



**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE  
PORTOVIEJO**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**  
**Previo a la obtención del título de:**

**ODONTÓLOGO**

**TEMA:**

Manejo odontológico en pacientes con  
ameloblastomas.

**Autor:**

Karolyne Patricia Franco Quiroz

**Tutor:**

Od. Gema Nataly Barreiro Mendoza

**Portoviejo – Manabí – Ecuador**

**2022**

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR TÉCNICO**

En mi calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: Manejo odontológico en pacientes con ameloblastomas, realizado por el estudiante Karolyne Patricia Franco Quiroz, me permito certificar que se ajusta a los requerimientos académicos y metodológicos establecidos en la normativa vigente sobre el proceso de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por lo tanto, autorizo su presentación.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nataly Barreiro Mendoza', with a stylized flourish at the end.

**Odo. Nataly Barreiro Mendoza MsC.**

**TUTOR**

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL**

Los suscritos, miembros del Tribunal de sustentación certificamos que este proyecto de investigación ha sido realizado y presentado por el/la estudiante Karolyne Patricia Franco Quiroz, dando cumplimiento a las exigencias académicas y a lo establecido en la normativa vigente sobre el proceso de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

---

Dra. Lucía Galarza Santana, Mg. Sc.  
Presidente del Tribunal.

---

Miembro del Tribunal.

---

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

El autor de este proyecto de investigación declara bajo juramento que todo el contenido de este documento es auténtico y original. En ese sentido, asumo las responsabilidades correspondientes ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión de la información obtenida en el proceso de investigación, por lo cual, me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la universidad.

Al mismo tiempo, concedo los derechos de autoría de este proyecto de investigación a la Universidad San Gregorio de Portoviejo por ser la institución que me acogió en todo el proceso de formación para poder obtener el título de Odontólogo.

Karolyne.f

**FIRMA DEL EGRESADO**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas. A mi familia por haber sido mi apoyo incondicional que con su amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional, a mi tutora, amigos, profesores, directivos y demás personas que me acompañaron en esta etapa especial, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres Fabricio y Patricia, por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron, a mis hermanos Jordan y Frank por su cariño y apoyo incondicional, a toda mi familia, a mis abuelos Heraldo y Cruz , Luis y Lorena porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas, a mi tío Santiago por todo el apoyo brindado en toda mi carrera.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos, en este caso mi más sincero agradecimiento a mi Tutora Od. Gema Nataly Barreiro Mendoza quien desde el primer momento me brindó su amistad, su bondad y fue de gran apoyo por su orientación y atención a mis consultas y las sugerencias recibidas.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales. Agradezco a los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión.

Gracias a mi enamorado y mis amigos, que siempre me brindaron apoyo moral y humano.

## **Resumen**

Los ameloblastomas son tumores o neoplasia que se originan de los elementos residuales desarrollado en el diente, pueden ser causado por múltiples fuentes de epitelio odontógeno que permanecen en el tejido blando alveolar y hueso, provocando deformaciones e invasión de la cortical ósea o perforación de la cortical e infiltración para los tejidos blandos. En el presente manuscrito se pretende explicar el manejo clínico odontológico en función de la complejidad de los ameloblastomas, con el fin de identificar los síntomas, signos clínicos y hallazgos radiográficos. Para la realización de este artículo, la metodología que se utilizó fue cualitativa, descriptiva, la técnica de análisis bibliográfico fue empleada a partir de la revisión de 40 artículos de los cuales se seleccionaron 24 siendo la mayoría a partir del 2017, aquellos artículos seleccionados cumplen con los criterios de inclusión, basados en los ameloblastomas y su manejo clínico odontológico, su calificación, signos y síntomas, diagnóstico clínico y radiográfico. Dentro de los principales resultados de este trabajo es conocer que los ameloblastomas se encuentran con mayor frecuencia en la mandíbula a nivel de la zona posterior, seguido de la zona anterior, con menos frecuencia en el maxilar en la zona posterior, seguida de la zona anterior. Se concluye que el análisis clínico y radiográfico permite identificar el tipo de clasificación de ameloblastoma uniuístico periférico o común, de los cuales el tratamiento va desde un curetaje hasta una hemisección.

**Palabras clave** ameloblastoma, clasificación uniuístico, extraóseo y folicular, signos, síntomas de los ameloblastomas.

## **Abstract**

Ameloblastomas are tumors or neoplasms that originate from residual elements developed in the tooth, they can be caused by multiple sources of odontogenic epithelium that remain in the alveolar soft tissue and bone, causing deformations and invasion of the cortical bone or cortical perforation and infiltration to soft tissues. This manuscript aims to explain the dental clinical management based on the complexity of ameloblastomas, in order to identify the symptoms, clinical signs and radiographic findings. For the development of this article, the methodology that was used was qualitative, descriptive. The bibliographic analysis technique was used from the review of 40 articles of which 24 were selected, the majority being from 2017, those selected articles meet the inclusion criteria, based on ameloblastomas and their dental clinical management, their qualification, signs and symptoms, clinical and radiographic diagnosis. Among the main results of this work is to know that ameloblastomas are found more frequently in the mandible at the level of the posterior zone, followed by the anterior zone, less frequently in the maxilla in the posterior zone, followed by the anterior zone. It is concluded that the clinical and radiographic analysis allows to identify the type of classification of peripheral or common unicystic ameloblastoma, of which the treatment ranges from a curettage to a hemisection.

**Keywords** ameloblastoma, unicystic clasification, extraosseous and follicular, signs, symptoms of ameloblastomas.

The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Mariana Quintero'. To the right of the signature is a circular official seal. The seal contains a tree in the center and the text 'CENTRO DE IDIOMAS' at the bottom. The top part of the seal is partially obscured by the signature.

**Lic. Mariana Quintero, Mg.Ed.**  
**DIRECTORA CENTRO DE IDIOMAS**

The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Daniel Zambrano'.

**Lic. Daniel Zambrano, Mg. Ed.**  
**DOCENTE DELEGADO**

## **Introducción**

Los ameloblastomas son los tumores odontogénos más comunes, de crecimiento lento y agresivo localmente, capaz de causar deformidades faciales, con una gran capacidad de recidivas. Los ameloblastomas son una neoplasia benigna originada de los elementos epiteliales residuales del desarrollo en el diente. Se puede originar de múltiples fuentes de epitelio odontógeno que permanecen en el tejido blando alveolar y hueso, están ubicados con mayor frecuencia en la mandíbula en la región posterior <sup>1</sup>.

Radiográficamente los ameloblastomas se observan como imágenes multiloculares o uniloculares a manera de “pompas de jabón” o “panal de abejas” (no es patognomónico), radiotransparentes, ya que está dividida por múltiples tabiques óseos y puede estar o no asociado con dientes retenidos <sup>2</sup> y se puede descubrir con un examen bucal corriente. En las fases más avanzadas aparece como una lesión de lento crecimiento capaz de determinar una progresiva tumefacción del segmento óseo interesado.

Es por ello, que el presente estudio pretende explicar el manejo odontológico en función de la complejidad de los ameloblastomas, los síntomas, signos clínicos y hallazgos radiográficos que varían en los pacientes, dependiendo de la clasificación de la patología tratada; el síntoma más común es la tumefacción y en segundo lugar el dolor. Generalmente cuando se diagnostica presenta dimensiones mayores de 3 cm de diámetro, motivadas por su curso silencioso, Espino et al <sup>3</sup>.

El tratamiento de los ameloblastomas es quirúrgico <sup>4</sup>, comprendiendo desde formas conservadoras, como el curetaje, enucleación, marsupialización, cauterización, radioterapia y la criocirugía, hasta tratamientos más radicales, como la resección marginal en bloque o la resección segmentaria/hemisección.

Por lo antes expuesto, es importante conocer el manejo odontológico en pacientes con ameloblastomas, pues aunque es un tumor benigno no canceroso, si no se trata a tiempo puede causar una expansión de la cortical ósea o perforación de la cortical e infiltración para los tejidos blandos. Es por ello, que el instituto Mayo clinic <sup>5</sup> manifiesta que pueden diseminarse a otras áreas del cuerpo, como los ganglios linfáticos del cuello y los pulmones y transformarse a un ameloblastoma metastásico.

Es fundamental que el odontólogo general pueda hacer un diagnóstico precoz, para no conducir a resultados negativos y preservar la calidad de vida del paciente. Este trabajo

es de gran interés y oportuno ya que busca generar información clara y precisa sobre los signos, síntomas y tratamientos de cada una de las clasificaciones, lo cual no solo es útil para odontólogos o estudiantes de odontología, sino también para la sociedad en general.

Para tal efecto, se espera que se desarrollen investigaciones, para hacer un diagnóstico precoz y no llegar a la perforación cortical o que después de un tratamiento quirúrgico, pueda transformarse en un ameloblastoma maligno o canceroso.

### **Metodología**

La presente investigación es de enfoque cualitativo, descriptivo, y el método utilizado fue la revisión bibliográfica fundamentada del manejo odontológico en pacientes con ameloblastoma. Para ello, se realizó una búsqueda en el metabuscador Google académico y de varios estudios en bases de datos en línea como PubMed, Medline, Scielo, Elsevier, Medigraphic, Journal of Dental Sciences, National Center for Biotechnology information (NCBI), Springer, que proporcionaron información con validez científica. También se tomó en consideración páginas web de entidades como la Organización mundial de la Salud (OMS) así como información de Tesis de cuarto nivel. Se utilizaron como algunas palabras clave: ameloblastomas, clasificación de ameloblastomas, ameloblastoma unicístico, ameloblastoma común, ameloblastoma poliquístico, tratamientos de los ameloblastomas, diagnóstico de los ameloblastomas. La técnica de análisis bibliográfico, fue empleada a partir de la revisión de 40 artículos de los cuales se seleccionaron 24 siendo la mayoría a partir del 2017. Aquellos artículos seleccionados cumplen con los criterios de inclusión, basados en los ameloblastomas y su manejo odontológico, su clasificación, signos y síntomas, diagnóstico clínico y radiográfico. Por otro lado los criterios de exclusión, fueron todos los artículos científicos que manifiesten sobre otro tipo de tumor sobre la cavidad bucal.

### **Desarrollo y Discusión**

La (OMS) & Navarro define a los ameloblastomas como neoplasia polimórfica invasiva, que tiene un estándar glandular o plexiforme, conformada por múltiples epitelios odontogénico en un estroma. Por otra parte, los ameloblastomas son tumores no cancerosos (benignos) poco frecuentes <sup>5,6</sup>.

De la misma manera, <sup>7</sup> sostienen que los ameloblastomas son tumores benignos, que se originan a partir del epitelio odontogénico; derivados de los elementos epiteliales

excedentes en el diente, como residuos en el listón dentario, desgaste del órgano de esmalte, células basales de los maxilares, células del órgano de esmalte y epitelio de quistes odontógeno. Suele aparecer a los 30 a 50 años de edad <sup>8</sup>, ocurre cerca del 1-3 % de todos los tumores odontogénicos. El rango de edad en donde se manifiesta los ameloblastomas es amplio, pero la media es de los 30 años y tiene predilección en varones <sup>9</sup>.

Las características de los ameloblastomas son poco conocidas así como su origen, aunque se lo relaciona con el proceso de crecimiento de los dientes <sup>10</sup>. Sin embargo, su crecimiento es lento, pero localmente agresivo con una alta tasa de recurrencia <sup>4</sup>. El tipo más común es el agresivo, su crecimiento se sitúa en la mandíbula, tiene alta índice de la recidiva, presenta cuadro de deformaciones faciales y su crecimiento es lento por ser una patología asintomática <sup>5</sup>.

Los ameloblastomas, se encuentra en los maxilares con prevalencia del 85%, en los molares y maxilar inferiores localizado en los premolares anteroinferior. Se presenta en el maxilar superior en un 15% de los caso, afecta al seno maxilar y a la fosa nasal <sup>11</sup>. Para autores como Liceaga et al <sup>7</sup> el crecimiento de la ameloblastomas es progresivo y lento, se extiende hacia las corticales oseas e introduciéndose de forma inmediata en los tejidos.

En base a la argumentación anterior, los autores concuerdan en que los ameloblastomas son tumores no canceroso con mayor prevalencia en la mandíbula y es derivado de los componentes epiteliales residuales por el desarrollo del diente, y su crecimiento es lento, agresivo, infiltrante altamente invasivo. Se caracteriza por ser agresivo e invasivo y puede provocar la destrucción local del tejido o perforación de la cortical ósea, de la misma manera hay que considerar que aunque son tumores benignos no cancerosos y muy pocas veces puede volverse maligno, en raras ocasiones las células de los ameloblastomas pueden diseminarse a otras áreas del cuerpo (hacer metástasis), como a los ganglios linfáticos del cuello y los pulmones dando lugar a ameloblastomas malignos que pueden causar la muerte <sup>5</sup>.

Por otra parte, los ameloblastomas pueden también extenderse a nódulos linfáticos cervicales y en menor frecuencia al hígado y cráneo. Además es fundamental conocer, cómo se mencionaba antes, que esta patología es de muy alta recidiva, ya que la mayoría de pacientes vuelven a presentar la lesión en el mismo lugar después de la cirugía, dando aparecer ameloblastomas cancerosos <sup>11</sup>.

El diagnóstico del ameloblastoma es complicado ya que no basta con una valoración clínica, se necesita de exámenes complementarios de imagen como Rx panorámica dental, ecografías, ortopantomografías, resonancia magnética, entre otros que permitan hacer una evaluación correcta mediante el análisis de las pruebas realizadas para así llegar al ameloblastoma, es por ello que generalmente cuando se diagnostica presenta el tamaño de 3 cm o más, esto se debe a que esta patología es una patología silente, en esta etapa el paciente presenta tumefacción un bulto o hinchazón en la mandíbula y dolor.

Por lo tanto, la resección con un amplio margen de seguridad se lo considera como el tratamiento recomendado para esta afectación. Cuando se encuentra el proceso condilar comprometido, estén perforadas las tablas corticales y destruido el borde basal, se procederá a realizar el abordaje extraoral. Sin embargo, para la reconstrucción ósea mediante un injerto autólogo se la realiza en la mayoría de los casos tratados con resección segmentaria, en cada caso la planificación del tratamiento quirúrgico dependerá de sus características histopatológicas, ubicación anatómica y extensión de la lesión, edad y estado general del paciente <sup>13,14</sup>.

Por su parte, el Instituto Mayo Clinic<sup>5</sup>, hace énfasis al tratamiento que debe seguir el paciente, pero éste dependerá de la ubicación, tamaño y tipo de células que se encuentren vinculadas, como se menciona a continuación.

- *Extirpación del tumor:* Para detener el crecimiento del ameloblastomas en el hueso del maxilar superior e inferior de la cara, el procedimiento recomendado para su extracción es la cirugía, en esta fase el médico cirujano deberá extraer la parte afectada del hueso y posteriormente valorar la parte extraída; este proceso oncológico permitirá reducir el crecimiento de nuevos ameloblastomas en el hueso del maxilar.
- *Reparación del hueso maxilar:* El cirujano puede reparar la parte extraída del hueso para mejorar el funcionamiento de la boca del paciente para que pueda hablar, comer y realizar otros movimientos con la boca, así como restablecer su aspecto físico.
- *Radioterapia:* Luego de una cirugía puede ser necesaria la realización del tratamiento con radioterapia, para eliminar las células cancerosas. Todo ello depende del tipo de tumor, su ubicación, historial clínico del paciente y factores como edad entre otros.
- *Prótesis:* Los protodoncistas son especializados en manejo, tratamiento y restauración dental y mandibular, pueden reemplazar con dentadura postiza, plástico o metal. Es

importante que el paciente realice el tratamiento inmediato, ya que la falta de dientes puede afectar a los dientes sano por la mala mordida.

- Atención médica: El paciente debe asistir al especialista después del proceso quirúrgico para tratar y dar seguimiento a la recuperación de la cirugía, así como resolver el problema de hablar, masticar entre otros.

Estudios realizados por Reichart en 1995 hacen referencia a que una conducta quirúrgica agresiva o no agresiva del tratamiento depende de una serie de factores como: <sup>12</sup>

- El tamaño y la ubicación del tumor
- Estado clínico, porcentaje de incremento, vínculo con estructuras histológicas y exivisión de la recurrencia clínica.
- Factores de edad del paciente.
- Las radiografías o muestras histológicas, no detallan el comportamiento del sistema biológico del paciente, por tanto, el ameloblastoma uniuístico tiene un alto índice de recurrencia y en algunos casos existe actuaciones agresivas que se debe poner mucha atención.
- Una de las alternativas más utilizadas es la quimioterapia, se utiliza para destruir las células cancerosas. El fármaco evita el crecimiento, separación y división de más células, es utilizado antes y después de una cirugía o como único tratamiento.

Es notable que el tratamiento no se realiza con exactitud, ya que depende del grado de avance de la patología y de las diferentes clasificaciones para ayudar a evitar la recidiva. En la nueva clasificación planteada por la OMS en el 2017, los ameloblastomas se distribuye en: Convencional, Uniuístico y Periférico. Por lo tanto, la localización anatómica se la conoce en dos grupos de ameloblastoma. El acceso vascular intraóseo, que está conformada por la ameloblastoma sólido (AS) y ameloblastoma uniuístico (AU), que se encuentran situados en la parte interna del tejido óseo del tumor; y el subtipo extraóseo que se sitúa fuera del tejido óseo y se lo conoce como ameloblastoma periférico<sup>10</sup>.

## **Clasificación de los ameloblastomas**

### **Ameloblastoma Uniuístico**

El ameloblastomas uniuísticos AU consiste en una lesión quística revestida por epitelio ameloblastomatoso, Valecillos et al <sup>16</sup> sostienen que los ameloblastoma Uniuístico AU

representa de todos los ameloblastomas el 6% y se lo encuentra frecuentemente a los 20 años sin predilección de sexo. Para Monterroso el rango de edad es de 1-79 años, para los dientes impactados a los 16 años y a los 35 años tiene ausencia de impactación.

En general existe un ligero predominio masculino, pero cuando el AU no se encuentra asociado con el diente afectado, muestra menos preferencia femenina. Por su parte, el ameloblastoma unicístico tiene un comportamiento menos agresivo, por el contrario, el ameloblastoma sólido, requiere tratamiento radical para estabilizar y detener su crecimiento <sup>16</sup>.

*Signos y síntomas clínicos:* Crece lentamente el tumor y de forma silenciosa, sin provocar signos o síntomas en estados tempranos. Cuando está en estado avanzado, puede evolucionar y migrar a otras piezas dentarias y expandirse a la corticales, aunque generalmente invaden las erosiona al tejido blando. Por lo tanto, el análisis clínico se puede hallar dolor esporádico, inflamación localizada, entumecimiento de los labios. Además en infección secundaria se podría encontrar secreción abundante y la conducta a seguir es el drenaje <sup>12</sup>.

*Signos radiográficos:* Se presenta la lesión osteolíticas en la pericoronar, interradicular o periapical, sus bordes son precisos, secuenciales y uni o multilocular, similar a una pompa o burbuja de jabón; la mayor ocurrencia unilocular está asociada a pacientes jóvenes entre los 22 años, mientras que la cavidad multilocular se presenta en adultos entre los 33 años, manifestando síntomas en los estados avanzados de delgadez, expandiéndose en la corticales <sup>16</sup>.

*Diagnóstico:* Se debe tener presente en el ameloblastoma unicístico varias características que describen las lesiones del tumor.

1. El quiste es homogéno
2. Se identifica por una nudosidad del tumor con apariencia luminosa, sin la existencia de filtración fibrosa del quiste en la pared de la maxilar.
3. En la pared conectiva proliferan uno o varias proyecciones epiteliales de ameloblástico, de tipo folicular o plexiforme que puede o no estar conectada a la pared epitelial del quiste.
4. El tejido del fibroma ameloblástico se encuentra en la parte interna con contacto directo en el epitelio del quiste aparentemente no neoplásico <sup>18,19</sup>.

*Tratamiento:* La marsupialización es útil para el procedimiento quirúrgico, para los cuadros morfológicos del ameloblastoma unicístico de gran magnitud y se reduce en pacientes jóvenes el volumen del tumor; así mismo, se restringe cualquier comportamiento. El seguimiento post-operatorio es trascendental en la terapia de los ameloblastoma, se ha evidenciado que el 50% de todas las recurrencias se encuentran dentro de los primeros años del tratamiento <sup>12</sup>.

### **Ameloblastoma Periférico (Extraóseo)**

Los ameloblastomas periféricos AP son tumores odontogénicos, procedente de elementos odontogénico epiteliales y mesenquimales, su crecimiento es lento e invasivo. Entre el 1 al 5% de los casos de ameloblastoma se manifiestan en diferentes partes del cuerpo, concernientes a los tejidos bucales blandos, a la mucosa alveolar y gingivitis <sup>3</sup>.

Por otra parte, los AP se lo denomina como ameloblastoma extraóseo, se produce mucosa en la encía por el tejido blando. Se presenta entre los 30 y 50 años de edad a diferencia de los otros ameloblastomas, como es el caso del extraósea que no presenta comportamiento invasor y es baja la tasa de recurrencia <sup>20</sup>. Se localiza en los tejidos blandos del retro mandibular molar por el conducto maxilar. Los tumores se encuentran en su mayoría en la mandíbula y su volumen se observa en la encía, siendo clínicamente la menos frecuente, afecta raramente al hueso adyacente y después del tratamiento quirúrgico se muestra su evolución <sup>12</sup>.

*Signos y síntomas clínicos:* Según los estudios realizados clínicamente son nódulos sésiles sólidos y su tamaño es de 0.5 a 2cm. Se localizan en el posterior de la mandíbula, no tiene ninguna predilección por algún sexo en particular, pero se le asocia con el sexo masculino, la edad promedio de aparición es por encima de los 52 años. Con frecuencia este tumor se presenta como una lesión firme, indolora, sésil, de superficie normalmente lisa, y de crecimiento exofítico. Su color tiene variantes que van entre normal y rosa, rojizo o rojizo oscuro <sup>12, 13</sup>.

*Signos radiográficos:* En los AP radiográficamente se observa un hueso subyacente con bordes escleróticos bien definidos con separación de piezas dentarias, se muestra de modo uni o multilocular semejante a pompas de jabón, cuando es multilocular los lóbulos y tabiques óseos pueden o no perforar la cortical ósea <sup>13</sup>. Sin embargo, los AP no muestran signos radiográficos cuando mucho una saucerización, esta erosión de las corticales es superficiales y no afecta al hueso medular <sup>16</sup>. Es por ello, que depender de radiográficas

panorámicas no es suficiente, pues se debe emplear el uso de tomografía computarizada (TC) y Resonancia Magnética para definir el tamaño real de la lesión. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) suelen revelar una masa circular bien delimitada <sup>19</sup>.

*Diagnóstico:* Para establecer el diagnóstico de ameloblastoma periférico, se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- De la mucosa se debe surgir el tumor, este da soporte al diente o la mordaza
- Desde lo histológico dentro de la lesión debe existir el epitelio odontogénico
- No presenta el tumor infiltración ósea, aunque presente una rara estructura es el más universal de los odontogénicos periféricos, porque representa el 67% de los casos. <sup>3</sup>

Por lo antes expuesto, es importante conocer que para hacer un diagnóstico correcto hay que tener en cuenta, que en ocasiones estas lesiones pueden confundirse con un granuloma, un papiloma o un granuloma periférico de células gigantes, porque presentan tumefacción de la encía.

*Tratamiento:* La mayoría se trata con éxito mediante escisión local, que incluya un pequeño borde de tejido normal <sup>19</sup>.

### **Ameloblastoma común (poliquístico – folicular – simple o convencional)**

El Ameloblastoma común AC, se produce por el ex novo y se desarrolla algunas veces por otros grupos clínicos que no han sido tratados o que han abandonado el tratamiento <sup>12</sup>. Se constituye por varios grupos de tumores pequeños con capas de tejido cuboidal y láminas nucleares polarizadas, que guardan relación con las células del epitelio interno ameloblasto y preameloblastos, así como las células poliédricas que presentan varios lados con perfiles poligonal, semejantes al retículo estrellado u órgano dental.

Casi todos los casos se presentan entre los 20 y los 40 años, aunque este tumor puede aparecer a cualquier edad. Esta patología se caracteriza porque se constituyen acumulaciones de peñascos grandes o folículos provenientes del epitelio ameloblástico, que se asemejan al órgano del esmalte <sup>12</sup>. La tendencia de los AC es expandirse hacia la corteza ósea, el lento crecimiento ocasiona la generación de una capa delgada externa en el periostio del hueso, que se fisura al palparla con facilidad y es un signo de diagnóstico denominado "cáscara de huevo" <sup>10</sup>.

*Características radiográficas:* Se pueden presentar los AC en zonas radiolúcidas multiloculares, para reemplazar al hueso, para ello, se analiza con rayos X, cuya apariencia es como un “panal de abeja” o “pompas de jabón” conocida como grandes loculaciones.

*Tratamiento:* Consiste en una amplia sesión quirúrgica, con tratamientos radiográficos en los hueso y un continuo seguimiento médico <sup>10</sup>. El tratamiento de grandes tumores mandibulares conlleva una alteración anatómica y funcional del paciente. La reconstrucción de estos defectos es un desafío para el cirujano, pues el tratamiento con injertos suele ser la primera opción en la mayoría de los casos, su aplicación podría estar limitada a las consecuencias derivadas de la comunicación del injerto con el medio oral.

Entre las alternativas existentes para la reconstrucción de la mandíbula están los injertos libres microvascularizados y no vascularizados, el más utilizado dentro de la última categoría es el de cresta ilíaca. El tratamiento señalado se puede realizar de manera inmediata o diferida, teniendo en cuenta tanto las condiciones locales como la exposición a la cavidad oral; además de existir un riesgo significativamente mayor de complicaciones infecciosas posterior a la reconstrucción, peligrando como consecuencia el injerto y con ello el procedimiento reconstructivo.

El polimetilmetacrilato o acrílico es ampliamente utilizado en odontología, al ser un material no degradable, biocompatible y fácilmente moldeable. Dentro de la gama de usos se destaca su utilización en cirugía reconstructiva del territorio craneofacial, en especial para la corrección de defectos en los tercios medio y superior del rostro, con buenos resultados estéticos y funcionales, además de ventajas desde el punto de vista quirúrgico. Sin embargo, en reconstrucciones mandibulares son escasos los reportes de la aplicación de este material, salvo como mantenedor de espacio en la zona articular luego de cirugías correctoras de anquilosis temporomandibular <sup>21</sup>.

### **Ameloblastomas malignos**

Los carcinomas ameloblásticos son uno de los tumores odontogénicos malignos muy poco comunes en el ámbito odontológico, Amezcua-Rosas et al <sup>9</sup>. Este tumor se lo define como maligno odontogénico raro, que combina las características histológicas de ameloblastoma, el cual se constituyen de un retículo estrellado central y una capa periférica de células epiteliales columnares vacuoladas con atipia citológica, incluso en ausencia de metástasis.

El carcinoma ameloblástico tiene un amplio rango de edad de aparición, la edad media es la tercera década de la vida, aunque se han reportado casos en niños de hasta 12 años. Tienen ligera predilección por el sexo masculino; se ha reportado mayor incidencia en personas de clase socioeconómica baja, Amezcua-Rosas et al <sup>9</sup> Por su parte, los ameloblastomas malignos no son comunes por 10 millones de habitantes 1, 79 son los casos <sup>13</sup>.

El diagnóstico sólo puede hacerse retrospectivamente, después de la aparición de depósitos metastásicos, los cuales son más frecuentes en los pulmones con un 70%, seguido de los ganglios linfáticos 28% y huesos 12%. Predominan más en la mandíbula que en el maxilar e histológicamente no hay características específicas que revelen metastasis.<sup>2</sup> Para hacer un diagnóstico correcto o no se puede establecer con la clínica aislada, sino a través de la combinación de los hallazgos clínicos, radiográficos y anatomopatológicos Amezcua-Rosas et al <sup>9,7</sup>.

Los rasgos histopatológicos incluyen: atipia celular, escasez de diferenciación, alto índice de mitosis, invasión vascular e invasión neuronal, crecimiento de infiltraciones, necrosis focal, metástasis. El tratamiento de elección es la eliminación en bloque con 2 a 3 cm de márgenes óseos, con el objetivo disminuir la recurrencia en aproximadamente de 15 a 50%. Otra opción de tratamiento es la radioterapia. Algunos autores la recomiendan antes de la cirugía, para disminuir el tamaño del tumor, aunque se discute que la radioterapia y la quimioterapia son de valor limitado; sin embargo, estos métodos necesitan ser considerados cuando hay una invasión localmente avanzada o metástasis, en casos no aptos para resección quirúrgica <sup>9</sup>.

Las metástasis pueden aparecer después de varios de tratamiento y en ausencia de las alteraciones citológica maligna de la metastásica el ciclo de supervivencia del paciente es de 10 años posterior al diagnóstico <sup>24</sup>.

### **Conclusión**

A través de la investigación se concluye, que para un manejo odontológico de los ameloblastomas se necesita un diagnóstico clínico y radiográfico como Rx panorámica dental, ecografías, ortopantomografías, resonancia magnética, ya que con ello se puede determinar la clasificación de los ameloblastomas y conducir a una conducta a seguir en el tratamiento. Cada una de las clasificaciones tienen sus síntomas, signos clínicos, radiográficos y tratamientos distintos los cuales van desde los más conservadores como

el curetaje, enucleación, marsupialización, cauterización y radioterapia, hasta tratamientos más radicales, como la resección marginal, en bloque o la resección segmentaria/hemisección.

Los ameloblastomas se clasifican en intraóseo que son el AC y el AU, que se encuentran en el tejido óseo y las extraóseo AP que se encuentra fuera del tejido óseo.

A pesar de que los ameloblastomas son benignos, si no se trata a tiempo provoca resultados negativos sobre la calidad de vida de los pacientes, pues de esta manera las células del mismo, pueden esparcirse en otras áreas del cuerpo y transformarse en células malignas, es decir en un ameloblastoma metastático.

En correspondencia con los aspectos tratados, se ha determinado la complejidad de los ameloblastomas en donde su abordaje clínico es complicado, en relación a las clasificaciones que existen, dependiendo el grado de la patología. Sugiriendo a los operadores hacer un diagnóstico en el cual se pueda identificar el ameloblastoma, sin olvidar la importancia de interconsulta con el patólogo y cirujano bucal que lleva al éxito con el paciente.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Paredes Kirdiapkina VI., Fonseca Chiriboga PS. Repositorio Digital USFQ: Estudio retrospectivo para determinar la prevalencia de tumores odontogénicos de acuerdo a la edad, localización, sexo, aspectos clínicos y aspectos radiográficos en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín, Ho [Internet]. Universidad San Francisco de Quito; 2017 [citado 2022 Mar 3]. Disponible en : <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6659>
2. Córdova Alvarez MJ., Benenaula Bojorque JA. Prevalencia de tumores benignos de origen odontológico en pacientes atendidos en el Hospital Eugenio Espejo durante los años 2011 a 2016 [Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2017 [citado 2022 Mar 3]. Disponible en : <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12704/1/T-UCE-0015-716-2017.pdf>
3. Espino Otero S., Pose Rodríguez J., Otero Casal M., Romero Rodríguez J. Ameloblastoma periférico. Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica. RCOE. 2018;23(1):255–60.

4. Vivero Couto L. Tratamiento conservador en ameloblastoma: Caso clínico con seguimiento a siete años (Artículo premiado en el Certamen Jóvenes Odontopediatras). In: Tratamiento conservador en ameloblastoma [Internet]. 2017 [citado 2022 Mar 4]. p. 162–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126197>
5. Mayo Clinic. Ameloblastoma - Síntomas y causa [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado 2022 Mar 6]. Disponible en : <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ameloblastoma/symptoms-causes/syc-20351278>
6. Morales Navarro D. Ameloblastoma: Revisión de la literatura. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 2022 Mar 3];46(3):48–61. Disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300006)
7. Liceaga Escalera CJ., Montoya Pérez LA., Vélez Cruz M., Jiménez de la Puente G. Ameloblastoma uniuístico tratado mediante descompresión y enucleación. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Odontológica Mex [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 3];24:42–9. Disponible en : [www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam](http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam)
8. Urbano del Valle S., Tovío Martínez E., López Aparicio E. Ameloblastoma multiquístico de crecimiento rápido con reconstrucción parcial. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 3];4(55):1–8. Disponible en : <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1784/667>
9. Amezcua-Rosas GM., Lorelei-Mendoza P., Soto-Avila JJ., Alfonso-Gómez H., Ramírez-Sandoval CR., MejoradaHernández AG. Carcinoma ameloblástico Revisión de la literatura y presentación de caso clínico. Vol. 1, Salud Jalisco. 2021.
10. Pardo Pérez ZN., Rodríguez Rodríguez MA., García Muñoz A. Identificación de mutaciones somáticas en las variantes del ameloblastoma por secuenciación masiva [Internet]. Centro de investigación y estudios avanzados del Instituto Politécnico Nacional; 2019 [citado 2022 Mar 4]. Disponible en :

<https://repositorio.cinvestav.mx/bitstream/handle/cinvestav/1116/SSIT0016152.pdf?sequence=1>

11. Cordovés Molina KI., Zaldívar Pérez LM., Estévez de la Torre E., Amador Velázquez AA., Nonell Fernández L del R., Zaldívar Cordovés LN. Evaluación imagenológica de un ameloblastoma mandibular: presentación de un caso | Cordovés Molina | Correo Científico Médico. Correo Científico Médico [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 6];4(23). Disponible en : <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3255/1854>
12. Alcívar Giler LM., Pesantes Cobo EJ. Prevalencia de ameloblastomas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2013-2018 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2019 [citado 2022 Mar 6]. Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/39935>
13. Estrada Sarmiento M., Rodríguez Licea E., Lenes Licua A., Toledo Borbolla B. Ameloblastoma mandibular. Análisis de 8 casos. *Multimed.* 2018;22(4):871–82.
14. Gatti PC., Florencia D., Ruiz D., Giannunzio G. Reconstrucción con prótesis customizada de articulación temporomandibular tras resección de ameloblastoma. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2021;1(1):35–9.
15. Serrano Panta FA. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del ameloblastoma uniuístico mandibular. [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.; 2019 [citado 2022 Mar 6]. Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40425>
16. Valecillos Fuenmayor MV., Guillen Rivera GJ., Ortega-Pertuz AI., Pérez L. Ameloblastoma uniuístico intramural en maxilar superior. Reporte de un caso. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 2018 Dec 10 [citado 2022 Mar 7];21(4):322–8. Disponible en : <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/15561>
17. Sevillano Monterroso RA. Manejo quirúrgico del ameloblastoma. definición, diagnóstico y técnica quirúrgica [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

- Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017 [citado 2022 Mar 7]. Disponible en : [http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1337#.YiWJ\\_3C6azY.mendel ey](http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1337#.YiWJ_3C6azY.mendel ey)
18. Robinson L., Martinez MG. Unicystic ameloblastoma: a prognostically distinct entity. 1977 [citado 2022 Mar 8];27:28. Disponible en : [https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(197711\)40:5%3C2278::AID-CNCR2820400539%3E3.0.CO;2-L](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(197711)40:5%3C2278::AID-CNCR2820400539%3E3.0.CO;2-L)
  19. Española R., Pozo JA., Espinoza Yañez J. Ameloblastoma unicístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización de la bibliografía. Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac [Internet]. 2011;33(2). Disponible en : [www.elsevier.es/recomwww.elsevier.es/recom](http://www.elsevier.es/recomwww.elsevier.es/recom)
  20. Fernández Tapia MJ., Flores L., Morgante J., Innocenti C., Rivarola E. Ameloblastoma periférico: un tumor poco frecuente. Dermatología Argentina. 2017;23(4):202–4.
  21. Quinchuela Ponce MÁ. Actualización sobre el diagnóstico y tratamiento del ameloblastoma [Internet]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2021 [citado 2022 Mar 8]. Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56337>
  22. Gudiño J. Ameloblastoma Folicular. Acta Odontológica Venez [Internet]. 2002 [citado 2022 Mar 6];40(3):282–5. Disponible en : [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652002000300006](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000300006)
  23. Araya I., Canto L., Zamorano G., Yanine N., Domancic S., Villanueva J. Reconstrucción de defectos mandibulares: bloque acrílico como mantenedor de contorno de tejidos. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2019 Mar;12(1):47–9.
  24. Melo-Uribe MA., Piñeros Cely MC., Torres Cediel AM., Parra Fuentes F., Baracaldo Ayala RL. Ameloblastoma metastásico. Rev Repert Med y Cirugía.

2020 Jul 13;1-3.