

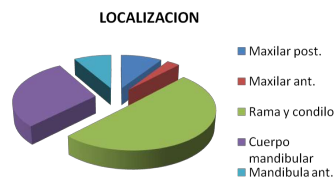
PARTICULARIDADES EN EL TRATAMIENTO DEL AMELOBLASTOMA UNICISTICO

Tofé A, Mayorga F., Berart P., Juliá M.A.

Servicio de Cirugía Maxilofacial y Estomatología.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spanien.

INTRODUCCION I.-

El Ameloblastoma Unicistico se describe como una lesion morfohistologica especifica con un comportamiento menos agresivo y una menor recurrencia que el ameloblastoma comun. La edad tipica de aparicion es la segunda decada de la vida. La localizacion mandibular roza el 95% siendo lo mas comun en relacion con el tercer molar en un 86% de de los casos.



INTRODUCCION II.-

Es un tumor odontogenico con comportamiento agresivo e infiltrante y con capacidad de recurrencia. De acuerdo a la histologia es una neoplasia polimorfica consistiendo en una proliferacion de epitelio odontogenico localizada en un estroma fibroso.

INTRODUCCION III.-

En contraste a su comportamiento benigno, presenta una tendencia importante a la recurrencia, y un real aunque minimo riesgo de malignizacion y metastatizacion.

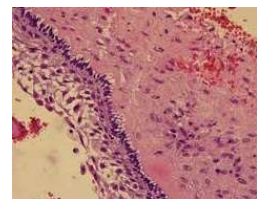
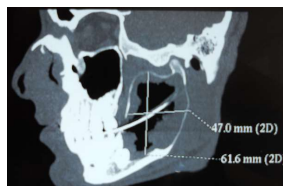
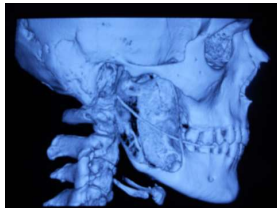
CASO.-

Se presenta un caso de un varon de 19 años referido por su dentista, con una masa hemifacial que aparecio 3 mese antes. La OPG nos muestra una gran lesion de contenido cistico que afecta a toda la rama y al angulo mandibular derecho, se aprecia tambien un molar no erupcionado. Se decide una biopsia y TC.



BIOPSIA.-

En la realizacion de la biopsia se dejó un tubo de plastico rigido de unos 4mm, fijado con seda del 2-0, para DISMINUIR LA PRESION de la cavidad, el tubo se aprecia en la TC



CASO III.-

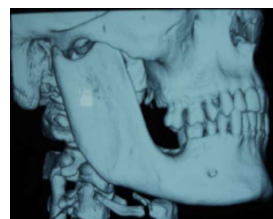
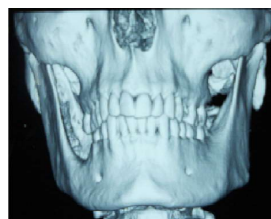
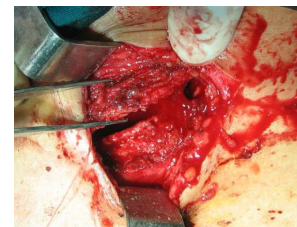
Al principio el gran tamaño de la lesion nos sugeria un tratamiento agresivo, pero la histologia mostro que tenia un patron de crecimiento intralumina, el cual no invadia la capsula ni el tejido oseo, ello nos permitio la realizacion de un tratamiento quirurgico conservador

TRATAMIENTO.-

Se realizo tratamiento quirurgico conservador consistente en el curetaje del quiste junto con la exodoncia del molar incluido. El segundo molar se exodoncio tambien. Tras ello se comprobo la cavidad dejada por el quiste y se realizo un relleno con injerto autologo de cresta iliaca y DBX (matriz osea desmineralizada)

SEGUIMIENTO.-

Tras un año de seguimiento, mediante controles periodicos, no se encontraron signos de recurrencia local. Comprobando la reconstitución de la rama y el ángulo



SEGUIMIENTO RADIOLOGICO.-

EN LA OPG Y EN LA TC, SE APRECIA COMO EL HUESO HA REGENERADO CASI COMPLETAMENTE SU MORFOLOGIA Y SU ESTRUCTURA