

# Fibro-odontoma ameloblástico y su nueva clasificación a propósito de un caso

## Ameloblastic fibro-odontoma and its new classification regarding a case

Mónica de la Fuente Escalona<sup>1</sup> Claudio San Martín Mardones<sup>2</sup> Benjamín Martínez Rondanelli<sup>3</sup> Edgardo Pineda Taladriz<sup>4</sup> Hilda Moris Vidal<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cirujano Dentista, Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital San José, Santiago de Chile.

<sup>2</sup> Cirujano Maxilofacial, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

<sup>3</sup> Departamento de Patología Oral - Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Chile.

### Correspondence

Dirección para Correspondencia:  
Mónica de la Fuente Escalona  
Pasante en Servicio de Cirugía Maxilofacial,  
Hospital San José.  
Santiago  
CHILE

ORCID: 0000-0003-3649-4957

E-mail: monica.delafuentesc@gmail.com

Teléfono: +56996336718

**DE LA FUENTE EM, SAN MARTIN MC, MARTÍNEZ RB, PINEDA TE, MORIS VH.** Fibro-odontoma ameloblástico y su nueva clasificación a propósito de un caso. *Craniofac Res.* 2022; 1(2):129-134.

**RESUMEN:** Fibro-odontoma ameloblástico (AFO) es un tumor odontogénico mixto con alta prevalencia en primera década de vida. Posee predilección por el sexo masculino y se localiza con frecuencia en la zona posterior de mandíbula. Se presenta el caso de un niño de 6 años que durante su atención odontológica de rutina se pesquisa hallazgo radiográfico en ángulo mandibular izquierdo, lesión de límites definidos y de densidad mixta que contenía germen de diente 3.7, clínicamente con discreto aumento de volumen hemifacial izquierdo, mucosa normal y asintomático. Se realizó intervención quirúrgica según criterios clínicos y radiográficos, bajo hipótesis diagnóstica de AFO realizándose escisión completa de lesión, extracción de germen y curetaje de la zona. El diagnóstico histopatológico arrojó fibro-odontoma ameloblástico, sin descartar la posibilidad de ser un odontoma en formación. Se discute lo controversial de esta entidad y su actual clasificación, debido a que es considerado por algunos autores como fibroma ameloblástico, por otros como odontoma en formación o una transición de ambas. Se destaca además, la importancia de los controles periódicos asociados a ella.

**PALABRAS CLAVE:** Fibro-odontoma ameloblástico, tumor odontogénico.

## INTRODUCCIÓN

El fibro-odontoma ameloblástico (AFO) es un tumor odontogénico mixto benigno poco común de crecimiento lento, su origen se debe a proliferación epitelial y mesenquimática de los tejidos dentales (Rajendra Santosh & Ogle, 2020).

AFO posee una alta prevalencia en la primera década de vida, con una edad promedio de 10 años, siendo poco frecuente en adultos. Presenta predilección por el sexo masculino y se ubica predominantemente en la zona posterior de la mandíbula asociado en su mayoría a un primer o segundo molar incluido (Neville *et al.*, 2016). Clínicamente presenta aumento de volumen, induración de mucosa oral y

en general son asintomáticos, por lo que suelen ser un hallazgo radiográfico (Atarbashi-Moghadam *et al.*, 2019).

Histológicamente los AFO presentan cordones e islotes de epitelio odontogénico en un tejido conectivo laxo de aspecto primitivo que se asemeja a la papila dental. El elemento calcificado consiste en focos de formación de matriz de esmalte y dentina (Neville *et al.*, 2018).

Radiológicamente los AFO se presentan como lesiones uniloculares radiolúcidas y raramente multiloculares, bien definidas y con una cantidad variable de tejido mineralizado (Neville *et al.*, 2016). Generalmente se diagnostican cuando son pequeños 1 a 2 cm, sin embargo, se han reportado ca-

que ocupan todo el cuerpo mandibular (Cohen & Bhattacharyya, 2004). El propósito de este trabajo fue exponer el tratamiento de AFO y discutir de esta entidad diagnosticada a veces como odontoma en formación o fibroma ameloblástico.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 6 años, acude derivado por odontólogo general debido a hallazgo radiográfico en zona mandibular izquierda, sin sintomatología asociada. El paciente no tiene antecedentes mórbidos, alergias o quirúrgicos de relevancia. Al examen extraoral se observó leve asimetría facial y funcionalidad mandibular conservada (Fig.1.A). Al examen intraoral, se observó dentición temporal completa, aumento de volumen en cuerpo mandibular izquierdo por distal a diente 7.5, de consistencia dura e indolora a la palpación, cubierto de mucosa normal (Fig.1.B). La radiografía panorámica inicial (Fig.3) mostró una lesión radiolúcida de límites definidos de aspecto unilocular en ángulo mandibular con aspecto mixto. Al cone beam se observó lesión unilocular radiolúcida bien delimitada, que se extendía distal a primer molar inferior izquierdo hasta el ángulo mandibular, conteniendo a germen dentario de diente 3.7 asociado a zonas radiopacas y mixtas que asemejaba tejido calcificado. Dimensionalmente medía 21,68 mm en sentido anteroposterior, 9,30 mm vestibulo-lingual y



Fig. 2. Radiografía panorámica donde se observa lesión de radiopacidad mixta en cuerpo y ángulo mandibular izquierdo.

transversalmente 15,74 mm (Fig.4, 5 y 6). La lesión adelgaza y expande corticales sin romperlas y respeta paquete neurovascular dental inferior desplazándolo hacia caudal.

Se decidió intervenir quirúrgicamente realizando escisión completa de la lesión bajo el diagnóstico presunto de AFO basándonos en antecedentes clínicos y radiográficos. En pabellón bajo anestesia general se realizó abordaje de cuerpo mandibular, colgajo semi Newman en sector de diente 3.7 con descarga mesial por distal a diente 7.5. Se realizó osteotomía para exponer el tumor extenso, curetaje, exéresis de membrana quística, de diente 3.7 y dentículos. Se realizó aseo e irrigación con suero fisiológico, sutura vycril 3.0 (Fig.4. A,B). El manejo farmacológico se realizó con amoxicilina e ibuprofeno en suspensión.

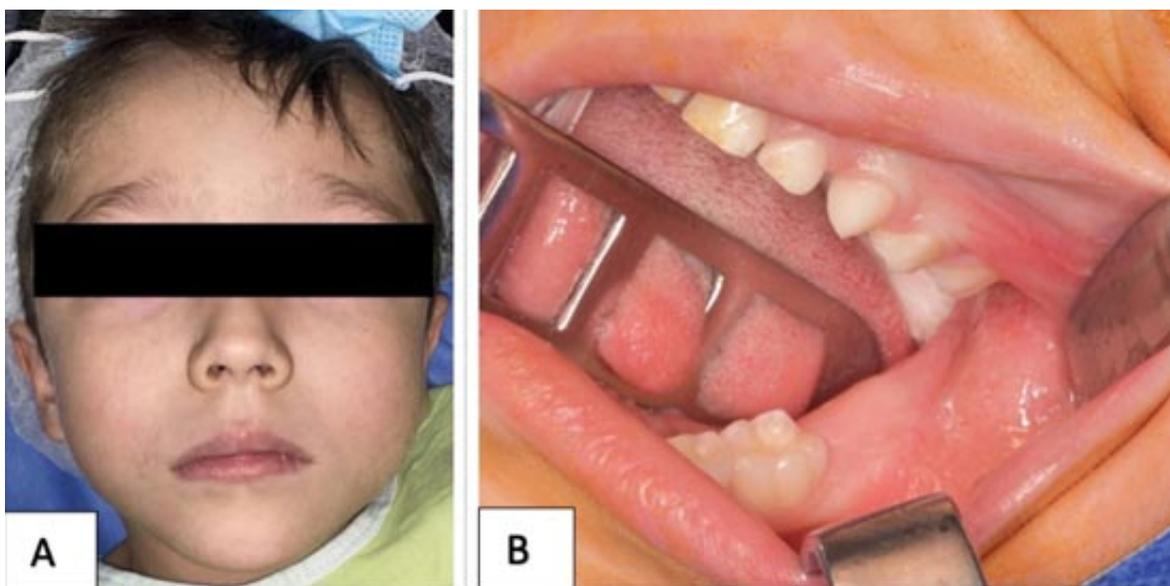


Fig.1A. Leve aumento facial izquierdo. Fig.1B. Aumento de volumen en cuerpo mandibular izquierdo, mucosa sin alteraciones.

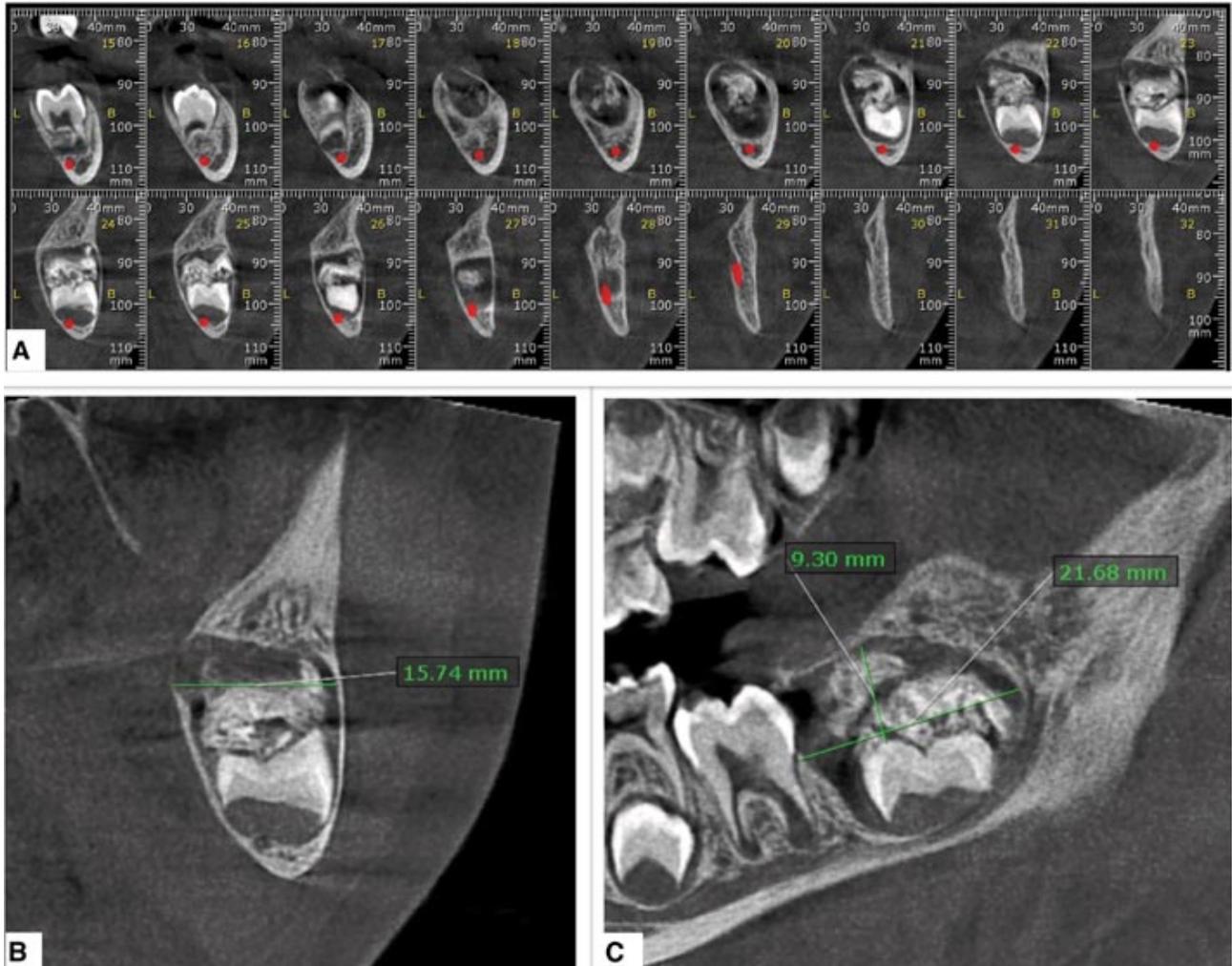


Fig.3A. Cone Beam zona mandibular izquierda con cortes coronales, en rojo posición canal mandibular. Fig. 3B. Corte transversal extensión de lesión 15.74 mm en sentido vestibulo lingual . Fig. 3C. Corte sagital extensión anteroposterior 21.68mm.

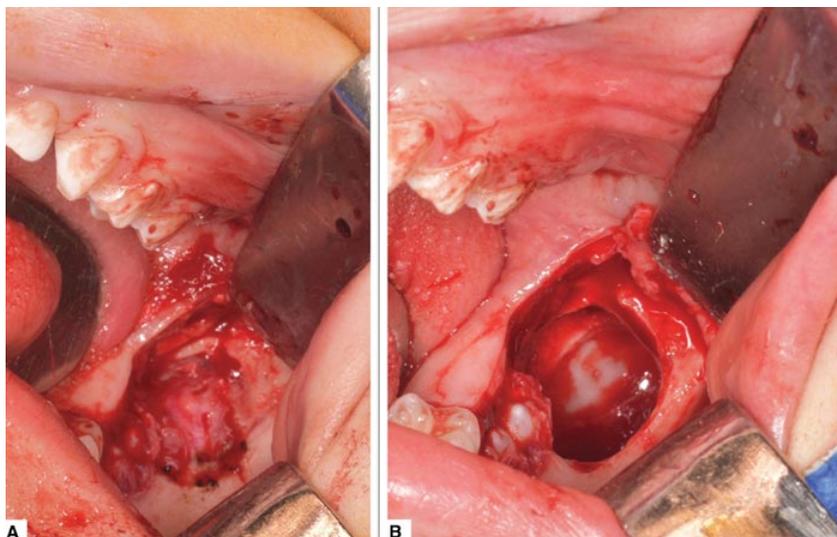


Fig. 4A. Exposición de la lesión. Fig. 4B. Zona quirúrgica acondicionada posterior a enucleación de tumor.

Bajo tinción con hematoxilina-eosina, el tumor arrojó proliferación epitelial dispuesta en cordones con células en empalizada similares a ameloblastos, con retículo estrellado inmersas en tejido conjuntivo laxo, similar a papila dentaria, con algunas zonas de formación inicial de dentina y diferenciación odontoblástica. Además, se observó tejido dentinario con formación de túbulos irregulares, epitelio odontogénico con formaciones redondeadas con aspecto similar a ductos, con células en empalizada como

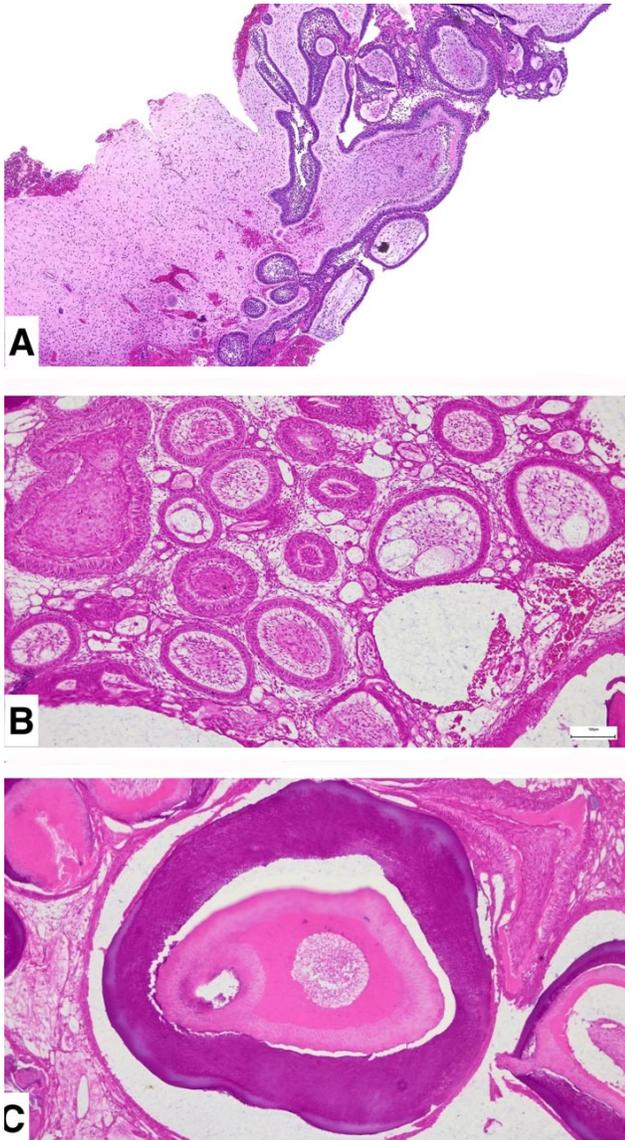


Fig. 5A, B y C Cortes histológicas con tinción hematoxilina eosina muestran proliferación epitelial dispuesta en cordones con células en empalizada, zonas de formación dentina y diferenciación odontoblástica. Además, se observó tejido dentinoide, matriz de esmalte y epitelio odontogénico con aspecto de ductos.

ameloblastos rodeados por matriz de esmalte en algunas zonas (Fig.5.A, B y C). El resultado histopatológico fue AFO, sin embargo, no se pudo descartar que fuera un odontoma en formación. Posterior a 4 meses de la intervención quirúrgica se solicitó un cone beam de la zona, la cual mostró formación ósea en sitio intervenido (Fig.6). Actualmente el paciente se encuentra en controles periódicos con el fin de evaluar correcta recuperación.

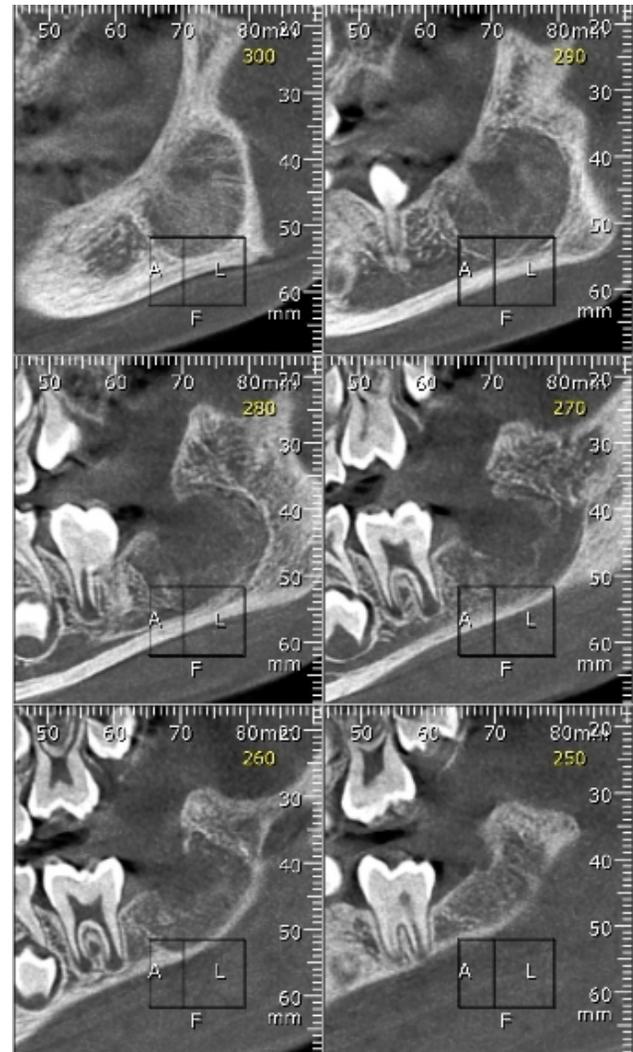


Fig. 6. Cone Beam corte sagital de vestibular a lingual donde se observa amplio lecho quirúrgico con trabeculado óseo cicatricial en relación a paredes óseas.

## DISCUSIÓN

El fibro-odontoma ameloblástico es un tumor odontogénico del desarrollo mixto de origen epitelial y mesenquimático, que presenta una incidencia 0,3-1,7% de los tumores

mandibulares (Gantala *et al.*, 2015). Es una entidad que posee características estructurales microscópicas de un AF, pero con tejido mineralizado, ya sea dentina y/o esmalte (Atarbashi-Moghadam *et al.*, 2019). Por otro lado, una entidad similar denominada fibro- dentinoma ameloblástico (AFD) presenta sólo dentina o tejido dentinoide (Atarbashi-Moghadam *et al.*, 2019).

Según la última clasificación de la OMS, el AFO se considera como un odontoma en desarrollo. Sin embargo, esto es controversial, debido a que se ha sugerido que AFO puede considerarse una lesión intermedia entre AF y odontoma, pues tiene un componente blando similar al primero y un componente duro similar al último, no obstante en este es menos organizado. Además, AFO presenta mutaciones similares a las presentes por un AF como son las del gen BRAF p.V600E de las cuales carece el odontoma. Sumado a esto, AFO si expande corticales algo que sucede raramente en el odontoma (Vered & Wright, 2022).

Existe evidencia que estas lesiones pueden alcanzar grandes tamaños y ocurrir en edades diferentes a las de un odontoma. Además, según sus características histopatológicas estas lesiones no siempre madurarán progresivamente a odontoma y por tanto, algunas pueden ser consideradas neoplasias verdaderas. En resumen AFO puede ser diagnosticado con el nombre de otras identidades como odontoma en desarrollo o fibroma ameloblástico, o bien como identidad propia (Chrcanovic & Gomez, 2017).

El tratamiento indicado es un curetaje conservador o enucleación de la lesión, debido a que AFO suele desprenderse fácil de su lecho óseo y posee un bajo porcentaje de recidiva (7%), sin embargo es clave un seguimiento clínico riguroso posterior a la cirugía (Atarbashi-Moghadam *et al.*, 2019; Neville *et al.*, 2016). Cuando está asociado a un diente incluido, este debe ser retirado conjuntamente. Si el diente se encuentra en la periferia de la lesión o impactado, el tumor debe ser retirado cuidadosamente sin extraer el diente (Cohen & Bhattacharyya, 2004).

En general AFO es una lesión que no tiende a ser agresiva, sin embargo algunos estudios han reportado múltiples recurrencias de hasta 6 años posterior al alta. En esta línea se ha propuesto que AFO puede presentar una transformación maligna a fibro-odonto sarcoma ameloblástico (AFOS), un tercio de ellos se desarrollan a partir de un AF y 3 casos han sido reportados a partir de AFO. Se sugiere que lesiones diagnosticadas como AFO y que sufren

recurrencias no sólo se debe pensar en ello, sino también en recurrencia maligna y por tanto, esto debe ser considerado en un control y seguimiento por varios años de los pacientes (Gatz *et al.*, 2015).

**DE LA FUENTE EM, SAN MARTIN MC, MARTÍNEZ RB, PINEDA TE, MORIS VH.** Ameloblastic fibro-odontoma and its new classification regarding a case. *Craniofac Res.* 2022; 1(2):129-134.

**ABSTRACT:** Ameloblastic fibro-odontoma (AFO) is a mixed odontogenic tumor with a high prevalence in the first decade of life. It has a predilection for the male sex and is frequently located in the posterior area of the mandible. We present the case of a 6 year old boy who during his routine dental care was found to have a radiographic finding in the left mandibular angle, a lesion with defined limits and mixed density containing tooth germ 3.7, clinically with a discrete increase in left hemifacial volume, normal mucosa and asymptomatic. Surgical intervention was performed according to clinical and radiographic criteria, under diagnostic hypothesis of AFO, performing complete excision of the lesion, germ extraction and curettage of the area. The histopathological diagnosis showed ameloblastic fibro-odontoma, without ruling out the possibility of being an odontoma in formation. The controversy of this entity and its current classification is discussed, because it is considered by some authors as an ameloblastic fibro-odontoma, by others as an odontoma in formation or a transition of both. The importance of periodic check-ups associated with it is also emphasized.

**KEY WORDS:** Ameloblastic fibro-odontoma, odontogenic tumor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atarbashi-Moghadam S, Ghomayshi M, Sijanivandi S. Unusual microscopic changes of ameloblastic fibroma and ameloblastic fibro-odontoma: A systematic review. *J Clin Exp Dent.* 2019; 11(5):e476-e481. <https://doi.org/10.4317/jced.55460>
- Chrcanovic BR, Gomez RS. Ameloblastic fibrodentinoma and ameloblastic fibro-odontoma: An updated systematic review of cases reported in the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75(7):1425-1437. <https://doi.org/10.1016/J.JOMS.2016.12.038>
- Cohen DM, Bhattacharyya I. Ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and odontoma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2004; 16(3):375-384. <https://doi.org/10.1016/J.COMS.2004.03.005>
- Gantala R, Gotoor SG, Kumar RV, Munisekhar MS. Ameloblastic fibro-odontoma. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015:bcr2015209739. <https://doi.org/10.1136/BCR-2015-209739>
- Gatz SA, Thway K, Mandeville H, Kerawala C, MacVicar D, Chisholm J. Chemotherapy responsiveness in a patient with multiply relapsed ameloblastic fibro-odontosarcoma of the maxilla. *Pediatr Blood Cancer.* 2015; 62(11):2029-2032. <https://doi.org/10.1002/PBC.25627>

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Journal of Chemical Information and Modeling, Vol. 53. Saunders, Elsevier, St. Louis, Missouri, 2008.

Rajendra Santosh AB, Ogle OE. Odontogenic Tumors. *Dent Clin North Am.* 2020; 64(1):121-138. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.008>

Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.* 2022; 16(1):63-75. <https://doi.org/10.1007/S12105-021-01404-7>