

Abordaje conservador de ameloblastoma plexiforme de gran tamaño: enfoque en preservación de estructuras y funciones. Reporte de caso

Conservative approach to large plexiform ameloblastoma: focus on preservation of structures and functions. Case report

*Abordagem conservadora do ameloblastoma plexiforme de grande dimensão:
enfoque na preservação de estruturas e funções relatório de caso*

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i25.475>

Solirexzi Alcala 

solirexzigalcala@gmail.com

Yatse Silva 

yatsesilva@gmail.com

Pedro Colmenares 

pedrocol@gmail.com

Maria Auxiliadora Arteaga 

mariauxi321@gmail.com

**Universidad Latinoamericana y del Caribe- Instituto Docente Odontológico López Arévalo.
Programa de Especialización en Cirugía Bucal. Valencia, Venezuela**

Artículo recibido 8 de octubre 2025 / Aceptado 28 de noviembre 2025 / Publicado 6 de enero 2026

RESUMEN

Los tumores odontogénicos, son un grupo de lesiones neoplásicas derivadas del tejido embrionario odontogénico, a pesar de ser lesiones benignas, presentan comportamiento anárquico el cual desplaza estructuras anatómicas y compromete su integridad, el manejo de estas lesiones se encuentran las tendencias conservadoras buscando preservar las estructuras comprometidas, así como también reducir el tamaño de la lesión. Estos tumores se consideran benignos en la mayoría de los casos. La causa exacta de los tumores odontogénicos no se conoce por completo, pero se cree que surgen de anomalías en las células responsables del desarrollo de los dientes. Factores como la genética, traumatismos en los maxilares o irritación crónica pueden contribuir al desarrollo de estas lesiones. Si bien los tumores odontogénicos generalmente no son cancerosos, pueden variar en tamaño y comportamiento, lo que requiere una evaluación y un tratamiento adecuados por parte de un cirujano o un profesional médico. Los controles dentales regulares y la atención inmediata a cualquier anomalía bucal pueden ayudar a la detección temprana y al tratamiento adecuado, si es necesario.

Palabras clave: Descompresión; Ameloblastoma; Mandíbula; Tratamiento conservador

ABSTRACT

Odontogenic tumors are a group of neoplastic lesions derived from odontogenic embryonic tissue. Despite being benign lesions, they exhibit anarchic behavior that displaces anatomical structures and compromises their integrity. The management of these lesions tends to be conservative, aiming to preserve the affected structures as well as reduce the size of the lesion. These tumors are considered benign in most cases. The exact cause of odontogenic tumors is not entirely known, but they are believed to arise from anomalies in the cells responsible for tooth development. Factors such as genetics, trauma to the jaw, or chronic irritation may contribute to the development of these tumors. Although odontogenic tumors are generally not cancerous, they can vary in size and behavior, requiring appropriate evaluation and treatment by a dental or medical professional. Regular dental check-ups and immediate attention to any oral abnormalities can help with early detection and proper treatment if necessary.

Key words: Decompression; Ameloblastoma; Jaw; Conservative treatment

RESUMO

Os tumores odontogénicos são um grupo de lesões neoplásicas derivadas do tecido embrionário odontogénico; apesar de serem lesões benignas, apresentam comportamento anárquico que desloca estruturas anatómicas e compromete sua integridade. O manejo dessas lesões envolve tendências conservadoras que buscam preservar as estruturas comprometidas, bem como reduzir o tamanho da lesão. Esses tumores são considerados benignos na maioria dos casos. A causa exata dos tumores odontogénicos não é completamente conhecida, mas acredita-se que surjam de anomalias nas células responsáveis pelo desenvolvimento dos dentes. Fatores como genética, traumatismos na mandíbula ou irritação crônica podem contribuir para o desenvolvimento desses tumores. Embora os tumores odontogénicos geralmente não sejam cancerosos, podem variar em tamanho e comportamento, o que requer uma avaliação e um tratamento adequados por parte de um dentista ou um profissional médico. Exames dentários regulares e atenção imediata a quaisquer anomalias orais podem ajudar na detecção precoce e no tratamento adequado, se necessário.

Palavras-chave: Descompressão; Ameloblastoma; Mandíbula; Tratamento conservador

INTRODUCCION

Los tumores odontogénicos (TOs) son entidades patológicas raras que se originan de tejidos odontogénicos o de sus remanentes presentes en los huesos gnáticos (1). Representan un grupo heterogéneo de patologías que van desde lesiones hamartomatosas hasta neoplasias benignas y malignas, con comportamientos clínicos e histopatológicos muy heterogéneos (2,3). Estas lesiones presentan datos epidemiológicos variables según la región geográfica y la población estudiada, con una prevalencia reportada de menos del 1% entre todos los tumores que afectan la región de cabeza y cuello. La clasificación de los TOs es un tema muy debatido en el escenario científico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su clasificación en ediciones previas (años 1992 y 2005) siendo revisada y actualizada en su última publicación correspondiente al año 2017(3). Estas neoplasias se desarrollan exclusivamente en mandíbula o el maxilar, originadas por proliferación del tejido epitelial mesenquimal. Representan 5 % 8 % de los tumores de cavidad oral, La gran mayoría son benignos y sólo 5 % presentan características malignas (4).

El ameloblastoma, es un tumor odontogénico no canceroso (benigno) poco frecuente que se desarrolla con mayor frecuencia en la mandíbula, cerca de los molares. Comienza en las células que

forman el revestimiento del esmalte protector de los dientes. El tipo más común de ameloblastoma es agresivo, ya que forma un gran tumor y crece dentro de la mandíbula. El tratamiento puede incluir, descompresión, radiación y cirugía. En algunos casos, puede ser necesaria una reconstrucción para restaurar los dientes, la mandíbula y el aspecto facial. Algunos tipos de ameloblastoma son menos agresivos; Aunque se diagnostica con mayor frecuencia en adultos de 30 a 60 años, puede presentarse en niños y adultos jóvenes, no suele presentar síntomas, pero los signos y síntomas pueden incluir dolor y un bulto o hinchazón en la mandíbula.

Si no se trata, el tumor puede aumentar mucho de tamaño, lo que deforma la parte inferior de la cara y de los huesos maxilares y cambia la posición de los dientes. Los tratamientos de este tipo de lesiones van desde descompresión simple, marsupialización, enucleación y resección ósea, e incluso, una combinación de estos. Si bien no existe un consenso sobre el tratamiento óptimo, se deben evitar las complicaciones y la morbilidad adicional. Esto representa un reto para la escogencia terapéutica más efectiva que brinde la menor tasa de recidivas y que proporcione además una buena calidad de vida del paciente. La descompresión se realiza principalmente para evitar la morbilidad, como procedimiento completo único o combinado con la enucleación posterior junto con solución

de Carnoy, dado que ofrece menores porcentajes de recurrencia (10,6 % de media), dependiendo principalmente de los hallazgos histopatológicos (4). La enucleación por su parte, consiste en la extirpación de la lesión despegándola del hueso. Esta eliminación completa del quiste permite el examen histopatológico de la lesión.

CAUSAS

El ameloblastoma comienza en las células que forman el revestimiento del esmalte protector de los dientes. En raras ocasiones, puede comenzar en el tejido gingival. No está clara la causa exacta del tumor, pero varios cambios genéticos (mutaciones) pueden estar implicados en el desarrollo del tumor. Estos cambios pueden repercutir en la ubicación del tumor, el tipo de células implicadas y la rapidez de desarrollo del mismo.

Los ameloblastomas generalmente se clasifican según el tipo, pero también se los puede clasificar según el tipo de célula. Los cuatro tipos principales incluyen los siguientes:

Ameloblastoma convencional. Este es el tipo más común y se desarrolla de forma agresiva, generalmente en el hueso maxilar inferior, y aproximadamente el 10 % reaparece después del tratamiento.

Ameloblastoma unicústico. Este tipo es menos agresivo, pero generalmente ocurre a una edad más temprana. El tumor suele estar en la parte trasera del hueso maxilar inferior en los molares. La recurrencia es posible después del tratamiento.

Ameloblastoma periférico. Este tipo es poco frecuente y afecta las encías y el tejido bucal en el hueso maxilar superior o inferior. El tumor tiene un riesgo bajo de recurrencia después del tratamiento. Ameloblastoma metastatizante. Este tipo es muy poco frecuente y consiste en células tumorales que se producen lejos del sitio primario en el hueso maxilar. (4)

DESCRIPCION DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años de edad, natural y procedente del estado Carabobo- Venezuela. ASA II, quien acude al postgrado de cirugía bucal Ulac-Idola refiriendo IEA en Mayo del 2023, presentando aumento de volumen en zona antero inferior de la boca, la cual es eventualmente dolorosa, opresiva y supurativa ocasionando así movilidad en UD 32,33,34.

Esta condición ha afectado en parte su calidad de vida. Al examen clínico se observó aumento de volumen en zona anterior izquierda de la mandíbula, asimetría facial leve y a la palpación se notó lesión de color rosa violácea, blanda sin secreciones para el momento, Figura 1,2.



Figura 1. Amagen frontal extrabucal, donde se observa aumento de volumen en zona anterior de la mandibula.



Figura 2. Imagen intrabucal donde se observa mas de cerca la lesion.

Posteriormente se indican estudio radiológico de tipo ortopantomografía (3).



Figura 3. Ortopantomografia, se observa lesion de gran tamaño, radiolucida, multiloculada que abarca sinfisis y para sinfisis mandibular. Fuente: Historia clinica, especializacion en cirugia bucal Ulac-Idola 2023.

Posteriormente se indica tomografía de haz conico CBCT donde se observo lesion hipodensa se bordes definidos y se corrobora perdida de ambas corticales(4,5).

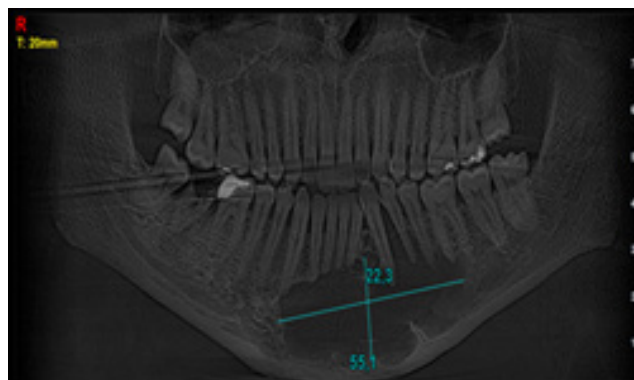


Figura 4. Corte panorámico, lesión de 55.1cm x 22.3cm.

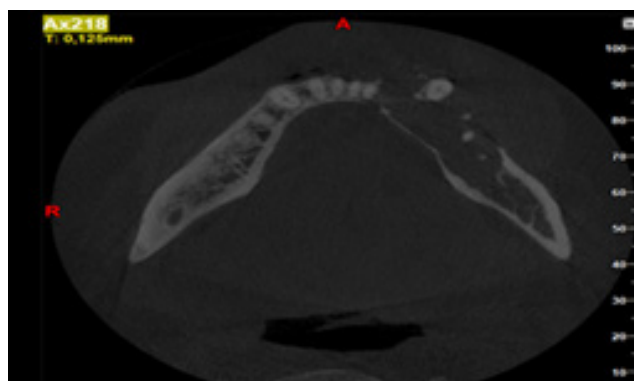


Figura 5. Se corte axial donde se observa pérdida de ambas corticales.
Fuente: Historia clínica, especialización en cirugía bucal Ulac-Idola 2023.

Posteriormente, se le plantea al paciente la opción de descompresión mediante dispositivo personalizado como alternativa a la resección en bloque. Se procedió a realizar en primer tiempo una punción por agua fina (PPAF) obteniendo 20 cc de contenido líquido amarillo parduzco, acompañado de leve contenido hemático, en el mismo tiempo quirúrgico se diseñó una incisión semilunar en la

zona anterior de la mandíbula logrando abordar la lesión, durante el procedimiento se confirmó la pérdida total de ambas corticales, posteriormente, los fragmentos extraídos se enviaron a la ciudad de Caracas para estudio histopatológico, dicho estudio arrojó un Ameloblastoma de tipo Plexiforme. (6,7,8,9).



Figura 6. Se muestra Punción por aguja fina (PPAF) evidenciando liquido color amarillo parduzco en leve contenido hemático.



Figura 7. Posterior a la incisión se observa perdida total de ambas corticales.

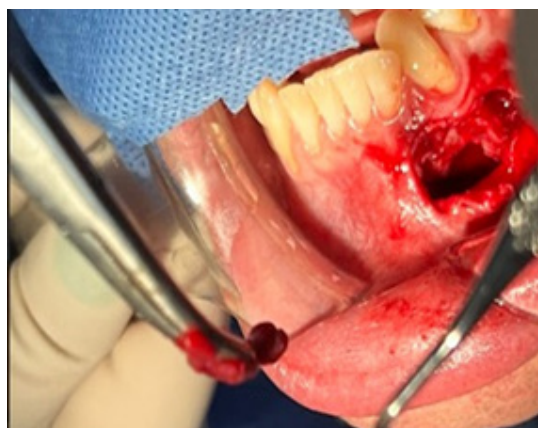


Figura 8. Extracción de fragmentos.



Figura 9. Recolección de muestra para estudio histopatológico.
Fuente: Historia clínica, especialización en cirugía bucal Ulac-Idola 2023.

Una vez recibidos los resultados del estudio histopatológico se afirmó que se trataba de una Ameloblastoma de tipo Plexiforme, Figura 10.

Conclusión diagnóstica: Las características histopatológicas son compatibles con Ameloblastoma convencional en patrón plexiforme.

NOTA: Se recomienda enfáticamente analizar el espécimen completo de la lesión, debido a que la muestra tomada podría no ser representativa de toda la lesión.

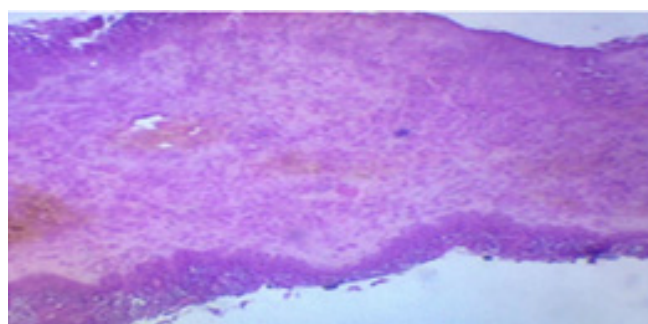


Figura 10, 11. Evidencia histopatológica del Ameloblastoma de tipo Plexiforme.
Fuente: Dra Luisana Brito, medicina y patología bucal, Caracas-Venezuela.

En una consulta posterior (30 días), se realizó procedimiento quirúrgico para la instalación de dispositivo de descompresión personalizado. El cual se confeccionó con material de tipo metilmetacrilato y jeringa de insulina como cilindro comunicante con el medio bucal, el mismo se

inició con toma de impresión con material de tipo alginato convencional, una vez obtenido el modelo de estudio se fabricó el dispositivo (placa de acrílico) se procedió a perforar la parte inferior del mismo para la colocación del cilindro comunicante, el cual también fue perforado múltiples veces

con la finalidad de que al momento de irrigar ,la solución abarque toda la lesión, seguidamente el dispositivo es instalado y asegurado con alambre de 0.5 mm entre las UD 32 Y 35 (Figura12,13,14).

Finalmente, se asignaron instrucciones al paciente sobre el procedimiento de irrigación del mismo. (irrigar diariamente con solución yodada de 20cc) (Figura 15,16,17).



12



13



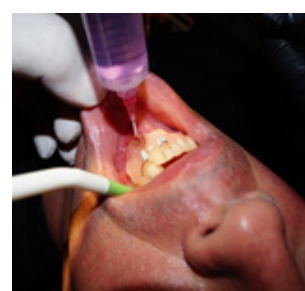
14



15



16



17

Figura 12,13. Inicio de abordaje semilunar. **Figura14:** Prueba de dispositivo. **Figura 15.** Dispositivo Entorchado del dispositivo entre las UD 33 Y 35 . **Figura 16.**Dispositivo de descompresión instalado, **Figura 17.** Irrigación del dispositivo y demostración al paciente sobre como hacerlo en casa. Fuente: Historia clínica, especialización en cirugía bucal Ulac-Idola, Valencia-Venezuela.

El paciente se le realizaron controles clínicos cada 45 días por 6 meses donde se le hicieron lavados profusos con clorhexidina al 0.2%. Clínicamente, la sintomatología dolorosa, supurativa y opresiva se eliminó por

completo, la movilidad de las UD involucradas mejoro significativamente, la linfadenopatía submandibular desapareció, hay evidencia imagenológica de aumento de la densidad ósea en la región hipodensa inicial. Figura 18,19,20.

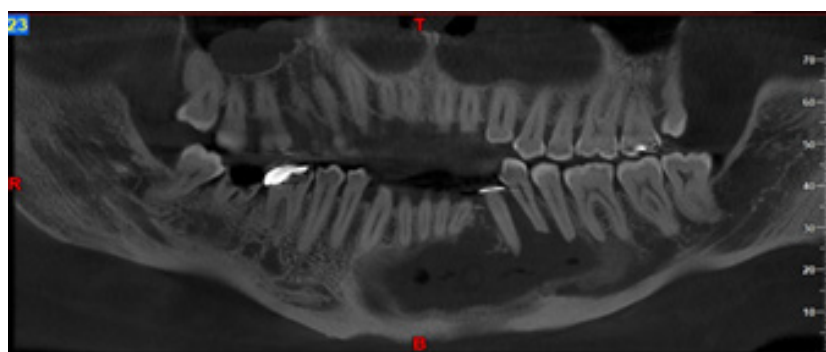


18



19

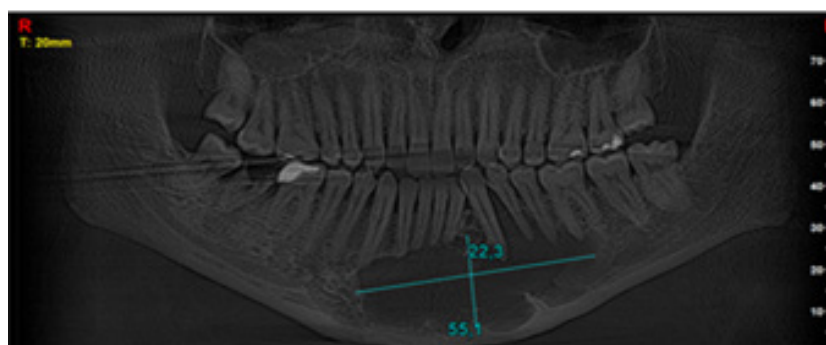
Figura 18. Estudio de tipo ortopantomografía inicial. **Figura 19.** Mismo tipo de estudio 6 meses después, se observa dispositivo de descompresión instalado, imagen pseudoradiolúcida en sínfisis y parasínfisis, adicionalmente se observa disminución de tamaño de la lesión. Fuente: Historia clínica, especialización en cirugía bucal Ulac-Idola, Valencia-Venezuela.



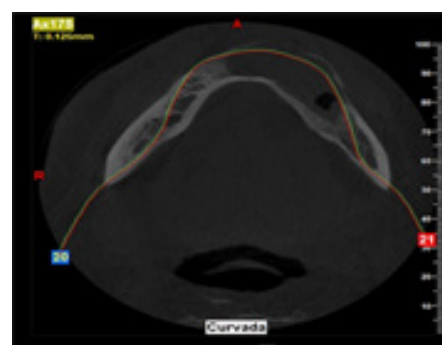
19



20



19



20

Fuente: Historia clínica, especialización en cirugía bucal, Ulac-Idola, Valencia-Venezuela.

Discusion

La descompresión, es una técnica conservadora para disminuir la presión intraquística mediante drenaje constante, permitiendo el crecimiento de nuevo hueso

centrípeto de las paredes óseas del quiste. Esta se basa en técnicas para aliviar la presión que provoca la expansión del quiste y se realiza mediante la abertura de la pared del mismo utilizando un drenaje para mantener la cavidad quística abierta.

Actualmente la descompresión va acompañada de un tratamiento quirúrgico posterior como la enucleación. La descompresión solo es aplicada para disminuir el tamaño de la lesión y evitar el compromiso de estructuras anatómicas vecinas (3).

Principalmente, se toma en cuenta para evitar la morbilidad, como procedimiento completo único o combinado con la enucleación posterior junto con solución de Carnoy, dado que ofrece menores porcentajes de recurrencia (10,6 % de media), dependiendo principalmente de los hallazgos histopatológicos (4).

El tratamiento de elección de los quistes radicales es la exéresis completa de la lesión. Nosotros en este caso empleamos una técnica más conservadora como es la descompresión quística, considerándola la mejor opción en lesiones de gran tamaño, ya que nos permitirá a futuro manejar una lesión de reducidas dimensiones, sin invadir estructuras anatómicas adyacentes y que involucre el menor tejido óseo y dentario posible, en un segundo tiempo quizá se necesitara hemimandibulectomía.

La descompresión quística es un procedimiento quirúrgico en el que se elimina parcialmente la cápsula quística y se introduce un tubo de drenaje, permitiendo la liberación de presión interna y favoreciendo la regeneración ósea (10,12,13). Además, estudios reportan que

en lesiones como el ameloblastoma unicístico plexiforme, este abordaje conservador ayuda a preservar estructuras anatómicas y reducir la morbilidad postoperatoria (11,10), asegurando así un constante drenaje por la alteración de condiciones como: la eliminación de restos metabólicos del área apical, disminución del tamaño de la lesión y alivio de la incomodidad del paciente, obteniendo la cicatrización ósea por regeneración que en muchos casos reduce el riesgo de fractura patológica^{14,15}. Esta técnica impide que el quiste siga creciendo, ya que el mismo depende de la combinación de presión osmótica y reabsorción por presión y a la liberación de prostaglandinas y factores de crecimiento.¹⁶ También es importante resaltar que hay ciertas características que también se deben tener en cuenta para el procedimiento, Phillis & Reichard,⁴ nos señalan ciertos aspectos a considerar:

- Tamaño y localización de la lesión
- Características clínicas, tasa de crecimiento, relación con estructuras vecinas
- Histología
- Presentación clínica de recurrencia
- Condiciones generales del paciente, edad y expectativas del mismo

Finalmente, por lo anterior expuesto, queda en evidencia que el tratamiento conservador

de los tumores odontogénicos, específicamente el Ameloblastoma Plexiforme, tiene una gran importancia y ha sido tomado en cuenta en los últimos años, pues permite plantearle o darle una alternativa que será favorable para el paciente y así evitar que este sea sometido a una cirugía prolongada y mutilante.

Se concluye que el manejo conservador de tumores odontogénicos, específicamente el Ameloblastoma Plexiforme, logra ejercer maniobras exitosas, disminuyendo los síntomas que aquejan al paciente y preservando las estructuras anatómicas involucradas.

AGRADECIMIENTOS. Al personal académico y de servicios del Instituto Docente Odontológico López Arévalo (IDOLA).

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

FINANCIAMIENTO. Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento.

REFERENCIAS

1. Wu K, Luo H, Yuan Z, Wang Y, Qin X, He J. Clinical evaluation of fenestration decompression combined with secondary curettage for ameloblastoma of the jaw: retrospective radiographic analysis. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):443. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02474-x>
2. Tumores odontogénicos. Clasificación de tumores odontogénicos (OMS 2017). Universidad Nacional de Cuyo. <https://www.fodonto.uncuyo.edu.ar/catedras/guia-15-tumores-odontogenicos-clasificacion-y-desarrollo.pdf>
3. Silveira F, Pereira-Prado V, Bologna-Molina R. Bases moleculares de los tumores odontogénicos benignos: revisión de la literatura en el contexto de la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud. *Odontoestomatología*. 2022;24(39):e315. <https://doi.org/10.22592/ode2022n39e315>
4. Lares H, Mattar D, Mata J, Carrero N, Bolívar E, Pinto Y, Padrón J. Tumores odontogénicos: reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Venez Oncol*. 2009;21(3):151-156. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000300006
5. E AJ, Gutiérrez-Pérez J. A propósito de un caso. *AACIB*. <https://www.aacib.es/wp-content/uploads/2017-aacib-01-art-01.pdf>
6. Tumores odontogénicos. Clasificación de tumores odontogénicos (OMS 2017). Universidad Nacional de Cuyo. <https://www.fodonto.uncuyo.edu.ar/catedras/guia-15-tumores-odontogenicos-clasificacion-y-desarrollo.pdf>
7. Ochoa-Moreira J, Reinoso-Quezada S, Molina-Barahona M. Técnicas para el tratamiento del queratoquiste, revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Cient Odontol*. 2023;11(2):e159. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1102-2023-159>
8. Moctezuma A, Jaimes E, Castañeda E, González-Alva P, Robertson J. Tratamiento con descompresión de un queratoquiste odontogénico. *Rev Odontol Mex*. 2021;24(2):124-133. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98092>
9. Herráez M. Abordaje terapéutico del tumor odontogénico queratoquístico. Sevilla: Univ Sevilla, Fac Odontología; 2016. <https://idus.us.es/bitstreams/c9a6de48-66ec-403d-9d64-a09948d8ba23/download>
10. ScienceDirect. Abordaje conservador de ameloblastoma plexiforme: preservación de estructuras y funciones. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440325008363>

- 11.** Anchlia S, Bahl S, Vyas S, Raju G. Unicystic plexiform ameloblastoma with mural proliferation: a full-blown lesion. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2015212778. <https://doi.org/10.1136/bcr-2015-212778>
- 12.** Muret M, Malthiéry E, Casenave T, Costes-Martineau V, Torres J. Decompression: a first intention treatment for “large” non-syndromic odontogenic keratocysts. *J Oral Med Oral Surg.* 2021;27(2):29-36. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2020063>
- 13.** Herrera D, Quintero J, Castellanos M, Velásquez A, López B. Beneficios de la descompresión y enucleación en lesiones quísticas de gran tamaño en la mandíbula. *Rev Vive.* 2024;7(19):194-206. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v7i19.295>