



Reporte de caso

Ameloblastoma metastásico

Metastatic ameloblastoma

Mario Alexander Melo MD^a
María Camila Piñeros^b
Ana María Torres^b
Fabián Parra F. MD^c
Rafael Baracaldo A. MD^d

^a Patología. Grupo de Patología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad El Bosque. Bogotá DC, Colombia.

^b Odontología, Patología Oral y Medios Diagnósticos, Universidad El Bosque, Bogotá DC, Colombia.

^c Radiología e Imágenes Diagnósticas, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá DC, Colombia.

^d Patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: el ameloblastoma es un tumor epitelial benigno de origen odontogénico, de crecimiento progresivo, caracterizado por expansión ósea y tendencia a la recurrencia local si no se trata en forma adecuada. De acuerdo con las características clínicas y radiográficas se clasifica en ameloblastoma unicístico, periférico/extraóseo y el metastásico. **Presentación del caso:** el presente manuscrito se quiere reseñar el caso clínico de un ameloblastoma metastásico, el cual es capaz de producir siembras a pesar de su apariencia histológica benigna. **Discusión y conclusiones:** las variadas formas clínicas y radiográficas hacen que el ameloblastoma metastásico requiera, desde su diagnóstico inicial, un estudio detallado ya que es importante entender el concepto de esta patología como lesión clínica que realiza metástasis a distancia, pero su comportamiento histológico es benigno.

Palabras clave: tumores odontogénicos, neoplasia, ameloblastoma, ameloblastoma metastásico.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Introduction: ameloblastoma is a benign epithelial odontogenic tumor that progresses slowly and is characterized by bone expansion and tendency for local recurrence if not treated properly. According to the clinical and radiographic characteristics, it is classified as unicystic, peripheral/extraosseous and metastatic ameloblastoma. **Case presentation:** the present manuscript aims to review the clinical case of a metastatic ameloblastoma, which can metastasize in spite of a benign histological appearance. **Discussion and conclusions:** the various clinical and radiographic forms of metastatic ameloblastoma require, from its initial diagnosis, a detailed study, since it is important to understand the concept of this clinico-pathological entity as a lesion with distant metastases but benign histological features.

Key words: odontogenic tumors, neoplasia, ameloblastoma, metastatic ameloblastoma.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: enero 9 de 2020
Fecha aceptado: mayo 5 de 2020

Autor para correspondencia.
Dr. Mario Alexander Melo
mariomelo1203@hotmail.com

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.309

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es una neoplasia del epitelio odontogénico, principalmente originario de los restos de la lámina dental y el epitelio reducido del esmalte, que se caracteriza por su comportamiento agresivo local y alta recurrencia.¹ Es una patología poco frecuente, representa 1% de todos los tumores de la región de la cabeza y cuello, con una incidencia anual estimada alrededor de 0.6 casos/millón de habitantes.¹ Es el tumor odontogénico más común, excluyendo los odontomas y la incidencia máxima del diagnóstico está entre la cuarta y la quinta década de la vida, con un rango de edad de 8 a 92 años, sin predilección por sexo.²

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el ameloblastoma se clasifica clínica y radiográficamente en unicístico, extraóseo/periférico y el metastásico. Este último hace metástasis a pesar de su apariencia histológica benigna. Su incidencia anual global es de 1,79 casos por cada 10 millones de habitantes, aumentando dicha incidencia con la edad del paciente.² Las metástasis pueden ocurrir después de un intervalo muy largo sin enfermedad, que puede ser hasta de 42 años después del tratamiento de la lesión primaria, con un tiempo promedio de 18 años.³ En ausencia de transformación citológica maligna de la lesión metastásica, el curso clínico del tumor metastásico es relativamente indolente, con una supervivencia promedio de 10 años después del diagnóstico.⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La localización más frecuente del ameloblastoma primario es la mandíbula y suele ser de variante multiquistica sólida. Los depósitos metastásicos con frecuencia se ven en los pulmones (70%), seguidos por los ganglios linfáticos (28%) y los huesos (12%).²

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS

El ameloblastoma convencional se observa como una lesión radiolúcida multilocular con aspecto de “pompas de jabón” o “panal de abejas”. La expansión de tablas óseas en la superficie vestibular y lingual es frecuente y la reabsorción radicular y la asociación con un diente no erupcionado también puede ocurrir.² El método de elección para su evaluación imagenológica es la tomografía computarizada con medio de contraste. Los ameloblastomas multiquisticos corresponden de 80 a 90% de los casos, se observan como una masa expansiva, radiolúcida, multilocular, con septos internos que dan el aspecto mencionado. En la tomografía se ven áreas quísticas de baja atenuación y otras sólidas cuya densidad es de tejidos blandos sin calcificación, con realce del componente sólido así como de los septos. Hay expansión y adelgazamiento de las corticales óseas, reabsorción de las

raíces de los dientes adyacentes y se asocia con una pieza dental no erupcionada. Cuando es muy grande, puede erosionarse a través de la corteza en los tejidos blandos adyacentes. No se ha demostrado ninguna relación entre una apariencia unilocular o multilocular o la extensión del tumor en las imágenes transversales y el grado de invasión.⁵

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Para establecer el diagnóstico es indispensable que las lesiones primarias y metastásicas tengan características histológicas de ameloblastoma, el convencional muestra una notable tendencia a presentar áreas quísticas y sólidas. Las primeras pueden ser de nivel microscópico o como múltiples quistes grandes.⁶ Se reconocen varios subtipos microscópicos entre los cuales se encuentran: el folicular, plexiforme, acantomatoso, de células granulares, desmoplásico y de células basales. Las variantes folicular y plexiforme son las más comunes, mientras que son menos frecuentes las de células acantomatosas, granulares, desmoplásicas y basales.⁶

El folicular muestra islas epiteliales similares al epitelio del órgano del esmalte en un estroma de tejido conectivo fibroso maduro. En la zona central hay células angulares que se asemejan al retículo estrellado de un órgano de esmalte. Además, se observa una sola capa de células cilíndricas altas en empalizada que corresponden a las ameloblásticas, con núcleo hacia la periferia del lado opuesto a la membrana basal (polaridad invertida). En otras áreas, las células periféricas pueden ser más cuboidales y recuerdan a las células basales.⁶

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 39 años de edad procedente de la región nororiental de Colombia, con cuadro clínico de 1 mes de evolución de aparición de una lesión nodular en la zona mandibular izquierda que genera deformidad del contorno facial (**figura 1**). Como antecedente quirúrgico de importancia se practicó hemimandibulectomía izquierda más reconstrucción con placa en el segmento condilar, con diagnóstico histopatológico de ameloblastoma de patrones histológicos folicular y plexiforme. Dos años después presentó lesión en cuero cabelludo (**figura 2**), con hallazgos imagenológicos sugestivos de compromiso por ameloblastoma (**figura 3**). El estudio de la resección local amplia en cuero cabelludo concluyó como ameloblastoma metastásico (**figuras 4 y 5**). Dada la naturaleza e invasión del tumor se decide no realizar intervenciones quirúrgicas adicionales, debido a la extensión tumoral hacia base de cráneo, compromiso y el alto riesgo de lesionar pares nerviosos y vasos sanguíneos profundos pues se detectó perforación de la cortical ósea con compromiso tumoral de la fosa craneal media. El paciente no presentó ninguna alteración en su función neurológica y motora.



Figura 1. Apariencia clínica frontal: es evidente la deformidad del contorno en hemicara izquierda. Fuente: los autores.



Figura 2. Cuero cabelludo con cicatrización por metástasis de ameloblastoma. Fuente: los autores.

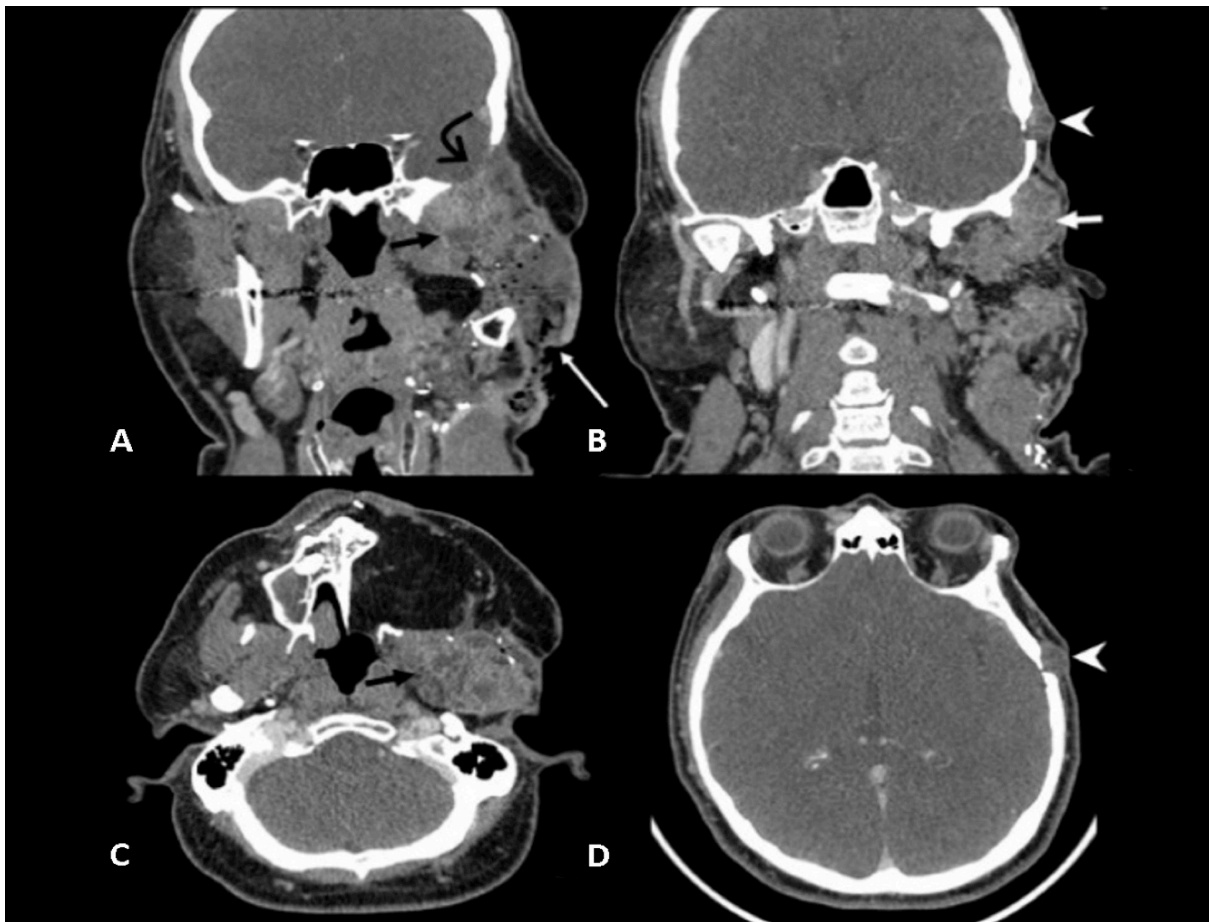


Figura 3. A y B tomografía de cuello contrastada, C y D, reconstrucciones coronales en cortes axiales. A, B y C la flecha negra corta señala una lesión de contornos lobulados localizada en el espacio masticatorio izquierdo que se extiende hasta la región infratemporal del mismo lado y está en estrecho contacto con la bóveda craneana y su contenido (flecha curva); la lesión contiene unas imágenes de aspecto quístico hipodensas, con paredes que se realzan con la administración de contraste, dando el aspecto de "burbujas de jabón". La cabeza de flecha (B y D) señala el lugar de la tabla ósea del parietal donde se encontraba la metástasis resecada. Fuente: los autores.

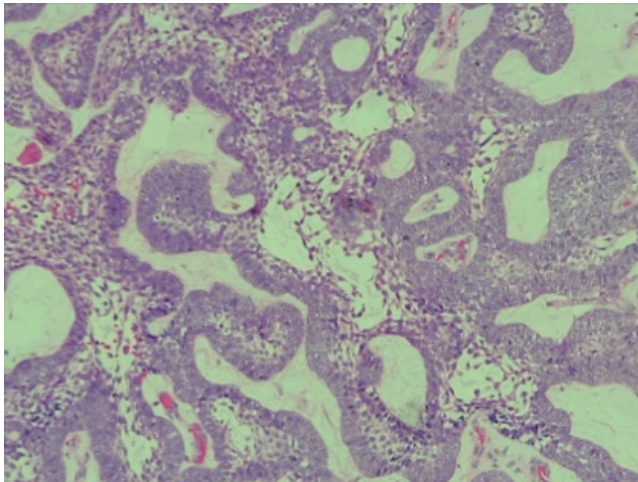


Figura 4. Ameloblastoma (patrón folicular) con múltiples islas de epitelio odontogénico en un fondo de tejido conectivo laxo. Fuente: los autores.

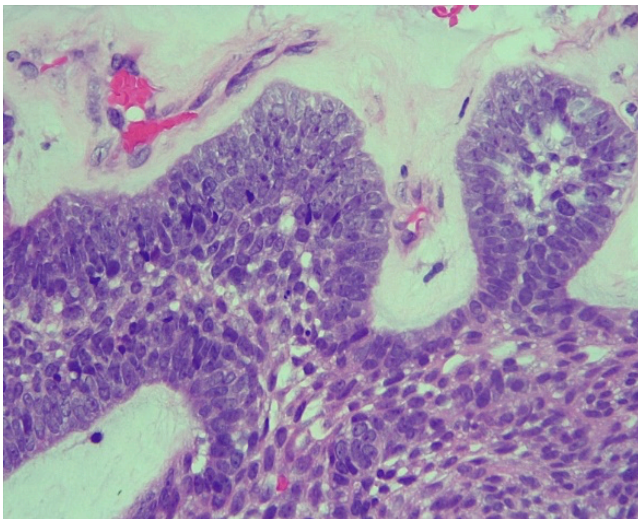


Figura 5. A mayor aumento se observan células columnares periféricas que muestran polaridad invertida. Fuente: los autores.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud, el ameloblastoma metastásico muestra las mismas características histológicas del convencional. Los factores de riesgo generalmente aceptados son lesión primaria de gran tamaño, diagnóstico tardío del tumor inicial, recurrencias locales múltiples, tratamiento quirúrgico inadecuado y terapia con radio y quimioterapia. Se recomienda el seguimiento a largo plazo ya que las metástasis pueden ocurrir después de un periodo extenso libre de enfermedad.⁴

En el presente caso la lesión primaria era de gran tamaño y desarrolló una metástasis en el cuero cabelludo, un año después al maxilar y dos recidivas que persisten en el injerto de peroné en región mandibular izquierda y en zona del

hueso parietal del lado izquierdo, mostrando una asociación de extensión local y a distancia del tumor primario.

El elemento más importante en el manejo del ameloblastoma metastásico es el tratamiento de la lesión primaria. Como fue mencionado antes, los tratamientos quirúrgicos múltiples también aumentan en forma significativa el riesgo de metástasis.

Hay varias alternativas para el tratamiento de las metástasis, siendo la quirúrgica la más frecuente. La quimio y radioterapia también han sido descritas, en especial para el manejo paliativo. La cirugía consiste en la resección amplia cuya extensión dependerá del número y localización de las lesiones. Existen pocos casos de metástasis en cuero cabelludo reportados, es necesario contar con un mayor número para lograr una aproximación terapéutica más adecuada.³

CONCLUSIONES

Las variadas formas clínicas, histológicas y los hallazgos histopatológicos hacen que el ameloblastoma metastásico requiera desde su diagnóstico inicial un estudio detallado para definir el tratamiento quirúrgico adecuado.

CONFLICTO DE INTERERES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Masthan KM, Anitha N, Krupaa J, Manikkam S. Ameloblastoma. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(Suppl 1):S167-70. doi: 10.4103/0975-7406.155891.
2. El-Naggar A, Chan J, Grandis J, Takata T, Slootweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4 ed: International Agency for Research on Cancer; 2017.
3. Rotellini M, Maggiore G, Trovati M, Saraceno MS, Franchi A. Metastasizing Maxillary Ameloblastoma: Report of a Case with Molecular Characterization. *J Oral Maxillofac Res.* 2016;7(1):e5. doi: 10.5037/jomr.2016.7105
4. Van Dam SD, Unni KK, Keller EE. Metastasizing (malignant) ameloblastoma: review of a unique histopathologic entity and report of Mayo Clinic experience *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(12):2962-74. doi: 10.1016/j.joms.2010.05.084
5. Cankurtaran CZ, Branstetter IV BF, Chiose SI, Leon Barnes E. Best cases from the AFIP ameloblastoma and dentigerous cyst associated with Impacted mandibular third molar tooth. *Radio Graphics.* 2010;30(5):1415-20. doi: 10.1148/rg.305095200
6. Neville B, Damm DD, Allen C, Chi A. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 3 ed: Elsevier; 2015.