

# Universidad Autónoma de Nayarit

Unidad Académica de Odontología

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS E INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

Caso Clínico

## ODONTOMA COMPUESTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Que para obtener el  
Diploma de Especialidad en Odontopediatría

Presenta:

*Blanca Margarita Perales Sánchez*

Director:

*M.S.P. Emma Genoveva Aguiar Fuentes*

Tepic Nayarit. Julio de 2012.

## ÍNDICE

I	Resumen	1
II	Introducción	2
	Etiología	3
	Odontoma complejo	3
	Odontoma compuesto	3
	Odontoma ameloblástico	4
	Fibroma ameloblástico	4
	Complicaciones	5
	Histología	5
	Diagnóstico	5
	Tratamiento	5
	Cuidados postoperatorios	6
III	Caso clínico	7
	Fotografías extraorales	8
	Fotografías intraorales	9
	Modelos de estudio	10
	Radiografía panorámica	12
	Odontograma	12
	Diagnóstico odontológico	13
	Plan de tratamiento	13
IV	Evolución del caso	14
V	Conclusión	20
VI	Bibliografía	21

## **I. RESUMEN**

Los odontomas son los tumores odontogénicos mixtos con mayor frecuencia de aparición, las células y los tejidos son normales pero de estructuras defectuosa, la etiología se relaciona con traumatismos, morfo-diferenciación, desórdenes genéticos, restos de Malassez; son de crecimiento limitado, asintomático, producen retención dentaria; se clasifican en compuestos y complejos. El tratamiento es quirúrgico y no presentan recurrencia. El caso clínico que se presenta es un paciente femenino de 6 años de edad, la cual asistió a consulta al estar preocupada por la forma en como le estaban saliendo los órganos dentales, para el diagnóstico en el estudio radiográfico se observa entre la raíz del incisivo central y lateral superior izquierdo un odontoma compuesto, el cual fue extirpado quirúrgicamente.

Palabras claves: Odontoma compuesto, tumores odontogénicos.

## **II. Introducción**

El odontoma es una neoplasia benigna mixta de origen odontogénico, cuyo término fue introducido en 1867 por Broca, se compone por una mezcla de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas diferenciadas, comprenden tejido pulpar, esmalte, dentina y cemento, se percibe de aspecto normal pero con una estructura generalmente defectuosa, formadas directamente a partir de la lámina dental o restos de Malassez no reabsorbidos después del cierre del folículo de un diente normal, es decir, una alteración o malformación que se dispone más o menos organizada dependiendo del grado de alteración en la morfodiferenciación de las células odontogénicas, caracterizado por un crecimiento lento e indoloro.<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

Los tejidos y células de los odontomas tienen su origen en proliferaciones accesorias del epitelio odontogénico, que se encuentran en el área del cuerpo donde se presenta su crecimiento, razón por la cual se les considera como hamartomas\* y no como neoplasias.<sup>6</sup>

Los odontomas son los tumores odontogénicos con mayor frecuencia de aparición y representan el 51% de estas lesiones, este tipo de tumores tienen una frecuencia del 22% en la mandíbula y en el maxilar un 67%.<sup>7, 8</sup> Suelen estar localizados entre las raíces de los dientes erupcionados o entre la dentición temporal y la permanente.<sup>5</sup> La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes supernumerarios, dientes impactados, dientes retenidos, inflamación e infección.<sup>9</sup>

En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a los odontomas en compuestos y complejos teniendo en cuenta la organización y el grado de alteración en la morfodiferenciación de las células odontogénicas.<sup>10</sup>

---

\* Hamartomas: Tumor constituido por una mezcla anormal de los elementos constitutivos de un tejido.

## ***Etiología***

Los odontomas son lesiones que se presentan comúnmente en niños y jóvenes, no existe una predilección significativa por sexo; radiográficamente se observan como masas radiodensas, irregulares, bien delimitadas, desordenadas, sin similitud con estructuras dentarias, con un halo radiotransparente que se corresponde con una cápsula de tejido conectivo, producen retenciones de órganos dentarios, expansión de las corticales, su crecimiento es limitado y frecuentemente son asintomáticos.<sup>11</sup>

Se ha sugerido que un trauma local, el daño durante la morfo-diferenciación, infección local, mutación genética, restos de Malassez, procesos inflamatorios, hiperactividad odontoblástica, anomalías hereditarias como el síndrome de Gardner y Hermann, pueden conducir al desarrollo de odontomas.<sup>12, 13</sup>

Según Shafer se clasifican en<sup>12</sup>:

- a) Odontoma complejo.
- b) Odontoma compuesto.
- c) Odontoma ameloblástico.
- d) Fibroodontoma ameloblástico.

## ***Odontoma complejo***

Consiste en una masa desordenada, amorfa de esmalte, dentina y cemento, de manera que se observan tumoraciones con contornos irregulares, son menos frecuentes, no tienen predilección por ningún sexo, suelen aparecer entre la segunda y tercera década de la vida, siendo localizados más frecuentemente en la zona de premolares y molares mandibulares, radiográficamente se observa una masa radiopaca irregular, única o múltiple con un halo radiolúcido.<sup>14, 15</sup>

## ***Odontoma compuesto***

Es un tumor benigno, se encuentra formado por múltiples estructuras dentarias de forma organizada, de diferentes formas y tamaños, su aparición suele ser en la segunda década de vida, se presentan con mayor frecuencia en la zona de incisivos y

caninos del maxilar, predomina en mujeres. En la literatura consultada no se encontró ningún reporte de la aparición de esta lesión en la primera década de vida.<sup>15</sup>

Algunos signos clínicos que pueden hacer sospechar de la presencia de un odontoma son: la ausencia del diente permanente, persistencia de dientes temporales, tumoración local, presencia de grandes diastemas o malposiciones dentarias.<sup>15</sup>

Radiográficamente se observa una imagen mixta radiopaca y radiolúcida, que adopta una configuración similar a dientes, rodeados por un halo radiolúcido.<sup>16</sup>

### ***Odontoma ameloblástico***

Es un tumor benigno odontogénico mixto (epitelial y mesenquimal) de rara aparición constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos, aparece con mayor frecuencia en la mandíbula (80% a 90%) y en sectores posteriores de pacientes jóvenes de 14 y 15 años sin predilección de sexo.<sup>17</sup>

Generalmente se observa un área densamente radiopaca con un componente periférico radiolúcido que puede ser multilocular que provoca reabsorción de las raíces de las piezas dentarias vecinas.<sup>17</sup>

### ***Fibroodontoma ameloblástico***

Es un tumor odontogénico benigno mixto, representando de 1.5 a 4.5% de todos los tumores odontogénicos, ocurre en la región posterior de la mandíbula, principalmente en la región de premolares y molares, los signos clínicos iniciales son el aumento de volumen en los huesos gnáticos, creciendo de forma lenta e indolora.<sup>18</sup>

Radiográficamente aparece como un área radiolúcida junto a múltiples áreas radiopacas que corresponden a la mineralización de la lesión.<sup>18</sup>

### **Complicaciones**

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes supernumerarios, incisivos impactados, caninos impactados, molares impactados asociados a una angina de Ludwig inflamación e infección, obstrucción nasal o algunas variantes mixtas como la reabsorción de las raíces de las piezas vecinas de los odontomas ameloblásticos.<sup>19</sup>

### **Histología**

Los odontomas los podemos encontrar solos o asociados a otros tumores odontogénicos, como ameloblástoma, fibroodontoma ameloblástico, odontoameloblástoma, tumor epitelial odontogénico calcificante, tumor odontogénico adenomatoide, quiste dentigero y presencia de células fantasmas, histológicamente son tejidos de origen ectodérmico, principalmente células mesenquimatosas y epiteliales, representadas por esmalte, cemento y pulpa, algunas con un grado avanzado de maduración y otras no.<sup>20</sup>

### **Diagnóstico**

Este tipo de lesiones se descubren mediante exámenes radiográficos de rutina, se asocia con antecedentes previos a traumatismos durante la primera dentición, así como a procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome Hermann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en gen de control del desarrollo dentario.<sup>21</sup>

### **Tratamiento**

Es mediante la eliminación quirúrgica conservadora, conocida como enucleación, el curetaje o ambos procedimientos, ya que los odontomas están bien encapsulados y se pueden enuclear del hueso circundante, estos procedimientos son muy confiables y no presentan recurrencia.<sup>22</sup>

### ***Cuidados postoperatorios***

Estos cuidados incluyen la revisión después de siete días de la cirugía observando la cicatrización y el color, en caso de que existiera infección se realizará el tratamiento adecuado y subsecuente dependiendo del caso o si existen condiciones adversas para el paciente revisando en su totalidad el estado general.<sup>23</sup>

### III. CASO CLÍNICO



#### FICHA CLÍNICA

**Nombre:** V.S.V.

**Edad:** 6 años.

**Sexo:** Femenino

**Motivo de la consulta:** La forma de cómo le está saliendo el diente.

**Fecha en que asistió a clínica:** 30 de agosto del 2011.

**Antecedentes patológicos:** Sin antecedentes.

**Antecedentes odontológicos:** Sin antecedentes.

**Tipo de dentición:** Mixta.

**Tipo de conducta:** Frankl 4, definitivamente positivo.

**Higiene bucal:** 1 vez al día con ayuda por la mañana.

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



Frontal

Biotipo facial: Mesiofacial.  
Ceja izquierda implantada más arriba que la derecha.



Perfil

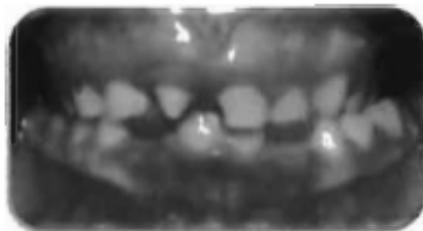
Perfil: Convexo.



Sonrisa

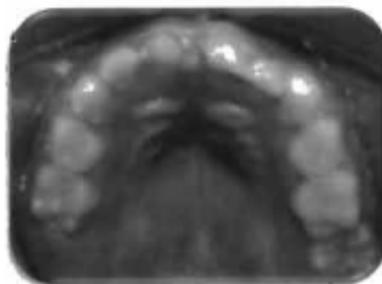
Sonrisa amplia sin mostrar los órganos dentarios (O.D).

## FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Frontal

Encía rosa coral.  
Presencia de mesiodens.  
Ausencia clínica de O.D. 51.  
Lesiones cariosas O.D. 53, 61.  
Dentición mixta  
Mordida cruzada posterior izquierda.



Arcada Superior

Arcada superior ovoide.  
Rugas palatinas bien marcadas.  
Presencia de mesiodens.  
Lesiones cariosas O.D. 55, 61,  
64,65.  
Proceso de erupción O.D.26.



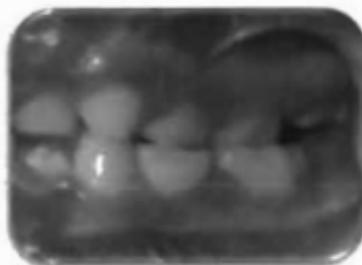
Arcada Inferior

Arcada inferior Ovoide.  
Lesiones cariosas O.D. 75, 74, 84, 85.  
Proceso de erupción O.D. 36, 46.  
O.D. 32, 31, 41 girados.  
Ausencia clínica de O.D. 42.



Lateral Derecha

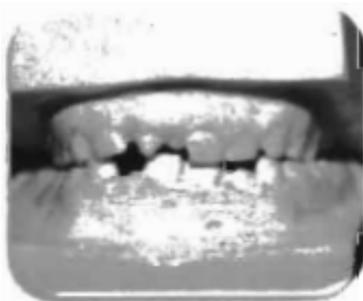
Escalón mesial.  
Lesión cariosa O.D. 53.



Lateral Izquierda

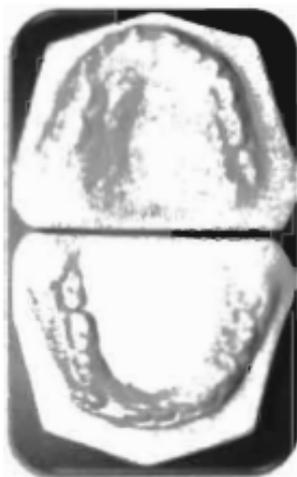
Escalón distal.  
Mordida cruzada posterior.

### **MODELOS DE ESTUDIO**



Frontal

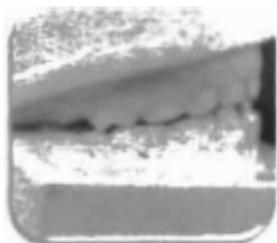
Mesiodens.  
Ausencia clínica de O.D. 51.  
Ausencia clínica de O.D. 42.  
Dentición mixta.  
Mordida cruzada posterior izquierda.



### Oclusales

Arcada superior ovoide.  
Rugas palatinas bien marcadas.  
Mesiodens.  
Ausencia clínica de O.D. 51.  
Proceso de erupción O.D. 26.

Arcada inferior Ovoide.  
Proceso de erupción O.D. 36, 46.  
O.D. 32, 31, 41 girados.  
Ausencia clínica de O.D. 42.



### Lateral Derecho

Escalón mesial.



### Lateral Izquierdo

Escalón distal.  
Mordida cruzada posterior.

## RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



Vías aéreas permeables.

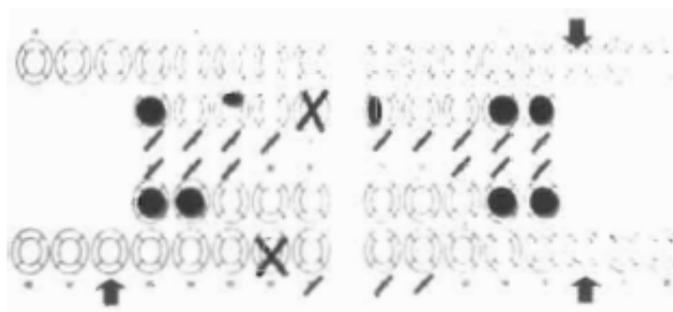
Presencia de mesiodens.

Presencia de acúmulo de dientes a nivel de O.D. 61, 62.

Ausencia congénita O.D. 22.

O.D. permanentes en diferentes estadios de Carmen Noffa.

## ODONTOGRAMA



● Caries

X Diente ausente

↑↓ Dientes en erupción

/ OD presente en boca

## **DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO**

- Placa dentobacteriana.
- Caries 1.1 en O.D. 55, 64, 65, 75, 74.
- Caries 3.1 en O.D. 53.
- Caries 2.1 en O.D. 61.
- Caries 1.3 en O.D. 84, 85.
- Odontoma compuesto.
- Mesiodens erupcionado.
- Mordida cruzada posterior izquierda.

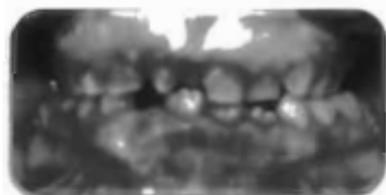
## **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Detección de placa dentobacteriana, profilaxis y técnica de cepillado.
- Restauración con resina O.D. 55, 53, 61 64, 65, 75, 74.
- Pulpotomía-corona acero cromo O.D. 84.
- Exodoncia O.D. 85 y colocación mantenedor de espacio banda-ansa.
- Extracción de mesiodens.
- Enucleación quirúrgica del odontoma compuesto.
- Colocación de frente estético.
- Remitir a Ortodoncia.

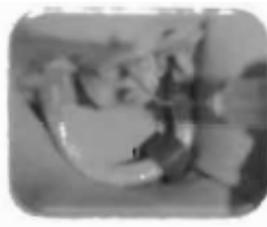
#### IV. EVOLUCIÓN DEL CASO

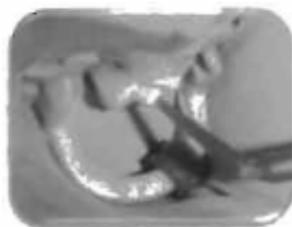
30/agosto/2011. Historia clínica, toma de radiografía panorámica y plan de tratamiento.

27/septiembre/2011. Detección de placadentobacteriana, técnica de cepillado y profilaxis dental.

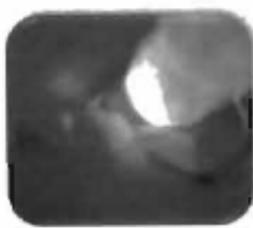
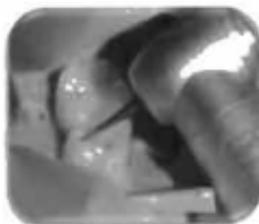


11/oct/11. Restauraciones con resinas Q.D. 64, 65.

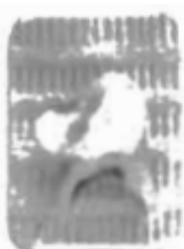




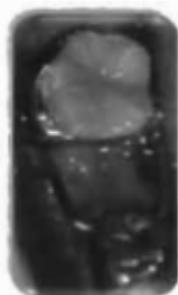
18/oct/11. Restauración con resina O.D. 74,75.



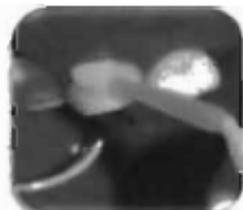
27/marzo/12. Exodoncia O D. 85.

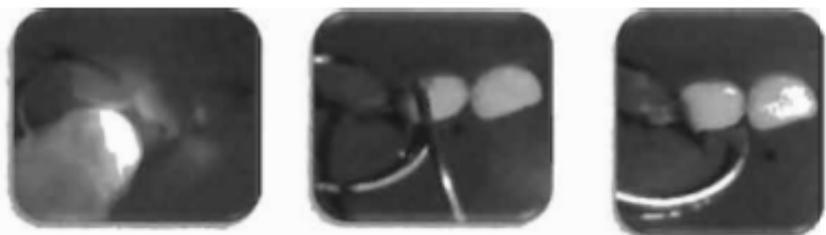


03/Abril/12. Colocación del mantenedor de espacio banda-ansa.

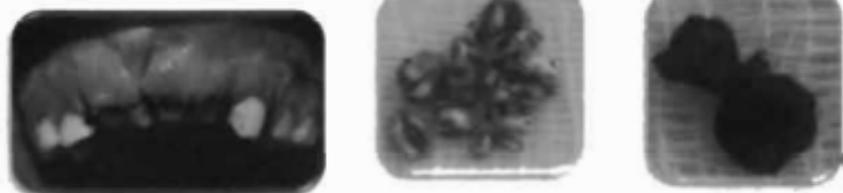


03/Abril/12. Restauración con resina O D. 53.

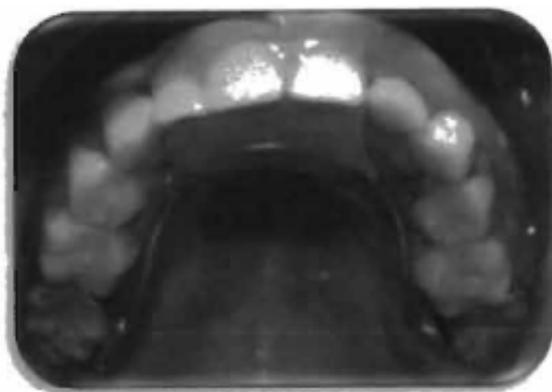




08/mayo/12. Extracción del mesiodens, enucleación quirúrgica del odontoma compuesto, se requirió de la extracción de los O.D. 61, 62.



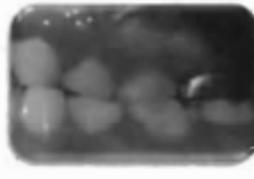
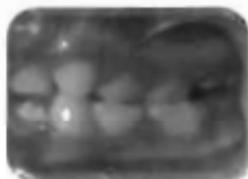
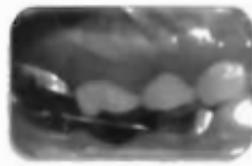
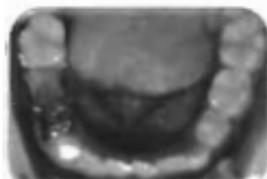
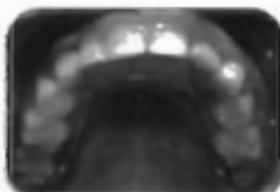
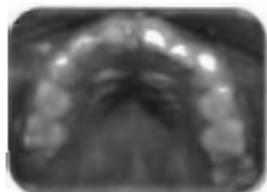
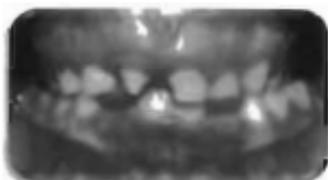
05/junio/12. Colocación de frente estético.





Previo al tratamiento

Tratamiento terminado



## **V. CONCLUSIÓN**

La valoración clínica y radiográfica es muy importante para un diagnóstico, permite orientar a los pacientes y familiares sobre alteraciones de origen odontogénico a su vez brindar el tratamiento ideal a sus necesidades.

La radiografía panorámica beneficia en el diagnóstico permitiendo observar las estructuras de los maxilares, la secuencia de erupción de los órganos dentarios, valorar las condiciones de las vías aéreas, otras estructuras anatómicas presentes y las alteraciones que pudieran existir para brindarle un tratamiento adecuado y certero.

La estadística de los odontomas compuestos reporta que se presentan a partir de la segunda década de vida, en la literatura consultada no se encontró ningún caso en pacientes pediátricos; sin embargo, en este caso clínico fue localizado en una paciente de 6 años de edad mediante un hallazgo radiográfico.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Vázquez D, Gandini P, Carbajal E. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Odontoestomatol* 2008; 24 (5): 307-312.
- <sup>2</sup> Kulkarni V, Shashikiran N. Compound odontoma associated with an unerupted rotated dilacerated maxillary central incisor. *Contemporary Clinical Dentistry*. Vol.2.Jul-Sep 2011.
- <sup>3</sup> Shafer W, Levy B. Tratado de patología bucal. Interamericana. México D.F. 1986.
- <sup>4</sup> Mursuli M, Pestana O, Carmina M. Odontoma compuesto.presentacion de un caso. *Gaceta Médica Espirituana* 2005; 7(2).
- <sup>5</sup> Leem TH, Kingdom TT. Radiology quiz case. Complex odontoma of the maxillary sinus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134(6):667-668.
- <sup>6</sup> Harris R, Rebolledo C, Diaz C, Carbonell M. Odontoma series de casos. Revisión de literatura. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (6). 171-178.
- <sup>7</sup> Ferrer M, Silvestre F, Estrelles E, Grau D, López R. Recurrent infection of a complex odontoma following eruption in the mouth. *Med Oral* 2001; 6:269-5.
- <sup>8</sup> Cuesta S, Gargallo J, Berini L, Gay C. Revision de 61 casos de odontomas. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. *Med Oral* 2003; 8:366-73.
- <sup>9</sup> Delgado W, Arrascue M, Calderón V. Tumor Odontogénico Híbrido: tumor odontogénico quístico calcificante con odontoma complejo y focos de ameloblastoma. *Rev. Estomatol* 2006; 16(29).
- <sup>10</sup> Da Costa C, Torriani D, Torriani M, Da Silva R. Central incisor impacted by an odontoma. *J Contemp Dent Pract* 2008 sep; 9(6): 122-8.
- <sup>11</sup> 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.
- <sup>12</sup> Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva-Esteves F. *Estomatología Pediátrica*. Ripano. Madrid. 2001.
- <sup>13</sup> Harris J, Díaz A, Carbonell Z. Odontoma compuesto. Una patología oral a considerar. *Revista de la Facultad de Ciencia de la Salud*, Junio 2010, vol. 7 No. 1.
- <sup>14</sup> 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.

- 
- <sup>15</sup> Dinatale E. Neuralgia Sintomatica de la tercera rama del trigemino asociada a odontoma compuesto. *Acta Odontol Venez.* Vol. 41 No. 3, 2003.
- <sup>16</sup> De Oliveira B, Campos V, Marcol S. Compound Odontoma-diagnosis and treatment, three cases report. *Pediatr Dent* 2001; 23(2):151-17.
- <sup>17</sup> Martinez R, Ortega L, Gonzalez A, Berguer A. Fibroma ameloblástico mandibular. Presentación de dos casos. *Med Oral* 2003; 8: 150-3.
- <sup>18</sup> Linard R, Carvalho P, Lucas A, Oliveira P, Souza E. Fibroma Ameloblástico: Consideraciones Clínicas. *Acta Odontológica Venezolana.* Vol. 47 No. 4, 2009.
- <sup>19</sup> Sales MA, Cavalcanti MG. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: case report and computed tomography features. *Dentomaxillofac Radiol.* 2009;38(1):48-52.
- <sup>20</sup> Singer S, Mupparapu M, Milles M, Rinaggio J, Pisano D, Quaranta P. Unusually large complex odontoma in maxillary sinus associated with unerupted tooth. Report of case and review of literature. *N Y State Dent J.* 2007;73(4):51-53.
- <sup>21</sup> Liu K-Kuang, Hsiao Ching-Kai, Chen Hung-An, Tsai Min-Ywan. Orthodontic correction of a mandibular first molar deeply impacted by an odontoma: A case report. *Quintessence Int* 1997;28:381-5.
- <sup>22</sup> Philip J, Eversole L, Wysocki G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.* Elsevier Mosby Barcelona. 2005.
- <sup>23</sup> Guerrero O, Aguilar R, Santoyo D, Sendra A. Cuidados pre, trans y posoperatorios en un procedimiento de exodoncia simple. Vol. LX. No.2. Marzo-Abril 2003.