

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v11i28.614>

## ODONTOMA COMPUESTO, UN ANÁLISIS CLÍNICO, IMAGENOLÓGICO Y TERAPÉUTICO: REPORTE DE CASO

### COMPOUND ODONTOMA A CLINICAL, IMAGING AND THERAPY ANALYSIS: CASE REPORT

*Dra. Judith Rocío Mollo López 1  
Dra. Janeth Liliam Flores Ramos 2  
Dr. Manfred Strauss Quintela 3  
Univ Jimena Guzmán Pinell. 4  
Univ. Hernán Guibarra Averanga 5  
Univ. Juan Diego Sanjines Austen 6*

Derechos de Autor © 2016 Judith Rocío Mollo Lopez; Janeth Liliam Flores Ramos; Manfred Strauss Quintela; Jimena Guzman Pinell; Hernan Guibarra Averanga; Juan Diego Sanjines Austen.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de Recepción: 21/10/16

Fecha de Aprobación: 04/11/16

Artículo Científico

#### RESUMEN

Los odontomas son un tipo común de tumor odontogénico, por lo general son asintomáticos y en su mayoría detectados en exámenes radiográficos de rutina. Afectan mayormente en la segunda década de vida, son más frecuentes en el maxilar superior y en la región anterior.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se reconocen dos tipos distintos de odontomas: el odontoma complejo y el compuesto. En el odontoma complejo, todos los tejidos dentales se forman de una manera desorganizada; mientras que en los odontomas compuestos, todos los tejidos dentales están dispuestos en numerosas estructuras en forma de dientes conocidos como dentículos. Los odontomas compuestos, a menudo se asocian a dientes permanentes adyacentes retenidos y su extirpación quirúrgica representa la mejor opción terapéutica.

Se expuso el caso de una paciente de sexo femenino que presentó un odontoma compuesto asociado al canino e incisivo lateral inferior, retenidos. Se adoptó una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para eliminar dicha lesión.

**Palabras clave:** Odontoma compuesto. Tumor. Canino retenido.

#### ABSTRACT

Odontomas are a common type of odontogenic tumor, usually are asymptomatic and mostly detected in radiographic routine examinations. Affecting mostly in the second decade of life, they are more frequent in the maxilla and in the anterior region.

According to the World Health Organization, two different types of odontoma are recognized: complex and compound. In the complex odontoma, all dental tissues are formed in a disorganized manner; while in the compounds odontoma, all dental tissues are arranged in numerous structures sha-

- (1) Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial. Docente de Patología Bucal. Carrera de Odontología. Univalle La Paz. yudiro74@yahoo.es
- (2) Especialista en Patología Buco Maxilofacial. Docente de Patología Bucal. Carrera de Odontología. Univalle La Paz. jaliflora@hotmail.com
- (3) Maestría en Gerencia en Salud. Director de la Carrera de Odontología. Univalle La Paz. manfredstrauss@hotmail.com
- (4) Estudiante de la Carrera de Odontología. Univalle La Paz. jiguzpi@hotmail.com
- (5) Estudiante de la Carrera de Odontología. Univalle La Paz. hernan\_ga1002@hotmail.com
- (6) Estudiante de la Carrera de Odontología. Univalle La Paz. jdsanjines@hotmail.com

ped teeth known as denticles. Compound Odontomas are often associated with retained adjacent permanent teeth and surgical removal is the best treatment option.

A case of a female patient who presented a compound odontoma was associated with canine and lower lateral incisor exposed, retained. Minimally invasive surgical technique was adopted to eliminate the injury.

**Keywords:** Compound odontoma. Tumor. Retained Canino.

### INTRODUCCIÓN

Los odontomas constituyen la variedad más común de los tumores odontogénicos resultantes del crecimiento completamente diferenciado de células epiteliales y mesenquimales, y están compuestos de esmalte y de dentina, pero también pueden contener cantidades variables de cemento y tejido pulpar (1).

Las células y los tejidos son normales, pero la estructura es defectuosa por lo que los odontomas se consideran lesiones habitualmente hamartomatosas que suelen encontrarse sobre dientes no erupcionados (2) (3) (4). En relación a su etiología se han propuesto varias teorías, las mismas que incluyen traumatismos, infecciones, historia familiar y mutaciones genéticas (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los odontomas en:

- Odontomas complejos, en los que los tejidos dentales están bien formados, pero exhiben una disposición amorfa y más o menos desordenada.
- Odontomas compuestos, en los que los tejidos dentales son normales, dispuestas en un patrón ordenado, pero su tamaño y conformación están alterados, dando lugar a múltiples y pequeños dientes llamados denticulos (6).

Esta patología afecta a niños y a adultos jóvenes; la mayor parte de ellos se descubren durante la segunda década de vida, encontrándose una edad promedio de 14,8 años, siendo la edad más predominante para el diagnóstico y tratamiento (7).

Los odontomas compuestos se localizan con mayor frecuencia en el maxilar (67%), en comparación con la mandíbula (33%) y con una marcada predilección por la región maxilar anterior (61%) (2) (3) (8).

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas ocasionales relacionados con su presencia. Las lesiones suelen descubrirse porque un diente no hace erupción en el tiempo previsto. Cuando el diente hace erupción alrededor del odontoma, o por la persistencia de dientes temporarios; en algunos casos se puede presentar dolor, infección, adenopatías regionales, expansión del hueso alveolar o desplazamiento de piezas dentarias adyacentes a la lesión (3) (9) (10).

Radiográficamente, el odontoma compuesto aparece como una lesión bien delimitada por un halo radiolúcido que contiene zonas radiodensas que corresponden a los denticulos (3) (8).

El tratamiento, por lo general, consiste en la extirpación quirúrgica conservadora y el pronóstico después del tratamiento es favorable, con muy poca posibilidad de recurrencia, para después analizarlo por anatomía patológica (11) (12). El tratamiento debe practicarse con sumo cuidado para no lesionar los dientes que aún no han hecho erupción (8).

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, diagnósticas y de tratamiento quirúrgico de un paciente femenino que presenta un odontoma compuesto, asociado a dientes retenidos.

### REPORTE DE CASO

Paciente de 24 años de edad, de sexo femenino, con aparente buen estado de salud, acude a la clínica odontológica UNIVALLE - La Paz, solicitando valoración debido a la persistencia dentaria de las piezas 8,2 y 8,3; la misma que en su historia médica no presenta datos significativos.

Al examen clínico intraoral, se observa la presencia del incisivo lateral inferior derecho y del canino inferior derecho, ambos temporarios, fuera del periodo fisiológico de exfoliación, lo cual evidencia la falta de correspondencia entre la edad cronoló-

gica y la dental. No se evidencian signos de inflamación, de dolor o de infección y la mucosa adyacente se encuentra normal (Figuras N°1 y 2).

Se solicita un examen radiográfico (Rx. Periapical) para determinar la causa de la persistencia dentaria y la ausencia de los dientes permanentes. La radiografía muestra la presencia de múltiples estructuras radiopacas, las mismas que se encuentran bien circunscritas por un halo radiolúcido compatible con un diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto. También se evidencia la presencia del canino inferior derecho permanente, distal al odontoma por debajo del ápice de la pieza 8.3. El incisivo lateral derecho permanente se observa en sentido horizontal por debajo del odontoma (Fig. N° 3).

Se realizó una tomografía computarizada de haz cónico para definir la extensión de la lesión y la relación de ésta con estructuras vecinas, así como la ubicación exacta de los dientes permanentes retenidos y la relación de éstos con el odontoma. Los cortes transversal y axial muestran una lesión hiperdensa bien demarcada, localizada por debajo de los ápices de los incisivos temporarios, en relación directa con la tabla vestibular y ocupando el proceso alveolar en su totalidad (Figuras N° 4 y 5).

La pieza 4,2 está ubicada por debajo del odontoma y de los ápices radiculares de los incisivos inferiores, en los cortes transversal y axial se observa que dicha pieza dentaria se encuentra en sentido horizontal y ubicada cerca de la tabla vestibular, también se evidencia un halo radiolúcido rodeando la corona de la misma (Figuras N° 6 y 7). En relación a la pieza 4,3, en el corte tangencial se la observa, en sentido vertical, la inclinación a distal de la raíz de la pieza 4,4 y en el corte axial se muestra la ubicación distal de la pieza, en relación al odontoma y próximo a la tabla vestibular (Figuras N° 8 y 9).

Con el consentimiento de la paciente, se decide realizar la extirpación quirúrgica del odontoma. Posterior a esto, la paciente recibió una dosis de 1 g de amoxicilina y ácido clavulánico, 1 hora antes de la cirugía. La cirugía se llevó a cabo bajo anestesia local (lidocaína al 2% con Epinefrina 1: 80.000). Se realizó un colgajo tipo Patch y se eliminó el hueso del lado vestibular, usando una pieza de mano de baja velocidad y una fresa

de carburo de tungsteno, hasta que fue expuesto el odontoma y luego fue extraído mediante curetaje en su totalidad (Figuras N° 10, 11, 12).

Posteriormente, la herida fue irrigada con solución fisiológica, se procedió a la reposición del colgajo y a la sutura con hilo seda 3.0. Al examinar la muestra se evidenció la presencia de 21 dentículos de distintos tamaños y formas (Fig. N° 13).

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el tratamiento consistió en amoxicilina y ácido clavulánico (1 gramo dos veces al día durante 5 días), paracetamol (500 mg cada 8 horas) y enjuagues con digluconato de clorhexidina (CHX, 0,2%).

Subsiguientemente, la paciente fue remitida a la especialidad de ortodoncia para el tratamiento del canino retenido.

**Figura N°1. Fotografía intraoral arco inferior. Observar las piezas dentarias 8.2 y 8.3, ambas con cambio de coloración**



*Fuente: Elaboración propia. 2016.*

**Figura N° 2. Fotografía intraoral arco inferior por oclusal. Observar en la pieza dentaria 8.3 caries por distal**



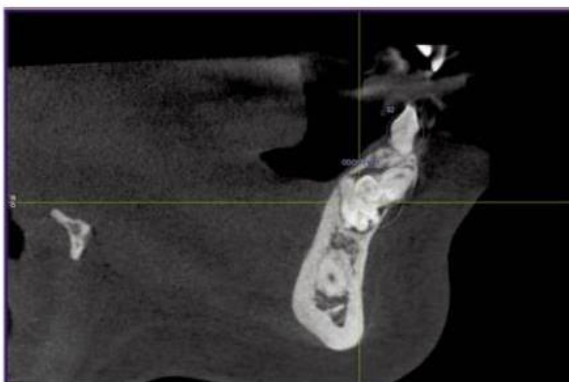
*Fuente: Elaboración propia. 2016.*

**Figura N° 3. Radiografía periapical. Observar odontoma compuesto y las piezas 4,2 y 4,3 retenidas**



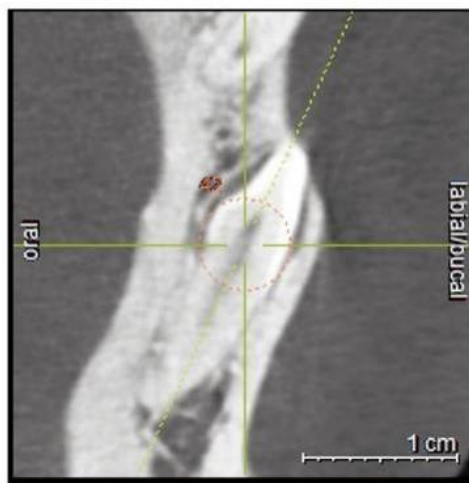
Fuente: Elaboración propia. 2016.

**Figura N° 4. Tomografía computarizada de haz cónico corte transversal. Observar el odontoma ocupando el tejido óseo alveolar**



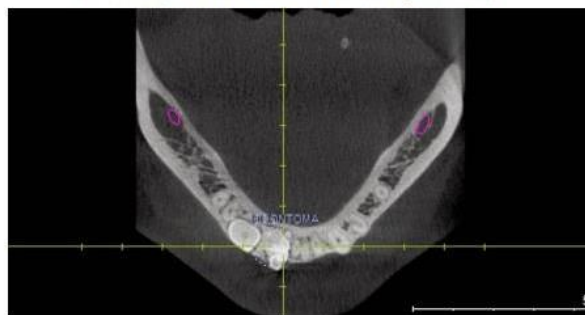
Fuente: Elaboración propia. 2016.

**Figura N° 5. Tomografía computarizada de haz cónico corte axial. Observar la ubicación del odontoma hacia vestibular**



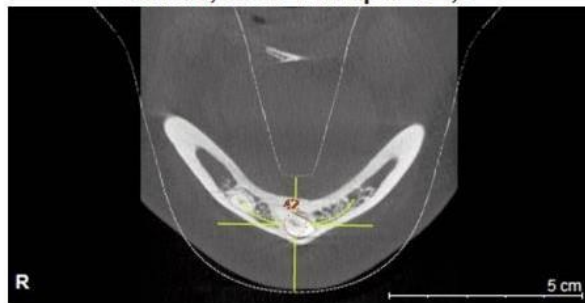
Fuente: Elaboración propia. 2016.

**Figura N° 6. Tomografía computarizada de haz cónico, corte transversal pieza 4,2**



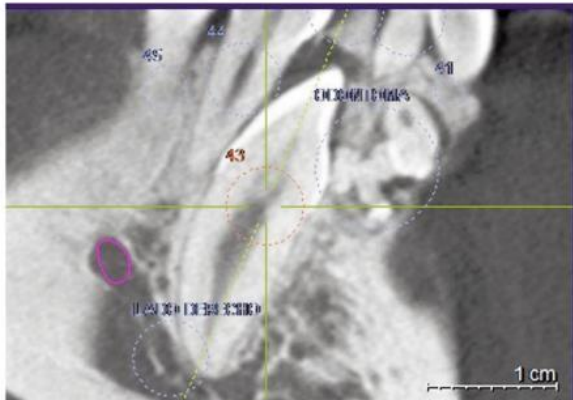
Fuente: Elaboración propia. 2016.

**Figura N° 7. Tomografía computarizada de haz cónico, corte axial pieza 4,2**



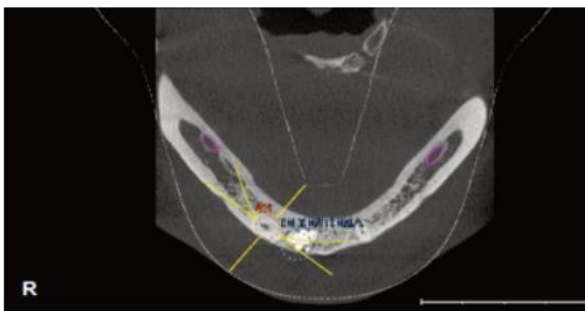
Elaboración propia. 2016.

**Figura N° 8. Tomografía computarizada de haz cónico, corte tangencial pieza 4,3**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

**Figura N° 9. Tomografía computarizada de haz cónico, corte axial pieza 4,3**



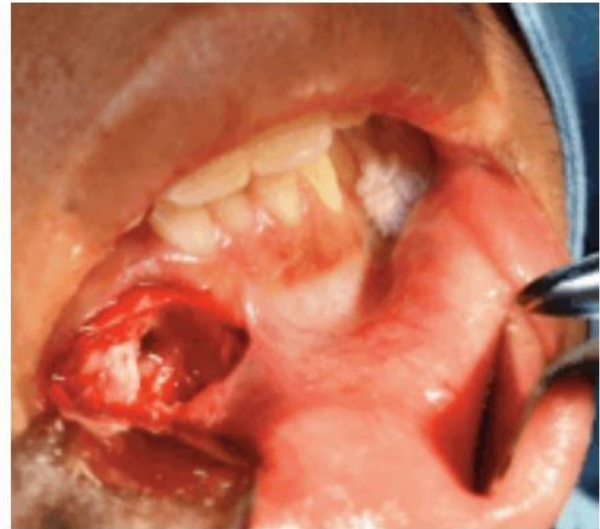
Fuente: Elaboración propia, 2016.

**Figura N° 10. Incisión del colgajo**



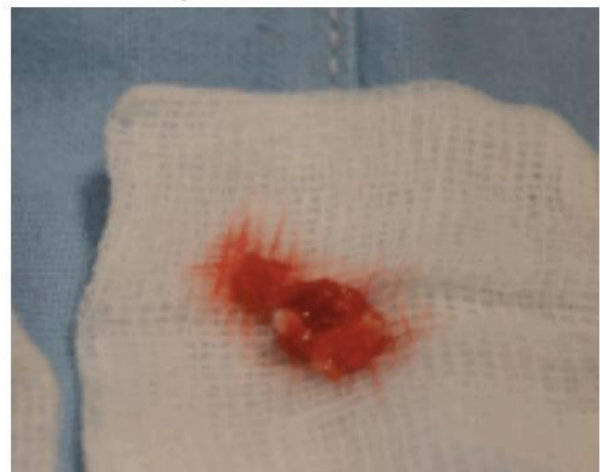
Fuente: Elaboración propia, 2016.

**Figura N° 11. Cavidad ósea vacía una vez eliminado el odontoma**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

**Figura N° 12. Odontoma**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

**Figura N° 13. Denticulos**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

#### **DISCUSIÓN**

El término "odontoma" fue propuesto por Paul Broca en 1867. Los odontomas son patologías odontogénicas relativamente comunes, asintomáticas y rara vez son diagnosticadas antes de la segunda década de vida. Los signos clínicos más frecuentes son, la erupción retardada, la persistencia del diente temporal y la presencia de un aumento de volumen. En los casos graves pueden observarse, infección o adenopatías regionales (13).

La etiología exacta es desconocida, sin embargo, los traumatismos dentales anteriores y las infecciones, son factores potenciales para su desarrollo (14). En el caso descrito, el odontoma fue diagnosticado mediante un examen radiográfico, solicitado por la persistencia de piezas temporarias y por la ausencia de dientes permanentes.

La tomografía computarizada de haz cónico fue solicitada por la amplia gama de aplicaciones que presenta, como ser: el alcance y condición de la estructura interna de las lesiones, el estado de los dientes afectados y condiciones patológicas en los huesos de la mandíbula. Además, sus beneficios en los procesos diagnósticos, en la formación de imágenes tridimensionales de quistes y tumores de la región maxilofacial, proporcionan al cirujano información vital para la planificación de la cirugía (15).

En el presente caso, destacamos que la imagen de la tomografía computarizada de haz cónico permitió una visualización tridimensional de la lesión, además estableció una guía para el tratamiento, evidenciando la relación existente entre el odontoma y estructuras adyacentes.

Por lo tanto, los detalles del patrón radiológico y las estructuras internas visualizadas mediante imágenes por tomografía computarizada de haz cónico sirvieron como una herramienta importante para llegar a un diagnóstico adecuado y para planificar y ejecutar el tratamiento.

El tratamiento de elección para el odontoma compuesto es la extirpación quirúrgica. En relación a los dientes retenidos, la literatura indica que el manejo óptimo es su conservación y su posterior reposición en el arco dentario. Por otro lado, la literatura también indica que el tratamiento para los dientes retenidos que no puedan ser traccionados al arco dental, deben ser extraídos simultáneamente con el odontoma (16). En el caso presentado, la pieza 4,3 no fue extraída ya que por la posición que presentaba, pudo ser traccionada hacia el arco dentario, por lo que la paciente fue transferida al especialista en ortodoncia.

Respecto a la pieza 4,2, se decidió no extraerla ya que la misma estaba situada en sentido horizontal por debajo de los ápices de los incisivos inferiores, sin causar ninguna complicación, sin embargo, se realizará un monitoreo clínico y radiográfico periódico.

#### **CONCLUSIÓN**

El diagnóstico oportuno de odontomas es esencial para evitar complicaciones posteriores y en este proceso, la Tomografía Computarizada Cone Beam es de mucha ayuda, ya que nos detalla la estructura interna de la lesión, así como la relación que existe entre la lesión y las estructuras adyacentes, sirviéndonos de guía para el tratamiento quirúrgico que permitirá la extirpación del odontoma.

#### **AGRADECIMIENTOS**

Un agradecimiento especial y un reconocimiento al Dr. Gustavo Callisaya Calle, quien realizó la cirugía a la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SREEDHARAN S, KRISHNAN IS. Compound odontoma associated with impacted maxillary incisors. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. Jul - Sep 2012. Vol 30. 275-278.
- (2) SAPP, J.; EVERSOLE, L. Y WYSOCKI, G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. 2da Ed. Edit Elsevier España .2005. Pag.: 405-408.
- (3) SHAFFER W., LEVY B. *Tratado de Patología bucal*, Capítulo 1: Trastornos del desarrollo y de las estructuras bucales y parabucales. Nueva Editorial Interoamericana, 4º Edición. México. 1986. Pag.: 313-317.
- (4) REGEZI J, SCIUBBA J. *Patología Bucal*. 2da. Edición. Editorial Interamericana. Mexico 1995. Pag. 156-157.
- (5) YADAV M, ET AL. Compound odontoma: A case report. *Contemporary Clinical Dentistry*. April 2012. Vol 3. 13- 15.
- (6) KULKARNI V ET AL. Odontoma with unerupted dilacerated incisor. *Contemporary Clinical Dentistry*. Jul-Sept 2011. Vol 2. 218 – 221.
- (7) IKRAM R ET AL. Compound Odontomas In Saudi Child – A Case Report. *International Journal of Health Sciences*. June 2013. Vol. 7. 242-246.
- (8) BRENES-BARQUERO J. Odontoma Compuesto: Diagnóstico radiográfico y manejo quirúrgico: Reporte de dos casos clínicos. *Rev Cient Odontol* (9) 2: 39-43.
- (9) FLORES F, SIMON E, YAÑEZ-VICO R, TORRES D, GUTIERREZ J. Odontoma Compuesto asociado a canino permanente inferior incluido. Febrero 2013. 120 – 127.
- (10) VAINER D, CASTRO C. Reporte de Casos: Retención de piezas dentales por odontomas. *ULACIT*. 35 – 46.
- (11) VÁSQUEZ D. ET AL. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico en un caso clínico. *Odontoestomatol*. 2008; 24 (5).
- (12) PERALES B. ET AL. Odontoma compuesto en paciente pediátrico. *Rev Tame* 2013; 79 -82.
- (13) PACIFICI A. ET AL. Surgical Management of Compound Odontoma Associated with Unerupted Tooth. *Case Reports in Dentistry*. Volume 2015. Pag. 1- 6.
- (14) SOARES MARQUES Y. Importance of cone beam computed tomography for diagnosis of calcifying cystic odontogenic tumor associated to odontoma. Report of a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 May 1; 15 (3):490-3.
- (15) BOLLAM R, MOSES J. A Rare Association of Compound Odontome with Missing Lateral Incisor: A case report. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, January-April 2014; 7(1):50-53 51.
- (16) MAZINIS E, ZAFEIRIADIS A, KARATHANASIS A, ET AL. Transmigration of impacted canines: prevalence, management and implications on tooth structure and pulp vitality of adjacent teeth. *Clin Oral Investig* 2012; 16: 625–32.