

Dra. Verónica Palacios I.*, Prof. Dr. Luis Quevedo R.**, Prof. Dr. Alfredo Esguep S.***, Dra. Iris Espinoza S.****

*Patólogo Buco Máxilo Facial, Hospital Dr. Sótero del Río.

Director Programa de Especialización Cirugía Máxilo Facial, Hospital Dr. Sótero del Río. *Prof. Titular Anatomía Patológica, Fac. de Odontología Universidad de Chile.

****Académica Anatomía Patológica, Hospital Sótero del Río, Servicio Estomatología, Cirugía Máxilo Facial. Av. Concha y Toro 3459, fono 3536000.

Reporte Clínico

Recidiva de Ameloblastoma en Injerto Oseo de Cresta Iliaca

Recurrent Ameloblastoma in Iliac Bone Graft

Resumen

Se presenta el caso de un Ameloblastoma Mixto, en un paciente masculino de 39 años de edad, predominantemente plexiforme, que recidivó en tejido óseo autólogo de cresta iliaca utilizado en el proceso de reconstrucción mandibular luego de los procedimientos quirúrgicos.

Se constata la mínima relación existente entre tipo histológico del tumor y su capacidad de recurrir.

Se discute que el potencial de recidiva estaría en función de las propiedades biológicas de residuos lesionales posquirúrgicos presentes tanto en el tejido óseo como en partes blandas, y no en una particular labilidad del material injertado.

Summary

A case of recurrent mixed Ameloblastoma within an iliac graft in a 39 year old male patient is presented. The graft was used after two surgical procedures of the tumour.

It is noted that there is no relationship between the histologic type of ameloblastoma and its clinical behaviour.

The biological characteristics of tumoral recurrences both in bone and soft tissues are discussed.

Key Words: Ameloblastoma, recurrence, bone graft.

Introducción

El ameloblastoma es la neoplasia de origen odontogénico que se da con mayor frecuencia en la población; su incidencia iguala o excede a la incidencia combinada de todos los demás tumores odontogénicos, excluyendo los odontomas⁽¹⁻²⁻³⁾.

La mayoría de los ameloblastomas se presentan como un crecimiento neoplásico intraóseo multiquístico o sólido (86%), y en menor porcentaje se observan las formas uníquísticas (13%) y lesiones periféricas o extraóseas (1%)⁽²⁻⁴⁾.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)⁽¹⁾ el ameloblastoma es una neoplasia caracterizada por una proliferación de epitelio odontogénico de carácter benigno, que se dispone en un patrón de crecimiento folicular o plexiforme, recordando las estructuras embrionarias del órgano del esmalte, en

donde tendría su origen; se plantea también su desarrollo a partir de otros restos epiteliales atrapados en los maxilares, como los de Malassez, o hasta del epitelio de la mucosa oral⁽²⁾.

Se han descrito distintas variedades histológicas, tales como las formas acantomatosa, de células granulares; de células basales y desmoplásicas, aunque existe controversia respecto a si éstas modifican la conducta biológica del ameloblastoma⁽¹⁻³⁻⁵⁻⁶⁾.

Desde el punto de vista de su biología celular, es una neoplasia benigna, pero su crecimiento infiltrativo a través de los espacios medulares del tejido óseo esponjoso, la convierten en un tumor odontogénico localmente agresivo y con gran tendencia a recurrir⁽²⁻⁷⁾.

Esta recurrencia debe evaluarse de acuerdo a algunos parámetros descritos en la lite-

ratura, tales como la localización, la extensión de la lesión y su forma clínica, ya que es aceptado que la variedad uníquística con crecimiento luminal o intraluminal, así como la variedad desmoplásica, tendrían un menor porcentaje de recurrencia⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹³⁾.

La recidiva del ameloblastoma en injertos óseos utilizados con fines reconstructivos después de una cirugía de gran magnitud, se ha descrito pocas veces en la literatura⁽¹⁶⁻²⁰⁾, relacionándose directamente con la permanencia de residuos tumorales en tejidos duros y blandos, después de la resección quirúrgica inicial del tumor.

A continuación presentaremos un caso clínico de recidiva de ameloblastoma en injerto óseo de cresta iliaca, analizando especialmente la evolución clínica y las características histológicas del tumor.

Caso Clínico

En 1989 se presenta un hombre de 39 años de edad que presentaba un aumento de volumen mandibular asintomático, que se extendía intraoralmente desde el área incisiva derecha hasta distal del primer molar inferior izquierdo, expandiendo tanto la cortical vestibular como la lingual. El estudio radiográfico evidenció una gran lesión osteolítica multilocular, cuya extensión se correspondía con la presentación clínica. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) sugirió una lesión tumoral que lograba expandir las corticales óseas y además perforaba la tabla ósea lingual (Fotos 1-2).

El estudio histopatológico concluyó que se trataba de un ameloblastoma plexiforme.

Obtenido este diagnóstico se realizó la enucleación de la lesión tumoral con resección marginal del tejido óseo vecino, extendiéndose un centímetro más allá de los límites quirúrgicos aparentes; durante el procedimiento se produjo la fractura del borde basilar a nivel de la zona canina derecha, lo que obligó a reducir y fijar con placas y torni-

llos de titanio.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria confirmó la imagen radiográfica de que el crecimiento tumoral había sobrepasado la cortical lingual; dando un diagnóstico de ameloblastoma mixto (folicular y plexiforme), con áreas de metaplasia escamosa y apreciándose crecimiento folicular en sectores submucosos (Foto 3).

En 1991, en consideración a las necesidades estéticas y funcionales del enfermo, quien sufría además anestesia lingual y hemimandibular izquierda, se realizó injerto óseo de cresta ilíaca y de nervio sural para devolver la forma, función y sensibilidad perdida. En el posoperatorio se produjo una osteomielitis en el área intervenida, perdiéndose el injerto óseo y gran parte del borde basilar residual, desde el ángulo mandibular hasta la zona parasinfisaria izquierda, aunque con buen resultado de su reparación nerviosa.

En 1993, en el Servicio de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital Dr. Sótero del Río, se realizó una nueva reconstrucción mandibular en base a injerto óseo de cresta ilíaca fijado con

rejillas y tornillos de titanio. El paciente es dado de alta y se controla periódicamente durante dos años, sin presentar problemas.

En 1996, después de un año de inasistencia a control, el enfermo consultó nuevamente presentando una tumoración mandibular que causaba discreta asimetría facial. Intraoralmente se palpaba un aumento de volumen en la región paramediana mandibular izquierda que hacía cuerpo con el hueso, comprometiendo las tablas vestibular y lingual, y prolongándose hacia la mucosa del piso de la boca en la parte más anterior del lado izquierdo.

El examen radiográfico evidenció una lesión osteolítica de límites difusos en la región paramediana mandibular izquierda en relación a la rejilla de titanio, en zona que corresponde a injerto de cresta ilíaca (Foto 4).

La Tomografía Axial Computarizada mostró una masa tumoral de 5cm en su eje mayor, situada entre la zona incisiva y el cuerpo mandibular izquierdo, que se extendía hacia el piso de la boca, comprometiendo la parte anterior del compartimiento sublingual de ese lado. A través de una nueva biopsia incisional, se realizó el diagnóstico histopatológico de ameloblastoma plexiforme recidivado (Foto 5).

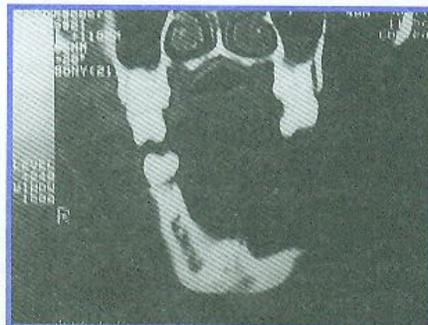
Mediante un abordaje submandibular se realizó la resección en block de la zona mandibular afectada, eliminándose toda la lesión, además de tejidos óseos y blandos comprometidos hacia el piso de la boca, incluyendo parte de la glándula sublingual izquierda. Los márgenes quirúrgicos se establecieron mediante 7 biopsias contemporáneas, que corroboraron la ausencia de tejido tumoral en los márgenes quirúrgicos.

La reconstrucción mandibular se realizó en dos tiempos, quedando el enfermo por un período de ocho meses con tutores externos fijados en

Foto 1
Radiografía que muestra la extensión de la destrucción ósea en la primera manifestación del Ameloblastoma.



Foto 2
Tomografía axial computarizada (T.A.C.) donde es posible apreciar el compromiso de las corticales lingual y vestibular.



el remanente mandibular, con el fin de mantener el contorno óseo y prevenir el desplazamiento de tejidos blandos, fijándose la musculatura lingual a los cabos óseos residuales. En un segundo acto operatorio, se reconstituyó con

rejilla de titanio e injerto de tejido óseo esponjoso.

El estudio tanto macroscópico como histopatológico de la pieza operatoria, demostró la infiltración de ameloblastoma en el tejido óseo injertado de cresta ilíaca

(Foto 6), así como en sectores amplios del compartimiento sublingual anterior izquierdo. El diagnóstico histopatológico fue ameloblastoma mixto con predominio plexiforme, destacando la gran celularidad y el escaso estroma vascularizado.

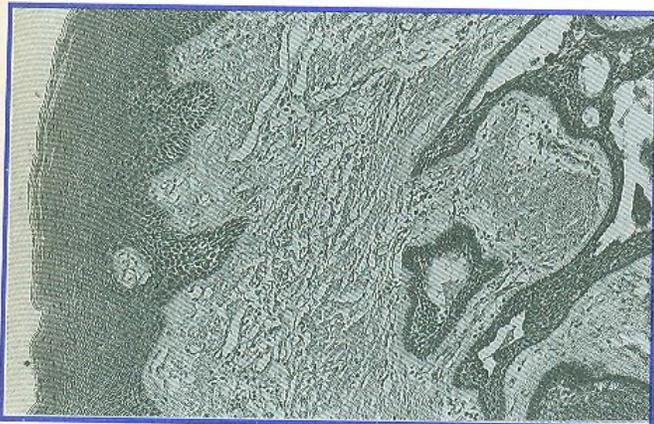


Foto 3
Microfotografía donde se aprecia la extensión hacia áreas submucosas del Ameloblastoma original (H-E 40x).

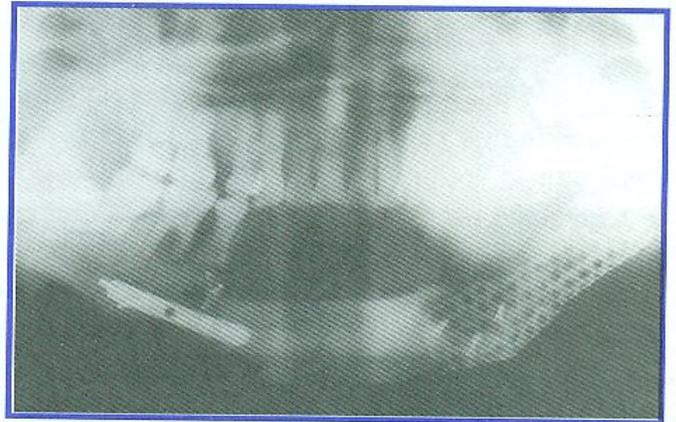


Foto 4
Visión panorámica donde se aprecia lesión osteolítica que compromete áreas de unión entre injerto óseo y tejido óseo mandibular residual.

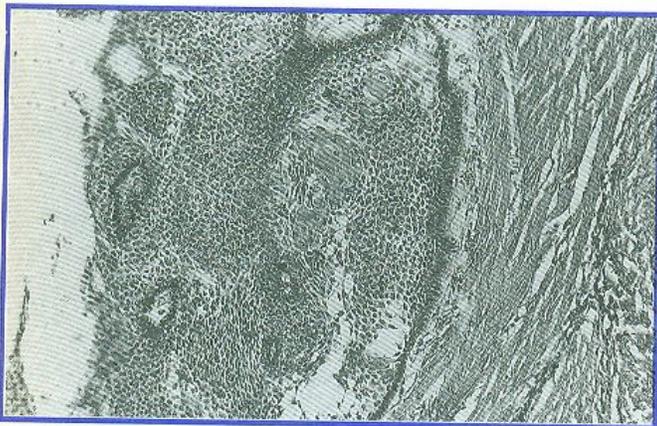


Foto 5
Microfotografía que muestra características histopatológicas de la lesión recidivante (H-E 40x).

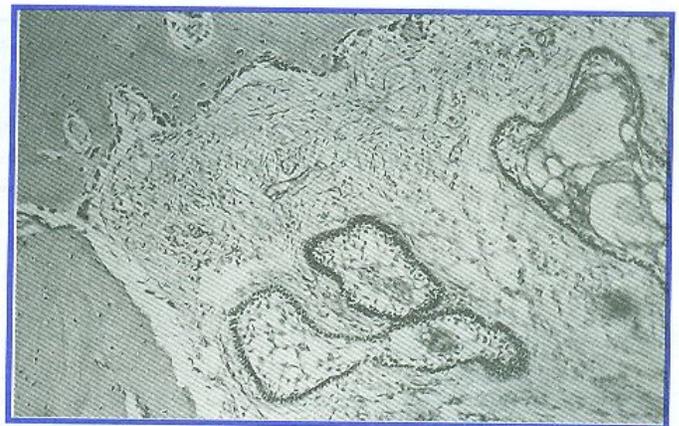


Foto 6
Microfotografía donde se aprecia el crecimiento tumoral en áreas de tejido óseo injertado (H-E 40x).

Discusión

En los casos descritos en la literatura, al igual que en el que aquí se docu-

menta, el tejido óseo injertado una vez que se integra, parece ser vulnerable

a la infiltración del crecimiento ameloblástico a través de sus espa-

cios medulares, no apreciándose diferencias morfológicas entre el ameloblastoma original y la recidiva en injertos autólogos.

La recurrencia del ameloblastoma en injertos óseos ratifica la gran capacidad proliferativa del epitelio odontogénico que da origen a esta neoplasia, lo que se pone en evidencia en este caso clínico lo mismo que en los reportados en la literatura⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾, en que a pesar de que se realizó una cirugía amplia, lo cual se refleja en la necesidad de colocar un injerto óseo, se produjere recidiva. Numerosos autores⁽¹¹⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾ coinciden en que la permanencia de residuos neoplásicos en los márgenes quirúrgicos, especialmente en tejido submucoso cuando el crecimiento ha sobrepasado el periosteo, permitiría las

recurrencias; razón por la cual se realizaron numerosas biopsias contemporáneas durante el tratamiento quirúrgico del caso de recurrencia presentado.

Stea⁽¹⁸⁾ agrega que es posible que se produzca implantación mecánica de células tumorales durante los procedimientos de reconstrucción, especialmente en aquellos casos que han sido intervenidos en reiteradas oportunidades, como sucedió con el caso descrito.

De la observación de este caso y de lo reportado a la fecha, tenemos la impresión que las recurrencias de ameloblastoma en injertos de cresta ilíaca no tienen relación con las características de este último tejido, sino que se deben a las propiedades biológicas de la neoplasia. Esto consideran-

do que las descripciones histopatológicas y clínicas de las recidivas no difieren en absoluto de aquellas en que no fue utilizada cresta ilíaca, y además, que son innumerables los casos en que utilizando este tipo de injertos no se ha producido recurrencia alguna⁽¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾.

Es necesario plantear la importancia de los controles clínicos y radiográficos periódicos, en forma temprana y también a largo plazo. En el caso presentado, la recurrencia se determinó 3 años después de la última cirugía con colocación del injerto óseo de cresta ilíaca; sin embargo, en la literatura se plantea que el tiempo en que éstas se pueden manifestar varía ampliamente, en un rango desde 2 a 28 años⁽³⁻⁵⁻⁶⁻¹⁰⁻¹³⁾.

Bibliografía

1. Pindborg J, Kramer I, Shear M: Histological typing of odontogenic tumors. W.H.O. 1992.
2. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J: Oral and maxillofacial pathology. Saunders 1995; 512-22.
3. Gardner D: Some current concepts on the pathology of ameloblastomas: Oral and Maxillofacial Pathology. 1996; 82: 660-9.
4. Waldron C, Shamir K: A histopathology study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant. Oral Surg. Oral Med. Pathol. 1987; 63: 441-51.
5. Leider A, Eversole L, Barkin M: Cystic ameloblastoma. A clinico-pathologic analysis. Oral Surg. Oral Med. Pathol. 1985; 60: 624-30.
6. Reichart P, Philipson H: Ameloblastoma: biological profile of 3.677 cases. Eur. J. Cancer B Oral Oncol. 1995; 86-99.
7. Natri A, Weisenfeld D, Radden B, Eveson J, Scully C: Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995; 33: 28-32.
8. Raubenheimer E, Van Heerden W, Noffke C: Infrequent clinicopathological findings in 108 ameloblastomas. J. Oral Pathol. Med. 1995; 24: 227-32.
9. Thompson L, Ferreira R, Van Wyk C: Recurrent unicystic ameloblastoma of the maxilla. British J. of Oral and Maxillofac Surg. 1993; 31: 180-82.
10. Collings S, Harrison A: Recurrent ameloblastoma? An historic case report and a review of the literature. British Dental Journal. 1993; 174: 202-6.
11. Germain M, Lubinski B: Tumors of the mandible. Justification of a second reconstruction after recurrence of the first revascularized bone graft. Chirugie. 1 1994; 234-8.
12. Gardner D, Pecak A: The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. Cancer. 1980; 46: 2.514-9.
13. Gardner D: A pathologist approach to the treatment of ameloblastoma. J. Oral Maxillofac Surgery. 1984; 42: 161-6.
14. Kawai T, Murakami S, Hiranuma M, Sakura M: Healing after removal of benign cyst and tumors of the jaws. A radiology appraisal. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Oral Endod. 1995; 79: 517-25.
15. Ruge G, Lekholm U, Nevins M: Osseointegration and nerve transposition after mandibular resection to treat an ameloblastoma: a case report. Int. J. Periodont. Rest. Dent. 1995; 15: 397-403.
16. Vasan N: Recurrent ameloblastoma in an autogenous bone graft after 28 years: a case report. N.Z. Dent. J. 1995; 91: 12-3.
17. Zachariade N: Recurrences of ameloblastoma in bone graft. Int. J. Oral Maxillofac Surg. 1988; 17: 316-8.
18. Stea G: Recurrence of an ameloblastoma an autogenous iliac bone graft. J. Oral Maxillofac. Surg. 1985; 43: 374-7.
19. Grafft M, Parker F, Rappaport I: Ameloblastoma recurring in previously placed iliac crest autograft: report of case. J. Oral Surg. 1970; 28: 285-91.
20. Pinsole J, Michelet V: Treatment of ameloblastoma of the jaws. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1995; 121: 994-6.