY

Ameloblastoma consist of proliferating odontogenic epithelium. They are tumors that originate in the maxilla 20%. Clinical-radiology can be multicystic, unicystic or peripheral ameloblastomas. Although it is considered benign, it can behave in a slowly growing, with intracranial invasion or even distant, spread. An analysis of our experience in bibliography consulting; with recommendations of initial complete surgical excision.

Key words: Ameloblastoma of the maxilla. Radical Surgery.

Esto incluye:

- Ameloblastomas intra-óseos, convencionales o multiquísticos.
- Ameloblastomas unikuísticos.
- Ameloblastomas periféricos.

Los intraoseos convencionales o multiquísticos son capaces de invasión y destrucción ósea. Microscópicamente se caracterizan por bandas, nidos, islas, y sábanas de epitelio odontogénico muy similares al órgano del esmalte. Se han dividido en varios patrones de crecimiento folicular, plexiforme, acantomatoso, células granulares y basaliode, con predominio en este caso de los dos primeros(3) y (4).

Los unikuísticos pueden tratarse con curetaje en muchos casos, con tal de que el tumor no haya invadido a través de la pared del quiste.

El ameloblastoma periférico tiene un comportamiento clínico benigno y responde bien a escisión quirúrgica conservadora, con excepción de los casos en que tiene un curso clínico agresivo.

No obstante, lo antedicho, en un mismo tumor pueden concurrir dos o más aspectos de los patrones microscópicos descritos.

El ameloblastoma tiene propiedades invasivas y tendencia a recurrir pero sólo en muy contados casos han aparecido metástasis a distancia, especialmente en los pulmones, la pleura y ganglios linfáticos regionales(5)(6).

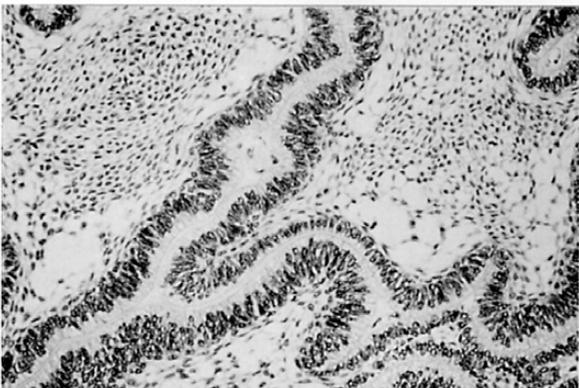
Los ameloblastomas que se malignizan, frecuentemente metastatizan después de múltiples intentos sin éxito de reseca la tumoración recurrente, o bien después de radioterapia.

Desde el punto de vista radiológico la presentación típica del ameloblastoma, es la de una lesión quística radioluciente uni o multilocular con expansión y destrucción cortical, que no provoca reacción periosticas o muy escasas(7). A veces, se puede desarrollar formación ósea reactiva masiva.



Epitelio de células que recuerdan el epitelio meloblástico. Presencia de un retículo estrellado y patrón mixto típico prexiforme y folicular.

El ameloblastoma se puede confundir radiográficamente con otras lesiones productoras de quiste en los maxilares incluyendo una variedad de quistes odontógenos, otros



Neoplastia epitelial columnar con núcleos en empalizadas que rodean un componente epitelial que recuerda al órgano del esmalte.

tumores odontógenos benignos (fibroma amelobástico, mixoma o fibromixoma odontogénico), Neoplasias malignas (carcinoma epidermoide primario del seno maxilar, carcinoma metastásico)(8) o incluso otras enfermedades que se encuentran con más frecuencia en otras zonas del esqueleto, tales como la displasia fibrosa, tumores pardos del hiperparatiroidismo, e incluso pseudotumor hemofílico tras una extracción dentaria.

CASO CLINICO

Mujer de 65 años en el momento en que acude a nuestro servicio. Nos relata una historia de 3 años de evolución, en que comenzó con molestias faríngeas y cefaleas frontales ocasionalmente, habiendo recibido múltiples tratamientos sintomáticos.

Hace unos años, antes de ser vista en nuestra consulta, había sido diagnosticada por presentar obstrucción de la FND., con poliposis nasal y tratada como tal, sin que se produjera mejoría en su clínica.

Cuando llega a nuestra policlínica la enfermera refiere insuficiencia respiratoria nasal, sobre todo por FND., rinorrea posterior y cefaleas frontoorbitarias intensas.

La exploración ORL evidencia mocopus en FND., una vez eliminado deja ver una masa sanguinolienta que ocupa la zona correspondiente al cornete medio y pared medial del seno maxilar, llegando a ocupar la coana del mismo lado.

Se hace toma de biopsia con pinza de Blakesley en la misma consulta.



Lesión lítica en el maxilar superior localizada en el origen del seno maxilar.

La exploración neurológica y oftalmológica no muestran otras alteraciones. Solicitamos estudio radiológico de senos paranasales mediante TAC, que se informa como "lesión lítica expansiva que arranca del suelo de seno maxilar derecho, adyacente al alveolo dentario, multilocular, con contenido de densidad, partes blandas que se extiende cranealmente ocupando la totalidad del seno maxilar, destruyendo su pared interna e invadiendo parte de la fosa nasal y celdillas etmoidales ipsilaterales. La lesión no presentaba calcificación en su interior ni reacción periostica adyacente.



Masa de partes blandas que nace dentro del seno maxilar derecho expansionándolo y destruyendo su pared medial, llegando a invadir la fosa nasal ipsilateral.

El informe histológico de la biopsia remitida lo describe como un tejido constituido por una proliferación neoplástica epitelial columnar, cuyos núcleos disponen en empalizadas, rodeándose frecuentemente de un componente epitelial que adopta una trama laxa, recordando el retículo estrellado del órgano del esmalte. Los grupos epiteliales en nido y bandas, adoptan respectivamente un patrón foliolar y plexiforme, sin que se observen signos morfológicos de malignidad.

La estructura histológica constituida por un epitelio de células que recuerdan al epitelio ameloblástico y la presencia de un retículo estrellado como el órgano del esmalte en un patrón típico plexiforme y foliolar y la ausencia de material de esmalte y cemento se corresponden con un ameloblastoma.

Una vez con estos datos el estudio preoperatorio en nuestro poder, es intervenida bajo anestesia general, realizándosele por medio de una rinotomía lateral, una Maxilectomía Media y Etmoidectomía que

permitieron un buen acceso a toda la tumoración dejando unos amplios márgenes de seguridad.

El posoperatorio requirió de múltiples revisiones para extracción de costras hasta la nueva reepitelización de la cavidad. En la actualidad ocho meses después de la intervención se encuentra asintomática y no se observan recidivas en la vigilancia que con el microscopio quirúrgico se realiza en la consulta.

DISCUSION

Lo que parece claro es que la lentitud en la aparición de síntomas en pacientes con tumores del seno maxilar, retrasa su descubrimiento pudiendo hacer su debut con edema de la mejilla o salida por la propia fosa nasal.

Los ameloblastomas, aunque son histológicamente benignos, por su lugar de asentamiento, sobre todo aquellos que lo hacen en el maxilar superior, se expanden, pudiendo provocar la muerte por extensión en el sistema nervioso central.

El tratamiento curativo en los tumores del seno maxilar, depende en gran medida de un diagnóstico temprano y una resección quirúrgica suficientemente amplia en su primer abordaje quirúrgico, pudiéndose incluir aquí la maxilectomía total o parcial, incluyendo o no, la exanteración orbitaria. En cuanto a la maxilectomía parcial central, como en nuestro caso, es perfectamente tolerada por la paciente, sin que queden deformidades plásticas importantes.

Cuando los tumores son demasiado grandes para realizar una resección quirúrgica con pocos riesgos, la quimioterapia se ha demostrado poco eficaz para reducir su tamaño, no así la radioterapia, o la crioterapia, que no sólo reducen el tamaño del tumor sino que también reducen las algias tumorales(2).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pindborg JJ, Kramer IRA; Troloni H. Histologic typing of Odontogenic typing of Odontogenic Tumors, Jaw Cysts and Allied lesions. Who. Geneva 1971.

- 2.- *Bredenkamp J. K., Zimmerman M. C., Mickel R. A.* Division of Head and Neck Surgery, UCLA School of Medicine, Los Angeles, C. A., USA-ARCH. OTOLARYNGOL. HEAD NECK SURG. 1989 115/1 (99-104).
- 3.- *Hoffman S., Jacoway DDS., Krolls SO.* Intraosseous and Parosteal Tumors of the Jaws. AFIP 2ª serie. F. 25; pag 94-101. 1987.
- 4.- *Waldron Ch A.* Odontogenic Tumors and selected Jaw Cysts. In Pathology of the Head and Neck. Ed. Gnepp Dr. Churchill-Livingstone 1988, pag. 403-416.
- 5.- *Rosai J.* Surgical Pathology. Mosby 1989. pag. 213-217.
- 6.- *Madiedo G; Choi H; Kellinman J. G.* Ameloblastoma of the maxilla with distant metastases and hypercalcemia. Am J. Clin-Pathol 75; 585-591. 1981.
- 7.- *R. O. Murray. H. G. Jacobson:* Radiología de los trastornos esqueléticos 1982.
- 8.- *Resnick, Niwayama:* Diagnosis of bone and joint disorders. 1981.
- 9.- Current Problems in Diagnostic Radiology: Dental Radiology and Oral Pathology. Volumen XX, nº 6. 1991.