



Carcinoma ameloblástico. Revisión de la literatura y presentación de un caso

Rodrigo Licéaga Reyes,* Ilan Vinitzky Brener,** Sergio Alatorre Pérez,** Adalberto Mosqueda Taylor***

RESUMEN

El carcinoma ameloblástico se clasifica en el grupo de los tumores odontogénicos malignos, siendo la parte maligna de un ameloblastoma sólido multicístico. Existen pocos casos reportados en la literatura. Se define como una neoplasia odontogénica maligna que combina las características histológicas de ameloblastoma con atipia celular. Su rango de edad de presentación es muy amplio, no tiene predilección por género, su localización más frecuente es en la parte posterior del cuerpo mandibular y rama ascendente. El tratamiento debe ser agresivo y su pronóstico es pobre. Se reporta el caso de un carcinoma ameloblástico manejado con resección quirúrgica completa y se revisa la literatura sobre el tema.

Palabras clave: Carcinoma ameloblástico, resección quirúrgica.

SUMMARY

Ameloblastic carcinoma is classified in the group of malignant odontogenic tumors, being the malignant part of the solid multicyst ameloblastoma. There are few cases reported in literature. It can be defined as an odontogenic malignancy that combines the histological features of ameloblastoma with cytological atypia, which is locally invasive, its age appearance range is wide, it does not show any specific trend towards gender and its most frequent location is in the mandibular posterior body and ascending ramous. Treatment has to be aggressive and its prognosis is poor. We report a case of ameloblastic carcinoma treated by complete surgical excision and review of the literature about this subject.

Key words: Ameloblastic carcinoma, surgical excision.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos malignos son tan poco comunes que probablemente un cirujano oral y maxilofacial no verá uno en toda su vida profesio-

nal. Un tumor maligno será clasificado como carcinoma «odontogénico» cuando histológicamente demuestra epitelio que asemeja el de un órgano dentario en desarrollo.¹ Los ameloblastomas en muy pocas ocasiones presentan comportamientos

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

** Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

*** Profesor Titular. Departamento de Atención a la Salud. UAM Xochimilco.

Correspondencia:
Rodrigo Licéaga Reyes
E-mail: r_liceaga@hotmail.com

malignos claros o metástasis. La terminología utilizada para estas lesiones ha sido controversial; sin embargo, en los últimos 20 años estos tumores se han clasificado en ameloblastoma maligno y carcinoma ameloblástico. El ameloblastoma maligno es un tumor que a pesar de tener histológicamente una apariencia benigna típica ha dado origen a metástasis. El carcinoma ameloblástico, por su parte, muestra características citológicas de malignidad, presentando o no metástasis.^{2,3}

El carcinoma ameloblástico fue descrito por primera vez por Robinson,^{4,5} y en 1983 Shafer introdujo el término «carcinoma ameloblástico» para referirse a aquellos ameloblastomas que han sufrido transformación histológica maligna.⁶ El carcinoma ameloblástico es una proliferación maligna de epitelio asociada a un ameloblastoma (carcinoma ex ameloblastoma) o que histológicamente es similar a un ameloblastoma (carcinoma ameloblástico de novo); sin embargo, se cree que la mayoría de los casos crecen de novo con muy pocos casos de transformación maligna aparente de un ameloblastoma.⁷ Es una neoplasia agresiva, localmente invasiva, la cual en ocasiones se puede extender fuera del hueso, a fosa infratemporal, espacio parafaríngeo o masticador e incluso a ganglios linfáticos regionales y otros sitios distantes, principalmente al pulmón. El rango de edad de presentación es muy amplio, con una media de 30 años, no tiene predilección por género, su localización más frecuente es en la parte posterior del cuerpo mandibular y rama ascendente, radiográficamente se presenta por lo común como una imagen radiolúcida mutiloculada,⁸ en raras ocasiones se pueden observar radioopacidades focales, las cuales son resultado de necrosis con

calcificaciones distróficas que pueden estar presentes en este tumor.⁹ El tratamiento debe ser agresivo, con excisión radical de la lesión y márgenes libres de 2 a 3 cm, y un seguimiento meticuloso.¹⁰ El pronóstico es pobre.



Figura 2. Aspecto clínico intraoral.

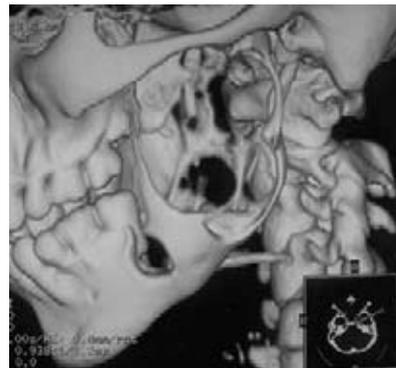


Figura 3. Reconstrucción tridimensional de tomografía computada donde se observa la zona osteolítica del tumor.



Figura 1. Aspecto clínico preoperatorio.



Figura 4. Toma de biopsia incisional.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 22 años de edad, la cual acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Juárez de México por presentar un notable aumento de volumen en región mandibular izquierda de 2 años de evolución, sin antecedentes



Figuras 5 y 6. Excisión quirúrgica extraoral. Se coloca placa de reconstrucción con condilo mandibular.

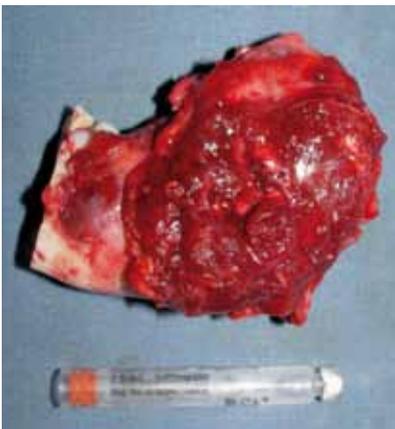
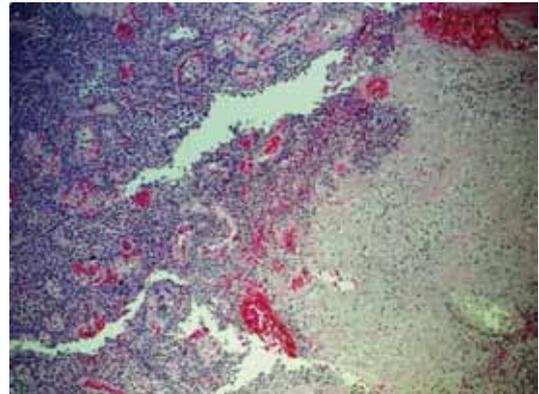
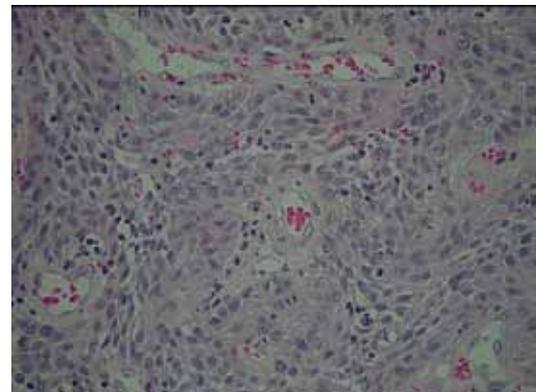


Figura 7. Pieza quirúrgica.



A



B

Figuras 8 y 9. A. Tumor con amplia zona de necrosis. B. Zona hiper celular con pleomorfismo y algunas figuras de mitosis.



Figuras 10 y 11. Aspecto postoperatorio.

médicos de relevancia para su padecimiento. A la exploración física encontramos paciente con edad aparente similar a la cronológica, adecuada hidratación y coloración de tegumentos con aumento de volumen en región mandibular izquierda con marcada asimetría facial de consistencia firme, fijo, indoloro a la palpación (*Figura 1*).

Presenta adecuada apertura oral, intraoralmente con dentición permanente incompleta, aumento de volumen en región posterior mandibular izquierda, consistencia dura, indoloro a la palpación, con zona ulcerada en región de molares y zona retromolar, con huellas de molares superiores (*Figura 2*).

Radiográficamente se observa zona osteolítica en región posterior de cuerpo mandibular y rama ascendente mandibular, bien delimitada, multiloculada de aproximadamente 8 cm de diámetro mayor con un órgano dentario incluido en la lesión. En estudio de imagen de tomografía axial computada se observa lesión sólida hipodensa a hueso que ocupa parte posterior de cuerpo mandibular y rama ascendente mandibular con expansión y perforación de corticales (*Figura 3*).

Se decide realizar punción aspiradora, la cual resulta negativa, por lo que se procede a realizar biopsia incisional bajo anestesia local (*Figura 4*) con resultado histopatológico de ameloblastoma sólido multiquístico. Se decide realizar excisión quirúrgica más colocación de placa de reconstrucción con componente condilar.

Bajo anestesia general, previa colocación de arcos barra en ambas arcadas, se realiza abordaje submandibular extraoral e intraoral, a partir del cual se realiza la excisión quirúrgica completa desde primer premolar inferior izquierdo incluyendo la rama ascendente mandibular en su totalidad (*Figura 5*). Posteriormente se coloca placa de reconstrucción con componente condilar (*Figura 6*); la cirugía se realiza sin incidentes ni complicaciones y se envía pieza quirúrgica a estudio histopatológico.

El examen microscópico reveló la presencia de una lesión formada por mantos de células epiteliales de aspecto ameloblástico, con capa basal cuboidal a columnar, la cual rodea células que recuerdan al retículo estrellado del órgano del esmalte. En distintas zonas se identificaron áreas de necrosis tumoral y la presencia de células pleomórficas y ocasionales figuras de mitosis, algunas de ellas atípicas (*Figuras 8 y 9*). El diagnóstico final correspondió a carcinoma ameloblástico con márgenes libres de lesión.

Se realizan estudios minuciosos como TAC y serie ósea sin obtener algún dato sugestivo de metástasis. Veinticuatro meses posteriores a la cirugía la paciente

se encuentra asintomática y libre de enfermedad (*Figuras 10 y 11*).

DISCUSIÓN

El carcinoma ameloblástico es una lesión poco frecuente, ya que existen pocos casos reportados en la literatura; Nagai *et al* reportaron en 1991 un total de 46 carcinomas ameloblásticos en la literatura inglesa y japonesa;¹¹ posteriormente, en 1995, Lolachi *et al* reportaron 34 casos en la literatura inglesa,¹² por lo que consideramos aún más importante el reporte de este caso, el cual corresponde a un carcinoma ameloblástico ex ameloblastoma; es decir, una lesión con características iniciales de ameloblastoma sólido que va perdiendo su diferenciación y adquiere características de malignidad, las cuales con el tiempo reemplazan la estructura normal del ameloblastoma,^{1,13} lo cual nos explica el resultado histopatológico de la biopsia incisional, ya que esta lesión tenía ambos componentes, lo cual sólo se pudo determinar posterior a una revisión exhaustiva de la muestra. Es probable que si esta lesión no hubiera sido tratada, con el tiempo habría perdido por completo el componente de ameloblastoma sólido multiquístico, siendo entonces un carcinoma ameloblástico puro. Con respecto al tratamiento de esta lesión, existe cierta controversia en la literatura, encontrando como opciones la resección completa de la lesión hasta opciones más radicales como disección de cuello y en algunos casos radiación prequirúrgica;^{2,7} en este caso se realizó una resección completa con márgenes amplios y se prosiguió con un seguimiento minucioso con resultados muy favorables.

CONCLUSIONES

Aunque estas lesiones son sumamente raras, es de vital importancia que todo cirujano oral y maxilofacial tenga el conocimiento básico para su adecuado diagnóstico y tratamiento. Referente al diagnóstico, es un hecho que el resultado final nos lo dará únicamente el estudio histopatológico; sin embargo, el clínico debe ser meticuloso y observador para poder captar cualquier cambio en el comportamiento habitual de cierta lesión que lo pueda orientar a pensar que se enfrenta a una lesión maligna. Como una forma de prevención y tratamiento temprano de estas lesiones tenemos una adecuada revisión clínica con alto índice de sospecha, así como toma de radiografías panorámicas en los casos donde existan ausencias dentales, alteraciones de la erup-

ción o cambios clínicos, de tal forma que al obtener diagnósticos tempranos podremos ofrecer a nuestros pacientes la cirugía más adecuada, con mejor pronóstico y una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee JS. Odontogenic malignancies. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2004; 16: 409-424.
2. Sharon A, Buchner A, Shoshani Y, Vered M, Dayan D. Ameloblastic carcinoma: Report of a new case, literature review, and comparison to ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 777-783.
3. Cox D, Müller S, Carlson GW, Murray D. Ameloblastic carcinoma ex ameloblastoma of the mandible with malignancy-associated hypercalcemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90: 716-22.
4. Sastre J, Muñoz M, Naval L, Adrados M. Ameloblastic carcinoma of the maxilla: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 102-104.
5. Thoma KH. *Oral Pathology*. St Louis, MO, CV Mosby, 1950: 1270-1333.
6. Slootweg PJ, Müller H. Malignant ameloblastoma or ameloblastic carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1984; 57 (2): 168-176.
7. Soumalainen A, Hietanen J, Robinson S, Peltola JS. Ameloblastic carcinoma of the mandible resembling odontogenic cyst in a panoramic radiograph. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101: 638-42.
8. Reichart P, Philipsen H. *Odontogenic tumors and allied lesions* Quintessence Publishing, Londres Inglaterra 2004: 215-220.
9. Hall JM, Weathers DR, Unni KK. Ameloblastic carcinoma: An analysis of 14 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103: 799-807.
10. Avon SL, McComb J, Clokie C. Ameloblastic carcinoma: Case report and literature review. *J Can Dent Assoc* 2003; 69 (9): 573-6.
11. Nagai N, Takeshita N, Nagatsuka H et al: Ameloblastic carcinoma: Case report and review. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 460-3.
12. Lolachi CM, Madan SK, Jacobs JR. Ameloblastic carcinoma of the maxilla. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 1019.
13. Kramer IRH, Pindborg JJ, Sear M. *Histological typing of odontogenic tumours* World Health Organization International Histological Classification of Tumours 2th Edit. Springer-Verlag. Germany 1992: 25-27.