

AMELOBLASTOMA UNIQUÍSTICO INTRALUMINAL. REPORTE DE CASO.

Arenas Vivanco Kenia Manel¹, Mendoza Rodríguez Martha¹, Pioquinto Mendoza José Roberto², Baena Santillán Elena Saraf¹, Veras Hernández Miriam Alejandra¹, Medécigo Costeira Daniel².

¹ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud. Circuito ex Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca-Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. CP. 42170.

²Hospital del Niño DIF Hidalgo. Boulevard Felipe Angeles 113, 42083 Pachuca de Soto, Hidalgo.

Resumen

El ameloblastoma uniuquístico (AU) es un tumor odontogénico benigno cuya aparición es más común en la primera y segunda década de vida, se caracteriza por un crecimiento lento e indoloro, sin embargo, presenta un comportamiento localmente agresivo. La OMS lo clasifica en tres subtipos: luminal, intraluminal y mural, siendo los dos primeros susceptibles de tratamiento conservador, debido a la ausencia de infiltración en tejidos conectivos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 7 años y 8 meses de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, presentando aumento de volumen en la región mandibular posterior del lado izquierdo, asintomático, aproximadamente de tres meses de evolución. Los estudios de imagen revelaron lesión con aspecto quístico. Se realizó biopsia incisional obteniendo como diagnóstico ameloblastoma uniuquístico intraluminal. Determinando un tratamiento conservador, se realizó enucleación y curetaje bajo anestesia general, buscando preservar estructuras anatómicas importantes en el paciente, con resultado favorable. Se realizó seguimiento imagenológico del paciente a los 12 meses posoperatorio, sin evidencia de recidiva, presentando una estética y función favorable.

Palabras clave: ameloblastoma, uniuquístico, tumor odontogénico, pediátrico.

Fecha de recepción: 30 de julio de 2025

Dirección de correspondencia: Mendoza Rodríguez, Profesor Investigador del Área Académica de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Email: martha_mendoza2138@uaeh.edu.mx.

Daniel Medécigo Costeira, Cirujano Maxilofacial, Jefe de Servicio de la División de Salud Bucal del Hospital del Niño DIF Hidalgo. Email: daniel.medecigo@gmail.com.

Abstract

Unicystic ameloblastoma (UA) is a benign odontogenic tumor most frequently observed during the first and second decades of life. It typically demonstrates slow and painless growth; however, it may exhibit locally aggressive behavior. The World Health Organization classifies UA into three subtypes: luminal, intraluminal, and mural. The first two subtypes are generally suitable for conservative treatment due to the absence of connective tissue infiltration. **Case report:** A 7-year-8-month-old male patient with no significant medical history presented with an asymptomatic swelling in the posterior region of the left mandible, with an approximate evolution of three months. Imaging studies revealed a cystic-appearing lesion. An incisional biopsy established the diagnosis of intraluminal unicystic ameloblastoma. Given the subtype and clinical presentation, a conservative approach was selected. Enucleation and curettage were performed under general anesthesia, with careful preservation of critical anatomical structures. The postoperative course was favorable. Radiographic follow-up at 12 months demonstrated no evidence of recurrence, with satisfactory functional and aesthetic outcomes.

Keywords: ameloblastoma, unicystic, odontogenic tumor, pediatric.

Fecha de aceptación: 22 de enero de 2026

Introducción; El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno cuyo epónimo fue propuesto en 1930 por los médicos Ivey y Churchill¹. Se origina a partir de restos epiteliales del órgano del esmalte específicamente del epitelio de la lámina dental, así como del epitelio reducido del esmalte, de Malassez, células basales del epitelio superficial y epitelio de quistes odontogénicos y odontomas.^{2, 3, 4}

El ameloblastoma puede presentar un crecimiento lento y de forma asintomática, alcanzando grandes dimensiones que originan deformidad facial, desplazamiento o pérdida de órganos dentales, maloclusión dental, parestesia y dificultad para la apertura bucal⁵. Actualmente, representan aproximadamente el 1% de los tumores orales y entre el 9 y 11% de los odontogénicos.^{6, 7}

Presenta mayor incidencia en varones (53.2%) que en mujeres (46.7%); predomina su localización en mandíbula (80%), el 70% en la zona molar y rama ascendente, 20% en zona premolar y 10% en anterior⁸. Se reportan los siguientes tipos patológicos: multiquistico o sólido (0.5 de casos por millón de población), uniuquisticos (5-22% de todos los casos), periféricos (1-10% de todos los casos) y metastásico (1.79 de casos por cada 10 millones en población norteamericana); histopatológicamente se clasifican como folicular, plexiforme, acantomatoso, granular, desmoplásico y basaloide; radiográficamente se presenta como unilocular o multilocular. Su diagnóstico requiere la realización de estudios de imagen, como ortopantomografía y tomografía de haz cónico, complementados con una biopsia incisional que permita efectuar el correspondiente análisis histopatológico^{9,10}.

En 1977 Robinson y Martínez describen por primera vez al ameloblastoma uniuístico (AU), como una variante del ameloblastoma que presentó características clínicas y radiológicas similares a las de un quiste odontogénico, sin embargo, histopatológicamente se observó un epitelio de estirpe ameloblástico^{11,13}. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2022 clasifica al ameloblastoma uniuístico (AU) como un ameloblastoma intraóseo con una sola cavidad quística y los subdivide en tres variantes histológicas: luminal (la extensión del tumor se limita a la superficie luminal del quiste), intraluminal (los nódulos protruyen hacia la luz quística) y mural (el tumor se infiltra en la pared quística)¹².

Radiográficamente se observa como una lesión radiolúcida unilocular con bordes escleróticos definidos, total o parcialmente corticalizados, pueden aparecer festoneados o uniformes, también se puede llegar a presentar reabsorción radicular, principalmente en la región molar inferior. Representa entre el 5 y el 22% de todos los ameloblastomas y generalmente se diagnostican entre la primera y segunda década de vida con una mayor incidencia a los 16 años de edad¹³. Histológicamente el AU presenta células basales periféricas, semejantes a los ameloblastos y células epiteliales suprabasales centrales similares al retículo estrellado^{14, 15}.

Caso clínico

Paciente masculino de 7 años y 8 meses de edad, originario de Pachuca de Soto Hidalgo; acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital del Niño DIF Hidalgo, el motivo de la consulta fue: “empezamos a ver que había aumento de volumen así que lo llevamos con un doctor particular y él nos envió aquí”.

En la historia clínica no se registraron datos patológicos relevantes, a la exploración clínica extraoral se observó aumento de volumen en la región del cuerpo y ángulo mandibular del lado izquierdo, no presentó cambios de coloración ni temperatura, asintomático, con una longitud aproximada de 5 x 4 cm, la madre refirió que tenía aproximadamente tres meses de evolución. A la exploración intraoral presentaba apertura bucal conservada, dentición mixta acorde a la edad, mucosas con coloración e hidratación adecuada, múltiples restauraciones, higiene bucal regular, aumento de volumen con pérdida de fondo vestibular en la región mandibular izquierda que se extiende por distal del órgano 75 al borde anterior de la rama ascendente ipsilateral, en lingual se observa aumento de volumen en el área correspondiente a los órganos dentales 75 y 36 ocasionando expansión de la cortical, a la palpación presentó consistencia indurada, no doloroso a la misma.

En estudios de imagen, ortopantomografía y tomografía de haz cónico (TC), se identifica una imagen radiolúcida unilocular, que ocupa el cuerpo mandibular izquierdo, se extiende desde la raíz mesial del primer molar permanente hasta el ángulo y rama ascendente mandibular, bien delimitada, de bordes escleróticos, presentando adelgazamiento importante de las corticales bucal y lingual, midiendo un tamaño aproximado de 4.5 x 3.7 cm. En el interior se observa órgano dental 37 en formación, desplazado hacia el borde basal mandibular, se cuenta con reconstrucción tomográfica en donde se observan mismos hallazgos, (Figuras 1, 2 y 3.)



Figura 1. Ortopantomografía, se observa una lesión radiolúcida unilocular bien delimitada en la región posterior izquierda de la mandíbula asociado al órgano dental 37.



Figura 2. Corte axial TC con ventana ósea que muestra una lesión hipodensa bien delimitada en la región posterior izquierda de la mandíbula con expansión importante de corticales.

Figura 3. Reconstrucción tridimensional de tomografía computarizada que muestra una lesión expansiva en la región posterior izquierda de la mandíbula, con desplazamiento dental y expansión cortical evidente.

Se determina realizar biopsia incisional, previo consentimiento informado, teniendo como diagnósticos diferenciales: quiste dentígero, queratociste odontogénico y ameloblastoma. El análisis histopatológico confirma diagnóstico de ameloblastoma uniuquístico intraluminal. Posteriormente se programa ingreso a cargo del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Niño DIF Hidalgo, se toman estudios paraclínicos preoperatorios pertinentes. Ingresa a quirófano, bajo anestesia general balanceada e intubación orotraqueal, se realiza infiltración de lidocaína con epinefrina al 2% con técnica troncular para bloqueo de nervio dentario inferior del lado izquierdo, así como bloqueo de nervios lingual, bucal y puntos locales vestibulares para fines hemostáticos.

Enseguida se realiza incisión sagital en región de borde anterior mandibular izquierdo con extensión a cuerpo mandibular por medio de electrobisturí, se disecciona mucosa encontrando adelgazamiento y perforación de la cortical vestibular. Extendiendo dicha perforación con instrumento romo se logra permitir acceso directo a la lesión, (Figura 4), observando tejido de apariencia epitelial, de fácil disección, contenido líquido, de color rosa oscuro.



Figura 4. A. Primer molar inferior izquierdo (36); B. Exposición tumoral.

A continuación, se realiza enucleación mediante instrumento romo, incluyendo al órgano dental implicado en su interior, durante dicha maniobra se presenta drenaje espontáneo de líquido de color ámbar, de baja viscosidad y se continúa realizando curetaje cuidadoso del lecho quirúrgico. Como hallazgo, la presente lesión de aspecto quístico se encontraba adherida al paquete vasculonervioso dentario inferior, teniendo que disecar y separar dicha estructura, retirando la lesión completa con la cápsula descomprimida presentando microperforaciones. Se revisó el lecho quirúrgico, realizando lavado y generando hemostasia, dejando la cavidad limpia, (Figura 5).

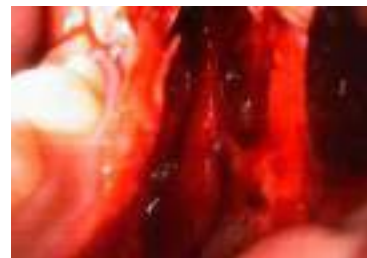


Figura 5. A. Primer molar inferior izquierdo (36), B. Nervio alveolar inferior totalmente disecado y separado de lesión tumoral.

Finalmente se sutura utilizando poliglactina 910 calibre 3-0. Se envía la pieza quirúrgica a estudio histopatológico al departamento de patología del Hospital del Niño DIF Hidalgo. (Figura 6).



Figura 6. Pieza completa obtenida durante procedimiento quirúrgico.

El reporte histopatológico fue: neoplasia odontogénica quística constituida por células epiteliales columnares con núcleo que muestra polaridad invertida, células suprabasales de epitelio con aspecto de retículo estrellado, sin atipias ni mitosis. Revistiendo la pared del quiste, formaciones papilares intraluminales y por debajo, pared fibromixoide, en la periferia fragmentos de tejido óseo cortical.

Por lo anterior, confirmando resultado de ameloblastoma uniuquístico intraluminal resecado totalmente, con un tamaño de 3 x 2 x 2.5 cm incluyendo tejido compatible con órgano dental 37 presentando una medida de 1.2 x 1 cm (Figuras 7 y 8).

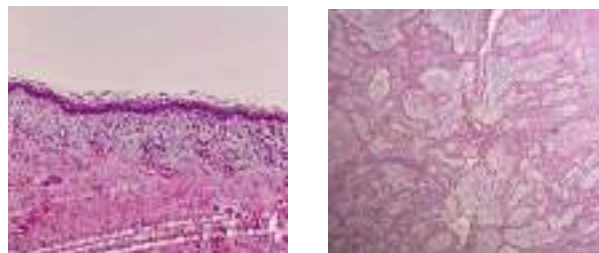


Figura 7. Características microscópicas en aumento de 10x con tinción H&E: se observa revestimiento del quiste por células con polaridad invertida. Estrato superficial con aspecto de retículo estrellado.

Figura 8. Características microscópicas en aumento de 10x con tinción H&E: se observa tumoración intraluminal

con patrón plexiforme y edematoso.

Paciente cursa posoperatorio sin contratiempos, edema importante durante la primera semana, que cede gradualmente, (Figura 9). Madre del paciente refiere no representar molestias, tolerando adecuadamente la vía oral, con sensibilidad adecuada del labio, lengua y área intervenida.



Figura 9. Posoperatorio inmediato con edema importante en el área intervenida.

Se realiza control imagenológico a los 12 meses de postoperatorio, en donde se evidencia signos de neoformación ósea en el área intervenida, se observa desaparición del defecto óseo inicial, sin áreas radiolúcidas ni signos sugestivos de recidiva tumoral, (Figuras 10. A, 10. B, 10. C).

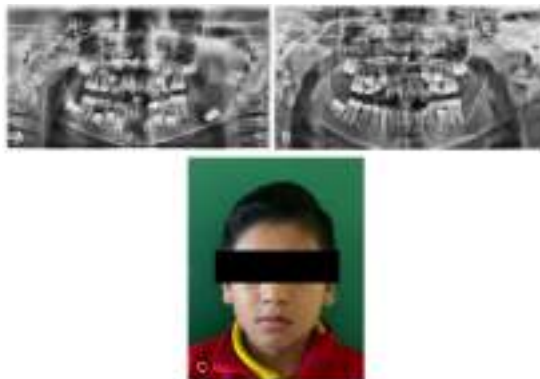


Fig. 10. A) Ortopantomografía inicial que muestra imagen defecto óseo de cuerpo mandibular izquierdo, bien delimitado con bordes escleróticos, en asociación al órgano dental 37. B) Ortopantomografía de control postquirúrgica a los 12 meses posoperatorios con formación ósea en el sitio del defecto inicial y ausencia de signos sugestivos de recidiva; C) Fotografía extraoral de control a los 12 meses posoperatorios.

Discusión

El diagnóstico clínico y radiográfico del AU puede ser un desafío debido a la similitud de sus manifestaciones clínicas y radiográficas con otras lesiones quísticas de los maxilares, dado a que lesiones como el quiste dentígero y el queratociste odontogénico, pueden presentarse en estudios de imagen como lesiones radiolúcidas uniloculares o multiloculares con

bordes bien definidos y en algunos casos con aspecto de panal de abeja; esto en conjunto con las similitudes clínicas que presentan como lo es el crecimiento lento, progresivo, asintomático y agresivo llega a ser un reto para el especialista, viéndose en la necesidad de llevar a cabo un análisis integral que combine estudios de imagen, comportamiento clínico y la confirmación mediante un análisis histopatológico para llegar a un diagnóstico y abordaje correcto, así como oportuno.^{16, 17}

La elección del tratamiento para esta neoplasia benigna llega a ser muy controversial debido al comportamiento agresivo e infiltrante que presenta, sin embargo, debe ser una selección individualizada de acuerdo al caso. Hoy en día tenemos dos enfoques principales para su manejo; el primero es el tratamiento conservador, que abarca técnicas como la enucleación simple, marsupialización, enucleación complementada con la aplicación de soluciones y/o medicamentos diversos, curetaje, osteotomías periféricas y en ocasiones, combinaciones de estas modalidades⁷. Dichas alternativas son más recomendadas en subtipos luminales e intraluminales como el que se presenta en el caso clínico, debido a que no se presenta evidencia de infiltración en tejido conectivo¹⁸. Por otro lado, el enfoque radical implica resecciones óseas segmentarias o marginales con márgenes de seguridad. Esta modalidad suele reservarse para los casos de AU con invasión mural, dado el comportamiento infiltrante del tumor en este subtipo^{19, 20, 21}.

La tasa de recidiva reportada para la resección es del 4%, mientras que en la cirugía conservadora es del 25% y en la enucleación y/o curetaje es del 50%, siendo difícil tomar una decisión basada a dichos porcentajes, sin embargo, un aspecto muy importante a considerar es que esta patología tiene mayor incidencia en pacientes pediátricos o muy jóvenes, y la resección como tratamiento es una influencia negativa directa en la calidad de vida, estética del paciente, además de considerar las reintervenciones quirúrgicas necesarias para su reconstrucción. En la literatura se indica que la elección de un tratamiento radical presenta una menor tasa de recidiva, sin embargo, también ocasiona alteraciones estéticas, funcionales, sensoriales y psicológicas que afectan directamente al paciente^{22, 21, 23}.

En el caso clínico presentado se optó por una intervención conservadora. Esta decisión se sustentó en varios factores: la edad del paciente, el comportamiento benigno de la lesión reportado en la anamnesis (largo tiempo de evolución, ausencia de sintomatología,

etc.) y en la exploración radiográfica (desplazamiento dental sin reabsorción de las estructuras) y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo. Todos estos elementos favorecieron en la toma de decisión un abordaje menos agresivo, priorizando la preservación funcional y estructural del área comprometida, evitando mutilaciones importantes, no afectando la calidad de vida del paciente.

Conclusión

El diagnóstico oportuno del AU en pacientes pediátricos es crucial para un manejo exitoso, hoy en día el uso de estudios de imagen como lo es la ortopantomografía y la tomografía de haz cónico nos permiten reconocerlos y realizar una valoración detallada de la extensión. Los estudios histopatológicos en estas lesiones confirman el diagnóstico presuncional que permite una planificación de tratamiento quirúrgico definitivo.

La detección temprana favorece un tratamiento oportuno no invasivo o demasiado extenso. En la detección de estas patologías se debe dar seguimiento imagenológico y clínico a largo plazo por la posibilidad de recurrencia.

lógico y clínico a largo plazo por la posibilidad de recurrencia.

Agradecimientos

Al hospital del niño DIF por compartir el caso clínico y las facilidades para el desarrollo de este trabajo. A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por brindar recursos y asesoramiento académico.

Conflictos de interés

La información recabada en el presente artículo no presenta ningún conflicto de interés bajo ninguna circunstancia.

Consideraciones éticas

La información recopilada del paciente atendido en las instalaciones del Hospital del Niño DIF, Hidalgo se mantiene en anonimato y se da seguimiento para garantizar la seguridad del paciente mientras participe en la investigación realizada.

Referencias:

- Gómez Pamatz FJ, Landa Román C. Ameloblastoma unicístico con patrón plexiforme. Revisión de la literatura a propósito de un caso clínico. *Rev ADM*. 2023; 80(3):151-159. doi: 10.35366/111433
- Martínez Treviño JA. Cirugía oral y maxilofacial. México: Manual Moderno; 2009.
- Ghai S. Ameloblastoma: An Updated Narrative Review of an Enigmatic Tumor. *Cureus*. 2022; 14(8):e27734. doi: 10.7759/cureus.27734
- Rayamajhi S, Shrestha S, Shayka S, Bhandari S, Radha Twayana A, Shahi K. Unicystic Ameloblastoma of Mandible: A Case Report. *J Nepal Med Assoc*. 2022; 60(251):657-660. doi: 10.31729/jnma.7566.
- Soriano Cueto Y, Reyna Villasmil E. Ameloblastoma unicístico de mandíbula. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2023; 32(2):179-183. doi: 10.31260/RepertMedCir.01217372.1251
- Hernández Gálvez Y, Ducasse Olivera PA, Abull Jauregui J. Ameloblastoma mandibular: resultados del tratamiento quirúrgico. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2021; 11(1).
- 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. *VIVE. Revista de Investigación en Salud*. 2024; 7(19):194-206. doi: 10.33996/revistavive.v7i19.295
- Kalmegh PP, Hande AH, Gawande MN, Patil SK, Sonone AM. Unicystic Ameloblastoma (UA): A Case Series. *Cureus*. 2022; 14(11):e31039. doi: 10.7759/cureus.31039.
- Licéaga Escalera CJ, Montoya Pérez A, Vélez Cruz M, Jiménez de la Puente G. Ameloblastoma unicístico tratado mediante descompresión y enucleación. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Odont. Mex*. 2020; 24(1):42-49. doi: 10.22201/fo.1870199xp.2020.24.1.77550
- Kulkarni S, Sen S, Chandrashekar C, Narayanaswamy V, Radhakrishnan R. Paediatric Unicystic Ameloblastoma – A Report of 2 Cases. *Indian J Dent Res*. 2021; 31(6):987-990. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_670_18.
- Gaitán Sequeira R, Arrascaue Dulanto M, Hidalgo Chávez J. Tratamiento conservador de un ameloblastoma unicístico: reporte de caso con cuatro años de seguimiento. *Revista Odontológica Stomarium*. 2024; 2(2):57-68. doi: 10.62407/ros.v2i2.177
- WHO Classification of Tumors. Head and Neck Tumors Lyon (Francia): Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2022.
- Meenal V, Nikhil V, Madhusudan A. Conservative Management of Unicystic Ameloblastoma of Mandible Evolving from Dentigerous Cyst in a Paediatric Patient: A Case Report. *J Dent (Shiraz)*. 2023; 24(2): 250-255. doi: 10.30476/dentjods.2022.94689.1804.
- Balmaceda Rivera P, Utria Acevedo I, López Aparicio E, Harris Ricardo J. Ameloblastoma unicístico: reporte de caso en una niña de 9 años. *Ustasalud*. 2022; 21(2):114-118. DOI: doi: 10.15332/us.v21i2.2647
- Hirschhorn A, Grynberg S, Campino GA, Dobriyan A, Patel V, Greenberg G, et al. Histopathologic and Molecular Insights Following the Management of Ameloblastomas via Targeted Therapies – Pathological and Clinical Perspectives. *Head and Neck Pathology*. 2024; 18(129). doi: 10.1007/s12105-024-01734-2.
- Fariás Martorelli SB, Carneiro Dias Leite CL, García Leite DS, Rosa Barbosa M, Azevedo Lins de Holanda L. Voluminoso quiste dentígero de mandíbula tratado en dos etapas quirúrgicas informe de caso. *Odontostomatología*. 2021; 23(37):e405. doi: 10.22592/ode2021n37a11
- Vizuete Bolaños M, Salgado Chavarría F, Cruz Tapia RO. Quiste dentígero. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Acta Odontológica Colombiana*. 2022; 12(1):80-88. doi: 10.15446/aoc.v12n1.98021
- Vinitzky Brenner I, Harfuch Capdevila T, Abascal Quintana C, Aldape Barrios B. Tratamiento conservador de ameloblastoma unicístico. Presentación de un caso. *Odontol. Sanmarquina*. 2022; 25(1):e22081. doi: 10.15381/os.v25i1.22081
- Guamán Roldán HX, Astudillo Bravo DK, González Pérez GE, Quelal Chuisaca KL, Cabrera Abad P. Resección de ameloblastoma más reconstrucción funcional mandibular: reporte de caso. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de la Cuenca*. 2024; 2(2):10-19. doi: 10.18537/fouc.v02.n02.a01
- Midi A, Seymen OS, Akbari AM. Surgical Challenges in Managing an Extensive Maxillofacial Ameloblastoma: A Case Report and Literature Review. *Medical Science and Discovery*. 2025; 12(5):189-193. doi: 10.36472/msd.v12i5.1290
- Guo T, Zhang C, Zhou J. Unicystic ameloblastoma in a 9-year-old child treated with a combination of conservative surgery and orthodontic treatment: A case report. *Clin Case Rep*. 2022; 10(1):e05241. doi: 10.1002/ccr3.5241.
- Urechescu H, Banu A, Baderca F, Closca RM, Ilas-Tat MB, Urtila F, et al. Ameloblastoma of the Mandible in a 16-Year-Old Female—Case Report. *Medicina*. 2024; 60(66):1-8. doi: 10.3390/medicina60010066.
- Hae-In C, Gyeong-Yun K, Dong-Ho S, Ji-Su Oh, Seong-Yong M, Jae-Seek Y, et al. Treatment of Central Hemangioma with Embolization in the Mandible. *J Oral Med Pain*. 2023; 48: p. 169-173. doi: 10.14476/jompp.2023.48.4.169