

# Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Reporte de caso con seguimiento de seis meses

*Surgical management of a compound odontoma. A case report with six months follow-up*



SOCIEDAD PERUANA DE ODONTOPEDIATRÍA

Artículo recibido: 12/06/2023  
Revisado por pares  
Artículo aceptado: 06/07/2023

Correspondencia:  
Julio Gonzales Mendoza  
jgonzales@cientifica.edu.pe

Ana Juliet Rodríguez-Landauro<sup>1</sup>  
orcid 0000-0001-7373-4468

Elizabeth Hidalgo-Mora<sup>2</sup>  
orcid 0000-0001-5617-4526

Rossmary Janelle Navarro-Betetta<sup>3</sup>  
orcid 0000-0003-2468-0138

Jennifer Loo-Valle<sup>4</sup>  
orcid 0000-0002-7147-8410

Katherine Jeanette Campos Campos<sup>5</sup>  
orcid 0000-0002-9755-1743

Julio Gonzales-Mendoza<sup>6</sup>  
orcid 0000-0001-5097-9921

Citar como Rodríguez-Landauro A, Hidalgo-Mora E, Navarro-Betetta R, Loo-Valle J, Campos K, Gonzales-Mendoza J. Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Reporte de caso con seguimiento de seis meses. *Odontol Pediatr* 2023;23 (1); 39 - 47.

## Resumen

**Objetivo:** Revisar información relacionada a las técnicas de distracción utilizadas en odontopediatría para la atención de niños de 5 a 10 años. **Reporte de caso:** LPaciente de sexo femenino de 9 años y 11 meses sin antecedente de traumatismo dentoalveolar acudió a la Clínica Odontológica de la Universidad Científica del Sur, Lima-Perú. Clínicamente se observó el retardo de erupción de la pieza 11. La radiografía panorámica y periapical mostraron una lesión mixta radiolúcida y radiopaca compatible odontoma compuesto. Se realizó un abordaje alveolar conservador bajo anestesia local infiltrativa, mediante una incisión tipo marginal festoneada. Luego se realizó el decolado, osteotomía conservadora y la exéresis de tres denticulos. Asimismo, se efectuó un curetaje cuidadoso para prevenir lesión de estructuras vasculares y del germen dental. Posteriormente, se realizaron controles clínicos y radiográficos al mes, 3 y 6 meses de la cirugía encontrándose una evolución favorable. **Conclusión:** El diagnóstico temprano y el abordaje quirúrgico conservador del odontoma compuesto fueron importantes para prevenir la retención y falta de erupción de las piezas permanentes en un paciente pediátrico de 9 años. El control clínico y radiográfico después de 6 meses de seguimiento mostró un resultado favorable del tratamiento realizado.

**Palabras clave:** Odontoma, Anomalías Dentarias, Cirugía Bucal, Niño.

1. Estudiante de Postgrado Segunda Especialidad en Odontopediatría. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
2. Estudiante de Postgrado Segunda Especialidad en Odontopediatría. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
3. Especialista en Odontopediatría, Maestro en Odontopediatría. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
4. Especialista en Odontopediatría, Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
5. Especialista en Odontopediatría, Maestro en Odontopediatría. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
6. Especialista en Odontopediatría. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

## Abstract

**Objective:** To describe the conservative surgical management of a compound odontoma and its six-month follow-up in a pediatric patient. **Case report:** A female patient aged 9 years and 11 months with no history of dentoalveolar trauma attended the Dental Clinic of the Universidad Científica del Sur, Lima-Peru. Clinically, it was observed a delayed eruption of tooth 11. Panoramic and periapical radiographs showed a mixed radiolucent and radiopaque lesion compatible with compound odontoma. A conservative alveolar approach was performed under infiltrative local anesthesia, through a scalloped marginal incision. Then, decollation, conservative osteotomy and excision of three denticles were performed. Likewise, a careful curettage was carried out to prevent injury to vascular structures and dental germ. Subsequently, clinical, and radiographic controls were carried out at 1, 3 and 6 months after surgery; and it was found a favorable evolution. **Conclusion:** Early diagnosis and conservative surgical approach to compound odontoma were important to prevent retention and non-eruption of permanent teeth in a 9-year-old pediatric patient. The clinical and radiographic control after 6 months follow-up showed a favorable result of the treatment.

**Key words:** Odontoma, Tooth Abnormalities, Surgery, Oral, Child.

## INTRODUCCIÓN

En 1867, Paul Broca introdujo por primera vez el término de “Odontoma”, que significa tumor formado por un crecimiento excesivo o transitorio de tejido dental completo<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017 cambió de término clasificándolo en un grupo de enfermedades epiteliales mixtas benignas y tumores odontogénicos mesenquimales<sup>2</sup>. La incidencia de tumores odontogénicos oscila en los rangos de 0.002% a 0.1%, siendo esta la patología oral más frecuente en boca y el diagnóstico con mayor frecuencia dentro de las primeras dos décadas de vida<sup>3-4</sup>. La etiología del odontoma es poco conocida, algunos estudios sugieren episodios de trauma local, procesos inflamatorios, infecciones crónicas de origen odontogénico como posibles factores<sup>5</sup>. Otros factores incluyen los antecedentes genéticos como hiperactividad odontoblástica o síndromes hereditarios como el

de S. Gardner o de Hermann<sup>6</sup>. Algunos estudios refieren que el odontoma no causaría disturbios en boca, sin embargo, la evidencia muestra interferencia durante la erupción dentaria<sup>7</sup>. La OMS clasificó al odontoma en dos tipos: odontoma complejo (CxOD) y odontoma compuesto (CpOD) dependiendo del grado de diferenciación de células odontogénicas y el grado de organización. El odontoma complejo consiste en tejido dental calcificado menos diferenciado del tejido normal y forma una masa amorfa separada por un tejido conectivo del hueso circundante<sup>2</sup>. Por otro lado, el odontoma compuesto consiste en malformaciones con representación de todos los tipos de tejido dental y distribución organizada en la que están presentes numerosas estructuras parecidas a dientes conocidos como denticulos<sup>8</sup>.

Los odontomas compuestos se localizan frecuentemente en la zona anterior del maxilar superior, encima de las coronas de dientes no erupcionados o entre las raíces de dientes erupcionados. Por el contrario, los odontomas complejos generalmente se encuentran en la parte posterior de la mandíbula, por encima de los dientes impactados<sup>9,10</sup>. Radiográficamente, los odontomas con frecuencia aparecen de forma unilocular y con múltiples estructuras diminutas similares a dientes, de imagen radiopaca conocidas como dentículos, o pueden aparecer como masa radiopaca densa rodeada por un delgado borde radiotransparente<sup>11</sup>.

Frecuentemente, su diagnóstico se debe a hallazgos radiográficos, pues la mayoría de los odontomas son tumores asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas tales como dientes supernumerarios, retenidos o impactados, inflamación e infección. Así, el tratamiento de elección para la eliminación del odontoma es el abordaje quirúrgico con baja probabilidad

de recurrencia. Considerando su prevalencia, el profesional debe tener un conocimiento adecuado sobre su etiología y características, para poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento. De esta forma, el objetivo de este reporte de caso es describir el manejo clínico de un odontoma compuesto mediante una cirugía conservadora en un paciente pediátrico y su controles clínicos y radiográficos al mes, 3 y 6 meses.

## REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 9 años 11 meses de edad acudió al centro odontológico de la Universidad Científica del Sur, Lima – Perú, por presentar retardo en la erupción de la pieza 11 y permanencia de la pieza 51 en boca, sin presencia de sintomatología dolorosa (Fig.1). La madre no refirió condición médica, alergias, ni antecedentes de traumatismo dental. Se obtuvo el consentimiento informado de la madre para el



**Figura 1.** Fotografía intraoral que muestra presencia de la pieza 51 y ausencia de la pieza 11



**Figura 2.** Radiografía periapical inicial de las piezas 51 y 11. Se observa el odontoma compuesto



**Figura 3.** Aplicación de Anestesia Infiltrativa con Lidocaina 2% con epinefrina



**Figura 4.** Incisión alveolar sin descarga (marginal festoneada) con hoja de bisturí N°15 a nivel de la pieza 51



**Figura 5.** Decolado mucoperiostico y osteotomía, ambos procedimientos conservadores



**Figura 6.** Exéresis del odontoma y pieza 51. Se observan los tres denticulos extraídos

uso de fotografías, exámenes y procedimientos con fines académicos y de publicación. Las radiografías panorámica y periapical mostraron una lesión mixta radiolúcida y radiopaca compatible con denticulos con diagnóstico de odontoma compuesto de localización intraalveolar (Fig. 2).

La cirugía conservadora fue planificada para conservar al máximo el proceso alveolar para la erupción de la pieza permanente. Antes de iniciar el procedimiento, se aplicó anestesia tópica en crema Benzocaína 20% durante 5min con ayuda de un hisopo en la zona donde se realizará la

punción. Posteriormente, se aplicó anestesia local utilizando la técnica infiltrativa empleando 01 aguja corta 30G (0,3 x 21mm) y 02 tubos de Lidocaína al 2% con epinefrina previa asepsia y antisepsia, luego se colocó el campo operatorio estéril (Fig. 3). Utilizando un mango de bisturí N°3 y hoja N°15 se procedió a realizar una incisión alveolar sin descarga (marginal festoneada) a nivel de la pieza 51 (Fig. 4), para luego extraer esta pieza dentaria.

Previo el decolado mucoperiostico, se procedió a realizar una osteotomía conservadora (Fig. 5). Posteriormente, se realizó la exéresis del



Figura 7 A. Lecho óseo con presencia del folículo dental



Figura 7 B. Retiro del folículo



Figura 7 C. Curetaje conservador del lecho alveolar



Figura 7 D. Lecho óseo sin presencia de tejido conectivo



Figura 8. Control radiográfico Inmediato de la zona quirúrgica



Figura 9. Radiografía de control de la zona intervenida al mes de la cirugía realizada



Figura 10. Radiografía de control de la zona intervenida a los 3 meses de la cirugía realizada



**Figura 11 A.** Controles radiográficos a los 6 meses de la cirugía. Radiografía Cefalométrica para ubicación de la pieza 11



**Figura 11 B.** Radiografía periapical de la pieza 11 a los 6 meses de la cirugía



**Figura 11 C.** Radiografía Panorámica. A los 6 meses se observan diferencias en la posición entre tomas, el proceso eruptivo de la pieza 11 aún se encuentra a nivel intraóseo

odontoma, encontrándose 3 dentículos (Fig. 6). Se efectuó un curetaje cuidadoso de la zona; y, lavado alveolar con suero fisiológico (Fig. 7). Un control radiográfico de la zona intervenida fue realizado con la finalidad de corroborar el éxito en el retiro de los dentículos, luego, la sutura fue realizada con ácido poliglicólico 4/0 (Fig. 8); y, se indicó medicación antiinflamatoria y analgésica mediante el uso de antiinflamatorios no

esteroideos como el Ibuprofeno en baja dosis por un periodo de 4 a 5 días vía oral, combinado con una sola dosis de antiinflamatorio no esteroideo y analgésicos de depósito. Se dieron indicaciones post operatorias como el uso de líquidos helados y/o compresas sobre el área quirúrgica las primeras horas, dieta blanda por dos días, evitar ejercicios físicos y esfuerzos y el uso de un colutorio bucal a base de clorhexidina por 7

días; no se indicaron antibióticos profilácticos. El control clínico y radiográfico post operatorio de la zona intervenida fue realizado al mes (Figura 9), a los 3 (Figura 10) y 6 meses de la cirugía para controlar la evolución y medir el proceso eruptivo (Figura 11A, 11B y 11C). Durante estos controles se evaluó la demora en la erupción; encontrándose una evolución favorable del tratamiento realizado. Posteriormente, se sugirió iniciar un tratamiento ortodóntico para facilitar las mejores condiciones para la erupción de la pieza 11.

## DISCUSIÓN

Los odontomas son tumores odontogénicos benignos y suelen diagnosticarse en pacientes jóvenes durante un examen radiográfico de rutina. Aproximadamente el 70% de los casos están asociados a la impactación o mala posición de los dientes, así como malformaciones, reabsorción de los dientes adyacentes<sup>12</sup>. En pacientes en edades muy tempranas, el odontoma compuesto se puede asociar con alteración de la erupción dentaria, con posible impactación de piezas permanentes y retraso en la erupción dental,<sup>13-17</sup> en el presente reporte de caso se observó que la paciente presentaba retraso de la erupción de la pieza 11 y permanencia de la pieza 51.

Cheng y col.<sup>14</sup> reportaron que los odontomas compuestos se presentan con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino con una relación 1,67:1 (hombre: mujer). Los resultados de esta investigación mostraron que la incidencia de odontomas en los 1280 pacientes pediátricos evaluados fue de 1,25%; y, el rango de edad de los pacientes fue de 6 a 17 años. Además, la localización más frecuente de los odontomas fue la región maxilar anterior, asociándose frecuentemente con un diente permanente

impactado<sup>14</sup>. Los odontomas compuestos son normalmente asintomáticos, pero también pueden presentarse con dolor (13,3%) e hinchazón (8,9%).<sup>18</sup> Asimismo, la localización preferida de odontomas compuestos es en la zona anterior del maxilar superior (81,8%)<sup>4,8</sup>. En nuestro caso el odontoma compuesto se localizó en zona de la pieza 11 y no presentó sintomatología dolorosa, solo la alteración del proceso eruptivo.

Con respecto al abordaje quirúrgico, los estudios refieren evitar las descargas tipo Newman y ser conservadores cuidando las estructuras anatómicas adyacentes<sup>19-21</sup>. En el presente reporte de caso se optó por la técnica conservadora de exéresis del contenido y enucleación de la cápsula fibrosa del odontoma por vía alveolar desde el lugar de la extracción de la pieza primaria evitando así la descarga. Esta misma técnica quirúrgica conservadora la reportaron Martinovic-Guzmán y col.<sup>20</sup> en dos casos clínicos que constaron de la exéresis del odontoma compuesto preservando al máximo el hueso alveolar, permitiendo así la erupción normal del diente impactado, o bien su posterior tracción ortodóntica.

Por otro lado, Zidane y col.<sup>22</sup> realizaron un reporte de caso de una paciente de 12 años que presentaba un odontoma compuesto localizado en la zona de la pieza 71, con retraso de la erupción de la pieza 31. El abordaje quirúrgico fue mínimamente invasivo, realizándose la exodoncia de la pieza 71, luego la enucleación del tumor; y, finalmente se retiraron 21 dentículos<sup>22</sup>. Se recomienda que el abordaje quirúrgico de elección sea la excisión conservadora, dependiendo del tamaño y localización del odontoma. La tasa de recidiva una vez enucleado es muy baja,<sup>21</sup> pero diferentes estudios sugieren que en pacientes pediátricos de temprana edad son necesarios controles

periódicos y un minucioso seguimiento del caso, implementando la ortodoncia interceptiva si es necesario para prevenir futuras maloclusiones. La presencia de odontomas compuestos asociados a los dientes impactados requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento de extirpación quirúrgica

mínimamente invasiva o conservadora para evitar alteraciones de la erupción y futuras maloclusiones. Es de vital importancia la conservación de estructuras anatómicas nobles y el control radiográfico postoperatorio garantizará el éxito del procedimiento clínico.

## CONCLUSIONES

En el presente reporte de caso, el diagnóstico precoz y el abordaje quirúrgico conservador del odontoma compuesto fueron importantes para prevenir la retención y falta de erupción de las piezas permanentes en un paciente pediátrico de 9 años. El control clínico y radiográfico después de 6 meses de seguimiento mostró un resultado favorable del tratamiento realizado. En este caso de impactación de los incisivos, el tamaño y la localización del odontoma permitió un abordaje alveolar que simplificó el procedimiento quirúrgico.

**Conflicto de Intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Fuente de Financiamiento:** Autofinanciado.

**Contribuciones de los autores:** Todos los autores contribuyeron a este manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Satish V, Prabhadevi MC, Sharma R. Odontome: a brief overview. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2011;4(3):177-85. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1106.
2. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slookweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. IARC: Lyon, 2017; p. 224-6.
3. Siriwardena BSMS, Crane H, O'Neill N, et al. Odontogenic tumors and lesions treated in a single specialist oral and maxillofacial pathology unit in the United Kingdom in 1992-2016. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019;127(2):151- 66.
4. Levi-Duque F, Ardila CM. Association between odontoma size, age and gender: multivariate analysis of retrospective data. *J Clin Exp Dent.* 2019;11(8):e701-6. doi: 10.4317/jced.55733.
5. Akerzoul N, Chbicheb S, El Wady W. Giant complex odontoma of mandible: a spectacular case report. *Open Dent J.* 2017;11:413-9. doi: 10.2174/1874210601711010413.
6. Kämmerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, et al. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth – a retrospective multicentre study and literature review. *Clin Oral Investig.* 2016;20(7):1827-35. doi: 10.1007/s00784-015-1673-3.
7. Troeltzsch M, Liedtke J, Troeltzsch V, Frankenberger R, Steiner T, Troeltzsch M. Odontoma-associated tooth impaction: accurate diagnosis with simple methods? *Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(10):e516-20. doi: 10.1016/j.joms.2012.05.030.
8. Neville BW, Douglas DD, Cal MA, Angela CC. *Oral and Maxillofacial Pathology: Odontogenic Cysts and Tumors.* St. Louis, USA: Elsevier, 2016; p. 674-5.
9. Maltagliati, A., Ugolini, A., Crippa, R., Farronato, M., Paglia, M., Blasi, S., & Angiero, F. (2020). Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. *European journal of paediatric dentistry*, 21(3), 199–202. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.03.08>.
10. 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* 2012;70:1358-61.
11. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent* 2005;15:37-43.
12. Maltagliati A, Ugolini A, Crippa R, Farronato M, Paglia M, Blasi S, Angiero F. Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. *Eur J Paediatr Dent.* 2020 Sep;21(3):199-202.
13. Mazur M, Di Giorgio G, Ndokaj A, Jedliński M, Corridore D, Marasca B, Salucci A, Polimeni A, Ottolenghi L, Bossù M, Guerra F. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. *Children (Basel).* 2022 Oct 2;9(10):1509
14. Cheng FC, Yu-Fong Chang J, Chen MH, Chen YC, Chen HY, Wang YL, Chiang CP. Radiographic characteristics of odontomas in patients in the National Taiwan University Children's Hospital. *J Dent Sci.* 2023;18(1):392-399.
15. Conti G, Franchi L, Camporesi M, Defraia E. Treatment protocol for the impaction of deciduous maxillary anterior teeth due to compound odontoma. *Eur J Paediatr Dent* 2012;13:337-41.
16. 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* 2012;70:1358-61
17. Isola, G.; Ciccù, M.; Fiorillo, L.; Matarese, G. Association between odontoma and impacted teeth. *J. Craniofac.* 2017, 28, 755–758.
18. Preoteasa, C.T.; Preoteasa, E. Compound odontoma-morphology, clinical findings and treatment. *Case Report. Rom J. Morphol Embryol* 2018, 59, 997–1000.
19. Vázquez Diego J, Gandini Pablo C, Carbajal Eduardo E. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Av. Odontostomatol* 2008; 24 (5): 307-312.
20. Martinovic-Guzmán Gonzalo, Santorcuato-Cubillos Bernardita, Juan Pablo, Plaza-Álvarez Carlos, Raffo-Solari Jerko. Odontoma Compuesto: Diagnóstico y Tratamiento Reporte de Casos & Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.* . 2017;11( 4 ): 425-430.
21. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 Nov 1;13(11)
22. Zidane FE, Azzouz Y, Fawzi R. Surgical management of compound odontoma associated with unerupted tooth: a case report. *Pan Afr Med J.* 2022 Oct 28;43:108.