

Revista Española de  
**Cirugía Oral y  
Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



## Caso clínico

# Fibro-odontoma ameloblástico de la mandíbula

María Loreto Castellón<sup>a,\*</sup>, Rodrigo Fariña<sup>b</sup>, Benjamín Martínez<sup>c</sup>, Loreto Canto<sup>d</sup>  
y Renato Gunckel<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Cirugía Máxilofacial, Hospital Exequiel González Cortes, Hospital Luis Calvo Mackenna, Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Cirugía Máxilofacial, Hospital Exequiel González Cortes, Hospital del Salvador, Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile

<sup>d</sup> Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 5 de octubre de 2010

Aceptado el 28 de julio de 2011

On-line el 25 de noviembre de 2011

#### Palabras clave:

Tumor odontogénico

Lesión benigna

Fibro-odontoma ameloblástico

#### Keywords:

Odontogenic tumor

Benign lesion

Ameloblastic fibro-odontoma

### R E S U M E N

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es un tumor odontogénico poco frecuente que afecta a personas jóvenes, sin predilección por género y usualmente se localiza en la zona posterior de la mandíbula. Clínicamente el paciente puede presentar retraso en la erupción dentaria acompañado de aumento de volumen indoloro. Radiográficamente es una lesión radiolúcida uni o multilocular de tamaño variable con áreas radiopacas. El tratamiento varía de acuerdo a su tamaño y se debe tener especial cuidado en la decisión de conservar o no los dientes adyacentes, ya que existe la posibilidad de recurrencia de la lesión. Presentamos un caso de FOA de gran tamaño en un paciente de 4 años. Se describen las características específicas, histológicas y clínicas. Se discute en la conducta terapéutica conservadora y la necesidad de control postoperatorio prolongado en el tiempo.

© 2010 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Ameloblastic fibro-odontoma of the jaw

#### A B S T R A C T

Ameloblastic fibro-odontoma (AFO) is an infrequent odontogenic tumor that affects young people of either sex and is usually located in the posterior mandibular zone. Clinically, the patient might present a delay in dental eruption with a painless increase in volume. Radiographically, it is a uni- or multilocular radiolucent lesion of variable size with radiopaque areas. Treatment varies with tumor size and the decision to conserve the adjacent teeth must be weighed carefully due to the possibility of recurrence. The case of a large AFO in a 4-year-old patient is reported. The specific histological and clinical characteristics are described and the conservative therapy and need for long-term postoperative follow-up are discussed.

© 2010 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: castellonz@gmail.com (M.L. Castellón).

1130-0558/\$ – see front matter © 2010 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.07.013

## Introducción

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es un tumor odontogénico benigno que se presenta con poca frecuencia y está clasificado dentro de los tumores odontogénicos como tumor epitelial que contiene ectomesénquima con la formación de tejido duro dentario (tabla 1)<sup>1</sup>. La OMS lo ha definido como una lesión semejante al fibroma ameloblástico que muestra alteraciones inductivas las cuales llevan a la formación de esmalte y dentina<sup>2</sup>.

El FOA afecta principalmente a pacientes jóvenes (primera y segunda década de vida) con una edad promedio de diagnóstico de nueve años<sup>3</sup>. No muestra predilección por género, aunque existen autores que sostienen una leve tendencia hacia el género masculino. Se presenta con mayor frecuencia en la zona posterior mandibular.

Clínicamente el FOA se caracteriza por ser una lesión asintomática, de tamaño variable y crecimiento lento que genera expansión ósea. La mucosa que recubre la lesión es normal, presenta escasa tendencia a la infección y usualmente se encuentra asociado a dientes no erupcionados<sup>1</sup>.

Radiográficamente corresponde a una lesión radiolúcida uni o multilocular bien delimitada con cantidades variables de contenido radiopaco en su interior, que asemejan a tejido dentario en diferentes etapas de la odontogénesis.

Histológicamente se caracteriza por presentar islotes y cordones de epitelio odontogénico inmerso en un tejido conectivo embrionario que imita a la pulpa dental primitiva. La formación de osteodentina y esmalte también puede observarse microscópicamente.

El tratamiento de elección para esta lesión consiste en la nucleación mediante una cirugía conservadora. El pronóstico es excelente, presentando un bajo índice de recurrencia. A continuación se presenta un caso clínico de un extenso FOA a nivel mandibular.

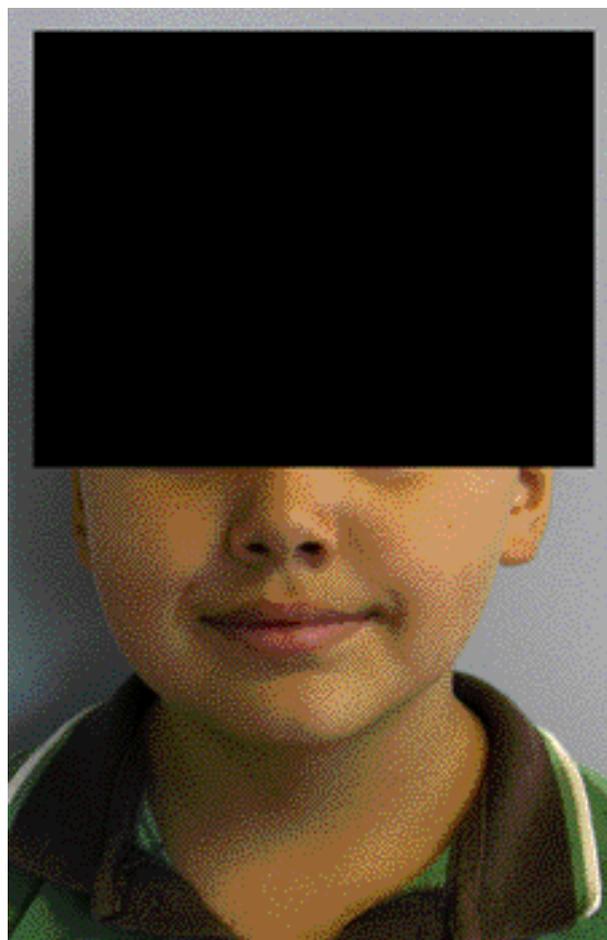
## Caso clínico

Niño, género masculino de cuatro años de edad, fue derivado desde el servicio de diagnóstico de la Universidad Mayor al Hospital Pediátrico Dr. Luis Calvo Mackenna para la evaluación de un aumento de volumen en la zona mandibular derecha, asintomático y de evolución indeterminada. La madre relató no haber notado el aumento de volumen hasta el momento de la derivación, y que el niño nunca se quejó de dolor o incapacidad funcional.

El paciente no presentaba antecedentes mórbidos ni quirúrgicos relevantes.

Al examen extraoral se apreció un aumento de volumen que comprometía cuerpo y rama mandibular derecha, firme e indoloro a la palpación, sin compromiso de la piel. No se registraron adenopatías (fig. 1). Tampoco se registró compromiso sensitivo asociado y el examen funcional mandibular resultó normal.

Al examen intraoral el paciente presentaba dentición temporal completa y un gran aumento de volumen que comprometía cuerpo y rama del lado derecho, la mucosa que lo recubría estaba indemne, era indoloro a la palpación y de consistencia dura (fig. 2).



**Figura 1 – Fotografía extraoral del paciente en la cual puede observarse una leve asimetría facial debido a un aumento de volumen mandibular derecho.**

En la visión panorámica del Cone Beam pudo observarse una extensa lesión radiolúcida unilocular bien delimitada, con contenido variable de radiopacidades similares a estructuras dentarias, que se extendía desde la raíz distal del segundo molar temporal hasta la zona alta de la rama mandibular derecha, equivalente a 45 mm en sentido mesiodistal, 30 mm en sentido vestibulo-lingual y 35 mm en sentido céfalo-caudal. La lesión producía desplazamiento hacia el borde basilar del germe del primer molar permanente, mientras que el segundo molar permanente no se observó. Se apreció compromiso del borde anterior de la rama, reborde alveolar y borde basilar (fig. 3). En el corte coronal pudo apreciarse especialmente la expansión de la tabla ósea vestibular y el desplazamiento inferior del conducto dentario inferior (fig. 4).

Se realizó una biopsia incisional de la lesión. El examen histopatológico teñido con hematoxilina-eosina mostró tejido conjuntivo fibroso con zonas de tejido dentario con grados variables de calcificación similar a dentina o tejido dentinoide, todo en relación a epitelio odontogénico. Además se observaron zonas similares a papila dentaria con proliferación epitelial dispuesta en cordones e islotes con periferia similar a ameloblastos, y hacia el centro tejido que recordaba al retículo estrellado (figs. 5 y 6). El diagnóstico histopatológico fue FOA.

**Tabla 1 – Clasificación histológica de los tumores odontogénicos benignos (OMS, 2005)**

<p>1. Epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico</p> <p>Ameloblastoma sólido/multiquístico</p> <p>Ameloblastoma extraóseo/tipo periférico</p> <p>Ameloblastoma tipo desmoplástico</p> <p>Ameloblastoma tipo uniuístico</p> <p>Tumor odontogénico escamoso</p> <p>Tumor odontogénico epitelial calcificante</p> <p>Tumor odontogénico adenomatoide</p> <p>Tumor odontogénico queratoquístico</p>	<p>2. Epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido dentario duro</p> <p>Fibroma ameloblástico</p> <p>Fibrodentinoma ameloblástico</p> <p>Fibroodontoma ameloblástico</p> <p>Odontoma</p> <p>Odontoma, tipo complejo</p> <p>Odontoma, tipo compuesto</p> <p>Odontoameloblastoma</p> <p>Tumor odontogénico quístico calcificante</p> <p>Tumor dentinogénico de células fantasmas</p>
<p>3. Mesénquima y/o ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico</p> <p>Fibroma odontogénico</p> <p>Mixoma odontogénico (mixofibroma)</p> <p>Cementoblastoma</p>	<p>4. Lesiones relacionadas al hueso</p> <p>Fibroma osificante</p> <p>Displasia fibrosa</p> <p>Displasias óseas</p> <p>Lesión central de células gigantes (granuloma)</p> <p>Querubismo</p> <p>Quiste óseo aneurismático</p> <p>Quiste óseo simple</p>

Con este diagnóstico se planificó la cirugía definitiva. Bajo anestesia general, se realizó el abordaje a nivel del borde anterior de la rama mandibular derecha. La exposición ósea demostró una importante expansión en la tabla ósea vestibular mandibular, sobre la cual se realizó una osteotomía que permitió el acceso y posterior enucleación completa (figs. 7 y 8), seguido de acondicionamiento de la cavidad y sutura con Vycril 4,0.

En el manejo postoperatorio del paciente se utilizó antibioterapia y analgesia convencional en conjunto con revulsivos y dieta blanda. Esta última se prolongó por un mes.

El paciente se mantiene con controles periódicos en el postoperatorio inmediato y tardío y, actualmente, después de un

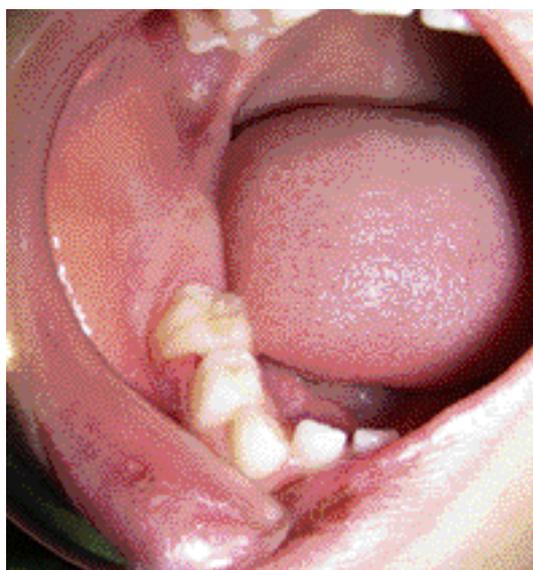
año postoperatorio, se encuentra en muy buenas condiciones (fig. 9).

## Discusión

El fibro-odontoma ameloblástico es un tumor odontogénico de origen epitelial con componente mesenquimático, que representa el 3,1% de todos los tumores odontogénicos<sup>4</sup>.

La ubicación más frecuente es en el sector de premolares y molares mandibulares, presentándose en este último en el 54% de los casos de acuerdo a Daley et al., 1994<sup>5</sup>. Sin embargo, se han presentado casos de tamaño considerable en el sector anterior maxilar<sup>6-8</sup>.

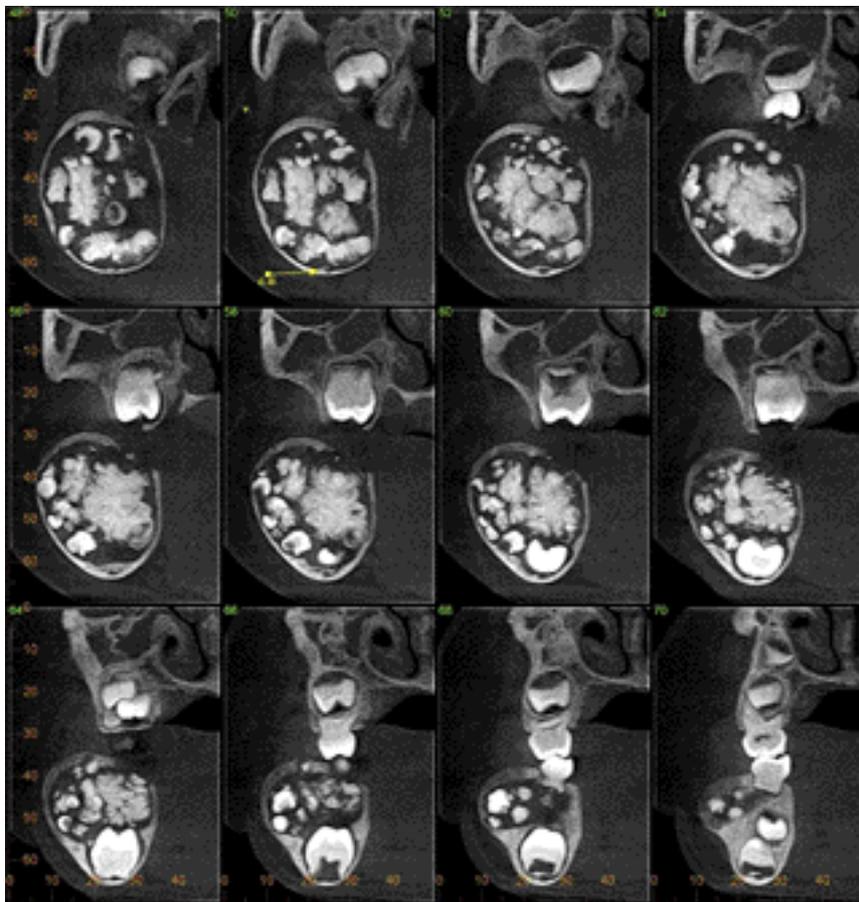
En general, el FOA se caracteriza por ser una lesión asintomática, siendo el principal motivo de consulta un aumento de volumen y retraso en la erupción dentaria, sin embargo, Hu et al., 2005 y Matsuzaka et al., 2001, reportaron casos en los que se presentaba dolor como parte del cuadro clínico<sup>7,9</sup>. Radiográficamente corresponde a una lesión radiolúcida uni o multilocular, de límites netos con contenido variable de tejido calcificado. Las dimensiones del FOA pueden variar de pocos milímetros a centímetros, generando expansión de



**Figura 2 – Fotografía intraoral del lado derecho en la cual se aprecia un aumento de volumen vestibular que compromete gran parte de la mandíbula. La mucosa se encuentra indemne.**



**Figura 3 – Cone Beam panorámico. Se observa extensa lesión radiolúcida unilocular de límites netos con contenido variable de estructuras radiopacas similares a estructuras dentarias que compromete cuerpo y rama mandibular derechos.**



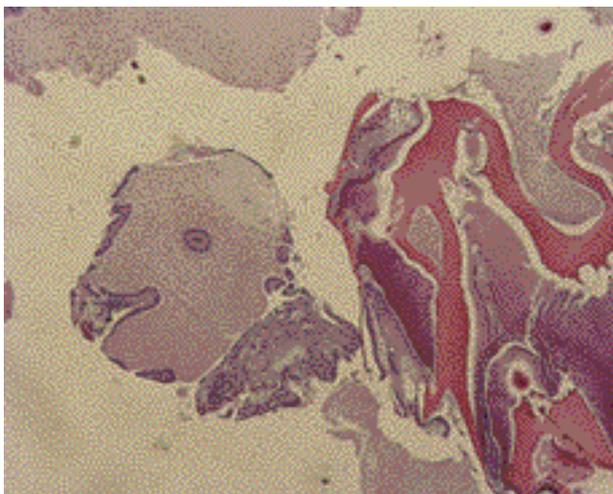
**Figura 4 – Cone Beam corte coronal. Se observa una gran expansión de tablas óseas, principalmente la vestibular y desplazamiento inferior del conducto dentario inferior.**

tablas óseas y desplazamiento de estructuras anatómicas, como ocurrió en el caso descrito.

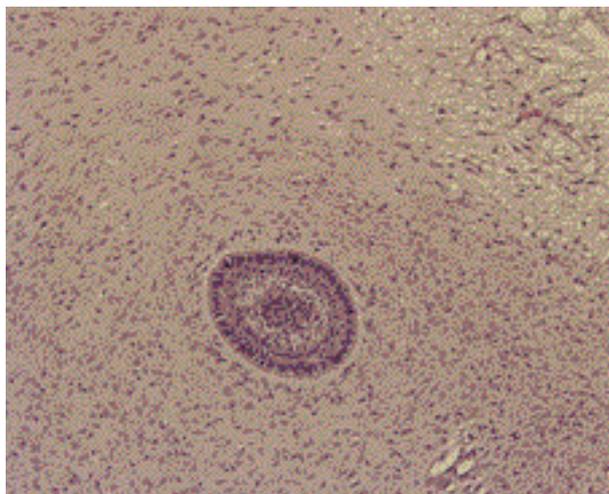
Microscópicamente la lesión se compone de bandas, cordones e islas de epitelio odontogénico embebido en un ectomesénquima primitivo, rico en células que recuerdan a

la papila dental. Estudios han descrito además la presencia de melanina en el tejido epitelial y conectivo<sup>10,11</sup>.

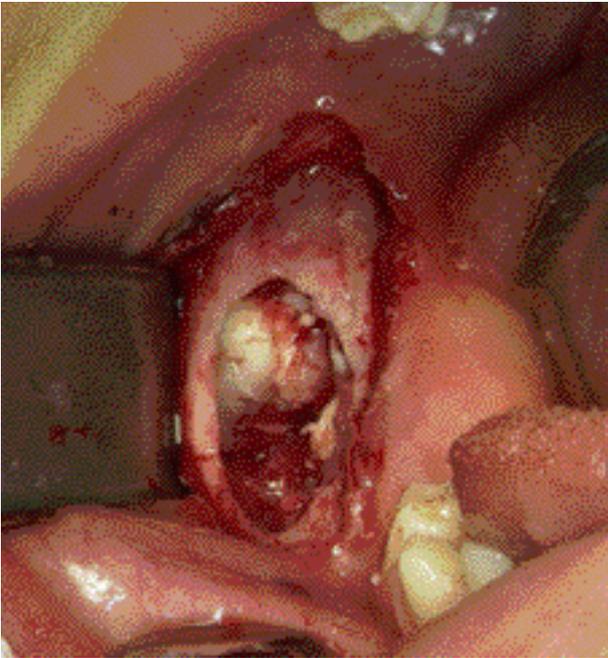
Existen controversias en cuanto a la relación del FOA con el fibroma ameloblástico (FA) y el odontoma complejo. Regezi et al., en 1989, consideraron que existía la posibilidad de



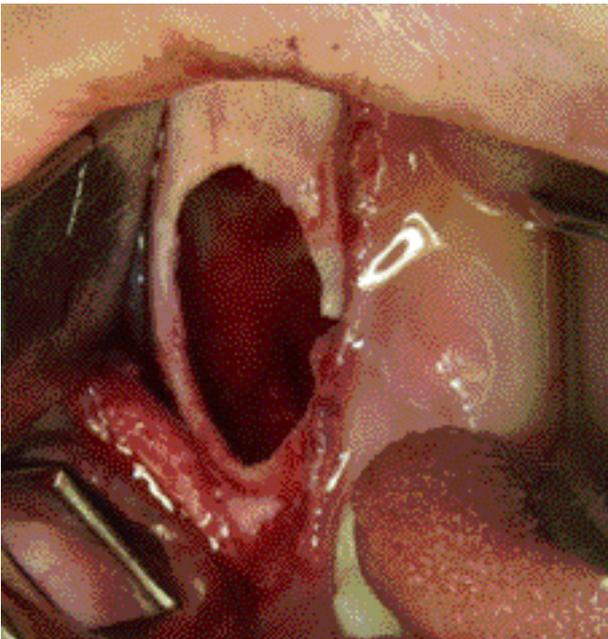
**Figura 5 – Tejido dentinario en matriz de esmalte adyacente a proliferación epitelial en botón que se encuentra a mayor aumento en la figura 7. H-E (50x).**



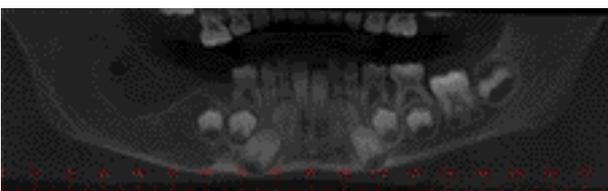
**Figura 6 – Botón epitelial con células en empalizada hacia el centro similar a retículo estrellado, entre tejido fibroblástico parecido a papila dentaria. H-E (250x).**



**Figura 7 – Exposición quirúrgica de la lesión.**



**Figura 8 – Lecho quirúrgico vacío y acondicionado.**



**Figura 9 – Cone Beam control al año de tratamiento.**

sucesión desde un FA a un FOA<sup>12</sup>. Por su parte Sloomweg, 1981 y Philipsen et al., 1997, indican que el FOA corresponde a una forma inductiva de un odontoma complejo<sup>3,13</sup>. Además se ha considerado al FOA como una entidad idéntica al fibroma ameloblástico (FA), sin embargo, en la actualidad se consideran como tumores odontogénicos separados justificando el hecho en: 1) la edad de aparición de las lesiones, ya que el FOA compromete a pacientes de menor edad que aquellos que presentan FA; 2) diferencias inmunohistoquímicas encontradas entre el FA y el FOA, y 3) diferencias clínicas, ya que el FA y el FOA generan comúnmente expansión de tablas óseas, mientras que el odontoma complejo no. Pese a lo anterior el FOA es histológicamente indistinguible de un odontoma complejo inmaduro.

La planificación del tratamiento se verá directamente relacionada con el diagnóstico histopatológico específico y el tamaño de la lesión, pudiendo variar desde una enucleación con curetaje del lecho quirúrgico en lesiones de pequeño tamaño, hasta resecciones extensas en aquellos casos en los cuales la lesión tenga un comportamiento más agresivo<sup>7</sup>. Otro factor muy importante a considerar al momento de planificar el tratamiento es la edad del paciente y el comportamiento biológico de la lesión, es por esto que en este caso se optó por una enucleación con curetaje del lecho antes que una resección en bloque.

Existen diferencias de opinión en cuanto a la conservación o remoción de los dientes adyacentes a la lesión. Siguiendo la línea de tratamiento más aceptado y considerando la edad del paciente, se optó por enuclear la lesión junto al diente no erupcionado asociado, seguido de un curetaje del lecho quirúrgico.

El pronóstico del FOA es excelente. Sin embargo, se han descrito casos de recurrencia en distintos períodos luego de su enucleación con y sin la conservación de los dientes asociados<sup>4,14</sup>. Herzog et al. en 1991 reportaron la existencia de un caso de recurrencia luego de 12 años de seguimiento posquirúrgico con transformación maligna a fibrosarcoma ameloblástico y metástasis<sup>15</sup>. Lo anterior destaca la importancia del seguimiento a largo plazo posterior al tratamiento quirúrgico.

Se debe considerar que una recurrencia de la lesión y/o patrones histológicos anormales son signos de transformación maligna de la lesión a un fibrosarcoma ameloblástico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. 2.<sup>a</sup> ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2002. p. 628-9.
2. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours. En: Pathology and genetics head and neck tumours. IARC Press: Lyon; 2005. p. 309.
3. Sloomweg PJ. Analysis of the interrelationship of mixed odontogenic tumours-ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. Oral Surg. 1981;51:266-76.
4. Furst I, Pharoah M, Phillips J. Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. J Oral Maxillofac Surg. 1999;57:620-3.

5. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumours and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;77:276-83.
6. Khurana AS, Munjal M, Narad M. Ameloblastic fibro-odontoma of the maxilla. *Ind J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;52:150-1.
7. Hu Y, Liu B, Su T, Zhang W, Zhao Y. A huge ameloblastic fibro-odontoma of the maxilla. *Oral Oncol.* 2006;42:160-2.
8. Dolanmaz D, Pampu A, Kalayc A, Etöz O, Atc S. An unusual size of ameloblastic fibro-odontoma. *Dentomaxillofac Radiol.* 2008;37:179-82.
9. Matsuzaka K, Inoue T, Nashimoto M, Takemoto K, Ishikawa H, Asaka M, et al. A case of an ameloblastic fibro-odontoma arising from a calcifying odontogenic cyst. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2001;42:51-5.
10. Suenaga H, Teshima T, Marumo M, Naeda H. Ameloblastic fibro-odontoma: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1976;22:702-10.
11. Kitano M, Tsuda-Yamada S, Semba J. Pigmented ameloblastic fibro-odontoma with melanophages. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;77:271.
12. Regezi J, Sciubba J, Jordau R. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations.* 5.<sup>a</sup> ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2008. p. 277-9.
13. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol.* 1997;33:86-99.
14. Friedrich R, Siegert J, Donath K, Jäkel T. Recurrent ameloblastic fibro-odontoma in a 10-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:1362-6.
15. Herzog U, Putzke HP, Bienengraber V, Radke C. Das ameloblastische Fibroodontom-ein odontogener Misch tumor mit Übergang in ein odontogenes Sarkom. *Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir.* 1991;15:90-3.