

## Resección de ameloblastoma más reconstrucción funcional mandibular: reporte de caso

**Fecha de recepción:**

5 de abril de 2024

**Fecha de aprobación:**

30 de junio de 2024

**Fecha de publicación:**

31 de julio de 2024

**Cómo citar:**

Guamán Roldán HX, Astudillo Bravo DK, González Pérez GE, Quelal Chuisaca KL, Cabrera Abad DP. Resección de ameloblastoma más reconstrucción funcional mandibular: reporte de caso. doi:10.18537/fouc.v02.n02.a01. Rev la Fac Odontol la Univ Cuenca. 2024;2(2):10-19.

**Autor de correspondencia:**

Génesis Estefany González Pérez

**Correo electrónico:**

gp.genesise@gmail.com

### Ameloblastoma resection plus functional mandibular reconstruction: a case report

DOI: <https://doi.org/10.18537/fouc.v02.n02.a01>

Hugo Xavier Guamán Roldán<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0005-7853-1041>

Diana Katherine Astudillo Bravo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0315-2918>

Génesis Estefany González Pérez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0009-0004-3923-0302>

Kevin Lenin Quelal Chuisaca<sup>3</sup> <https://orcid.org/0009-0001-7133-3481>

Daniela Paola Cabrera Abad<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5103-3740>

1. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador
2. Universidad Tecnológica Equinoccial UTE, Quito-Ecuador
3. Universidad Católica de Cuenca, Cuenca-Ecuador
4. Investigadora Independiente, Cuenca-Ecuador

### Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer de 29 años diagnosticada con ameloblastoma mandibular, un tumor odontogénico benigno, aunque localmente agresivo. El tumor, indoloro pero palpable y clínicamente visible, fue detectado y tratado quirúrgicamente en el Hospital Vicente Coral Moscoso de la ciudad de Cuenca por el servicio de cirugía maxilofacial. El procedimiento quirúrgico, realizado bajo anestesia general, transcurrió sin complicaciones, y el periodo postoperatorio mostró una evolución favorable. En el marco de este caso, se exponen en la introducción las técnicas y procedimientos contemporáneos para la reconstrucción funcional mandibular, esenciales en la planificación de tratamientos integrales en casos de ameloblastoma. La descripción del caso contiene detalles clínicos, quirúrgicos y las características histológicas, ofreciendo un aporte significativo para la práctica maxilofacial y la literatura médica.

**Palabras clave:** Tumores odontogénicos, reconstrucción mandibular, autoinjertos óseos, ameloblastoma.

e-ISSN: 2960-8325  
ISSN: 1390-0889



## Abstract

This clinical case describes a 29-year-old woman diagnosed with mandibular ameloblastoma, a benign yet locally aggressive odontogenic tumor. The tumor, painless but palpable and clinically visible, was detected and surgically treated at Vicente Coral Moscoso Hospital in Cuenca by the maxillofacial surgery department. The surgical procedure, performed under general anesthesia, was completed without complications, and the postoperative period showed favorable progress. In the context of this case, the introduction outlines contemporary techniques and procedures for functional mandibular reconstruction, which are essential for comprehensive treatment planning in ameloblastoma cases. The case description includes clinical, surgical, and histological details, contributing valuable insights to maxillofacial practice and medical literature.

**Keywords:** Odontogenic tumors, mandibular reconstruction, bone autografts, ameloblastoma.

## Introducción

El ameloblastoma es un tumor benigno relativamente frecuente, caracterizado por su naturaleza reservada, crecimiento lento, propiedades invasivas, alta tasa de recurrencia y potencial para transformarse en tumores malignos metastásicos<sup>1</sup>. Se clasifica en cuatro tipos principales: ameloblastoma convencional, ameloblastoma uníquístico, ameloblastoma extraóseo/periférico y ameloblastoma metastásico. El tratamiento del ameloblastoma suele consistir en la cirugía, con el objetivo de extirpar completamente el tumor. Tras la exéresis completa, incluyendo márgenes de seguridad y, si es necesario, ganglios linfáticos, uno de los objetivos fundamentales de la reconstrucción mandibular inmediata es reemplazar el segmento afectado durante el mismo procedimiento quirúrgico. Esto favorece una recuperación rápida con mínimas complicaciones, preservando una armonía facial aceptable y previniendo alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas para el paciente<sup>1-3</sup>.

La reconstrucción funcional es un componente esencial del tratamiento quirúrgico, ya que puede

impactar significativamente la calidad de vida de los pacientes<sup>3</sup>. El método preferido es la reconstrucción inmediata mediante autoinjerto, combinado con material de osteosíntesis. El injerto de peroné es el más utilizado en casos de mandibulectomía por tumores óseos, incluido el ameloblastoma<sup>4,5</sup>. Este procedimiento implica extraer una porción del peroné junto con su aporte vascular y tejido blando, para trasplantarlo a la mandíbula y reemplazar el hueso perdido. El uso de autoinjertos permite restaurar funciones esenciales de la mandíbula, como el habla, la masticación y la deglución<sup>2</sup>. Además, ayuda a prevenir complicaciones como la desviación mandibular y la asimetría facial, promoviendo una recuperación integral del paciente.

La reconstrucción con colgajo libre microvascular de peroné de doble barra es una técnica poco común pero altamente efectiva, que utiliza dos segmentos de peroné y dos conjuntos de vasos para reconstruir la mandíbula<sup>4</sup>. Esta técnica ofrece mayor estabilidad y un contorno mandibular más definido, mejorando tanto la función como la estética facial del paciente<sup>2</sup>. Además del colgajo de peroné, pueden emplearse otros autoinjertos, como los de cresta ilíaca o escápula, para la reconstrucción mandibular<sup>6</sup>. La selección del colgajo depende de las características individuales del paciente y de la magnitud del defecto óseo.

En general, la recuperación funcional es un componente clave en el tratamiento del ameloblastoma mandibular, y el uso de autoinjertos ha mejorado significativamente los resultados en términos de función y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el autoinjerto costal, aunque no es la opción preferida para la reconstrucción mandibular debido a su alta tasa de reabsorción ósea y la falta de suministro vascular propio, sigue siendo una alternativa en centros de salud con recursos limitados. En estos casos, su versatilidad y disponibilidad lo convierten en una opción viable para detener el crecimiento tumoral y mejorar la calidad de vida del paciente, especialmente cuando se prioriza la resolución del problema sobre los aspectos reconstructivos ideales. La reconstrucción ósea con material de osteosíntesis sigue desempeñando un papel fundamental en la mejora de la función y la estética facial.

La planificación y evaluación preoperatorias son cruciales para garantizar el éxito de la resección radical del ameloblastoma mandibular y minimizar los riesgos de complicaciones. Estas incluyen una anamnesis detallada, un examen físico completo, estudios de imagen y una evaluación dental exhaustiva<sup>7</sup>. El objetivo principal de esta fase preoperatoria es determinar la extensión del tumor, evaluar la viabilidad de la reconstrucción e identificar riesgos potenciales o contraindicaciones para el procedimiento quirúrgico.

El seguimiento y la supervisión postoperatorios son esenciales para garantizar el éxito del procedimiento y la recuperación integral del paciente. Este proceso incluye una monitorización cuidadosa del suministro de sangre al colgajo, el manejo adecuado de las heridas, el control del dolor y el inicio de la rehabilitación<sup>6</sup>. En muchos casos, los pacientes pueden necesitar fisioterapia y logopedia para restablecer funciones clave como la masticación, la deglución y el habla.

Además, es imprescindible llevar a cabo un seguimiento a largo plazo para identificar posibles signos de recurrencia y evaluar la efectividad de la reconstrucción<sup>6</sup>. Las tecnologías modernas, como la planificación virtual y los modelos de impresión 3D, han demostrado ser herramientas valiosas en la fase preoperatoria, ya que contribuyen a mejorar la precisión y exactitud de la técnica quirúrgica<sup>2</sup>.

Finalmente, la resección radical del ameloblastoma mandibular, combinada con una reconstrucción funcional, es un procedimiento complejo que exige una planificación detallada, habilidades quirúrgicas especializadas y un seguimiento postoperatorio minucioso. Estas medidas son fundamentales para lograr resultados óptimos, tanto en términos de función como de estética, y para garantizar una mejor calidad de vida a largo plazo para el paciente.

secundaria, y trabaja como comerciante para la marca *Marcello's*, percibiendo un ingreso mensual aproximado de 500 dólares. De religión católica, presenta lateralidad diestra y pertenece al grupo sanguíneo A+. No refiere antecedentes de transfusiones ni alergias conocidas. En cuanto a antecedentes personales, familiares y quirúrgicos, la paciente no presenta antecedentes relevantes. Dentro de sus hábitos de vida, no realiza actividad física regular, consume alcohol ocasionalmente, y niega el consumo de tabaco o drogas. Consulta por aumento de volumen en la región mandibular izquierda, el cual describe con una evolución aproximada de 10 años. Refiere que, a los 18 años, se le practicó una biopsia incisional cuyo informe histopatológico confirmó el diagnóstico de ameloblastoma.

Durante el examen físico, la paciente se encuentra consciente, orientada, afebril e hidratada, con mucosas orales húmedas y conjuntivas rosadas. Se observa una asimetría facial localizada en el tercio inferior izquierdo, asociada a una masa de aproximadamente 4 cm de diámetro, bien delimitada, de consistencia dura, no móvil e indolora a la palpación. En el examen intraoral se evidencia expansión de las tablas óseas en la región afectada.

Dado que la paciente cuenta con un diagnóstico confirmado por histopatología previo, no se consideró necesario realizar una nueva biopsia. Se procede a planificar la resolución quirúrgica inmediata, tomando en cuenta las características del caso y los hallazgos clínicos.

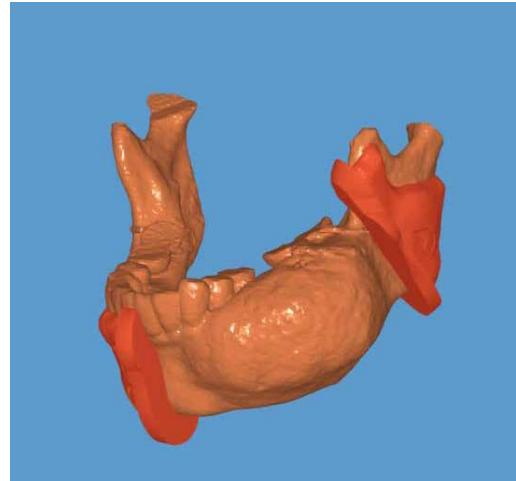
## Reporte de caso

Paciente femenina de 29 años, de nacionalidad venezolana y residente en la ciudad de Cuenca, Ecuador. Es soltera, con nivel de instrucción

**Figura 1a.** Foto extraoral.



**Figura 2.** Modelo 3D.



**Figura 1b.** Foto extraoral.



Se decide realizar una planificación virtual con el objetivo de garantizar una reconstrucción mandibular precisa y funcional. Con la ayuda de modelos tridimensionales impresos en 3D (Figura 2), se llevó a cabo la preparación detallada del procedimiento quirúrgico. Esta tecnología permitió identificar con exactitud el lugar donde se colocará la placa de reconstrucción y determinar el diámetro adecuado de la costilla a utilizar como injerto óseo (Figura 3).

**Figura 3.** Placa de reconstrucción.



La planificación preoperatoria asistida por tecnología 3D permitió optimizar la precisión y eficiencia del abordaje quirúrgico, asegurando que la reconstrucción mandibular se adaptara a las necesidades anatómicas y funcionales específicas de la paciente. Este enfoque contribuyó significativamente a reducir el riesgo de complicaciones y a mejorar los resultados tanto estéticos como funcionales en el postoperatorio.

Tras un análisis detallado del cuadro clínico de la paciente, que incluyó la prolongada evolución de la patología sin tratamiento, las limitaciones en la resolución quirúrgica, y la falta de insumos y tecnología avanzada disponibles en esta casa de salud, se tomó la decisión de realizar una exérésis quirúrgica inmediata del tumor. Para la reconstrucción, se optó por un autoinjerto costal combinado con material de

osteosíntesis, como una solución práctica y efectiva con los recursos disponibles al momento.

Previo al procedimiento, se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, autorizando también el reporte de su caso clínico, cumpliendo así con los estándares éticos y legales requeridos.

### Plan de tratamiento

El primer paso en el manejo de la paciente consistió en la elaboración de una historia clínica completa. Esto incluyó una anamnesis detallada para recopilar información sobre antecedentes personales, familiares y quirúrgicos, un examen físico exhaustivo, y el registro fotográfico de la región afectada, lo que permitió documentar la condición inicial y facilitar la comparación con los resultados postoperatorios.

Como parte de los estudios preoperatorios, se realizaron exámenes complementarios para evaluar el estado general de salud y la coagulación de la paciente. Estos incluyeron una biometría hemática, el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP) y la relación internacional normalizada (INR). Además, se llevaron a cabo exámenes imagenológicos, entre ellos una tomografía simple del macizo facial para determinar la extensión del tumor y planificar la reconstrucción mandibular, así como radiografías AP y lateral de tórax para evaluar el estado pulmonar y descartar patologías asociadas. También se realizó un electrocardiograma para valorar la aptitud cardiovascular antes de la cirugía.

El procedimiento quirúrgico incluyó la biopsia excisional para la extirpación completa del tumor, seguida de la reconstrucción mandibular utilizando un autoinjerto costal y material de osteosíntesis. Esta combinación permitió abordar tanto la resección del tumor como la reconstrucción funcional con los recursos disponibles, garantizando un resultado adecuado dentro de las limitaciones del contexto clínico.

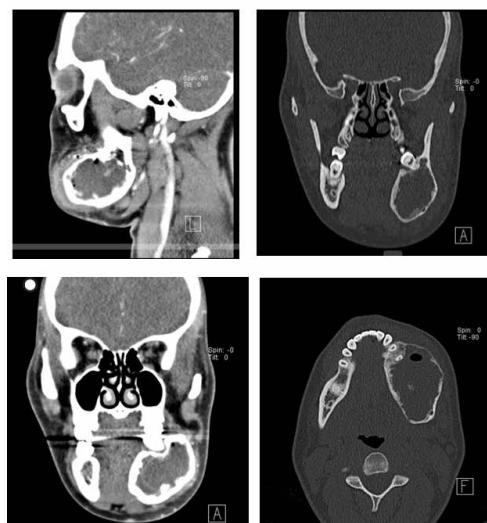
En la etapa postoperatoria, se implementó un control riguroso que incluyó la monitorización continua del estado general de la paciente y del injerto, así como el cuidado adecuado de las heridas quirúrgicas. Se programaron evaluaciones periódicas para detectar posibles complicaciones y garantizar una recuperación óptima. Además, se planificó la rehabilitación funcional para restaurar la masticación, el habla y la estética facial, asegurando un seguimiento a

largo plazo para evaluar el éxito del tratamiento y prevenir recurrencias.

### Informe tomográfico

En la rama horizontal izquierda de la mandíbula, adyacente a la raíz dentaria, se observa una imagen lítica de 28 unidades Hounsfield (UH), expansiva, con pequeños septos hiperdensos en su interior. La lesión presenta ligera captación del medio de contraste, y se evidencian áreas de densidad gaseosa en su interior. No se observa destrucción cortical ni afectación de los tejidos blandos circundantes. Las dimensiones de la imagen son 64 x 38 mm (Figura 4).

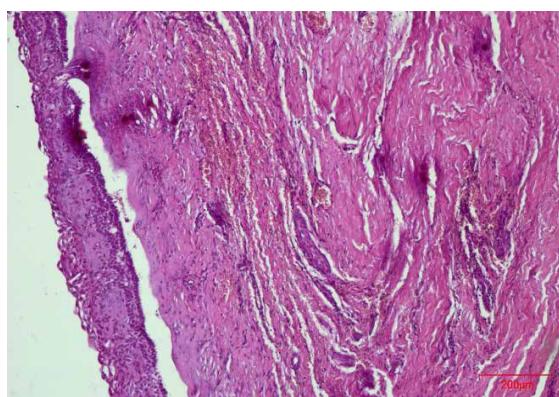
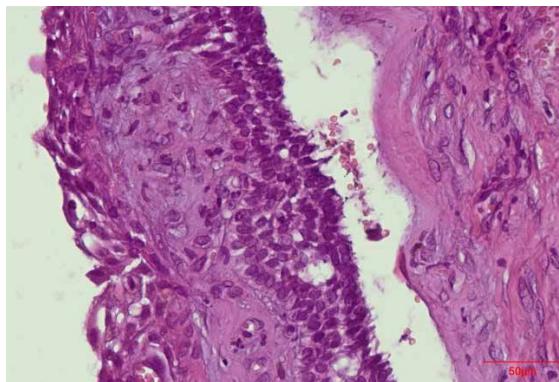
**Figura 4.** Imágenes de tomografía simple de macizo facial.



### Informe sobre el estudio histopatológico

Al examen microscópico de la muestra, se observa una predominancia de eritrocitos extravasados, tejido conjuntivo fibroso laxo, tejido óseo inmaduro (no laminar) y médula ósea roja. No se identifican células tumorales en la muestra. Se aprecia una abundante cantidad de tejido de granulación, caracterizado por la presencia de numerosos vasos sanguíneos llenos de eritrocitos, acompañados de un infiltrado inflamatorio crónico. En una pequeña área, se observa un revestimiento epitelial escamoso estratificado no queratinizado, cuyas células tienen un aspecto cuboidal o columnar, con núcleos polarizados de manera inversa. El diagnóstico es compatible con ameloblastoma (Figuras 5a y 5b).

**Figuras 5a y 5b.** Imagen histopatológica.



### Procedimiento quirúrgico

La paciente fue posicionada en decúbito lateral izquierdo, bajo anestesia general con intubación nasotraqueal. Se inició el procedimiento con la recolección del autoinjerto costal, bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia, y colocación de campos quirúrgicos estériles. Se realizó una incisión extrapleural curvilínea al nivel de la quinta costilla del lado derecho, de aproximadamente 2,5 cm de longitud, siguiendo el pliegue infra mamario y extendiéndose desde la línea axilar media hacia el esternón en dirección medial.

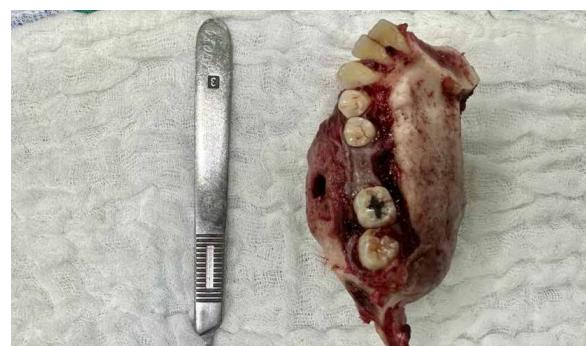
La disección circunferencial del periostio se llevó a cabo con cuidado, utilizando una cureta costal de Doyen en la superficie inferior de la costilla, teniendo especial precaución de no dañar la pleura ni el haz neurovascular. Con el uso del bisturí piezoeléctrico, se realizó una osteotomía para extraer un injerto costal de 6 cm de longitud, manteniendo aproximadamente 3 mm de cartílago en el injerto.

Finalmente, se procedió a realizar la síntesis de la incisión torácica por planos, completando la recolección del injerto costal.

A continuación, se realizó la exéresis del ameloblastoma, efectuando una resección segmentaria del cuerpo y parte de la rama mandibular izquierda, siguiendo los márgenes de seguridad establecidos en la planificación virtual para asegurar la eliminación completa de la lesión y la preservación de hueso sano. El abordaje quirúrgico fue combinado, utilizando una vía intraoral y extraoral submandibular extendida. Se obtuvo una pieza quirúrgica de aproximadamente 84 x 38 mm de diámetro (Figura 6). Se logró preservar en su totalidad el piso de la boca.

Para la reconstrucción mandibular, se colocó un material de osteosíntesis de titanio, utilizando una placa de reconstrucción del sistema 2.4 y tornillos (Figura 7). La placa fue previamente ajustada según la planificación virtual (Figura 3), con el objetivo de lograr simetría facial y un ligero aumento de volumen en el lado izquierdo de la mandíbula, restaurando tanto la función como la estética facial.

**Figura 6.** Pieza quirúrgica.



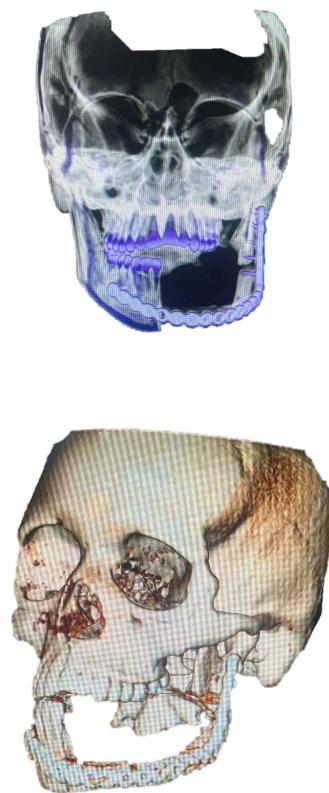
**Figura 7.** Reconstrucción mandibular.



Se procedió a la colocación del injerto costal libre, fijándolo a la placa de reconstrucción mediante tornillos de osteosíntesis. Posteriormente, se realizó la síntesis de los planos quirúrgicos, y se dio por terminado el procedimiento quirúrgico sin complicaciones. El resultado obtenido fue el esperado y conforme a lo planificado, sin incidencias tanto en el transoperatorio como en el postoperatorio inmediato.

El postoperatorio transcurrió sin contratiempos, por lo que se decidió el ingreso de la paciente a hospitalización para una observación y monitorización adecuada durante 4 días. Al cumplirse este período, la paciente recibió el alta médica para continuar con su recuperación en su domicilio, bajo tratamiento de analgesia y antibióticos orales. Se estableció un plan de control y seguimiento en consulta externa, programando citas a los 8 días, 15 días, 1 mes, 3 meses y finalmente a los 6 meses posquirúrgicos (Figura 8), para garantizar la correcta evolución de la paciente y la ausencia de complicaciones o recurrencias del ameloblastoma.

**Figuras 8.** Tomografía de macizo facial (control a los 3 meses postquirúrgico).



Se observó una adecuada evolución posquirúrgica, con las heridas completamente cerradas y sin signos de infección. La paciente mostró resultados estéticos y funcionales satisfactorios, cumpliendo con las expectativas preoperatorias en cuanto a la restauración de la simetría facial y la función mandibular. La evolución fue favorable, sin complicaciones, y el seguimiento clínico reflejó un progreso constante hacia la recuperación total (Figura 9).

**Figura 9.** Fotografía control posquirúrgico a los seis meses.



## Discusión y revisión de la literatura

El ameloblastoma es un tumor benigno, localmente invasivo, de crecimiento lento que se origina en el epitelio odontogénico, es decir, en los tejidos responsables de la formación de los dientes. Este tipo de tumor se clasifica, según la Clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su quinta edición, en cuatro tipos principales: ameloblastoma uníquístico, ameloblastoma extraóseo, ameloblastoma convencional y ameloblastoma adenoide<sup>8</sup>.

La mandíbula es el sitio más común para el desarrollo de este tumor, representando aproximadamente el 80 % de los casos, especialmente en la región posterior. El ameloblastoma también puede ocurrir en el maxilar, con una frecuencia notable en la zona posterior, cerca de los terceros molares no erupcionados. Estos tumores tienden a crecer en dirección buco-lingual, lo que provoca la expansión de las tablas óseas y puede generar deformaciones

faciales, pérdida de dientes, invasión de tejidos blandos y maloclusiones<sup>2</sup>. Debido a su crecimiento agresivo, es fundamental una planificación adecuada para su tratamiento, con el fin de evitar recurrencias y complicaciones adicionales.

El tratamiento recomendado para el ameloblastoma es radical, con una resección en bloque que garantice márgenes adecuados para reducir el riesgo de recurrencia. Este enfoque es crucial no solo para erradicar el tumor, sino también para asegurar que la colocación de implantes dentales, si es necesario en el futuro, sea viable<sup>9</sup>. La planificación quirúrgica, que puede incluir técnicas avanzadas como la reconstrucción mandibular, juega un papel fundamental para preservar la función y estética del paciente, al mismo tiempo que se minimiza la posibilidad de recurrencia. El seguimiento postoperatorio debe ser riguroso, con exámenes clínicos y de imagen periódicos, para garantizar la ausencia de nuevas formaciones tumorales y permitir la recuperación óptima del paciente.

Al seleccionar un enfoque reconstructivo para la reconstrucción mandibular post-ameloblastoma, es fundamental tener en cuenta diversos factores como la ubicación y el tamaño del defecto a reconstruir, el tipo histopatológico del tumor, el grado de extirpación, el riesgo de complicaciones y fracasos, la viabilidad de la radioterapia, y las expectativas del paciente<sup>10</sup>. En este sentido, el injerto óseo autólogo es considerado el estándar de excelencia debido a su capacidad para activar los tres procesos clave de regeneración ósea: osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción. Estos injertos tienen una alta tasa de éxito, especialmente los vascularizados, con una tasa de integración ósea del 96 %, frente al 69 % de los injertos no vascularizados. Los injertos óseos vascularizados no solo tienen una mayor tasa de éxito, sino que también ofrecen resultados superiores tanto estéticos como funcionales, al proporcionar hueso suficiente para soportar las fuerzas masticatorias<sup>11</sup>.

El injerto óseo vascularizado es una opción excelente, ya que proporciona un hueso lo suficientemente fuerte para resistir las fuerzas masticatorias aplicadas sobre la mandíbula reconstruida. Además, los injertos vascularizados permiten una mejor integración con los implantes de titanio

osteointegrados, lo que facilita la rehabilitación dental y mejora la calidad de vida del paciente, especialmente en aquellos con recursos económicos para acceder a este tipo de procedimientos<sup>12</sup>. Sin embargo, los injertos libres vascularizados tienen un tiempo quirúrgico considerablemente mayor, con una duración estimada de 503 minutos, comparado con los injertos no vascularizados, que requieren aproximadamente 324 minutos. Esto implica un uso más intensivo de recursos y tiempo, lo que puede no ser factible en todos los casos. A pesar de este desafío, muchos cirujanos defienden el uso de injertos libres vascularizados, dado sus beneficios en términos de estabilidad y resultados a largo plazo.

Por otro lado, el injerto costal se presenta como una alternativa válida, especialmente en casos de hemimandibulectomía, ya que ofrece suficiente longitud ósea para abordar defectos extensos, aunque presenta limitaciones debido a su menor contenido esponjoso. Esto puede dificultar la colocación de implantes dentales, ya que el hueso costal es más delgado y posee menos hueso esponjoso en comparación con otros injertos<sup>12</sup>. En este contexto, el injerto óseo de cresta ilíaca destaca por su volumen adecuado y su capacidad para proporcionar una estructura firme para la colocación de implantes. Además, contiene células osteoblásticas que favorecen la osteogénesis, aunque se asocia con tasas relativamente altas de reabsorción ósea.

En cuanto a los injertos de peroné, estos han ganado popularidad por su capacidad para ofrecer una cantidad significativa de tejido óseo, ideal para la reconstrucción de defectos mandibulares y maxilares. Con una longitud de entre 25-30 cm, los injertos de peroné vascularizados muestran una menor tasa de reabsorción y una mayor estabilidad a lo largo del tiempo, comparado con otros colgajos comunes, como el colgajo libre de cresta ilíaca o el colgajo libre escapular<sup>11</sup>. Esto los convierte en una opción sólida para reconstrucciones complejas, aunque, como todo injerto, deben ser considerados cuidadosamente en función de las características del paciente y la naturaleza del defecto a reparar. La elección del tipo de injerto óseo debe ser cuidadosamente evaluada en función de los factores anatómicos, funcionales y estéticos, así como la disponibilidad de recursos y las condiciones

específicas de cada caso. Los injertos óseos no vascularizados se adecuan cuando no se contempla un tratamiento de radioterapia postoperatoria y la cobertura de tejido blando del sitio receptor es la adecuada. A comparación de los injertos libres vascularizados, que pueden ser preferibles para la reconstrucción de defectos de más de 6 cm de longitud si otros factores no son propicios<sup>13</sup>. Se han reportado casos de fracaso de injerto en defectos grandes que miden 12 cm y se ha recomendado el uso exclusivo de injertos vascularizados<sup>11</sup>.

A pesar de las numerosas ventajas de las reconstrucciones microquirúrgicas, el proceso de adquirir habilidad en esta técnica presenta una extensa curva de aprendizaje, y los errores cometidos pueden tener consecuencias graves debido a la complejidad del procedimiento. La reconstrucción tardía, aunque eficaz, conlleva un mayor riesgo de detectar recurrencia tumoral y diseminación local, en comparación con la reconstrucción inmediata, que aborda el sitio primario de la resección. Por esta razón, la preferencia por la reconstrucción inmediata es evidente, dado que ofrece numerosos beneficios, como resultados estéticos superiores, menor morbilidad, una recuperación más rápida para el paciente, la prevención de secuelas que complicarían una reconstrucción posterior y, en algunos casos, una reducción en costos y la necesidad de tratamientos adicionales<sup>14</sup>.

Es crucial considerar que la falta de reconstrucción de la mandíbula puede resultar en complicaciones funcionales, como retrusión y desviación hacia el lado de la resección. Esta alteración afecta los patrones de movimiento mandibular, donde los movimientos verticales habituales se sustituyen por movimientos oblicuos o diagonales controlados únicamente por una articulación temporomandibular. Además, se puede observar una disminución en la movilidad y fuerza lingual, junto con trastornos en la sensibilidad propioceptiva, a causa de la afectación del nervio dentario inferior<sup>3</sup>.

Una vez alcanzado el éxito en la integración del colgajo sin complicaciones vasculares o infecciosas en el área receptora, y logrado un adecuado proceso de osteosíntesis en la mandíbula restante, los seguimientos a largo plazo muestran que la probabilidad de complicaciones significativas que puedan afectar

la función mandibular es mínima<sup>6</sup>. Esto resalta la importancia de una planificación cuidadosa y una ejecución técnica precisa en los procedimientos reconstructivos, para asegurar tanto la funcionalidad como la estética a largo plazo.

## Conclusiones

La resección radical del ameloblastoma mandibular seguida de una reconstrucción funcional utilizando un colgajo libre de peroné se ha consolidado como una opción de tratamiento eficaz para los pacientes que enfrentan este tumor raro y agresivo. La clave para obtener resultados exitosos radica en una planificación preoperatoria detallada, una técnica quirúrgica adecuada para la resección radical y un manejo riguroso durante el seguimiento postoperatorio.

Por otro lado, el uso de autoinjertos de costilla como opción reconstructiva ha demostrado ser una alternativa confiable y versátil, proporcionando resultados tanto estéticos como funcionales sobresalientes. Este enfoque, al combinar resección quirúrgica adecuada con un excelente manejo reconstructivo, no solo ofrece una solución efectiva en términos de restauración de la estructura mandibular, sino también de la estética facial y la función masticatoria.

## Referencias

1. Ghai S. Ameloblastoma: An Updated Narrative Review of an Enigmatic Tumor. Cureus. 2022;14(8): e27734.
2. Galvez YH, Olivera PAD, Jauregui JA. Ameloblastoma mandibular: resultados del tratamiento quirúrgico. An Acad Cienc Cuba [Internet]. [citado 1 de abril de 2024];11(1). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/444/4441978021/html/>
3. Chong Sánchez MM, Arias Delgado LA, Mero Vélez RG, Loor García KL. Reconstrucción de Mandíbula en Pacientes con Ameloblastoma mediante Injerto de Peroné Cutáneo. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc. 2019;3(1):175-84.

4. Muñoz-Gutiérrez T, Luna-Ortiz K. Cirugía radical en ameloblastoma plexiforme y reconstrucción con peroné libre.
5. Pastore GP, Martins IS, Goulart DR, Prati AJ, de Moraes M, Pastore PR, et al. Tratamiento Quirúrgico de Ameloblastoma Mandibular y la Reconstrucción Inmediata con Injerto Oseo Libre y Terapia con Oxígeno Hiperbárico. *Int J Odontostomatol.* diciembre de 2016;10(3):409-17.
6. Gallegos-Hernández JF, Martínez-Miramón A, Reyes-Vivanco A, Gallegos-Hernández JF, Martínez-Miramón A, Reyes-Vivanco A. Seguimiento a largo plazo del colgajo libre de peroné en la reconstrucción mandibular. *Cir.* junio de 2019;87(3):267-71.
7. Robalino-Torres D, Castro-Chávez D, Sandoval-Portila F, Freire-Torres C, Serrano-González-Rubio A, Robalino-Torres D, et al. Doble colgajo libre para reconstrucción mandibular compleja: osteocutáneo de peroné y antebraquial radial. Caso clínico. *Cir Plástica Ibero-Latinoam.* marzo de 2018;44(1):85-91.
8. Hamdy O, Raafat S, Saleh GA, Awny S, Shebl AM, Hegazy MA. Recurrent mandibular ameloblastoma in soft tissue and rib graft 17years after initial presentation. *J Egypt Natl Cancer Inst.* 6 de enero de 2020;32(1):1.
9. Reconstrução mandibular imediata com enxerto livre de fíbula associada à reabilitação oral com implantes dentários em dois tempos cirúrgicos – follow-up de 16 anos [Internet]. Revista ImplantNews. 2021 [citado 4 de abril de 2024]. Disponível en: <https://revistaimplantnews.com.br/reconstrucao-mandibular-imediata-com-enxerto-livre-de-fibula-associada-a-reabilitacao-oral-com-implantes-dentarios-em-dois-tempos-cirurgicos-follow-up-de-16-anos/>
10. Morell AP, Briñes AM, León A, Suárez CM, Bracamonte A, Guzmán F, et al. Reconstrucción Mandibular Con Colgajo Microquirúrgico De Peroné. Experiencia En Pacientes Pediátricos. *Rev Venez Oncol.* 2020;32(3):160-6.
11. Nespolo DE, Franzin LC da S, Rausch FZ, Lopes FS. Reconstrução mandibular após ressecção de um ameloblastoma, utilizando enxerto de fíbula vascularizado com acompanhamento de 20 años: relato de caso clínico. *Braz J Health Rev.* 6 de febrero de 2024;7(1):4648-62.
12. Fernandes GC da S, Silva JS, Araújo JSS. Reconstruções de defeitos mandibulares centrais e laterais com enxertos autógenos não vascularizados: uma revisão das perspectivas atuais / Reconstructions of central and side mandibular defects with non-vascularized autogenous grafts: a review of current perspectives. *Braz J Dev.* 10 de febrero de 2021;7(2):14744-60.
13. Kar IB, Sarkar DF, Samal D, Mishra N. Costochondral grafts for reconstruction of acquired mandibular defects involving the temporomandibular joint: Report of two cases. *Natl J Maxillofac Surg.* agosto de 2022;13(Suppl 1):S170-5.
14. Lima M, Maricevich J, Sá J, Kawamura K, Anlicoara R. Mandibular reconstruction with fibula free flap: case series. *Rev Bras Cir Plástica.* 1 de enero de 1d. C.;35(1):23-7.

#### Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.