

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA****Odontoma compuesto. Presentación de un caso****Compound odontoma. A case report**

Manuel de Jesús Díaz Hernández^I, Jorge Enrique Aragón Abreu^{II}, Ramón Antonio Mesa Gómez^{III}, Sady Machado Ramos^{IV}, Rafael Castañeda Molerio^V, Delvis Manuel Díaz Martí^{VI}.

RESUMEN

Introducción: el odontoma es una lesión neoplásica benigna de las células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas completamente diferenciadas que forman el esmalte, la dentina y el cemento; por alteraciones en su desarrollo –y en dependencia del grado de morfo-diferenciación– las células odontogénicas se disponen más o menos organizadas y crecen de manera lenta e indolora. Se reconocen dos tipos de odontomas: compuesto y complejo; en el odontoma compuesto están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución ordenado. El tratamiento de elección es la exéresis de la lesión, complementado con el estudio histológico para la confirmación del diagnóstico; no obstante, la extirpación en la etapa de tejido no calcificado encierra la posibilidad de recidivas.

Presentación del caso: paciente femenina, sin antecedentes de traumatismo bucal, que acudió al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" por presentar ausencia de dientes permanentes en el sector anteroinferior (incisivos central y lateral izquierdos); el estudio radiográfico mostró seis formaciones dentarias radiopacas, con zonas radiolúcidas alrededor y estructura morfológica similar a la del diente, compatibles con un odontoma compuesto. La paciente fue intervenida quirúrgicamente; posteriormente, los resultados del examen anatomopatológico corroboraron el diagnóstico. Pasados cuatro meses de la intervención se comenzó la rehabilitación protésica de la paciente.

Conclusiones: el tratamiento de los odontomas consiste en la enucleación y curetaje del tumor; en los casos de odontomas grandes, que pueden tener múltiples componentes, se recomienda tomar radiografías peroperatorias para confirmar la remoción de todas las estructuras calcificadas diminutas.

Palabras clave: ODONTOMA/diagnóstico, ODONTOMA/radiografía, ODONTOMA/cirugía, ODONTOMA/rehabilitación, INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: odontoma is a benign neoplastic lesion of fully differentiated epithelial and mesenchymal odontogenic cells that form enamel, dentin and cementum; by alterations in their development –and depending on the degree of morfo-differentiation– odontogenic cells are arranged more or less organized and grow slowly and painlessly. Two types of odontomas are recognized: compound and complex; in the compound odontoma are represented all the dental tissues with a pattern of ordered distribution. The treatment of choice is the exeresis of the lesion, complemented with the histological study to confirm the diagnosis; however, the extirpation in the stage of non-calcified tissue encloses the possibility of relapses.

Case presentation: female patient, with no history of oral trauma, who came to the Maxillofacial Surgery Service of the General Teaching Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" due to absence of permanent teeth in the anteroinferior sector (left central and lateral incisors); the radiographic study showed six radiopaque dental formations, with radiolucent zones around and a morphological structure similar to that of the tooth, compatible with a compound odontoma. The patient was operated on; later, the results of the anatomopathological examination corroborated the diagnosis. Four months after the intervention, the patient's prosthetic rehabilitation was begun.

Conclusions: the treatment of odontomas consists of the enucleation and curettage of the tumor; in cases of large odontomas, which may have multiple components, it is recommended to

take perioperative radiographs to confirm the removal of all minute calcified structures.

Keywords: ODONTOMA/diagnosis, ODONTOMA/radiography, ODONTOMA/surgery, ODONTOMA/rehabilitation, CASE REPORTS.

- I. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Doctor en Estomatología. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Máster en Educación Médica y Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Prótesis. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez". Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Doctor en Estomatología. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

El término "odontoma" fue introducido en 1867 por Broca para definir el crecimiento irregular del tejido dental. El odontoma es una lesión neoplásica benigna de las células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas completamente diferenciadas que forman el esmalte, la dentina y el cemento; por alteraciones en su desarrollo –y en dependencia del grado de morfo-diferenciación– las células odontogénicas se disponen más o menos organizadas y crecen de manera lenta e indolora^(1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una nueva clasificación de los tumores odontogénicos basada en las características histológicas propias de cada tipo de tumor, correspondientes a su comportamiento biológico (benigno, maligno o simplemente hamartomatoso). Según esta clasificación, se reconocen dos tipos de odontomas: compuesto y complejo⁽⁴⁾.

En el odontoma compuesto están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución ordenado; por ello, la lesión consta de muchas estructuras similares a los dientes, denominadas dentículos⁽⁴⁾.

En el odontoma complejo están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución desordenado; suelen ser lesiones uniloculares, radiopacas y múltiples, que pueden contener pocas (dos a tres) o muchas (20 a 30) estructuras análogas a dientes en miniatura^(4,5).

La clasificación de la OMS no incluye los tumores odontogénicos híbridos⁽⁴⁾, formados por más de un tipo histológico de tumor odontogénico. No obstante, se han reportado casos de tumores odontogénicos en los que se han identificado dos y hasta tres tipos histológicos, en algunas ocasiones con presencia de tejido dental calcificado correspondiente a odontomas compuestos y complejos^(5,6).

El odontoma mixto es el resultado de la combinación de los odontomas compuesto y complejo. Otros odontomas, como los quísticos, no se pueden clasificar en ninguno de los dos tipos histológicos reconocidos por la OMS. Éste es también el caso del odontoma ameloblástico, que es una neoplasia con las características generales del fibroma ameloblástico, que contiene dentina y esmalte en su estructura⁽⁷⁾.

La mayoría de los odontomas se desarrollan dentro de los maxilares; con mayor frecuencia se localizan en la mandíbula, aunque también se han descrito casos extraóseos. Su incidencia es elevada en niños y adolescentes, sin que existan diferencias significativas en cuanto al número de

casos por sexo. En general, desde el punto de vista radiográfico el odontoma tiene aspecto de masa radiopaca, unilocular y sólida, con alguna nodularidad, rodeada por un halo fino radiotransparente^(7,8).

En el caso específico del odontoma compuesto, su imagen radiográfica es mixta (radiopaca y radiolúcida), y morfológicamente su configuración resulta similar a dientes rodeados por un halo radiolúcido^(7,8).

La mayoría de los odontomas son asintomáticos; en ocasiones pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes supernumerarios, impactados, retenidos, inflamación e infección. Estas lesiones normalmente se descubren durante la segunda y tercera décadas de vida, mediante exámenes radiográficos de rutina⁽⁹⁾.

La etiopatogenia de los odontomas se asocia a varios factores, entre ellos antecedentes previos de traumatismos en el transcurso de la primera dentición, procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Hermann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario⁽¹⁰⁾.

El tratamiento de elección es la exéresis de la lesión, complementado con el estudio histológico para la confirmación del diagnóstico; no obstante, la extirpación en la etapa de tejido no calcificado encierra la posibilidad de recidivas⁽¹¹⁻¹³⁾.

Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de odontoma compuesto asociado a la ausencia de dientes permanentes en el sector anteroinferior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, sin antecedentes de traumatismo bucal, reacción a medicamentos, ni hemorrágicos, que acudió al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" por presentar ausencia de dientes permanentes en el sector anteroinferior (incisivos central y lateral izquierdos), con la particularidad que éstos nunca brotaron.

En el examen físico (extra e intraoral) no se apreciaron alteraciones evidentes ni aumento de volumen en la zona que indicara la presencia de dientes retenidos. La paciente no refirió ningún síntoma, por lo que se le indicó radiografía de la zona. El estudio radiográfico mostró seis formaciones dentarias radiopacas, con zonas radiolúcidas alrededor y estructura morfológica similar a la del diente, compatibles con un odontoma compuesto (Figura No.1).

Figura No.1. Radiografía periapical del sector maxilar anteroinferior. Se observa el odontoma compuesto.



Se determinó como conducta a seguir en este caso realizar la exéresis del tumor y el correspondiente análisis histopatológico.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, para lo que se empleó anestesia local y se realizó una incisión marginal compuesta; se decoló el mucoperiostio y se practicó osteotomía con fresas quirúrgicas. Una vez se eliminó el odontoma con elevadores y curetas, se realizó limado, curetaje y lavado de la cavidad ósea con solución salina. Se devolvió el colgajo a su lugar y se suturó con hilo de seda negra 3-0. A la paciente se le colocó una torunda estéril para que presionara con la

mordida propia y se le dieron las indicaciones requeridas.

Las formaciones dentarias extraídas se enviaron inmediatamente al Laboratorio de Anatomía Patológica (Figura No.2).

Figura No.2. Formaciones dentarias extraídas durante la intervención quirúrgica.



Posteriormente, a los dos meses, los resultados del examen anatomopatológico corroboraron el diagnóstico. Pasados cuatro meses de la intervención se comenzó la rehabilitación protésica de la paciente.

DISCUSIÓN

Los odontomas, tanto compuestos como complejos, son tumores esencialmente odontogénicos benignos formados por tejidos mixtos. Generalmente no son agresivos y su tamaño es pequeño; frecuentemente permanecen asintomáticos^(4,5); en este caso, la preocupación de la paciente por la ausencia de los incisivos central y lateral izquierdos propició la detección del odontoma.

No obstante lo anteriormente expuesto, la literatura sobre el tema recoge como dato interesante la asociación de los odontomas a alteraciones patológicas en los dientes vecinos, entre ellas malformación, aplasia, desvitalización, reabsorción e impactación⁽¹³⁾.

Por lo común, los odontomas raramente brotan, por lo que los estudios radiológicos son de suma importancia para detectarlos y extraerlos oportunamente⁽⁹⁾. Su permanencia puede provocar la formación de quistes con posibilidades de transformarse en odontoameloblastomas, fibromas ameloblásticos o fibroodontomas ameloblásticos⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

El tratamiento de los odontomas consiste en la enucleación y curetaje del tumor; en los casos de odontomas grandes, que pueden tener múltiples componentes, se recomienda tomar radiografías peroperatorias para confirmar la remoción de todas las estructuras calcificadas diminutas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avinash Tejasvi ML, Balaji Babu B. Erupted compound odontomas: a case report. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects [Internet]. Winter 2011 [citado 12 Oct 2015];5(1):33-6. Disponible en: http://www.sid.ir/EN/VEWSSID/J_pdf/1011120110107.pdf
2. Hergueta Ximénez C, Caparrós Espinosa M, Loughney González A, Naval Navarro JL, Fernández Domínguez M. Inclusión de un canino por la presencia de un supernumerario y un odontoma complejo. Cient. dent. [Internet]. Abr 2013 [citado 12 Oct 2015];10(1):41-6. Disponible en: <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol10num1/inclusion.pdf>
3. Erdogan O, Keceli O, Oztunc H, Evlice B, Ayberk Altug H, Gunhan O. Odontoma compuesto que implica los cuatro cuadrantes maxilares. Caso clínico y revisión de la bibliografía.

Quintessence. 2014;2(6):438-42.

4. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Vol.3 [Internet]. Washington: OPS; 2003 [citado 12 Oct 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170610/1/Volume3.pdf>
5. Orellana Centeno M, González Quintero JS, Galván Torres LJ, Nava Calvillo JF, Orellana Centeno JE, Ponce Palomares M, et al. Odontoma compuesto: presentación de un caso. Rev ADM [Internet]. Oct 2013 [citado 12 Oct 2015];70(5):258-62. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol15_num2/articulos/odontoma.pdf
6. Rezende Spini PH, Humberto Spini T, Silva Servato JP, Rogério de Faria P, Vitorino Cardoso S, Mota Loyola A. Giant complex odontoma of the anterior mandible: report of case with long follow up. Braz. Dent. J. [Internet]. Oct 2012 [citado 12 Oct 2015];23(5):597-600. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v23n5/v23n05a22.pdf>
7. Azhar DA, Kota MZ, El-Nagdy S. An unusual erupted complex composite odontoma: a rare case. Case Rep Dent [Internet]. Ene 2013 [citado 12 Oct 2015];2013:[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3549384&blobtype=pdf>
8. Buchner A, Kaffe I, Vered M. Clinical and radiological profile of ameloblastic fibro-odontoma: an update on an uncommon odontogenic tumor based on a critical analysis of 114 cases. Head Neck Pathol [Internet]. Mar 2013 [citado 12 Oct 2015];7(1):54-63. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3597150&blobtype=pdf>
9. Flores Ruiz R, Simón Sánchez E, Yáñez Vico RM, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. Odontoma compuesto asociado a canino permanente inferior incluido. Caso clínico. Gac Dent [Internet]. Feb 2013 [citado 12 Oct 2015];244:120-7. Disponible en: http://www.coeal.es/colegiodentistas/documentos/file/244_CASO_CLINICO_Odontoma_asociado_canino.pdf
10. Perea Paz M, Aliaga del Castillo R, Aliaga del Castillo A. Exodoncia de diente supernumerario, canino en transposición y enucleación de odontoma complejo: reporte de caso. Rev Estomatol Hered [Internet]. Jun 2010 [citado 12 Oct 2015];20(2):90-3. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1767/1786>
11. Kumar Jadav R, Kumar N, Katarkar A, Ray JG, Chaudhuri K. A rare case of large complex odontoma. Journal of Case Reports [Internet]. Dic 2014 [citado 12 Oct 2015];4(2):467-70. Disponible en: <http://www.casereports.in/filedownload.aspx?id=396>
12. Gupta M, Das D. Extensive complex odontoma in the maxillary sinus pushing 3rd molar near the orbital floor causing transient diplopia and chronic sinusitis: a rare presentation and surgical management. J Maxillofac Oral Surg [Internet]. Mar 2015 [citado 12 Nov 2015];14 Suppl 1:S338-40. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4379284&blobtype=pdf>
13. Martínez Martínez A, Gómez Arcila V, Luján Pardo MP, Flórez de Hoyos L, Díaz Caballero AJ. Enucleación de odontoma compuesto maxilar con regeneración ósea guiada. Av Odontoestomatol [Internet]. Dic 2013 [citado 12 Nov 2015];29(6):287-92. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n6/original1.pdf>

Recibido: 2 de diciembre de 2015

Aprobado: 23 de marzo de 2016

MSc. Manuel de Jesús Díaz Hernández
Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: mdiaz55@ali.cav.sld.cu