

Fibro-odontoma ameloblástico. Reporte de un caso

Ameloblastic fibro-odontoma. Case report

Presentado: 17 de diciembre de 2020

Aceptado: 29 de abril de 2021

Valentina Chávez Rojas,^a Gonzalo Ibaceta Zamora,^a Carolina Somarriva Pinto,^b Fernando Parada Fernández,^a Diego Fonseca Escobar^a

^a Departamento de Cirugía, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile

^b Departamento de Patología y Medicina Oral, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile

Resumen

Objetivo: Presentar el caso de una patología poco común como es el fibro-odontoma ameloblástico (FOA), su manejo interdisciplinario y su resolución quirúrgica.

Caso clínico: En este reporte de caso describimos un FOA en una paciente de 10 años, ubicado en el cuerpo mandibular derecho, asociado a las raíces de molares temporales que generó la retención de premolares. Se realizó la enucleación completa de la lesión, exodoncia de los temporales asociados y se decidió mantener los dientes definitivos y esperar su erupción espontánea.

Es importante considerar la posibilidad de mantener el diente retenido si este no dificulta la exéresis de la lesión, ya sea para su erupción espontánea o rescate ortodóntico, lo cual es posible observar en este caso en el que se aprecia una evolución intraósea favorable. Con respecto al seguimiento, se recomienda el control a largo plazo con el fin de controlar la erupción del órgano dentario o la aparición de posibles recidivas.

Palabras clave: Fibro-odontoma ameloblástico, odontoma en desarrollo, tumores odontogénicos mixtos.

Abstract

Aim: To present a clinical case of a rare pathology, the ameloblastic fibro odontoma (AFO), its interdisciplinary management and its surgical resolution.

Clinical case: In this case report we describe an AFO in a 10-years-old patient, localized in the right hand side of the body of the mandible, associated with the roots of temporary molars that generated the retention of the premolars. Complete enucleation of the lesion and the extraction of the associated temporary molars were performed. It was decided to keep the permanent teeth and to wait for their spontaneous eruption.

It is important to consider the possibility of keeping the retained teeth if it does not hinder the excision of the lesion, either for its spontaneous eruption or orthodontic rescue, which is possible to see in this case, in which a favorable intraosseous evolution is appreciated. With regard to follow-up, long-term monitoring is recommended in order to control the eruption of the dental organ or the appearance of possible recurrences.

Key words: Ameloblastic fibro-odontoma, developing odontoma, mixed odontogenic tumors.

Introducción

El fibro-odontoma ameloblástico (FOA) es una patología poco común, de clasificación controversial y de difícil diagnóstico debido a sus características clínicas y radiográficas, lo que lo asemeja a otras patologías tumorales. Se ha clasificado como un tumor benigno poco frecuente que presenta un componente epitelial y mesenquimal de origen odontogénico.¹ Se

diagnostica, sobre todo, en la primera y la segunda década, es levemente más prevalente en hombres y suele ubicarse en el sector posterior de la mandíbula asociado a un diente retenido, en la mayoría de los casos.²⁻⁴

La presentación clínica se describe como un aumento de volumen, indoloro⁵ y de crecimiento lento, sin afección de la mucosa.

Radiográficamente, se aprecia una lesión mixta con un área radiolúcida, bien definida, que en la mayoría de los casos es unilocular,⁶ en cuyo interior se aprecian estructuras radiopacas que recuerdan a dentículos o dientes, y en otros casos aparecen como verdaderas masas amorfas de ubicación central o periférica a la lesión.⁴⁻⁷

Histológicamente, los FOA presentan islotes de epitelio odontogénico entremezclado con tejido ectomesenquimal que asemeja a la papila dental, además de la presencia de material mineralizado de esmalte o dentina.^{8,9}

Presentamos el caso de una paciente de 10 años con diagnóstico clínico de odontoma compuesto, que luego de la evaluación histopatológica se diagnosticó como FOA.

El objetivo de este informe es presentar el caso de una patología poco común como es el fibro-odontoma ameloblástico (FOA), su manejo interdisciplinario y su resolución quirúrgica.

Caso clínico

Al Posgrado de Cirugía y Traumatología Bucodentomaxilofacial de la Universidad Andrés Bello acude un paciente de sexo femenino, de 10 años, sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos ni alérgicos. La paciente fue derivada desde el Posgrado de Odontopediatría debido a una lesión mixta mandibular derecha asociada al diente 45 retenido. La madre mencionó que la paciente no relató sintomatología asociada.

En el examen físico, no se apreciaron alteraciones de ningún tipo y en el examen bucal se observa dentición mixta segunda fase, gingivitis inducida por placa bacteriana, persistencia de los dientes temporales 84 y 85, los cuales se encontraban con caries activas, asintomáticos y sin movilidad. La mucosa asociada se presentaba con aspecto y coloración normal, fondo de vestíbulo desocupado y sin expansión de corticales.

Se solicitó una ortopantomografía (fig. 1), en la cual se observa una lesión radiolúcida en el cuerpo mandibular derecho asociada a las raíces de los molares temporales 84 y 85, redondeada, de límites definidos, con múltiples áreas radiopacas en su interior que genera la retención de los premolares 44 y 45.

La lesión genera una alteración de la erupción dentaria normal, impidiendo la erupción de los dientes 44 y 45. El segundo premolar definitivo se encuentra retenido y desplazado a caudal en probable cercanía con el canal mandibular. Por este motivo, y para poder realizar una valoración tridimensional de la lesión, se solicitó una tomografía computada



Figura 1. Ortopantomografía. Se aprecia lesión radiolúcida bien delimitada, con zonas radiopacas en su interior, ubicadas en zona mandibular derecha.

cone beam (CBCT) en la cual se observa lesión mixta que genera la expansión y adelgazamiento de las corticales. Se observa que la lesión genera desplazamiento del canal mandibular pero no lo invade ya que mantiene las corticales óseas. También es posible apreciar la proximidad del ápice del premolar al canal mandibular (fig. 2).

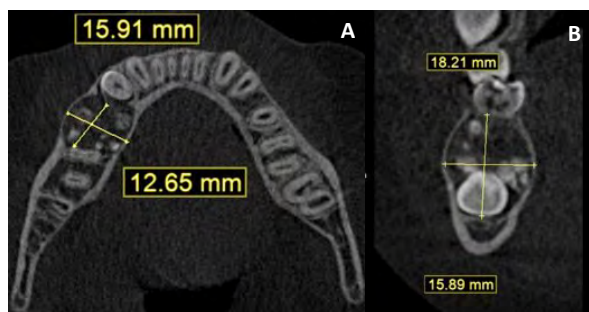


Figura 2. CBCT Corte axial (A) y coronal (B). Se aprecia lesión mixta que genera adelgazamiento y expansión cortical con desplazamiento del canal mandibular.

Sobre la base de las características clínicas y radiográficas, se establece el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto y con el consentimiento de la madre y el asentimiento de la paciente se procede a realizar la biopsia excisional.

Bajo sedación endovenosa se realizó exodoncia de los dientes temporales 84 y 85, osteotomía conservadora y exéresis completa de la lesión (fig. 3). Se decidió mantener los dientes definitivos y esperar su erupción espontánea, lo cual se vio facilitado por la utilización de un mantenedor de espacio.

En el estudio histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina se observa una masa tumoral compuesta por una proliferación de células epiteliales tipo ameloblásticas con polarización inversa, dispuestas en islas y cordones, las cuales se encuentran insertas en sábanas de células que recuerdan la papila

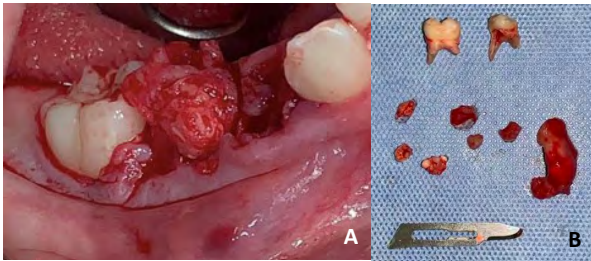


Figura 3. Macroscópico. **A:** Exposición quirúrgica de la lesión; **B:** Tejidos extraídos en el procedimiento.

dental (fig. 4A-B). Todo lo anterior dispuesto sobre un estroma de colágeno denso y algunos vasos sanguíneos de variado calibre.

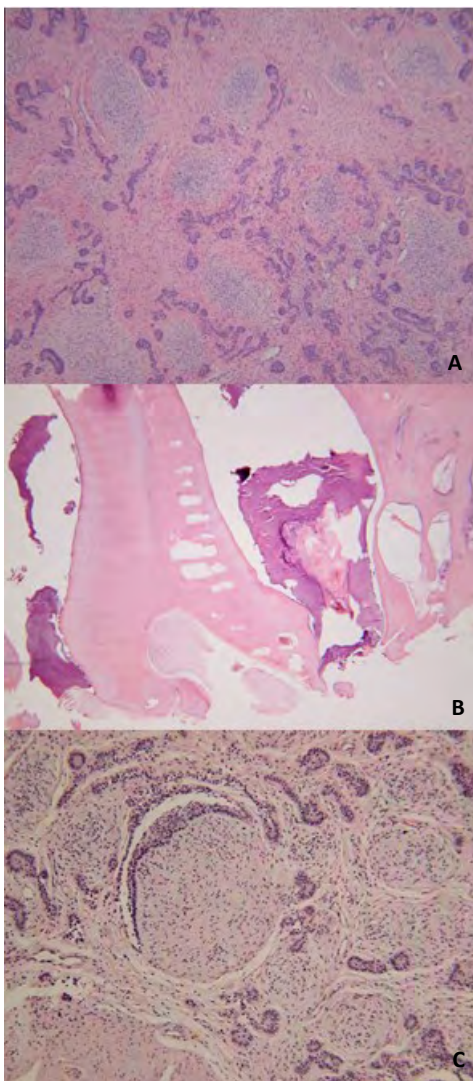


Figura 4. Cortes histológicos. **A:** 4x zona de proliferación de células epiteliales odontogénicas; **B:** 4x se aprecia dentina tubular entremezclada con tejido; **C:** 10x zonas de la masa tumoral.

Asociado al tejido tumoral, se observan estructuras mineralizadas compuestas por dentina tubular, dentinoide y matriz de esmalte (fig. 4C). Además, en la periferia se aprecia una cápsula parcial de tejido colágeno denso, y en otras áreas tejido tumoral, que recuerdan estadios de la odontogénesis. Finalmente, el diagnóstico definitivo fue fibro-odontoma ameloblástico.

A los 6 meses de seguimiento se realiza un control clínico y radiográfico en el que se observan los dientes 44 y 45 no erupcionados, así como el mantenedor de espacio tipo barra lingual, el cual fue instalado por el Posgrado de Odontopediatría al mes de la cirugía (fig. 5). La ortopantomografía muestra la reparación ósea de la lesión y el avance eruptivo de ambos premolares (fig. 6).



Figura 5. Se observa evolución intraoral a 6 meses del procedimiento.



Figura 6. Ortopantomografía. Se observa evolución intraósea de los dientes 44 y 45 en relación con la lesión.

Discusión

El FOA es un tumor odontogénico benigno poco frecuente y según la última clasificación de tumores odontogénicos de la OMS 2017,¹ es clasificado como un odontoma en desarrollo y no como una entidad independiente, aunque esto sigue siendo controvertido.

Su incidencia es de 0,3-3% dentro de los tumores odontogénicos, y es diagnosticado principalmente entre la primera y la segunda década de vida, con una

edad media de diagnóstico de 9.5 años. Es levemente más frecuente en hombres con una relación de 1.85:1 y su ubicación más usual es en la zona posterior de la mandíbula.²⁻⁴ En relación con lo anterior, el caso coincide con la literatura respecto de la edad y la ubicación, pero no del sexo de prevalencia.

Si bien es descrito como una lesión de crecimiento lento, tiene la capacidad de generar expansión de las corticales óseas y finalmente producir asimetría facial.¹⁰ El tumor suele estar asociado a un diente retenido en un 90-94,3% de los casos, motivo por el cual la mayoría de los pacientes consultan por retraso en la erupción dentaria; sin embargo, muchas veces es solo un hallazgo radiográfico.^{2,5,10}

En este caso clínico la presentación radiológica es característica del FOA; sin embargo, atípicamente pueden presentarse como centros radiolúcidos a nivel radiográfico y posteriormente en el estudio por CBCT se observan estas mismas áreas con densidad moderada que aluden a estadios tempranos de calcificación.⁴ Por otro lado, rara vez se producen reabsorciones radiculares, perforaciones corticales o una presentación multilocular.^{11,12}

Histológicamente los FOA son similares a los fibromas ameloblásticos ya que asemejan estadios de la formación dentaria, pero debido a mutaciones específicas que ocurren en el FOA se produce la formación de tejidos duros: esmalte y dentina.¹

A causa de sus características clínicas y radiológicas, el diagnóstico del FOA no es simple, los diagnósticos diferenciales abarcan desde odontomas, fibroma ameloblástico, fibroma odontogénico, entre otros.¹³ A ello se debe la importancia del diagnóstico histopatológico.¹⁴

Respecto del tratamiento, se recomienda realizar una cirugía conservadora, efectuando una enucleación completa de la lesión acompañada de un curetaje minucioso, lo cual sigue siendo el *Gold Standard*.^{5,7,8}

Ha habido controversia respecto de la preservación del diente retenido. Surej *et al.*¹⁵ mencionan que es necesario extraer el diente para prevenir la recurrencia de la lesión, pero artículos más actuales como el de Augello *et al.*⁸ recomiendan mantener el diente y esperar su erupción espontánea, a menos que interfiera en la enucleación.^{3,5,8,16}

La recurrencia del FOA es cercana al 7% y se ha asociado a una técnica quirúrgica inadecuada.⁸ La transformación maligna es extremadamente rara, por lo que no se justificaría un tratamiento más radical como el uso de Solución de Carnoy o criocirugía, que también han sido reportados.^{7,12,16,17}

En la literatura se reporta un seguimiento de 2 años, pero todos los autores mencionan que es necesario un seguimiento a largo plazo para conocer posibles recurrencias y para poder evaluar el estado eruptivo del diente si se decide conservarlo.¹¹

El diagnóstico del FOA no es sencillo, por lo que es necesario realizar una correlación histopatológica con las características clínicas y radiográficas, lo que permitirá diagnosticar una patología tan poco común.

Es importante considerar la posibilidad de mantener el diente retenido si este no dificulta la exéresis de la lesión, ya sea para su erupción espontánea o rescate ortodóntico, lo cual es posible observar en este caso, en el que se aprecia una evolución intraósea favorable.

El seguimiento de estas lesiones es relevante con el fin de controlar la erupción del órgano dentario o en caso de posibles recidivas.






Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este artículo científico fue financiado exclusivamente por los autores.

Identificadores ORCID

VCHR  0000-0001-8721-1342
 GIZ  0000-0003-3707-6968
 CSP  0000-0001-7855-460X
 FPF  0000-0003-1889-245X
 DFE  0000-0002-1672-9205

Referencias

1. Wright JM, Vered M. Update from the 4th edition of the world health organization classification of head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Head Neck Pathol* 2017;11:68-77. <https://doi.org/10.1007/s12105-017-0794-1>
2. Kirjavainen A, Tuovinen V, Sándor G. Large ameloblastic fibro-odontoma in a 7-year-old girl with analysis of 108 cases. *Ann Maxillofac Surg* 2016;6:15-20. <https://doi.org/10.4103/2231-0746.186132>
3. Kurimoto T, Yamanishi T, Harada T, Matsuoka K, Uematsu S, Yamamoto Y, *et al.* Differential diagnosis of ameloblastic fibro-odontoma: case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2019;31:38-42. <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2018.07.001>
4. Watanabe M, Wakoh M, Nakajima K, Yoshida S, Sato H, Koyachi M *et al.* Developing odontoma with an atypi-

- cal radiological appearance: a case report. *Oral Maxillofac Surg Cases* 2020;6: 100138. <https://doi.org/10.1016/j.omsc.2019.100138>
5. Saeed DM, Setty S, Markiewicz MR, Cabay RJ. Ameloblastic fibro-odontoma associated with paresthesia of the chin and lower lip in a 12-year-old girl. *SAGE Open Med Case Reports* 2019;7:2050313X1987064. <https://doi.org/10.1177/2050313X1987064>
 6. Buchner A, Kaffe I, Vered M. Clinical and radiological profile of ameloblastic fibro-odontoma: an update on an uncommon odontogenic tumor based on a critical analysis of 114 cases. *Head Neck Pathol* 2013;7:54-63. <https://doi.org/10.1007/s12105-012-0397-9>
 7. Peters SM, Bergen MS, Philipone EM, Yoon AJ. Ameloblastic fibro-odontoma in an adolescent: a case report and review of literature. *J Clin Pediatr Dent* 2018;42:458-60. <https://doi.org/10.17796/1053-4625-42.6.10>
 8. Augello M, Rabuffetti A, Ghazal G, Yurtsever H, Leigener C. Ameloblastic fibro-odontoma in children. Clinical aspects and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg Cases* 2017;3:34-1. <https://doi.org/10.1016/j.omsc.2017.01.001>
 9. Contreras W, Fernández C, de Paz C. Peripheral developing odontoma or peripheral ameloblastic fibro-odontoma erupting to oral cavity case report. *Int J Odontostomatol* 2018;12:117-20. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2018000200117>
 10. Dhanuthai K, Kongin K. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. *J Clin Pediatr Dent* 2004;29:75-7. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000133222>
 11. Atarbashi-Moghadam S, Ghomayshi M, Sijanivandi S. Unusual microscopic changes of ameloblastic fibroma and ameloblastic fibro-odontoma: a systematic review. *J Clin Exp Dent* 2019;11:e476-e481. <https://doi.org/10.4317/jced.55460>
 12. Chrcanovic BR, Gomez RS. Ameloblastic fibrodentinoma and ameloblastic fibro-odontoma: an updated systematic review of cases reported in the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2017;75:1425-37. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.12.038>
 13. Abdulla AM, Sivadas G, Kumar LKS, Peeceeyen CSSH, Vedam V. Ameloblastic fibro-odontoma: uncommon case presentation in a 6-year-old child with review of the literature. *Case Rep Med* 2014;05:1142-44. <https://doi.org/10.1155/2017/9483738>
 14. Prakash Rao Aj, Reddy M, Mahanthi V, Chalapathi Kv. Ameloblastic fibro-odontoma in a 14 year old girl: a case report. *J Cancer Res Ther* 2019;15:715. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_215_17
 15. Surej Kumar LK, Manuel S, Kham SA, Venugopal K, Sivakumar TT, Issac J. Ameloblastic fibro-odontoma. *Int J Surg Case Rep* 2014;5:1142-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.11.025>
 16. Kale S, Shetty A, Balakrishnan J, Purvey P. Ameloblastic fibro-odontoma with a predominant radiopaque component. *Ann Maxillofac Surg* 2017;7:304-7. https://doi.org/10.4103/ams.ams_84_17
 17. Howell RM, Burkes EJ. Malignant transformation of ameloblastic fibro-odontoma to ameloblastic fibrosarcoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977;43:391-401. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(77\)90326-7](https://doi.org/10.1016/0030-4220(77)90326-7)

Cómo citar este artículo

Chávez Rojas V, Ibaceta Zamora G, Somarriva Pinto C, Parada Fernández F, Fonseca Escobar D. Fibro-odontoma ameloblástico. Reporte de un caso. *Rev Asoc Odontol Argent* 2021;109:119-123. <https://doi.org/10.52979/raoa.1145>

Contacto:

FERNANDO PARADA
fdo.parada.f@gmail.com
 Echaurren 237 (8370133)
 Santiago, Chile