

Casos Clínicos:

HEMIMANDIBULECTOMIA COMO TRATAMIENTO DE AMELOBLASTOMA MULTIQUÍSTICO

Suzana Célia de Aguiar S. Carneiro¹, Belmiro Cavalcanti de Egito Vasconcelos², Maria de Socorro Orestes³ Jefferson Luiz Figueiredo Leal⁴, Marcelo Amaral⁵, Cesar Freire de Melo Vasconcelos⁶

1. Máster en Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad de Pernambuco - Recife/PE, Brasil.
2. Director de los programas de Maestrado y Doctorado en Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad de Pernambuco - Recife-PE, Brasil.
3. Profesora Asociada de Prótesis Buco-Maxilo-Facial, Universidad de Pernambuco - Recife - PE, Brasil.
4. Especialista en cirugía y traumatología Buco-Maxilo-Facial, Universidad de Pernambuco-Recife-Pe, Brasil.
5. Residente de cirugía y traumatología Buco-Maxilo-Facial, Universidad de Pernambuco-Recife-Pe, Brasil.
6. Estudiante de medicina de la Facultad Maternal Infantil (IMIP), Recife-Pernambuco, Brasil.

RESUMEN

Ameloblastoma es un tumor de origen odontogénica que presenta crecimiento lento como una de las características principales, localmente invasivo y raramente causa metástasis. Pueden alcanzar grandes dimensiones si no tratado precozmente, convirtiéndose en un desafío su exéresis y reconstrucción en fases más avanzadas. El actual artículo tiene como objetivo relatar un caso clínico de un ameloblastoma multiquístico que afecta toda la región de la mandíbula derecha, en la cual fue realizado hemimandibulectomía, seguido de una reconstrucción con placa de 2.4mm y prótesis de cóndilo mandibular confeccionada en resina acrílica termopolimerizada, cubierta por el colgajo del músculo esternocleidomastoideo.

ABSTRACT

The ameloblastoma is a tumor of odontogenic origin that present as main characteristics slow growth, locally invasive and they rarely cause metastasis. They can reach great dimensions if relegated the precocious treatment, turning his it complete removal and reconstruction in more advanced phases. The present article has as objective tells the clinical case of an ameloblastoma multicístico involving every area right mandibular, in which hemimandibulectomy was accomplished, following by reconstruction with plate 2.4mm and prosthesis of mandibular condylar made in resin acrylic thermopolimerizate, associated to shred of the muscle esternocleidomastoideo.

KEY WORDS: ameloblastoma, hemimandibulectomy, treatment.

INTRODUCCIÓN

Los ameloblastomas son tumores que se originan del epitelio odontogénico ¹. Aunque son considerados tumores benignos, clínicamente presentan características de lesiones benignas y malignas ². Se caracterizan por ser un tumor odontogénico de bajo crecimiento, localmente invasivo, sin dolor y raramente causan metástasis ³.

Radiográficamente se caracteriza como áreas uni o multiloculares circunscritas por un halo radiopaco o imágenes radiolúcidas claramente delimitadas, que puede estar asociado a un diente incluido ⁴. Histológicamente los ameloblastomas son clasificados en: foliculares, plexiforme, acantamatoso, desmoplásico, de células granulares, células basales y queratomatoso ⁵. Los ameloblastomas ocurren en tres diferentes situaciones clínico-radiográficas, los sólidos convencionales o multicísticos (86% de los casos), los uniuísticos (13%) y los periféricos o extra-ósseos (1%) ¹.

Las modalidades de tratamiento del ameloblastoma pueden incluir la quimioterapia, electrocauterización, criocirugía, radioterapia, agentes esclerosantes, curetaje y resección total con márgenes de seguridad ⁶. La amplia resección de la mandíbula es usualmente recomendada para la cura de los ameloblastomas.

Este artículo tiene como objetivo describir un caso clínico de ameloblastoma multiquístico de gran dimensión, envolviendo toda la región de la mandíbula derecha, tratado con hemimandibulectomía, seguida de reconstrucción con placa de 2.4mm y prótesis de cóndilo mandibular confeccionada con resina acrílica termopolimerizada, asociada con colgajo del músculo esternocleidomastoideo, y como discutir las características clínicas, modalidades de tratamiento e reconstrucción inmediata.

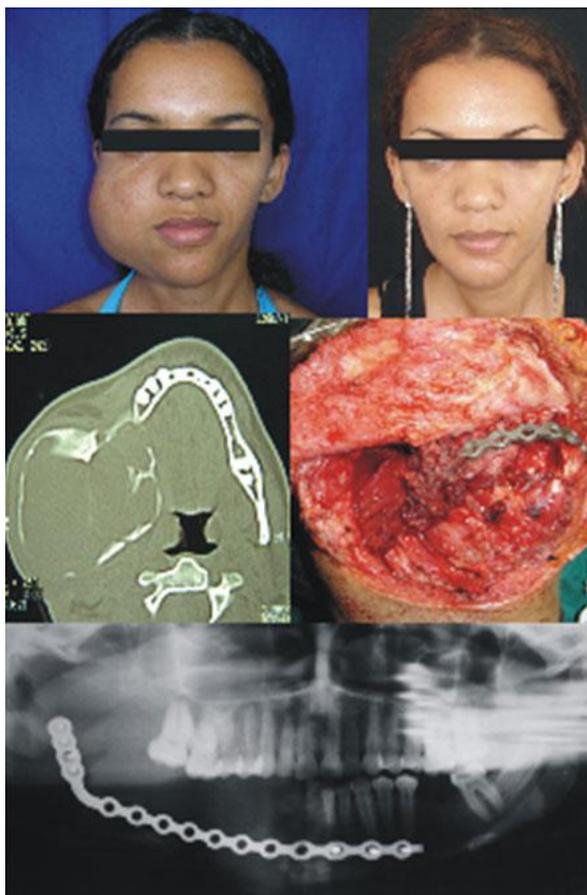


Figura 1
Paciente en pre y post tratamiento quirúrgico, imagen tomográfica de la extensión de la lesión, aspecto transquirúrgico con rotación de colgajo del músculo esternocleidomastoideo, radiografía tras cirugía evidenciando placa de reconstrucción.

DISCUSIÓN

El Ameloblastoma sólido o multiquístico presenta una mayor prevalencia entre la tercera y séptima década de vida y raramente es observado en la segunda década de vida ⁷, hecho observado en el actual caso.

Es necesaria la cirugía de reconstrucción tras la resección, para restaurar la función y minimizar la deformidad producida. Sin embargo ningún método de reconstrucción aun logró ser totalmente satisfactorio, lo que torna la reconstrucción de difícil realización. Los tipos diversos de injertos óseos autógenos u homólogos y biomateriales han sido utilizados ⁸.

La condilectomía sin reconstrucción resulta en deformidad facial, mal oclusión y dolor. Un problema común en la utilización de prótesis de resina es el desarrollo de fibrosis en torno de la articulación ⁹, para reducir al mínimo este problema es importante el acompañamiento fonoterápico a largo plazo. En virtud de tal posibilidad de complicación postoperatoria, la paciente fue encaminada para el acompañamiento del fonoaudiólogo en el postoperatorio.

La corrección de las fallas óseas mediante la reconstrucción quirúrgica es muchas veces difícil. Pueden ser hechas con materiales autógenos, cuando estén disponibles. En otros casos, pueden ser hechas con el uso de prótesis reparadoras en que se utilizan diferentes materiales. La prótesis reparadora y la reconstrucción autógena últimamente son juzgadas como el medio más eficiente de librar al paciente del estigma de su condición. Excelentes resultados estéticos, reducción del tiempo quirúrgico y facilidad de la técnica son claves para promover pacientes confiantes que su corrección será bien reparadora. ¹⁰

El injerto autógeno es una popular opción de reconstrucción del cóndilo mandibular, particularmente injertos de costillas, sin embargo están asociados a una alta tasa de reabsorción, aunque necesitan de otro sitio quirúrgico. En el caso presentado fue utilizada una prótesis condilar de resina acrílica, un material aloplástico, que tiene como característica principal: biocompatibilidad, resistencia, durabilidad, fácil manejo y bajo costo. Así previniendo el riesgo de reabsorción.

Creemos que la rotación del colgajo del músculo esternocleidomastoideo es una nueva e importante posibilidad para reducir al mínimo la posibilidad de exposición de la placa de reconstrucción.

La cirugía para la resección del ameloblastoma es cada vez más recomendada, no solo a la remoción del tumor, mas a la rehabilitación del sistema estomatognático en su totalidad, en este aspecto las cirugías reconstructivas tienen un papel fundamental en el manejo de estos pacientes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Neville B.W, Damm D.D, Allen C.M., Jerry E.B. Patología Oral e Maxilofacial. Guanabara Koogan S.A., 1998.
2. Williams TP: Management of ameloblastoma: A changing perspective. J Oral Maxillofac Surg 51:1064, 1993.
3. Henderson JM, Sonnet JR, Schlesinger C, Ord RA. Pulmonary metastasis of ameloblastoma: case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;88:170-6.)
4. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. Eur J

Cancer B Oral Oncol 1995;31:86-99.

5. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors, 2 ed. Berlin: Springer-Verlog; 1992.
6. Natri AL, Wiesenfeld D, Radden BG, Eveson J, Scully C. Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 1995;33:28-32
7. Takahashi K, Miyauchi K, Sato K. Treatment of ameloblastoma in children. Br J Oral Maxillofac Surg 1998;36:453-6.
8. Zubing L., Yifang Z., Sheng Y., Jihong Z., Shibin Y., Wenfeng Z.: Immediate Reconstruction of Mandibular Defects: A Retrospective Report of 242 Cases. J Maxillofac Surg 65, 2007.
9. Wolford LM, Karras SC. Autologous fat transplantation around TMJ total joint prosthesis: preliminary treatment outcomes. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55: 245-251.
10. GION, GG. Surgical versus prosthetic reconstruction of microtia: the case for prosthetic reconstruction, J oral and maxillofacial surg, v. 64, p. 1639-1654, 2006.