

AMELOBLASTOMA. INFORME DE 9 CASOS EN UNA POBLACION AFRICANA.

Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez¹, Dra. Milagros Martínez Rodríguez².

RESUMEN

El ameloblastoma es un tumor de origen odontogénico, benigno, pero localmente invasivo. Diferentes estudios muestran que es un tumor poco común, aunque se reconoce que hay un aumento de la incidencia en el sur de África. Aparece principalmente en la mandíbula, en la tercera y cuarta década, en ambos sexos. Se presenta una serie de 9 casos estudiados en el Mpilo Central Hospital de Bulawayo, Zimbabwe, en el periodo de un año. Se discuten los aspectos relacionados con las características clínicas, radiológicas e histológicas.

Palabras clave: AMELOBLASTOMA / epidemiología; NEOPLASMAS MAXILOMANDIBULARES.

INTRODUCCION

El ameloblastoma es un tumor odontogénico de origen epitelial, benigno, pero localmente invasivo.¹ Este tumor muestra predilección por la mandíbula, puede desarrollarse a cualquier edad, pero su mayor incidencia ocurre en la tercera y cuarta décadas; no tiene diferencias en relación con el sexo.¹⁻⁴ Aunque comparativamente raro, es el más común de los tumores epiteliales odontogénicos; muestra variación en su incidencia. Waldron⁵ registró el 1% de incidencia entre todos los quistes y tumores de los maxilares en los Estados Unidos, mientras que en Africa se encuentran variaciones que van desde el 7%, señalado por Camerun⁶ y Masadoni⁷, hasta el 43%, por Kaudi-Kaudi.⁸ En los países desarrollados el ameloblastoma es generalmente tratado tempranamente, por lo que no alcanza gran tamaño.⁹ El

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Responsable del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez".*

² *Estomatóloga. Responsable del servicio de Estomatología del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez".*

propósito de este trabajo es presentar el comportamiento clínico, radiológico e histológico de 9 casos con el diagnóstico de ameloblastoma atendidos en el Mpilo Central Hospital de Bulawayo, Zimbabwe.

MATERIAL Y METODO

Durante el período de diciembre de 2000 hasta octubre de 2001 fueron diagnosticados y tratados 9 pacientes con ameloblastomas, basados en la historia clínica, el examen físico, estudios radiográficos e históricos; se registraron los datos: edad, sexo, localización anatómica, tiempo de evolución desde que el paciente descubre la presencia del tumor hasta que acude a consulta, síntomas asociados, características radiológicas y tipo histológico.

RESULTADOS

En el período analizado fueron diagnosticados y tratados en nuestro servicio 27 pacientes con tumores benignos de los maxilares (11 pacientes) y mandíbula, (16 pacientes). De ellos, 9 (33,3%) fueron ameloblastomas, 5 pacientes (55,5%) del sexo femenino y 4 (44,4 %) del masculino. La edad promedio fue de 22,2 años (límites: 13-35 años), con un tiempo promedio de evolución de 2,4 años (límites: 1-4 años). En todos los casos el ameloblastoma estaba situado en la mandíbula, 4 (44,4 %) en la región del ángulo y rama ascendente, 2 (22,2 %) en el cuerpo y 3 (33,3%) alcanzaron un gran tamaño, cruzando la línea media. El síntoma principal fue la deformidad facial, presente en todos los casos, seguido del desplazamiento y movilidad dentaria en el 40 %, y el dolor en el 30%. Todos presentaron una imagen radiográfica multilocular. El tipo histológico folicular, presente en 7 (77,7%) de los casos, fue el más común.

DISCUSION

Se plantea un aumento de la incidencia del ameloblastoma en el sur de Africa¹⁰; en nuestro estudio representaron el 33,3% de todos los tumores benignos de los maxilares y mandíbula atendidos durante un año de trabajo, cifra superior a las de otras áreas geográficas^{1,5}, pero inferior a las publicadas por otros autores en Africa.⁸ Este tumor transcurre de forma asintomática y sus manifestaciones clínicas aparecen generalmente en la cuarta y quinta décadas.

En un análisis estadístico de la literatura, Shafer¹ plantea que la edad promedio del descubrimiento del tumor es de 32,7 años, con una duración promedio del tumor de 5,8 años; en Cuba, Santana Garay¹¹ considera la tercera década como la de más

frecuencia de afectación; cuando el tumor alcanza más de 3 cm, en nuestros pacientes aparecen las manifestaciones clínicas, principalmente en la segunda y tercera décadas, edad promedio de 22,2 años. La deformidad facial y el desplazamiento y la movilidad de los dientes están relacionados con la zona anatómica afectada y un promedio de 1,8 años de evolución desde que el paciente descubre el tumor hasta que acude a consulta, mientras que el dolor aparece en pacientes de la cuarta década, con un período más largo de evolución, promedio de 3,8 años, y donde el tumor alcanza un mayor tamaño.

Autores como Nakasato¹² y Kubo¹³ plantean que cuando el tumor alcanza un gran tamaño el paciente tiene dificultad para ingerir alimentos, y tiene asociada hipoproteinemias. Nuestro estudio coincide con los autores^{8,10} que plantean que en el sur de África el ameloblastoma se desarrolla a edades más tempranas y, por ende, sus manifestaciones clínicas. En los países desarrollados el tratamiento del ameloblastoma es generalmente temprano, aunque algunos pacientes demoran el tratamiento por temor a la intervención quirúrgica y el tumor alcanza un mayor tamaño⁹; en las poblaciones pobres de los países subdesarrollados, como en nuestro caso, la demora en el tratamiento está relacionada con dificultades en el acceso a los servicios de salud. Más del 80% de los ameloblastomas aparecen en la mandíbula, generalmente en el ángulo y rama ascendente; la imagen radiográfica no es patognomónica, pero la forma más típica y sugestiva de ameloblastoma es la multilocular.^{1,14,15}

Al no tener el ameloblastoma un cuadro clínico radiográfico patognomónico^{9,11,14}, en el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta otras masas de la mandíbula, como quistes, el fibroma ameloblástico, el tumor de Pindborg, entre otros^{9,14}; de ahí la importancia que tiene la biopsia en el diagnóstico y planificación del tratamiento. Entre los tipos histológicos más importantes están el folicular y el plexiforme^{1,11}, con lo que coincide nuestro informe (Figuras 1 - 5).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shafer WG, Levy BM. Tratado de Patología Bucal. México DF: Editorial Interamericana; 1986:281-290.
2. Regezi J, Ciubba J. Oral Pathology with Clinical Pathological Correlations. 1sted Philadelphia: WB Saunders,1983:276 -85.
3. Daramola JO, Ajagbe HA, Oluwasanmi JO. Recurrent ameloblastoma of the jaws - a review of 22 cases. Plast Reconstr Surg 1980;577 -579.
4. Minami M, Kaneda T, Yamamoto H, Ozawa K, Itami Y, Ozawa M, *et al.* Ameloblastoma in the maxillo-mandibular region: MR imaging. Radiology 1992;184:389 -393.

5. Small IA, Waldron CA. Ameloblastoma of the jaws. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1975; 57:168-176.
6. Cameron HM. Oral tumours in Kenya. *Pathologie et Microbiologie* 1973,39:187-95.
7. Mosadomi A. Odontogenic tumors in an African population of twenty -nine cases seen over a 5-year period. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1975;40:502-521.
8. Kaudi-Kaudi P. Etude topographique comparée des ameloblastomes "pur des machoires" dans la race noire et dans la race blanche. *Odontostomatologie Tropicale* 1981;4:141-144.
9. Hughes CA, William RW, Olding M. Giant ameloblastoma. Report of an extreme case and a description of its treatment. *ENT: Ear, Nose and Throat Journal* 1999;78:568-571.
10. Shear M, Singh S. Age standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Wetwatersrand, South Africa. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1978;57:168-176.
11. Santana Garay JC. Atlas de Patología del Complejo Bucal. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1985.:245-248.
12. Nakasato S, Okamura S, Kudo K, Takeda J. Gigantic ameloblastoma associated with secondary hypoproteinemia. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:764-767.
13. Kubo X, Yasuhiro H, Oka M. Ameloblastoma of the mandible with hypoproteinemia. *Jpn J Oral Maxillofac Surg* 1977;23:291.
14. Oder P, Royster A, Gibbon D, Mulligan N, Kavanagh P, Eustace S. Computed Tomographic and Magnetic Resonance Imaging of Ameloblastoma: 2 Cases Reports. *Canadian Association of Radiologists Journal* 1999;50:393-396.
15. Herzanu Y, Mendelsohn DB, Cohen M. Computed Tomography of Mandibular Ameloblastoma. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:220-223.

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

PACIENTES	EDAD	SEXO
1	23	M
2	13	F
3	20	F
4	18	M
5	23	F
6	33	M
7	35	F
8	18	M
9	15	F

TABLA 2. LOCALIZACION ANATOMICA.

PACIENTES	MAXILAR	MANDÍBULA				Cruza línea media
		Rama	Ángulo	Cuerpo	Sínfisis	
1		X	X			
2				X		
3		X	X			
4		X	X			
5				X		
6		X	X	X	X	X
7		X	X	X	X	X
8		X	X	X	X	X
9		X	X			

TABLA 3. TIEMPO DE EVOLUCION Y SINTOMAS.

PACIENTES	TIEMPO DE EVOLUCION (AÑOS)	SINTOMAS		
		Deformidad	Desplazamiento y movilidad dentaria	Dolor
1	2	X		
2	1	X		
3	2	X		
4	2	X		
5	2	X		
6	3	X	X	X
7	4	X	X	X
8	4	X	X	X
9	2	X		

TABLA 4. IMAGEN RADIOLOGICA Y TIPO HISTOLOGICO.

PACIENTES	IMAGEN RADIOLOGICA	TIPO HISTOLOGICO
	Multilocular	
1	X	Folicular
2	X	Folicular
3	X	Plexiforme
4	X	Folicular
5	X	Folicular
6	X	Folicular
7	X	Plexiforme
8	X	Folicular
9	X	Folicular

FIGURAS



Figura 1. Caso #7. Vista anterior.

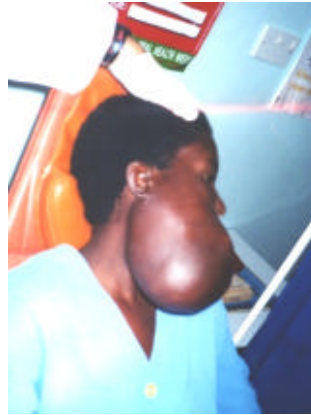


Figura 2. Caso #7. Vista lateral.



Figura 3. Caso #7. Vista posterior.

Figura 4. Caso #7. Tomografía axial
computadorizada.

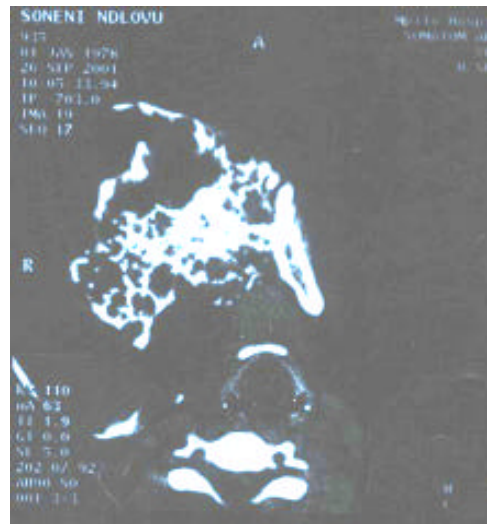
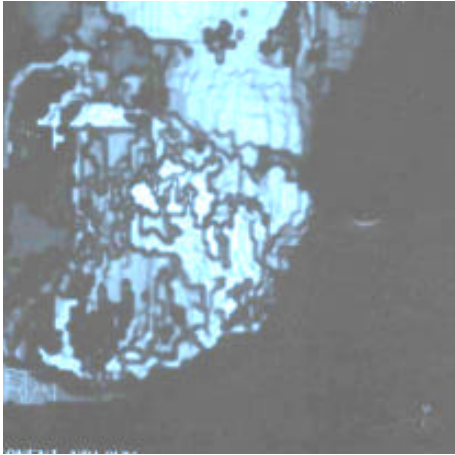


Figura 5. Caso # 7. Tomografía axial
computadorizada.