

Odontoma compuesto asociado a canino superior primario retenido. Reporte de caso

Compound odontoma associated with a retained primary upper canine. Case report

Recibido: 03/11/2020
Aceptado: 08/12/2020

David Francisco Corral Peñafiel
orcid 0000-0003-2054-573X

Especialista en Odontopediatria
Facultad de Estomatología, Universidad
Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Miguel Benjamín Perea Paz
orcid 0000-0002-4300-2984

Coordinador Especialidad de
Odontopediatria, Facultad de
Estomatología, Universidad Peruana
Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Sandro Alexander Lévano Loayza
orcid 0000-0002-2603-989X

Diplomado en Cirugía Oral Facultad
de Estomatología, Universidad Peruana
Cayetano Heredia. Lima, Perú.

RESUMEN

El odontoma compuesto es una patología poco frecuente y representa el 1.3% de todos los tumores odontogénicos. Su etiología es multifactorial y se le atribuye principalmente, a algunas teorías. También a traumatismos y factores genéticos, etc.

El tratamiento es la enucleación de la entidad. El presente caso es de un paciente masculino de 7 años de edad que acudió al Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú presentando la ausencia de la pieza 63 y una tumoración en la zona anterosuperior del lado izquierdo. Se realizaron exámenes imagenológicos como radiografías periapicales, panorámica y Tomografía Computarizada de Haz Cónico (TCHC); posteriormente se procedió a la enucleación del tumor odontogénico y se extrajo la pieza 63; el diagnóstico presuntivo fue confirmando por el examen anatómico patológico como odontoma compuesto.

El conocimiento de las características normales de la cavidad oral y la cronología de erupción dentaria, pueden llevar a un diagnóstico temprano de una patología como el odontoma. Permitiendo tratar oportunamente al paciente, evitando así posibles complicaciones.

Palabras claves: Odontología Pediátrica, Anomalías Dentarias, Odontoma.

Citar como Corral D, Perea M, Lévano S.

Odontoma compuesto asociado a canino superior primario retenido. Reporte de Caso.

Odontol Pediatr 2020;19 (2); 67 - 73.

Abstract

Compound odontoma is a rare pathology and represents 1.3% of all odontogenic tumors. Its etiology is multifactorial and is attributed mainly to some theories. Also to trauma and genetic factors, etc. Treatment is the enucleation of the entity. The present case is of a 7-year-old male patient who attended the Teaching Dental Center of the Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Peru, presenting the absence of tooth 63 and a tumor in the anterosuperior area on the left side. Imaging examinations such as periapical and panoramic radiographs and Cone Beam Computed Tomography (CBCT) were performed; subsequently, the odontogenic tumor was enucleated and tooth 63 was extracted; the presumptive diagnosis was confirmed by the pathological anatomical examination as a compound odontoma. Knowledge of the normal characteristics of the oral cavity and the chronology of tooth eruption can lead to an early diagnosis of a pathology such as odontoma. Allowing to treat the patient in a timely manner, thus avoiding possible complications.

Keywords: Pediatric Dentistry, Tooth Abnormalities, Odontoma.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito a los odontomas como tumores odontogénicos mixtos, es decir, poseen un componente epitelial y mesenquimal. Estos tejidos pueden diferenciarse debido al depósito de esmalte por ameloblastos y de dentina por odontoblastos. A pesar de que estas células y tejidos tienen un aspecto normal, su estructura es defectuosa. Actualmente, la OMS los ha clasificado en odontomas compuestos (OCp) y odontomas complejos (OC) ¹.

La etiología exacta de los odontomas aún no se conoce con exactitud, sin embargo, algunos autores atribuyen su origen a algunas teorías, como la teoría 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 ^{2,3}. Es importante reconocer que esta patología no presenta una predilección por sexo ^{1,2}.

El odontoma compuesto (OCp) presenta características radiográficas relevantes, es así que se observan como masas radiopacas de márgenes irregulares y que adoptan una forma similar a las piezas dentales o dentículos, estas poseen un borde periférico radiolúcido². El odontoma representa el 1,3% de todos los tumores odontogénicos en niños y adolescentes, dentro del cual el OCP se encuentra con una frecuencia de 63% y el (OC) 37%. La literatura demarca una mayor frecuencia de odontomas en la zona anterior del maxilar superior en un 56%²⁻⁴.

Usualmente, son hallazgos radiográficos que se dan entre los 10 y 20 años de edad, siendo la edad promedio 14 años. Los odontomas desplazan los órganos dentarios adyacentes a ellos, interrumpen la erupción de las piezas dentarias permanentes; esta es una de las manifestaciones clínicas más comunes en un 55,4%, alterando de esta manera la armonía oclusal. Sin embargo, los odontomas extensos de 6 cm o de mayor diámetro se pueden evidenciar ocasionalmente, debido a que ocasionan una expansión ósea y pueden ser acompañados de dolor⁵⁻⁸.

El tratamiento del odontoma es la enucleación, tratando de conservar el diente permanente, siendo las recidivas poco frecuentes, por lo que tiene un pronóstico favorable^{8,9}. La recurrencia de los odontomas es baja, sin embargo, en niños con edades entre 1 y 5 años, no es recomendable realizar la enucleación del odontoma, debido a que este aún se encuentra en estadios iniciales del desarrollo, presentando porciones celulares no calcificadas lo que aumenta el riesgo de recurrencia al realizar el procedimiento quirúrgico tempranamente¹⁰⁻¹². El presente reporte de caso tiene como finalidad mostrar un tratamiento quirúrgico de enucleación de odontoma compuesto en dentición mixta primera fase.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 7 años de edad acudió al Servicio de Odontopediatría del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, siendo el motivo de la consulta la presencia de una tumoración a nivel de la pieza 63 con ausencia de la misma.

La madre refirió que a los 3 años de edad un odontólogo particular, indicó que presentaba un disturbio en la zona del canino superior izquierdo debido a la ausencia del canino superior izquierdo primario, pero debido a la falta de colaboración del paciente; se tomó la decisión de esperar a que el paciente presente un mayor desarrollo psicológico.

Es importante señalar que el paciente tenía el antecedente de Síndrome de Asperger y la madre además niega reacción adversa a medicamentos. Tampoco presentaba antecedentes de traumatismos dentoalveolares.

Para completar el examen clínico radiográfico, se indicó la toma de una radiografía periapical para evaluar la zona de la pieza 63, (Fig. 1a) donde se evidenció una imagen radiopaca con un halo radiolúcido bien delimitada corticalizado compatible con un odontoma compuesto.

Se indicó una radiografía panorámica para ver la extensión de la lesión, (Fig. 1b) y una Tomografía Computarizada de Haz Cónico (TCHC) para la localización, abordaje quirúrgico y la relación con estructuras vecinas, (Fig. 1 c, d) mediante una interconsulta al Servicio de Radiología del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la cual brindó el informe radiográfico en donde se indicó una orientación hacia la tabla



Figura 1a.

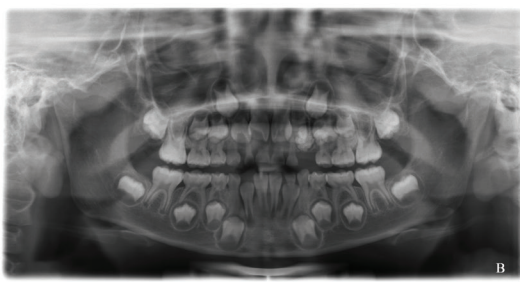


Figura 1b.

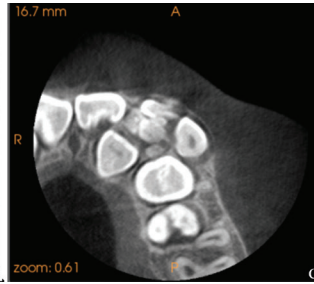


Figura 1c.



Figura 1d.

vestibular con desplazamiento de la misma tabla ósea, presencia de una imagen compatible con un odontoma compuesto, el órgano dentario de la pieza 22 palatinizado y la pieza 63 vestibularizado. El procedimiento se realizó bajo anestesia general, debido a la gran extensión del tumor odontogénico y el bajo grado de colaboración del paciente.

En sala de operaciones, se realizó asepsia y antisepsia, colocación de campo operatorio estéril, infiltración de anestesia local, posteriormente se realizó una incisión con descarga en distal a nivel de pieza 64, decolado mucoperióstico, osteotomía, enucleación del odontoma y finalmente exodoncia de la pieza 63, antes de realizar el curetaje de la zona, se realizaron las exodoncias de piezas 61, 62 y luego se procedió al lavado con NaCl 0.9%.

La sutura fue con Ácido poliglicólico 5/0 y colocación de apósito (Fig. 2 a, b). Se envió la muestra al

Servicio de Patología Oral y Maxilofacial del mismo centro dental para la realización del análisis anatomopatológico y una semana después, se obtuvo el resultado de Odontoma Compuesto. Antes de la medicación postoperatoria es importante señalar que durante la intervención se administró ketorolaco 60 mg por vía intravenosa, posteriormente se indicó Paracetamol de 500mg cada 8 horas por 4 días, Ibuprofeno de 200 mg cada 8 horas por 4 días, Amoxicilina de 250mg cada 8 horas por 7 días, enjuagues con clorhexidina al 0.12% una vez al día por 7 días y control de la higiene bucal (Fig. 3 a, b).

A los 15 días realizado la intervención quirúrgica se realizó un control clínico y radiográfico de la zona intervenida, en donde se evidencia clínicamente una recuperación adecuada (Fig. 4 a, b) y en el examen radiográfico se evidencia la ausencia de restos denticulares del odontoma (Fig. 5 a, b).



Figura 2a.

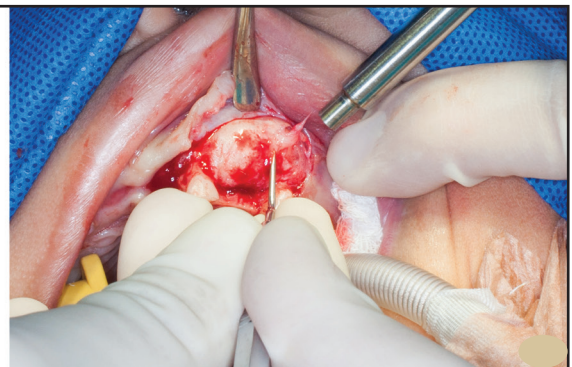


Figura 2b.

DISCUSIÓN

Los odontomas compuestos se encuentran en la mayoría de los casos junto a un órgano dentario, pudiendo producir alteraciones en la erupción de las piezas permanentes, al igual que la malposición de las piezas vecinas, motivo por lo cual un diagnóstico y tratamiento temprano ayudaría a minimizar posibles complicaciones.

Los odontomas compuestos tienen un alto nivel de organización de los tejidos internos². Debido a su morfología, es importante evaluar las estructuras aledañas para comprobar que no estén comprometidos gérmenes dentales permanentes o piezas primarias. Usualmente, en edades tempranas suelen involucrar piezas primarias^{13,14}. En el presente

caso, se evidencia que la pieza 63 se encontraba retenida tempranamente y debido a la falta de detección temprana y tratamiento, generaron un aumento del volumen de la zona.

El odontoma al aumentar de tamaño desplaza estructuras adyacentes, como tablas óseas y piezas dentarias. En procesos más severos se podrá observar claramente la presencia de tumoraciones perceptibles en la cavidad bucal y fácilmente detectadas visualmente y al tacto¹⁴. Esto fue observado en el presente caso debido al gran tamaño de la lesión. El odontoma puede producir la reabsorción radicular de los dientes adyacentes⁴. La reabsorción de estas, es una complicación que puede afectar negativamente al pronóstico de las piezas permanentes.

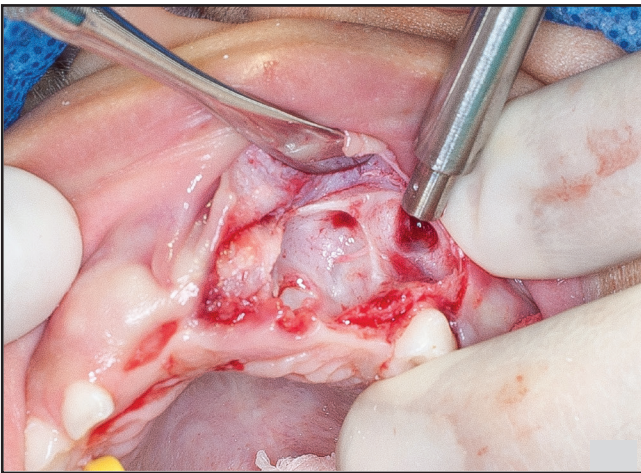


Figura 3a.



Figura 3b.



Figura 4a.



Figura 4b.

Sin embargo, en este caso no se evidenció ningún grado de reabsorción radicular ni de dilaceración de las piezas vecinas. Los tumores odontogénicos tienen una baja prevalencia, siendo el odontoma compuesto la entidad más frecuente dentro de la década de vida^{1,2,4}. Cabe recalcar que, en el presente caso, la patología se diagnosticó en la primera década de vida, y mediante la TCHC se pudo comprobar la retención de las piezas primarias y permanentes.

Altay y colaboradores en el 2016 reportaron el caso de un paciente de 5 años de edad, que presentaba el diagnóstico de odontoma compuesto en el maxilar superior el cual fue sometido a enucleación inmediata, se le realizó controles cada 6 meses durante 2 años, donde no se evidenció recurrencia o recidiva del odontoma¹⁴. Moya en el 2016, reportó un caso similar de un paciente de 3 años de edad, el cual presentaba un odontoma compuesto que fue

intervenido bajo anestesia general; se realizaron controles hasta los 24 meses y no se evidenció recurrencias¹³. Por otro lado, Matsuo y colaboradores en el 2013, reportaron un caso de un paciente de 3 años de edad, con presencia de múltiples odontomas complejos, que fueron enucleados tempranamente. En controles posteriores a los 7 y 10 años, se evidenció la presencia de odontomas en las mismas zonas intervenidas¹⁵.

Es importante precisar que a temprana edad los odontomas no han terminado su etapa de maduración y es por ello, que se recomienda realizar los procedimientos quirúrgicos de enucleación a partir de la primera fase de dentición mixta para minimizar riesgos en las piezas permanentes en desarrollo y por la posibilidad de no retirar la totalidad de la lesión a pesar de la radiografía de control la cual se toma antes de proceder a la sutura¹⁶.

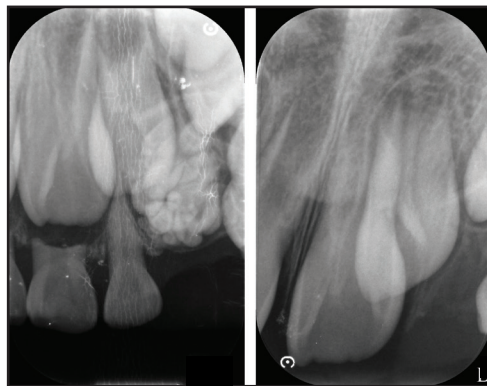


Figura 5.

CONCLUSIONES

El presente reporte de caso muestra un tratamiento quirúrgico de enucleación de odontoma compuesto en dentición mixta primera fase. Se describe un protocolo de atención bajo anestesia general debido al bajo grado de colaboración del paciente y a la alta complejidad del tratamiento quirúrgico. Las variaciones en la erupción dental en la dentición primaria son hallazgos poco frecuentes, sin embargo el cirujano dentista debe de estar alerta a cualquier variación de la normalidad y realizar exámenes complementarios como radiografías periapicales y panorámicas para determinar el factor que está alterando el proceso eruptivo. Es por esto que la literatura sugiere la realización de exámenes radiográficos tempranos para poder diagnosticar oportunamente esta y otras patologías para tratamientos a tiempo y mejores pronósticos.

REFERENCIAS

1. El-Naggar A, Chan J, Grandis J, Takata T, Slotweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumours (4th edition). IARC: Lyon 2017.
2. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 1 de noviembre de 2008;13(11):E730-734.
3. Barba LT, Campos DM, Rascón MMN, Barrera VAR, Rascón AN. Descriptive aspects of odontoma: literature review. *Rev Odontológica Mex*. 1 de octubre de 2016;20(4):e265-9.
4. Pippi R. Odontomas and Supernumerary Teeth: Is There a Common Origin? *Int J Med Sci*. 2014;11(12):1282-97.
5. Cuesta SA, Albiol JG, Aytés LB, Escoda G. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. *Med Oral*. :8.
6. Servato JPS, de Souza PEA, Horta MCR, Ribeiro DC, de Aguiar MCF, de Faria PR, et al. Odontogenic tumours in children and adolescents: a collaborative study of 431 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. junio de 2012;41(6):768-73.
7. Soluk Tekkesin M, Pehlivan S, Olgac V, Aksakallı N, Alatlı C. Clinical and histopathological investigation of odontomas: review of the literature and presentation of 160 cases. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. junio de 2012;70(6):1358-61.
8. Vázquez Diego J, Gandini Pablo C, Carbajal Eduardo E. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Av En Odontoestomatol*. octubre de 2008;24(5):307-12.
9. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent*. enero de 2005;15(1):37-43.
10. Ashkenazi M, Greenberg BP, Chodik G, Rakocz M. Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*. mayo de 2007;131(5):614-9.
11. Alvarez S, Mayorga-Jimenez F, Torres-Gómez F, Avellá-Vecino F, Salazar-Fernández C. Calcifying odontogenic cyst associated with complex odontoma: Case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 1 de mayo de 2005;10:243-7
12. Delgado Azareño WA, Arrasque Dulanto VM, Calderon Ubaqui V, Paniura Rodríguez D. Tumor odontogénico híbrido: tumor odontogénico quístico calcificante con odontoma complejo y focos de ameloblastoma. *Rev Estomatol Hered*. 2006;120-5.
13. Moya de Calderón Z. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del odontoma compuesto en un niño Peruano de 3 años. *Odontol Pediatr Lima*. 2016;155-61.
14. Altay MA, Ozgur B, Cehreli ZC. Management of a Compound Odontoma in Primary Dentition. *J Dent Child Chic Ill*. 2016;83(2):98-101.
15. Matsuo K, Yamamoto N, Morimoto Y, Yamashita Y, Zhang M, Ishikawa A, et al. Multiple complex odontomas and subsequent occurrence of an ossifying fibroma at the same site as the removed odontoma. *J Dent Sci*. 1 de junio de 2013;8(2):189-95.
16. Maltagliati A, Ugolini A, Crippa R, Farronato M, Paglia M, Blasi S, et al. Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. *Eur J Paediatr Dent*. septiembre de 2020;21(3):199-202.