TRANSFORMACIÓN AMELOBLASTOMOSA DE LOS QUISTES PARADENTARIOS

Dr. J. CAROL MONTFORT

Jefe del Servicio de Estomatología del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo
Académico C. de la Real de Medicina

A modo de introducción y para orientar el asunto a tratar en este artículo, comencemos por transcribir la clasificación genética de las

Neoplasias de los maxilares relacionadas con el sistema dentario

Odontomas: neoplasias producidas a expensas de los tejidos dentarios: *Simples*: Adamantinoma, Cementoma. *Compuestos*: mezcla disforme de tejidos dentales, normales y atípicos.

Paraodontomas: neoplasias originadas por los tejidos o restos tisulares que han intervenido directamente en la génesis dentaria: *Quísticos*: Radiculares. Dentígeros. Ectodónticos. *Sólidos* (primitivamtente). Ameloblastoma.

En líneas generales esta división corresponde a la que BROCA, en términos menos precisos, establece en los Odontomas (nombre genérico para él, en Odontoplasias y Embrioplasias).

En ella puede verse como el ameloblastoma, nombre con que científicamente designamos el adamantinoma de BORST o epitelioma adamantino de MALASSEZ, queda incluído como un verdadero paraodontoma al igual que los quistes paradentarios o paraodontomas quísticos con los que no solamente tiene analogías patogénicas, sino concomitancias clínicas que conviene destacar.

El origen paradentario del ameloblastoma está universalmente admitido después de los trabajos de MALASSEZ, pero no están suficientemente evidenciadas las formas diversas de su aparición y desarrollo, lo cual tiene no solamente un interés doctrinal, si que también primordial importancia, desde el punto de vista clínico, por las consideraciones que vamos a exponer.

Recordemos el hecho significativo de que sea el ángulo y ramas del maxilar su sitio de elección; ello es debido a ser en esta región donde ocurren la mayor parte de inclusiones y heterotopias de la lámina epitelial, a la proliferación de la cual se deben los folículos dentarios. Este hecho guarda relación con la disposición morfológica del maxilar así como a la forma de su desarrollo y calcificación, en un todo semejante a la de un hueso largo con las características que se desprenden de su peculiar morfología subordinada a la presencia y funciones de los dientes. En efecto, el cuerpo mandibular representa la diáfisis doblada en forma parabólica y las ramas las epifisis dispuestas angularmente en relación al cuerpo, y para que esta comparación sea más exacta, recuérdese que el primero se calcifica y organiza según un proceso de osificación periostal mientras las ramas lo verifican por medio de un cartílago de osificación a la manera de las epífisis de los huesos largos. Probablemente por la forma doblada del hueso de esta región y la coexistencia de brotes foliculares supernumerarios o abortivos, así como de restos de la lámina dentaria, incluídos en este sitio (en el que tiene lugar el proceso de moldeamiento y reabsorción del hueso primitivo para su sustitución por el hueso adultos), es ésta, la región donde las anomalías y disgenesias dentarias son más frecuentes, y en armonía con ellas lo son igualmente las formaciones neoplásicas de que nos ocupamos.

Ahora bien, son muchos los autores que han creído como única causa ocasionante del ameloblastoma la evolución atípica del folículo de un diente incluído y alrededor de este criterio exclusivista se ha originado ya en pro ya en contra, una nutrida discusión. Prescindiendo de reproducir polémicas infructuosas, diremos, en síntesis, que el ameloblastoma puede originarse de tres maneras distintas:

1.ª Por proliferación neoplásica de la cubierta pericoronaria de un molar in-

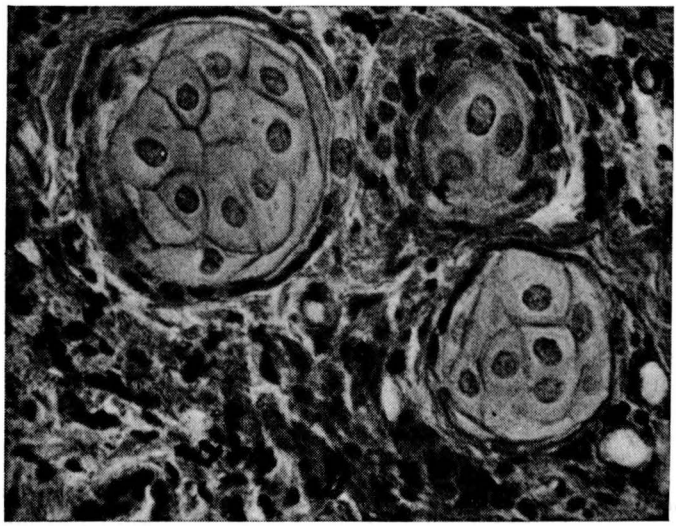

Fig. 1. Proliferaciones epiteliales en un granuloma coronario de un tercer molar incluido.

Fig. 2. - Son frecuentes las anomalías de número en la región del cordal. La presente radiografía corresponde a un caso poco común de cuartos molares en ambas arcadas.

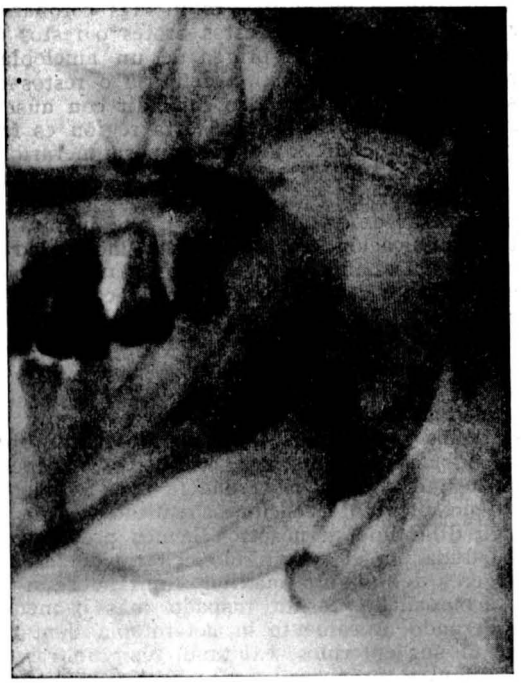

Fig. 3. - Enorme quiste de ángulo y rama en el que la biopsia encontró principios de transformación ameloblastosa. Véanse las figuras núms. 6 y 7.

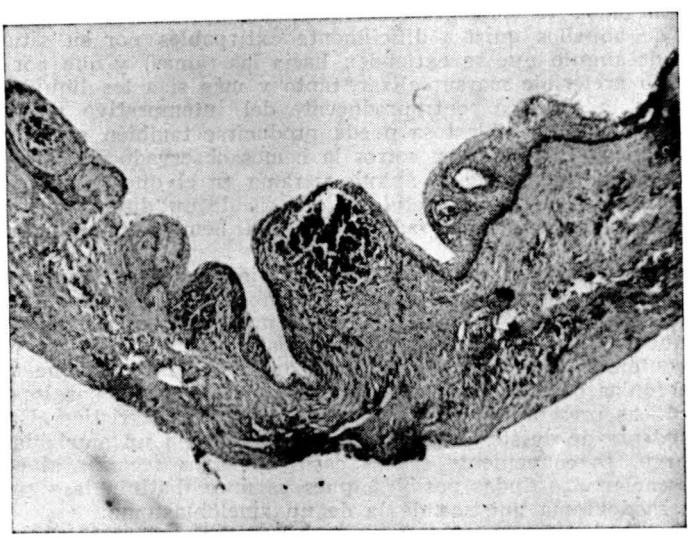

Fig. 4. - Brotes con células de aspecto estrellado en la pared epitelial de un paraodontoma quístico.

cluído, o sea por los restos del germen del esmalte. Es frecuente en los terceros molares incluídos encontrar acúmulos tisulares a modo de granulomas coronarios cuando se procede a su extracción, y es muy posible que estos brotes o restos de los mismos, puedan, evolucionando atípicamente, ser el origen de un ameloblastoma (Fig. 1). 2.ª Por brotes foliculares atípicos de la lámina dentaria o restos de la misma y su transformación neoplásica; estos brotes pueden coincidir con ausencias dentarias o ser brotes supernumerarios. Recuérdese que en esta región es frecuente las alteraciones de número, ya por exceso (cuartos molares supernumerarios), ya por defecto (anodoncias cordales.) (Fig. 2). 3.ª Por transformación ameloblastosa de la pared epitelial de un quiste paradentario.

De todas ellas, la menos conocida, a pesar de su frecuencia y que inspira el punto de vista práctico de la presente comunicación, es esta última modalidad y de un modo especial la degeneración ameloblastomatosa de quistes paradentarios intervenidos de manera deficitaria, intempestiva o con orientación equivocada, hecho cada día más frecuente dado que es mayor el número de paraodontomas quísticos conocidos gracias a la frecuente exploración radiográfica que por causas diversas se realiza en la región maxilodentaria.

En literatura profesional es de años señalada esta posible degeneración, si bien no se le ha dado la difusión que en realidad merece; GALIPPE en su obra de homenaje a MALASSEZ tratando de los restos paradentarios, reseña dos casos operados por ALBARRÁN de ameloblastomas de maxilar superior consecutivos a repetidas intervenciones en quistes paradentarios; dos casos de verdadera transformación ameloblastomatosa provocada por las deficientes intervenciones realizadas.

A pesar de ello el hecho está poco difundido y nosotros hemos presenciado como hábiles cirujanos influenciados sin duda por el restringido criterio del diente incluído han intervenido quistes dentígeros del ángulo maxilar limitándose a la simple extracción del molar ectópico acompañado de un raspado más o menos eficiente de las partes contiguas, considerando únicamente la heterotopia dentaria y desconociendo el peligro a que sometían sus enfermos, excitando con un raspado intempestivo las partes foliculares restantes, provocando a manera de siembra, la inclusión de las mismas, en los nuevos tejidos de regeneración, dando lugar más adelante a la producción de nuevas formaciones quísticas y aún de verdaderos ameloblastomas.

También es causa de transformación ameloblastosa el tratamiento por líquidos esclerosantes de aquellos quistes difícilmente extirpables por su situación (como ocurre en los de ángulo que se extienden hacia las ramas) y que por esta dificultad se ha creído preferible marsupializar, tanto y más si a los líquidos esclerosantes ha precedido la práctica contraproducente del intempestivo raspado.

La transformación ameloblastosa puede producirse también sin traumatismo ni causa aparente que lo explique y nosotros la hemos observado al realizar el examen histológico de un enorme quiste de ángulo y rama en el que no se había realizado manipulación alguna y el cual sometido al criterio de un distinguido cirujano, fué resuelto con un intervencionismo radical por una hemiresección mandibular. (Figura 3).

Afortunadamente existen manifestaciones clínicas que nos hacen pensar en la posible transformación ameloblastomatosa de un quiste y muchas veces una minuciosa exploración radiográfica nos pondrá de manifiesto esta evolución. En efecto, sabemos que el ameloblastoma aun desprovisto de malignidad es un tumor infiltrante no contenido en cápsula o cubierta que lo delimite y que avanza corroyendo las trabéculas óseas dejando porciones sanas de hueso, por lo que las imágenes radiográficas presentan un aspecto poliquístico característico. En tales casos y con el precedente de quiste dentario se puede creer en un ameloblastoma.

Sin embargo, es conveniente en los casos inciertos recurrir al control histológico que nos aclare las dudas posibles, pues es muy distinta la significación clínica de un paraodontoma quístico de la de un ameloblastoma.

En opinión de AXHAUSEN, cuando en la hilera epitelial de la pared quística se producen proliferaciones más o menos circunscritas de aspecto exhuberante que luego degeneran en elementos estrellados, deben interpretarse tales disposiciones como indicios de transformación ameloblastomatosa. (Fig. 4 y 5.)

Del estudio de nuestra estadística de paraodontomas quísticos, que en la actualidad sobrepasa los 200 y después del examen histológico sistemático al cual

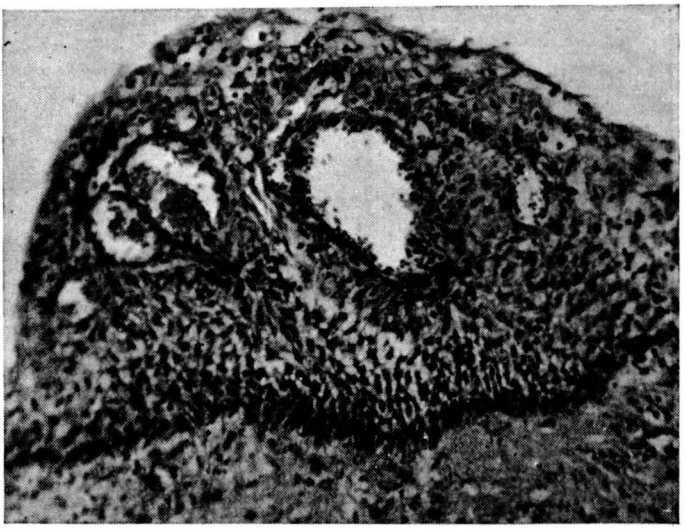

Fig. 5. - El mismo campo a mayor aumento, en el que se distinguen más nitidamente los elementos estrellados.

Fig. 6.-Proliferación de cordones epiteliales en la pared de un quiste paradentario, infiltrándose entre los elementos de la capa fibrosa.

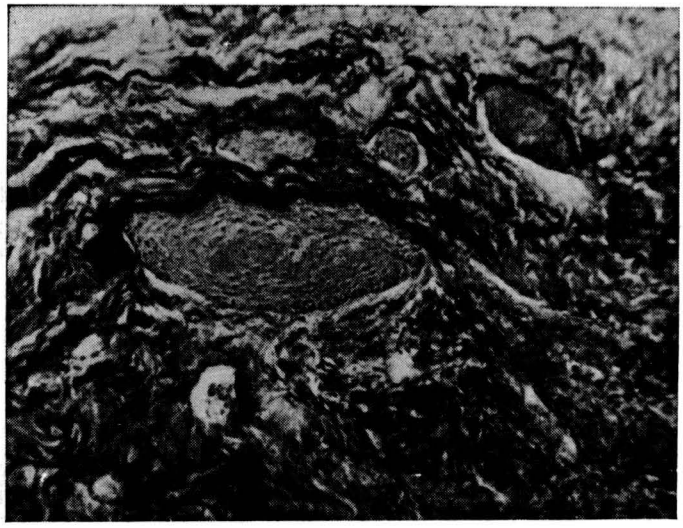

Fig. 7. - Los mismos cordones en corte transversal

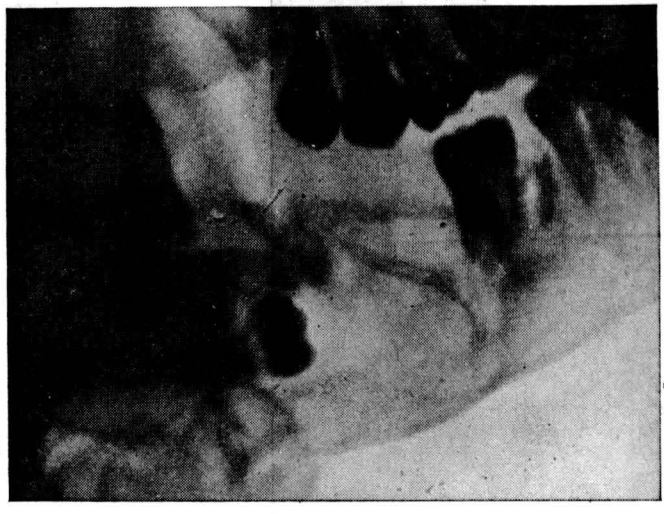

Fig. 8. - Ameloblastoma de ángulo maxilar con inclusión en ectópia del 8.

Fig. 9. - El mismo caso en proyección antero-posterior simulando un paraodontoma quístico.

Fig. 10 - Aspecto de la enferma, mostrando la amplia extensión del proceso.

procedemos desde larga fecha en todos los casos operados, hemos formado un concepto diferente del que acabamos de exponer.

Estas proliferaciones o brotes a que AXHAUSEN se refiere, las hemos encontrado en la mayoría de quistes tanto radiculares como ectodónticos, así en los pequeños como en los de mayor tamaño, por lo cual no nos parece aceptable darles esta significación. En cambio, hemos observado en los grandes quistes de ángulo y rama, la aparición en ciertos parajes de la hilera epitelial, de proliferaciones activas que en forma de digitaciones se extienden no precisamente hacia la cavidad del quiste, sino a través de la capa fibrosa del mismo, y que a veces alcanzan largo recorrido semejando los cordones jóvenes del parenquima del ameloblastoma; es en estas circunstancias cuando realmente debemos temer la transformación ameloblastomatosa de un quiste. (Figs. 6 y 7.)

Cuando se trate de un quiste que ha sido marsupializado, en el que vemos rellenarse más rápidamente de lo habitual la cavidad, será fácil esclarecer nuestras dudas recogiendo con una pinza de biopsias un fragmento de la pared, o si los hubiera, de algún mamelón carnoso, procediendo a su examen microscópico. Si no hubiese sido intervenido y se tratara de un quiste de gran tamaño, debe hacerse una amplia abertura como si fuéramos a marsupializarlo, procediendo como en el caso anterior. De este modo, podremos sentar sin vacilaciones no solamente un pronóstico, si que también una terapéutica adecuada.

Aunque no es nuestro propósito ocuparnos aquí de la terapéutica de los ameloblastomas, hemos, sin embargo, de consignar algunas consideraciones a este respecto que sirvan para apoyar los conceptos expuestos y remarcar la trascendencia que tiene una acertada orientación terapéutica en estas especialísimas neoplasias de los maxilares. (Figs. 8 a 13.)

Como ya dejamos apuntado, el ameloblastoma posee un alto poder infiltrante, que hace difícil fijar los límites de su verdadera extensión; ello es debido a que el estroma fibroso del mismo y aun algunas hileras epiteliales se insinúan entre las trabéculas óseas de las partes colindantes, por lo cual en las zonas de crecimiento, pueden observarse espículas óseas moviformadas con hileras de osteoblastos activos, junto con zonas en las que existen cavidades con osteoclastos; imágenes, en suma, análogas a todos los procesos de moldeamiento y reabsorción del hueso y parecidas a las de la osteitis fibrosa.

Estas características le imprimen una especial fisonomía clínica que hacen, que, aunque el ameloblastoma deba ser considerado por su naturaleza como un tumor benigno, ya que extirpado completamente, no se reproduce; desde el punto de vista terapéutico debe tratarse como un tumor maligno, renunciando a intervenciones conservadoras, operando extensamente para ponernos a cubierto de futuras reproducciones. El número abrumador de recidivas que encontramos en la recopilación de MAC FERLAND es debido a operaciones restringidas seguidas de electrocoagulaciones o irradiaciones con roentgen o radio. Por ello es obligado resecar extensas zonas y aun en la mayoría de casos, ya que desgraciadamente el diagnóstico se precisa de una manera tardía, a hemiresecciones del maxilar inferior con la mutilación facial correspondiente.

De aquí la enorme importancia que tiene el evitar cualquier intervención sobre quistes paradentarios que no pueda, a priori, conceptuarse como susceptible de ser completa y eficaz. No es, por fortuna, frecuente la degeneración espontánea de los paraodontomas quísticos, pues sabido es la gran abundancia de éstos y la relativa escasez de ameloblastomas, pero si lo es la reproducción de quistes deficitariamente intervenidos y los casos de ameloblastomas historiados que entre sus antecedentes se encuentran raspados e intervenciones orientadas equivocadamente, abundan cada día más y más.

Para no alargar desmesuradamente esta comunicación vamos a extractar, acompañando de las pruebras radiográficas, unos casos demostrativos de entre los varios recogidos en nuestra práctica profesional.

Hombre de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares a remarcar; sufre un flemón de la región ángulo maxilar inferior izquierda que termina en un absceso el cual se abre espontáneamente a nivel del segundo molar (el tercero no ha hecho erupción.) Dada la fluxión existente, el odontólogo que le asiste procede

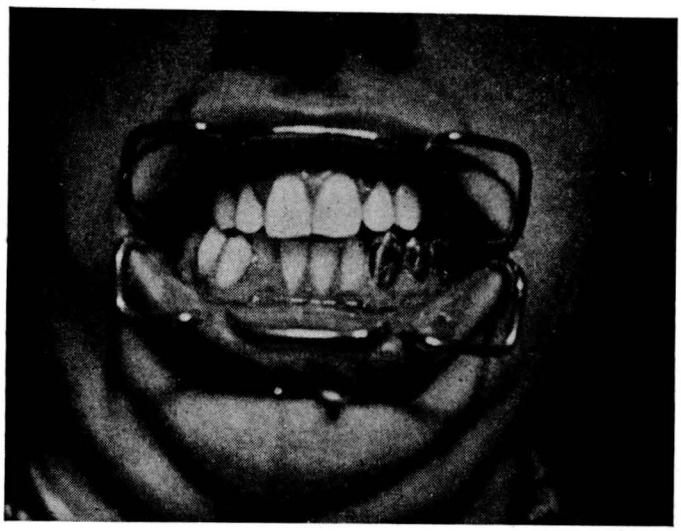

Fig. 11. - *Restitución de la articulación dentaria por medio de una biela apoyada en el* $-3\ -4\ -5$ *y en el* $+5\ +6\ +7$.

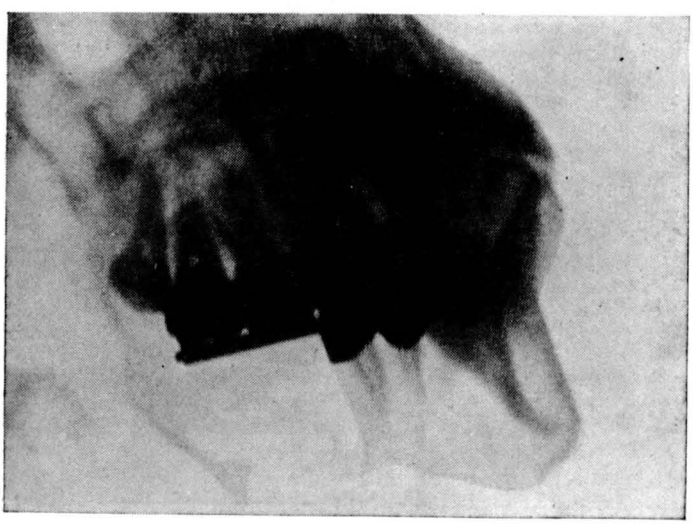

Fig. 12. - *Radiografía del caso terminado, en posición de boca cerrada, para observar el reducido espacio que el dispositivo ocupa en la boca.*

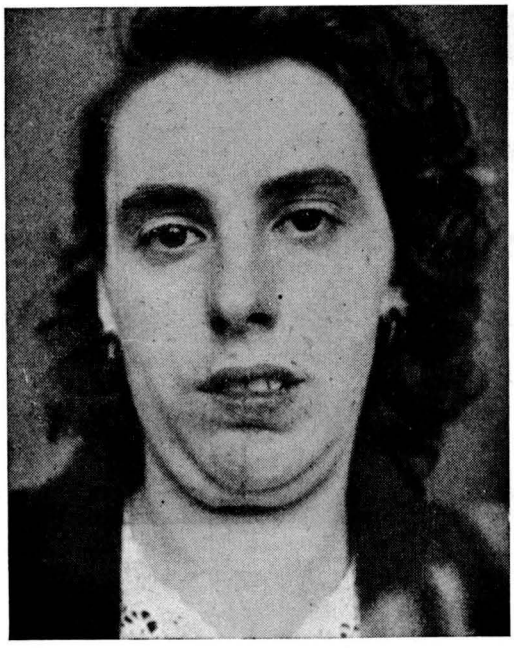

Fig. 13. - *Aspecto facial de la enferma al ser dada de alta, en la que se ha conseguido una buena y aceptable restitución estética y funcional.*

Fig. 14. - *Paraodontoma quístico del ángulo maxilar con inclusión ectópica del cordal. Radiografía obtenida después de la exodoncia del segundo molar.*

Fig. 15. - El mismo caso a los 12 años de la primera intervención; se destaca bien aparente un quiste de regular tamaño en la rama ascendente del maxilar.

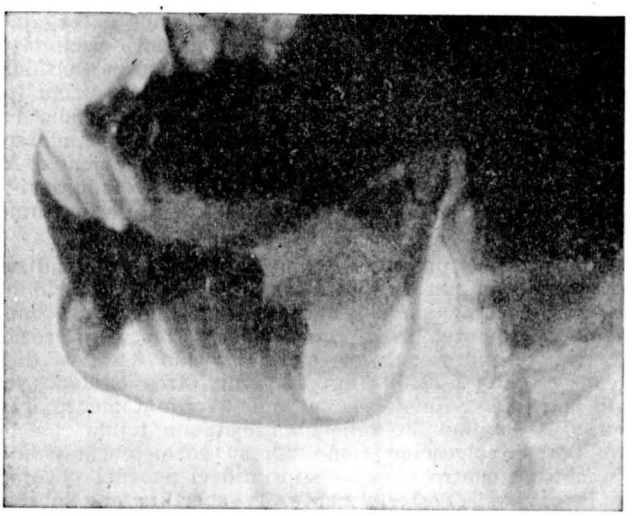

Fig. 16. - Gran quiste de ángulo con inclusión del tercer molar. El cliché se ha obtenido de una prueba en papel por la que aparece cambiada de lado en relación con las siguientes radiografías que pertenecen al mismo caso clínico.

a su extracción ; en vez de resolverse el proceso, continúa emanando pus en extremo fétido por el alvéolo vacío. Ante esta persistencia se obtiene una radiografía de la región que señala la existencia del cordal, incluído en acentuada ectopía (figura 14) ; previa resección de la correspondiente de cortical externa, se procede a la extracción del molar incluído y se termina con el raspado y limpieza de la cavidad, consiguiendo en pocos días una franca cicatrización, con lo que el enfermo es dado de alta, con el criterio de curación definitiva. Al cabo de doce años se presenta una tumoración fría e indolente bastante extensa, de la región correspondiente a la rama mandibular. El examen radiográfico, nos muestra un paraodontoma quístico de la rama ascendente que se extiende hasta la proximidad de la escotadura sigmoidea. (Fig. 15).

Es indudable la correlación entre ambos procesos a pesar de los doce años transcurridos y lógicamente se ha de pensar que este nuevo quiste se ha desarrollado a expensas de los restos sembrados durante el raspado o bien por porciones de la primitiva pared epitelial no alcanzados durante la intervención, lo cual nos obligará ante esta recidiva a pensar seriamente en la posibilidad de una transformación ameloblastomatosa y la consiguiente operación mutilante.

El siguiente resumen clínico es muy demostrativo de los conceptos anteriormente expuestos precedntemente. Pertenece a una joven que entre sus antecedentes personales ni familiares no presenta característica morbosa a remarcar. Súbitamente, como en la mayor parte de estos enfermos, sufre un proceso flemonoso de la región ángulo maxilar con trismus acentuado y temperatura elevada, sin que existan procesos destructivos en el sistema dentario que lo expliquen. El examen radiográfico muestra (fig. 16) un gran quiste dentígero, con el tercer molar incluído en posición vertical. Un distinguido cirujano y el odontólogo que la asistían, proceden una vez enfriado el proceso, a la extracción del diente incluído y al raspado de la cavidad resultante que dejan abierta en la boca, sometiendo a la enferma a lavajes con soluciones antisépticas y embrocaciones esclerosantes con cloruro de zinc ; paulatinamente la abertura bucal disminuye, acabando por cerrarse casi completamente ,en un período aproximado de dos años. En esta fecha, sea por la obliteración de la comunicación bucal, sea por los forzados lavajes, sobreviene un acceso inflamatorio con trismus disfagia y altas temperaturas, con un síndrome general de tipo septicémico. En estas condiciones y estando desplazados los colegas que la habían asistido, a causa de la guerra, nos encargamos de su cuidado, consiguiendo localizar el proceso con un tratamiento vacunoterápico e incindiendo la pared bucal del quiste, con la evacuación de gran cantidad de pus. Conjuntamente se procedió al examen radiográfico de la región afecta (fig. 17) que nos puso en evidencia un gran paraodontoma quístico que ocupaba la casi totalidad de la rama y del ángulo maxilar. Proponemos una amplia marsupialización del mismo, la cual es aplazada por las circunstancias del momento. A los tres años el quiste ha adquirido gran desarrollo, alcanzando la escotadura sigmoidea, distendiendo considerablemente el maxilar y dificultando en grado sumo la movilidad del mismo (fig. 18).

En estas condiciones, se procedió a una metódica marsupialización realizando una amplia abertura de su pared bucal, sin proceder a raspado alguno, limitándonos a la limpieza del contenido por medio de una moderada aspiración, con lo que se eliminaron fácilmente las fungosidades y restos necróticos contenidos. Se confeccionó un obturador en oro que, apoyado en los dientes próximos ofrecía una segura y eficaz fijación (fig. 19.) Sin otros cuidados que lavajes con suero fisiológico, la cavidad quística experimentó prontamente una manifiesta y notable regresión y la cavidad fué rellenándose de un tejido con toda la apariencia normal, tanto por su colocación como por su consistencia y la regularidad de su superficie, al cabo de cuatro años se suprimió el uso del obturador a causa de la replección de la cavidad. Posteriormente, la abertura era sobrepasada por una exuberante proliferación de una masa dura rosada de superficie lisa, de desarrollo lento pero progresivo con tendencia a ocupar el espacio retromolar y vestibular dificultando la masticación. Era indudable que nos hallábamos ante un caso de transformación ameloblastomatosa. El criterio terapéutico a seguir era de verdadera responsabilidad por tratarse de una persona joven sin otras molestias que las ocasionadas por el estorbo mecánico. Hechas las oportunas reservas se optó por

Fig. 17. - El caso anterior a los dos años de una intervención deficitaria. La cavidad quística se ha extendido hasta las partes altas de la rama alcanzando la escotadura sigmoidea.

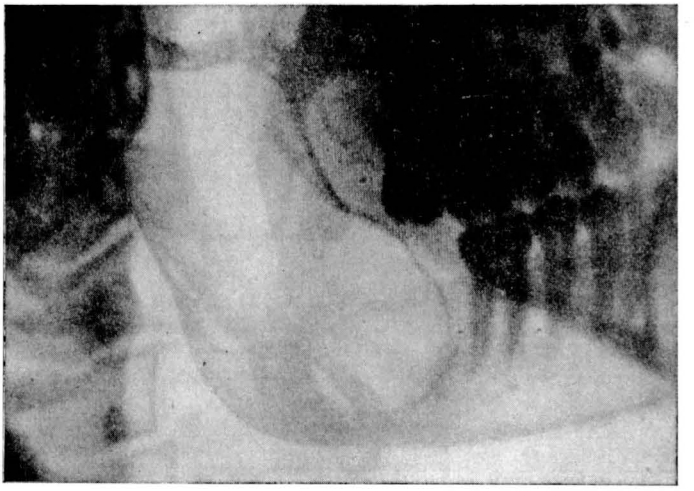

Fig. 18 - El mismo caso al cabo de cinco años. Enorme distensión de la cortical en toda su extensión; ha desaparecido la corvadura entre el cóndilo y la coronoides.

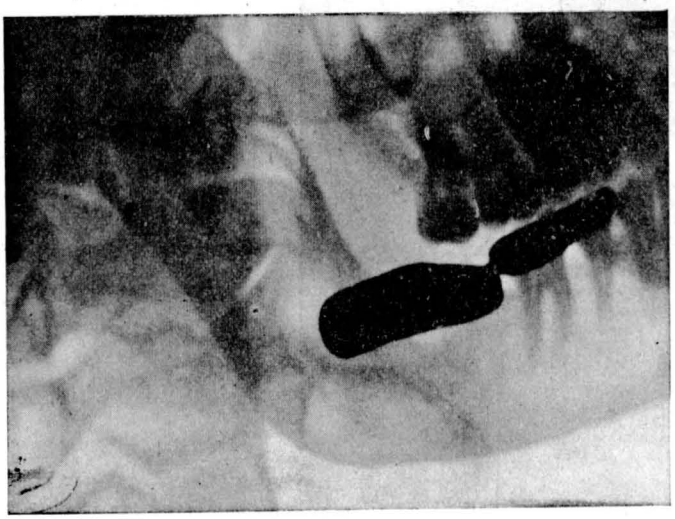

Fig. 19. - Marsupialización del quiste con aplicación de un obturador fijado en los molares próximos. La cavidad se ha reducido considerablemente y la rama y el ángulo han adquirido sus dimensioues normales. Compárese con la radiografía núm. 18.

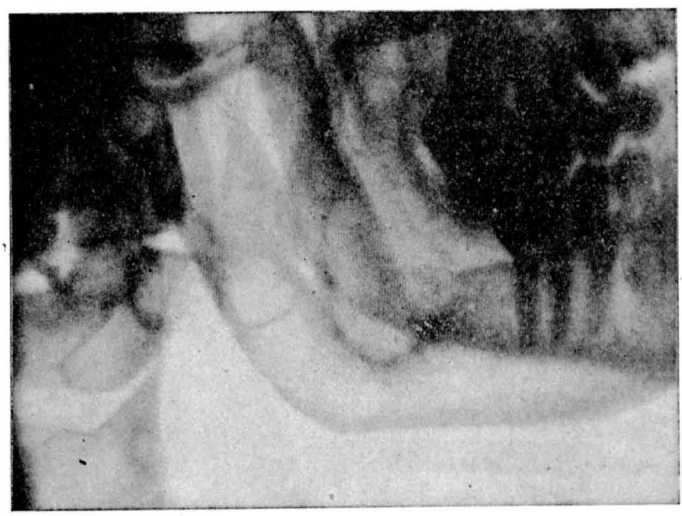

Fig. 20. - Radiografía del caso, después de comprobada su transformación ameloblastomatosa, sometido a un tratamiento roengenterápico. El proceso reducido a la porción bucal del ángulo maxilar queda circunscrito por una aparente reacción ósea limitatriz.

Fig. 21. - Degeneración ameloblastomatosa de un paraodontom aquístico del cuerpo del maxilar, intervenido deficitariamente. La imagen poliquística, señala la progresión del ameloblastoma hacia el ángulo del maxilar.

Fig. 22 - Microfotografía de un carte histológico correspondiente a unaporción biopsiada del caso referido en la anterior radiografía. Ameloblastoma; variedad quística.

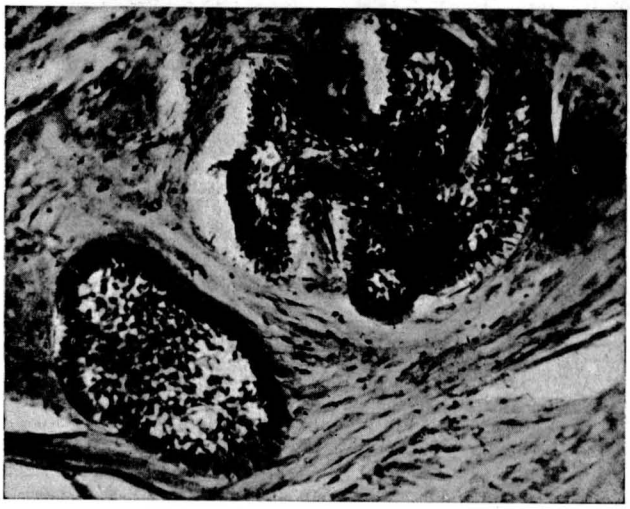

Fig. 23. - Otro campo de la misma preparación a mayor aumento. Obsérvese en la formación de la parte inferior izquierda de la figura, la disposición alargada de los elementos periféricos, en un todo parecida a la de los ameloblastos normales, así como la forma estrellada de las células centrales; el conjunto reproduce con bastante similitud la disposición del germen del esmalte. En la parte superior derecha, las formaciones epiteliales son más atípicas presentando un aspecto neoplásico más acentuado.

ensayar un tratamiento radioterápico intenso, y puesta a los cuidados de un hábil y distinguido colega se consiguió una regresión manifiesta con una aparente reacción ósea limitativa (fig. 20) continuando en la actualidad en observación, sin que podamos asegurar que más adelante y ante posibles recidivas nos veamos precisados a una extirpación de la pared del maxilar afecto.

Finalmente, el presente resumen se refiere a otro caso manifiesto de transformación ameloblastomosa: Muchacha de aspecto robusto sin antecedentes personales ni familiares a remarcar. Acude a nuestra consulta dirigida por un compañero de especialidad, con la siguiente sintomatología: tumoración difusa indolora de la región maxilar inferior derecha que se extiende desde el primer premolar hasta la región próxima al ángulo; faltan los tres molares inferiores que le fueron extraídos con motivo de una intervención realizada hace tres años, según dice la enferma, al objeto de operarle un quiste maxilar. El aspecto del maxilar no exterioriza en manera alguna la cavidad o depresión que siempre queda consecutivamente a una extirpación de un paraodontoma quístico. El examen radiográfico nos evidencia, por contra, con su imagen netamente poliquística, la presencia de un ameloblastoma. Se procede al examen histológico de la tumoración disecando previamente un colgajo de mucosa en v para poner el hueso al descubierto y con un trepano circular obtener una porción de la masa a biopsiar, suturando el colgajo con dos puntos. El examen microscópico nos confirma el diagnóstico. (Figuras 21, 22 y 23).

Para no alargar inmesuradamente esta comunicación, nos excusamos de reproducir otros casos semejantes, creyendo que los expuestos son suficientemente demostrativos para remarcar la necesidad de ajustarse a una técnica metódica y eficiente en la intervención de los abundantes casos de paraodontomas quísticos, repitiendo la necesidad de evitar cualquier intervención que no pueda a priori conceptuarse como susceptible de ser completa y eficaz.