

Carcinoma ameloblástico

Ameloblastic Carcinoma

MsC. Alejandro Inclán Acosta,¹ MsC. Oscar Rodríguez Reyes,² MsC. Ricardo Pérez Arredondo³ y MsC. Igmara Limonta Pérez⁴

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster de Atención en Urgencias Estomatológicas. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Máster de Atención de Urgencias Estomatológicas. Instructor. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral y en Cirugía Maxilofacial. Máster de Atención en Urgencias Estomatológicas. Policlínico Docente Comunitario "Eduardo Mesa Llull", municipio de II Frente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente con antecedentes de gastritis, que acudió al consultorio médico de su área de salud por presentar aumento de volumen en paladar, con crecimiento progresivo, acompañado de molestias para masticar y deglutir, la cual fue remitida al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba. Los resultados de los exámenes complementarios, incluida la biopsia incisional en paladar, confirmaron que se trataba de un carcinoma ameloblástico. Se indicó seguimiento clínico en el Hospital Oncológico Docente "Conrado Benítez" de la mencionada ciudad.

Palabras clave: paladar, carcinoma ameloblástico, ameloblastoma maligno, biopsia incisional

ABSTRACT

The case report of a patient with history of gastritis that visited the doctor's office of her health area due to an increase of volume in palate, with progressive growth, accompanied by problems to chew and to swallow is presented. She was referred to the Maxillofacial Surgery Service of "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba. The results of the additional tests, including the incisional biopsy in palate, confirmed that it was an ameloblastic carcinoma. Clinical follow-up in "Conrado Benítez" Teaching Oncological Hospital in Santiago de Cuba was suggested.

key words: palate, ameloblastic carcinoma, malignant ameloblast, incisional biopsy

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de origen odontogénico son lesiones que se originan a partir de restos embrionarios del órgano del esmalte que persisten en los maxilares.¹

Se define al ameloblastoma como un tumor benigno de tipo odontogénico (pocas veces maligno). Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de su malignidad han surgido variadas terminologías: ameloblastoma maligno, carcinoma ameloblástico, carcinoma intraóseo primario, carcinoma odontogénico de células claras y transformación maligna de otros tumores epiteliales o quistes odontogénicos.²

El carcinoma ameloblástico es una entidad clínica sumamente rara, caracterizada por demostrar evidencia histológica de transformación maligna de componentes epiteliales, de tipo ameloblastoma en el tumor primario. Las células claras, pleomorfismo, hiper cromatismo y vesiculación nuclear, añaden datos de malignidad, aunque no se observa mitosis.^{3,4}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una fémina de 57 años de edad con antecedentes de gastritis, que desde hacía alrededor de 3 meses comenzó a observar aumento de volumen en el paladar, con crecimiento progresivo, así como del tercio medio de la cara. Al mes siguiente acudió a su área de salud y fue remitida al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba donde fue ingresada.

Examen físico extrabucal

Cara: Aumento de volumen en el tercio medio facial (de forma bilateral), con abombamiento de ambas regiones, que se proyectaba dentro de las fosas nasales y las ocluía, de consistencia blanda y dolorosa a la palpación (**figura 1**).



Figura 1. *Asimetría del tercio medio facial producto de la lesión neoplásica*

Examen intrabucal

Aumento de volumen del maxilar superior con abombamiento del paladar (de forma bilateral), de consistencia blanda, coloración violácea, dolorosa a la palpación y que sangraba al más mínimo estímulo (**figura 2**).



Figura 2. Tumor en paladar

Exámenes complementarios

- Glucemia: 4,3 mmol/L
- Lámina periférica: Hipocromía ++, anisocitosis +, microcitosis
- Conteo de plaquetas: $480 \times 10^9/L$
- Leucograma: Ligera leucocitosis con predominio de eosinófilos
- Hemograma completo: Hemoglobina: 100 g/L; Hematocrito: 0,34; Eritrosedimentación: 70 mm/h.
- Constantes corpusculares (concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM): 29,4%
- Proteínas parciales y totales: 64 g/L
- Ecografía abdominal: No se observó adenopatía abdominal.
- Transaminasa glutámico pirúvica (TPG): 43 U/L
- Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO): 21 U/L
- Radiografía de tórax: normal
- Biopsia incisional: presencia de carcinoma ameloblástico (**figura 3**)

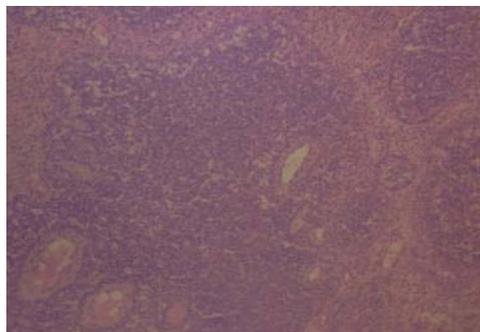


Figura 3. Muestra hística del tumor, obtenida a través de la biopsia

La neoformación presentaba características citológicas benignas con patrón patognomónico de ameloblastoma y desarrollo biológico maligno. Las células claras, variantes tisulares de ameloblastoma, añaden un signo de malignidad a la neoplasia.

Una vez recibido el resultado de los exámenes complementarios efectuados, el caso fue discutido por un equipo multidisciplinario, quienes indicaron su seguimiento clínico en el Hospital Oncológico Docente "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba.

COMENTARIOS

Santana Garay ⁵ considera que el carcinoma ameloblástico es una neoplasia con las características generales de los tejidos del ameloblastoma benigno, pero las células epiteliales odontogénicas que lo constituyen son pleomórficas e hipercromáticas y las mitosis, muchas veces numerosas y atípicas. Su desarrollo biológico es marcadamente agresivo, tiene capacidad para originar metástasis y el aspecto hístico tiende a semejarse a lo tumores malignos de glándulas salivales, de modo que aconseja su estudio mediante cortes seriados de la pieza quirúrgica para llegar a un diagnóstico definitivo.

Algunos autores ⁶ consideran que el ameloblastoma maligno es una neoplasia muy poco frecuente, con características morfológicas celulares de malignidad y puede dar lugar a metástasis a distancia. Se presenta mayoritariamente en la mandíbula (en ángulo, cuerpo y rama), sobre todo en pacientes entre 30 y 40 años (más frecuente en hombres que en mujeres).

El ameloblastoma maligno ha sido foco de algún grado de confusión, incluso, en textos recientes se encuentran algunas definiciones ambiguas, lo cual se debe a que en clasificaciones anteriores se le atribuía a dicho tumor un amplio espectro de lesiones: desde las que presentaban características tisulares benignas que metastizaban, hasta aquellas cuya recurrencia o metástasis poseían histología maligna. ⁷

Numerosos autores han llegado a un consenso y han propuesto clasificarla en dos grupos: el ameloblastoma maligno o metastizante (aquel que a pesar de tener características tisulares benignas metastiza) y el carcinoma ameloblástico (aquel que tiene histología maligna, independientemente de la presencia de metástasis). ⁸⁻¹⁰

El tratamiento de ambas lesiones es quirúrgico y aunque el ameloblastoma es potencialmente radiosensible, existen varias razones para evitar el uso de radioterapia en estos tumores: en primer lugar porque su localización intraósea lo hace resistente a dicha terapia y existe, por tanto, alto riesgo de desarrollar osteorradionecrosis; en segundo lugar, hay quienes describen el desencadenamiento hacia una transformación maligna del ameloblastoma, ya sea en un carcinoma ameloblástico o en un sarcoma posradiación.

La hipercalcemia asociada al carcinoma ameloblástico se considera una complicación inusual, pues, fueron encontrados pocos casos en la bibliografía médica consultada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cox D, Müller S, Carlson G, Murria D. Ameloblastic carcinoma ex-ameloblastoma of the mandible with malignancy-associated hipercalcemia. Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endodontics 2000; 90(6):716-22.

2. Gardner D, Denver C. Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996; 82(6):660-9.
3. Lau S, Tideman H. Ameloblastic carcinoma of the jaws. <[http://www.ooooe.net/article/S1079-2104\(98\)90402-4/abstract](http://www.ooooe.net/article/S1079-2104(98)90402-4/abstract)> [consulta: 22 marzo 2010].
4. Müller S, De Rose P, Cohen C. Ameloblastoma and ameloblastic carcinoma of the jaws. Arch Pathol Lab Med 2006; 117:1126-31.
5. Santana JC, Fernández A, Miranda YJ. Patología bucal. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006.
6. Vallecillo Capilla M. Lesiones del complejo bucal. En: Bascones Martínez. Tratado de Odontología. Barcelona: Trigo, 2007:4031-2.
7. Valladares A, Otero D. Carcinoma ameloblástico de la mandíbula. Acta Med Costarricense 2005; 47(3):148-50. <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/434/43447309.pdf>> [consulta: 22 marzo 2010].
8. Sloomweg PJ, Müller H. Malignant ameloblastoma or ameloblastic carcinoma. Oral Surgery 2007;57:168-76.
9. Vigneswaran N, Whitaker SB, Budnick SD, Waldron CA. Expression patterns of epithelial differentiation antigens and lectin-binding sites in ameloblastomas: a comparison with basal cell carcinomas. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7678093>> [consulta: 22 marzo 2010].
10. Carranza Carranza A, Sánchez Bernal ML, Olano Acosta MC, Muñoz Repeto I, Marchena Parra MC, Salinas Martín MV, et al. Ameloblastoma maligno de células claras <<http://www.conganat.org/7congreso/PDF/481.pdf>> [consulta: 22 marzo 2010].

Recibido: 23 de junio de 2010

Aprobado: 10 de julio de 2010

MSc. Alejandro Inclán Acosta. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.