

**AÑO DEL CENTENARIO  
INSTITUCIONAL  
1907-2007**

# **REVISTA ARGENTINA de DERMATOLOGÍA**

**Rev Argent Dermatol**

**Volumen 88 N° 2 - Abril - Junio 2007**



**ASOCIACIÓN  
ARGENTINA de  
DERMATOLOGÍA**

**Editada en Buenos Aires  
Argentina - Publicación Trimestral  
ISSN 0325-2787  
ISSN ON-LINE 1851-300X**

## SECTOR ATLAS

### AMELOBLASTOMA O ADAMANTINOMA *AMELOBLASTOMA OR ADAMANTINOMA*

M C VERDI \*, J GORODNER \*\*, M CRISTO \*\*\* y M ZUSAETA \*\*\*\*

**SUMMARY:** It is present a ameloblastoma case, tumour of rare case on a patient of 26 years old in who development the process on the maxilla. It is realized a revision of the neoplastic characteristic and it is comment the result of the surgical treatment realized at the patient.

**KEY WORD:** Ameloblastoma.

Rev Argent Dermatol 2007; 88: 126-132.



**Fig 1:** Paciente de 26 años de edad con asimetría del rostro.

\* Médica Dermatóloga Universitaria. Jefa Unidad Dermatología.

\*\* Alumno de la Carrera de Médicos Especialistas en Dermatología.

\*\*\* Médica Odontóloga.

\*\*\*\* Médica Patóloga Universitaria. Jefa Unidad Anatomía Patológica.

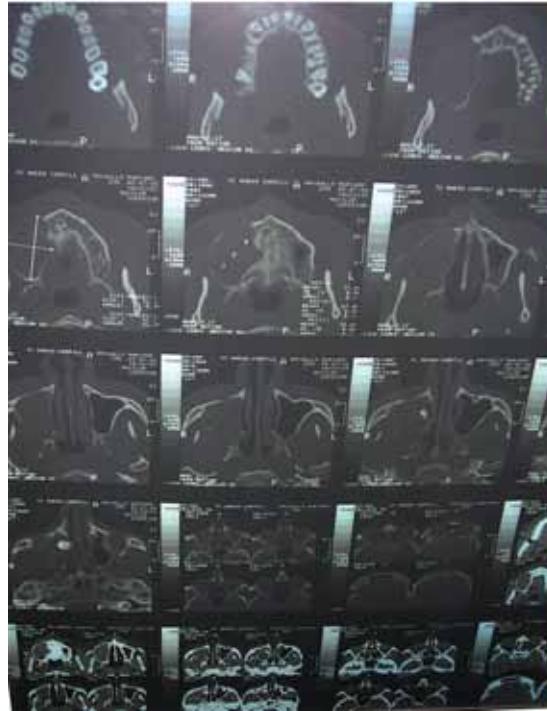
Hospital Zonal General de Agudos  
"Carlos Bocalandro". Ruta 8 km 20,500.  
Loma Hermosa. Partido 3 de Febrero.  
Provincia de Buenos Aires. Argentina.



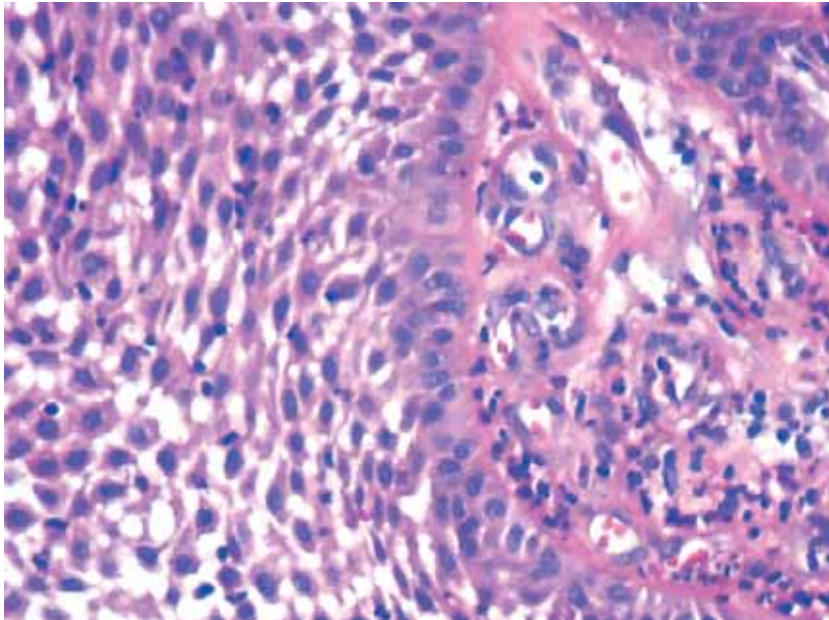
**Fig 2:** En ángulo gingivo yugal superior, tercio posterior derecho, se visualiza una lesión tumoral vegetante de 6 x 3 cm rosada, cubierta por secreción blanquecina, de consistencia sólida, firme, que no adhiere a mucosa gingivoalveolar.



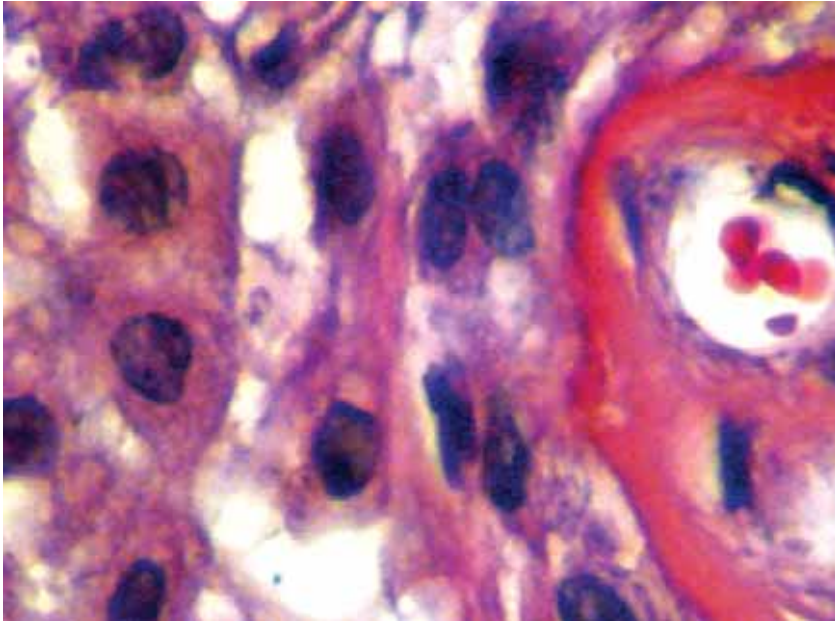
**Fig 3:** Lesión tumoral con mayor aproximación, en la que se visualiza pequeña área hemorrágica.



**Fig 4:** TAC masa tumoral que orada las paredes óseas del seno maxilar derecho.



**Fig 5:** Histopatología: vasos con hialinización de su pared, células con núcleos monomorfos, amplio citoplasma eosinófilo con aspecto estrellado que conforman patrón plexiforme.



**Fig 6:** Histopatología a mayor aumento.



**Fig 7:** Secuelas post quirúrgicas en rostro.



**Fig 8:** Secuelas post quirúrgicas en mejilla derecha.

## INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor localmente agresivo con capacidad de recidivar, existen informes en la literatura de metástasis a distancia después de muchos años de la aparición del tumor primitivo <sup>1,2</sup>. Cusack, en 1827, fue el primero en describirlo y lo consideró una forma especial de quiste maxilar. En 1879 Fallhsson compartiendo la opinión de Cusack, realiza el primer estudio histopatológico. Malassez en 1985 lo denomina epiteloma adamantino, atribuyendo su origen a restos epiteliales de la vaina del diente; "adamas" deriva del griego y significa dureza de piedra, término inadecuado ya que el verdadero tumor no forma jamás esmalte, aunque en forma excepcional pueda contener nódulos calcificados sin estructura textural <sup>1,3,4</sup>. Derjinsky, en 1890, utiliza por

primera vez el término adamantinoma que se mantuvo vigente por algunos años y fue aceptado por algunos autores alemanes, hasta que en 1910 Galippe propone el nombre de ameloblastoma y en 1930 Ivy y Churchil, en publicaciones anglosajonas, proponen de nuevo el término ameloblastoma que identifica a la célula secretora del esmalte, la cual debe encontrarse en el parénquima del tumor para justificar su diagnóstico <sup>1,3</sup>.

## CASO CLÍNICO

Datos de filiación: paciente masculino de 26 años de edad, argentino, soltero, trabajador.

Motivo de consulta: refiere que comienza hace 2 años y 8 meses con lesión tumoral, indolora de crecimiento lento y progresivo en región vestibular superior derecha de la boca,

sin otros antecedentes personales de importancia.

Examen clínico: cráneo s/p, se observa asimetría del rostro a expensas de la región maxilar superior derecha. En la boca, en el ángulo gingivo yugal superior, tercio posterior derecho, se visualiza una lesión tumoral vegetante de 6 x 3 cm rosada, cubierta por secreción blanquecina, de consistencia sólida, firme, que no adhiere a mucosa gingivovaleolar, de la cual se toma muestra para estudio histopatológico. No se encuentran adenopatías a la palpación.

Exámenes complementarios:

Rutina de laboratorio: s/p.

TAC: se visualiza formación tumoral sólida expansiva de 31 x 47 mm que orada pared ósea anterior, lateral externa e interna del seno maxilar derecho.

Estudio histopatológico: (Biopsia N° 36267 Dra. Zusaeta) ameloblastoma con patrón plexiforme.

Inmunohistoquímica: Pancitoqueratina: positivo.

CK 5 reacción positivo intenso.

CK 8, 18, 19 positivo principalmente en células del área reticular estrellada.

Diagnóstico: (ANM protocolo N° 9425 Dr. Meiss) ameloblastoma.

## COMENTARIOS

El ameloblastoma es un tumor localmente agresivo, recidivante, con baja frecuencia de metástasis a distancia.

Se inicia como una tumoración lenta y progresiva de consistencia dura, sólida; el tamaño es variable: desde escasos centímetros hasta muy voluminoso. El hueso aumenta de tamaño con reducción a finas láminas de sus tablas, por adelgazamiento de la compacta producido por el crecimiento expansivo del tumor que también puede infiltrar e invadir las cavidades y regiones vecinas, penetrando incluso, dentro del cráneo.

La mucosa bucal suprayacente permanece normal o eritematosa; puede también ulcerarse. La piel, según el tamaño que haya adquirido el tumor, se encontrará tensa sin estar adherida ni perforada. El proceso es asintomático, sólo cuando el tumor es volu-

minoso puede aparecer dolor, alteración en la masticación y/o fonación; si tiene componente quístico puede aparecer crepitación.

Para Small y Waldron,<sup>5</sup> este tumor representaría el 1% de todos los tumores y quistes originados en los maxilares, con igual frecuencia en ambos sexos, con una edad de aparición entre la tercera y quinta década de la vida, aunque existen en la literatura reportes en otras edades, como lo hacen notar Robinson y Kane<sup>6,7</sup> en casos en que el tumor tuvo desarrollo previo por un largo período, antes de la evidencia clínica.

El blastoma se localiza en el 80% de los casos descritos en la mandíbula, con preferencia en el ángulo de la misma y su etiología estaría relacionada con infecciones, inflamaciones y traumatismos (extracción dentaria). Probablemente, la patogenia se deba a: 1) restos epiteliales de la vaina del diente, 2) restos celulares del órgano del esmalte durante el desarrollo o posteriores, 3) alteraciones genéticas del órgano del esmalte, 4) alteraciones del epitelio que cubre el maxilar, 5) alteraciones del epitelio desplazado de otra parte del organismo<sup>2</sup>.

Para la mayoría de los autores, la patogenia estaría relacionada con los quistes foliculares y para Kane<sup>7</sup>, el 33% tendría relaciones con éstos.

El aspecto anatómico-clínico del tumor puede ser sólido, quístico o mixto.

Según Robinson<sup>6</sup>, el 80% es quístico, hecho que se considera secundario al envejecimiento del tumor. Son quistes pequeños que por coalescencia pueden formar cavidades más grandes.

Desde el punto de vista histológico, la escuela alemana divide al ameloblastoma en: a) plexiforme: masas irregulares de cordones epiteliales de células cilíndricas con cantidades variables de estroma y b) folicular: el epitelio se dispone en forma de islotes que remedan el órgano del esmalte.

Otra clasificación lo divide en: 1) folicular, 2) plexiforme, 3) acantomatoso, 4) de células granulares, 5) mucoepidermoide, 6) neural y 7) vascular. Desai comunica un caso de ameloblastoma con características desmoplásicas<sup>8,9</sup>.

La radiografía de la zona afectada pone en evidencia imagen osteolítica central, de

aspecto quístico, tallada en sacabocado, dando imagen conocida como "en pompas de jabón", con destrucción del periostio<sup>9</sup>.

La malignidad de este tumor es motivo de controversias, se lo debe considerar un tumor con poder de destrucción local, recidivante, con capacidad de dar metástasis a distancia.

El criterio terapéutico es la exéresis quirúrgica del fragmento maxilar afectado con amplio margen de tejido sano, que estadísticamente demostró ser la conducta que obtuvo menos recidivas<sup>11</sup>.

Se sabe que el tumor es radiorresistente.

## RESUMEN

Se relata el caso de un paciente de 26 años de edad, con deformidad facial, que presenta un tumor gingivoyugal posterior derecho con imágenes oteolíticas en los estudios radiológicos simples y en la resonancia magnética, con histopatología e inmunohistoquímica de ameloblastoma. La terapéutica fue quirúrgica con amplio margen. Motiva la presentación la escasa frecuencia de presentación de este tumor.

## REFERENCIAS

- 1) Kaminsky A de, Appiani Sotomayor E y Kaminsky A. Ameloblastoma. *Medicina Cutánea* 1970; 1: 581-584.
- 2) White R y Patterson J. Distant skin metastases in a long term survivor of malignant ameloblastoma. *J Cutan Pathol* 1986; 13: 383-389.
- 3) Grinspan D. Enfermedades de la boca. Tomo V Editorial Mundi S.A.I.C. y F. 1972; 4031-4144.
- 4) Small I y Waldron C. Ameloblastoma of Jaws. Survey of 1036 cases. *Oral Surg* 1955; 8: 281.
- 5) Gorlin R. Patología Oral. Editorial Salvat 1984; 527-529.
- 6) Robinson H. Ameloblastoma. Survey of 379 cases. *Arch Path* 1947; 23: 831.
- 7) Kane J. Odontogenic Tumors. A statistical and morphological study of 38 cases. Tesis. Georgetown University. 1951.
- 8) Pindborg J y Kozamer I. Clasificación histológica internacional de tumores. Ameloblastoma. OMS. 1972; 24-28.
- 9) Desai H, Sood R, Shah R, Cawda J y Pandya H. Desmoplastic ameloblastoma: report of a unique case review of literature. *Indian J Dent Res* 2006; 17: 145-149.
- 10) Vered M, Shohat I y Buchner A. Epidermal growth factor receptor expression in ameloblastoma. *Oral Oncol* 2003; 39: 2138-2143.
- 11) Mac Donald J, Yeung R, Leek y Li T. Ameloblastoma in the Hong Kong Chinese. Part I: systematic review and clinical presentation. *Dentomaxillofac Radiol* 2004; 33: 71-82.