



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 6, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2010 • pp. 106-110

Odontoma complejo erupcionado con infección agregada como complicación, presentación de un caso clínico

Meza-García G,* Martínez-Sánchez LG,* Castellanos-García G*

RESUMEN

Los odontomas se consideran lesiones hamartomatosas, por lo que en raras ocasiones producen complicaciones graves, pero cuando erupcionan suelen asociarse a infecciones. Presentamos el caso de una paciente femenina de 9 años, quien acude a consulta por proceso infeccioso asociado a un odontoma erupcionado parcialmente, por lo que se realiza tratamiento quirúrgico acompañado de control de la infección; se revisa la pieza quirúrgica con histopatología y se observa que además del odontoma presenta quiste dentígero asociado y sobreinfectado; después de un año de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática; se realiza una revisión bibliográfica sobre su casuística y probable causa de erupción.

Palabras clave: Odontoma, infección, erupción dental.

SUMMARY

The lesions are considered hamartomatous odontoma, so that serious complications are rare, but when they erupt can be associated with infections, report the case of a female patient aged 9, who came to consultation by the infectious process associated with a partially erupted odontoma, so surgical treatment is carried out together with infection control, review the histopathology specimen to observe that besides the dentigerous cyst associated with odontoma presented and superinfected, then a year later the patient is asymptomatic, we review literature on their cases and probable cause of eruption.

Key words: Odontoma, infection, tooth eruption.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son una serie de tumores odontogénicos benignos de los maxilares que suelen tener un comportamiento indolente; incluso la mayoría se diagnostican por hallazgo radiográfico al buscar un diente ausente en la arcada o en radio-

grafías de rutina. Aunque en algunos casos estas lesiones se acompañan de infecciones, sobre todo cuando erupcionan a la cavidad bucal, cabe mencionar que este fenómeno no sucede a menudo. Se presenta un caso de un odontoma complejo que erupcionó y trajo como complicación un proceso infeccioso.

* Universidad Regional del Sureste, Escuela de Odontología.

Correspondencia:

Meza-García G

Eulalio Gutiérrez Núm. 1002, Col. Miguel Alemán. 68000 Oaxaca, Oaxaca. Tel.: 51-41-410 ext. 171

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/cirugiaabucal>

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 9 años, originaria de Itunduña, Putla, Oaxaca, que acude con responsable a la Unidad Odontológica de Especialidades de San Bartolo Coyotepec, remitida de su centro de salud; presenta tumoración, de 2 meses de evolución, en parte anterior derecha de la mandíbula, la cual es dolorosa a la palpación y produce eritema en el área del mentón; a la exploración clínica se aprecia una tumoración en la zona del canino e incisivo lateral inferior derecho, además de causar desplazamiento de órganos dentarios; se aprecia una masa calcificada que erupciona de manera discreta. Sus antecedentes personales no patológicos, personales patológicos y antecedentes heredofamiliares no fueron relevantes para el caso. Recibió tratamiento previo a base de naproxeno y penprociclina; acude con radiografías oclusales y panorámica, donde apreciamos lesión radioopaca bien delimitada con áreas radiolúcidas en su interior, rodeada por halo radiolúcido que se acentúa hacia su parte basal; el canino inferior se observa retenido por la lesión tu-



Figura 1. Imagen radiográfica de la lesión.



Figura 2. Imagen clínica donde apreciamos la lesión parcialmente erupcionada.

moral y el incisivo lateral ausente. Se decide toma de biopsia incisional con diagnóstico de presunción de odontoma complejo contra lesión fibrosea benigna. Al estudio microscópico se observa dentina tubular en patrón desordenado, compatible con odontoma complejo y quiste dentígero infectado asociado; se continúa con antibióticos y se envía al Hospital de la Niñez Oaxaqueña, para resección quirúrgica.

Bajo anestesia general inhalatoria con intubación nasotraqueal, previa asepsia y antisepsia, se procede a infiltrar xilocaína con epinefrina en la zona de la patología para reducir el sangrado. Se realiza incisión contorneante, con una liberatriz a la altura de la línea media, y otra en la porción distal del segundo premolar inferior derecho; se levanta colgajo de grosor total y se realiza osteotomía con fresa de baja velocidad 702, bajo irrigación salina estéril, descubriendo la lesión. Se procede a realizar la



Figura 3. Aspecto de la cirugía, nótese el canino incluido que penetra la lesión.

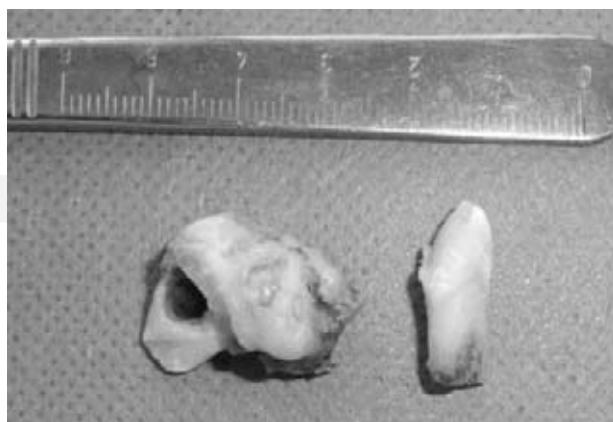


Figura 4. Pieza macroscópica.

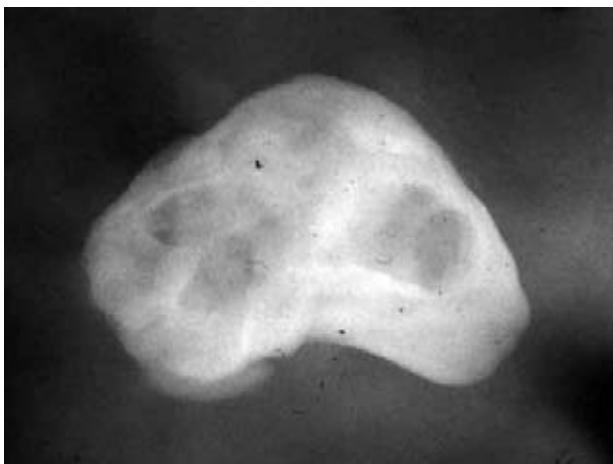


Figura 5. Radiografía de la pieza quirúrgica.

extracción del canino inferior derecho que se localiza dentro de la patología, y mediante un elevador recto se procede a elevar el tumor, el cual se encuentra separado del resto del hueso mandibular dejando un lecho quirúrgico limpio, el cual se curetea para cerciorarse de no dejar tejido blando que rodee a esta tumoración; se liman los bordes óseos, se lava la cavidad y se reposiciona el colgajo suturándolo con puntos aislados con vicryl tres ceros, y se deja un dren a nivel del mentón mediante acceso cutáneo para el drenaje del material secundario a infección crónica que presenta la paciente.

Al examen anatopatológico, se recibe pieza quirúrgica de síntesis mandibular acompañado por órgano dentario con morfología de canino con formación incompleta de la raíz; la pieza quirúrgica es de consistencia pétreas, color blanco nacarado, de forma ovoide, mide 2.6 x 1.7 x 1.1 cm. Presenta un área crateriforme de 0.6 cm, así mismo tejido blando de color café, el cual se desprende. Al corte transversal se observan cavitaciones en su interior y áreas de tejido blando en la periferia del tumor. A la evaluación microscópica se observa que este tejido está formado por una banda de epitelio escamoso estratificado no queratinizado con edema intercelular y migración de leucocitos, subyacente una cápsula de tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado con infiltrado inflamatorio crónico severo y difuso; así mismo, islas de epitelio odontogénico, tejido adiposo maduro y hemorragia reciente. Además, fragmentos calcificados basófilos irregulares. En otro fragmento observamos una masa amorfa de tejido eosinófilo donde se aprecian algunos conductos dentinarios en un patrón irregular, otros en rayos de sol que rodean cavidades pulparas amorfas, entremezcladas con

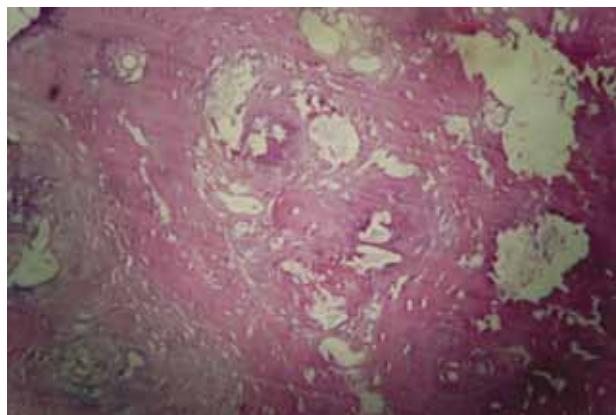


Figura 6. Imagen histológica del tumor.

material dentinóide, matriz de esmalte y cuerpos psamomatoideos. Por lo anterior, se diagnostica: odontoma complejo de 0.8 x 0.7 x 0.6 y quiste dentígero sobreinfectado asociado.

Después de 6 meses, la paciente se encuentra asintomática y libre de lesión.

DISCUSIÓN

Los odontomas pertenecen a un grupo de tumores benignos odontogénicos que combinan elementos de origen mesenquimatoso y del epitelio dental. Por su histomorfodiferenciación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los divide en complejos: malformación que presentan todos los tejidos dentales en un patrón desordenado, y compuestos: malformación en la cual todos los tejidos dentarios están representados en un patrón ordenado donde se aprecian características más parecidas a la estructura dentaria normal;¹ suelen observarse como lesiones radioopacas que pueden causar expansión de corticales o tener alguna otra complicación.² En algunas ocasiones puede haber algún órgano dentario retenido asociado al tumor; el que presenta mayor retención es el incisivo central superior;³ en nuestro caso, había un canino inferior retenido.

En México, el odontoma es el tumor odontogénico más frecuente (35%).⁴ En un metaanálisis realizado por Hidalgo-Sánchez y cols. se estudiaron las características epidemiológicas de 3,065 odontomas y se descubrió que el tumor no tiene predilección por algún sexo; se diagnostica con más frecuencia durante la segunda década de la vida y su localización suele estar en el maxilar y en el segmento anterior; así mismo, se refiere que son los tumores odontogénicos

más frecuentes, representando del 26 al 67% de los presentados en maxilares.⁵⁻⁷

La etiología de estas lesiones es desconocida, pero se asocia a: trauma local,⁸ infecciones, historia familiar, mutaciones genéticas. Por cualquiera de estas causas, existe una alteración de la maduración y mineralización de los gérmenes dentales; en nuestro caso, la paciente no presentaba el incisivo lateral derecho, el cual probablemente tuvo una alteración de su maduración causando el tumor.⁹

Por su comportamiento biológico, se consideran hamartomas con crecimiento lento e indolente, frecuentemente hallados en radiografías que se toman por falta de erupción de algún órgano dental; aunque también se sabe que a veces pueden tener complicaciones, ya sea porque se asocian a infecciones o porque van acompañados de tumores odontogénicos como quiste odontogénico calcificante, tumor dentinogénico calcificante, ameloblastomas o quiste dentígero.¹⁰⁻¹³

Es poco frecuente que los odontomas erupcionen; revisando la literatura hasta julio del 2009, sólo había 20 casos reportados: el primero en 1981 por Rumel y cols.¹⁴ Cuando esto sucede, cambian su comportamiento al aparecer en el medio bucal causando dolor, halitosis, tumoración y procesos infecciosos diversos; esto se debe a que no tienen epitelio de unión ni fibras periodontales, por lo que carecen de las barreras naturales que evitan la entrada de microorganismos entre el diente y los tejidos que lo rodean; así mismo, no hay líquido crevicular que sirva para barrer mecánicamente microorganismos y que tenga inmunoglobulinas como defensa durante las infecciones.¹⁵

Pero ¿por qué causa un odontoma puede erupcionar? Si recordamos las teorías de erupción dental, debemos considerar que un odontoma, por ser una neoplasia, carece de características de los órganos dentales; no presenta ligamento periodontal, por lo tanto, no hay miofibroblastos ni formación de raíz que ejerzan presión física, ni folículo dental que sirva de guía. Existen algunas teorías para resolver esta incógnita; se piensa que si se realizan extracciones de dientes primarios a temprana edad y en condiciones inadecuadas puede lastimar el germe dentario causando malformaciones dentarias similares a odontomas que puedan erupcionar por su cercanía con la encía;¹⁶ otra teoría nos dice que en ocasiones los odontomas pueden crecer mucho, entonces, si están cerca de la superficie, la propia oclusión durante la masticación puede reabsorber hueso y erosionar la encía, causando su erupción; en pacientes adultos se ha asociado a resorción ósea, similar a la que sucede

durante la enfermedad periodontal; una cuarta teoría menciona que en jóvenes y niños pueden erupcionar cuando estos tumores se encuentran adyacentes a dientes incluidos y retenidos, donde por la fuerza eruptiva de éstos les permite erupcionar, como sucedió en nuestro caso donde observamos que el canino se encontraba adyacente al tumor y tal parece que éste lo empujó causándole una concavidad y posteriormente le permitió erupcionar; incluso se observa una ligera imagen radiolúcida hacia la zona basal de la tumoración.¹⁷

El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en la remoción quirúrgica de la lesión, seguido de un estudio histopatológico que confirme el diagnóstico; así mismo, cuando sea posible se debe realizar el tratamiento de ortodoncia para corregir posibles maloclusiones causadas por la lesión, además de llevar un control a través de las radiografías.^{18,19} En el presente caso, debido a que la lesión presentaba un proceso infeccioso agregado se recomendó antibioticoterapia y drenaje quirúrgico adecuado; la paciente, por ser de origen humilde y vivir lejos de nuestro Servicio, no pudo acudir al tratamiento de ortodoncia, pero sabemos que se encuentra en buen estado de salud y no tuvo complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kramer I, Pindborg JMS. Histological typing of odontogenic tumours. New York: Springer-Verlag, 1992.
2. Philipsen H, Reichart P, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997; 32: 86-99.
3. Chang JY, Wang JT, Wang YP et al. Odontoma: a clinicopathologic study of 81 cases. *J Formos Med Assoc* 2003; 102: 876-882.
4. Mosqueda TAA, Caballero S, Sida ME, Ledesma MC, Portilla RJ, Ruiz-Godoy RLM, Meneses GA. Tumores odontogénicos en México. Estudio colaborativo con análisis de 313 casos. *Tem Selec Invest Clín* 1996; II (2): 9-17.
5. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13 (11): E730-4.
6. Amado CS, Gargallo AJ, Berini AL, Gay EC. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. *Med Oral* 2003; 8: 366-73.
7. Guerrisi M, Piloni MJ, Keszler A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E180-5.
8. Aizenbud D, Peri-front Y. Odontoma-like Malformation of the Primary Tooth Germ. *Dental Traumatology* 2009; 25: 144-145.
9. Owens BM, Schumann NJ, Mincer HH et al. Dental odontomas: A retrospective study of 104 cases. *J Clin Pediatr Dent* 1997; 21: 261-264.
10. Vengal M. Large erupting complex odontoma: A case report *JCDa* 73: 169-172.

11. 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): E299-303.
12. Junquera L, de Vicente JC, Roig P, Olay S, Rodríguez-Recio O. Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 248-51. Large erupting complex odontoma: A case report. *JCDa* 73: 169-172.
13. Ledesma-Montes C, Gorlin RJ, Shear M, Præ TF, Mosqueda-Taylor A, Altini M, Unni K, Paes AO, Carlos-Bregni R, Romero de León, Vince Phillips, Wilson DE, Meneses-García A. International collaborative study on ghost cell odontogenic tumours: calcifying cystic odontogenic tumour, dentinogenic ghost cell tumour and ghost cell odontogenic carcinoma. *J Oral Pathol Med* 2008; 37: 302-308.
14. Rumel A, de Fritas A, Birman E, Tannous L, Chacon P, Borras S. Erupted complex odontoma. Report of a case. *Dentomaxillofac Radiol* 1980; 9: 5-9.
15. 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): E299-303.
16. Amailuk P, Grubor D. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. *British Dental Journal* 2008; 204: 11-14.
17. Junquera L, de Vicente JC, Roig P, Olay S, Rodríguez-Recio O. Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 248-51.
18. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 37-43.
19. Ferrer M, Silvestre F, Estelles E, Grau D. Infección recurrente de un odontoma complejo tras su apertura a la boca. *Med Oral* 2001; 6: 269-75.