



AMELOBLASTOMA PLEXIFORME EN PACIENTE PEDIÁTRICO RECONSTRUIDO CON COLGAJO DE PERONÉ MICROVASCULARIZADO Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS REABSORBIBLE



Perla Davila Villa¹, Raúl Dueñas González², Héctor Orozco³

¹R2 Cirugía Maxilofacial, Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”.

²Cirujano Maxilofacial, Médico Adscrito, Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”.

³Cirujano Plástico, Médico Adscrito, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos en la infancia son menos comunes que en los adultos. El ameloblastoma se presenta entre la cuarta y séptima décadas de vida, sin predilección por sexo, con una incidencia de 0,92 por millón de personas-año.(1) Clínicamente se presenta como un aumento de volumen, asintomático. Hallazgos radiográficos más comunes: imagen radiolúcida unilocular o multilocular en “burbujas de jabón” o “panal de abeja”, expansión de corticales y reabsorción radicular de órganos dentarios adyacentes. El tratamiento consiste en resección completa con margen de seguridad de 1 a 2 cm. (2)

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 10 años de edad, se presenta con aumento de volumen de dos meses de evolución, que involucra región preauricular hasta ángulo y cuerpo mandibular izquierdo, sin cambio de coloración en piel, asintomático. Cavity oral con dentición mixta, expansión de corticales en cuerpo y rama mandibular, mucosa adyacente sin cambio de color y consistencia firme a la palpación.



FIG.1. Fotografía extraoral que muestra aumento de volumen en cuerpo mandibular izquierdo. Estudio de imagen tipo ortopantomografía muestra imagen radiolúcida en cuerpo y rama mandibular izquierda con órganos dentarios 14,15,16 y 17 asociados.

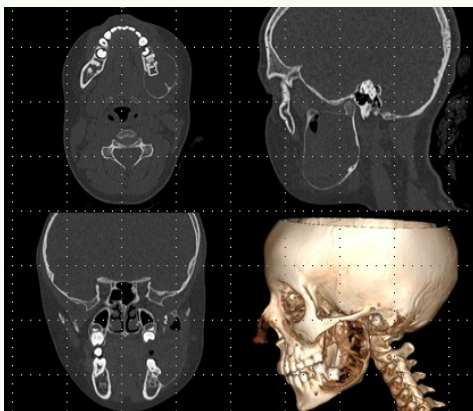


FIG. 2 Tomografía Cone Beam con imagen hipodensa a hueso esponjoso, en su interior órganos dentarios, adelgazamiento y expansión de corticales.

TRATAMIENTO

Se realiza biopsia incisional con resultado histopatológico de ameloblastoma sólido tipo plexiforme. Se realiza hemimandibulectomía izquierda incluyendo apófisis coronoides y cóndilo, el cual se sustituye con prótesis transitoria, se fijan los segmentos óseos del peroné a la mandíbula con placas y tornillos reabsorbibles.

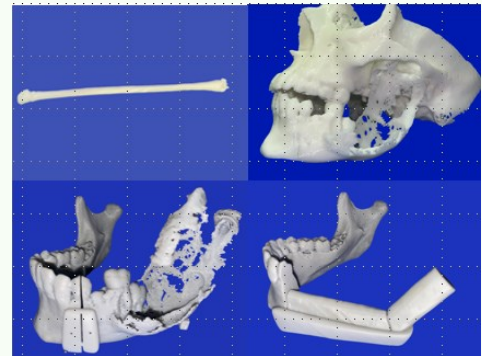


FIG. 3. Modelos estereolíticos para planeación quirúrgica y guías de corte.

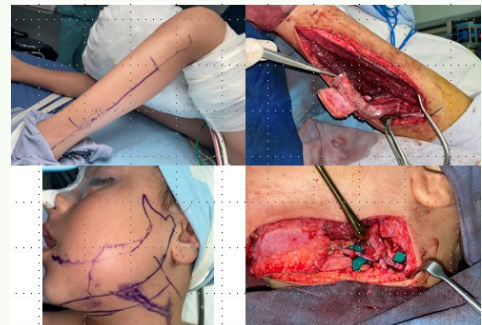


FIG. 4. Imágenes muestran marcaje prequirúrgico, toma de injerto microvascularizado de peroné y anastomosis de arterias.

DISCUSIÓN

El ameloblastoma en niños, aunque raro, requiere un enfoque diagnóstico y cuidadoso terapéutico debido a su potencial agresividad ya las implicaciones en el desarrollo facial y dental. En niños, el ameloblastoma puede tener un comportamiento más agresivo y puede afectar el crecimiento facial y dental, lo que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo.

CONCLUSIÓN

El injerto microvascularizado de peroné es una técnica valiosa en la reconstrucción mandibular, especialmente en casos de defectos óseos debido a tumores, traumatismos o malformaciones congénitas. Es esencial considerar aspectos como el crecimiento en pacientes pediátricos y la necesidad de un seguimiento continuo para evaluar la integración y funcionalidad del injerto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rayamajhi S, Shrestha S, Shakya S, Bhandari S, Twayana AR, Shahi K. (2022). Unicystic Ameloblastoma of Mandible: A Case Report. JNMA J Nepal Med Assoc.
2. Neville B, Damm D, Allen C. (2023). Oral and maxillofacial pathology, Fifth Edition, Elsevier
3. Schumann P, Lindhorst D, Wagner ME, Schramm A, Gellrich NC, Rucker M. (2013). Perspectives on resorbable osteosynthesis materials in craniomaxillofacial surgery. Pathobiology.
4. Parr JM, Adams BM, Wagels M. (2014). Flow-through flap for salvage of fibula osseocutaneous vascular variations: a surgical approach and proposed modification of its classification. J Oral Maxillofac Surg.