

ODONTOMA COMPUESTO MANDIBULAR. REPORTE DE CASO.

Jenair del Valle Yépez Guillén¹, José Leonel Castillo C.², Manuel Molina Barreto².

Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Calle 23 entre Avenidas 2 y 3. Mérida-Venezuela. E-mail: jenayegui@gmail.com, leonelcas@gmail.com, rodeo29@gmail.com

Resumen

Los odontomas son los tumores odontogénicos más comunes, usualmente diagnosticados de manera accidental en exámenes radiográficos. Estas lesiones se clasifican en odontomas compuestos y complejos, ambos tipos constituidos por estructuras dentales como esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar. Son encontrados, con relativa frecuencia, en asociación con otras anomalías, y su eliminación quirúrgica es recomendada para ambos tipos, en función de evitar complicaciones locales y recidivas. El propósito de este trabajo es reportar el caso de un paciente masculino de 25 años de edad, atendido en la Cátedra de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes y que en examen radiográfico de rutina presentó un odontoma compuesto mandibular asociado a un canino impactado, que fue tratado quirúrgicamente. Se hicieron controles postoperatorios posteriores con resultados satisfactorios. El caso reportado demuestra la frecuencia de aparición de odontomas en cavidad bucal, resaltando la importancia de la realización de exámenes clínicos y radiográficos para su detección y tratamiento precoz.

Palabras Claves: Tumor odontogénico, odontoma compuesto, odontoma complejo.

Abstract

Mandibular compound odontoma. Case report.

Odontomas are the most common odontogenic tumors, usually diagnosed accidentally in radiographic examinations. These lesions are classified as compound and complex odontomas, both types consisting of structures like dental enamel, dentin, cement and pulp tissue. They are found with relative frequency in association with other anomalies, and surgical removal is recommended for both types in order to avoid local complications and recurrences. This paper aims to report the case of a 25 years old male patient, served at the Department of Oral Surgery, Faculty of Dentistry, University of Los Andes, who had a routine radiographic examination and presented a mandibular compound odontoma associated with an impacted canine, which was surgically treated. Postoperative controls were successful. The reported case demonstrates the occurrence of oral cavity odontomas, highlighting the relevance of conducting clinical and radiographic examinations for detection and early treatment.

Key words: Odontogenic tumor, compound odontoma, complex odontoma.

INTRODUCCIÓN

El término "odontoma" fue introducido en 1867 por Broca (Vázquez et al. 2008), siendo una lesión que constituye el tipo de tumor odontogénico más común, representando el 67% de todos los tumores odontogénicos y caracterizado por ser un tumor benigno, mixto, constituido por tejido epitelial y mesenquimático con una completa diferenciación de tejidos dentarios (esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar) (Sales et al. 2009).

El odontoma constituye una anomalía del desarrollo, en la cual las células y los tejidos son normales, pero la estructura es defectuosa, debido a que la organización de las células odontógenas no puede alcanzar un estado normal de morfodiferenciación (Iwamoto et al. 1999).

La etiología del odontoma se desconoce, se ha sugerido que el traumatismo local, infecciones o mutaciones genéticas pueden llegar a originar dicha lesión (Hidalgo et al. 2008, Dagistan et al. 2007, Mursulí et al. 2005). Existen teorías que apoyan el hecho de que éstos son el resultado de la protrusión de células epiteliales odontógenas suplementarias

procedentes de la lámina dental (Crespo et al. 2008), así como también la teoría de Malassez, que explica el desarrollo a expensas de los restos paradentarios, y la teoría de Rywkind que considera una histogenia análoga al mecanismo de la odontogénesis (Márquez et al. 2001).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (citada por Hidalgo et al. 2008), los odontomas se clasifican en odontomas compuestos y complejos. En el compuesto se forman múltiples estructuras dentarias amorfas en su interior (dentículos) y se localiza mayormente en la parte anterior (zona incisiva-canina) de los maxilares, mientras que en el tipo complejo la dentina y el esmalte forman una masa sólida y densa que no se asemeja a la morfología de una pieza dentaria, y se ubica con frecuencia en la zona posterior (región premolar y molar) de los maxilares (Dunlap 2001, Yeung et al. 2003).

No existe un consenso entre los diferentes autores, respecto a la predilección en relación al sitio de aparición específico del odontoma en cavidad bucal, no parece presentarse relacionado con dientes

supernumerarios. Algunos autores afirman que se puede presentar a cualquier edad y en cualquier sitio del maxilar o la mandíbula, sin predilección de sexo. No obstante, según estudios realizados por Budnick (1976) e Hidalgo et al. (2008), se encontró que las edades predominantes para el diagnóstico y tratamiento eran entre la segunda, tercera y cuarta década de la vida, con una predilección en el sexo masculino.

La mayoría de los odontomas se asocian con un diente no erupcionado y se encuentran dentro del tejido óseo (intraóseos); sin embargo, se han reportado casos en los cuales la lesión hace erupción en cavidad bucal. El primer caso reportado fue en 1980 por Rumel et al. (citados por Amailuk et al. 2008), seguido por Litonjua et al. en 2003 (citados por Amailuk et al. 2008) con 14 casos evaluados desde 1980 a 2003. Junquera et al. (2005) presentaron el caso de paciente masculino con una masa dura localizada en la región posterior del reborde alveolar izquierdo del maxilar superior, de un año de evolución y lento crecimiento, compatible con odontoma complejo erupcionado. En marzo de 2007, Vengal et al. (citados por Amailuk et al. 2008) reportaron un caso en Canadá y Amailuk et al. (2008) describieron un caso de un paciente masculino joven con un odontoma compuesto erupcionado, asociado a un incisivo lateral maxilar dilacerado y malformado, como consecuencia de una exodoncia convencional realizada en el paciente a edades tempranas.

Radiográficamente, la lesión se localiza entre las raíces dentarias, y se observa como una masa radiopaca, usualmente irregular, dentro de la que se pueden reconocer los dientes; a veces puede estar limitada por una línea radiolúcida, que representa el espacio pericoronario del diente no erupcionado (Wood et al. 1997, Dunlap 2001, Aguayo 2003).

Desde el punto de vista microscópico, Dagistan et al. (2007) señalan que los odontomas compuestos están formados por múltiples estructuras que se asemejan a los dientes, con raíces únicas contentivas de una matriz fibrosa. La capa de esmalte maduro desaparece durante el procedimiento de descalcificación para la preparación de láminas para observación en el microscopio; sin embargo, las matrices de esmalte se suelen encontrar en cantidades variables. Con frecuencia, el tejido pulpar se puede observar en el área coronal y radicular de las estructuras semejantes a los dientes. Por su parte, el odontoma complejo incluye dentina tubular madura y está compuesto de una mezcla irregular de dentina, esmalte, matriz de esmalte, cemento y tejido pulpar. Cerca de 20% de los odontomas, presentan pequeños islotes de células epiteliales fantasmas, de aspecto eosinofílico.

Cabe destacar que los odontomas son lesiones asintomáticas que se diagnostican durante algún examen radiográfico de rutina; sin embargo, aquellos que alcanzan gran tamaño pueden estar asociados a patologías y anomalías locales, como el retardo en la erupción de algún diente permanente y el desarrollo de lesiones quísticas como el quiste dentígero, queratoquiste, y otro tipo de lesiones tumorales de origen odontogénico (Han et al. 2007, Shaked et al. 2008). Estos casos de patologías simultáneas, no son comunes y su diagnóstico radiográfico se debe realizar cuidadosamente, puesto que lesiones de gran tamaño pueden semejar lesiones fibroósas (displasia fibrosa, fibroma osificante), cuya extensión y localización puede generar daños graves en las estructuras maxilofaciales adyacentes (Sales et al. 2009).

El tratamiento es siempre quirúrgico, y debe practicarse con sumo cuidado para no lesionar los dientes que no han hecho erupción. Es importante revisar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente para evitar recidivas (Dinatale 2003).

Debido a que los odontomas representan un gran porcentaje dentro de las lesiones tumorales de origen odontogénico, es necesario tener un conocimiento adecuado de sus características, en función de establecer un correcto diagnóstico y tratamiento.

En este trabajo se reporta el manejo quirúrgico de un paciente masculino de 25 años de edad, atendido en la Cátedra de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, quien en examen radiográfico de rutina presentó un odontoma compuesto mandibular asociado a un canino impactado, el cual fue tratado quirúrgicamente y sometido a controles postoperatorios periódicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 25 años de edad, quien acude a la cátedra de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, para un examen clínico bucal. Luego de la evaluación radiográfica complementaria, se observa una lesión radiolúcida intraósea en la mandíbula entre las piezas dentarias 42 y 44 con tamaño medio de 20 x 30 mm, mostrando unos márgenes bien definidos con diversas imágenes radiopacas en su interior; además, dentro de la lesión se podían identificar algunas estructuras radiopacas que se asemejaban a dientes, junto con un desplazamiento lateral de las raíces de los dientes 42 y 44 sin reabsorción apical. Así mismo, se detectó la retención de la pieza 43, a nivel del borde inferior de la mandíbula en su parte media (Fig. 1 y 2).



Fig. 1. Radiografía panorámica donde se observa una zona radiolúcida periférica con radiopacidades centrales entre 42 y 44, además de retención de 43 en borde inferior de la mandíbula.



Fig. 2. Se observa radiográficamente el desplazamiento de las piezas vecinas a la lesión, específicamente el 42 y 44.

Durante la anamnesis, el paciente no refirió ningún tipo de sintomatología. Al examen clínico, no se observaron cambios en la configuración y coloración de la mucosa de la zona, ni abultamiento de la tabla ósea externa. Los dientes vecinos respondieron positivamente a la Prueba de Vitalidad Pulpar (Fig. 3).



Fig. 3. La mucosa de la zona no presentó cambios de coloración, ni se observó expansión de la tabla ósea vestibular.

El manejo quirúrgico se planificó en dos tiempos, el primero para la extirpación de la lesión y, posteriormente la odontectomía del 43 retenido. Bajo anestesia local se procedió a realizar una incisión festoneada desde distal del 43 hacia la línea media, con una pequeña incisión de alivio a nivel del 31, para luego levantar un colgajo mucoperióstico (Fig. 4 y 5).



Fig. 4. Se realizó la incisión festoneada desde distal del 44 hasta el 31 con un pequeño alivio.

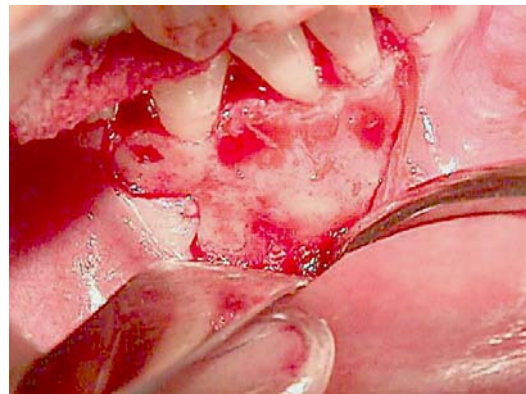


Fig. 5. Se levantó el colgajo mucoperióstico, dejando al descubierto la tabla ósea externa de la mandíbula.

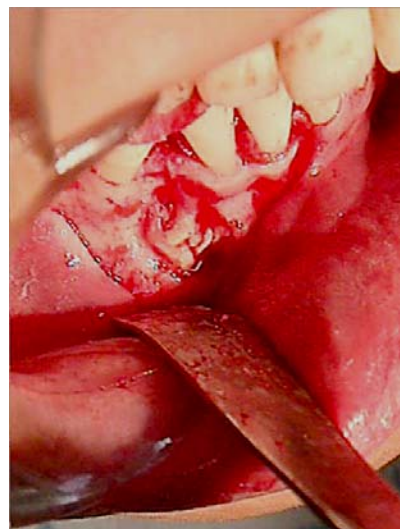


Fig. 6. Osteotomía sobre la tabla ósea vestibular, descubriendo la lesión para removerla.

Seguidamente, se realizó la osteotomía con fresas troncocónicas a baja velocidad hasta dejar al descubierto la lesión, y luego se procedió a realizar la eliminación de la misma (Fig. 6 y 7), extrayendo varios fragmentos con características de estructuras dentarias (denticulos).

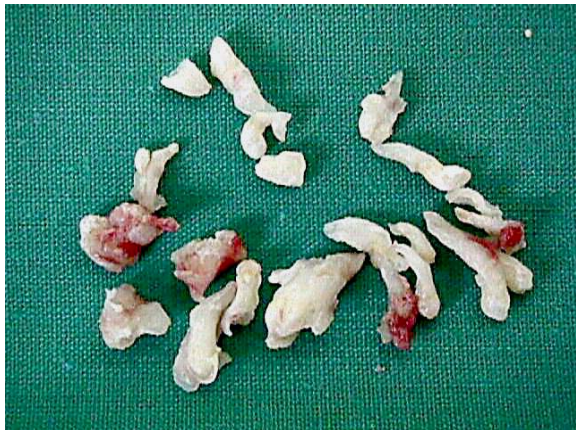


Fig. 7. Fragmentos extraídos de la lesión, con forma característica de estructuras dentarias.

Por último, se realizó un curetaje del lecho quirúrgico y se procedió a suturar la herida a puntos separados, con seda negra 3-0 (Fig. 8 y 9).



Fig. 8. La cavidad ósea es lavada cuidando de remover cualquier resto que pudiera quedar.



Fig. 9. La herida es suturada con puntos separados.

El paciente acudió a su control postoperatorio tres semanas después de la intervención, observándose un proceso de cicatrización con toda normalidad y sin ningún tipo de complicación (Fig. 10). De igual forma, se realizaron controles periódicos de seguimiento del caso, mediante observación clínica y radiográfica, sin evidenciar signos de recidiva luego de dos años de evolución.

DISCUSIÓN.

El odontoma es una lesión tumoral frecuente, que se puede descubrir a cualquier edad y en cualquier parte del arco dental maxilar o mandibular. Shafer et al. (1997) reportan la realización de estudios por Budnick (1976) de 149 casos de odontoma (76 complejos y 73 compuestos), en los cuales la edad promedio fue de 14.8 años, siendo la segunda década de la vida, el período predominante para el diagnóstico y tratamiento, presentándose 67% de los casos en el maxilar y 33% en la mandíbula.



Fig. 10. Control postoperatorio, tres semanas después de la intervención

Katz (1989) reporta un estudio de 396 casos de odontomas, de los cuales el 70% fueron del tipo compuesto, siendo más común en una edad comprendida entre 11 y 15 años, con igual distribución de sexo. El odontoma compuesto se presenta más en la parte anterior de la mandíbula (61%). En relación con la edad de aparición, el caso presentado difiere de lo señalado por Katz (1989) debido a que se diagnosticó en la tercera década; sin embargo, el caso sí se corresponde con lo indicado en los estudios de Sales et al. (2009) e Hidalgo et al. (2008), quienes manifiestan una frecuencia de aparición durante la segunda, tercera y cuarta décadas de la vida.

Con respecto al lugar de localización, el caso descrito coincide con la literatura, siendo la zona anterior de la mandíbula la ubicación más común, tal como señalan Cildir et al. (2005), quienes refieren un caso de un niño con un odontoma compuesto localizado en

la mandíbula y originando la impactación de los caninos temporal y permanente de la zona inferior derecha. Igualmente, Budnick (1976) encontró una ligera predilección por presentarse en el sexo masculino (59%) comparado con el femenino (41%), lo cual coincide con el caso que se reporta en este estudio.

Por lo general, el odontoma es una lesión pequeña que, en determinadas ocasiones excede el diámetro de la masa de un diente, alcanzando gran tamaño y generando la expansión del hueso con la consecuente asimetría facial, habitualmente asociado a un quiste dentígero que se forma alrededor del odontoma (Costa et al. 2008). En el presente estudio, no se evidenció asimetría facial por expansión de las tablas óseas, ni relación con la formación de alguna patología quística, la lesión era de tamaño regular.

Los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas ocasionales relacionados con su presencia, tales como dientes retenidos, inflamación e infección. En efecto, Dagistan et al. (2007) afirman que en el 70% de los odontomas se observan alteraciones patológicas en los dientes vecinos como desvitalización, malformación, aplasia, malposición e impactación dental; no obstante, en el caso reportado el hallazgo de la lesión se realizó a través del examen radiográfico de rutina, el paciente no manifestó sintomatología asociada, los dientes adyacentes a la lesión se encontraban vitales, pero sí se observó la asociación del odontoma con una pieza dentaria retenida.

A pesar de su naturaleza benigna, una vez que se diagnostica la lesión, el odontoma debe ser removido completamente (extirpación quirúrgica), debido a las complicaciones asociadas (retención dentaria, destrucción ósea, formación de quistes), evitando así la generación de posibles secuelas y la aparición de recurrencias (Sales et al. 2009). En el caso descrito en este estudio, se realizó la extirpación total de la lesión, seguida de un curetaje del lecho quirúrgico, con la planificación y ejecución de controles periódicos clínicos y radiográficos post-operatorios sin evidencias de recidiva tras 24 meses de evolución.

CONCLUSIONES

Los odontomas representan las lesiones tumorales benignas y asintomáticas de origen odontogénico más comunes, por lo que su valoración clínica y radiográfica es de suma importancia para el diagnóstico precoz de estas lesiones, en función de orientar y planificar pautas de tratamiento oportunas. En el caso reportado, se evidenció que la ausencia de una pieza dentaria permanente en boca, así como la presencia prolongada de un diente temporal, ya en

época de haberse exfoliado, son signos relevantes a la hora de realizar el examen clínico bucal.

Todo odontoma compuesto o complejo, debe ser extirpado quirúrgicamente, puesto que genera diversas complicaciones locales, tales como retención dentaria, desplazamiento de piezas dentales, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas, tumorales tipo ameloblastoma, entre otras. En consecuencia, su diagnóstico y tratamiento oportuno garantiza la inexistencia de posibles secuelas y la no aparición de recurrencias.

REFERENCIAS

- Amailuk P, Grubor D. 2008. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. *Br Dent J.* 204: 11-14.
- Aguayo H. 2003. Diagnóstico por imágenes: Odontoma compuesto. [leído 16 Feb 2009]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.cdi.com.pe/casos.asp?caso=34&LE=ES>
- Budnick SD. 1976. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 42: 501-506.
- Cildir SK, Sencift K, Olgac V et al. N. 2005. Delayed Eruption of a Mandibular Primary Cuspid Associated with Compound Odontoma. *J Contemp Dent Pract.* 6: 152-159.
- Costa CT, Torriani DD, Torriani MA et al. 2008. Central Incisor Impacted by an Odontoma. *J Contemp Dent Pract.* 9: 122-128.
- Crespo J, Ruiz M, Delgado M et al. Crespo J. 2008. Odontoma compuesto como causa de sinusitis maxilar crónica. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 59: 359-361.
- Dagistan S, Goregen M, Miloglu Ö. 2007. Compound Odontoma Associated With Maxillary Impacted Permanent Central Incisor Tooth: A Case Report. *The Internet Journal of Dental Science.* 5 (2). [leído 6 Feb 2009]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijds/vol5n2/odontoma.xml>
- Dinatale E. 2003. Neuralgia Sintomática de la tercera rama del trigémino asociada a odontoma compuesto: Reporte de caso. *Acta Odontol Venez.* 41 (3). [leído 16 Feb 2009]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/neuralgia_sintomatica_tercera_rama_trigeminoma_compuesto.asp
- Dunlap C. 2001. Odontogenic tumors: The short version. [leído 5 Feb 2009]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dentistry.umkc.edu/practition/assets/OdontTumors.pdf>

Y épez et al. 2009. *Odontoma compuesto mandibular*. *MedULA* 18: 138-143.

Han PP, Nagatsuka H, Siar CH et al. 2007. A pigmented calcifying cystic odontogenic tumor associated with compound odontoma: a case report and review of literature. *Head & Face Medicine*. 3: 35. [leído 13 Feb 2009]; [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.head-face-med.com/content/3/1/35>

Hidalgo O, Leco MI, Martínez JM. 2008. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 13 (11): E730-4.

Iwamoto O, Harada H, Kusukawa J et al. 1999. Multiple odontomas of the mandible: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 57: 338-341.

Junquera L, de Vicente JC, Roig P et al. 2005. Odontoma intraóseo erupcionado: Una infrecuente patología. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 10: 248-251.

Katz RW. 1989. An analysis of compound and complex odontomas. *ASDC J Dent Child*. 56: 445-449.

Márquez E, Rivas R, Delis R. 2001. Tumores de dientes múltiples. Presentación de tres pacientes. [leído 17 Feb 2009]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Tumores de dientes multiples. Presentacion de tres pacientes.html](http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Tumores_de_dientes_multiple_s_Presentacion_de_tres_pacientes.html)

Mursulí M, Pestana O, Carmona S et al. 2005. Odontoma compuesto: presentación de caso. *Gaceta Médica Espirituana*. 7 (2). [leído 15 Feb 2009]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.\(2\)_03/p3.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.(2)_03/p3.html)

Sales MA, Cavalcanti MG. 2009. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: case report and computed tomography features. *Dentomaxillofac Radiol*. 38: 48-52.

Shafer W, Levy B, Maynard K et al. 1997. *Tratado de patología bucal*. 3ª ed. Nueva Editorial Interamericana. México, D. F.

Shaked I, Peretz B, Ashkenazi M. 2008. Development of odontoma-like malformation in the permanent dentition caused by intrusion of primary incisor – a case report. *Dental Traumatol*. 24: e395–e397.

Vázquez DJ, Gandini PC, Carbajal EE. 2008. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Av Odontoestomatol*. 24 (5). [leído 06 Feb 2009]; [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000500002&lng=es&nrm=iso

Wood W, Goaz P. 1997. *Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions*. Mosby Year Book inc. St. Louis, Missouri.

Yeung KH, Cheung RCT, Tsang MMH. 2003. Compound odontoma associated with an unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. *Int J Paediatr Dent*. 13: 208-212.

Recibido: 25 mayo 2009.

Aceptado: 3 oct 2009.

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

Apartado 870. Mérida. Venezuela.

medula@ula.ve

MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo, desde algunas de las siguientes páginas

de la Web, entre otras: www.saber.ula.ve/medula; www.latindex.org; www.periodica.org; www.doaj.org; www.freemedicaljournals.com; www.fj4d.com; <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>; www.portalesmedicos.com; <http://web5.infotrac.galegroup.com>; www.ebsco.com; www.monografias.com; www.imbiomed.com; www.indexcopernicus.com