

Odontoma compuesto en paciente pediátrico

Perales-Sánchez Blanca Margarita,* Aguiar-Fuentes Emma Genoveva,** Rodríguez-Arámula Julio César**

Autores:

* Egresada de la Especialidad de Odontopediatría.

** Docente de la Especialidad de Odontopediatría y de la Unidad Académica de Odontología.

Universidad Autónoma de Nayarit.

Correspondencia:

Julio César Rodríguez-Arámula

Correo electrónico:

Julio.arambula@hotmail.com

Recibido: Agosto 2012.

Aceptado: Diciembre 2012.

Resumen:

Los odontomas son tumores odontogénicos mixtos con mayor frecuencia de aparición, donde las células y los tejidos son normales, pero de estructura defectuosa; respecto a la etiología, ésta se relaciona con traumatismos, morfo diferenciación, desórdenes genéticos, y restos de Malassez. Son de crecimiento limitado, asintomático y ocasionan retención dentaria. El abordaje para su tratamiento es quirúrgico y por lo regular no presentan recurrencias. El caso clínico que se presenta corresponde a un paciente femenino de seis años de edad, quien acude a la consulta odontopediátrica de la clínica de la especialidad de odontopediatría del área del posgrado de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit; cuyo motivo de consulta fue la preocupación por la forma en cómo le estaban saliendo los órganos dentarios (O.D.) permanentes, para lo cual el estudio radiográfico de diagnóstico reveló la presencia de un odontoma a nivel de raíces del incisivo central y lateral superior izquierdo; mismo que fue extirpado quirúrgicamente.

Palabras clave: Odontoma compuesto, tumores odontogénicos.

Abstract:

The odontogenic tumors odontomas are mixed with the highest frequency of occurrence, where the cells and tissues are normal but faulty structure; with regard to etiology, it is related to trauma, morfo diferenciación, genetic disorders, and remnants of Malassez. Are of limited growth, asymptomatic and cause dental retention. The approach for its treatment is surgical and usually have recurrences. The clinical case is presented that corresponds to a female patient with 6 years of age, who goes to the consultation odontopediatric clinic of the specialty of pediatric dentistry of the Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. The reason for consultation was concern about the way in as you were leaving the permanent dental bodies, for which the diagnostic radiographic study revealed the presence of an odontoma present at the level of roots of the central incisor and left upper side; which was surgically removed.

Key words: Compound odontoma, odontogenic tumors.

Introducción

El odontoma es una hamartoma benigno mixta de origen odontogénico, cuyo término fue propuesto por Broca en 1867; dicha neoplasia se compone por una mezcla de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas diferenciadas de tejido pulpar, esmalte, dentina y cemento de aspecto normal, pero con una estructura generalmente defectuosa 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; es decir, una alteración o malformación que se dispone más o menos organizada de la alteración presente en la morfodiferenciación de las células odontogénicas caracterizado por un crecimiento lento e indoloro.¹⁻⁵

Los tejidos y células de los odontomas tienen 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.⁶

Los odontomas son los tumores odontogénicos con mayor frecuencia de aparición y representan 51% de estas lesiones, este tipo de tumores tienen una frecuencia de aparición de 22% en el maxilar inferior y de 67% en el maxilar superior.^{7,8} Suelen localizarse a nivel de raíces de órganos dentarios erupcionados, ya sea en la dentición temporal o permanente.⁵ La mayoría de los odontomas presentan un curso asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados

con su presencia, como es el caso de supernumerarios, impactaciones dentarias, órganos dentarios retenidos o en su caso puede existir procesos inflamatorios e infecciosos presentes en el área de la presencia del odontoma.⁹

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, 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 también se atribuyen como causa, a las anomalías hereditarias como las que se presentan en el Síndrome de Gardner y Hermann.^{10,11}

En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica los odontomas en compuestos y complejos; teniendo en cuenta para ello la organización y el grado de alteración en la morfo-diferenciación de las células odontogénicas.¹² Por su parte, Shafer (1986) presenta la siguiente clasificación:¹⁰

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

El odontoma compuesto es un tumor benigno, formado por múltiples estructuras dentarias de manera organizada, con diferentes formas y tamaños, se presenta con mayor frecuencia en mujeres a partir de la segunda década de vida, en la zona de incisivos y caninos del maxilar.

Histológicamente en el odontoma encontramos tejido de origen ectodérmico, principalmente células mesenquimatosas y epiteliales; representadas por esmalte, cemento y pulpa, algunas con un grado de maduración más que otras.¹³

Respecto al diagnóstico, se puede decir que este tipo de alteración patológica se hace mediante el hallazgo radiográfico que tiene lugar durante un examen clínico de rutina, lo que finalmente determina la planificación del tratamiento; para ello se utiliza el abordaje quirúrgico del proceso a través de la enucleación del mismo.

Descripción del caso

Paciente femenino de seis años de edad, acudió a consulta en el Posgrado de Odontopediatría en la Unidad Académica de Odontología de la UAN; el motivo de consulta fue “la forma de cómo le está saliendo el diente”. En su ficha clínica no se reportó antecedentes patológicos alguno de importancia. Presentó dentición mixta, apiñamiento leve y desarrollo de la formación dental en concordancia a lo establecido según la Dra. Nolla. El manejo de conducta Frankl: 4 (definitivamente positivo)

En el examen intraoral no se observaron datos patológicos aparentes o de relevancia en mucosas y encía; se registró además la presencia de un mesiodens erupcionando en arcada superior (*Figura 1*).

Para su valoración radiográfica se realizó estudio de ortopantomografía, donde se observó la presencia de una zona radiopaca correspondiente a un acúmulo de órganos dentarios presentes a nivel radicular de los O.D. 61 y 62; lo que indicó como diagnóstico presuntivo la presencia de un odontoma, mismo que ha transitado asintóticamente a la fecha de su diagnóstico (*Figura 2*).



Figura 1. Fotografías intraorales.

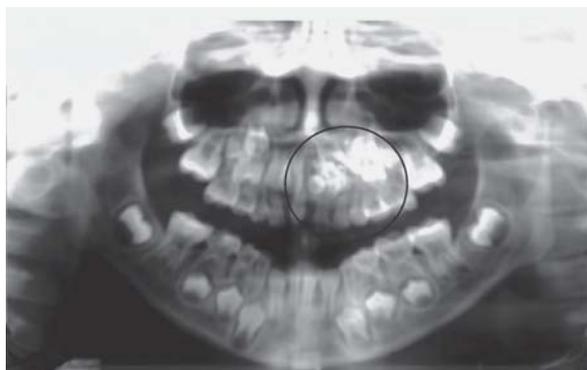


Figura 2. Ortopantomografía de diagnóstico.

Previo consentimiento informado, y una vez realizado la valoración clínica y radiográfica correspondiente, se inició a la extracción quirúrgica del odontoma compuesto. La enucleación del odontoma se realizó bajo el precepto de paciente ambulatorio, acción ejercida en el área de quirófano del Posgrado de Odontopediatría de la Unidad Académica de Odontología de la UAN: cuyo abordaje clínico se realizó bajo anestesia troncular (infraorbitaria con bloqueo nasopalatino [lidocaína con epinefrina al 2%]); se inició con exodoncias de los órganos dentarios 21 y 22, posteriormente se realizó levantamiento del colgajo del mucoperiostio correspondiente y osteotomía con pieza de baja velocidad y fresa quirúrgica (irrigación con suero fisiológico); el odontoma se encontró bien delimitado y fue eliminado mediante enucleación; se envió a análisis histopatológico. Se reposicionó el colgajo con puntos de sutura no reabsorbible (seda negra 3-0) se indicó antibioterapia y analgésicos correspondientes (Figura 3).

Un mes posterior al tratamiento quirúrgico y una vez que el epitelio de la zona tratada se recuperó, se colocó una prótesis "frente estético", con la finalidad de rehabilitar estética y funcionalmente el segmento anterior (Figura 4). Se valoró a los cinco meses posteriores a su colocación, sin reportar datos patológicos de relevancia.

Discusión

Indiscutiblemente que en la atención integral del paciente odontopediátrico, la valoración clínica y la utilización de los diversos medios de diagnóstico (ra-

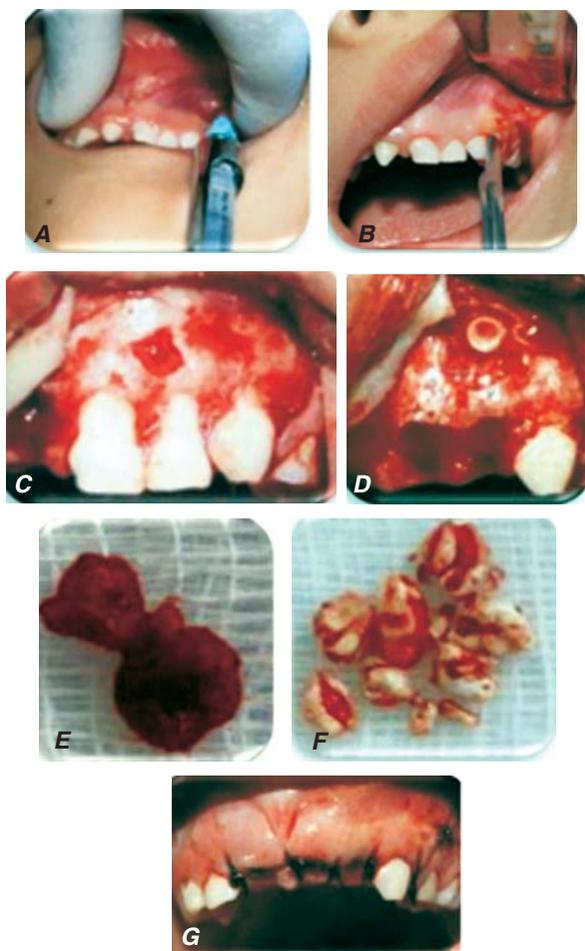


Figura 3. Procedimiento quirúrgico.

diografías, modelos de estudios, análisis clínicos de laboratorio, etc.) son prioritarios para brindar oportunamente la atención que se requiera según el caso.

Aunque algunos signos clínicos conllevan a la sospecha de la presencia de un odontoma, definitivamente el hallazgo radiográfico termina por corroborar el diagnóstico presuntivo emitido con anterioridad.

Hidalgo y cols. reportaron una frecuencia de aparición de la patología en 63.1% (odontoma compuesto), por lo que es factible que nuestro hallazgo coincida con el reporte emitido; de igual forma reportó que de los 3,065 casos evaluados por Hidalgo y cols., 56% correspondió en cuanto a su localización a la región antero superior del maxilar, por lo que corroboramos lo descrito con anterioridad.¹³

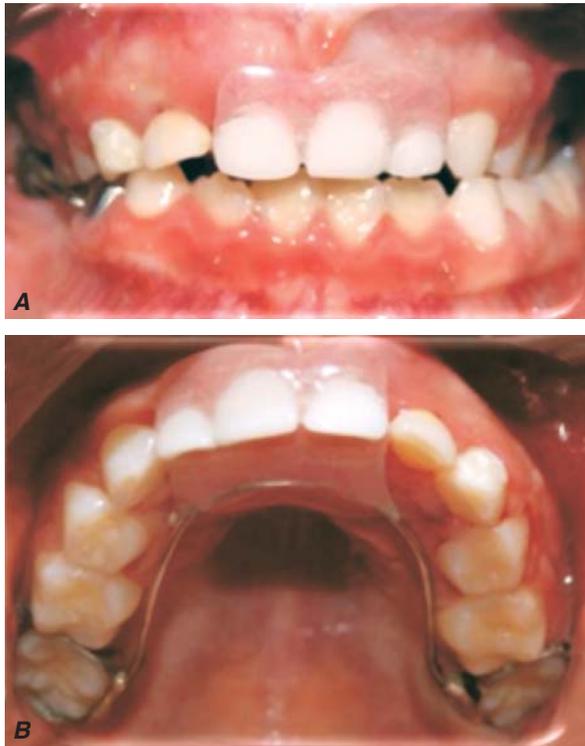


Figura 4. Caso terminado.

La estadística reporta que los odontomas compuestos se presentan a partir de la segunda década de vida, y aunque en la literatura consultada no se encontró reporte alguno de caso similar en pacientes pediátricos; es importante considerar la probabilidad de que se presente y se detecte el problema en edad infantil.

Referencias bibliográficas

1. Vázquez D, Gandini P, Carbajal E. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Odontoestomatol.* 2008; 24(5): 307-12.
2. Kulkarni V, Vanka A, Shashikiran N. Compound odontoma associated with an unerupted rotated dilacerated maxillary central incisor. *Contemporary Clinical Dentistry.* 2011; 2(3): 218-21.

3. Shafer W, Levy B. *Tratado de patología bucal.* México, D.F.: Interamericana; 1986.
4. Mursulí M, Pestana O, Carmona S, Cruz M. Odontoma compuesto. Presentación de un caso. *Gaceta Médica Espirituana.* 2005; 7(2): 3.
5. Leem T, Kingdom T. Radiology quiz case. Complex odontoma of the maxillary sinus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 134(6): 667-8.
6. Harris R, Rebolledo M, Díaz A, Carbonell Z. Odontoma serie de casos. Revisión de literatura. *Av Odontoestomatol.* 2009; 25(6): 171-8.
7. 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(49): 269-75.
8. Amado-Cuesta S, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Revisión de 61 casos de odontomas. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. *Med Oral.* 2003; 8: 366-73.
9. Delgado W, Arrascue M, Calderón V, Paniura D. Tumor Odontogénico Híbrido: tumor odontogénico quístico calcificante con odontoma complejo y focos de ameloblastoma. *Rev Estomatol.* 2006; 16(2): 120-5.
10. Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva-Esteves F. *Estomatología Pediátrica.* Madrid: Ripano; 2001.
11. Harris J, Díaz A, Carbonell Z. Odontoma compuesto. Una patología oral a considerar. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* 2010; 7(1): 91-4.
12. Da Costa C, Torriani D, Torriani M, Da Silva R. Central incisor impacted by an odontoma. *J Contemp Dent Pract.* 2008; 9(6): 122-8.
13. 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.