

Impactación dentaria por odontoma compuesto: reporte de caso y revisión de literatura

Dental impactation caused by odontoma: case report and literature review

*Nadia Ivett Irías Fúnez, Universidad Tecnológica Centroamericana, Honduras, nadiairiasf@hotmail.com
Daniel Enrique Canales Amador, Universidad Tecnológica Centroamericana, Honduras, daniel_ec96@hotmail.com*

RESUMEN

Actualmente los odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes. Son considerados hamartomas, compuestos por células epiteliales odontogénicas y mesenquimatosas diferenciadas, y muestra tejidos dentales en su estructura. Se presenta una revisión de la literatura seguido por un reporte de caso de un odontoma compuesto en el maxilar inferior de un paciente de 13 años asociado a la inclusión del segundo molar inferior derecho (4.7). Se realizó la exéresis del tumor y la correspondiente biopsia para confirmar el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE

Odontoma compuesto, impactación dentaria, tumor odontogénico, neoplasias odontogénicas, hamartoma, fibro-odontoma, fibroodontoma ameloblástico

ABSTRACT

At present time odontomas are the most common odontogenic tumors. They are hamartomas, composed of epithelial odontogenic and mesenchymal cells, presenting dental tissue in their structure. A literature review followed by a case report are presented. The case report presents a compound odontoma in the inferior maxillary of a 13-year-old patient, associated with the inclusion of the second right inferior molar (4.7). The exeresis followed by the biopsy of the tumor were performed to confirm the clinical diagnosis.

KEYWORDS

Compound odontoma, impacted tooth, odontogenic tumor, odontogenic neoplasms, hamartoma, fibro-odontoma, ameloblastic fibroodontoma.

Recibido: 27 febrero, 2019.

Aceptado para publicar: 21 junio, 2019.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son considerados los tumores benignos más frecuentes de los maxilares⁽¹⁾. Actualmente algunos autores los consideran como hamartomas en vez de lesiones neoplásicas.

Los odontomas son definidos como lesiones odontogénicas compuestas por células epiteliales odontogénicas y mesenquimatosas diferenciadas. Histológicamente se pueden observar tejidos dentales, en cantidades variables, como tejido pulpar, cemento, dentina y esmalte⁽¹⁻⁸⁾.

Según la clasificación de la OMS del 2005, los odontomas se clasifican en compuesto y complejo^(1-3, 6). El primero presenta tejidos dentarios distribuidos de una manera organizada, razón por la cual muestra estructuras conocidas como dentículos. Por otro lado, los odontomas complejos presentan una distribución de tejido dentario de manera desorganizada, y se perciben como una masa amorfa. Cabe mencionar que la clasificación de la OMS no incluye tumores odontogénicos híbridos y, por ende, no se nombra los odontomas quísticos ni los ameloblásticos⁽⁶⁾.

DISCUSIÓN

Epidemiología

Se presentan con una prevalencia de 22%-67% de todas las neoplasias en los maxilares, y con un 22% de todas las de origen odontogénico⁽¹⁻²⁾. En contraste, el estudio de Thier del 2013, puso al odontoma odontogénico como el tercer tumor odontogénico más común (16,1%), el primero fue el tumor odontogénico queratoquístico (41,9%) seguido del ameloblastoma (22,6%)⁽³⁾.

Diagnóstico

La etiología del odontoma no se conoce con exactitud, pero se atribuye

su desarrollo a traumatismo durante la dentición primaria, hiperactividad odontoblástica, procesos inflamatorios o infecciosos, alteración en el gen del desarrollo dentario o anomalías hereditarias (Síndrome de Herrmann, Síndrome de Gardner)^(1-3, 5).

Normalmente los odontomas son lesiones hamartomatosas de crecimiento lento e indoloro. Los compuestos se ubican con mayor frecuencia en el área anterior maxilar a diferencia del complejo, cuya ubicación habitual es la zona posterior de la mandíbula⁽³⁻⁴⁾. Debido a que mayormente son asintomáticos, su presencia se descubre mediante exámenes radiográficos de rutina comprendidos entre la 2da y la 3ra década de la vida^(1-2, 4-7). En ocasiones se pueden observar signos y síntomas tales como falta de recambio de dientes deciduos, expansión de corticales óseas, inflamación o infección localizada^(1, 3-6, 8).

Radiográficamente el odontoma compuesto se observa como una imagen mixta, con bordes bien definidos y varias imágenes radiopacas (dentículos) las cuales están rodeadas por un halo radiolúcido^(1, 3-7). Los complejos se ven como una o múltiples masas amorfas, radiopacas rodeadas por un halo radiolúcido⁽⁴⁾.

Tratamiento

Actualmente el tratamiento de elección es la exéresis del contenido y enucleación de la cápsula fibrosa del odontoma. Normalmente tiene pronóstico favorable y su recidiva es rara. Es importante mencionar que la recidiva de esta lesión depende del estado de calcificación del odontoma, pues cuanto menor sea la calcificación mayor será su probabilidad de recidiva^(1, 3).

Presentación de caso clínico

Paciente masculino de 13 años, sin antecedentes médicos u odontológicos relevantes asiste a la clínica odontológica de la Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), en Tegucigalpa - Honduras.

Su motivo de consulta fue por remisión por parte de su especialista en ortodoncia, el cual lo envió debido a un hallazgo radiológico en la ortopantomografía (figura 1). Se observaba la presencia de una lesión, superior a la cara oclusal de la pieza 4.7, según la notación de la Federación Dental Internacional (FDI).

El paciente refirió que la lesión era asintomática. En el examen clínico se observó la ausencia de la pieza 4.7, y un aumento de con-



Figura 1: Ortopantomografía del paciente que muestra la presencia de un odontoma en la zona mandibular derecha.



Figura 2: Imagen tridimensional de la zona mandibular derecha.

torno aproximadamente de 1 cm de diámetro. El joven ya contaba con los estudios imagenológicos necesarios al llegar a la consulta, los cuales incluían una ortopantomografía y una tomografía computarizada *cone beam* (figura 2-5). En los estudios imagenológicos se observó una masa de características mixtas, en el cuadrante inferior derecho, superior a la corona de la pieza 4.7, con bordes bien definidos y varios focos radiopacos rodeados por un halo radiolúcido. Distal a esta se observó una imagen radiolúcida de forma ovalada con bordes bien definidos.

El diagnóstico presuntivo fue un odontoma compuesto, ubicado en la zona posterior del cuarto cuadrante, superior a la corona de la pieza dental 4.7.

Tras haber obtenido el consentimiento informado firmado por parte del padre, se prosiguió a iniciar el tratamiento quirúrgico del odontoma compuesto. Previo al mismo se alistaron todas las medidas de bioseguridad para el medio ambiente, el operador y para el paciente.



Figura 3: Imagen de la tomografía computarizada (TC) de corte sagital.

Se inició el procedimiento con la asepsia y antisepsia del área quirúrgica. Se realizó el procedimiento quirúrgico con anestesia locoregional, utilizando tres cartuchos de anestesia lidocaína al 2% con epinefrina 1:100000.

Se realizó una incisión y colgajo triangular con la relajante hacia distal del primer molar. Se hizo el desprendimiento del colgajo seguido de una pequeña osteotomía del cortical vestibular con fresa quirúrgica de carburo #703, abundante irrigación y succión (figura 6).

Se prosiguió a la exéresis de cuatro dentículos de aproximadamente de 0,5 a 1 cm de tamaño y el desprendimiento de la cápsula fibrosa



Figura 4: Corte sagital del sector para planificación del tratamiento



Figura 5: Imagen de corte sagital del TC del área radiolúcida ovalada.



Figura 6: Aspecto del área quirúrgica posterior a la osteotomía.



Figura 7: Frasco con "muestra A" a la izquierda. Frasco con "muestra B" a la derecha.

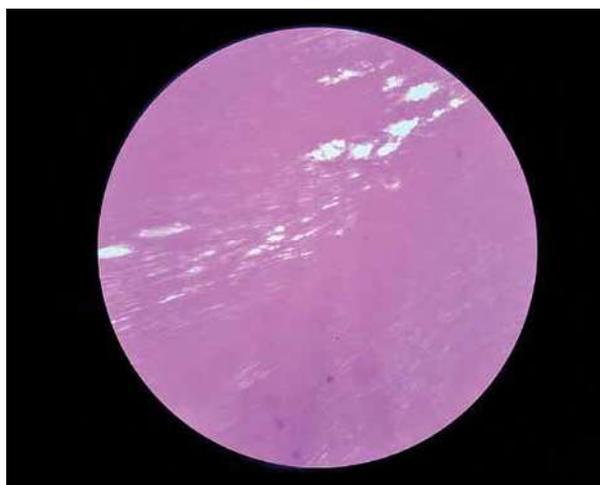


Figura 8: Corte histológico



Figura 9: Corte histológico

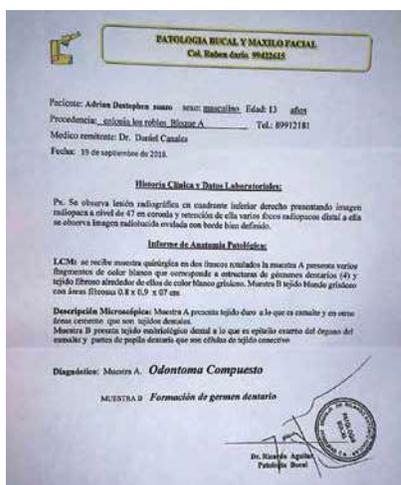


Figura 10: Reporte histopatológico



Figura 11: Radiografía periapical de control a los dos meses postoperatorios. Se observa la ausencia de recidiva y cómo la pieza 4.7 ha proseguido con su proceso eruptivo.



Figura 12: Radiografía control a los siete meses postoperatorios.

envolvente con cureta de Lucas. Se palpó el área quirúrgica para verificar la inexistencia de bordes irregulares. Se verificó la ausencia de restos de la lesión mediante una radiografía periapical. Luego se realizó un lavado profuso de la cavidad ósea con solución salina, y se colocó un cubo de gelatina reabsorbible (gelatamp) en la misma cavidad.

Se prosiguió a tomar una biopsia excisional del área radiolúcida distal al odontoma. Ambas muestras se colocaron en frascos separados, con formalina, rotulados “muestra A” (imagen radiológica mixta) y “muestra B” (imagen radiológica ovalada) para su posterior estudio histopatológico (figura 7).

Finalmente se reposicionó el colgajo y se realizaron dos puntos de sutura simple, distal al primer molar con hilo de sutura de seda 3-0.

El examen histopatológico dio como resultado la presencia de esmalte y cemento para la muestra A, verificando el diagnóstico de odontoma compuesto. El resultado de la muestra B mostró presencia de tejido embriológico dental, dando como resultado la formación de un germen dentario.

Siete días después, en la cita para la remoción de los puntos de sutura, se observó la herida con adecuada cicatrización y sin signos de complicación. El paciente afirmó que no había presentado ningún signo o síntoma fuera de lo normal.

Se realizaron citas de control a los 2 y 7 meses. En ambas ocasiones se tomó una radiografía periapical para verificar la ausencia de recidiva. En la radiografía control a los dos meses se observó que el órgano dental retomó su proceso eruptivo (Figura 11). Por otra parte, en la radiografía de control a los 7 meses no se pudo apreciar

cambios en la posición de la pieza dental 4.7 (Figura 12).

CONCLUSIONES/

RECOMENDACIONES:

Se concluye, que la comprensión y conocimiento del desarrollo y erupción dental van a ser cruciales para que el profesional pueda identificar signos y síntomas importantes para el diagnóstico. Así como también es importante que el paciente procure evaluarse de manera rutinaria, para que el clínico pueda detectar de manera precoz y tratar la lesión de manera oportuna. ■■■

Autora:

Nadia Ivett Irías Fúnez 1

Daniel Enrique Canales Amador 2

Universidad Tecnológica Centroamericana. Tegucigalpa, Honduras.

E-mail: nadiairiasf@hotmail.com

daniel_ec96@hotmail.com

1. Odontólogo graduado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, pasante de la Maestría Manejo del Dolor En la Práctica Clínica en la Universidad de Salamanca. – Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH. - Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC.

2. Odontología Universidad Tecnológica Centroamericana. UNITEC.

HONDURAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya de Calderón, Z. (2016), *Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del odontoma compuesto en un niño peruano de 3 años*. *Odontol Pediatr*; Vol.15, No.2. Recuperado de: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/oplv15n2/a9.pdf>
2. Morales Navarro Denia, Pereira Dávalos Concepción Isabel. (2012). *Impactación por odontoma en asociación con alteración de la fórmula dentaria*. *Rev Cubana Estomatol*; 49 (4): 321-327. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000400008&lng=es.
3. Palacios-Vivar D, Guzmán-Monroy B, Miranda-Villasana JE, Ramos- Montoya C. (2016) *Odontoma compuesto: revisión de la literatura y reporte de un caso con 40 dentículos*. *Rev ADM*; 73 (4): 206-211. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od164i.pdf>
4. Martinovic-Guzmán Gonzalo, Santorcuato-Cubillos Bernardita, Alister-Herdener Juan Pablo, Plaza-Álvarez Carlos, Raffo-Solari Jerko. (2017). *Odontoma compuesto: diagnóstico y tratamiento. Reporte de casos & revisión de la literatura*. *Int. J. Odontostomat*; 11(4): 425-430. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000400425&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000400425>.
5. Demicheri G, et ál. (2015). *Odontoma, revisión de la literatura a propósito de un caso clínico*. *Act Odontol*; Vol. 12, No.2: pg: 39-47. Recuperado de: <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/view/927/922>
6. Díaz Hernández Md, Aragón Abreu J, Mesa Gómez RA, Machado Ramos S, Castañeda Molerio R, Díaz Martí DM. (2016). *Odontoma compuesto. Presentación de un caso*. *MediCiego*; 22(4):[aprox. 5 p.]. Recuperado de: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/507>
7. Quintana Díaz Juan Carlos, Álvarez Campos Licerba, Viñas García Mileydis, Algozaín Acosta Yudit, Quintana Giralt Mayrim. (2012). *Comportamiento clínico-patológico de odontomas*. *Rev Cubana Estomatol*; 49(3): 215-222. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300004&lng=es.
8. Mohan, R. P. S., Rastogi, K., Verma, S., & Bhushan, R. (2013). *Compound odontome: a tooth eruption disturbance*. *BMJ Case Reports*. [bcr2013009355](https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009355). Recuperado de: <http://doi.org/10.1136/bcr-2013-009355>