

## Fibro-odontoma ameloblástico: manejo conservador con preservación de estructuras dentarias

### *Ameloblastic fibro-odontoma: conservative management with preservation of dental structures*

Julian Camilo Suarez Portilla<sup>1</sup>, Oswaldo Cantillo Payares<sup>2</sup>, Samuel Urbano del Valle<sup>3</sup>, Jonathan Harris Ricardo<sup>4</sup>

#### Recibido para publicación:

Julio 15 de 2019

#### Aceptado para publicación:

Noviembre 30 de 2019

#### Publicado en:

Diciembre 30 de 2019

#### Como citar este artículo:

Suarez-Portilla JC, Cantillo-Payares O, Urbano S, Harris-Ricardo J. (2019). Fibro-odontoma ameloblástico: manejo conservador con preservación de estructuras dentarias. *Ciencia y Salud Virtual*, 11 (2), 143-150. DOI: [10.22519/21455333.1327](https://doi.org/10.22519/21455333.1327)

## RESUMEN

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es un tumor odontogénico mixto, asintomático, que puede confundirse de acuerdo a sus características radiográficas e histológicas con otras enfermedades. Por lo general, afecta a una población entre la primera y la segunda década de la vida, es más frecuente en la mandíbula. La lesión se caracteriza por mostrar un crecimiento lento pero expansivo, el aumento del volumen intraoral puede causar asimetría facial. Radiográficamente se observa imagen radiolúcida bien definida, unilocular, con una radiopacidad interna, el tratamiento es quirúrgico y varía de acuerdo a su tamaño.

El propósito del trabajo es describir un caso de paciente femenina de 12 años de edad, con diagnóstico de FOA que comprometía los dientes 11, 12 y 13, se realizó manejo conservador para

preservar los dientes afectados por el tumor, esperar su proceso de formación radicular completa y erupción espontánea, con resultados positivos.

**Palabras claves:** *tumor, maxilar, tratamiento conservador. (DECS)*

<sup>1</sup> Odontólogo. Residente Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena.

<sup>2</sup> Odontólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor titular, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia.

<sup>3</sup> Odontólogo. Especialista Estomatología y Cirugía Oral.

<sup>4</sup> Odontólogo. Magister en Microbiología Molecular. Especialista en Estomatología y Cirugía Oral. Docente Corporación Universitaria Rafael Núñez, Universidad de Cartagena. Colombia.

Correo: [j.harris.r@hotmail.com](mailto:j.harris.r@hotmail.com)

## ABSTRACT

The ameloblastic fibro-odontoma (AFO) is a mixed, asymptomatic odontogenic tumor that can be confused according to its radiographic and histological characteristics with other diseases. It usually affects a population between the first and second decade of life, it is more frequent in the jaw. The lesion is characterized by a slow but expansive growth, the increase of the oral volume can cause facial asymmetry. Radiographically a well defined radiolucent image is observed, with a loculus, with an internal radiopacity, the treatment is surgical and varies according to its size.

The purpose of the work is to describe a case of female patient of 12 years of age, with a diagnosis of AFO that compromised teeth 11, 12 and 13, conservative management was performed to preserve the teeth affected by the tumor, wait for their root formation process complete and spontaneous rash, with positive results.

**Keywords:** *tumor, maxilla, conservative treatment.* (MeSH)

## INTRODUCCIÓN

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es un tumor mixto odontogénico benigno que se presenta con poca frecuencia y está clasificado dentro de los tumores odontogénicos como tumor epitelial que contiene ectomesénquima con la formación de tejido duro dentario [1].

La OMS lo ha definido como una lesión semejante al fibroma ameloblástico que muestra alteraciones inductivas las cuales llevan a la formación de esmalte y dentina; afecta principalmente a pacientes jóvenes entre la primera y segunda década de vida, no muestra predilección por género, se presenta con mayor frecuencia en la zona posterior mandibular.

Radiográficamente, el AFO se presenta como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular bien circunscrita que puede contener una masa, con focos radiopacos o radiodensidad variable compatible con el material de la estructura dental [2].

Histológicamente es una lesión encapsulada constituida por hebras y cordones delgados de células epiteliales odontogénicas cúbicas, tejido conjuntivo fibroso embrionario y epitelio odontogénico primitivo, simulando el retículo estrellado; el fondo está formado por tejido conjuntivo embrionario que contiene fibroblastos orientados al azar y están ampliamente separados. A menudo, rodeando el componente epitelial de la lesión, se encuentran zonas de hialinización que a veces tienen asociadas áreas de calcificación focal. Se caracteriza por la proliferación de tejido epitelial y mesenquimático [3].

Reyes y cols, afirmaron que el tratamiento de elección es la cirugía, dependiendo del tamaño y la afección a estructuras vecinas se puede ser menos conservador y realizar las exodoncias de los dientes comprometidos; sin embargo un curetaje del lecho quirúrgico, es suficiente para disminuir la posibilidad de recidiva [4]. También existe controversia con respecto a la extracción o la retención del brote dental relacionado en el caso del FOA, se reporta que la yema dental asociada debe eliminarse para evitar la recurrencia [1]. Praveena en el 2017 reportó un caso de un paciente de masculino de 7 años con FOA asociada al diente 36, el tratamiento fue enucleación completa de la lesión y la estructura dental, describen que no se observó recurrencia dos años después de la cirugía [5].

Es muy importante que el profesional en cirugía oral evalúe las diferentes características y comportamiento del FOA; teniendo en cuenta que es un tumor benigno, el tratamiento quirúrgico conservador con enucleación completa de la lesión y preservación de estructuras dentarias relacionadas, podría ser el tratamiento más acertado.

## REPORTE DE CASO

*P*aciente femenina 12 años de edad remitida por ortodoncia al servicio de estomatología y cirugía oral por presentar ausencia clínica de los dientes 11,12,13 y persistencia de dientes deciduos 52 y 53. La madre no comenta que no presenta alteraciones en órganos y sistemas, ni antecedentes familiares o personales relevantes para el caso.

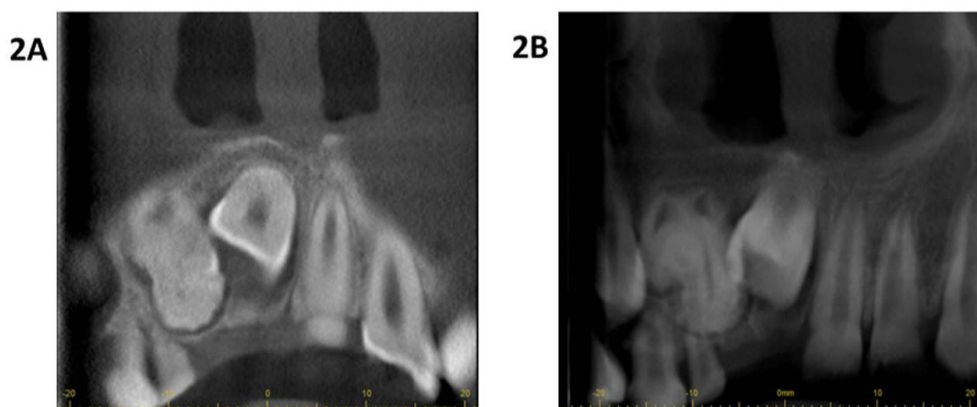
En el examen intraoral se observó encía con características normales, color rosado pálido, ausencia de los dientes 11,12 y 13, sin presencia de ensanchamiento de la cortical vestibular, se evidenció presencia de dientes temporales 52 y 53 (Figura 1).

Figura 1. Examen intraoral



Al examen tomográfico maxilar se observó masa hiperdensa de 1,5 cm de diámetro en región de premaxila que causa retención de dentaria del 11 y 13; en corte axial se visualiza hiperdensidad compatible con el diente 12 y supernumerario posterior a masa descrita anteriormente (Figura 2A, 2B).

Figura 2A-2B. Evaluación radiográfica



Después de la recopilación de datos clínicos y radiográficos se plantearon como impresión diagnóstica odontoma complejo, osteoma y fibroma ameloblástico; se realizó una biopsia incisional de la lesión la cual arrojó resultado histopatológico de fibro-odontoma ameloblástico; en la planeación del tratamiento se priorizó la necesidad de realizar un procedimiento donde fuera removida adecuadamente la totalidad de la lesión y preservar la integridad de las estructuras dentarias asociadas y posteriormente realizar controles clínicos y radiográficos evaluando su progresión y erupción espontánea.

El procediendo quirúrgico se realizó bajo anestesia local, bloqueando los nervios alveolar anterior superior, medio superior y nasopaltino. Se realizó incisión mucoperióstica intrasulcular y se levantó colgajo de espesor total tipo Newman; se continuó con la osteotomía, evidenciando la lesión, los dientes 11, 12, 13 y supernumerario, luego se procedió con la enucleación de la lesión (Figura 3A), exodoncia del diente supernumerario incluyendo membrana que lo envuelve y se realizó curetaje óseo detallado de la zona reservando los dientes 11, 12 y 13 (Figura 3B), posteriormente se realizaron las exodoncias de los dientes deciduos 52 y 53, luego hemostasia, reposición del colgajo con sutura absorbible, terapia antibiótica, analgésica y control en 8 días. El espécimen obtenido se envió a estudio histopatológico.

En el estudio histopatológico se describe una lesión mesenquimal benigna compuesta por una proliferación de células fusiformes de puntas ahusadas, descansando sobre una matriz laxa con cambios mixoides. Se reconocen estructuras tubulares de luz pequeña, tapizadas por una doble capa de células

cúbicas sin atipia citológica, hacia la superficie se reconoce una mucosa compuesta por un epitelio escamoso sin cambios reactivos ni displasia, también se observó componente sólido de la lesión relacionado con dentina y esmalte compactado, sin características morfológicas remarcables compatible con fibro-odontoma ameloblástico (Figura 4).

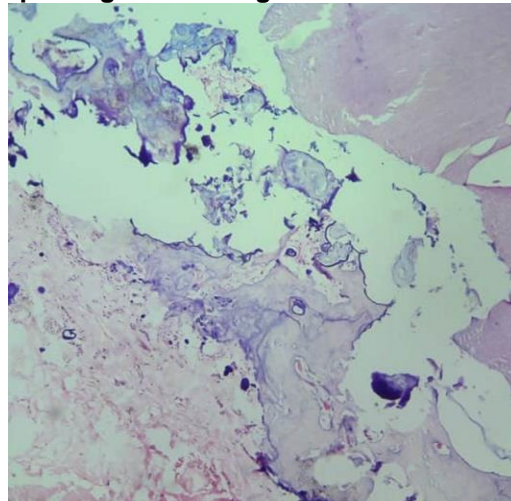
Figura 3ª. Enucleación de lesión tumoral.



3B. Preservación de los dientes 11,12 y 13.



Figura 4. Estudio histopatológico con diagnóstico de fibro-odontoma ameloblástico



Se realizó control posquirúrgico a los 8 días, en el que se observaron los tejidos blandos en proceso de cicatrización y sin alteraciones, la paciente manifiesta ausencia de dolor o sangrado; después de 47 días de la cirugía se realizó control clínico en el que se notó erupción parcial de los dientes 11 y 13 (Figura 5), en el examen radiográfico con proyección panorámica, se evidenció imagen radiopaca compatible con los dientes 11,12,13, mayor formación radicular y descenso de los dientes hacia el reborde alveolar (Figura 6). Se remite al servicio de ortodoncia para la evaluación.



Figura 5. Control clínico a los 47 días posterior a la cirugía



Figura 6. Control radiográfico a los 47 días



## DISCUSIÓN

**E**l fibro-odontoma ameloblastico (FOA) es un tumor odontogénico poco frecuente. Inicialmente, se cree que es una lesión similar al fibroma ameloblastico (FA), ahora se considera como una entidad separada en la clasificación de tumores odontogénicos de la OMS. Comúnmente asociada con una inflamación indolora y una ausencia asociada de erupción de un diente, el FOA se presenta como una lesión mixta radiopaca y radiolúcida en la población más joven con predilección por la región posterior [9].

Auguello y cols, afirmaron que el plan de tratamiento dependiente del caso puede proporcionar un resultado óptimo; la preservación del diente no erupcionado o su extirpación depende de la situación clínica; sugirieron mantener los dientes involucrados si no hay una interferencia con la enucleación del tumor, para permitir una erupción espontánea [6]; coincidiendo con el presente caso en el cual se buscó la preservación al máximo de estructuras dentarias q no interfirieran en la enucleación ya que es de gran importancia reconocer las función que desempeñan en la cavidad oral en este caso por ejemplo los órganos dentarios 11,12 y 13 en la acción de cortar y perforar el alimento durante la masticación y su valor estético; además en el caso del 13 constituir la “guía canina” que como su nombre indica, guía a los dientes hasta la posición intercuspídea.

Ramos y Gómez, mediante una revisión sistemática actualizada de los casos reportados en la literatura de (FOA) determinaron que de 185 casos 175 fueron manejados con cirugía conservadora y 10 casos fueron tratados con resección segmental [7]; coincidiendo con el presente caso donde el tratamiento de elección fue la cirugía conservadora. Los casos de elección terapéutica segmentaria deben ser bien analizados pues es sabido las connotaciones tanto estéticas, funcionales y personales que pueden acarrear este tipo de tratamiento aún más en la edad promedio que afecta esta lesión.

Zouhary y cols, en 2008 defendió que si los dientes no interfieren con la enucleación del tumor, no hay razón para extirparlos, con la posibilidad de que ocurra una erupción espontánea más adelante [8]; coincidiendo con la pauta realizada en este caso, buscando una posterior erupción y direccionamiento de la oclusión dental.

## CONCLUSIONES

**E**n los casos de FOA la enucleación de la lesión y el curetaje del lecho quirúrgico, es una alternativa de tratamiento conservadora, que arroja buenos resultados y disminuye la posibilidad de recidiva, preservar los dientes involucrados siempre que no interfieran con la enucleación del tumor, permite la erupción espontánea o posteriormente se pueden traccionar ortodónticamente evitando su extracción.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este artículo declaran que no se presentaron conflictos de intereses durante su realización.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kumar S, Suvy M y cols. Ameloblastic fibro-odontoma. *Int J Surg Case Rep.* 2014; 5(12):1142-1144.
2. Gollo C, Miyahaki D y cols. Ameloblastic fibro-odontoma: case report. *Rev Gaúch Odontol.* 2017; 65(3):265-269.
3. Cordero A, Solano L. Ameloblastic fibro-odontoma associated with impacted right lower canine. *Rev. cient. Odontol.* 2015; 11(1): 30-33
4. Reyes P, Álvarez C y cols. Report of a case of Fibrous Ameloblastic Odontoma. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2009; 31(5):337-342
5. Praveena R. Ameloblastic fibro-odontoma in a kid-an impostor in radiography. *Indian Journal of Research.* 2017;6 (10): 14-16.
6. Auguello M, Rabufetti A y cols. Ameloblastic fibro-odontoma in children. Clinical aspects and review of the literature. *Oral and Maxillofacial Surgery Cases.* 2017; 3 (2):34-41.
7. Ramos B, Gomez R. Ameloblastic fibrodentinoma and ameloblastic fibro-odontoma: an updated systematic review of cases reported in the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 10 (16):1-42
8. Zouhary KJ, Said-Al-Naief N, Waite PD. Ameloblastic fibro-odontoma: Expansile mixed radiolucent lesion in the posterior maxilla: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:e15-21.
9. Kale S, Shetty A y cols. Ameloblastic fibro-odontoma with a Predominant Radiopaque Component. *Ann Maxillofac Surg.* 2017; 7(2):304-307.