

## Odontoma ameloblástico



H. GENDELMAN (\*)  
H. HELLER (\*\*)

El odontoma ameloblástico, conocido también como odontoma blando, es un tumor odontogénico benigno, en que los componentes conjuntivo y epitelial presentan características tumorales <sup>1</sup>, de manera que puede resultar un tumor en el que suele depositarse esmalte, dentina y/o cemento <sup>2</sup>, pero en el cual existe más epitelio odontogénico que el que se observa en el desarrollo del esmalte <sup>3</sup>.

Conceptuado como un tumor raro, <sup>4</sup> en una revisión de la literatura hacia fines de 1963, Borello y Oribe <sup>5</sup> hallaron 30 casos publicados, destacando la probabilidad de que muchos otros hayan sido confundidos con ameloblastomas, o que por un estudio incompleto de las partes blandas que rodean a los quistes y a los odontomas, no hayan sido diagnosticados como odontomas ameloblásticos.

En este tipo de tumor se encuentra la persistencia de partes blandas semejantes a las de un fibroma ameloblástico, pero muchas de estas lesiones pueden progresar hasta volverse odontomas complejos, y en algunos, el epitelio puede exhibir capacidad de crecimiento continuo <sup>3</sup>.

Es conveniente recordar que no debe considerarse como una variante del ameloblastoma, ya que carece de la agresividad de éste y su tratamiento, la mayoría de las veces sólo exige un buen curetaje <sup>2</sup>.

La presencia simultánea de tejidos embrionarios conjuntivos y epiteliales y tejidos maduros y mineralizados, nos demuestra fehacientemente la gran actividad

inductora recíproca que existe en este tumor, que representa una de las formas más primitivas de los odontomas.

En un tumor mucho más frecuente en los niños, muy probablemente relacionado con la ausencia de una pieza dentaria, pudiendo encontrárselo en cualquiera de los maxilares.

Su malignización es rara pero existe, pudiendo dar origen al odontosarcoma ameloblástico <sup>2-3</sup>.

### Informe de un caso

La paciente (G. P.) era una niña de 11 años de edad, que concurre a la consulta por un dolor persistente de localización difusa a partir del sitio donde debía encontrarse erupcionado el primer premolar superior izquierdo, y que percibe desde hace aproximadamente dos años, con una lenta y progresiva tumefacción de la zona, con borramiento del surco naso-geniano, y exquisita sensibilidad en la zona de referencia. Por esta circunstancia, el odontólogo, unos meses antes, y al parecer sin estudio radiográfico previo, le extirpó el primer molar temporario superior izquierdo, con un post-operatorio muy doloroso y con aumento de la tumefacción, debido a la cual, decide concurrir a la consulta de uno de nosotros.

### Examen del paciente

De la anamnesis y el examen físico general, así como también de los análisis practicados, no se rescatan datos de importancia, a no ser los detalles inherentes al proceso, más arriba informados, y que en resumen

(\*) Profesor Titular de Anatomía y Fisiología Patológicas. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

(\*\*) Dr. en Odontología y Médico Cirujano.

S  
D 792  
G 325

7019

consistían en una tumoración elevada en la zona del primer premolar superior izquierdo, con ausencia del elemento dentario, que se extiende en sentido mesio distal hasta los elementos vecinos, poco depresible y dolorosa. Las piezas dentarias vecinas conservaban su vitalidad.

Radiográficamente se apreciaba una amplia lesión osteolítica unilocular que se extendía, hacia arriba, hasta los límites del seno maxilar, pero sin provocar desplazamiento de su pared, y hacia abajo hasta los límites de la cresta ósea, o sea parte del

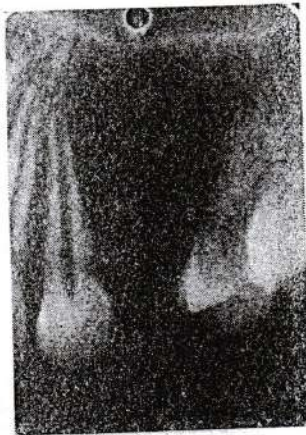


Fig. 1: Radiografía periapical que muestra la lesión osteolítica con algunas calcificaciones en su masa.

reborde alveolar; hacia adelante hasta la raíz del canino provocando su ligero desplazamiento y hacia atrás hasta el segundo premolar (fig. 1). Se destacan algunas zonas de calcificación dentro de la imagen radiográfica de la lesión. En una toma radiográfica oclusal se aprecia como el proceso ha "soplado" la tabla ósea, pero sin destruirla (fig. 2).

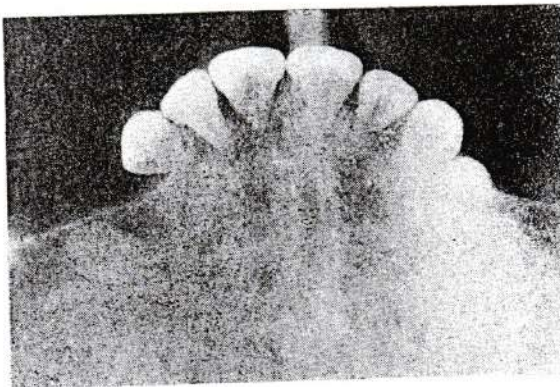


Fig. 2: Radiografía oclusal que muestra la lesión osteolítica y el "soplado" de la tabla ósea.

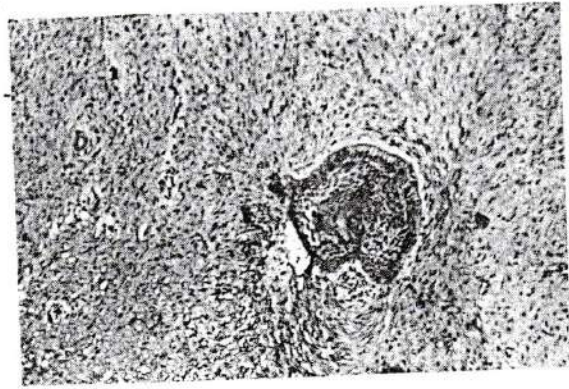


Fig. 3: Fotomicrografía que muestra tejido conectivo muy celular, parecido a la papila dentaria con un cordón epitelial cuyas células son similares a las del órgano del esmalte. H. y E. x 100.

Se proyectó y realizó una intervención quirúrgica del proceso, estrictamente dedicada a la lesión, como si se tratara de un verdadero quiste. El post-operatorio fue normal, desapareciendo toda clase de sintomatología.

#### *Examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica*

El espécimen nos mostró una masa única de tejido blando, más o menos irregular en su superficie externa, con induraciones ligeramente perceptibles en algunos sectores.

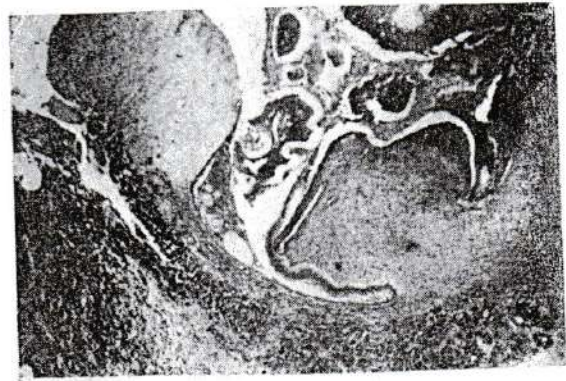


Fig. 4: Fotomicrografía que muestra una imagen de germen dentario incompletamente desarrollado, en comienzos de mineralización y con algunas modificaciones de degeneración microquistica. H. y E. x 35.

A nuestro juicio interesan más los hallazgos histopatológicos, que por inusuales, llaman poderosamente la atención.

El examen microscópico reveló la presencia de tejido conectivo altamente celular, no diferenciado, bastante parecido a la papila dentaria, el que contenía cordones epiteliales con células columnares similares



Fig. 5: Fotomicrografía que revela en el epitelio odontogénico la presencia de "células fantasmas" (ghost cells), H. y E. x 300.

a los ameloblásticos (fig. 3), en algunos sitios con retículo estrellado y en otros mostrando imágenes de gérmenes dentarios incompletamente desarrollados (fig. 4), y con claras modificaciones de degeneración microquística, en sectores.

Pero, es interesante destacar que se observan "células fantasmas" (ghost cells),

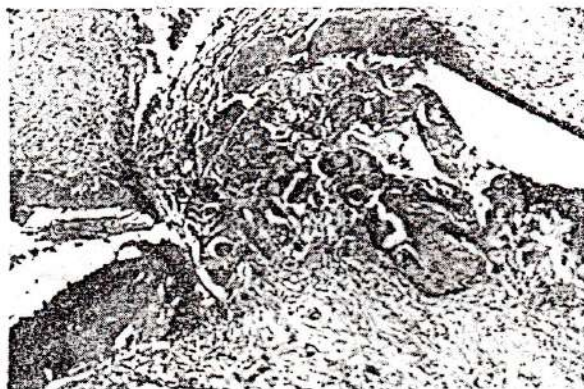


Fig. 6: Fotomicrografía que muestra la presencia de calcificaciones amorfas intraepiteliales. H. y E. x 100.

como las que suelen encontrarse en el epitelio de los quistes odontogénicos calcificados (fig. 5) y calcificaciones amorfas intraepiteliales, muy similares a las observadas en el tumor odontogénico epitelial calcificado (Tumor de Pindborg) (fig. 6), que se revelaron como P.A.S. negativas y Alcian Blue positivas, con lo que pueden ser consideradas como mucopolisacáridos ácidos.

### Summary

A case of ameloblastic odontoma in a girl of 11 years of age has been presented, which, together with the histopathologic details that are frequent in these kind of tumours, shows the presence of ghost cells, as in the calcified odontogenic cyst, an amorphous calcifications as those in the calcified epithelial odontogenic tumour (Pindborg's tumour).

### Referencias

- 1) Thoma, K. H. y Goldman, H. M.: *Odontogenic Tumors; a classification based on observation of the epithelial, mesenchymal, and mixed varieties*; Am J. Path. 22: 433-472, 1946.
- 2) Borello, E. D.: *Anatomía Patológica de los tumores de los maxilares y de los tejidos blandos bucales*, 3ª Edición, pág. 66-68, Ed. La Médica, Rosario 1959.
- 3) *Nomenclature international and classification of odontogenic tumors and allied lesions; Comité para el estudio de los tumores odontogénicos, reunido en Copenhagen (Denmark)*, Julio 31-agosto 5, 1957, O. M. S. (Conclusiones cedidas gentilmente por el Prof. Dr. R. Cabriní (h) (Bs As.).
- 4) Chonkas, N. C. y Toto, P. D.: *Or. Surg., Or. Med. y and Or. Path.* Vol. 17, No 1, pág. 10 a 15, 1964.
- 5) Borello, E. D. y Oribe, J.; citado por Borello, E. D. (2) pág. 65.

