

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO ACADÉMICO

**Manejo quirúrgico conservador del Ameloblastoma Uniquístico
Mandibular, Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del hospital**

María Auxiliadora Lima 2018

Para optar el título de Especialista en:

Cirugía Buco Máxilo Facial

Autor:

Bach. Bryan Julio LAZO GAMARRA

Asesor:

Dr. Justo Nilo BALCAZAR CONDE

Lima – Perú – 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO ACADÉMICO

**Manejo quirúrgico conservador del Ameloblastoma Uniquístico
Mandibular, Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del hospital**

María Auxiliadora Lima 2018

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Dr. Marco Aurelio SALVATIERRA CELIS

PRESIDENTE

Dr. Ulises PEÑA CARMELO

MIEMBRO

Mg. Jackie Marcelina ANDAMAYO FLORES

MIEMBRO

RESUMEN

El ameloblastoma unicuístico, es un tumor con un nivel de incidencia recidiva baja siempre tomando en cuenta la historia clínica del individuo. Muchos autores a los que se tomó en cuenta en la investigación estos en su mayor proporción indican que existe mínima recurrencia en realizar después un tratamiento íntegramente conservador, por lo cual se toma en cuenta, de acuerdo al tamaño de la lesión, descompresión, enucleación, curetaje y las curaciones en diversos periodos de tiempo con el fin de estimular una regeneración del tejido óseo en segunda instancia. El tratamiento del ameloblastoma es, aún hoy en día, un tema de gran controversia en la literatura existente. El tratamiento estándar y recomendado es la cirugía, con dos enfoques posibles popularmente designados como conservador y radical.

Acompañamos este ensayo de un resumen de la resolución quirúrgica de un caso clínico de ameloblastoma unicuístico, mediante la técnica de descompresión. Esta técnica permite reducir el tamaño de la lesión colocando un tutor de goma semirrígido, tipo tubo, a través del cual se hace un cuidado minucioso de la cavidad tumoral con lavados periódicos de suero fisiológico, para así conseguir una reducción del tamaño de la lesión y posteriormente realizar su enucleación, con los pacientes que sufrieron pérdidas significativas en la zona ósea mandibular y los elementos dentales

La descompresión resultó ser un procedimiento muy conservador y eficaz para el manejo del ameloblastoma unicuístico, en un paciente tratado en el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora, puesto que redujo las posibilidades de complicaciones posquirúrgicas.

Palabras Claves: Manejo quirúrgico y Ameloblastoma Unicuístico Mandibular

ABSTRACT

Unicystic ameloblastoma is a tumor with a low recurrence incidence level, always taking into account the individual's clinical history. Many authors who were taken into account in the investigation, these in their greatest proportion indicate that there is minimal recurrence in carrying out a fully conservative treatment afterwards, for which reason it is taken into account, according to the size of the lesion, decompression, enucleation, curettage and healing in various periods of time in order to stimulate bone tissue regeneration in the second instance. The treatment of ameloblastoma is, even today, a topic of great controversy in the existing literature. The standard and recommended treatment is surgery, with two possible approaches popularly designated conservative and radical.

We accompany this essay with a summary of the surgical resolution of a clinical case of unicystic ameloblastoma, using the decompression technique. This technique makes it possible to reduce the size of the lesion by placing a semi-rigid rubber tutor, tube type, through which meticulous care is made of the tumor cavity with periodic washings of physiological saline, in order to achieve a reduction in the size of the lesion and subsequently perform their enucleation, with the patients who suffered significant losses in the mandibular bone area and dental elements

Decompression turned out to be a very conservative and effective procedure for the management of unicystic ameloblastoma, in a patient treated in the Oral and Maxillofacial Surgery service of the María Auxiliadora Hospital, since it reduced the possibilities of post-surgical complications.

Keywords: Surgical management and Mandibular Unicystic Ameloblastoma

INTRODUCCION

El ameloblastoma es una neoplasia de origen epitelial-odontogénico, agresiva e infiltrante, y en algunos casos con gran capacidad de recurrencia. Es una neoplasia derivada de componentes epiteliales residuales del desarrollo dentario, tales como: remanentes de placa dentaria (remanentes de Malassez), órganos degenerados del esmalte, células basales del epitelio maxilar, epitelio de órganos del esmalte, epitelio quístico odontogénico (especialmente los que contienen quistes dentales) y odontomas. Generalmente, su aparición se produce entre los treinta y los setenta años, sin diferencia de género. Se localiza primordialmente en la mandíbula, íntegramente tiene mayor porcentaje del 85%, con mayor prevalencia en las regiones de los molares y la rama ascendente, y en menor medida en las regiones de los premolares y anteroinferiores. Son más frecuentes en la zona de los molares y pueden afectar a los senos maxilares y al suelo de las fosas nasales. Clínicamente, la lesión crece lentamente, es asintomática, expansión cortical o perforación cortical e infiltración de partes blandas. Radiográficamente se presenta como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular en forma de pompa de jabón, ya que está separada por múltiples tabiques óseos, que pueden o no estar asociados al diente impactado. Los dientes asociados a la lesión son importantes, posteriormente estos pueden sufrir migración, movimiento, reabsorción radicular y parestesias. Histológicamente se puede dividir en tipos de células foliculares, plexiformes, equinodermosas, granulosa y basales, entre los cuales el tipo folicular es el más común, seguido del tipo plexiforme.

Se prefiere la cirugía para el tratamiento del ameloblastoma, que va desde tratamientos conservadores como descompresión, curetaje, enucleación y criocirugía, hasta tratamientos más radicales como resección marginal, en bloque o resección/hemisección segmentaria.

Nuestro propósito con el presente trabajo académico es argumentar sobre el tratamiento del ameloblastoma unicístico, aplicando la técnica de tratamiento quirúrgico conservador. Acompañamos, además, la información de un caso que resolvimos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora del MINSA de Lima - Perú.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

INDICE

I. DATOS GENERALES

A. Título del ensayo académico	1
B. Línea de investigación.....	1
C. Presentado por.....	1
D. Fecha de inicio y termino.....	1

II. TEMA DE INVESTIGACION

A. Identificación del tema.....	2
B. Delimitación del tema	2
C. Recolección de datos	2
D. Planteamiento del problema de investigación.....	3
E. Objetivos	5
<i>Objetivo general</i>	5
<i>Objetivos específicos</i>	5
F. Esquema del tema	6
G. Desarrollo y argumentación.....	6
<i>Tumores odontogénicos</i>	6
<i>Ameloblastoma</i>	10
<i>Ameloblastoma uniuquistico</i>	12
<i>Modalidades terapéuticas</i>	14
<i>Pronóstico y seguimiento</i>	19
H. Conclusiones.....	20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

I. DATOS GENERALES

a. Título del ensayo académico

“Manejo quirúrgico conservador del ameloblastoma unicístico mandibular: Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del hospital María Auxiliadora – Lima, 2018”.

b. Línea de investigación:

Salud pública

Sub línea de investigación:

Adelantos científicos en odontología.

c. Presentado por:

Bryan Julio Lazo Gamarra.

d. Fecha de inicio y termino

01 de setiembre del 2018. A 01 de setiembre del 2019.

II. TEMA DE INVESTIGACION

a. Identificación del tema

El ameloblastoma unicuístico, es un tumor con un nivel de incidencia recidiva baja siempre tomando en cuenta la historia clínica del individuo. Muchos autores a los que se tomó en cuenta en la investigación estos en su mayor proporción indican que existe mínima recurrencia en realizar después un tratamiento íntegramente conservador, por lo cual se toma en cuenta, de acuerdo al tamaño de la lesión, descompresión, enucleación, curetaje y las curaciones en diversos periodos de tiempo con el fin de estimular una regeneración del tejido óseo en segunda instancia.

Posterior al tratamiento conservador, se debe verificar el desarrollo de tejido óseo nuevo en la zona de la lesión, con características de hueso sano.

b. Delimitación del tema

Una condición que indica el tratamiento conservador del ameloblastoma unicuístico es la edad. Consideramos que aplica en pacientes con una edad que se concentra en la juventud, porque en ellos el crecimiento y desarrollo óseo se encuentra en actividad activa, de este modo se puede prevenir diversos inconvenientes que se pueden presentar en el futuro en cuanto a la estética, funcionamiento y así no llegar a complicaciones que terminen en intervenciones quirúrgicas.

c. Recolección de datos

El ensayo académico se enmarca en el enfoque observacional, descriptivo, resultado del seguimiento y control de un paciente (anexo: caso clínico), el mismo que fue sometido a un tratamiento quirúrgico conservador de un ameloblastoma unicuístico mandibular, de acuerdo a la práctica clínica habitual.

Asimismo, el diseño utilizado fue el longitudinal de cohorte, puesto que se realizó el seguimiento y control a un mismo sujeto o proceso de estudio en un período concreto, recolectando y registrando datos durante todo el tiempo de tratamiento y evolución posquirúrgica.

En el presente caso clínico, la recolección de datos permitió observar la reducción y osificación de la lesión intraósea, mediante radiografías panorámicas, durante el año de seguimiento; lo cual, finalmente, ayudó a realizar una enucleación de la tumoración menos agresiva y beneficiosa para la paciente.

d. Planteamiento del problema de investigación

Los tumores de origen odontogénico son parte de un conjunto de lesiones que afectan a los maxilares y la mandíbula. Su origen está relacionado a la alteración en el patrón normal de la odontogénesis; del mismo modo, se derivan de diferentes elementos celulares de dicho proceso.

Si, durante los procesos odontogénicos normales, existen anomalías o irritaciones en el incremento de estructuras embrionarias, como residuos de Malassezia, epitelio de esmalte reducido, restos de placa dental, revestimiento de quistes odontogénicos (que contienen dentado), o incluso células epiteliales basales de la mucosa oral, que puede formar neoplasias.

En general, podemos decir que los tumores odontogénicos son benignos, aunque estos en muchos casos se presentan mediante una agresividad local y un nivel elevado de recidiva, lo cual los puede hacer calificar como como malignos.

Los ameloblastomas se clasifican de diferentes formas, tratando de diferenciar el comportamiento de cada tipo. Actualmente, las tres especies reconocidas difieren entre sí en cuanto a radiografías, ubicación, tamaño del tumor, evolución de la agresividad y edad de los pacientes. Ellos son: ameloblastoma unicístico, extraóseo y/o periférico y ameloblastoma metastásico.

E,El tratamiento del ameloblastoma continúa siendo un tema controversial en la bibliografía revisada. El más indicado es el quirúrgico: conservador y radical. El ameloblastoma es una neoplasia benigna y como cirujanos tenemos que valorar las características clínicas e histológicas del tumor, la ubicación, la morbilidad asociada a la cirugía y el alto riesgo de recidiva del ameloblastoma para la planificación del tratamiento.

El ameloblastoma uniuquístico se refiere a aquellas lesiones quísticas que muestran las características clínicas y radiográficas de un quiste odontogénico, pero en el examen histológico muestran un típico epitelio ameloblastomatoso que recubre parte de la cavidad del quiste, con o sin proliferación tumoral luminal y/o mural. La proporción de mandibular a maxilar unicystic

Se ha informado que el ameloblastoma es el ameloblastoma uniuquístico, descrito por primera vez en 1977, ha sido considerado un tipo especial. La edad joven de aparición, apariencia radiográfica unilocular, macroscópico aspecto quístico, y lo más importante, mejor respuesta al tratamiento conservador, la convierten en una entidad distinguible. Sobre la base de las características histológicas, monoquístico el ameloblastoma se puede clasificar en luminal, intraluminal y subtipos murales con significado pronóstico y terapéutico

Acompañamos este ensayo de un resumen de la resolución quirúrgica de un caso clínico de ameloblastoma uniuquístico, mediante la técnica de descompresión. Esta técnica permite reducir el tamaño de la lesión colocando un tutor de goma semirrígido, tipo tubo, a través del cual se hace un cuidado minucioso de la cavidad tumoral con lavados periódicos de suero fisiológico, para así conseguir una reducción del tamaño de la lesión y posteriormente realizar su enucleación, con los pacientes que sufrieron pérdidas significativas en la zona ósea mandibular y los elementos dentales.

Las ventajas de este trabajo tanto como los estudiantes y profesionales de los diversos niveles en el área odontológica, tener con información con el fin de consultar en la manera de tratar la ameloblastoma mandibular uniuquístico.

Basados en todo lo descrito, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Resulta favorable el tratamiento quirúrgico conservador de descompresión en el caso de un ameloblastoma uniuquístico mandibular?

e. Objetivos

Objetivo general

Analizar la evolución posquirúrgica del ameloblastoma uniuquístico mandibular, a propósito de un paciente en un proceso de tratamiento con técnica conservadora en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud del Perú, Lima 2018.

Objetivos específicos

1. Establecer la eficacia de la técnica conservadora en el tratamiento de un ameloblastoma uniuquístico mandibular de un paciente atendido en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud del Perú, Lima 2018.
2. Determinar la evolución clínica posquirúrgica de un paciente tratado con técnica conservadora por ameloblastoma uniuquístico mandibular en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud del Perú, Lima 2018.
3. Establecer la variación imagenológica de la zona tratada quirúrgicamente a propósito de un paciente con ameloblastoma uniuquístico mandibular, intervenido en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud del Perú, Lima 2018.

f. Esquema del tema

El presente trabajo está comprendido dentro del enfoque deductivo observacional, ya que se parte de conocimientos generales para su aplicación en un caso particular, el tratamiento conservador del ameloblastoma unicístico, lo cual permitirá producir conocimiento de conocimientos anteriores.

g. Desarrollo y argumentación

Tumores odontogénicos

Los tumores odontogénicos son lesiones que se desarrollan en los maxilares y la mandíbula¹. Dichos tumores tienen origen íntegramente por la presencia de alguna alteración en los patrones normales de la odontogénesis; en otras palabras, este tipo de lesiones se presentan en la formación embriológica dental, de este modo presenta derivaciones en los diversos elementos que presentan en las células y que involucran el procesos; sean estos del **órgano del esmalte (epitelial), papila dental y folículo dental (mesénquima)**². Así, los restos o vestigios de la papila dental forman los **restos de Serres**, siendo estos los principales causantes de la presencia de quistes y tumores odontogénicos de manera activa³.

También, debemos recordar que una doble máscara de epitelio se presenta íntegramente del órgano del esmalte de este modo permite la presencia de la **vaina radicular de Hertwig**, lo cual incita que las células mesenquimáticas de la papila dental a desarrollar odontoblastos. La vaina de Hertwig que protege a la raíz dental es accedida por la mesénquima y del mismo modo, por los desechos de formaciones epiteliales que contienen a la membrana periodontal también llamado **restos de Malassez**, de igual manera este tiene la peculiaridad de desarrollar los quistes y tumores. La mesénquima somática que se presenta próxima a la raíz incita a la vaina de Hertwig a desarrollar la membrana periodontal. La mesénquima odontogénica de la papila desarrollara a los odontoblastos y

del mismo modo desarrolla la dentina en la raíz⁴. La papila dental residual se transforma en pulpa. Después de que la vaina de Hertwig presenta desintegración, la mesénquima somática desarrolla y se contacta con la dentina y se puede diferenciar en cementoblastos para desarrollar el cemento radicular. La manera de formación del esmalte, este órgano tiene la capacidad de comprimirse y así reducirse a tres capas de epitelio que son: epitelio del esmalte externo, estrato intermedio, epitelio del esmalte interno⁵.

Al momento de erupcionar la dentadura el epitelio disminuido del esmalte se integra con el epitelio oral y de este modo desarrollar la encía cervical y epitelio de unión. Este procesos se presenta o inicia desde la sexta semana de vida embrionaria hasta la semana veinte, el cual permite comprender solo la presencia de diversas patologías que están vinculados con la odontogénesis⁶.

Sin embargo, para determinar los orígenes de la ameloblastomas no es muy conocida, porque en muchos casos tiene una dependencia en su mayoría en la manera como se forman las estructuras dentales tales como: el esmalte, cemento radicular, pulpa, entre otras⁷. Pero en cuanto este proceso se presente de manera normal o que no exista la presencia de crecimiento de estructuras embriológicas como los restos de Malassez, epitelio reducido del esmalte, restos de lámina dental, del revestimiento de un quiste odontogénico (dentígero) y hasta de células del epitelio basal de la mucosa oral, estos pueden desarrollar la formación de tumores de naturaleza epitelial, mesenquimatosa o que tengan cualidades similares. Después de la revisión de diversos documentos se halló y tomo en cuenta lo formulado por la Organización Mundial de la Salud (2017) quien indica que las patologías, siendo estas que son las más modernas e integra, siendo esta como una herramienta importante para el desarrollo

de dicho trabajo. De acuerdo a la clasificación de la OMS, los ameloblastomas son **tumores odontogénicos epiteliales benignos**, pudiendo ser, como ya señalamos antes, de tipo unicístico, tipo extra óseo periférico y metastásico.

Para un correcto diagnóstico, debemos tener presente que después de un análisis clínico de estas lesiones, se debe de tomar en cuenta algunos exámenes alternativos de manera complementaria con el fin de mejorar el diagnóstico los cuales son: Ortopantomografía (Rx panorámica de maxilares), radiografías simples del macizo facial, siempre tomando en cuenta si estas sean necesarias en un caso clínico particular (AP, PA, Watters), TC (Tomografía computarizada con cortes axiales, coronales y sagitales) más reconstrucción en 3D.

Los ameloblastomas unicísticos se caracterizan por ser una lesión quística de crecimiento lento y relativamente agresiva localmente. Radiográficamente, las lesiones suelen mostrar expansión radiolucencias uniloculares con un borde bien delimitado. Aproximadamente el 50-80% de los casos están asociados con una diente impactado o no erupcionado. Por lo tanto, las presentaciones radiográficas del ameloblastoma unicístico son a veces indistinguibles de los de dentígeros se reconocen tres tipos histológicos según el grado de extensión epitelial ameloblastomatosa, a saber, tipo luminal, intraluminal y mural. Esta clasificación tiene una relación directa con su comportamiento biológico, tratamiento y pronóstico. En comparación con los ameloblastomas sólidos y multiquísticos, se cree que los ameloblastomas unicísticos son menos agresivos y responden más favorablemente a los conservadores manejo incluyendo enucleación, curetaje y marsupialización. Intervenciones quirúrgicas más agresivas como la resección se debe diferir hasta que ocurra la recurrencia.

Como bien sabemos que se presenta un dilema al momento de determinar la presencia de algunas patologías siendo estas que tengan cualidades clínicas muy similares, por lo cual es recomendable que al momento de diagnosticar de manera diferencial tomar en cuenta las herramientas de apoyo como: *Examen ultrasonográfico*, este tipo de análisis permite conocer sobre las medidas de las lesiones y como también el tamaño real de estas, desde diversos ángulos que permitirá conocer adecuadamente una patología; *Escala de imagen de Gray*, se toma en cuenta íntegramente para realizar la evaluación sobre la forma, tamaño, localización y profundidad que pueden presentar las lesiones, como también el séptum óseo, comprender la ecotextura interna ósea y finalmente si este tiene presente el contenido líquido o sólido de la lesión en tratamiento⁸.

También tenemos un estudio que puede complementar que es *Doppler imagen color de flujo (CDFI)*. Este estudio permite comprender la vascularidad de una determinada lesión del mismo modo el tejido circundante; según se entiende este tipo de estudio tiene diversos grados o niveles estos pueden ser: las lesiones con mínimo, como también moderado y por último una excesiva presencia sanguínea. Del mismo modo, el CDFI permite contar con información relacionada a pronosticar si esta presenta proliferación activa en la célula⁹.

Si bien es cierto para contar con un diagnóstico que sea válido o definitivo entra la presencia de diversos tipos de tumores odontogénicos, de este modo realizar el inicio a planificar un tratamiento de manera inmediata y que este sea el pertinente para el paciente, es de vital importancia tener en cuenta los exámenes histopatológico a través de una prueba de biopsia, que trata integralmente de *la obtención de tejido o material celular del organismo vivo con el fin de analizarlo microscópicamente y así describir adecuadamente estos resultados en un tiempo histórico*. De este modo

entendemos que este estudio toma en cuenta un análisis bacteriológico sea esta pus o líquidos del cuerpo que es llamado íntegramente como citológico de frotis¹⁰.

Por ello es pertinente establecer una lesión es buena, pre maligna o muy mala, de este modo, podemos establecer diversas indicaciones de manera específica para realizar las actividades. Existen tres modalidades para este examen complementario que dependen del tamaño y son: *biopsia excisional*, como se observa en la utilización de diversas en lesiones que sean buenas de tamaño minúsculo o pequeño con medidas entre 1.0cm o menos, de este modo que no sean lesiones que sean malas y no aporten en nada según los márgenes normales, en otras palabras, estos deben presentar tejidos de manera normal y saludables. La *Biopsia incisional*, es tomada en cuenta íntegramente según las diversas lesiones con mayor proporción y en medidas entre 1.0 cm o más, pero estos no deben de ser sospechosos que pueden producir el mal o estos sean tumores buenos pero que son agresivos; para este estudio se debe tener en cuenta que la muestra debe de contar con tejidos sanos y también tejidos lesionados; y, *aspiración*¹¹.

Ameloblastoma

Cuando hablamos de una neoplasia odontogénica benigna que presenta sus orígenes dentales, y esta es muy invasiva y también empieza a infiltrarse. Histológicamente, tiene una presentación de manera similar a una odontogénesis temprana siendo esta un modelo folicular¹². Este en particular forma parte del conjunto de neoplasias odontogénicas que se presentan con mayor proporción en la parte de la mandíbula y que en muchos casos no presentan síntomas, pero si estos presentan tumor que compromete ciertas estructuras o regiones colindantes se transforma en una patología destructiva. Como se tiene información que el 1% de estos tumores tienen un efecto en la mandíbulas y maxilares¹³. Siendo así

desarrollado como uno de los tumores epitelial por el autor Malassez en los años 90s, designándole el nombre de “epitelioma adamantino”.

La revisión bibliográfica nos refiere que se puede realizar un estudio adecuado en un rango de edad de los 30 hasta los 50; existe una diversa variedad de la uniuística el cual se puede realizar un diagnóstico tomando en cuenta la edad de 20 hasta los 30, sin hacer una excepción en cuenta al género; pero de manera excepcional a los niños.

En ciertos casos clínicos se presenta evidentemente el desarrollo de la expansión cortical vestibular o lingual, del mismo modo, tomar en cuenta la reabsorción de raíces dentales, sean o no estos definitivos y deciduos, siendo uno de los casos con mayor frecuencia en el tercer molar inferior, por lo cual también encontramos la existencia de los niveles retromolares, tomando en cuenta una prontitud de los ángulos de las mandíbulas, siendo este uno de los lugares más adecuador para el desarrollo de las diversas patologías¹⁴.

El principio del proceso ameloblastoma no se tienen información exacta, del mismo modo se presentan diversas perdidas de pruebas de los genes. Los ameloblastomas que son normales en muchos casos son una combinación de neoplasias sólidas y quísticas y siendo estas íntegramente unos agujeros con lesiones tomando la denominación de **ameloblastoma uniuístico**¹⁵. Este tipo de tumores o cuerpo tienen un origen sobre el desarrollo de las células: residuos epiteliales, residuos del epitelio en el esmalte, residuos epiteliales de Malassez, como también los muros epiteliales odontogénico y/o también las células que se presentan en los bazos del epitelio superficial suprayacente¹⁶. Del mismo modo, se hace una expresión del gen p53 íntegramente presentando una relación de manera directa la proliferación de las células. Slootweg (1995), fundamento en una investigación de inmunohistoquímica con el fin de realizar un análisis

tomando en cuenta si existe los marcadores p53 y de Ki-67 en 45 lesiones odontogénicas epiteliales también se tomaron en cuenta las ameloblastomas, también otros cuerpos; según los resultados que fueron hallados presenta densa reactividad para la proteína p53 y el incremento en los dígitos o cantidad de células positivas Ki-67. Por lo cual estos resultados clínicos debe de tomar en cuenta de manera complementaria con estudios de inmunohistoquímica, con el fin de expresar los gen p53, apoyando de este modo a obtener diagnósticos más prometedores, de este modo permitirá apoyar con la predicción sobre la influencia y recurrencia del mismo¹⁷.

Ameloblastoma uniuquístico

El ameloblastoma uniuquístico (UAM) es una variedad del ameloblastoma intraóseo, que se presenta como una cavidad quística única, con o sin proliferación luminal.

De acuerdo a datos epidemiológicos, según una aproximación la mitad de los 50% de los UAM fueron pronosticados en la segunda década, presentando esta un baremo de edad entre 1-79. Siendo esta de manera promedio de edad de 16 según los casos que fueron tomados y que tuvieron un diente impactado y del mismo modo que tuvieron ausencia de impactación los 35 años. De manera general existe mayor proporción del genera masculino, y el sexo femenino tiene una menor proporción.

Su localización más frecuente corresponde a la zona del tercer molar mandibular y la rama ascendente, seguidas del cuerpo y la sínfisis. La mayoría de los casos de maxilares ocurren en las áreas posteriores. También se pueden encontrar en ubicaciones interradiculares o periapicales y áreas edéntulas.

El UAM usualmente se manifiesta como una expansión de la mandíbula asintomática e indolora. Radiográficamente se presenta como una radiolucidez unilocular definida por completo, a menudo asociada con un diente no erupcionado, con mayor frecuencia el tercer molar inferior. Los casos no relacionados con la impactación dental pueden tener un contorno festoneado. La reabsorción de las raíces dentales comprometidas es común y, la perforación cortical está presente en aproximadamente un tercio de los casos.

El UAM se presenta como una lesión monoquística, ocasionalmente con engrosamientos que pueden llenar todo el lumen.

Tomando en cuenta las cualidades microscópicas, tenemos que diferenciar según la manera de su pared:

- Ameloblastoma unikuístico simple: el epitelio del quiste deben de presentarse de manera uniforme en su disposición.
- Ameloblastoma unikuístico intraluminal: un nódulo ameloblastomatoso o de este modo que presentan el lumen quístico (aspecto descrito como luminal o intraluminal), sin precisiones que la pared presente un quiste por epitelio odontogénico.
- Ameloblastoma unikuístico intramural: siendo esta buena cantidad de proyecciones epiteliales ameloblásticas proliferan con una proporción amplia en la pared conectiva, siendo esta de modo folicular o plexiforme, presentando o no una conexión.

El tipo luminal muestra un quiste simple, recubierto por un epitelio ameloblastomatoso característico (con empalme periférico y polarización nuclear y células superpuestas dispuestas que se asemejan a un retículo

estrellado). Generalmente, este patrón es solo focal, y en otras áreas las características ameloblastomas son menos pronunciadas¹⁸.

El tipo intraluminal se caracteriza por extensiones intraluminales del epitelio de revestimiento, generalmente en un patrón plexiforme. Se puede hacer un diagnóstico definitivo del UAM solo después de un examen cuidadoso de toda la lesión. Alrededor de la mitad a dos tercios de las lesiones diagnosticadas previamente como UAM pueden tener un componente mural; y hay algunas pruebas de que estos se comportan de manera más agresiva, como el ameloblastoma convencional.

Debido a que el UAM radiográficamente aparenta ser un quiste, el tratamiento inicial a menudo consiste en enucleación. El tratamiento adicional está determinado por el patrón y la extensión de la proliferación ameloblastomatososa en relación con la luz del quiste al extirpar la lesión completa y al procesamiento de múltiples bloques. En general, los UAM requieren un seguimiento a largo plazo, ya que la recurrencia puede ocurrir 10 años o más después del tratamiento inicial¹⁹.

Los ameloblastomas uniuquísticos muchas de estas son enuclear, porque sus cualidades están siendo rodeados por paredes con quistes fibrosa; por lo cual, cierta cantidad o proporción de recidivas después de los 10 años. Dentro el cual es un 13% de los casos clínicos con este tipo de características²⁰.

Modalidades terapéuticas

El tratamiento del ameloblastoma es, aún hoy en día, un tema de gran controversia en la literatura existente. El tratamiento estándar y recomendado es la cirugía, con dos enfoques posibles popularmente designados como conservador y radical.

El ameloblastoma, por encima de todo, es una neoplasia benigna y los cirujanos tenemos que valorar los factores clínicos e histológicos de la lesión,

la ubicación, la morbilidad asociada a la cirugía y el alto riesgo de recurrencia en la planificación del tratamiento²¹.

Algunos autores sostienen que no es prudente sacrificar la calidad de vida posoperatoria de un paciente con una resección radical agresiva, ya que el ameloblastoma es una neoplasia benigna y raramente fatal y que esto debe ser una prioridad en el plano de tratamiento. Concepción con la que coincidimos; evidentemente luego de una valoración precisa.

Por otro lado, también hay autores que defienden que la resección total del tumor, con restauración funcional y estética, es el objetivo principal del tratamiento. Allí, por lo tanto, existe una variedad de factores a considerar y el tratamiento más adecuado varía de un caso a otro.

✓ **Enfoque conservador**

El enfoque conservador se refiere al tratamiento del tumor utilizando las técnicas de descompresión, curetaje o enucleación. Las grandes ventajas de estas técnicas pasan por la posibilidad de ser realizadas ambulatoriamente, de preservar la función y estética del paciente y de no ser necesaria la reconstrucción ósea posterior. Sin embargo, como el ameloblastoma es un tumor con un comportamiento localmente invasivo, los tratamientos conservadores están asociados a altas tasas de recurrencia: de 35 a 60% en AU y de 30-90% en AEO. Un intento de mejorar los resultados obtenidos con estas técnicas, se pueden asociar a técnicas adjuntas como la crioterapia, electrocauterización, aplicación de solución de Carnoy y osteotomía periférica.

La combinación de curetaje con crioterapia resultó en tasas de recurrencia del 31% y se observaron resultados similares con la aplicación de la solución de Carnoy y la electrocauterización. Además, la utilización de la solución de Carnoy y de crioterapia puede perjudicar la regeneración ósea y predisponer a las fracturas patológicas²².

La descompresión es una técnica que tiene como objetivo disminuir el tamaño del tumor para evitar una cirugía extensa. Según la clasificación histológica de la OMS, los ameloblastomas periféricos y unicísticos presentan mejor pronóstico cuando se comparan con las otras variantes y pueden ser sometidos a tratamiento conservador.

Es necesario tener en cuenta la variante intramural del AU, que presenta invasión tumoral de la pared quística y puede ser más recurrente, ya que el tratamiento más adecuado es similar al del ASM²³.

Otra consideración muy importante es el ameloblastoma en la población pediátrica, a pesar de ser una neoplasia de ocurrencia muy rara en la misma. Un abordaje radical y agresivo puede tener secuelas estéticas y funcionales significativas y puede afectar el crecimiento facial normal, además de tener un impacto en el bienestar psicológico del paciente. La mayoría de los ameloblastomas en este grupo de edad son del tipo AU, lo que lo hace más susceptible de ser controlado con un enfoque conservador²⁴. Algunos autores recomiendan este tipo de tratamiento en lesiones mandibulares de los niños, teniendo en cuenta el riesgo de recurrencia, hasta que el paciente ya no se presente en la fase de crecimiento y puede soportar una resección radical. Esto principalmente en situaciones en que el acceso a la asistencia sanitaria se facilita y permite un seguimiento adecuado con detección precoz de recurrencias y tratamiento de éstas apropiadamente²⁵.

También ya se ha demostrado que las recurrencias presentan dimensiones menores que las lesiones primarias y son más fácilmente controladas.

Por otro lado, los ameloblastomas que se encuentran en la mandíbula a veces deben someterse a un enfoque radical debido al riesgo de invasión

de las estructuras vitales adyacentes con la consiguiente pérdida del posible control quirúrgico de la lesión²⁶.

Al presente trabajo, acompañamos, en anexos, el reporte del tratamiento con técnica quirúrgica conservadora, controles y seguimiento de un caso de **amelosblastoma uniuístico** resuelto en el Hospital “María Auxiliadora” del MINSA – Perú, durante nuestros estudios de formación en la Especialidad Cirugía Bucal y Máxilofacial.

Para el diagnóstico definitivo de la patología nos hemos ayudado con una **radiografía panorámica**, en la que se podía ver una extensa lesión radiolúcida de límites bien definidos, uniloculada, que compromete parte de la rama ascendente y cuerpo mandibular lado derecho. Asociada a la imagen de la lesión se encuentran las piezas dentarias 4.5; 4.6; 4.7 y 4.8, las cuales presentan reabsorción de los tercios apical y medio radiculares.

Asimismo, hicimos una **biopsia por aspiración y biopsia incisional**. La aspiración confirmó que el líquido correspondía a un componente quístico y la biopsia incisional confirmó nuestra sospecha: **amelosblastoma uniuístico**; el mismo que fue tratado inicialmente con descompresión más colocación de un tutor en el lecho tumoral, para concluir posteriormente con un curetaje más osteotomía periférica de tumoración. Este tratamiento quirúrgico conservador es uno de los más importantes para el tratamiento de este tipo de patologías y que facilita a los pacientes una recuperación favorable y de este modo minimizar los riesgos y no llegar a intervenciones posquirúrgicas.

Tras 16 meses de control clínico y radiográfico, con la presencia del tutor de descompresión, cuya longitud se fue reduciendo gradualmente, pudimos constatar la reducción casi total de la lesión tumoral ameloblástica, con una neoformación de tejido óseo en el lecho tumoral,

por lo que se decide efectuar la cirugía de enucleación y curetaje de la cavidad tumoral residual, más la exodoncia de las piezas dentarias involucradas. Por lo tanto, podemos afirmar que el tratamiento resultó efectivo y que debe ser utilizado luego de un diagnóstico correcto en los casos que estén indicados.

✓ **Enfoque radical**

El enfoque radical consiste en una resección marginal o segmentada de la lesión con los márgenes apropiados. Algunos estudios han demostrado que el tumor puede extenderse de 2 a 8 milímetros, además de los márgenes radiográficos (con una media de 4,5 mm) y se recomiendan los márgenes de seguridad de 1 a 1,5 centímetros²⁷.

En casos que la erosión cortical está presente, con consecuente invasión de los tejidos blandos se requiere una resección de estos, con 1 cm de márgenes de seguridad.

En los casos de carcinoma ameloblástico los márgenes de seguridad recomendados son de 2 a 3 cm.

La resección marginal, es una técnica quirúrgica que preserva el borde inferior de la mandíbula y previene la necesidad de una reconstrucción ósea compleja. Sin embargo, resulta en inestabilidad ósea con el riesgo de fracturas patológicas y el borde inferior de la mandíbula puede constituir un lugar posible de recurrencia del tumor. En los tumores de mayor tamaño puede ser incluso necesaria la realización de hemimandibulectomía²⁸.

Los tumores con localización en el maxilar son sometidos, generalmente, a maxilectomías conservadoras o totales, unilaterales o bilaterales, resultando en una comunicación entre la cavidad oral, senos paranasales y / o cavidad nasal lo que implica los daños en la morfología y la función²⁹, en particular las modificaciones del contorno del tercio

medio de la cara y los cambios en el habla y la deglución. Aunque se pueden utilizar injertos de piel para la cicatrización de los tejidos blandos intraorales, estos implican siempre el uso de prótesis obturadoras³⁰.

La reconstrucción ideal, en términos morfo-funcionales, es primaria, con transferencia de injertos óseos microvascularizados, formateados tridimensionalmente y en la edad pediátrica, incluyendo centros de crecimiento.

✓ **Radioterapia**

Hasta 1980 se pensaba que el ameloblastoma era radio-resistente y que la radioterapia no desempeñaba ningún papel en su tratamiento. Sin embargo, hoy en día, se considera que esta modalidad puede tener impacto en algunos pacientes, en particular como terapia auxiliar en aquellos con márgenes positivos, en casos con múltiple recurrencia y en tumores difíciles de retirar, especialmente en los ubicados en la parte posterior de la mandíbula³¹.

Hay muy poca información sobre el impacto de la radioterapia en el tratamiento de ameloblastomas y los estudios existentes informan malos resultados y más investigaciones son necesarias para sugerir recomendaciones específicas.

Pronóstico y seguimiento

El factor pronóstico más relevante en los pacientes con ameloblastoma es el tipo de cirugía utilizado en el tratamiento, siendo que una resección extensa del tumor con márgenes apropiados resulta en menores tasas de recurrencia. La variante de ameloblastoma también influye en el pronóstico. El ASM además de ser el tipo más común, es el que presenta el comportamiento más agresivo que resulta en mayores tasas de recurrencia si no se elimina correctamente. El AU y el AP, son los que confieren mejor pronóstico. Para algunos autores el patrón histopatológico folicular confiere el peor pronóstico.

Sin embargo, no es consensual en la literatura existente. Otros factores incluyen la edad del paciente, el tamaño y la extensión del tumor y su ubicación. En este último caso, ya se ha señalado que los ameloblastomas de la mandíbula presentan un curso más agresivo y con mayor potencial de extenderse a estructuras vitales adyacentes, además de un mayor riesgo de recurrencia, con un pronóstico más sombrío³².

Además, múltiples recurrencias y las cirugías conducen a un aumento del riesgo de eventuales complicaciones quirúrgicas y constituyen factores de riesgo para la metastización del ameloblastoma³³.

Debido al comportamiento biológico del ameloblastoma, un seguimiento de largo plazo es requerido. Más del 50% de las recurrencias ocurren dentro de los cinco años siguientes al tratamiento, pero hay casos reportados en la literatura que recurren 45 años después. Un seguimiento por un período demasiado corto puede dar una ilusión de curación con fallas en el diagnóstico de las recurrencias y las posibles metástasis.

h. Conclusiones

1. La descompresión resultó ser un procedimiento muy conservador y eficaz para el manejo del ameloblastoma unicístico, en un paciente tratado en el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora, puesto que redujo las posibilidades de complicaciones posquirúrgicas.
2. La colocación de un tutor de descompresión semirrígido de goma tipo tubo en el lecho tumoral ayuda al cuidado y limpieza con la irrigación y lavado para liberar del ingreso de algunos alimentos y evitando una posible infección que retrasaría el proceso de cicatrización. Asimismo, el tubo evita el cierre de la cavidad ósea y ayuda a la metaplasia del tejido tumoral.
3. Tras 16 meses de control clínico y radiográfico, con la presencia del tutor semirrígido de descompresión, se pudo evidenciar la reducción casi total de

la lesión tumoral ameloblástica con una neoformación de tejido óseo, por lo que se efectúa cirugía de curetaje más osteotomía de la cavidad residual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucas RB. Pathology of tumours of the oral tissues [Internet]. Segunda ed. London churchill livingstone; 1972 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.amazon.com/Pathology-Tumours-Oral-Tissues-Lucas/dp/0443008558>
2. Torres-Lagares D, Infante Cossío PA, Hernández Guisado JM, Gutiérrez Pérez JL. Ameloblastoma mandibular. Revisión de la literatura y presentación de seis casos. Torres Lagares, Daniel ; Infante Cossío, Pedro ; Hernández Guisado, J M ; Gutiérrez Pérez, José Luis Ameloblastoma mandibular revisión la Lit y Present seis casos En Med oral, Patol oral y cirugía bucal, 2005, Vol 10, No. 2005;
3. Eckardt AM, Kokemüller H, Flemming P, Schultze A. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction - A review of twenty years. J Cranio-Maxillofacial Surg. 2009 Jan 1;37(1):36–41.
4. Ghandhi D, Ayoub AF, Pogrel MA, MacDonald G, Brocklebank LM, Moos KF. Ameloblastoma: A Surgeon's Dilemma. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2006 Jul 1 [cited 2021 Apr 21];64(7):1010–4. Available from: <http://www.joms.org/article/S0278239106003879/fulltext>
5. Black CC, Addante RR, Mohila CA. Intraosseous ameloblastoma. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2021 Apr 21];110(5):585–92. Available from: <http://www.oooojournal.net/article/S1079210410001599/fulltext>
6. Levi Duque S. F, Radi Londoño J, Del Valle R. AF. Ameloblastoma: reporte de diez casos y revisión de la literatura. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2004 [cited 2021 Apr 22];15(1):67–78. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/2500>
7. Morales Navarro D. Ameloblastoma. Revisión de la literatura [Internet]. Vol. 46, Revista Cubana de Estomatología. 2009 [cited 2021 Apr 22]. Available from:

<http://scielo.sld.cu48>

8. Sander O. Tratado de cirugía oral y maxilofacial-introducción básica a la enseñanza. Amolca Colomb [Internet]. 2007 [cited 2021 Apr 22];665–6. Available from: <https://axon.es/ficha/libros/9789588328034/tratado-de-cirugia-oral-y-maxilofacial-introduccion-basica-a-la-ensenanza>
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology [Internet]. 4th Editio. 2016 [cited 2021 Apr 22]. 374–401 p. Available from: <https://www.elsevier.com/books/oral-and-maxillofacial-pathology/neville/978-1-4557-7052-6>
10. Fernández-Tresguerres Hernández-Gil I, Alobera M, del Canto M, Blanco L. Bases fisiológicas de la regeneración ósea I. Histología y fisiología del tejido óseo Isabel [Internet]. 2005 [cited 2021 Apr 21]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000100011
11. Hernández O, Sánchez J. Neoplasias odontogénicas benignas. Revisión de la literatura. Investig Medicoquirúrgicas [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 21];11(3). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000100011
12. Cawson R, Odell E. Fundamentos de medicina y patología oral [Internet]. 9th Editio. Elsevier. España; 2018 [cited 2021 Apr 21]. 568 p. Available from: <https://www.elsevier.com/books/cawsonfundamentos-de-medicina-y-patologia-oral/cawson/978-84-9113-315-5>
13. Lu L, Yang J, Liu J Bin, Yu Q, Xu Q. Ultrasonographic evaluation of mandibular ameloblastoma: a preliminary observation. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology [Internet]. 2009 Aug 1 [cited 2021 Apr 21];108(2):e32–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1079210409002352>
14. Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de patología oral [Internet]. Elsevier Masson;

- 2000 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.colegiopontevedraourense.com/libros/atlas-de-patologia-oral/>
15. Figueroa A, Rivera H. Queratoquiste Odontogénico, ¿Verdadera neoplasia de histogénesis odontogénica o lesión quística? 2006.
 16. Ogunsalu C, Daisley H, Henry K, Bedayse S, White K, Jagdeo B, et al. A new radiological classification for ameloblastoma based on analysis of 19 cases. *West Indian Med J.* 2006;55(6):434–9.
 17. Marx RE, Stern D. *Oral and Maxillofacial Pathology: A Rationale for Diagnosis and Treatment.* Vol. 51. Quintessence; 2003. 333 p.
 18. Torres D, Infante P, Hernández JM, Gutiérrez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases [Internet]. Vol. 10, *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.* *Medicina Oral;* 2005 [cited 2021 Apr 21]. p. 231–8. Available from: <https://idus.us.es/handle/11441/99772>
 19. Cardoso A, Lazow SK, Solomon MP, Berger JR, Rock A. Metastatic Ameloblastoma to the Cervical Lymph Nodes: A Case Report and Review of Literature. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2009 Jun [cited 2021 Apr 21];67(6):1163–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19446199/>
 20. Verneuil A, Sapp P, Huang C, Abemayor E. Malignant ameloblastoma: Classification, diagnostic, and therapeutic challenges. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg.* 2002 Jan 1;23(1):44–8.
 21. Gilijamse M, Leemans CR, Winters HAH, Schulten EAJM, van der Waal I. Metastasizing ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2007 May [cited 2021 Apr 21];36(5):462–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17275258/>
 22. Kaban LB, Ramos Tercero JA. *Cirugía bucal y maxilofacial en niños* [Internet]. McGraw-Hil; 1992 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/cirugia-bucal-y-maxilofacial-en-ninos/oclc/36586683>

23. Wang YP, Liu BY. Expression of osteopontin and its receptors in ameloblastomas. *Oral Oncol.* 2009 Jun 1;45(6):538–42.
24. Argandoña Pozo J, Espinoza Yañez J. Ameloblastoma unicuístico, bases del tratamiento conservador: Presentación de caso clínico y actualización de la bibliografía. *Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac* [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 22];33(2). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582011000200007
25. Shafer WG, Hine MK. *Tratado de patología bucal.* Interamericana; 1988.
26. Small IA, Waldron CA. Ameloblastomas of the jaws. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol.* 1955 Mar 1;8(3):281–97.
27. Yoithapprabhunath T, Nirmal R, Ganapathy N, Mohanapriya S, Renugadevi S, Aravindhan R, et al. Meta-terminology of Ameloblastoma [Internet]. Vol. 11, *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences.* Wolters Kluwer Medknow Publications; 2019 [cited 2021 Apr 22]. p. S140–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31198326>
28. Williams TP. Management of ameloblastoma: A changing perspective. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993 Oct 1;51(10):1064–70.
29. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patología Bucal - Correlaciones clinicopatológicas.* Mc Graw Hill; 2000.
30. Navarro C, García F, Ochandiano S. *Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.* Madrid-España; 2004. Cap. 47, pags. 797-811.
31. Larsson A, Almeren H. Ameloblastoma of the jaws. An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish cancer registry during 1958-1971. *Acta Pathol Microbiol Scand - Sect A Pathol* [Internet]. 1978 Aug 15 [cited 2021 Apr 22];86(5):337–49. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1699-0463.1978.tb02054.x>
32. Medeiros M, Porto GG, Laureano Filho JR, Portela L, Vasconcellos RH.

Ameloblastoma em mandíbula. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet]. 2008 Jun [cited 2021 Apr 22];74(3):478–478. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000300029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

33. Mareque Bueno J, Mareque Bueno S, Pamiás Romero J, Bescos Atín MS, Huguet Redecilla P, Raspall Martín G. Mandibular ameloblastoma. Reconstruction with iliac crest graft and implants. Vol. 12, Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1: CASO CLINICO

El caso clínico fue resuelto en el Hospital “María Auxiliadora” del MINSA - Perú, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores de Lima.

Las fases del desarrollo del caso clínico fueron:

- La valoración previa e intervención quirúrgica fueron realizadas en el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital “María Auxiliadora”.
- Los controles y seguimiento posoperatorios se realizaron en la consulta externa del servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital “María Auxiliadora”.
- El seguimiento radiológico se realizó en centros de diagnóstico privados, fuera de las instalaciones del hospital.

Reporte del caso

Ficha del Paciente:

Datos Personales	
Nombre:	F.G.L.
Edad:	30 años
Sexo:	Masculino
Raza:	Mestiza
Ocupación:	Ing. Sistemas
Estado civil:	Casado
Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Caracas – Venezuela
Anamnesis:	Directa

Motivo de Consulta:

“Me está creciendo un tumor en la boca”.

Enfermedad actual:

Paciente masculino de 30 años de edad, natural y procedente de Venezuela, sin antecedentes medicos contributorios; quien refiere inicio de enfermedad actual de hace, aproximadamente, 1 año; refiere, además, un leve dolor al masticar en molares y premolares inferiores del lado inferior derecho. Paciente decide ir al odontologo general, donde recibe atencion primaria, el mismo lo refiere al servicio de Cirugia Bucal y Maxilofacial del Hospital Maria Axiliadora del MINSA – Perú, para su evaluacion y tratamiento especializado.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Médicos: Paciente niega hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, o alguna otra enfermedad contributoria.

Medicamentos: Paciente niega el uso actual de medicamentos.

Quirúrgicos: Niega.

Hospitalización: Niega.

Epidemiológicos: Eruptivas propias de la infancia, sin complicaciones.

Alérgicos: Niega.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre: Viva sin antecedentes contributorios.

Padre: Vivo sin antecedentes contributorios.

HÁBITOS PSICBIOLÓGICOS:

Tabaco: Esporádico en reuniones.

Cannábicos y alcaloides: Paciente niega

Sexuales: Heterosexual activo, no promiscuo.

EXAMEN FUNCIONAL:

General: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, buena tolerancia a la dieta completa vía oral, diuresis y deposiciones sin alteraciones (2 veces al día).

Niega pérdida de peso reciente, cefaleas y fiebre.

EXAMEN FÍSICO:

General: Se evidencia paciente en buenas condiciones generales, hidratado, normotérmico a la palpación, LOTEPE. Piel morena hidratada, turgencia y elasticidad acorde a su edad; tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios presentes, sin sibilantes ni agregados. Ruidos cardíacos presentes, no soplos. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes normales en tono y frecuencia. Pulsos periféricos presentes, frecuencia y amplitud conservados. Extremidades presentes con movimientos conservados.

Buco maxilofacial:

- **Cráneo:** Normocefálico, con ausencia de tumoraciones o reblandecimientos.
- **Ojos:** Globos oculares presentes, movimientos oculares conservados.
- **Oídos:** Pabellones auriculares presentes, conductos auditivos externos permeables, sin secreciones.
- **Nariz:** Simétrica, fosas nasales permeables.
- **Cara:** En el examen físico se observa una leve asimetría facial por aumento de volumen ubicado en la zona posterior del cuerpo mandibular y rama ascendente derecha, el aumento de volumen es indoloro.
- **Boca:** Labios hidratados, apertura bucal conservada de 40mm., aproximadamente, dentición permanente completa, pérdida de fondo de surco en región molar inferior derecha por abombamiento de la cortical ósea externa de consistencia dura que se acompaña de sensación de crepitación. Movilidad de piezas dentarias 4.5; 4.6; 4.7 y 4.8.
- **ATM:** Lado derecho e izquierdo asintomático.

FOTOGRAFIAS DEL EXAMEN FÍSICO:

EXTRAORALES:



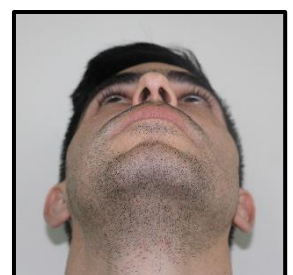
N°1



N°2



N°3



N°4

La fotografía N° 1 muestra la asimetría facial a expensas del aumento de volumen en el tercio inferior facial del lado derecho.

FOTOGRAFIAS INTRAORALES:



N° 1



N° 2



N° 3

Fotografías intraorales

La fotografía N° 2 muestra la dentición permanente completa, pérdida de fondo de surco en región molar inferior derecha por abombamiento de la cortical ósea externa, que se extiende desde la pieza dentaria 4.5 hasta la pieza dentaria 4.8, la mucosa se observa enrojecida con tonos violáceos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Quiste mandibular
 - Quiste dentigero
 - Queratoquiste
- Tumor mandibular
 - **Ameloblastoma**
 - Hemangioma
 - Fibroma osificante

PLAN PARA EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

- Radiografía panorámica, previa biopsia
- Biopsia incisional y de aspiración.

Radiografía panorámica:



Descripción:

En la radiografía panorámica se observa una extensa lesión radiolúcida de límites bien definidos, uniloculada; que compromete parte de la rama ascendente y cuerpo mandibular del lado derecho. Asociadas a la imagen de la lesión se encuentran las piezas dentarias 4.5; 4.6; 4.7 y 4.8, las cuales presentan reabsorción del tercio apical y medio radicular.

Biopsia por aspiración con aguja fina y biopsia incisional



Descripción:

Con los datos obtenidos se planteó la sospecha de un quiste y ante esto se procedió a realizar la aspiración, del posible contenido líquido, con aguja calibre 18 a la altura dentaria 4.7, sobrepasando la cortical ósea externa. La maniobra confirma, desde el punto de vista clínico, la presencia de un quiste; permite descartar una lesión vascular y orienta en la planificación de la cirugía.

El resultado de la punción fue el de un líquido de componente quístico, llegando al diagnóstico presuntivo de la presencia de un quiste.

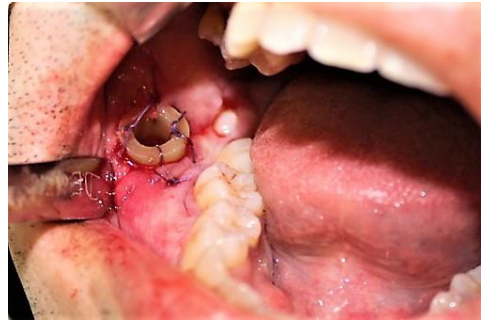
Plan de tratamiento:

- Descompresión más colocación de tutor en el lecho tumoral.
- Exámenes de laboratorio.
- Curetaje más osteotomía periférica de tumoración posterior a descompresión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.- Descripción de la biopsia y colocación de tutor de descompresión en la lesión tumoral más, controles imagenológicos.

Tratamiento Quirúrgico ambulatorio



Colocación del tutor de descompresión en la lesión tumoral

Reporte Operatorio

Previo a evaluaciones pertinentes y consentimiento informado, el paciente es llevado a la mesa operatoria. Se realizó asepsia y antisepsia y se colocó los campos quirúrgicos. Seguidamente se procede a la infiltración de anestésico con vasoconstrictor, seguidamente se realiza la ferulización de las piezas dentarias que presentan movilidad, con alambre quirúrgico y resina.

A continuación, se realiza una incisión en el fondo de surco de la región molar, a la altura de pieza dentaria 4.8. Se procede a la punzoaspiración para descartar lesiones vasculares, obteniendo un líquido de color amarillento compatible con contenido quístico.

Se retira tres fragmentos de tejido óseo para el estudio anatomopatológico, seguidamente se adapta el tutor de descompresión; se utilizó un tutor de goma tipo tubo de 1.5 cm. de diámetro y una longitud de 4 cm., aproximadamente, y fue asegurado con sutura de ácido poliglicólico 3-0 por un periodo de 60 días.

La muestra de la lesión tumoral es llevada a estudio anatomopatológico, dando como resultado **Ameloblastoma Uniquístico** (anexo 2).

Se indicó terapéutica farmacológica ambulatoria:

Clindamicina 300mg. VO C/8 horas., por 5 días.

Ketorolaco 60mg. IM C/8 horas., por 2 días.

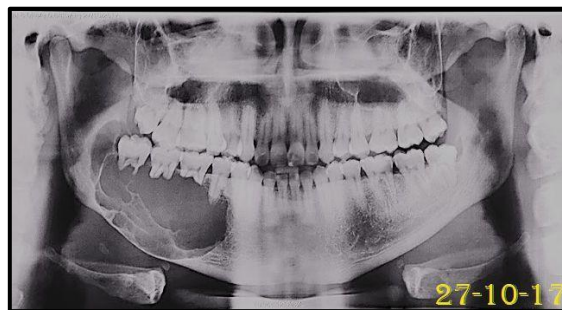
Dexametasona 4mg. IM C/8 horas, por 2 días.

CONTROLES.

Paciente acude a control, posbiopsia más colocación de tutor de descompresión, a las 48 horas. Se encontraba asintomático, con leve inflamación en región bucal derecha, apertura bucal conservada, tutor de descompresión en posición, con puntos de fijación sin gasto.

El procedimiento quirúrgico y manejo del paciente descrito anteriormente, consiste en el tratamiento conservador de dicha patología. Este tipo de manejo conservador viene siendo usado en los casos donde las características de la patología lo permitan, sobre todo tomando en cuenta la evolución favorable del paciente y la disminución de riesgos de complicaciones posquirúrgicas.

Control radiográfico del paciente tratado en el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital María Auxiliadora.





Tras 16 meses de control clínico y radiográfico, con la presencia del tutor de descompresión, cuya longitud fue reducida gradualmente, se puede constatar la reducción casi total de la lesión tumoral ameloblástica, con una neoformación de tejido óseo en el lecho tumoral, por lo que se decide efectuar cirugía de enucleación y curetaje de la cavidad tumoral residual, más la exodoncia de las piezas dentarias involucradas



ANEXO 2: RESULTADO DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
Sistema de Servicio Docente - Asistencial
Servicio de Patología Oral

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

PO:2017-697

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	Sexo
FERNÁNDEZ	GUERRERO	LEONEL	30	M
Procedencia		Servicio	N.I.C.	
Dr. Arturo Rivas.			Particular	

Espécimen:

Tejido a nivel de mandibular, lado derecho.

EXAMEN MACROSCÓPICO:

Se recibe una jeringa con 15ml de contenido líquido de color amarillento sin el fijador adecuado. No forma coágulo para la inclusión.

Se recibe fijado en formol 03 fragmentos de tejido, de forma y superficie irregular, color pardusco, consistencia firme, que en conjunto miden aproximadamente 1 x 0.4 x 0.2cms. Se incluye la muestra.

Téc. Laboratorio.

EXAMEN MICROSCÓPICO:

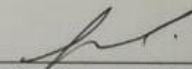
Las secciones estudiadas muestran membrana quística constituida por epitelio, cuya capa basal comprende células altas con núcleo polarizado y sus capas superficiales semejan a retículo estrellado. El tejido conectivo es fibroso delicado. En algunas áreas se aprecia leve infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario focal y hemorragia. En otra zona se observa fragmento de cortical ósea.

DIAGNÓSTICO:

AMELOBLASTOMA UNIQÜÍSTICO.

Observación:

Fecha: 09 de noviembre, 2017.


Dra. Sonia Sacsquispe C.
Patología Oral

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE:

Descompresión de tumor Mandibular

El (La) Sr(a) Fernandez Guerrero Leonel H.C. 170583

(Información brindada al paciente o representante legal)

tiene como diagnóstico(s): Desecho de tumor Uniquístico

que se trata de una tumoración en la mandíbula

la cirugía planteada es: colocación de tubo de descompresión cuyo objetivo consiste en lograr la reducción del tamaño de la tumoración

La cirugía la realizará un equipo de cirujanos bajo anestesia cuya responsabilidad está a cargo de un anestesiólogo. Durante la cirugía en razón del procedimiento o de los hallazgos el cirujano principal podrá determinar cambios a lo proyectado inicialmente con el fin de obtener los mejores resultados.

Es posible que deba aplicarse sangre o hemoderivados durante o después de la cirugía. Existen riesgos generales comunes a todas las cirugías, los riesgos asociados a las enfermedades que ya trae el paciente (antecedentes) y los derivados de la intervención. En este caso en particular los principales riesgos del paciente son: infección de la herida, hematoma y edema.

Las complicaciones, en caso de presentarse, requieren tratamiento médico y en caso de urgencia, eventualmente podría realizarse una reintervención. Ningún procedimiento está exento de riesgos, incluida la mortalidad aunque ella es bastante infrecuente

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

He sido plenamente informado acerca de mi diagnóstico y la solución quirúrgica a mi problema.

Sé que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios y en caso de producirse algún daño, eximo de todo tipo de responsabilidad a los médicos y al Hospital María Auxiliadora.

Doy mi Consentimiento Informado señalando que esta decisión es libre, voluntaria y sin coacción de ninguna índole.

Firma del paciente - que figura en el DNI- (en caso de impedimento, el representante legal)

DNI: 17539033 del paciente o del representante legal

Sello y firma del médico tratante

San Juan de Miraflores, 20109117

Form with fields: APELLIDOS y Nombres (Fernandez Guerrero Leonel), Departamento (odontología), HC (170583), Servicio (C. Maxilofacial), and Consentimiento Informado de Intervención Quirúrgica.