

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v17i43.390>

Inclusión dentaria por un odontoma compuesto

Dental inclusion by a compound odontoma

 Javier Adrian Burgos ¹.  Francis Daniela Argandoña Ortiz².  Gabriela Adriana Lara León³.

1 Medico cirujano, Cirujano Dentista, Esp. En Cirugía Bucal, Msc. En Implantología Oral, Docente Univalle Sub- Sede La Paz jadrianb@univalle.edu

2 Estudiante de la Carrera de Odontología, Universidad Privada del Valle La Paz, aof2015031@est.univalle.edu

3 Estudiante de la Carrera de Odontología, Universidad Privada del Valle La Paz. Llg2016973@univalle.edu

Recibido:27/10/2022

Revisado:08/11/2022

Aceptado:05/12/2022

Cita: Adrián Burgos, J. B., Argandoña Ortiz, F. D., & Lara León, G. A. Inclusión dentaria por un odontoma compuesto. *Revista De Investigación E Información En Salud UNIVALLE* 2022; 17(43): p.107-115 <https://doi.org/10.52428/20756208.v17i43.390>

Correspondencia: Dr. Javier Boris Adrián Burgos, La Paz, Bolivia, jadrianb@univalle.edu

Nota: Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a esta publicación y se responsabilizan del contenido vertido, teniendo acuerdo informado del paciente y sus familiares. Todos los autores participaron activamente en la realización del artículo, que además fue autofinanciado.

RESUMEN

Se considera que los odontomas son tumores benignos, mixtos, asintomáticos y de crecimiento lento. Son una lesión hamartomatosa, de origen odontogénico formado por células epiteliales y mesenquimales. Según la clasificación de la Organización mundial de la salud (OMS) 2022 los odontomas son tumores benignos mixtos, existen 2 tipos de odontomas, el compuesto y el complejo. La etiología de esta lesión es desconocida pero asociada a traumatismos durante la dentición primaria, mutaciones genéticas y herencia.

El presente caso clínico se realizó en la Clínica Odontológica UNIVALLE Sub-sede La Paz, Bolivia, con un procedimiento quirúrgico, reportando un caso clínico de un paciente de sexo masculino de 15 años de edad con ausencia de pieza 1.2, se realizaron estudios complementarios como radiografías y tomografías previo al tratamiento quirúrgico, al examen imagenológico se observa una masa radiopaca coincidente con una imagen de odontoma compuesto, dado al diagnóstico acertado se planifica el tratamiento quirúrgico con anestesia local para la exéresis del mismo, con buen resultado.

Palabras clave: Denticúlos, incisivo lateral incluido, odontoma compuesto.

ABSTRACT

Odontomas are considered to be benign, mixed, asymptomatic and slow-growing tumors. They are a hamartomatous lesion of odontogenic origin formed by epithelial and mesenchymal cells. According to the World Health Organization (WHO) 2022 classification, odontomas are mixed benign tumors, there are 2 types of odontomas, compound and complex. The etiology of this lesion is unknown but it is associated with trauma during the primary dentition, genetic mutations and heredity.

The present clinical case was carried out at the UNIVALLE Dental Clinic Sub-headquarters La Paz-Bolivia, with a surgical procedure, reporting a clinical case of a 15-year-old male patient with the absence of tooth 1.2, complementary studies were carried out such as X-rays and CT scans prior to surgical treatment, the imaging examination revealed a radiopaque mass coinciding with an image of a compound odontoma, given the correct diagnosis, surgical treatment with local anesthesia was planned for exeresis, with good results.

Key words: Compound odontoma, denticles, lateral incisor included.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos más comunes son los odontomas; el término odontoma fue introducido en 1867 por Broca; con la característica de ser un hamartoma benigno mixto de origen dentario, es decir, es una lesión de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas (1). La etiología exacta de los odontomas aún no se conoce con exactitud, sin embargo, algunos autores atribuyen su origen con algunas teorías, como la de los restos paradentarios de Malassez y la teoría de Rywkind, además existe una posible relación con traumatismos dentoalveolares en la dentición primaria, procesos infecciosos, hiperactividad odontoblástica y a síndromes hereditarios como es el síndrome de Gardner (2); según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de lesiones Odontogénicas de la 5ta edición del 2022, indica que los odontomas son considerados tumores odontogénicos benignos, mixtos (epiteliales y mesenquimatosos), estos pueden ser compuestos y complejos (3).

Los odontomas son los tumores odontogénicos con mayor frecuencia de aparición y representan 51 % de estas lesiones; existe mayor predominio en niños y adolescentes, observándose poca diferencia en su incidencia entre mujeres y varones; tiene una frecuencia de aparición de 22 % en la mandíbula y de 67 % en el maxilar (1); los odontomas suelen ser clínicamente asintomáticos, de crecimiento limitado, producen retención dentaria y su hallazgo es casual en revisiones radiográficas rutinarias;

cuando presentan alguna sintomatología, los signos clínicos más frecuentes son el retraso en la erupción dental y la tumefacción a nivel del proceso alveolar afectado (4). También pueden estar relacionados con dientes supernumerarios, impactados, retenidos, inflamación e infección (5). La frecuencia mundial de los tumores odontogénicos varía de 1 % al 32 %, reportándose el odontoma como la lesión más prevalente entre el 35 al 75 %, siendo más común el odontoma compuesto (6).

El odontoma compuesto es una malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios con un patrón más ordenado, en forma de denticulos, se sitúan comúnmente en el área de incisivos y caninos del maxilar superior, con menos frecuencia en las zonas anteroinferior y posteroinferior; los odontomas complejos contienen todos los tejidos dentarios de manera desorganizada, en forma de una masa nudosa solida; tienen mayor predilección por las zonas de segundos y terceros molares inferiores (1) (6). Radiográficamente el odontoma compuesto se presenta como una imagen mixta (radiopaca y radiolúcida), que adopta una configuración similar a dientes (denticulos), rodeados por un halo radiolúcido (5). Estas lesiones pueden ser detectadas con una radiografía panorámica pero no brindan la suficiente información para la planeación del abordaje y procedimiento; la tomografía axial computarizada es el mejor método de evaluación para este tipo de lesiones, brindan más información que la radiografía panorámica, muestra imágenes en tres dimensiones, tiene baja dosis de radiación, imágenes en tiempo corto y mejor resolución (7).

Debido a su bajo potencial de crecimiento y la recidiva infrecuente, el tratamiento es quirúrgico, llevando a cabo una enucleación y debe practicarse con sumo cuidado para no lesionar los dientes que no han hecho erupción, tratando de conservar el diente permanente, el cual requerirá tratamiento ortodóntico quirúrgico (8).

PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Acude a la clínica odontológica UNIVALLE Sub sede La Paz, paciente de sexo masculino de 15 años de edad, con mal posición dentaria en el sector anterosuperior derecho, previamente habido tratamiento quirúrgico (exeresis) de pieza 5,2 y evidenciando radiográficamente una masa tumoral radiopaca (Figura 1).



Figura 1. Radiografía periapical previa a la extracción de la pieza temporaria 5.2. Se observa por primera vez una imagen mixta radiopaca-radiolúcida circunscrita presuntiva de un odontoma y la presencia de la pieza permanente 1.2 incluida.

En el momento del examen clínico intraoral se observa la erupción de gran parte de todas las piezas permanentes exceptuando la pieza 1.2 en el cual existe un espacio edéntulo. Viendo minuciosamente

se encuentra una ligera prominencia por vestibular donde no presenta signos de inflamación ni dolor a la palpación, sin encontrar características relevantes en la mucosa adyacente (Figura 2).



Figura 2. Registro fotográfico en oclusión de frente, presencia de espacio edéntulo en el lado derecho superior.

Posterior al examen clínico intra y extraoral se solicitó estudios complementarios como radiografías y tomografías (Figura 3) para determinar la causa del espacio edéntulo que presenta el paciente.

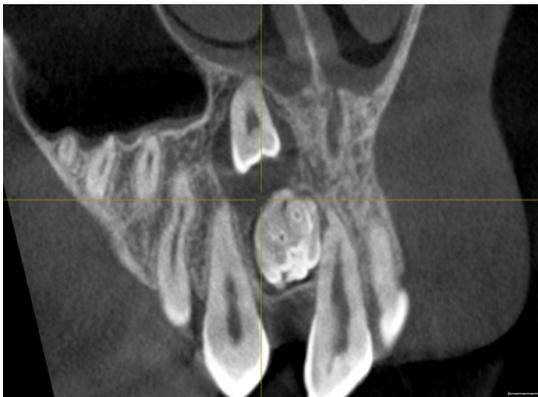


Figura 3a. Imagen tomográfica Tangencial, donde podemos diferenciar el odontoma de los dientes permanentes. Imagen mixta hipodensa-hiperdensa irregular, circunscrita. Pieza dentaria 1.2 incluida, que se observa una imagen hipodensa sugerente a capuchón pericoronario.



Figura 3b. Imagen tomográfica 3D, que nos permite ver el espacio ocupado por el odontoma y al incisivo lateral derecho.



Figura 3c. Imagen Panorámica tomográfica: Se observa la presencia en el sector antero superior derecho una imagen mixta en la tomografía (corte panorámico) que adoptan una configuración similar a dientes (denticulos), rodeados por un halo hipodenso y la presencia del incisivo lateral permanente en inclusión. Muestra piezas dentarias permanentes completas, y pieza 1.2 incluida por el odontoma en región antero superior derecho.

El proceso del tratamiento se llevó a cabo en la clínica odontológica UNIVALLE sub sede La Paz, por el docente a cargo de la cátedra de cirugía bucal y un grupo de estudiantes. Se inició con el protocolo preoperatorio, se solicitaron exámenes de laboratorio (Hemograma completo con valores de la serie roja y serie blanca dentro de parámetros normales), a la par de la solicitud de estudios radiográficos y tomográficos, e interconsulta con especialista de ortodoncia. Se les explica el procedimiento quirúrgico al paciente y a la madre del mismo (por ser menor de edad), así como la correspondiente firma en el consentimiento informado, previa valoración e interconsulta con ortodoncia para el tratamiento de la pieza 1.2, concluyendo la posibilidad de un traccionamiento de la pieza, posterior a la exéresis del odontoma; una vez realizada la valoración clínica y radiográfica correspondiente, se planificó para iniciar el tratamiento quirúrgico del odontoma compuesto en el mes de septiembre de 2021.

Se dió como medicación preoperatoria azitromicina de 500 mg tomando una cada día por 3 días, empezando una noche antes de la intervención quirúrgica y continuar el tratamiento hasta el tercer día, ya que requeríamos un tratamiento profiláctico y un tratamiento de antibiótico corto.

Se realiza asepsia y antisepsia de la región extra e intraoral con gasas humedecidas con clorhexidina al 2 %, posteriormente colocación de campos estériles de manera protocolaria. Se establecieron puntos de referencia anatómica, se infiltró lidocaína con epinefrina al 2 %, una técnica infraorbitaria con cierre de circuito en el nervio nasopalatino utilizando 2 cartuchos de anestesia. Una vez instaurada la anestesia se realizó un abordaje mediante una incisión tipo Newman. Se procedió al decolado del colgajo con la ayuda de legros y la osteotomía con fresas quirúrgicas redondas de carburo (Figura 4).



Figura 4a. Técnica anestésica: Técnica infraorbitaria, técnica infiltrativa supraperiostica en línea media, Lidocaína al 2% con epinefrina 1:8000 ppm y aguja larga.



Figura 4b. Incisión de colgajo tipo Newman con hoja de bisturí número 15, en mango de bisturí Bard Parker nº 3.



Figura 4c. Decolado del colgajo con legra Molt y la ayuda de un separador Minnesota para mejor visibilidad.

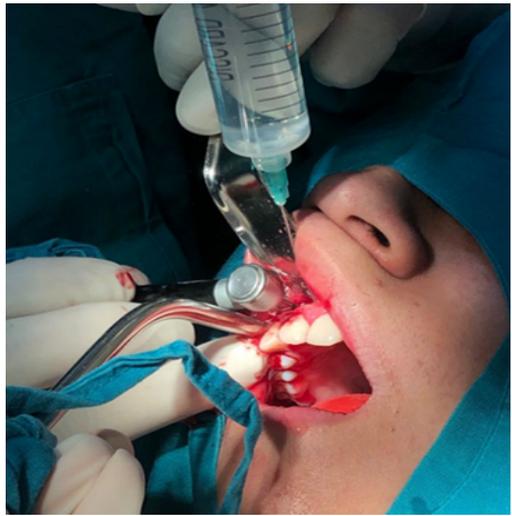


Figura 4d. Osteotomía con pieza de alta velocidad y fresas quirúrgicas redondas de carburo.

Proseguimos con la enucleación del tumor y extracción de los dentículos con ayuda de pinzas y cucharetas de alveolo, dejando la pieza dentaria 1,2 incluida para posteriormente a la cicatrización se realizará la extrusión de la pieza mediante tratamiento ortodóntico por sugerencia realizada en la interconsulta. Se verifico mediante curetaje la ausencia de todos los dentículos, membrana del odontoma y capuchón de la pza. 1,2, posteriormente se realizó lavado de la cavidad con solución fisiológica, e inmediatamente se hizo la reposición del colgajo mediante sutura con hilo 4/0 nylon (Figura 5).



Figura 5a y b. Enucleación de los dentículos con la ayuda de cucharetas de alveolo, legras.



Figura 5c. Se retira los dentículos y la capsula que los cubre.



Figura 5d. Sutura con hilo 4/0 nylon; punto Donati.

Posterior a la intervención quirúrgica se dio como medicación analgésica paracetamol de 500 mg con diclofenaco de 50mg, tres veces al día por tres días; para finalizar se dieron recomendaciones

postoperatorias, por escrito según protocolo; pasada una semana se realizó el control postoperatorio, donde se observó una cicatrización satisfactoria y se prosiguió a retirar los puntos de sutura (Figura 6).



Figura 6a. Control post operatorio, 1 semana después de la intervención quirúrgica

Figura 6b. Se retiraron los puntos, se observa una cicatrización satisfactoria tanto en vestibular como palatino, observándose tejidos blandos en buen estado y en proceso de cicatrización.

DISCUSIÓN

Buchner et al, al revisar 1088 tumores odontogénicos, encuentra que un 75.9 % son odontomas compuestos (9). Martinovic et al describe que en más de la mitad de los casos el motivo de consulta es la retención de un diente permanente, pudiendo existir también otros motivos tales como edema y persistencia de dientes temporales (10); Barba et al, menciona el meta análisis de Hidalgo-Sánchez et al, donde en más de la mitad de los casos se identifican como hallazgos radiográficos (57 %) (11). Los odontomas son tumores odontogénicos que frecuentemente se encuentran adyacentes a los dientes, frecuentemente en área de caninos e incisivos de maxilar superior. Consta de estructuras similares a los dientes llamados dentículos. Suelen ser tumores asociados a la falta de erupción dentaria y son detectados mediante radiografías observando una masa radiopaca, como en el caso de nuestro paciente (5) (8).

El motivo de consulta más frecuente de un paciente con un odontoma, se relaciona con la erupción tardía de un diente permanente, mal posiciones dentarias, aumento de volumen en el sitio de la neoplasia; por lo que el clínico deberá estar atento a la cronología de erupción dentaria, sobre todo en pacientes en transición de la dentición decidua a la permanente; se pudo establecer que la tomografía es el estudio imagenológico de elección aconsejable para complementar la clínica y contribuir al diagnóstico presuntivo ya que tiene como ventaja la posibilidad de observar una visión completa de ambas arcadas dentarias y sus estructuras vecinas, mismo examen complementario de gran utilidad en nuestro caso clínico. Finalmente se demuestra la importancia de realizar un diagnóstico adecuado, además de realizar una interconsulta con la especialidad de ortodoncia para ver la posibilidad de un tratamiento ortodóntico a la larga para la pieza 1.2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chacon O, Cantillo Balart Y. Odontoma compuesto. Presentación de un caso (2018) Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1919>
2. Corral DM, Perea S, Lévano, Odontoma compuesto asociado a canino superior primario retenido Vol. 19 Núm. 2 (2020) Odontología Pediátrica, DOI: <https://doi.org/10.33738/spo.v19i2.137>
3. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. Turk Patoloji Derg. 2022;38(2):168-184. English. DOI: <https://doi.org/10.33738/spo.v19i2.137>
4. Piedra X; Moncayo J; González, L. Campoverde A, Odontoma compuesto. Revista Killkana Salud y Bienestar. Vol.5 (2021), DOI: <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v5i1.823>
5. Vázquez Diego J., Gandini Pablo C., Carbajal Eduardo E.. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. Av Odontostomatol [Internet]. 2008 Oct; 24(5): 307-312. Disponible en: <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v5i1.823>
6. Tovar C, Tovar D, Álvarez Ch, Odontoma compuesto. Revista Tamé, 8 (24) (2020) https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_24/Tam2024-10c.pdf
7. Miloglu O, Yalcin E, Dagistan S, Sevki I, Calik M, Ertas U, A rare case of bilateral complex odontomas: Clinical, radiological and histopathological findings, journal of oral and Maxillofacial Radiology, vol 2 (2014) DOI: <https://doi.org/10.4103/2321-3841.144681>
8. RodríguezA, Pérez A, Toledo B, Retención dentaria del incisivo central superior derecho por odontoma compuesto (2022). <https://estocavila2021.sld.cu/index.php/estocavila/2022/paper/viewFile/28/52>
9. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg 2006 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.05.019>
10. Martinovic GG, Santorcuato CB, Alister HJP, Plaza AC, Raffo SJ. Odontoma compuesto: Diagnóstico y tratamiento. Reporte de casos & revisión de la literatura. J. Odontostomat [Internet]. 2017 [citado 15 Dic 2020];11(4):425-30. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X
11. Barba LT, Campos DM, Rascón MMN, Barrera VAR, Rascón AN. Descriptive aspects of odontoma: literature review. Rev Odontológica Mex [Internet]. Oct 2016 [citado 15 Dic 2020];20(4):265–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rodex.2016.11.018>