



Vista intraoral que muestra expansión de la tabla ósea vestibular.



Rehabilitación mediante prótesis de cromo superior 7 años después de la cirugía.

Cementoblastoma en maxilar. Reporte de caso.

[Cementoblastoma maxillary. Case report.]

Autores:

Prof. Dr. Velázquez, Julio [1]
Od. Ospino Bustamante, Luis [2]
Od. Maraz, Daniel Alfredo [3]

Dirección de Contacto:

Prof. Dr. Julio Velázquez.
Fundación Fisurados Labio Palatino
María E. Mendoza de Velazquez.
Calle 8 n° 192 (CP: 1900) La Plata,
Buenos Aires, Argentina.
Tel/Fax: (0221) 4834358
E-mail: cirojv@gmail.com

Fecha de recepción:

04/08/2017

Fecha de aprobación:

28/08/2017

[1] Doctor en Odontología, otorgado por la Facultad De Odontología de la Universidad Nacional de la Plata (UNLP).

Profesor titular de la carrera de postgrado de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial de la Universidad Católica Argentina (UCA). Director de la Fundación Fisurados Labio Palatino María E. Mendoza de Velazquez.

[2] Odontólogo. Residente de cuarto año de la carrera de cirugía y traumatología bucomaxilofacial (UCA) del Hospital Lucio Melendez de Adrogué, Pcia. de Buenos Aires.

[3] Odontólogo. Residente de cuarto año de la carrera de cirugía y traumatología bucomaxilofacial (UCA) del Hospital Lucio Melendez de Adrogué, Pcia. de Buenos Aires.

RESUMEN

El cementoblastoma también llamado cementoma verdadero fue reconocido primeramente por Norberg en 1930. Este se encuentra dentro de los tumores derivados del ectomesenquima odontogénico y pueden estar asociados con múltiples dientes. Se encuentran publicados en la literatura muchos casos de cementoblastoma pero pocos reportan un seguimiento adecuado. Sólo Brannon y col. realizaron un seguimiento en 35 casos, encontraron algunas características clínicas como dolor, expansión y erosión de las corticales, comunes en los casos recidivantes, siendo la resección segmental o en bloque factor decisivo para la no recidiva, hemos tomado de referencia su trabajo por la representatividad y la manera que abordaron el tema. Este trabajo tiene como objetivo informar y evidenciar el manejo de un caso de cementoblastoma. Describir una situación clínica de una paciente con un cementoblastoma benigno en maxilar superior lado izquierdo asociado a un canino temporal y un primer molar. Presentar histopatología, revisión de la literatura, tratamiento quirúrgico, rehabilitación y seguimiento a través de los años en los cuales la paciente no presento recidiva.

PALABRAS CLAVE

Cementoblastoma; Resección segmental; Recidiva.

SUMMARY

The cementoblastoma also called true cementoma was first recognized by Norberg in 1930. This is found within tumors derived from odontogenic ectomesenchyma and may be associated with multiple teeth. Many cases of cementoblastoma are reported in the literature, but few report adequate follow-up. Only Brannon et al. They were followed up in 35 cases, they found some clinical features such as pain, expansion and erosion of the cortical ones, common in recurrent cases, being the segmental or block resection a decisive factor for the nonrecurrence, we have taken reference to their work by the Representativeness and the way they addressed the issue. This paper aims to inform and evidence the management of a case of cementoblastoma. Describe a clinical situation of a patient with a benign cementoblastoma in the upper jaw left side associated with a temporal canine and a first molar. To present histopathology, review of the literature, surgical treatment, rehabilitation and follow-up through the years in which the patient did not present recurrence.

KEY WORDS

Cementoblastoma; Marginal resection; Recurrence.

INTRODUCCIÓN

El cementoblastoma en la actual clasificación de tumores odontogénicos de la organización mundial de la salud se define como un tumor benigno originado del ectomesenquima, con o sin epitelio odontogénico (1). El cementoblastoma también llamado cementoma verdadero fue reconocido primeramente por Norberg en 1930 (21). Los casos reportados hasta la fecha de cementoblastomas no tienen un seguimiento adecuado a lo largo del tiempo por lo tanto no existe consenso en relación a la capacidad que tiene esta patología para recidivar, esto ha llevado a considerar al cementoblastoma como una patología inocua (8). Solo un reporte de 44 casos con revisión de la literatura haciendo especial énfasis en la recurrencia, realizado por el instituto de patología de las fuerzas armadas de Washington D.C, aporta información general bastante completa de esta neoplasia en un período de 25 años. Concluye que la recurrencia es más común de lo ya conocido, teniendo una tasa de 37.1% (8).

El cementoblastoma consiste en una neoplasia relativamente rara con predominio en zona de premolares y molares mandibulares (2), puede estar asociado con múltiples dientes, molares no erupcionados, y excepcionalmente encontrarse en dientes temporales en maxilar (3,4,19). Se presenta con mayor frecuencia en menores de 25 años es decir más de la mitad de los tumores han aparecido en personas menores de 20 años (5). Al examen clínico extraoral con frecuencia no se observan asimetrías evidentes, no ocurriendo lo mismo al examen intraoral donde se puede observar aumento

de volumen por vestibular o lingual. La sintomatología dolorosa según Langlais y col. (6), está relacionada a la extrusión dental donde el tumor produce un contacto oclusal prematuro. Los hallazgos radiográficos a menudo evidencian una zona radiopaca bien definida contorneada por un fino halo radiolúcido y en ocasiones muy raras puede presentarse como un tumor radiolúcido (6). Presentamos un caso de cementoblastoma en maxilar con histopatología, revisión de la literatura, tratamiento quirúrgico, rehabilitación seguimiento clínico y radiográfico.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 17 años de edad quien se presenta a consulta en el Hospital Ramón Carrillo (provincia de Buenos Aires) por presentar aumento de volumen en Maxilar superior lado izquierdo, con diagnóstico anatomopatológico previo de una lesión del tipo de los cementoblastomas, evolución de aproximadamente 18 meses. A la clínica se observa leve asimetría en tercio medio facial a expensas del lado izquierdo, al examen intra oral en maxilar entre piezas 2.2 a 2.7, se observa presencia de tumor, circunscripto, de consistencia pétreo a la palpación, indoloro, presencia aberrante de pieza 6.3, ausencia de piezas 2.3, 2.4, 2.5 (Fig. 1 y 2). Se solicitan exámenes complementarios, Radiografía Panorámica y Tomografía computada. Radiográficamente se observa lesión radiopaca asociada a la pieza 6.3, con halo radiolúcido de aproximadamente 3 cm x 3 cm de alto, impidiendo la normal erupción de piezas 2.3, 2.4, 2.5, en contacto con pieza 2.6. y la

consecuente inclusión múltiple (Fig. 3). En la TC se observa área de alta densidad homogénea que toma el maxilar superior izquierdo el cual invade gran parte del seno maxilar y expande el piso hacia la cavidad propiamente dicha, de igual manera se observa expansión de tabla vestibular y palatina (Fig. 3a y 3b). El tratamiento realizado fue la resección segmental con extracción de piezas involucradas. Bajo anestesia general se realizó abordaje de Weber Ferguson previa marcación (Fig. 4), osteotomía de fragmento a resecar seguido colocación de gasa furacinada para favorecer la cicatrización por segunda intención. Previo a la cirugía se realizó confección de prótesis obturatriz la cual es adaptada inmediatamente después sobre la gasa furacinada (Fig. 5 y 6). Posteriormente es reposicionado el colgajo y suturado por planos (Fig. 7). Pieza quirúrgica (Fig. 8).

Examen macroscópico.

Pieza de hemimaxilectomía parcial que se extiende desde zona premolar a tercer molar en sentido cefálico se observa piso de seno maxilar. En el margen anterior se observa en la superficie ósea alveolar, una cavidad de 0,9 cm de diámetro. La pieza quirúrgica presenta pieza dentaria 1° y 2° molares, ausencia de premolares, con mucosa alveolar ligeramente rugosa. Acompaña canino izquierdo temporario, 3° molar y múltiples fragmentos de tejido blando y óseo.

Examen microscópico.

El sustrato histopatológico es vinculable con una lesión del tipo de los cementoblastomas. Se observa proceso neofornativo



Fig. 1: Presencia aberrante de pieza 6.3 y ausencia de piezas 2.3, 2.4 y 2.5.



Fig. 2: Vista intraoral que muestra expansión de la tabla ósea vestibular.

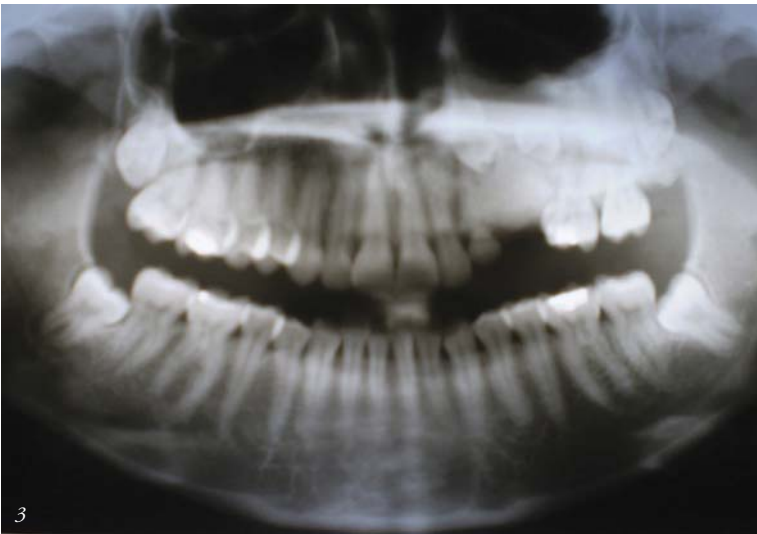


Fig. 3: Radiografía panorámica donde se puede observar una masa radiopaca lateral al canino temporal.

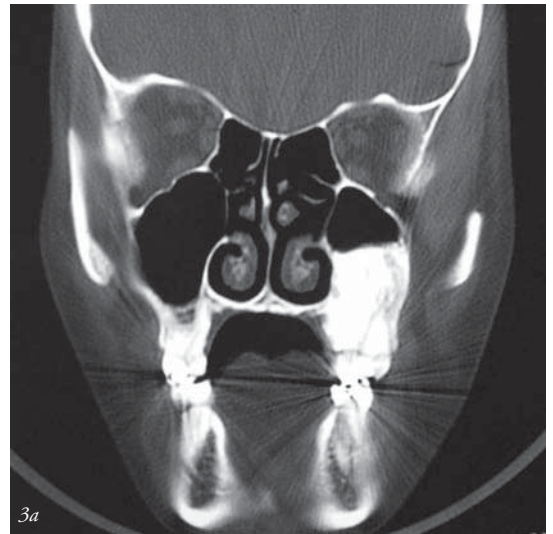


Fig. 3a: TC, corte coronal. Masa radiopaca en maxilar izquierdo, que expande la tabla ósea vestibular.



Fig. 3b: TC, corte axial. Masa radiopaca en maxilar izquierdo que expande la tabla ósea vestibular.



Fig. 4: Marcación previa para abordaje de Weber Ferguson.

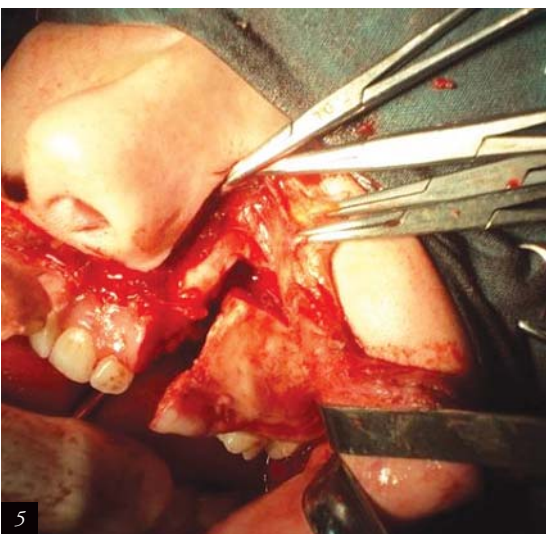


Fig. 5: Osteotomía de fragmento.

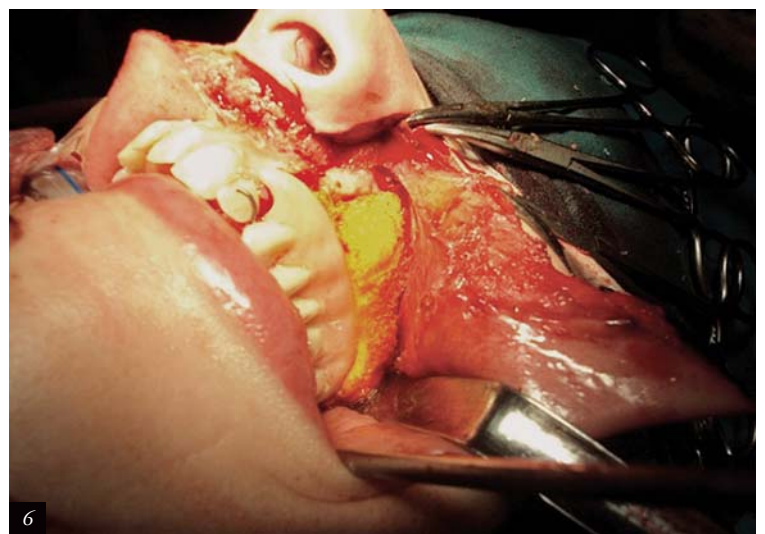


Fig. 6: Prótesis obturatriz, la cual es adaptada inmediatamente después sobre la gasa furacinada.



Fig. 7: Colgajo reposicionado y suturado.



Fig. 8: Pieza quirúrgica.

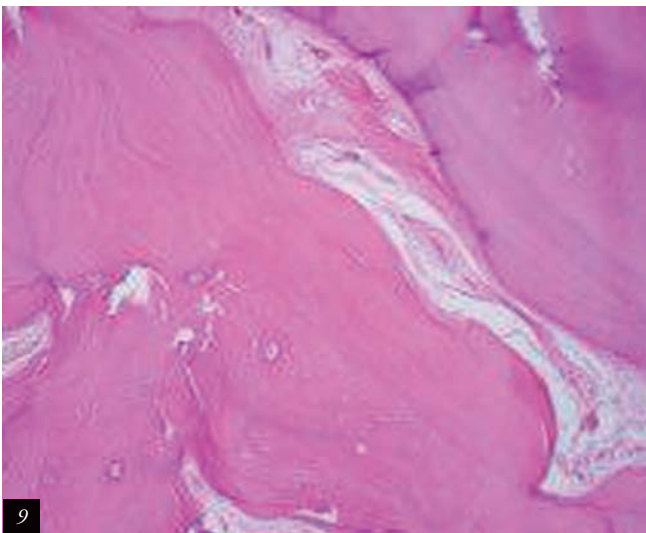


Fig. 9: Microfotografía (hematoxilina-eosina x100). Proceso neofornativo constituido por trabéculas cemento óseas escleróticas con marcados signos de remodelación y áreas de necrosis.

DATOS CLÍNICOS		TOTAL DE CASOS (118)
Edad		6 - 71
Sexo	Masculino	68
	Femenino	49
Localización	Maxilar	24
	Mandíbula	93
Tamaño de la lesión (cm)		0.5 - 5.5

Tabla 1.



Fig. 10: Control radiográfico al año.



Fig. 11: Control radiográfico a los 7 años. Sin signos de recidiva.

constituido por trabéculas cemento óseas escleróticas con marcados signos de remodelación y áreas de necrosis, separadas por reducidos espacios ocupados por proliferación fusocelular vascularizada con congestión. En un sector se visualiza inclusión de raíz dentaria con signos de reabsorción (Fig. 9).

Se realiza control radiográfico al año (Fig. 10). El informe de la TC detalla: Disminución de volumen del seno maxilar izquierdo que afecta a la pared interna e inferior del mismo. No se observaron velamientos significativos de las estructuras aéreas del macizo cráneo-facial. El tabique nasal se encuentra en línea media. No se observan alteraciones significativas de las estructuras óseas y de partes blandas.

Por último control a los 7 años se observa paciente en estética y función adecuada sin signo de recidiva (Fig. 11, 12, 13, 14a y 14b).

DISCUSIÓN

El cementoblastoma también llamado cementoma verdadero fue reconocido primeramente por Norberg en 1930 (21). Este se encuentra dentro de los tumores derivados del ectomesenquima odontogénico (1). Es una entidad relativamente rara con mayor presencia en molares y premolares mandibulares. Hirai y col (9) en una publicación reciente reúnen 16 casos de cementoblastoma en maxilar donde 5 (31,2%) casos eran del maxilar lado izquierdo y 11 (68,8%) casos pertenecían al lado derecho, todos asociados a piezas dentales permanentes. No hay consenso en la literatura a cerca de qué lado predomina la lesión. Los primeros

molares mandibulares forman aproximadamente 50% de todos los casos. Sin embargo otros dientes afectados han incluido a los segundos y terceros molares mandibulares, premolares, primeros, segundos y terceros molares maxilares (10). Brannon y col. (8) reúnen algunos datos clínicos como edad, sexo, localización y tamaño de la lesión, encuentran que el promedio de edad de esta lesión fue de 21.3 años, y la relación mandíbula maxilar de 2.4:1 (Tabla 1).

Para Hirai (9) clínicamente el cementoblastoma tiene un patrón de crecimiento lento, constante e ilimitado (11,12). Hay consenso entre los investigadores con respecto a esto (7). La tasa de crecimiento esta estimada en 0.5 cm por año (13,14).

Histológicamente, se define como una neoplasia que se caracteriza por la formación de láminas de cemento de tejido que contiene un gran número de líneas invertidas y la falta de mineralización en la periferia de la masa o en el área de crecimiento más activo (17-18). El cementoblastoma con el osteoblastoma tienen una característica distintiva y es la unión del cementoblastoma a la raíz del diente, el osteoblastoma está separado de la raíz del diente por una barrera que es formada por el ligamento periodontal (19).

El análisis radiográfico revela tres estadios del tumor: 1. Estadio de la matriz no calcificada, 2. Estadio cementoblástico, 3. Estadio de maduración (6). Brannon y col. (8) realizaron un seguimiento en 35 de 44 casos obteniendo una recurrencia en 13 casos para una tasa de 37.1%, existiendo algunas características clínicas entre algunos cementoblastomas recurrentes y no recurrentes donde hallazgos como dolor, expan-

sión y erosión de las corticales fueron comunes para los casos recidivantes, siendo la resección segmental o en bloque factor decisivo para la no recidiva. Para Sharma y col. (7) el tratamiento apropiado para este tumor benigno cuando es mayor a 30 mm de diámetro como en nuestro caso debe consistir en su extirpación junto con el diente afectado y ostectomía periférica teniendo en cuenta que cuando la remoción no es completa la recurrencia es común (16). Para aquellos casos en los que se hace un diagnóstico tardío y el tumor ya ha alcanzado grandes proporciones, como en el presente caso, la eliminación completa de la lesión y estructuras asociadas se recomienda debido al potencial de crecimiento ilimitado (19). En nuestro caso el tratamiento fue realizado bajo anestesia general, resección segmental con extracción de piezas involucradas y osteotomía. Con seguimiento clínico y radiográfico al mes, tres meses al año y siete años después, sin presentar signos de recurrencia.

CONCLUSIÓN

La resección segmental de la lesión nos asegura una excelente evolución sin recidivas y La confección de una somatoprótesis inmediata posquirúrgica, nos brinda y aporta beneficios importantes en el tratamiento ya que estimula precozmente la formación de tejidos y otorga una aceptable recuperación estética. Además favorece en últimas el componente psicosocial de la paciente. Mediante el control a distancia podemos verificar el excelente estado estético y funcional de nuestra paciente. ■



Fig. 12: Vista intraoral 7 años posterior a la cirugía. Fig. 13: Rehabilitación mediante prótesis de cromo superior 7 años después de la cirugía. Nótese cicatriz casi imperceptible.



Fig. 14a y 14b: Control 7 años después de la cirugía. Paciente en estética y función adecuada.

Bibliografía

1. Huber AR, Folk GS. Cementoblastoma. *Head Neck Pathol* 2009;3:133-5.
2. Sumer M, Gunduz K, Sumer AP, Gunhan O. Benign cementoblastoma: A case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E483-5.
3. A. Piattelli, L. Di Alberti, A. Scarano, and M. Piattelli, "Benign cementoblastoma associated with an unerupted third molar," *Oral Oncology*, vol. 34, no. 3, pp. 229-231, 1998.
4. J. A. Baart, C. Lekkas, and I. Van der Waal, "Residual cementoblastoma of the mandible," *Journal of Oral Pathology and Medicine*, vol. 20, no. 6, pp. 300-302, 1991.
5. Shafer, W. G., Maynard, K., Levy, B. M., Tomich, C. E., & Hernandez Cazares, M. D. L. (1988). *Tratado de patología bucal*. Nueva Editorial Interamericana.
6. Langlais RP, Langland OE, Nortjé CJ, editors. *Diagnostic imaging of the jaws*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. P. 547-51.
7. Sharma N. Benign cementoblastoma: A rare case report with review of literature. *Contemp Clin Dent* 2014;5:92-4.
8. Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WM: Cementoblastoma: An innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 93:311, 2002.
9. Hirai, E., Yamamoto, K., Kounoe, T., Kondo, Y., Yonemasu, H., & Kurokawa, H. (2010). Benign cementoblastoma of the anterior maxilla. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 68(3), 671-674.
10. Pynn BR, Sands TD, Bradley G. Benign cementoblastoma: A case report. *J Can Dent Assoc* 2001;67:260-2.
11. Shafer, W. G., Maynard, K., Levy, B. M., Tomich, C. E., & Hernandez Cazares, M. D. L. (1988). *Tratado de patología bucal*. Nueva Editorial Interamericana.
12. Biggs JT, Benenati FW. Surgically treating a benign cementoblastoma: while retaining the involved tooth. *J Am Dent Assoc* 1995;126:1288-90.
13. Slootweg PJ. Cementoblastoma and osteoblastoma: A comparison of histological features. *J Oral Pathol Med* 1992;21:385-89.
14. Anneroth, G., Isacson, G., & Sigurdsson, Å. (1975). Benign cementoblastoma (true cementoma). *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 40(1), 141-146.
15. Vindenes, H., Nilsen, R., & Gilhuus-Moe, O. (1979). Benign cementoblastoma. *International journal of oral surgery*, 8(4), 318-324.
16. Baart, J. A., Lekkas, C., & Waal, I. (1991). Residual cementoblastoma of the mandible. *Journal of oral pathology & medicine*, 20(6), 300-302.
17. Schafer TE, Singh B, Myers DR. Cementoblastoma associated with a primary tooth: A rare pediatric lesion. *Pediatr Dent*. 2001;23:351-3.
18. Ghom AG, Meshram V, Diwe A, Kolte V. Benign Cementoblastoma. *J Indian Acad Oral Med Rad*. 2010;22:42-4.
19. Sumer, M., Gunduz, K., Sumer, P.A. and Gunhan, O. (2006) Benign cementoblastoma: A case report. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 11, 483-485.
20. Waal, Isaïc van der. *Diseases of the Jaws: Diagnosis and Treatment: Textbook & Atlas*. Copenhagen: Munksgaard, 1991.
21. Norberg, O (1930). Zur kenntnis der dysontogenetischen geschwülste der kieferknochen. *Vjschr. Zahnbeilkd*. 46: 321.