

ODONTOMA COMPUESTO, REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Silvia Inés Jurado Vázquez* Cristina Rangel Martínez.* M.E.P Pedro Brito Tapia**

*Lic. Estomatología Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, silvi85@hotmail.com

** Maestría en Odontología Pediátrica, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Clínica Dental Odontopediatría Puebla, Pue.

RESUMEN. Se presenta un caso clínico de odontoma compuesto asociado a un diente supernumerario y un lateral retenido superior derecho. El paciente de 7 años 6 meses de edad es de sexo femenino. Se realizan estudio radiográfico para su diagnóstico, que consisten en técnica panorámica y técnicas intraorales.

Posteriormente se realizó la intervención quirúrgica para extirpar la lesión y las estructuras dentarias asociadas a ella. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico. Basado en lo expuesto se analiza al odontoma compuesto según localización, sexo y edad habiendo realizado una revisión del tema según diversos autores.

INTRODUCCION. Odontoma, Tumor benigno, de origen odontogénico, compuesto por una mezcla de células epiteliales y mesenquimatosas, que tienen la capacidad de formar esmalte, dentina y cemento; éstos se encuentran mezclados en diferentes sentidos y proporciones, es decir, que crecen de manera irregular. Así mismo se han dividido en odontoma ameloblástico, compuesto y complejo., recientemente estipulado por la Organización Mundial de Salud, (OMS) que ha propuesto una nueva clasificación de los tumores odontogénicos; basada en las características histológicas que exhiben cada uno de los tumores y que a su vez corresponden a un comportamiento biológico, siendo los compuestos dos veces más frecuentes que los complejos, y que pueden ser francamente benigno, maligno o hamartomatoso (mixto).

TEORIA. El término "Odontoma" fue introducido en 1867 por Paul Broca, como un Tumor benigno mixto de origen odontogénico¹, compuesto por una mezcla de células epiteliales y mesenquimatosas; Formados por tejidos dentarios calcificados, mezclados en diferentes sentidos y proporciones ²; es decir que crecen de manera irregular, o como una alteración del desarrollo de las células, completamente diferenciadas, que tienen la capacidad de formar esmalte, dentina y cemento.³

Los tumores o neoplasias odontogénicas se forman a partir del tejido que participa en la odontogénesis, algunos de ellos no llegan hacer verdaderas neoplasias, sino alteraciones de una de las etapas de la odontogénesis, que se manejan como crecimiento de tejido anormal que aparece en torno de la cavidad bucal, así como en otras partes del organismo. Los tumores pueden ser benignos o malignos, se localizan en el interior del hueso del maxilar o la mandíbula, aunque se han reportado en los ejidos periféricos de estos y en otros huesos de la economía, sobre todo en los huesos largos.

Además de su origen dentario a partir de dichas células epiteliales y mesodérmicas bien diferenciadas, y células ameloblásticas que forman esmalte y dentina, también pueden presentarse los odontoma por alteraciones genéticas, trauma local y procesos infecciosos. Dentro de su histopatología estas anomalías se pueden observar en los tejidos duros y blandos, antes de la maduración de los tejidos duros es común identificar una matriz prominente de esmalte y órganos de esmalte relacionados. También hay queratinización de las llamadas células fantasmas en las células epiteliales del esmalte de algunos odontomas.

Manifestaciones clínicas. Frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, afectan por igual a ambos sexos sin predilección por la raza; son sintomáticos; interfieren en la erupción dentaria de los dientes permanentes. No se observa expansión de las corticales y si está presente es en grado limitado; se ha

presentado con mayor frecuencia en la región de premolares, pero no tiene ubicación frecuente en región anatómica del maxilar o mandíbula. El Odontoma compuesto es el más frecuente. Recientemente la Organización Mundial de Salud, (OMS) ha propuesto una nueva clasificación de los tumores odontogénicos; basada en las características histológicas que exhiben cada uno de los tumores y que a su vez corresponden a un comportamiento biológico, siendo los compuestos dos veces más frecuentes que los complejos, y que pueden ser francamente benigno, maligno o simplemente hamartomatoso (mixto).¹

Clasificación: a) Compuesto: malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución ordenado; la lesión consta de muchas estructuras similares a los dientes denominadas denticulos. b) Complejo; malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios pero con un patrón de distribución desordenado. Los odontomas compuestos suelen ser lesiones uniloculares radiopacas y múltiples, que pueden contener pocas (2 a3) o muchas (20 a 30) estructuras análogas a dientes en miniatura 1,4.

Estos tumores benignos no tienen predilección por género aunque existe una ligera predilección por el sexo masculino. El 75% de los casos suelen diagnosticarse antes de la segunda década de la vida, debido a que existe un retraso en la erupción dental permanente. En algunos casos son hallazgos radiográficos habituales. Radiográficamente se pueden observar como masas radiopacas de márgenes irregulares que adopta una configuración similar a dientes (denticulos) con un borde periférico radiolúcido.

Diagnóstico diferencial:

Odontoma compuesto.

Sus características radiológicas muestran una forma concéntrica, rodeado por un halo radiolúcido, las opacidades centrales asumen la forma de pequeños dientes denominados “denticulos”, en ocasiones diez en un foco único. Este foco típico tiene lugar en un área con dientes, entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido. Las anomalías descubiertas durante las etapas tempranas del desarrollo tumoral son principalmente radiotransparentes, con áreas focales de opacidad que representan calcificación temprana de la dentina y esmalte. Se pueden incluir otras lesiones opacas de la boca como osteomielitis esclerosante focal, osteoma, displasia cemental periapical, fibroma osificante y cementoblastoma.^{10, 4,1} Generalmente el tumor se ubica alrededor de la corona diente impactado, el odontoma puede aparecer también a partir de células progenitoras odontogénicas en el interior del ligamento periodontal y ubicarse entre las raíces dentarias. El odontoma se clasifica en odontoma compuesto, odontoma complejo y odontoma quístico (asociado a un quiste o en su interior).

Odontoma complejo. Presenta opacidad bien localizada, de menor tamaño que el Odontoma Compuesto, márgenes irregulares como una explosión solar, las opacidades centrales representan tejidos dentarios en forma desorganizada, a veces se observan algunas estructuras semejantes a dientes rudimentarios. 9

Respecto a su localización la mayoría se sitúan en el área de incisivos y caninos del maxilar superior, seguida por las zonas anterioinferior y posterioinferior, también puede localizarse desplazando a otros sitios como el seno maxilar, paredes del seno maxilar izquierdo, en la cavidad nasal, piso de orbita, ángulo de la rama mandibular y parte posterior de la mandíbula.^{5,6}

CASO CLÍNICO

Se presenta reporte de un odontoma compuesto en el maxilar superior en un paciente de sexo femenino de 7 años 6 meses de edad, sin antecedentes relevantes para su padecimiento actual, acude a la clínica de salud dental a un chequeo general, asociado con la ausencia del lateral superior derecho permanente. Por lo que se envía a toma de radiografía panorámica para su valoración, observando que el órgano dentario se encontraba incluido a causa de una masa radiopaca con pequeños denticulos que obstruía su erupción.

Bajo anestesia local infiltrativa, utilizando lidocaína con epinefrina al 2% con una concentración de 1:100,000 se realizó un colgajo mucoperiostico (Fig. 2) vestibular desde distal del órgano dentario No. 11 (Incisivo central superior derecho) hasta la parte mesial del órgano dentario No. 53 (canino superior derecho). Se prosiguió con una osteotomía para exponer la masa calcificada y así poder realizar la odontectomía de los dentículos; (Fig. 3) se extrajeron y se limpió bien el área para evitar que quedaran restos del odontoma. (Fig. 4) No se suturo la zona y se recomendó el uso de cianocrilato para una rápida cicatrización, haciendo la recuperación menos dolorosa y evitando la molestia de que el paciente regresara a retiro de puntos.

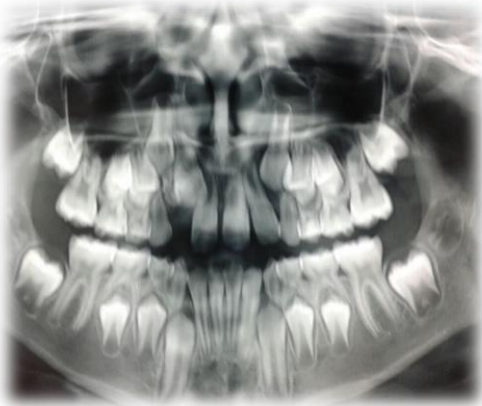


Fig.1. Radiografía panorámica. Detalle

Fig. 2 Incisión y realización de colgajo mucoperiostico vestibular.

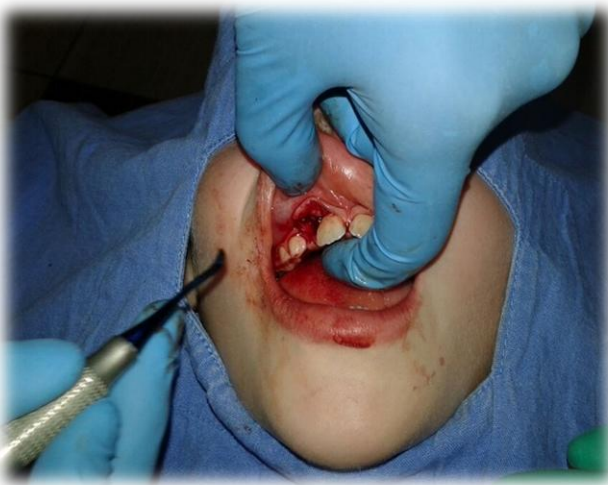


Fig. 3: Desbridamiento y osteotomía para exponer la masa calcificada

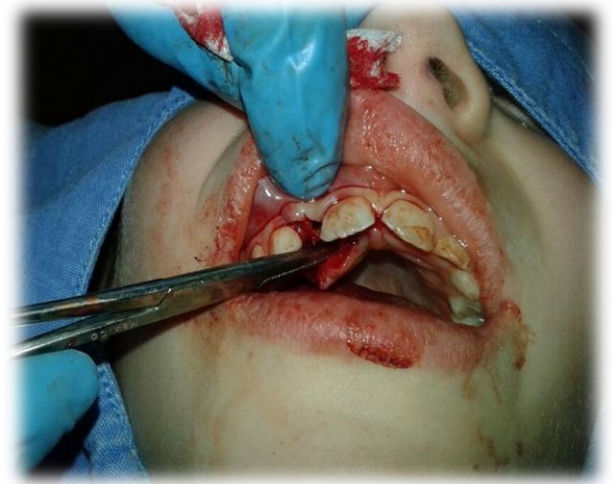


Fig. 4: Extracción de los fragmentos del odontoma con pinza mosco



Fig. 6: Detalle del Odontoma



Fig. 7 Cicatrización de tejido post-quirurgico



Fig. 8 Radiografía periapical, final.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION:

Los odontomas tanto compuestos como complejos, son tumores esencialmente tumores odontogénicos benignos de tejidos mixtos. Generalmente no son agresivos, son pequeños y frecuentemente asintomáticos; en la mayoría de los casos, Otras veces la cápsula envolvente puede infectarse, lo que se produce por dolor, trismo, cefaleas y/o supuración. Su hallazgo es radiográfico-tomográfico; ya que muestran los límites y la relación del proceso.

Los odontomas raramente erupcionan en la cavidad bucal y tienden a estar asociados con los dientes retenidos. Su naturaleza es benigna. Pero pueden ocasionar sintomatología como dolor, inflamación e infección. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del odontoma, seguido su análisis histopatológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- G. Blanco Ballesteros, Boris GNECO G, Frangel L.Toro, Laura S PErez Villa, Maria Isabel C.Arango;; Odontoma Cpompuesto Maxilar, Reporte de un caso y revisión de la literatura; ;Acta Odontologica Venezolana ; Vol. 49No. 2; 2011
- 2.- Od. Martines, Rosana; Od del Rio, Jorge Fernando; Od, Dolabella,Gisela, Cutuea Nuñez N; Presentacion de dos casos Clinicos; Odontomas: Tratamiento Quirurgico, Rev. Soc.Odontolo. La plata;2011,XXIV(43):26-31.
- 3.-MCD Ana L Guerra Treiño, MCD Paulina Leal Puerta; MCD Hugo Martinez Ramirez; Odontoma Compuesto: Diagnostico radiológico y tratamiento quirúrgico de un caso, Revista ADM MYO-Junio, Vol. LXIX No. 3 p.p 139-141
- 4.- Johnsn J, Whaites E, Seehy E.; The use on multifirectional cross-sectional tomografy oir localizing an odontome, International Journal of Pediatric Dentistry 2007;17:129-133
- 5.- Hammoudeh JA, Kleiber GM, Nazarian-Mobin SS, Urata MM. Bilateral Complex odontomas: a rare complication of external mandibular distraction in the noenate, Jcraniiofac Surg. 2009; 20(3):973-976
- 6.- Shaked I, Peretz B, Ashkenazi M. ;Devolopment of odontoma-like malformation in the permanent dentition caused by intrusión of primary incisor a case report. Dent TRaumatology; 2009;25(1):144-145.
- 7.- Amado S, Gargallo J, Berini L, Gay C. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. Med Oral 2003;8:366-73.
- 8.- Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Meta-análisis sobre la epidemiología y clínica de los odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; 13; Supl. 5: 306-10.
- 9.- Concha Sánchez G, Jofré Yáñez S. Displasia Fibrosa en el territorio Maxilo Facial. Definición e imagen en radiología convencional y tomografía computarizada. Anuario Sociedad Radiológica Oral y Maxilo Facial de Chile 2003; 6(1):8-15.
- 10.- James. A Regezi, James J. Sciubba "Patologia Bucal, correlaciones clínico patológicas" Tercera Edición 2007 , Mc Graw Hill Interamericana. Pag;354-356,

