

INFORME DE CASO

Odontoma compuesto. Presentación de un caso

Odontoma compound. Presentation of a case

Omar Abel Ricardo Chacon, Yanelisy Cantillo Balart, Sara Jane Simons Preval

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó el caso clínico de un niño de 8 años de edad, que acude a consulta de Estomatología del Policlínico "Mártires de Jamaica", del municipio Manuel Tames, de la provincia Guantánamo, acompañado de la madre preocupada por la no erupción del diente 21. Al examen clínico se observó ausencia clínica del 21 con espacio para su ubicación con ligero aumento de volumen en el fondo del surco vestibular a nivel de la zona de consistencia dura a la palpación. Se indicó radiografía panorámica observándose imagen radiolúcida con numerosas formaciones radioopacas en su interior que asemejan estructuras dentarias y una banda radiolúcida en su periferia que presuntivamente se diagnosticó como un odontoma compuesto, se remite al segundo nivel de atención para excéresis y diagnóstico definitivo. Se discuten algunas características de su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Palabras claves: odontoma compuesto; tumores odontogénicos; hamartomas

ABSTRACT

It was presented the clinical case of an 8-year-old boy, who was attended in the clinic of "Mártires de Jamaica" Polyclinic, in Manuel Tames municipality of Guantanamo province, accompanied by the mother concerned about the non-eruption of tooth 21. On clinical examination, was observed absence of tooth 21 with space for its location with slight increase in volume at the bottom of the vestibular sulcus at the level of the area hard to palpation. Panoramic x-ray is indicated, with a radiolucent image with numerous radio opaque formations that resemble dental structures and a radiolucent band in its periphery presumptively diagnosed as a compound odontoma. It is referred to the second level of attention for excresis and definitive diagnosis. Some characteristics of its etiology, diagnosis and treatment were discussed.

Keywords: compound odontoma; odontogenic tumors; hamartomas

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos más comunes son los odontomas. El término "odontoma" fue introducido en 1867 por Broca. Es un hamartoma benigno mixto de origen dentario, es decir, es una lesión de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas, completamente diferenciadas y que forman esmalte, dentina y cemento de aspecto normal, formadas directamente a partir de la lámina dental o restos paradentales de Malassez no reabsorbidos después del cierre del folículo de un órgano dental normal y es caracterizado por un crecimiento lento e indoloro.¹

Los odontomas son los tumores odontogénicos con mayor frecuencia de aparición y representan 51 % de estas lesiones. Existe mayor predominio en niños y adolescentes, observándose poca diferencia en su incidencia entre mujeres y varones. Tiene una frecuencia de aparición de 22 % en la mandíbula y de 67 % en el maxilar. Suelen localizarse a nivel de las raíces de órganos dentarios erupcionados, ya sea en la dentición temporal o permanente.² También puede localizarse desplazado a otros sitios como el seno maxilar, paredes del seno maxilar izquierdo, en la cavidad nasal, piso de la órbita, ángulo de la rama mandibular, parte posterior de la mandíbula y también se han descrito casos extraóseos.³

La Organización Mundial de la Salud, en 1992, los ha dividido en odontoma compuesto y complejo, basada en las características histológicas que exhiben cada uno de los tumores.³ El odontoma compuesto es una malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios con un patrón más ordenado que un odontoma complejo, de modo que la lesión consiste en muchas estructuras de aspecto dentario.⁴

El odontoma complejo es una malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios, en general bien formados individualmente, pero dispuestos según un patrón más o menos desordenado.⁴ La clasificación de la OMS no incluye a los tumores odontogénicos híbridos, los cuales de acuerdo a la literatura están formados por más de un tipo de tumor odontogénico. En otras clasificaciones se incluye al odontoma ameloblástico.⁵

Respecto a la etiología se ha sugerido que puede desencadenarse a partir de un trauma local con repercusión en el proceso de la morfo-diferenciación de un órgano dentario.^{1,3} Así como la interacción de algún proceso infeccioso local o de procesos inflamatorios inmersos en las zonas de su localización; también se atribuye su origen a mutaciones genéticas y de la evolución de algún resto de Malassez o en su caso de la hiperactividad odontoblástica. Finalmente se atribuyen como causa, a las anomalías hereditarias como las que se presentan en el síndrome de Gardner y Hermann.^{2,6}

Los odontomas son un hallazgo radiográfico durante un examen de rutina y se confirman con un estudio histológico por un patólogo oral en un laboratorio especializado. En la radiografía el odontoma al principio ofrece una imagen radiolúcida que va presentando áreas radioopacas a medida que pasa el tiempo. En el odontoma complejo las imágenes del material calcificado por lo general son irregulares y difusas; en el odontoma compuesto las formaciones radioopacas que recuerdan a estructuras dentarias más o menos numerosas. En ambos se observa, en la periferia del material calcificado, una banda radiolúcida que se corresponde con la cápsula del tejido conjuntivo.⁴

El tratamiento para los odontomas es quirúrgico, realizar la enucleación de todos los componentes y enviarlo a patología para la confirmación histopatológica. Se debe practicar con sumo cuidado para no lesionar los dientes que no han hecho erupción.⁷

Existe una posibilidad de recidiva, quizás al retirarlos incompletamente o en una etapa en que no se encuentran calcificados o por su poder de inducción.⁷⁻⁸

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un niño de 8 años de edad, que acude a la consulta de Estomatología del Policlínico "Mártires de Jamaica" del municipio Manuel Tames, de la provincia Guantánamo, acompañado de la madre, preocupados por la no erupción del diente 21.

A la anamnesis, la madre refiere que no hay antecedentes de trauma local y que el diente temporal exfolió fisiológicamente; por lo que al examen clínico se observa ausencia clínica del 21 con espacio para su ubicación con ligero aumento de volumen en el fondo del surco vestibular a nivel de la zona, de consistencia dura a la palpación. Presuntivamente se sospecha de una retención dentaria, por lo que se indica radiografía panorámica (Figura 1), observándose imagen radiolúcida, con numerosas formaciones radioopacas en su interior, que asemejan a estructuras dentarias y una banda radiolúcida en su periferia compatible con un odontoma compuesto que impide la erupción del diente permanente.

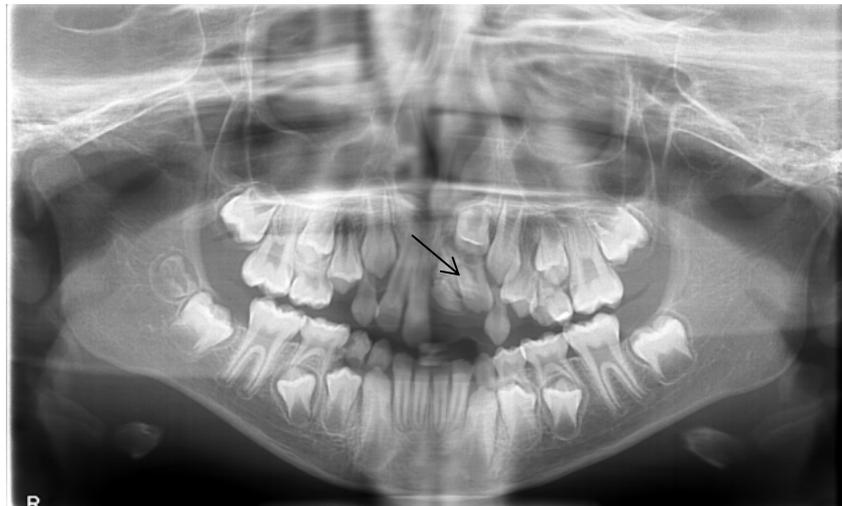


Figura 1. Examen radiográfico panorámico.

En el momento de la consulta el paciente no refiere ningún síntoma y tampoco presenta antecedentes médicos de importancia.

Una vez realizada la valoración clínica y radiográfica correspondiente, se remite al paciente al 2do nivel de atención para diagnóstico definitivo por estudio histopatológico al realizar el tratamiento quirúrgico en el Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez" de la provincia.

Previo consentimiento informado, y una vez realizadas la valoración clínica y radiográfica correspondiente, se inició la extracción quirúrgica del odontoma compuesto.

La enucleación del odontoma se realizó bajo el precepto de paciente ambulatorio. Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio, se utilizan paños de campo, el abordaje clínico se realizó bajo anestesia infiltrativa (lidocaína con epinefrina al 2 %), incisión marginal compuesta en la zona desde 21 hasta 24, posteriormente se realizó levantamiento del colgajo del mucoperiostio correspondiente y ostectomía con pieza de baja velocidad y fresa quirúrgica (irrigación con suero fisiológico) (Figura 2).



Figura 2. Incisión marginal compuesta en la zona desde 21 hasta 24, y levantamiento del colgajo del mucoperiostio.

Se realiza exposición y extracción de 5 piezas macroscópicamente similares a dientes microdónticos, de forma ordenada y de diferentes tamaños (Figura 3), lo que permite dar un diagnóstico intraquirúrgico de odontoma compuesto.



Figura 3. Piezas macroscópicamente similares a dientes microdónticos.

Por la ubicación que tenía el tumor no comprometía la permanencia del folículo del permanente, ni otros dientes adyacentes. Se envía a análisis histopatológico, luego se realiza curetaje de la zona, limado y toilette. Se reposicionó el colgajo con puntos de sutura interrumpidos catgut cromado 4-0 (Figura 4).



Figura 4. Sutura.

Se colocan torundas estériles y se dan indicaciones médicas ambulatorias. Se indicó antibioticoterapia y analgésicos correspondientes. El posoperatorio se desarrolló sin ningún inconveniente.

Examen histopatológico: permitió establecer el diagnóstico definitivo de odontoma compuesto.

DISCUSIÓN DEL CASO

Indiscutiblemente en la atención del paciente odontopediátrico la valoración clínica y la utilización de diversos medios de diagnóstico, son prioritarios para brindar oportunamente la atención que se requiera según el caso.⁹

Los odontomas compuestos son los más frecuentes, reportados en la literatura en una proporción de 3:1, tienen preferencia por ubicarse en la zona anterior del maxilar o la mandíbula, lo cual se constata con el paciente presentado y con los hallazgos de otros autores.¹⁰

La mayoría de los autores coincide en que la edad media de diagnóstico es en la segunda y tercera década de la vida, con un rango de edad que varía desde los 6 a los 46 años, con lo cual también se corresponde el caso presentado.¹¹ Se plantea que los odontomas compuestos suelen diagnosticarse a edades más tempranas que los complejos, con hasta 28 denticulos de diferentes tamaños. Es por ello que generalmente evolucionan de forma asintomática, y su diagnóstico requiere de estudio radiográfico.¹²

Se pudo establecer que la técnica panorámica es el estudio radiográfico aconsejable para complementar la clínica y contribuir al diagnóstico presuntivo ya que tiene como ventaja la posibilidad de observar una visión completa de ambas arcadas dentarias y sus estructuras vecinas. La imagen radiográfica observada en este caso clínico permitió ver una imagen mixta, con múltiples radiopacidades de configuración similar a piezas dentarias, presentado el conjunto un halo radiolúcido perimetral en coincidencia con las características que relatan los autores consultados.

Todo odontoma compuesto o complejo, debe ser extirpado quirúrgicamente, ya que puede generar complicaciones locales como: retención dentaria, desplazamiento de piezas dentales, destrucción

ósea, formación de lesiones quísticas o tumorales tipo ameloblastoma, entre otras.^{11,12} En este caso el odontoma comprometía la erupción dentaria, aunque su ubicación y excéresis no dañaron el folículo del diente permanente.

CONSIDERACIONES FINALES

Con este trabajo se demuestra la importancia de realizar un diagnóstico adecuado ante este tipo de afección en estadios tempranos. El análisis complejo, así como la evolución del caso, permitieron confirmar el diagnóstico inicial de odontoma compuesto.

La lesión se encontraba en el maxilar superior en la zona anterior del lado derecho coincidiendo con la prevalencia tanto en edad, sexo y ubicación del odontoma compuesto según la bibliografía detallada.

La corroboración a través de los estudios histopatológicos es imprescindible para la resolución del caso y seguimiento por lo que se realizó la excéresis quirúrgica del tumor y biopsia del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana Díaz JC, Castillo Coto A, Fernández Fregio MJ. Odontoma compuesto como causa de retención dentaria. Presentación de un caso. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 [citado 8 Jul 2016]; 43(2):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200011&lng=es
2. de Carvalho R, Feitosa de Carvalho WR, Santana Santos T, Azoubel Antunes A, Linard Avelar R, de Souza Andrade ES. Estudio clínico patológico de odontomas en una muestra de la población brasilera en un período de 15 años. Acta Odontol Ven [Internet]. 2010 [citado 16 Feb 2014]; 48(4): [aprox. 15p]. Disponible en: <http://fluconazole.top/ediciones/2010/4/pdf/art3.pdf>
3. Medina Santos SJ, Díaz Méndez HT, Ávila Chiong G. Tres casos de odontomas. Rev Electro Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 16 Feb 2018];40(4):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/viewFile/79/124>
4. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

5. Harris Ricardo J, Díaz Caballero A, Carbonell Muñoz Z. Odontoma compuesto. Una patología oral a considerar. Rev Fac Ciencias Salud [Internet]. 2010 [citado 18 Mar 2017]; 7(1):[aprox. 7p]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4788164.pdf>
6. Perales Sánchez BM, Aguiar Fuentes EG, Rodríguez Arámbula JC. Odontoma compuesto en paciente pediátrico. Rev Tamé [Internet]. 2013 [citado 18 Mar 2017]; 1(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_3/Tam133-04.pdf
7. Lucas Aparicio J, Sánchez Sánchez R, Fernández Domínguez M, Puigdemasa Panadés E, Ruíz Jiménez A, Naval Parra B. Odontomas complejos. Cient Dent [Internet]. 2011 [citado 18 Mar 2017];8(3):[aprox. 13p]. Disponible en: <http://www.clinicadentaldraloughney.com/pub/04.pdf>
8. Banco Ballesteros G, Gneco Goenaga B, Lozano Toro F, Pérez Villa LS, Chaverra Arango MI. Odontoma compuesto maxilar, reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta Odontol Ven [Internet]. 2011 [citado 18 Mar 2017]; 49(2):[aprox. 15p]. Disponible en: <http://fluconazole.top/ediciones/2011/2/art14.asp>
9. Harris Ricardo J, Rebolledo Cobos M, Díaz Caballero A, Carbonell Muñoz Z. Odontoma serie de casos. Revisión de literatura. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 [citado 16 Feb 2017]; 27(1): [aprox. 13p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000100003&lang=pt
10. Flores Ruiz R, Simón Sánchez E, Yáñez Vico RM, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. Odontoma compuesto asociado a un canino permanente inferior incluido. Gaceta Dental [Internet]. 2013 [citado 18 Mar 2017]; (244):[aprox. 14p]. Disponible en: http://www.coeal.es/colegiodentistas/documentos/file/244_CASO_CLINICO_Odontoma_asociado_canino.pdf
11. Soluk Tekkesin M, Pehlivan S, Olgac V. et al. Clinical and histopathological investigation of odontomas: review of the literature and presentation of 160 cases. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2013 [citado 18 Mar 2017];(244):[aprox. 14p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21840103>
12. Santos L, Lopes L, Roque G, Oliveira V y Freitas D. "Complex Odontoma: A Case Report with Micro – Computed Tomography Findings" Hindawi Publishing Corporation 2016. <https://www.hindawi.com/journals/crid/2016/3584751/>

Recibido: 2 de marzo de 2018

Aprobado: 4 de abril de 2018

Dr. Omar Abel Ricardo Chacon. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica. Asistente. Policlínico Comunitario "Mártires de Jamaica". Guantánamo. Cuba.
Email: oabel@infomed.sld.cu