

Fibro-odontoma Ameloblástico: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso

Ameloblastic fibro-odontoma: Review of the Literature Regarding a Case

Liberto Figueroa C.^{1,2}; Paulette Laporte W.³; Diego Ramírez V.³ & Jeannie Slater M.⁴

FIGUEROA, C. L.; LAPORTE, W. P.; RAMÍREZ, V. D. & SLATER, M. J. Fibro-odontoma ameloblástico: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Int. J. Odontostomat.*, 17(4):409-413, 2023.

RESUMEN: El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es una neoplasia odontogénica benigna poco frecuente que afecta a los huesos maxilares. Posee un componente de tejido epitelial y ectomesénquima, por lo que hasta hace un tiempo era incluido dentro de la clasificación de tumores odontogénicos de origen mixto. Actualmente estas lesiones no están incorporadas en la última clasificación de los tumores odontogénicos y huesos maxilofaciales de la organización mundial de la salud y son consideradas como un odontoma en desarrollo. Clínicamente se presenta con mayor frecuencia en mandíbula y asociado a la falta de erupción de un diente. Presentamos el caso clínico de un niño de 6 años de edad que acudió a nuestro servicio maxilofacial por la no erupción de un diente temporal mandibular. El cuadro clínico y las investigaciones confirmaron la hipótesis diagnóstica de FOA con una impactación del segundo molar temporal inferior izquierdo hacia el margen basilar mandibular y el germen dentario del premolar por sobre la corona del diente retenido.

PALABRAS CLAVE: Tumor odontogénico, odontoma, fibro-odontoma ameloblástico, diente sin erupcionar.

INTRODUCCIÓN

El fibro-odontoma ameloblástico es un tumor odontogénico benigno, de baja prevalencia y que presenta tanto epitelio como ectomesénquima odontogénico neoplásico. Epidemiológicamente es una lesión que suele presentarse entre la primera y segunda década de la vida, con un promedio de edad al diagnóstico entre los 10 (Peters *et al.*, 2018) y los 13 años (Atarbashi-Moghadam *et al.*, 2019) y una predilección por el sexo masculino por sobre el femenino, en una relación de 1,3:1 (Chrcanovic & Gomez, 2017). Se presenta principalmente en la zona posterior de la mandíbula, y en frecuente asociación a la falta de erupción de un diente. Es una lesión de expansión indolora, la cual puede presentar un tamaño entre 1,5 y 6 cm, aunque se ha reportado que estas pueden alcanzar un tamaño variable. Su prevalencia se estima alrededor del 1 a 3 % de las biopsias por sospecha de tumores odontogénicos, y se estima que es menor al 1 % entre todas las biopsias orales rea-

lizadas (Soluk-Tekkesin & Vered, 2021), aunque también se ha hablado de una prevalencia aún menor, de entre el 0,3 y 1,7 % de todos los tumores odontogénicos de los maxilares (Gantala *et al.*, 2015).

En la histopatología, se observan cordones y nidos de tejido epitelial odontogénico con un estroma primitivo de tejido mesenquimático, en el cual se pueden encontrar focos calcificados. Este patrón de tejido es similar a los cortes de papila dentaria en desarrollo.

Radiológicamente, el fibro-odontoma ameloblástico se presenta como lesiones bien definidas, desde radiolúcidas a una imagen mixta, según el contenido calcificado vaya aumentando con la maduración de la lesión. En su mayoría, estas lesiones son escleróticas, uniloculares y radiolúcidas con focos radiopacos principalmente asociadas a un diente. Casi el 20 % de las

¹ Staff Servicio de Cirugía Maxilofacial Clínica Alemana, Santiago, Chile.

² Docente de la Asignatura de Cirugía y Traumatología Maxilofacial, Escuela de Odontología, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

³ Residente Urgencia Bucomaxilofacial, Facultad de Medicina Clínica Alemana Santiago, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

⁴ Médico Anatómo-Patóloga, Servicio Anatomía Patológica Clínica Alemana, Santiago, Chile.

lesiones causaron reabsorción radicular de los dientes adyacentes, la mayoría de ellos dientes temporales como fue reportado en la revisión realizada por Chrcanovic & Gomez (2017). La prevalencia en la presentación de estas lesiones se encuentra bastante dividida, donde en un 56 % de los casos estas son pequeñas y uniloculares, mientras que en un 44 % de los casos reportados en la literatura son multiloculares y de mayor tamaño. A su vez, con un mayor tamaño, se asocia la posibilidad de perforar las tablas corticales.

El tratamiento de estas lesiones es en su mayoría conservador, siendo manejadas mediante enucleación o escisión con legrado del lecho quirúrgico, con posible eliminación de los dientes involucrados. En las tasas de recurrencia, se ha descrito que las lesiones uniloculares tienen mayor recurrencia que las multiloculares, aunque en la revisión de 129 casos de Chrcanovic & Gomez (2017) la aproximó a un 6,8 %, en asociación a una lesión maligna como el fibrosarcoma ameloblástico, por lo que se aconseja realizar seguimientos de largo plazo en todos los pacientes con el cual pueda asegurarse tanto la falta de recidiva como la ausencia de malignización.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino, 6 años 10 meses de edad consultó por ausencia del segundo molar temporal inferior izquierdo, habiendo sido desestimada esta ausencia en la cavidad oral por tratantes anteriores. En la historia clínica se destacaba un trauma en el mentón

a los 3 años de edad, alergias alimentarias, y una exéresis de un quiste dermoide de cola de la ceja. Al examen, se observó una dentición mixta de primera fase, con evidente ausencia del segundo molar temporal inferior izquierdo (diente 7.5) junto con un aumento de volumen del remargen mandibular izquierdo posterior en sentido vestibulo-lingual. No se detectaron otras alteraciones ni adenopatías.

Ante la evaluación realizada y la evidente ausencia del diente 7.5, se solicitó una tomografía computarizada Cone Beam para complementar los estudios.

Al examen y correspondiente informe, se evidenció la retención del diente 7.5, la cual se encontraba inmediata al margen mandibular inferior y presentaba curvaturas en tercios medios radiculares, acentuadas y divergentes, en la forma de severas dilaceraciones (Fig. 1A). Por su parte, el germe dentario del segundo premolar inferior izquierdo (3.5) se presentaba en giroversión, lingualizado y por coronal del diente 7.5 formando una concavidad con respecto a la corona del diente temporal (Fig. 1B).

Se planificó cirugía bajo anestesia general para retirar la lesión, junto con la desinclusión del diente 3.5 y coronectomía del diente 7.5, bajo justificación de que al presentar una dilaceración severa de ambas raíces, una ubicación de las raíces adyacente a base de mandíbula y un debilitamiento de la estructura ósea debido a la lesión, la exodoncia hubiese supuesto un riesgo elevado para una fractura mandibular. Se realizó un colgajo mucoperióstico sobre la zona del diente 7.5, con

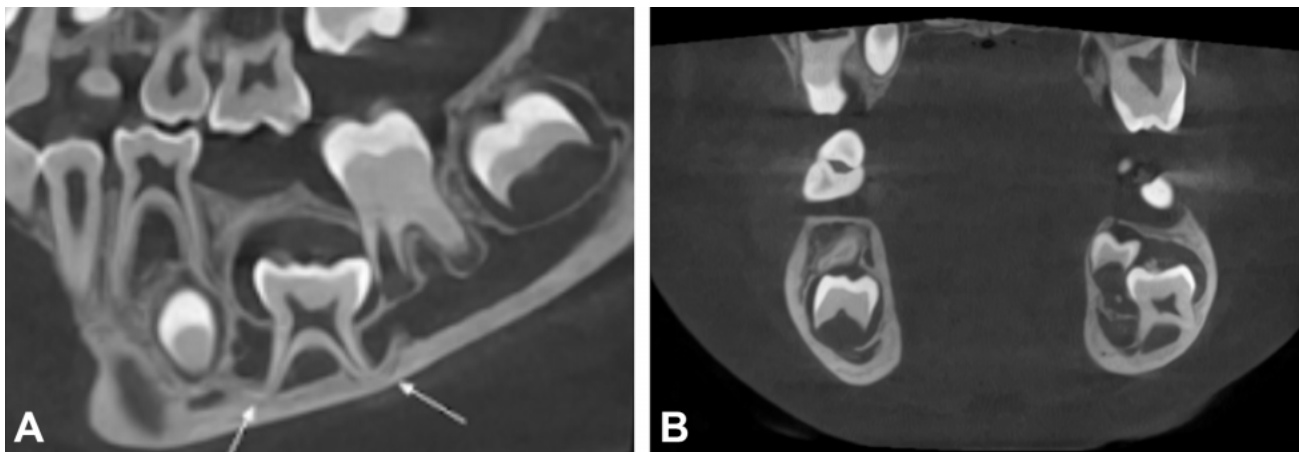


Fig. 1. A). TC corte sagital muestra diente 7.5 (T), se observa una lesión hipodensa que rodea la corona del diente, así como pequeñas áreas hiperdensas dentro de la lesión compatibles con calcificaciones sobre la corona dentaria, y una severa dilaceración de las raíces del diente involucrado (indicado por las flechas) que se encuentran ancladas en la base mandibular. B). TC corte coronal muestra transposición del diente 3.5 por sobre la corona del diente 7.5, así como pequeñas áreas hiperdensas de forma irregular, compatible con calcificaciones, las cuales se encuentran dentro de un área hipodensa compatible con la lesión que expande las corticales en sentido vestibulo-lingual.

osteotomía superficial con la cual se accedió a la cavidad de la lesión. Se apreció una lesión de color rosado-rojizo, de membranas friables (Fig. 2A), las cuales fueron retiradas mediante curetaje y legrado del lecho. Estas membranas fueron recolectadas, junto al diente 3.5 (posterior a su desinclusión) como muestras para biopsia. Se accedió al diente 7.5, la cual se encontraba anclada, inmóvil, al hueso mandibular. En consideración a los riesgos anteriormente descritos, se procedió a realizar la coronectomía del diente 7.5. Posteriormente, se procedió a legar el lecho quirúrgico y eliminar posibles remanentes de la lesión (Fig. 2B). Una vez asegurada la cavidad, se posicionó cera de hueso con el fin de facilitar la hemostasia local, junto con apósitos de gelita que promoviera la reparación del sitio. Hecho esto, los tejidos fueron reposicionados para su sutura y se dio fin al procedimiento.

El informe histopatológico reveló fragmentos de lesión neoplásica, en la que se reconocieron cordones y nidos de epitelio odontogénico, en asociación con un mesénquima laxo, focos de diferenciación ameloblástica entremezclados con tejido dentinoide, matriz del esmalte y epitelio odontogénico (Fig. 3A). Se evidenció un proceso inflamatorio con signos reparativos, sin apreciación de atipias o mitosis (Fig. 3B). Estos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de un fibro-odontoma ameloblástico.

Al seguimiento, tanto en los controles de 1 y 2 semanas, junto con el control de 1 mes postoperatorio el paciente se encontraba asintomático, sin signos de infección, sin alteraciones sensitivas y en buen curso de evolución como demuestra la radiografía panorámica (Fig. 4).

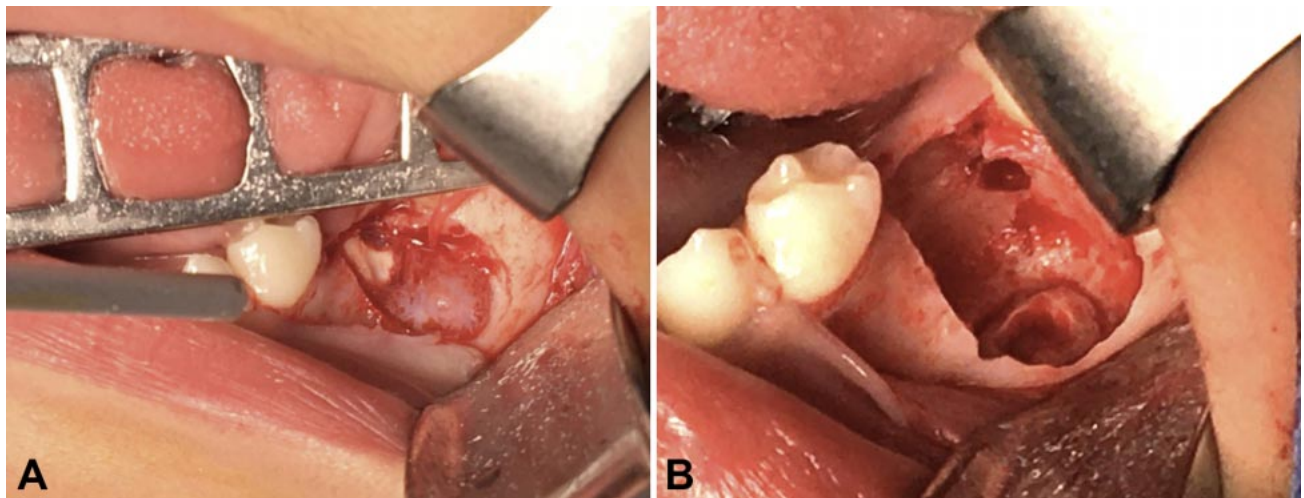


Fig. 2. A). Fotografía intraoperatoria, en la cual tras realizar una osteotomía superficial se accedió a la lesión de color rosado-rojizo, con una membrana friable, sobre la zona del diente 7.5 (T) la cual fue retirada y legrado de la cavidad presente. B). Tras el retiro de la membrana de la lesión y legrado inicial de la cavidad, se procede a realizar la coronectomía del diente 7.5 debido al riesgo de fractura mandibular a causa de la dilaceración radicular en relación a la base de la mandíbula.

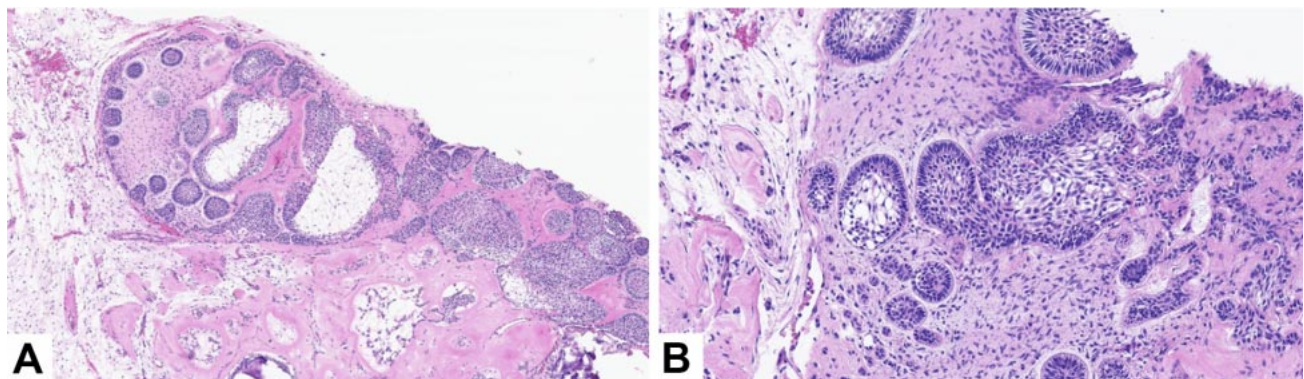


Fig. 3. A). Cortes histológicos de la lesión. El componente del tejido blando se caracteriza por la presencia de cordones y nidos de epitelio odontogénico, en asociación con un mesénquima laxo y focos de diferenciación ameloblástica. B). Se muestran estructuras rudimentarias parecidas a dientes en desarrollo con tejido dentinoide, matriz del esmalte y epitelio odontogénico.

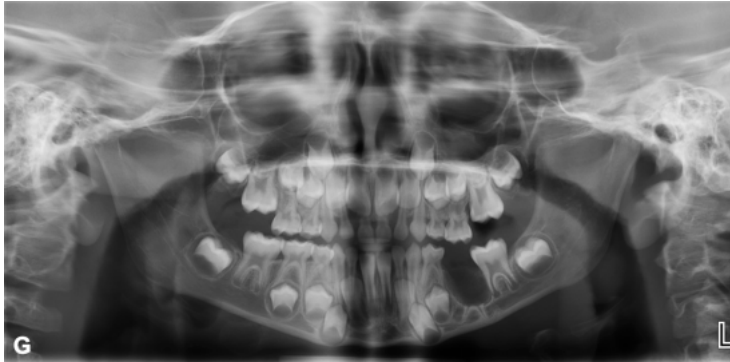


Fig. 4. Radiografía panorámica inmedida de 1 mes postoperatorio, donde se aprecia remanente radicular del diente 7.5 y espacio de la lesión, en proceso de cicatrización. Hasta la fecha, el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

Si bien, el fibro-odontoma ameloblástico se desestimó como diagnóstico de los tumores odontogénicos y de los huesos maxilofaciales en la clasificación de la organización mundial de la salud en el año 2017 (y sin incorporarse en la 5ta edición del año 2022), se ha encontrado el uso del término “odontoma en desarrollo” por Soluk-Tekkesin & Vered (2021) como una propuesta para referirse a la misma lesión como una etapa inmadura del odontoma, la cual tampoco es un término reconocido por las clasificaciones de la OMS y no considera las mutaciones BRAF p.V600E presentadas por tanto el fibro-odontoma ameloblástico y el fibroma ameloblástico (Vered & Wright, 2022), así como la distribución compartimentalizada del material calcificado del odontoma, por sobre la distribución libre del fibro-odontoma ameloblástico. Por otra parte, en la revisión realizada por Atarbashi-Moghadam *et al.* (2019) se discute sobre cómo se considera al fibro-dentinoma ameloblástico como una misma entidad al fibro-odontoma ameloblástico en la 4ta clasificación de la OMS expandiendo la cantidad de términos en la literatura, para luego ser reunidos en los denominados odontomas en desarrollo. Esto nuevamente indica una imprecisión en la definición de las patologías y refuerza la necesidad de esclarecer los criterios diagnósticos, y a su vez, los propios términos de diagnóstico oficiales.

La presencia de estas lesiones se considera un factor local que favorece la impactación dentaria, donde la primera opción de tratamiento debe ser la eliminación del factor causal (Matsuyama *et al.*, 2015). Pese a que la impactación de dientes temporales se considera rara, el 2do molar mandibular primario tiene la

mayor incidencia de semierupción o anquilosis provocando problemas en la arcada dental. Dentro de estas anomalías podemos encontrar la falta de erupción de los dientes permanentes, a consecuencia de la retención de las piezas primarias (Memarpour *et al.*, 2012).

A su vez, existen pocos, pero definidos casos, que reportan la falta de erupción del segundo molar temporal inferior, la cual se puede ver asociada a una transposición dentaria con el segundo premolar inferior, cuyos agentes patológicos fueron asociados mayoritariamente a odontomas (Amir & Dupéron, 1982; Tsukamoto & Braham, 1986; Borsatto *et al.*, 1999; Teruhisa *et al.*, 2009). Con este pequeño número de casos, y ante la baja prevalencia del fibro-odontoma ameloblástico, cabe la posibilidad de un subdiagnóstico del cuadro y un decantamiento por el diagnóstico más prevalente de odontoma.

La tasa de recurrencia de estas lesiones es baja y principalmente se ha asociado a tratamientos conservadores donde se mantuvo a los dientes incorporados en la lesión, sin embargo, otros clínicos que mantuvieron los dientes no reportaron recidiva durante el seguimiento luego del tratamiento (Boxberger *et al.*, 2011). Autores han reportado casos de malignización desde fibro-odontoma ameloblástico a fibrosarcoma ameloblástico (Ramakrishnan *et al.*, 2022).

CONCLUSIONES

El fibro-odontoma ameloblástico si bien es un diagnóstico que ha salido de las clasificaciones diagnósticas de la OMS más recientes, corresponde a una lesión de baja prevalencia, benigna y con un origen neoplásico mixto.

Por otra parte, cuando un diente temporal falla en erupcionar dentro de su periodo cronológico habitual, esta debe ser una señal de alerta y debemos buscar su causa, ya sea debido a agenesias, pérdida del espacio y por ende un bloqueo físico para su proceso eruptivo, o bien, esta sea causada por un proceso patológico. Particularmente, la literatura ha detallado la falta de erupción del segundo molar inferior, la cual frecuentemente se ve asociada a odontomas. Sin embargo, como se apreció en el caso del anterior artículo, no se deben descartar lesiones de menor prevalencia como un agente causal.

FIGUEROA, C. L.; LAPORTE, W. P.; RAMÍREZ, V. D. & SLATER, M. J. Ameloblastic fibro-odontoma: review of the literature regarding a case. *Int. J. Odontostomat.*, 17(4):409-413, 2023.

ABSTRACT: Ameloblastic fibro-odontoma (AFO) is a rare benign odontogenic neoplasm that affects the maxillary bones. It possesses both an epithelial and ectomesenchymal component, for which it was previously included in the classification of mixed odontogenic tumors. The AFO is currently not included in the latest classification of odontogenic and maxillofacial bone tumors, and is considered a developing odontoma. Clinically, it predominantly manifests in the mandible, in frequent association with the lack of eruption of a tooth. In this article, the authors present a case of a 6 year old boy with the query of an unerupted primary mandibular tooth. Both the clinical examination and the subsequent investigation confirmed the diagnostic hypothesis of an AFO with subsequent impaction of the primary left mandibular second molar, which was displaced against the base of the mandible, and the tooth germ for the left mandibular second premolar positioned over the crown of the retained tooth.

KEY WORDS: odontogenic tumors, odontoma, ameloblastic Fibro-odontoma, Unerupted Tooth.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amir, E. & Duperon, D. F. Unerupted second primary molar. *ASDC J. Dent. Child.*, 49(5):365-8, 1982.
- Atarbashi-Moghadam, S.; Ghomayshi, M. & Sijanivandi, S. Unusual microscopic changes of Ameloblastic Fibroma and Ameloblastic Fibro-odontoma: A systematic review. *J. Clin. Exp. Dent.*, 11(5):e476-e481, 2019.
- Borsatto, M. C.; Sant'Anna, A. T.; Niero, H.; Soares, U. N. & Pardini, L. C. Unerupted second primary mandibular molar positioned inferior to the second premolar: case report. *Pediatr. Dent.*, 21(3):205-8, 1999.
- Boxberger, N. R.; Brannon, R. B. & Fowler, C. B. Ameloblastic fibro-odontoma: a clinicopathologic study of 12 cases. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, 35(4):397-403, 2011.
- Chrcanovic, B. R. & Gomez, R. S. Ameloblastic fibrodentinoma and ameloblastic fibro-odontoma: an updated systematic review of cases reported in the literature. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 75(7):1425-37, 2017.
- Gantala, R.; Gotoor, S. G.; Kumar, R. V. & Munisekhar, M. S. Ameloblastic fibro-odontoma. *BMJ Case Rep.*, 4, 2015:bcr2015209739, 2015.
- Matsuyama, J.; Kinoshita-Kawano, S.; Hayashi-Sakai, S.; Mitomi, T. & Sano-Asahito, T. Severe impaction of the primary mandibular second molar accompanied by displacement of the permanent second premolar. *Case Rep. Dent.*, 2015:582462, 2015.
- Memarpour, M.; Rahimi, M.; Bagheri, A. & Mina, K. Unerupted primary molar teeth positioned inferior to the permanent premolar: a case report. *J. Dent. (Tehran)*, 9(1):79-82, 2012.
- Peters, S. M.; Bergen, M. S.; Philipone, E. M. & Yoon, A. J. Ameloblastic fibro-odontoma in an adolescent: a case report and review of literature. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, 42(6):458-60, 2018.
- Soluk-Tekkesin, M. & Vered, M. Ameloblastic fibro-odontoma: at the crossroad between "developing odontoma" and true odontogenic tumour. *Head Neck Pathol.*, 15(4):1202-11, 2021.
- Teruhisa, U.; Murakami, J.; Hisatomi, M.; Yanagi, Y. & Asaumi, J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. *Open Dent. J.*, 3:173-6, 2009.
- Tsukamoto, S. & Braham, R. L. Unerupted second primary molar positioned inferior to the second premolar: clinical report. *ASDC J. Dent. Child.*, 53(1):67-9, 1986.
- Vered, M. & Wright, J. M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.*, 16(1):63-75, 2022.

Dirección de correspondencia:
Dr. Diego Ramírez Villalobos
Residente Urgencia bucomaxilofacial
Facultad de Medicina
Clínica Alemana Santiago
Universidad del Desarrollo
Santiago
CHILE

E-mail: dr.diegoramirezvillalobos@gmail.com