

ODONTOMA COMPUESTO. UNA PATOLOGÍA ORAL A CONSIDERAR

Jonathan Harris Ricardo*, Antonio Diaz Caballero** y Zoila Carbonell Muñoz***

RESUMEN

El odontoma es el tumor odontogénico mixto con mayor frecuencia de aparición, las células y los tejidos son normales pero de estructura defectuosa, la etiología se le relaciona con restos paradentales de malassez y traumatismos, son de crecimiento limitado, asintomáticos, producen retención dentaria; se clasifica en compuesto y complejo, radiográficamente se presenta halo radiolúcido con múltiples imágenes radiopacas en su interior, con un patrón ordenado para el odontoma compuesto y en el odontoma complejo se presenta imagen radiopaca como conglomeraciones amorfas, con un patrón desordenado. El tratamiento es quirúrgico y su recurrencia es baja. Se reporta caso de paciente femenina de 30 años de edad, que acudió a la consulta del servicio de estomatología y cirugía oral de la Universidad de Cartagena Colombia, porque presentó, lesión tumoral que comprometía la zona de órganos dentarios 33 y 34, se realizó examen radiográfico, con diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto, se programó la cirugía y se realizó enucleación de la lesión tumoral la cual se envió a patología; en el reporte histopatológico se diagnosticó odontoma compuesto. (DUAZARY 2010, 91 - 94)

Palabras clave: Odontoma, odontoma compuesto.

ABSTRACT

The odontoma is the mixed odontogenic tumor observed with greater frequency. Cells and tissues are normal in structure but is defective in pattern. Etiology is associated with remainders of malassez paradentales tissues and trauma and injuries. They are growing limited, asymptomatic, produce tooth retention. They were classified as compound and complex radiographic radiolucent halo is presented with multiple radiopaque images inside it, with a pattern for the ordered compound odontoma and complex odontoma presents the image as radiopaque amorphous clusters with a disordered pattern. The treatment is surgical and recurrence is low.

We report the case of female patient aged 30, who attended the service of dentistry and oral surgery at the University of Cartagena Colombia, that presented tumor that invades the bodies of 33 and 34 teeth was performed radiographic examination with a presumptive diagnosis of odontoma compound, surgery was scheduled and performed enucleation of the tumor which was sent to pathology in the histopathological report was diagnosed like compound odontoma.

Keywords: odontoma, compound odontoma.

*Odontólogo Universidad del Sinú Seccional Cartagena. Residente Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena.

**Odontólogo Universidad de Cartagena. Especialista en Periodoncia Universidad Javeriana. Magister en educación Universidad del Norte. Candidato a Doctor en Ciencias Biomédicas Universidad de Cartagena. Profesor titular Facultad de Odontología Universidad de Cartagena.

***Odontóloga Universidad de Cartagena. Especialista en Estomatología y Cirugía oral Universidad de Cartagena. Candidata a Maestría en Educación Universidad de Cartagena. Profesor titular Facultad de Odontología Universidad de Cartagena.

INTRODUCCIÓN

El odontoma es un tumor benigno mixto de origen odontogénico, aunque por su comportamiento corresponde a un hamartoma, esta compuesto por células de origen epitelial y mesenquimatoso, estos tejidos se diferencian por completo, siendo de aspecto normal, estructura defectuosa y de crecimiento lento¹. Es considerado el tumor odontogénico más frecuente representando del 65 a 85% de los tumores odontogénicos; se clasifican en compuestos y complejos teniendo en cuenta la organización y la morfodiferenciación de las células odontogénicas^{2,3}. La etiología se le relaciona con restos paradentales de Malassez, procesos inflamatorios, traumatismos, hiperactividad odontoblástica, anomalías hereditarias como el síndrome de Gardner y Hermann⁴.

Los odontomas son lesiones que se presentan comúnmente en niños y jóvenes, sin embargo, no existe una predilección significativa por sexo; se les encuentra en estudio radiográfico rutinario, producen retención de órganos dentarios, expansión de las corticales, su crecimiento es limitado y frecuentemente son asintomáticos. El odontoma compuesto está formado por múltiples estructuras semejantes a dientes pequeños, conocidos como dentículos, dispuestos en un patrón ordenado, se presentan con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar y es más frecuente que el complejo⁵. En el odontoma complejo se presentan conglomeraciones amorfas de tejido odontogénico dispuestos en un patrón desordenado dificultando su diferenciación; radiográficamente se puede observar imagen mixta radiolúcida y radiopaca, con bordes radiopacos definidos, múltiples zonas radiopacas en su interior, de diversos tamaños, bien diferenciados, haciendo referencia a él odontoma compuesto^{6,7}; también se pueden observar imagen como una masa amorfa radiopaca, difusa, con un halo radiolúcido, confinándose con mayor frecuencia en la zona posterior mandibular haciendo referencia a él odontoma complejo^{8,9}.

Diversos autores reportan sobre odontomas de forma transmucosa o periféricos, que alcanzan a perforar la encía y erupcionar^{10,12}. Se les asocia con el quistes odontogénico calcificante^{13,14}. En estas anomalías se puede observar histológicamente que las células de los tejidos del odontoma son normales, se caracteriza por presentar esmalte calcificado e hipocalcificado, dentina, cemento y una cápsula; también hay queratinización de las células fantasmas en las células del esmalte¹⁵. Los odontomas presentan aspecto radiográfico similar a otras

patologías que se pueden incluir como diagnósticos diferenciales como el osteoma, displasia cemental periapical, tumor odontogénico epitelial calcificante, osteomielitis esclerosante focal¹⁶.

El Tratamiento para el odontoma es quirúrgico incluyendo enucleación, eliminando la cápsula de tejido conjuntivo que lo rodea, estas masas calcificadas no se adhieren al tejido óseo, son bien circunscritas de tal forma que pueden ser fácilmente removidas y su recurrencia es muy baja¹⁷.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino 30 años de edad, remitida al servicio de estomatología y cirugía oral, por presentar expansión de la cortical ósea mandibular izquierda, la lesión es descubierta accidentalmente por su ortodoncista, durante un examen radiográfico de rutina, a quien le consulta por presentar mordida abierta anterior.

La paciente refiere un aumento en el crecimiento paulatino en la zona del canino izquierdo de la mandíbula, desde hace aproximadamente 6 años, asintomático, no interfiere con sus labores cotidianas, no consumió medicamentos para reducir el tamaño de la lesión. En los antecedentes familiares la madre presenta diabetes, los antecedentes personales no son relevantes para el caso y tampoco tiene historia de algún traumatismo facial o dental previo, en la exploración de órganos y sistemas no presenta alteraciones considerables.

Al examen intraoral presentó lesión tumoral, localizada en tabla ósea vestibular externa mandibular izquierda, de consistencia pétreo, base sésil, 5 mm diámetro y de 4 mm de altura, a nivel de los órganos dentarios 33 y 34, bordes definidos, del mismo color de la mucosa adyacente, asintomática. En examen radiográfico se observó imagen radiopaca de 9 mm de diámetro con bordes radiolúcidos bien definidos, localizada entre los órganos dentarios 33 y 34, acompañada de múltiples imágenes radiopacas en su interior de tamaño variable oscilando entre los 1 y 3 mm. Impresión clínica de odontoma compuesto.

PROCEDIMIENTO

Previo consentimiento informado, se aplicó técnica anestésica mandibular (lidocaína con epinefrina 2%),

el acto seguido consistió en la incisión festoneada, comprometiendo los órganos dentarios 32, 33, 34 y 35, con descarga anterior distal del órgano dentario 32 (colgajo triangular de Reinmoller) con mago de bisturí Bard Parker número 3, luego con periostótomo de molt se realizó levantamiento de colgajo mucoperiostótico, se tuvo en cuenta las estructuras nerviosas que emergen por el agujero mentonero para protegerlas del trauma en el acto quirúrgico, posteriormente se realizó osteotomía con pieza de alta velocidad y fresa zekria para exponer la lesión tumoral, se descubre lesión tumoral bien delimitada cubierta por cápsula fibrosa, se continuó con la enucleación de la misma, los tejidos extraídos son colocados en formol al 10% y enviados para realizarles el respectivo examen histopatológico, luego se reposicionó colgajo para finalmente confrontar los bordes con puntos simples e interpapilares por medio de sutura no reabsorbible (seda 3-0). Se ordena farmacoterapia con Clindamicina y Nimesulide e indicaciones postoperatorias.

Se realiza control 7 días después del procedimiento quirúrgico, observándose tejidos blandos en buen estado y en proceso de cicatrización, el reporte histopatológico confirma diagnóstico de odontoma compuesto, en el control radiográfico realizado a los 30 días después del procedimiento quirúrgico se observó imagen radiolúcida con zonas radiopacas evidenciando buen proceso de cicatrización óseo.

El análisis microscópico revela que la masa tumoral estaba compuesta de varias estructuras similares a dientes, con matriz de esmalte, cemento, dentina, tejido pulpar y epitelio odontogénico, organizados de forma irregular confirmando diagnóstico de odontoma compuesto.

DISCUSIÓN

Autores como Buchner *et al* en 2006 publicaron un estudio donde el objetivo era determinar la frecuencia relativa de los tumores odontogénicos centrales en el cual de 1.088 casos que hicieron parte de este estudio los odontomas representaron el 75.9%, Da Silva LF *et al*, en 2009 realizaron un estudio titulado Odontomas: un estudio clínico patológico en la población Portuguesa en el cual de 65 casos de tumores odontogénicos el odontoma fue el que más se presentó en 73.9%, indicando por su frecuencia que es una patología a considerar ya que es el tumor más frecuente de los tumores odontogénicos^{15,18}.

Da Silva LF *et al*, en su estudio publicaron que de los 48 casos de odontomas el 70.8% los fueron compuestos, Hidalgo *et al*, en un estudio relacionó la frecuencia de aparición de esta patología y encontró que el 61.3% eran odontomas compuestos, coincidiendo con este caso en que se confirmó clínica e histológicamente odontoma compuesto^{18,8}.

Con relación a la zona de localización de los odontomas Hidalgo *et al*, en un meta análisis de 3.065 casos evaluados, identificaron que se presentaron más frecuentemente en el sector anterosuperior el 56%, seguida de la mandíbula con 44%; del 63.1% de odontomas compuestos presentados el 40.5% se localizó en la mandíbula similar a este caso, determinando que es una zona frecuente de aparición de los odontomas compuestos; también en el 42.9% no se presentó sintomatología coincidiendo con este caso⁸.

Hisatomi *et al*, en el 2002, en un estudio determina que la mayor incidencia es en mujeres, presentándose esta relación en este caso, ya que la paciente es de sexo femenino⁵, Da Silva LF *et al*, en un estudio de 48 casos de odontomas la mayoría de los odontomas ocurrieron en pacientes menores de 30 años 72.9% aunque, autores como Ide F *et al* y Amado *et al*, refieren que la edad no es un factor significativo, afirmando que puede presentarse a cualquier edad^{9,16}. El motivo de consulta más frecuente es el retraso en la erupción dental permanente o la presencia de los diastemas¹⁷. El tratamiento quirúrgico es el más acertado y su recurrencia es baja, en este caso no se presentó recurrencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oremchhingp Z, Joseph T, Varma B, Mungara J. A compound composite odontoma associated with unerupted permanent incisor - A Case Report. *J Indian Soc Ped Prev Dent*. 2004;22(3):114-7.
2. Olivera B, Campos V, Marçal S. Compound odontoma-diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent*. 2001;23(2):151-7.
3. Da Costa C, Torriani D, Torriani M, da Silva R. Central incisor impacted by an odontoma. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(6):122-8.
4. Nelson-Filho P, Silva RA, Faria G, Freitas AC. Odontoma-like malformation in a permanent maxillary central incisor subsequent to trauma to the incisor predecessor. *Dent Traumatol*. 2005;21(5):309-12.
5. Shelton JT, Owens BM, Schuman NJ. Compound Odontoma Associated With an Impacted Permanent Central Incisor. *J Tenn Dent Assoc*. 1997;77(4):46-8.

6. Yeung K, Cheung R, Tsang M. Compound odontoma associated with an unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13(3):208-12.
7. Yildirim G, Tosun G, Kiziloglu D, Durmus E, Sener Y. An unusual association of odontomas with primary teeth. *Eur J Dent.* 2007;1(1):45-9.
8. Yerli H, Konus O, Arac M, Cicek D. Case report: Complex composite odontoma: Plain radiography and computed tomography findings. *Tani Girisim Radyol.* 2003;9(1):97-9.
9. Hidalgo O, Leco M, Martínez J. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(11):730-4.
10. Amado Cuesta S, Gallardo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Med Oral.* 2003(5):366-73.
11. Junquera L, Vicente J, Roig P, Olay S, Rodríguez O. Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: an unusual pathology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(3):248-51.
12. Amailuk P, Grubor D. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. *Br Dent J.* 2008;204(1):11-4
13. Chindasombatjaroen J, Kakimoto N, Akiyama H, Kubo K, Murakami S, Furukawa S, *et al.* Computerized tomography observation of a calcifying cystic odontogenic tumor with an odontoma: case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;104(6):e52-7. Epub 2007 Oct 17.
14. Delgado W, Arrascue M, Calderón V, Paniura D. Hybrid Oodontogenic Tumour: calcifying cystic odontogenic tumor with complex odontoma and foci of ameloblastoma. *Rev Estomatol. Herediana.* 2006; 16(2):120-125.
15. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(9):1343-52.
16. Ide F, Shimoyama T, Horie N. Gingival peripheral odontoma in an adult: case report. *J Periodontol.* 2000;71:830-2.
17. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(6):811-9.
18. da Silva LF, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a Portuguese population. *Quintessence Int.* 2009;40(1):61-72.