

Odontoma compuesto: revisión de la literatura y reporte de un caso con 40 denticulos.

Compound odontoma: A review of the literature and case report involving 40 denticles.

Diego Esteban Palacios Vivar,* Beatriz Guzmán Monroy,**
José Ernesto Miranda Villasana,*** Carlos Alberto Ramos Montoya*

RESUMEN

El odontoma compuesto es un tumor benigno odontogénico conformado por varios denticulos o dientes rudimentarios los cuales se encuentran conformados de tejido dental organizado. Su etiología no está bien definida pero se atribuye a traumatismos durante la primera dentición, así como a procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario. Su presencia se encuentra entre los tres tumores odontogénicos más frecuentes, en diferente orden según el autor que se consulte. Está relacionado por lo general con una alteración en la erupción o malposición dental. Tiene predilección en hueso maxilar, frecuentemente asintomáticos, se caracterizan por un crecimiento lento, diagnosticándose de forma casual mediante exámenes radiográficos de rutina entre la segunda y tercera década de la vida. En este estudio se presenta el caso de un paciente femenino de 14 años de edad, con presencia de un odontoma compuesto de 40 denticulos, en la región parasinfisiaria izquierda, tratado mediante enucleación, y colocación de injerto óseo.

Palabras clave: Enuclación, odontoma, odontoma compuesto, tumor odontogénico.

ABSTRACT

The compound odontoma is a benign odontogenic tumor composed of several denticles or rudimentary teeth made up of organized dental tissue. Its etiology is not well defined but is attributed to trauma during the first dentition, as well as to inflammatory or infectious processes, inherited abnormalities, odontoblastic hyperactivity or alterations in the gene that controls tooth development. It is among the 3 most common odontogenic tumors, though its ranking among these varies depending on the author consulted. It is usually associated with an alteration in the eruption or malposition of teeth. It has a predilection for the maxillary bone, and is often slow-growing and asymptomatic. Odontomas are diagnosed incidentally during routine X-ray examinations of patients between the second and third decades of life. In this study, we present the case of a 14-year-old female patient with the presence of a compound odontoma comprised of 40 denticles in the left parasymphiseal region, which is treated by enucleation and bone graft placement.

Key words: Enucleation, odontoma, compound odontoma, odontogenic tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos (TO) son un grupo de lesiones neoplásicas cuyo origen se da a expensas de los tejidos que dan origen al órgano dental y de los tejidos remanentes después de su formación.¹ Comprenden tejido pulpar, esmalte, dentina y cemento de aspecto

normal pero con estructura generalmente defectuosa.² La primera descripción de un TO fue realizada en 1746 por el odontólogo francés Pierre Fauchard.³ El término odontoma fue utilizado por primera vez por Paul Broca en 1867 originariamente usado para nombrar cualquier tipo de neoplasia de origen odontogénico.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación del 2005 (*Cuadro I*), clasifica a los odontomas de acuerdo con su organización y grado de morfolo-diferenciación celular odontogénica en dos tipos: compuesto y complejo, siendo los compuestos dos veces más frecuentes que los complejos.⁵ En otras clasificaciones se incluye al odontoma ameloblástico que tiene características generales del fibroma ameloblástico, pero contiene dentina y esmalte en su estructura.⁶

* Alumno de 4to año de Postgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México, sede Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE. Ciudad de México, México.

** Pasante de Odontología. Facultad de Odontología. FES-Iztacala, UNAM. Tlalnepantla, Edo. Méx., México.

*** Maestro en Educación. Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE. Ciudad de México, México.

Recibido: Febrero 2016. Aceptado para publicación: Mayo 2016.

Cuadro I. Clasificación según la OMS (2005). Clasificación de tumores odontogénicos

A. Tumores malignos

Carcinomas odontógenos

- Ameloblastoma metastatizante (maligno)
- Carcinoma ameloblástico-primario
- Carcinoma ameloblástico-secundario, desdiferenciado, intraóseo y periférico
- Carcinoma intraóseo primario
- Carcinoma intraóseo primario derivado del tumor odontogénico queratoquístico
- Carcinoma intraóseo primario derivado de quistes odontógenos
- Carcinoma odontogénico de las células claras
- Carcinoma odontogénico de células fantasmas

Sarcomas odontógenos

- Fibrosarcoma ameloblástico
- Fibrodentinosarcoma ameloblástico y fibroodontosarcoma

B. Tumores benignos

Formados por epitelio odontogénico, pero sin ectomesénquima odontogénico

- Ameloblastoma, sólido/multiquístico
- Ameloblastoma, extraóseo/periférico
- Ameloblastoma, desmoplásico
- Ameloblastoma uniuquístico
- Tumor odontogénico escamoso
- Tumor odontogénico epitelial calcificante
- Tumor odontogénico adenomatoide
- Tumor odontogénico queratoquístico

Compuestos de epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico y con o sin formación de tejido duro

- Fibroma ameloblástico
- Fibroma-dentinoma ameloblástico
- Fibroodontoma ameloblástico
- Odontoma, complejo y compuesto
- Odontoameloblástico
- Tumor odontogénico quístico calcificante
- Tumor odontogénico de células gigantes

Compuestos de mesénquima odontogénico, ectomesénquima o ambos y con o sin epitelio

- Fibroma odontogénico
- Mixoma y mixofibroma odontogénico
- Cementoblastoma

Lesiones relacionadas con el hueso

- Fibroma osificante
- Displasia fibrosa
- Displasias óseas
- Granuloma central de células gigantes
- Querubismo

- Quiste óseo aneurismático

- Quiste óseo simple

Otros tumores

- Tumor neuroectodérmico melanótico del lactante

Fuente OMS.

EPIDEMIOLOGÍA

Los tumores odontogénicos son lesiones de baja presentación en la población mundial, en contraste con otros tipos de lesiones tumorales que afectan a los maxilares.⁷ En un estudio realizado en el Hospital Base Valdivia publicado por Thiers en el 2013, se revisaron 2,078 biopsias de la cavidad bucal, en donde reportaron que 31 (1.5%) correspondían a tumores odontogénicos. El mayor porcentaje recayó en el tumor odontogénico queratoquístico (41.9%), seguido por ameloblastoma (22.6%) y odontomas odontogénicos (16.1%).⁸

Existe mayor predominio en niños y adolescentes, observándose poca diferencia en relación con el género.⁹ Quintana-Díaz en el 2012, reportó un estudio de 46 casos de odontoma, de los cuales el odontoma compuesto representaba el 69.5% y un 30.5% correspondía al odontoma complejo.¹⁰

ETIOPATOGENIA

Son de etiología desconocida, sin embargo, se les asocia con antecedentes previos de traumatismos durante la primera dentición, así como a procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Herrmann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario.¹¹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se observan como lesiones hamartomatosas, localizadas en la mayoría de casos en el área de incisivos y caninos del maxilar superior, seguida por las zonas anteroinferior y posteroinferior.⁸ Con una predilección en el maxilar del 67.4% y en la mandíbula del 32.6%.¹⁰

Los odontomas compuestos se caracterizan por su crecimiento lento e indoloro, diagnosticándose de forma casual mediante exámenes radiográficos de rutina entre la segunda y tercera década de la vida o bien a partir de algún signo clínico, como retraso de la erupción dentaria o por el abombamiento de las corticales óseas de

los maxilares.^{6,9,12} Imaginológicamente, un odontoma se presenta como una lesión radiopaca densa rodeada por un halo fino radiolúcido. Se pueden diferenciar tres estadios basados en el grado de calcificación, presentes al momento del diagnóstico:¹³

- A. Inicial: se observa radiolúcido, por la ausencia de calcificación de los tejidos dentarios.
- B. Intermedio: existe una calcificación parcial.
- C. Maduro: clásicamente radiopaco con un predominio de calcificación de los tejidos, los cuales están rodeados por un halo radiolúcido.

En cambio, los odontomas complejos muestran una radiopacidad única.¹⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 14 años de edad sin antecedentes de relevancia para el padecimiento actual. Acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial refiriendo aumento de volumen de un año de evolución en región parasinfisaria del lado izquierdo. Extraoralmente sin manifestaciones clínicas (*Figuras 1 y 2*).

Intraoralmente se observa leve aumento de volumen en la región parasinfisaria del lado izquierdo, presentando consistencia dura, no desplazable, asintomático, sin datos de cambios en la coloración y configuración de la superficie tisular (*Figuras 3 y 4*).

Se realizó estudio de tomografía computarizada tipo Cone Beam, en donde se observa la presencia de una



Figuras 1 y 2.

Fotografías extraorales iniciales.



Figuras 3 y 4.

Fotografías intraorales iniciales.

estructura redondeada, con bordes delimitados con contenido de estructuras radiolúcidas y radiopacas, similares a coronas dentarias (Figuras 5 a 7).

La técnica quirúrgica para su eliminación se llevó a cabo bajo anestesia general balanceada con intubación orotraqueal, usándose campos estériles de manera protocolaria, con previa técnica de asepsia y antisepsia. Se establecieron puntos de referencia anatómica, teniendo en cuenta el orificio mentoniano, y se infiltró lidocaína con epinefrina al 2% con fines hemostáticos. Posteriormente se realizó un abordaje circunvestibular inferior de incisivo central a primer premolar, y se procedió a la disección hasta exponer el aumento de volumen óseo. Se continuó con la osteotomía y ostectomía de la cortical externa para exponer la lesión ósea, encontrando dentículos con tejido granular adherido. Posteriormente

se realizó la enucleación de la lesión, con limpieza de la cavidad de donde se extrajo un total de 40 dentículos (Figuras 8 a 10). Posteriormente se colocó un xenoinjerto óseo de origen bovino. Se realizó sinéresis del abordaje quirúrgico, con sutura reabsorbible 3-0 y colocación de punto simples. El procedimiento se terminó sin eventualidades.

En citas posteriores de control se observa la herida del abordaje con adecuada cicatrización, sin datos de procesos infecciosos, dehiscencia de la herida o paresia del nervio mentoniano. Se cuenta con un control radiográfico a dos meses donde se observa zona radiolúcida circunscrita en proceso de aumento de su densidad ósea (Figura 11). La correlación clínica, radiológica e histopatológica son concluyentes para el diagnóstico definitivo de odontoma compuesto.



Figura 5

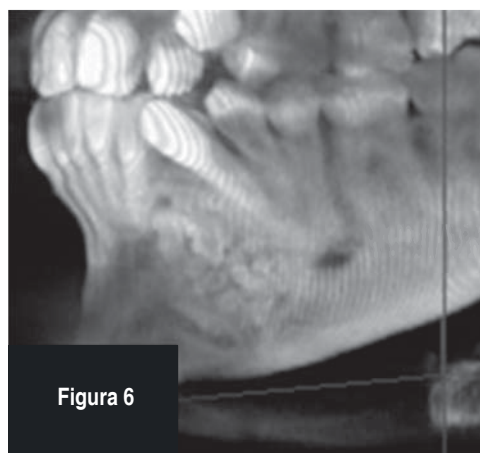


Figura 6



Figura 7

Figuras 5 a 7.

Tomografía tipo Cone Beam.

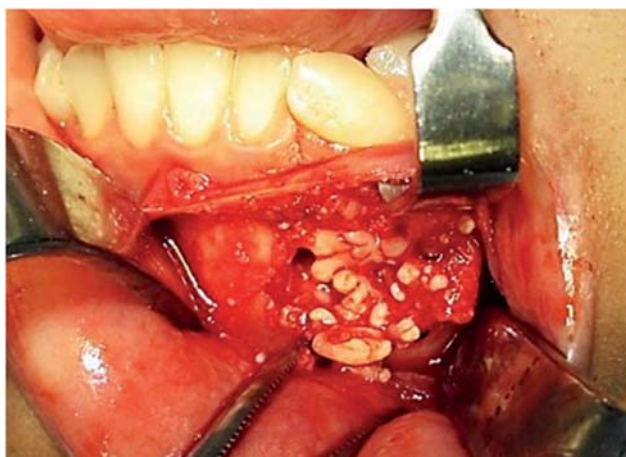


Figura 8. Exposición del sitio quirúrgico.

DISCUSIÓN

Los odontomas constituyen un tumor odontogénico benigno común, encontrándose dentro de las tres primeras patologías reportadas. Thiers, basado en un estudio de 2,078 biopsias, ubica al odontoma en el tercer puesto de tumores benignos después de queratoquiste y ameloblastoma, con una frecuencia de 16.1%.⁸ Sin embargo, Ochsenius, posiciona a esta patología en primer lugar con un 44.7%.¹⁵ En cuanto a la predilección racial, se reporta mayor incidencia en personas caucásicas (65%), en chinos del 6 al 6.7%, mientras que la incidencia en africanos es baja.^{16,17}

El caso que presentamos tiene importancia por el gran número de dentículos hallados, el cual es mayor al rango común que va de cuatro a 28, y mayor a la literatura

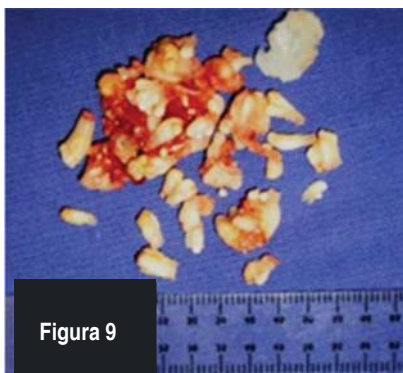


Figura 9

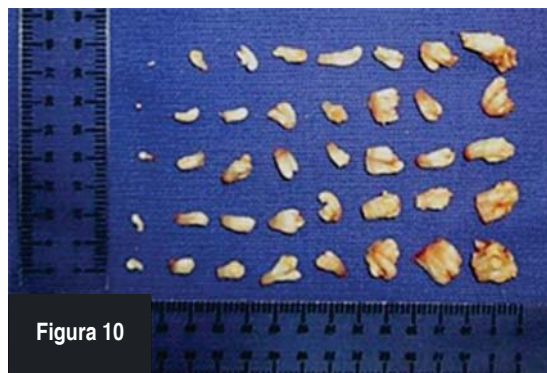


Figura 10

Figuras 9 y 10.

Muestra macroscópica y dentículos ordenados en forma creciente.



Figura 11.

Ortopantomografía postquirúrgica a dos meses.

consultada. La paciente se encuentra dentro del perfil de alta prevalencia por su edad (14.8 años), raza (caucásica) y ubicación de la lesión (parasífnis mandibular).^{9,16,18}

La etiología del odontoma es desconocida, sin embargo, su presencia puede ser asociada con la retención o alteración en la erupción de piezas dentales, causa que se ha observado en el 48% de los casos; inflamación, maloclusión, desvitalización de dientes contiguos o procesos infecciosos son otros factores probablemente asociados. Algunos autores han reportado una asociación a quiste dentígero hasta en un 28%.¹⁹⁻²¹

Los dentículos del caso presentado mostraron formación radicular completa e incompleta con variación anómala, como concrecencia, dilaceración y fusión. Cada uno presentó variaciones de tamaño, con un rango de 1 a 11 mm, y con una media de 6 mm y promedio de 5.5 mm.²²

En cuanto a la elección de la técnica quirúrgica, es recomendable la exéresis de la lesión, con posterior curetaje y vigilancia de los dientes adyacentes. Se evita dejar una deformidad en la zona donde se retiró el tumor, optando por la colocación de un injerto óseo con o sin membrana y en casos muy notorios, colocación de una malla de titanio que mantenga el contorno. El uso de rellenos grasos son una opción.²²

CONCLUSIONES

Los odontomas son tumores generalmente asintomáticos, no agresivos, de crecimiento lento, cuyo origen podría estar relacionado con alteraciones de la erupción, y en menos frecuencia con infección local y lesiones quísticas. Su tratamiento debe ir encaminado a la exéresis, erupción del diente retenido asociado, así como la recuperación del contorno óseo alterado por la remoción de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Mosqueda-Taylor A. New findings and controversies in odontogenic tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13 (9): E555-E558.
- Morales N, Pereira D. Impaction caused by odontoma associated with altered dental formula. *Rev Cubana Estomatol*. 2012; 49 (4): 321-327.
- Philipsen H, Reichart P. Classification of odontogenic tumours: a historical review. *J Oral Pathol Med*. 2006; 35: 525-529.
- Kodali RM, Venkat B, Raju PR, Vora SK. An unusual complex odontoma. *J Maxillofac Oral Surg*. 2010; 9 (3): 314-317.
- Serra-Serra G, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Erupted odontomas: a report of three cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14 (6): E299-E303.
- Duvegneaud S, Tant L, Loeb I, Kaumpuridis S, Dargent JL, Gomez-Galdon M et al. Mandibular ameloblastic fibroodontoma: case report. *Stomatol Chir Maxillofac*. 2004; 105: 223-226.
- Luo HY, Li TJ. Odontogenic tumors: a study of 1309 cases in a Chinese population. *Oral Oncol*. 2009; 45: 706-711.
- Thiers L, Sotomayor C, Peters F, Lantaño P, Thiers L. Prevalencia de tumores odontogénicos en el Hospital Base Valdivia, periodo 1989-2008. *Avances en Odontostomatología*. 2013; 29 (6): 306-308.
- Amado-Cuesta S, Albiol J, Aytés L, Gay-Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Medicina Oral*. 2003; 8: 366-373.
- Quintana-Díaz J, Licerba-Álvarez L, Viñas M, Algozaín Y, Quintana M. Comportamiento clínico-patológico de odontomas. *Rev Cubana de Estomatol*. 2012; 49 (3): 215-222.
- Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of the 26 odontomas in Greek children. *J Oral Sci*. 2010; 52 (3): 439-447.
- Dávila-Hernández D. Enucleación de un odontoma compuesto mandibular. Comunicación de un caso clínico. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2010; 15 (2): 92-96.
- Giunta JL, Kaplan MA. Peripheral soft tissue odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990; 69: 406-411.
- De Riu G, Meoni SM, Contini M, Tulio A. Ameloblastic fibroodontoma. Case report and review of the literature. *J Cranio Maxillofac Surg*. 2010; 38: 141-144.
- Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med*. 2002; 31 (7): 415-420.
- Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumours: analysis of 706 cases. *J Oral Surg*. 1978; 36: 771-778.
- Yeung KH, Cheung RC, Tsang MM. Compound odontoma associated with an unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. *Int J Paediatr Dent*. 2003; 13: 208-212.
- Budnick S. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976; 42: 501-506.
- Agrawal B, Gharote H, Nair P, Shrivastav S. Infected complex odontoma: an unusual presentation. *BMJ Case Rep*. 2012. doi: 10.1136/bcr-2012-006493.
- Gupta A, Vij H, Vij R, Malhotra R. An erupted compound odontoma. *BMJ Case Rep*. 2014. doi: 10.1136/bcr-2013-201820.
- Kaugers GE, Miller ME, Abbdy LM. Odontomas. *Oral Surg*. 1989; 67: 172-176.
- Urvashi S, Rahul S, Anubha G, Renu Y, Krishan G. Compound composite odontoma with unusual number of denticles- a rare entity. *Saudi Dent J*. 2010; 22: 145-149.

Correspondencia:

Dr. Diego Esteban Palacios Vívar
Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza»
Calz. Ignacio Zaragoza Núm. 1711,
Col. Ejército Constitucionalista, 09220,
Del. Iztapalapa, Ciudad de México, México.
E-mail: diegoepalaciosvivar@yahoo.com