

# REPORTES DE CASO

doi: 10.11144/Javeriana.umed57-4.dpea



## Descompresión y posterior enucleación de un ameloblastoma uniuquístico-variante de células granulares. Reporte de caso

JUAN PABLO MEJÍA BARBOSA<sup>1</sup>, CLAUDIA P. PEÑA VEGA<sup>2</sup>, LINA JARAMILLO DE BARBERI<sup>3</sup>,  
HUMBERTO QUINTANA MUÑOZ<sup>4</sup>

**Cómo citar:** Mejía-Barbosa JP, Peña Vega CP, Jaramillo de Barberi L, Quintana Muñoz H. Descompresión y posterior enucleación de un ameloblastoma uniuquístico-variante de células granulares: reporte de caso. *Univ Med.* 2016;57(4):517-23. doi: <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-4.dpea>

### Resumen

El ameloblastoma es uno de los tumores benignos más agresivos y destructivos localmente de la región maxilofacial, capaz de generar grandes deformaciones faciales en un corto periodo. Sin embargo, dentro de su clasificación, la variante uniuquística es considerada la menos agresiva y permite un manejo conservador de esta patología. Este artículo describe un caso clínico de una mujer de veinte años de edad, a quien se le diagnosticó un ameloblastoma uniuquístico de células granulares, variante histológica poco frecuente. La lesión fue manejada de manera conservadora, realizando una descompresión durante dos meses y una enucleación con resección de los márgenes óseos. Este tratamiento disminuye la morbilidad asociada a la resección quirúrgica y se evitan grandes defectos estéticos y funcionales.

- 1 Odontólogo residente de segundo año de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.
- 2 Profesora asociada, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Coordinadora de la Sección Académica de Patología. Cirujana Oral y Maxilofacial/Patóloga Oral de la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI).
- 3 Profesora titular de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Coordinadora de la Especialidad de Patología Anatómica y Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Directora del Servicio de Patología de la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI).
- 4 Profesor asociado de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Patólogo del Departamento de Patología, Hospital Universitario San Ignacio.

Recibido: 24/05/2016

Revisado: 01/06/2016

Aceptado: 01/06/2016

**Palabras clave:** ameloblastoma, células granulares, descompresión, enucleación

**Title: Decompression and Posterior Enucleation of a Unicystic Ameloblastoma-Granular Cell Variant. Case Report**

**Abstract**

The ameloblastoma is one of the most aggressive and locally destructive benign tumors of the human body, capable of producing enormous deformations of the face in a short period of time. In its classification the unicystic variant is considered less aggressive and allows a conservative treatment. We present a case of 20 years old female patient, with a unicystic ameloblastoma with a granular cells variant, which was managed in a conservative way, with a two month decompression and a posterior enucleation, with a one year follow up. This treatment is less morbid than the surgical resection with safety margins, avoiding big stetical and functional defects.

**Key words:** ameloblastoma cystic, granular cells, decompression, enucleation.

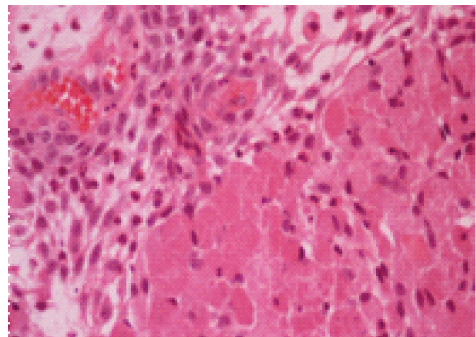
**Introducción**

Los tumores odontogénicos se originan de los restos epiteliales durante la formación dental. El ameloblastoma es uno de los tumores benignos más agresivos de los maxilares, el cual equivale al 11% de todos los tumores odontogénicos benignos [1,2]. Es un tumor altamente agresivo y destructivo localmente, capaz de generar grandes deformaciones faciales en un corto periodo.

Existen diferentes clasificaciones que varían dependiendo de sus características macro y microscópicas, las cua-

les suelen determinar la agresividad y el tratamiento más adecuado. Dentro de la clasificación macroscópica, la variante uníquística —descrita por primera vez por Robinson y Martínez, en 1977 [3]— se considera la de menor agresividad, pues permite un manejo más conservador con una tasa de recidiva menor respecto a la variante multíquística, y se caracteriza por tener una pared quística revestida parcial o totalmente de epitelio ameloblástico, que muestra una capa basal con polaridad invertida.

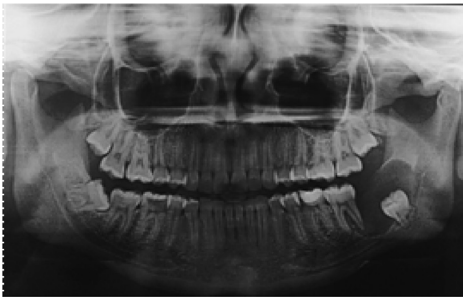
La variante histológica de células granulares es muy rara y poco frecuente, con una incidencia del 5% de todos los ameloblastomas [4,5]. Esta variante se caracteriza por la presencia de células granulares dentro del islote ameloblástico y corresponden a células epiteliales transformadas con un citoplasma amplio, ocupado por gránulos que se tiñen intensamente con la eosina y que se describen normalmente durante el proceso de amelogénesis (figura 1).



**Figura 1.** Islote tumoral ameloblástico con presencia central de células de citoplasma granular prominente

## Caso clínico

El caso corresponde a una mujer de veinte años de edad con hallazgo radiográfico incidental (figura 2), quien fue remitida a la Clínica de Cirugía Oral del Posgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia. En el momento de la valoración por medio de una radiografía panorámica, se evidenció una zona radiolúcida, corticada, de 30 × 20 mm que afectaba la rama y el cuerpo mandibular izquierdo, con presencia de una zona radioopaca, compatible con el diente 38, el cual se encontraba dentro de la lesión. Se decide tomar una tomografía axial computarizada de haz cónico (CBCT), que mostró una lesión hipodensa en el tercer cuadrante, corticalizada, bien delimitada, que planteó diagnósticos diferenciales de tumor odontogénico queratoquístico, quiste dentígero o ameloblastoma uniuquístico.



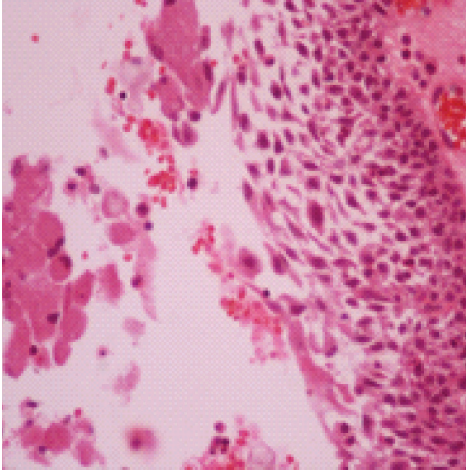
**Figura 2.** Radiografía panorámica inicial: imagen radiolúcida corticada en el cuerpo y la rama mandibular izquierda

En el examen clínico se observó en la paciente un leve aumento de volumen

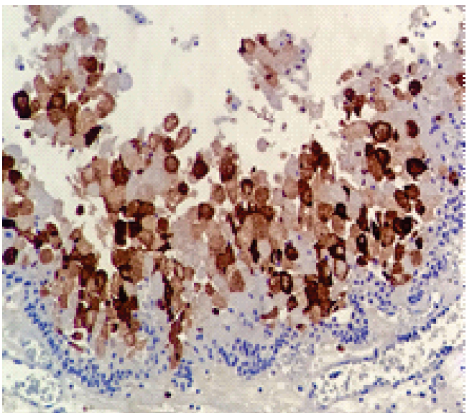
en el vestíbulo lingual, asintomático a la palpación. Se decidió llevarla a un primer tiempo quirúrgico, bajo anestesia local, a fin de tomarle una biopsia incisional y realizarle exodoncia del diente 38, el cual estaba incluido. Cuando se hizo la incisión, salió líquido seroso amarillento traslúcido, inoloro. Se tomaron dos biopsias: una intralesional y otra de las corticales de la lesión. Así mismo, se inició un protocolo de descompresión, utilizando una sonda Nelaton, la cual es suturada al borde de la herida con polipropileno 6X0. Se verificó la permeabilidad de la sonda con un lavado inicial con solución salina, y se le indicó al paciente realizar lavados diarios con clorhexidina al 0,12%.

El estudio histopatológico mostró la pared de un quiste delineado por un epitelio ameloblástico y nidos de epitelio en cuyo centro sobresalían múltiples células grandes de citoplasma granular eosinófilo (figura 3). Se estableció un diagnóstico de ameloblastoma uniuquístico variante de células granulares. Debido a este, se continuó con un protocolo de descompresión durante cuatro meses, y una vez verificada la disminución en el tamaño de la lesión, bajo anestesia local asistida con sedación, se llevó a cabo la enucleación, el curetaje y la exodoncia de diente 37, por mal pronóstico periodontal. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de ameloblastoma uniuquístico, y la positividad de las células acidófilas con

inmunohistoquímica para calretinina confirmó la variante de células granulares (figura 4).



**Figura 3.** Epitelio odontogénico con células en empalizada periférica, que configuran el revestimiento capsular y presencia central de nidos de células granulares



**Figura 4.** Marcador de inmunohistoquímica para Calretinina, que se expresa en las células granulares

En las imágenes de control luego de un año de seguimiento se evidencia una adecuada cicatrización ósea (figura 5).



**Figura 5.** Radiografía panorámica doce meses de evolución luego de realizada la descompresión y posterior enucleación del ameloblastoma.

## Discusión

Dentro de la población caucásica se estima que el ameloblastoma presenta una muy baja incidencia, con solamente 0,3 casos por cada millón de habitantes, como lo indican Larsson y Almerén [6]. Es un tumor benigno bastante agresivo y destructivo localmente. Se caracteriza en histología por la formación de nidos e islas de epitelio odontogénico con células cilíndricas dispuestas en empalizada periférica con polaridad reversa y citoplasma vacuolado, tal y como se observó en el presente caso [1].

De igual manera, es importante conocer que la clasificación histológica del ameloblastoma es de suma importancia para decidir su manejo terapéutico. La variante uniuquística es considerada la menos agresiva y permite un manejo conservador. La variante aquí descrita tiene una prevalencia inferior al 5% [4], es más frecuente en pacientes jóvenes y se caracteriza por presentar célu-

las de citoplasma amplio, ocupado por abundantes gránulos eosinófilos, que se disponen generalmente en el centro de los nidos ameloblásticos. Los gránulos acidófilos deben diferenciarse de lisosomas agregados o de las células que se encuentran presentes en procesos degenerativos o de largo tiempo de evolución. El uso de calretinina, como se hizo en este caso, una proteína de unión al calcio que marca las células granulares, permite la tipificación de las células granulares. Koneru y cols. [7] realizaron una marcación exitosa con esta en el 90% de los 30 ameloblastomas de su estudio.

El tratamiento del ameloblastoma siempre ha sido un desafío para el cirujano [8,9]. La decisión de realizar o no un manejo conservador convierte a esta patología en un dilema. Aunque la recurrencia del ameloblastoma uniuquístico es baja, estudios como el de Prasad y cols. [10] tuvieron una recurrencia del 20% en ameloblastomas tratados mediante descompresión. El de Lau y cols. [11] reporta una recurrencia del 16% en aquellos ameloblastomas tratados con enucleación y solución de Carnoy, y del 30% en aquellos únicamente manejados con enucleación. El estudio de Nakamura y cols. [12], en el que trataron ameloblastomas quísticos de mane-

ra conservadora, informó una tasa de éxito del 70%. El paciente recibió un tratamiento conservador, considerando que el ameloblastoma uniuquístico se considera una lesión benigna y menos agresiva [11,12]. Inicialmente, al observar las características radiográficas de la lesión, el caso se manejó como una lesión quística y por ese motivo se inicia el protocolo de descompresión. Ante el diagnóstico histopatológico de ameloblastoma uniuquístico variante de células granulares, se decide dar continuidad al tratamiento para después enuclear con curetaje óseo y resecaer márgenes sanos.

Es importante entender que esta lesión presenta características clínicas y radiográficas muy similares a otras lesiones odontogénicas. Radiológicamente, el ameloblastoma de variante multiquística es el más común, y se caracteriza por la presencia de múltiples zonas radiolúcidas, con aspecto de pompas de jabón. La variante uniuquística aparece como una única lesión radiolúcida, circunscrita, usualmente asociada a un diente incluido, por lo que muchas veces puede ser interpretada como un tumor odontogénico queratocístico o confundida con un quiste dentígero, como se sucedió con la radiografía inicial (tabla 1).

**Tabla 1. Características histopatológicas y radiográficas de los diferentes diagnósticos diferenciales para el ameloblastoma uniuquístico**

Patología	Características radiográficas	Características histopatológicas
Ameloblastoma uniuquístico	Radiolucidez circunscrita que rodea la corona de un diente incluido, usualmente terceros molares mandibulares. En ocasiones puede verse una lesión radiolúcida multilobulada	Pared quística revestida por epitelio ameloblástico con células de la capa basal con polaridad invertida. Estroma fibroso con nódulos tumorales y restos de epitelio odontogénico
Quiste dentígero	Radiolucidez unilocular asociada a la corona de un diente no erupcionado. Bordes bien definidos. Lesiones grandes: multilobulado, por la presencia de hueso trabecular	Revestimiento de epitelio escamoso de 2 a 4 capas de células aplanadas no queratinizadas. Estroma fibroso con pequeños focos de epitelio odontogénico
Tumor odontogénico queratoquístico (queratoquiste odontogénico)	Radiolucidez bien definida con márgenes corticales o ligeramente difuminados. Asociado a un diente incluido. Se presenta con lesiones uni o multiloculares	Revestimiento de epitelio escamoso de 5 a 8 capas, corrugado con células basales en empalizada periférica. Estroma subepitelial fibroso con restos de epitelio odontogénico. Cavidad luminal eventualmente ocupada por queratina

## Conclusiones

- La literatura en general describe que el ameloblastoma uniuquístico parece tener menos agresividad y recidiva, por lo que se sugiere un tratamiento conservador (enucleación y resección de márgenes óseos), a fin de evitar la morbilidad asociada de las resecciones en bloque con márgenes de seguridad.
- La variante histológica de células granulares es poco frecuente y no cambia el plan de tratamiento.
- La descompresión en tumores odontogénicos es una técnica no invasiva efectiva que preserva la mayor cantidad de tejido local y evita lesiones de las estructuras anatómicas. Es una alternativa que puede ayudar a disminuir el tamaño del tumor en el momento de tomar la biopsia; pero no es el tratamiento de elección. Se considera de ayuda para complementar su manejo.
- Se recomienda, posterior a la enucleación, un curetaje óseo con resección de márgenes óseos.



- El uso del marcador de inmunohistoquímica calretinina resalta las células granulares, y permite confirmar esta variante de ameloblastoma.

## Referencias

1. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Vol. 1. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2008.
2. Motahhary P, Etebarian A, Asareh F. Granular cell type of a unicystic ameloblastoma: An unusual case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP*. 2014 May;18(2):331.
3. Robinson L, Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. *Cancer*. 1977 Nov;40(5):2278-85.
4. Nikolaos G, Nikitakis, Tzerbos F, Triantafyllou K, Papadimas C, Sklavounou A. Granular cell ameloblastoma: an unusual histological subtype report and review of literature. *J Oral Maxillofac Res [Internet]*. 2011 Jan 1 [cited 2016 Mar 28];1(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886069/>
5. Philipsen HP, Reichart PA. Unicystic ameloblastoma: A review of 193 cases from the literature. *Oral Oncol*. 1998 Sep;34(5):317-25.
6. Larsson A, Almerén H. Ameloblastoma of the jaws: An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish Cancer Registry during 1958-1971. *Acta Pathol Microbiol Scand [A]*. 1978 Sep;86A(5):337-49.
7. Koneru A, Hallikeri K, Nellithady GS, Krishnapillai R, Prabhu S. Immunohistochemical expression of calretinin in ameloblastoma, adenomatoid odontogenic tumor, and keratocystic odontogenic tumor: A comparative study. *Appl Immunohistochem Mol Morphol AIMM Off Publ Soc Appl Immunohistochem*. 2014 Dec;22(10):762-7.
8. Ghandhi D, Ayoub AF, Pogrel MA, MacDonald G, Brocklebank LM, Moos KF. Ameloblastoma: a surgeon's dilemma. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2006 Jul;64(7):1010-4.
9. Carlson ER, Marx RE. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2006 Mar;64(3):484-94.
10. Prasad K, Lalitha RM, Ranganath K, Srikar MV, Dexith J, Sagar P, et al. Unicystic ameloblastoma, a distinct clinical entity with favorable response to decompression: Our experience of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol*. 2013 Oct;25(4):328-32.
11. Lau SL, Samman N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Aug;35(8):681-90.
12. Nakamura N, Higuchi Y, Tashiro H, Ohishi M. Marsupialization of cystic ameloblastoma: a clinical and histopathologic study of the growth characteristics before and after marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 1995 Jul;53(7):748-54; discussion 755-6.

---

## Correspondencia

Claudia P. Peña Vega  
 cppenav@gmail.com

---