



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**Fibroma ameloblástico periférico.
Reporte de un caso**

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA BUCAL

P R E S E N T A:

M.C.D. KARLA IVONNE SÁNCHEZ GOYTIA

TUTOR: MTRO. EMILIANO JURADO CASTAÑEDA

CIUDAD DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
REPORTE DE UN CASO	5
DISCUSIÓN	6
CONCLUSIÓN.....	8
AGRADECIMIENTOS.....	8
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	8

FIBROMA AMELOBLÁSTICO PERIFÉRICO

Reporte de un caso

Sánchez Goytia Karla Ivonne ^a, Jurado Castañeda Emiliano. ^b

a. Residente 2do año Patología Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

b. Profesor adscrito de la especialidad de Patología Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

RESUMEN

El fibroma ameloblástico es un tumor mixto que representa menos del 7% de todos los tumores odontogénicos; La edad media de los pacientes es de 14.9 años, presenta ligera predilección masculina. Principalmente se localiza en la región posterior de la mandíbula, la variante periférica es sumamente rara.

Reportamos el caso de una femenina de 3 años que presentó un aumento de volumen de tipo nodular con diagnósticos presuntivos de granuloma piógeno, lesión por traumatismo y fibroma irritativo, por lo cual se realizó una biopsia escisional y estudio histopatológico, emitiendo un diagnóstico de fibroma ameloblástico periférico

Discusión: Hasta el 2020 sólo 9 casos de la variante periférica han sido reportados, muestra una presentación clínica similar a otras lesiones periféricas. 55% de los casos reportados han sido localizados en reborde alveolar maxilar; contrario al fibroma ameloblastico central presenta predilección femenina en relación 1.5:1. Existen reportes desde 2 semanas de edad hasta 54 años con una mayor incidencia en la 1era década de la vida

Conclusión: Aun cuando la presentación clínica justifique un diagnóstico altamente presuntivo, es fundamental siempre tener la correlación histopatológica para obtener un diagnóstico certero.

PALABRAS CLAVE: fibroma ameloblástico, periférico, maxilares, granuloma piógeno, ameloblastoma, fibrodentinoma ameloblástico, fibro-odontoma ameloblástico

ABSTRACT:

Ameloblastic fibroma is a mixed tumour that represents less than 7% of all odontogenic tumours; The mean age of the patients is 14.9 years, with a slight male predilection. It is mainly located in the posterior region of the mandible; the peripheral variant is extremely rare.

We report the case of a 3-year-old female who presented a nodular focal enlargement with presumptive diagnoses of pyogenic granuloma, traumatic injury and irritative fibroma, for which an excisional biopsy and histopathological study were performed, issuing a diagnosis of peripheral ameloblastic fibroma.

Discussion: As of 2020, only 9 cases of the peripheral variant have been reported, it shows a clinical presentation similar to other peripheral lesions. 55% of the reported cases have been located on the maxillary alveolar rim; contrary to central ameloblastic fibroid, it has female predilection in relation to 1.5:1. There are reports from 2 weeks of age to 54 years with a higher incidence in the 1st decade of life.

Conclusion: Even when the clinical presentation justifies a highly presumptive diagnosis, it is essential to always have the histopathological correlation to obtain an accurate diagnosis.

KEY WORDS: ameloblastic fibroma, peripheral, jaws, pyogenic granuloma, ameloblastoma, ameloblastic fibro-dentinoma, ameloblastic fibro-odontoma

INTRODUCCIÓN

El fibroma Ameloblástico es una neoplasia benigna de estirpe mixta, compuesto por un mesénquima odontogénico que asemeja la papila dental y tejido epitelial que recuerda al epitelio odontogénico, en el que no hay tejidos dentales duros presentes¹.

Es poco común, constituye menos del 7% de todos los tumores odontogénicos. La edad media de presentación es de 14.9 años (7 semanas-57años). Muestra predilección masculina con relación 1,4:1 hombre-mujer¹.

La zona posterior de la mandíbula es la localización más frecuente (70-90% de los casos), menos del 10% en la región anterior^{1,2,3}. Se han descrito ejemplos de este tumor que surge dentro del tejido blando gingival, pero parece representar un fenómeno raro²; clínicamente es un aumento de volumen de crecimiento lento, lesiones pequeñas pueden ser asintomáticas, mientras que tumores grandes están asociados a tumefacción con deformidad facial^{1,2}.

Radiográficamente pueden ser hallazgos incidentales, observando una lesión radiolúcida unilocular o multilocular, con márgenes bien definidos y pueden estar corticados. Un diente no erupcionado se asocia en más 75% de los casos^{1,2}.

Macroscópicamente el tumor es sólido, posiblemente encapsulado, con una superficie exterior lisa^{1,2}. Microscópicamente, está compuesto por un tejido mesenquimatoso rico en células que

se asemeja a la papila dental primitiva mezclado con epitelio odontogénico proliferante, teniendo dos patrones: el más común consiste en cordones largos y estrechos, a menudo en una disposición de anastomosis; Estos cordones suelen tener un espesor de dos células cúbicas o columnares. Otro patrón es en pequeñas islas discretas que asemejan la etapa folicular del órgano del esmalte en desarrollo, estos muestran células columnares periféricas, que rodean un agregado de células epiteliales dispuestas de forma laxa que semejan al retículo estrellado. La porción mesenquimatosa consta de células que van de ovoideas a estrelladas regordetas en una matriz suelta, que parece a la papila dental en desarrollo. En raras ocasiones muestran formación de tejidos duros dentales denominándolos fibrodentinomas ameloblásticos o fibroodontomas ameloblásticos, aunque su estado se ha debatido, ya que parecen ser intermedios entre el fibroma ameloblástico y el odontoma¹. La actualización 2022 de la clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud consideró clasificarlos como odontomas en desarrollo⁴.

Dentro de sus diagnósticos diferenciales debemos mencionar el ameloblastoma, que no presenta tejido conectivo semejante a la papila dental; Con la hiper celularidad, la actividad mitótica y la atipia del componente mesenquimatoso, se debe abordar el fibrosarcoma ameloblastico⁵.

En relación con el perfil genético, se ha encontrado mutación en BRAF V600E y una baja frecuencia de pérdida alélica fraccionada de loci del gene supresor de tumor^{1,4}.

En cuanto al tratamiento ha sido un tema de debate; En niños pequeños con tumores pequeños y asintomáticos el tratamiento de elección es extirpación de forma conservadora, en aquellos extensos y destructivos deben tratarse radicalmente¹. La tasa de recurrencia mas alta (43.5%) se registró en una serie de casos del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas, en otra serie de casos, se notificó entre el 0 y el 18% presentaban recidiva, por lo que la recomendación reciente es la terapia inicial conservadora². La transformación sarcomatosa es rara, aunque se informa que alrededor del 50% se han desarrollado en contexto de recurrencia¹.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 3 años de edad que presentó un aumento de volumen de tipo nodular localizado en la mucosa palatina entre la cara distal del OD 51 y la cara mesial del OD 61, de 1cm en su eje mayor, forma irregular, superficie ulcerada, color rosa pálido con áreas eritematosas, bordes irregulares pero bien definidos (figura 1). Se emitieron diagnósticos presuntivos clínicos de lesión por traumatismo, granuloma piógeno y fibroma irritativo, por lo cual se realizó una biopsia escisional.



Figura 1. Imagen clínica intraoral

Macroscópicamente se obtuvo espécimen único de tejido blando de forma ovoide y superficie lisa. Al corte se observó sólido (figura 2).

En los cortes histológicos examinados se observó una neoplasia benigna de estirpe mixta compuesta por cordones delgados anastomosados, con extremos abombados de epitelio odontogénico en doble capa, mostrando células de cuboidales a columnares, así como pequeños nidos de células ameloblastomasas sobre un tejido mixoide hiper celular, con células que van de ovoides a estrelladas regordetas, que asemejan la papila dental (figura 3).

Se emitió un diagnóstico con correlación clínica de fibroma ameloblástico periférico.

No mostró recidiva a los 6 meses posteriores.

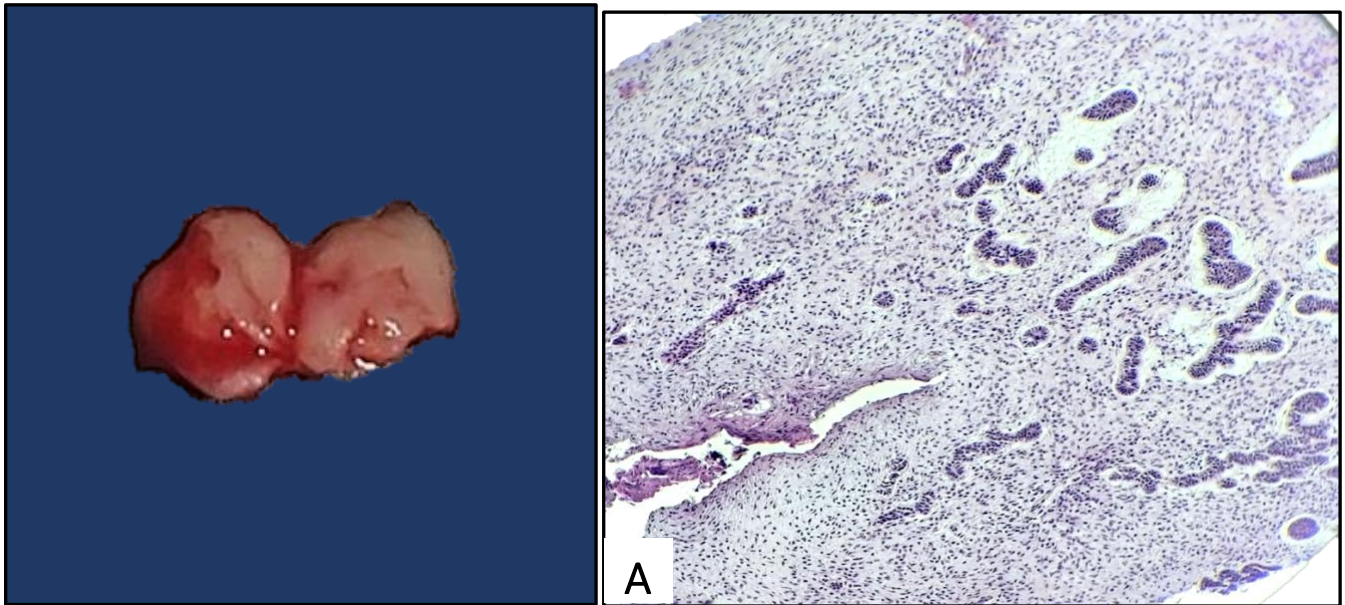


Figura 2. Especimen macroscópico.

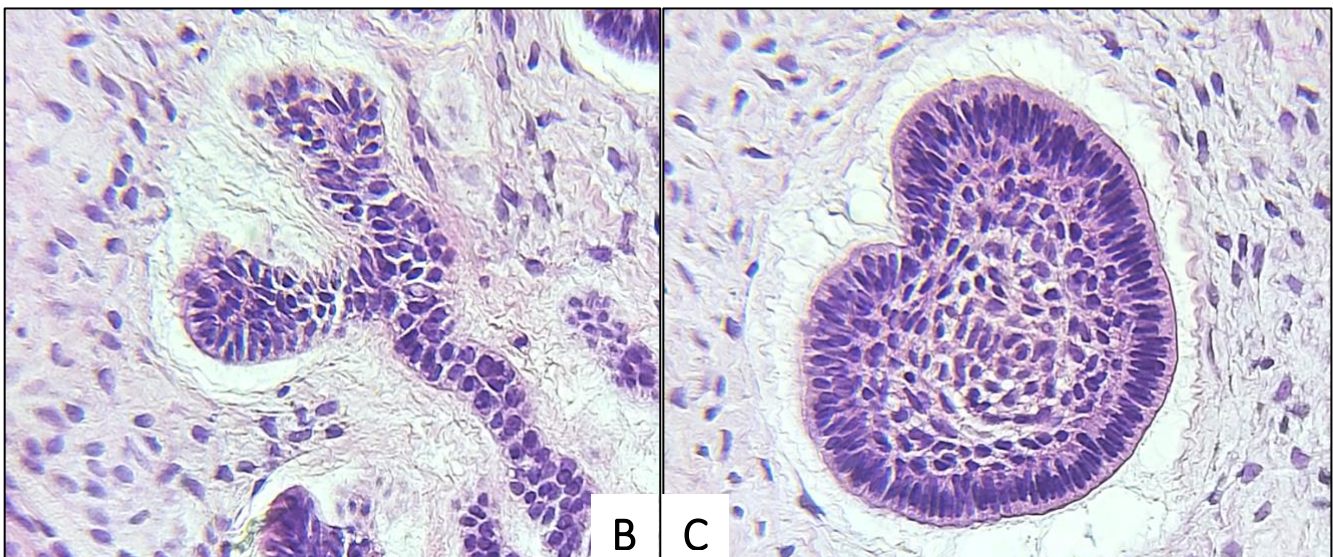


Figura 3. Fotomicrografías en H&E, A. 100x cordones delgados de epitelio en un estroma hiper celular, B. 400x cordones de doble capa, C. 400x isla con células cuboidales periféricas y área similar al retículo estrellado al centro.

DISCUSIÓN

El fibroma ameloblástico es un tumor en el que tanto el componente epitelial como el mesenquimatoso son neoplásicos². Fue descrita inicialmente por Kruse en 1891 como una lesión quística, posteriormente clasificada como una entidad separada por Thoma & Thompson

en 1941⁶. Si bien es un tumor relativamente raro, la variante periférica lo es aun mayor, solo 9 casos han sido reportados hasta el 2020; muestra una presentación clínica similar a otras lesiones periféricas, con diagnósticos diferenciales como fibroma irritativo, granuloma piógeno, fibroma osificante periférico, granuloma periférico de células gigantes, ameloblastoma periférico entre otros.

55% de los casos reportados han sido localizados en reborde alveolar maxilar; contrario al fibroma ameloblastico central presenta predilección femenina con relación 1.5:1. Existen reportes desde 2 semanas de edad hasta 54 años con una mayor incidencia en la 1era década de la vida. [Tabla 1]^{7,8}.

Nakamura and Tamai en 1980 reportaron el primer fibroma ameloblastico periférico en la región mandibular posterior en masculino de 2 años de edad⁹. Harada et al. Informo el segundo caso en femenina de 1 año con lesión en la misma región¹⁰.

El caso que reportamos es una femenina de 3 años con lesión en región central palatina concordante con lo reportado en 2008 por Abughazaleh et al.¹¹.

El tratamiento de elección para la lesión central es la extirpación de forma conservadora. Las lesiones periféricas reportadas han sido tratadas con escisión completa. La paciente del presente caso fue tratada mediante la biopsia escisional sin requerir hasta el momento otro tratamiento o presentar recidiva al igual que lo reportado por Darling et al¹².

Tabla 1. Reportes publicados de fibromas ameloblásticos periféricos

AUTOR	LOCALIZACIÓN	SEXO	EDAD
NAKAMURA, TAMAI (1980) ⁹	Región mandibular posterior	M	2 años
HARADA ET AL. (1992) ¹⁰	Región mandibular posterior	F	1 año
KUSAMA ET AL. (1998) ¹³	Región mandibular posterior	F	40 años
DARLING ET AL. (2006) ¹²	Región maxilar posterior	F	5 años

ABUGHAZALEH ET AL. (2008) ¹¹	Región maxilar anterior	F	3 años
KALANTARI ET AL. (2016) ⁸	Región mandibular lingual anterior	F	54 años
LANGER ET AL. (2017) ⁷	Región maxilar anterior	F	2 semanas
BAJPAI ET AL. (2018) ¹⁴	Región maxilar anterior y central	M	51 años
SANG WOO ET AL. (2020) ⁶	Región maxilar anterior	M	19 meses

CONCLUSIÓN

Aun cuando la presentación clínica justifique un diagnóstico altamente presuntivo, es fundamental siempre tener la correlación histopatológica para obtener un diagnóstico certero.

AGRADECIMIENTOS

Al departamento de Patología y Medicina Bucal y Maxilofacial, de la División de Estudios de Posgrado e Investigación FO-UNAM.

Agradezco principalmente a mi asesor el Dr. Emiliano Jurado Castañeda, por haberme compartido el caso, apoyarme en la revisión del mismo y durante la especialidad; Así mismo agradezco a todos mis docentes involucrados en mi aprendizaje y desarrollo académico.

Al Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT, por el apoyo económico.

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. WHO classification of head and neck tumours. 4a ed. IARC; 2017.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology. 4a ed. Londres, Inglaterra: W B Saunders; 2015.
3. Woo S-B. Oral pathology: A comprehensive atlas and text. 2a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2016.

4. 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 and Neck Pathol* 16, 63–75 (2022).
5. Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck: Expert consult - online and print*. 2a ed. Londres, Inglaterra: W B Saunders; 2009.
6. Kim SW, Sonneveld K, Luo M, et al.(2020) A rare case of peripheral ameloblastic Fibroma: Case Report. *Archives Oral Maxillofac Surg* 3(1):33-35
7. Langer S, Choudhury M, Agarwal S, Mehra P. Congenital peripheral ameloblastic fibroma with intraosseous involvement in a 2-week-old infant: A case report with review of literature. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2015;33:351-4.
8. Kalantari M, Samieirad S, Kalantari P. Peripheral ameloblastic fibroma: Report of a rare case. *J Dent (Shiraz)*. 2016;17(4):367–9.
9. Nakamura M, Tamai K. A case of ameloblastic fibroma in an infant (2 year old). *J Jpn Stomatol Soc* 1980;29:99-103.
10. Harada H, Kusukawa J, Oh-uchida M, Tanaka S, Okina T, Kameyama T. Ameloblastic fibroma in an infant — A case report. *J Jpn Soc Oral Tumors* 1992;4:286-93.
11. Abughazalah K, Andrus KM, Katsnelson A, et al. (2008) Peripheral ameloblastic fibroma of the maxilla: Report of a case and literature review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 105: e46-e48.
12. Darling MR, Daley TD. Peripheral ameloblastic fibroma. *J Oral Pathol Med* 2006; 35:190-2.
13. Kusama K, Miyake M, Moro I. Peripheral ameloblastic fibroma of the mandible: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:399-401.
14. Kim SW, Sonneveld K, Luo M, et al. (2020) A Rare Case of Peripheral Ameloblastic Fibroma: Case Report. *Archives Oral Maxillofac Surg* 3(1):33-35