

Carcinoma ameloblástico

Carmen de la Calle Cañadas. Juan Carlos Bote Alonso

Grado en Odontología. Universidad Complutense de Madrid
carmendelacallecanadas@gmail.com

Tutores

Isabel Fernández Tresguerres. Apolinar García Peñín.

Grado en Odontología. Universidad Complutense de Madrid
isaftres@gmail.com

Resumen: Introducción: el carcinoma ameloblástico y el ameloblastoma maligno son las dos variantes malignas del ameloblastoma; ambos constituyen menos del 1% de los ameloblastomas. En cuanto al carcinoma ameloblástico, es un tumor odontogénico primario raro que combina características histopatológicas comunes con el ameloblastoma con atipia citológica independientemente de si hay metástasis o no. Material y método: se han consultado 21 artículos en las bases de datos Pubmed y Medline. Discusión y resultados: la prevalencia de esta lesión no ha sido descrita al tratarse de una neoplasia rara. En cuanto a la edad de aparición, se trata de una neoplasia que afecta a un amplio rango de edades. Respecto al sexo, la mayoría de los autores determinan que existe una mayor predilección por el sexo masculino. En cuanto a la localización más frecuente, la mayoría de los autores coinciden en que aparece más en la mandíbula, sobre todo en la región premolar-molar. Los carcinomas ameloblásticos pueden aparecer de novo o surgir de un ameloblastoma previo. Por lo general, tiene un curso más agresivo que el ameloblastoma presentándose como una tumoración de rápido crecimiento. Radiográficamente, la mayoría de tumores se presenta como una imagen radiotransparente poco definida. Se caracteriza por sus características histopatológicas malignas en combinación con el patrón típico del ameloblastoma. El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica radical. Conclusiones: se trata de un tumor de comportamiento agresivo y en caso de que produzcan recidivas o metástasis, el pronóstico se ensombrece, por tanto, es importante hacer un seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: ameloblastoma. Carcinoma ameloblástico. Ameloblastoma maligno.

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es un tumor epitelial odontogénico benigno que puede surgir de remanentes de la lámina dental o del órgano de esmalte, del epitelio de quistes odontogénicos o de la capa basal de la mucosa oral^(1, 2, 3, 4, 5). Existen dos variantes malignas del ameloblastoma: el carcinoma ameloblástico y el ameloblastoma maligno; ambos constituyen menos del 1% de los ameloblastomas⁽²⁾.

La clasificación de este tumor ha sido objeto de mucha controversia^(6, 7, 8). Actualmente todas las publicaciones se basan en la clasificación de 2005 de la OMS, que diferenció el ameloblastoma maligno o metastásico del carcinoma ameloblástico. Este último puede ser de tipo primario o secundario (intraóseo y periférico)^(2, 9, 10, 11, 12, 13). El ameloblastoma maligno es un ameloblastoma que metastatiza a pesar de tener características histopatológicas benignas^(1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17). Por otro lado, el carcinoma ameloblástico es un tumor odontogénico primario raro que combina características histopatológicas comunes con el ameloblastoma con atipia citológica independientemente de si hay metástasis o no^(1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 17). Ambos tumores presentan el mismo comportamiento, apariencia clínica y requieren el mismo tratamiento. Por ello, la mayoría de estudios publicados no distinguen ambos tipos⁽¹²⁾.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer en profundidad la prevalencia del carcinoma ameloblástico, establecer un correcto diagnóstico a través de los signos clínicos, radiográficos y características anatomopatológicas y exponer las posibilidades terapéuticas y el pronóstico de esta lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Medline y en revistas y libros de la biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Para ello, se han consultado 21 artículos en relación con el tema en cuestión, empleando las palabras clave: ameloblastoma, carcinoma ameloblástico, ameloblastoma maligno.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La prevalencia de esta lesión no ha sido descrita al tratarse de una neoplasia rara^(17, 18). Sin embargo, algunos autores como Matsuzaki y cols han descrito una incidencia del 1-3%⁽¹⁰⁾. Según la clasificación de la OMS de 2005, se han descrito

menos de 60 casos en la literatura⁽¹⁷⁾ y, entre 1984 y 2007, tan solo se han descrito 37 casos⁽¹⁸⁾.

En cuanto a la edad de aparición, el carcinoma ameloblástico tiende a ser más alta que en los casos de ameloblastoma⁽¹⁰⁾. Se trata de una neoplasia que afecta a un amplio rango de edades^(1, 7, 19) pudiendo aparecer en cualquier momento de la vida⁽¹¹⁾.

Respecto al sexo, la mayoría de los autores determinan que existe una mayor predilección por el sexo masculino^(6, 7, 8, 18), describiendo un ratio de casi 2:1^(6, 10, 18).

En cuanto a la localización más frecuente, la mayoría de los autores coinciden en que aparece más en la mandíbula^(1, 3, 6, 8, 11, 17, 18), siendo la localización predilecta en aproximadamente dos tercios de los casos^(8, 17, 20). La presentación en el maxilar puede llevar a complicaciones como la extensión a la fosa pterigomaxilar, fosa infratemporal, órbita o incluso la base del cráneo. Los autores coinciden en que tanto a nivel del maxilar como de la mandíbula, la región posterior es la más afectada^(1, 4, 6, 7, 8, 11, 18, 19).

A día de hoy, no se sabe con exactitud la causa^(2, 11); sin embargo, se considera que procede de la lámina dental, del epitelio responsable de la formación de quistes odontógenos y tumores⁽²⁰⁾. Los carcinomas ameloblásticos pueden aparecer de novo o surgir de un ameloblastoma previo^(2, 6, 10, 11, 12, 18).

En cuanto a su forma de presentación, es muy variada; por lo general, tiene un curso más agresivo que el ameloblastoma^(2, 10). En líneas generales, se presenta como un tumor agresivo con ulceración hemorrágica que destruye localmente los tejidos adyacentes⁽¹¹⁾. Se caracteriza por presentar un comportamiento agresivo, rápido crecimiento, inflamación, dolor, expansión e incluso perforación de las corticales^(1, 2, 6, 8, 10, 18, 19). A nivel dentario, se ha visto la presencia de dolor dental o movilidad^(18, 20).

Radiográficamente, la mayoría de tumores se presenta como una imagen radiotransparente poco definida^(1, 6, 8, 17, 19, 20) con reabsorción radicular y perforación de las corticales (indicativo de su comportamiento agresivo)^(1, 6, 17, 19). Según algunos estudios, tiene una apariencia similar a la del ameloblastoma salvo por la presencia de imágenes radioopacas focales^(6, 8, 10, 11, 19, 20, 21).

Anatomopatológicamente, el carcinoma ameloblástico se caracteriza por sus características histopatológicas malignas en combinación con el patrón típico del ameloblastoma. Aunque hay zonas que se parecen al ameloblastoma, muestra cambios en los patrones citológicos^(2, 8, 10, 17, 18, 20).

Debido a la rareza de esta lesión, no hay un consenso en cuanto a su

tratamiento y son necesarios más estudios al respecto^(2, 6, 11, 12, 13). Sin embargo, la mayoría de autores propone que el tratamiento de elección debería ser la resección quirúrgica radical^(1, 2, 6, 7, 8, 12, 19, 20). Autores como Lucca y cols proponen márgenes de seguridad de 2-3 cm⁽²⁰⁾. Por otro lado, la eficacia de la radioterapia y quimioterapia no está clara por falta de evidencias científicas^(1, 6, 7). Sin embargo, se deben considerar en casos avanzados y lesiones metastásicas no sujetas a tratamiento quirúrgico⁽⁶⁾.

No se puede establecer una tasa de supervivencia a los 5 años debido a la rareza de la lesión y falta de estudios al respecto^(6, 11). Pero sí se sabe que un factor importante para el pronóstico de este tumor es la recidiva^(8, 20). Cada recurrencia parece disminuir la probabilidad de curación, independientemente de las características histopatológicas⁽⁸⁾. Otros factores a tener en cuenta son el tamaño del tumor y la localización⁽²⁰⁾. La proximidad de la lesión con estructuras vitales como la órbita, base craneal y fosa pterigomaxilar también juega un papel importante en el pronóstico, debido a la dificultad del acceso quirúrgico⁽¹⁷⁾. Además, se sabe que cuanto más precoz sea el diagnóstico y antes se trate de forma radical mejor es el pronóstico^(8,11).

Se han descrito metástasis a los 4 meses y a los 47 meses de la cirugía⁽⁶⁾. No hay unanimidad al describir la frecuencia de metástasis de este tumor; en un estudio de Akrish y cols describieron metástasis en el 28% de los casos⁽¹⁸⁾. En general, las metástasis a distancia pueden atribuirse a la larga evolución del tumor, gran tamaño tumoral y antecedentes de cirugía y radioterapia para eliminar el tumor^(2, 4, 13). La metástasis del carcinoma ameloblástico ha sido descrita fundamentalmente en pulmones^(2, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 20). La mayoría de fallecimientos debidos al tumor son por aparición de recidivas o metástasis⁽¹¹⁾. Por ello, es necesario hacer un seguimiento a largo plazo⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

La prevalencia de esta lesión no ha sido descrita al tratarse de una neoplasia rara, de la cual tan solo se han descrito 60 casos en la literatura.

En cuanto a su forma de presentación, es muy variada; por lo general, tiene un curso más agresivo que el ameloblastoma.

Radiográficamente, la mayoría de tumores se presenta como una imagen radiotransparente poco definida

Presenta características histopatológicas malignas en combinación con el patrón típico del ameloblastoma.

El diagnóstico no se puede establecer con la clínica aislada, sino a través de la combinación de los hallazgos clínicos, radiográficos y anatomopatológicos.

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica radical. Se han descrito recidivas y metástasis, por lo que es importante realizar un seguimiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lu TT, Chen XM, Zhang WF, Zhao YF. Ameloblastic carcinoma of the jaws. *Asian J Oral Maxillofac Surg* 2006;18:219-23.
2. Golubović M, Petrović M, Jelovac DB, Nenezić DU, Antunović M. Malignant ameloblastoma metástasis to the neck-radiological and pathohistological dilemma. *Vojnosanit Pregl* 2012;69(5):444-8.
3. Kumamoto H, Ohki K, Ooya K. Expression of p63 and p73 in ameloblastomas. *J Oral Pathol Med* 2005;34(4):220-6.
4. Zwahlen RA, Grätz KW. Maxillary ameloblastomas: a review of the literature and of a 15-year database. *J Craniomaxillofac Surg* 2002;30(5):273-9.
5. Dao TV, Bastidas JA, Kelsch R, Kraut RA. Malignant ameloblastoma: a case report of a recent onset of neck swelling in a patient with a previously treated ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67(12):2685-9.
6. Yoon HJ, Hong SP, Lee JI, Lee SS, Hong SD. Ameloblastic carcinoma: an analysis of 6 cases with review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108:904-913.
7. Dhir K, Sciubba J, Tufano RP. Ameloblastic carcinoma of the maxilla. *Oral Oncol* 2003; 39(7):736-41.
8. Hall JM, Weathers DR, Unni KK. Ameloblastic carcinoma: an analysis of 14 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(6):799-807.
9. Benlyazid A, Lacroix-Triki M, Aziza R, Gomez-Brouchet A, Guichard M, Sarini J. Ameloblastic carcinoma of the maxilla: case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104(6):17-24.
10. Matsuzaki H, Katase N, Hara M, Asaumi J, Yanagi Y, Unetsubo T, Hisatomi M, Konouchi H, Nagatsuka H. Ameloblastic carcinoma: a case report with

radiological features of computed tomography and magnetic resonance imaging and positron emission tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(1):40-7.

11. Ndukwe KC, Adebisi EK, Ugboko VI, Adeyemo WL, Ajayi FO, Ladeinde AL, Okojie VN, Ajike SO, Olasoji HO. Ameloblastic carcinoma: a multicenter Nigerian study. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68(9):2111-4.
12. Yoshioka Y, Toratani S, Ogawa I, Okamoto T. Ameloblastic carcinoma, secondary type of the mandible: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(1):58-62.
13. Van Dam SD, Unni KK, Keller EE. Metastasizing (malignant) ameloblastoma: review of a unique histopathologic entity and report of Mayo Clinic experience. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(12):2962-74.
14. Berger AJ, Son J, Desai NK. Malignant ameloblastoma: concurrent presentation of primary and distant disease and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70(10):2316-26.
15. Witterick IJ, Parikh S, Mancier K, Gullane PJ. Malignant ameloblastoma. *Am J Otolaryngol* 1996;17(2):122-6.
16. Okada H, Davies JE, Yamamoto H. Malignant ameloblastoma: a case study and review. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57(6):725-30.
17. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours; pathology and genetics of head and neck tumors 2005:286-95.
18. Akrish S, Buchner A, Shoshani Y, Vered M, Dayan D. Ameloblastic carcinoma: report of a new case, literature review, and comparison to ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(4):777-83.
19. Jansisyanont P, Ruekmatha D, Dhanuthai K. Ameloblastic carcinoma. *Asian J Oral Maxillofac Surg* 2003; 15 (4): 280-3.
20. Lucca M, D'Innocenzo R, Kraus JA, Gagari E, Hall J, Shastri K. Ameloblastic carcinoma of the maxilla: a report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(10):2564-9.

21. Zwahlen RA, Vogt P, Fischer FS, Grätz KW. Case report: myocardial metastasis of a maxillary malignant ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 2003;61(6):731-4.

Recibido: 17 marzo 2014.

Aceptado: 26 abril 2014.