

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Tres casos de odontomas

### Three cases of odontoma

Dr. Salvador Javier Santos Medina\*, Dra. Haideé Tamara Díaz Méndez\*\*, Dra. Giselle Ávila Chiong\*\*\*

\*Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo-Facial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Investigador Agregado. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas". \*\*Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Policlínico "28 de Septiembre". Vázquez. \*\*\*Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Aspirante a Investigador. Profesora Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Héroes de Bolivia", Las Tunas. Cuba. **Correspondencia a:** Dr. Salvador Javier Santos Medina, correo electrónico: salvaj@ltu.sld.cu.

### RESUMEN

Los odontomas son los tumores odontogénicos más comunes, casi siempre se diagnostican accidentalmente, en exámenes radiográficos; pueden sospecharse al retardar el brote dentario o producir maloclusiones. Se clasifican en odontomas compuestos y complejos, ambos constituidos por estructuras dentales como: esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar. Su eliminación quirúrgica y la biopsia es el tratamiento de elección. El propósito de este trabajo es reportar tres casos de pacientes atendidos en el Hospital Pediátrico de Las Tunas, todos remitidos previamente por el ortodoncista. El primero, tipo compuesto, en un escolar de 9 años de edad, masculino, asociado a un 31 retenido; el segundo caso se trata de un gran odontoma complejo en una escolar de 11 años de edad, femenina, que produjo interferencia en el brote del 11 y el tercero compuesto; en un escolar de 10 años, masculino, en la línea media entre 11 y 21, con producción de diastema y brote del 12 por palatino. De ellos uno fue descubierto por un examen radiográfico de rutina y los otros dos sospechados por la maloclusión secundaria; todos se trataron quirúrgicamente. Estos casos demuestran la frecuencia de estos tumores en la cavidad bucal y la importancia de la realización de exámenes clínicos y radiográficos para su detección y tratamiento precoz, así como la importancia de la interrelación entre el ortodoncista y el maxilofacial en la resolución satisfactoria de esta entidad.

**Palabras clave:** ODONTOMA COMPUESTO; ODONTOMA COMPLEJO; TUMORES ODONTOGÉNICOS.

**Descriptor:** ODONTOMA; TUMORES ODONTOGÉNICOS; NEOPLASIAS.

### SUMMARY

Odontomas are the most common odontogenic tumors, usually diagnosed accidentally in radiographic examinations; they can be suspected when there are retarded tooth buds or malocclusions. They are classified as composite and complex odontomas, both types made up of dental structures such as dental enamel, dentin, cement and pulp tissue. Their surgical removal and biopsy are recommended. The purpose of this work is to report 3 cases of patients assisted in the Pediatric Hospital of Las Tunas, all of them referred by the orthodontist. The first case was composite type, in a 9-year-old male child, associated to a retained 31; the second case was an 11 year-old female patient with a great complex odontoma that interfered with the normal bud of tooth 11 and the third one was a 10-year-old male patient, with a composite odontoma in the middle line between 11 and 21 that produced a diastema and bud of the 12 tooth through the palate. Out of all the cases, 1 was found out as a result of a routine radiographic examination and the other two were suspected because of a secondary malocclusion; all of them underwent surgical treatment. These cases show the frequency of those tumors in the buccal cavity and the importance of clinical and radiological examination for their early detection and treatment, as well as the relationship between orthodontists and maxillofacial surgeons for the satisfactory solution of the entity.

**Key words:** COMPOUND ODONTOMA; COMPLEX ODONTOMA; ODONTOGENIC TUMOR.

**Descriptors:** ODONTOMA; ODONTOGENIC TUMORS; NEOPLASMS.



## INTRODUCCIÓN

El término "odontoma" fue introducido en 1867 por Broca; es una lesión que constituye el tumor odontogénico más común; representa entre el 51 % y el 67 % de todos los tumores odontogénicos y se caracteriza por ser benigno, mixto, constituido por tejido epitelial y mesenquimático, con una completa diferenciación de tejidos dentarios (esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar). (1, 2)

La última clasificación de la Organización Mundial de la Salud del 2005 reconoce dos tipos de odontomas: el complejo, cuando estos elementos se encuentran de forma desordenada; y el compuesto, si se hallan en relación organizada y preservando la arquitectura normal de los tejidos que lo componen. Ambos tipos poseen una cápsula de tejido conectivo a su alrededor, similar a la del folículo que rodea a un diente normal. En general, son más frecuentes en el maxilar que en la mandíbula. Los compuestos normalmente se localizan en el sector anterior del maxilar, mientras que los complejos en el sector posterior de la mandíbula. (1, 3)

Otras localizaciones informadas son para los complejos en las zonas de segundos y terceros molares inferiores, además de reportes en el seno maxilar y rama mandibular. (4, 5)

Se detectan como hallazgos radiográficos al presentar un crecimiento lento y asintomático. Algunos autores los consideran como hamartomas, y no verdaderas neoplasias, al alcanzar tamaños limitados. En ocasiones algunos signos y síntomas sugieren su presencia, tal es el caso de dientes supernumerarios, ausentes o impactados, maloclusión dentaria, o procesos inflamatorios o infecciosos en relación a ellos. (6, 7)

En la imagen radiográfica presentan límites bien definidos, sin forma específica, aspecto radiopaco y apariencia de masa irregular desorganizada en el odontoma complejo y en el compuesto, varias formaciones radiopacas que semejan dentículos. (7, 8)

Deben diferenciarse de otras patologías, como el osteoma, displasia cemental periapical, tumor odontogénico epitelial calcificante y la osteomielitis esclerosante focal. (9)

La etiología es desconocida y en ella se han implicado diferentes factores como los traumatismos, las infecciones, las mutaciones genéticas (síndrome de Hermmann, la enfermedad de Tangier, el nevus de células basales, el síndrome de Gardner y la adenomatosis colónica familiar); la hiperactividad odontoblástica o las alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario. La mayor parte de estos tumores se descubren durante la 2º y 3º década de la vida y no tienen una clara predilección por el sexo. (1, 10)

El tratamiento es la enucleación quirúrgica, que constituye una herramienta tanto terapéutica como diagnóstica, ya que la confirmación se realiza mediante el estudio histopatológico de la lesión extirpada. Con el tratamiento quirúrgico adecuado las recidivas son poco frecuentes. (1, 3, 7, 8)

En la consulta de maxilofacial del hospital pediátrico "Mártires de Las Tunas", se han diagnosticado varios casos de odontomas, por lo general remitidos de la consulta de ortodoncia. Con el propósito de dar a conocer tres de estos casos, al no encontrar reportes en la literatura en Las Tunas, se realizó el presente trabajo.

## PRESENTACIÓN DEL CASO 1

Escolar masculino, blanco, de 9 años de edad, que acudió a consulta de Cirugía Máxilo Facial remitido por el ortodoncista, al presentar apiñamiento dentario en el sector anteroinferior con ausencia clínica del 31, sin otra sintomatología.

Rx periapical: se observa 31 retenido desplazado internamente, con imagen sobre su corona radioopaca, que impresiona varias estructuras dentarias completamente formadas.

Se diagnosticó como un odontoma compuesto en relación al 31 retenido y se realizó exéresis quirúrgica de ambos (**figura 1**).

**FIGURA 1. Vista del defecto en la mandíbula y pieza quirúrgica que muestra el 31 retenido con múltiples formaciones dentarias pequeñas hacia la corona**



### PRESENTACIÓN DEL CASO 2

Escolar femenina, blanca, de 11 años de edad, que acudió a consulta de Cirugía Máxilo Facial remitida por el ortodoncista al presentar ausencia clínica del 11, con la evidente afectación estética y aumento de volumen duro hacia la zona palatina (**figura 2**).

**FIGURA 2. Se detecta la ausencia clínica del 21**



Rx periapical: se observa 11 con inclinación mesial e impactado contra el 21; se observa superposición de una imagen compacta, amorfa y difusa radioopaca, que se proyecta sobre el 11 (**figura 3**).

**FIGURA 3. Se observa la zona difusa radioopaca superpuesta al 21 retenido**



Se diagnosticó como un odontoma complejo en relación al 21 retenido y se trató con exéresis quirúrgica, en un primer tiempo del odontoma y posterior evolución clínica y radiográfica del 21, al quedar muy debilitado su soporte óseo. Se colocó mantenedor de espacio funcional por ortodoncia (**figura 4**).

### PRESENTACIÓN DE CASO 3

Escolar masculino, blanco, de 10 años de edad, que acudió a consulta de Cirugía Máxilo Facial remitido por el ortodoncista, al presentar brote del 12 por palatino, con diastema entre 11 y 21 y aumento de volumen discreto de la tabla vestibular a ese nivel (**figura 5**).

Rx periapical: se observa en la línea media del maxilar, entre las raíces de 11 y 21, múltiples zonas pequeñas radioopacas, delimitadas por un halo radiolúcido (**figura 6**).

**FIGURA 4. Bien delimitada su ubicación palatina, desplazando al 21 hacia vestibular**



**FIGURA 5. Se nota el diastema anterior y el aumento de volumen por vestibular**



**FIGURA 6. Se observan múltiples zonas radioopacas pequeñas en la línea media**



Se diagnosticó como un odontoma compuesto, con el 12 ectópico por palatino, se realizó la exéresis quirúrgica del odontoma y se remitió a ortodoncia para cerrar el diastema y ubicar el 12 en el arco.

En los tres casos se obtuvo diagnóstico definitivo mediante estudio histopatológico, de odontoma compuesto para los casos 1 y 3 y complejo, para el 2. La evolución clínico-radiográfica por 2 años ha sido favorable, sin recidivas.

**FIGURA 7. Se observa la gran cantidad de formaciones dentarias pequeñas**



## DISCUSIÓN

Los odontomas son considerados por varios autores como los tumores odontógenos de mayor frecuencia de aparición, varios autores confirman estos resultados, como Hidalgo, Quintana, Santana y Serra. (6-8, 10)

Los odontomas compuestos son los más frecuentes, reportados en la literatura en una proporción de 3:1, tienen preferencia por ubicarse en la zona anterior del maxilar o la mandíbula, resultado similar se expuso en este trabajo y coincide con varios estudios, como lo presentado por Perales en un niño de 6 años en el maxilar anterior. (11) Hidalgo, reporta que el 63,1 % de los casos estudiados se correspondían con odontomas compuestos y el 56 % con ubicación en la región anterior. (10)

Quintana, en la Habana, obtuvo que el 67,4 % de los odontomas se encontraran en el maxilar, resultado similar obtuvo Ronaldo, ambos trabajos avalan lo encontrado en Las Tunas. (6, 12)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Vázquez Diego J, Gandini Pablo C, Carbajal Eduardo E. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Av Odontoestomatol* [revista en internet]. 2008, Oct [citado 18 de marzo 2015]; 24(5): 307-312. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852008000500002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000500002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852008000500002>.

Del Valle cita a Shafer, quien reporta la realización de estudios por Budnick (1976) de 149 casos de odontoma (76 complejos y 73 compuestos), en los cuales la edad promedio fue de 14,8 años, siendo la segunda década de la vida el período predominante para el diagnóstico y tratamiento, presentándose 67 % de los casos en el maxilar y 33 % en la mandíbula. (13)

La mayoría de los autores coinciden en que la edad media de diagnóstico es en la segunda y tercera década de la vida, con un rango de edad que varía desde los 6 a los 46 años. (1, 3, 7) Los casos presentados se encuentran dentro de este rango, aunque con una media alrededor de los 10 años. Se plantea que los odontomas compuestos suelen diagnosticarse a edades más tempranas que los complejos, resultado que se obtuvo en esta investigación.

Del Valle, presenta un caso de un odontoma compuesto en la mandíbula en relación a un canino retenido, muy similar al caso 1 presentado en este trabajo, aunque en relación a un 31 retenido se confirma como uno de los sitios de preferencia de la entidad. (13)

La mayoría de los autores consultados plantean que los tamaños de los mismos son limitados, oscilan desde 1 a los 30mm, pudiendo estar en el caso de los compuestos formados hasta por 28 denticúlos de diferentes tamaños, es este el motivo principal porque se consideran asintomáticos y su diagnóstico muchas veces es rutinario a una radiografía, (3, 5, 8, 11) argumentos con los que los autores están de acuerdo.

Todo odontoma compuesto o complejo, debe ser extirpado quirúrgicamente, y en ocasiones genera diversas complicaciones locales, tales como retención dentaria, desplazamiento de piezas dentales, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas, tumorales tipo ameloblastoma, entre otras. En consecuencia, su diagnóstico y tratamiento oportuno garantizará la inexistencia de posibles secuelas y la no aparición de recurrencias.

En muchos casos compromete la erupción dentaria, y aunque no recidiva tras su enucleación, requiere tratamiento quirúrgico-ortodóncico, para la recolocación en la arcada del diente que ha retenido. (14)

Aspecto con el que se concuerda, la vinculación estricta de ortodoncia y el cirujano maxilofacial en un equipo multidisciplinario, para dar resolución a la problemática causada por estos tumores, es necesaria para éxito integral del tratamiento.

2. Kulkani V, Vanka A, Shashikiran N. Compound odontoma associated with unerupted rotated dilacerated maxillary central incisor. Contemporary clinical dentistry [revista en internet]. 2011 [citado 18 de marzo 2015]; 2(3): 218-21. Disponible en: MEDLINE Complete.
3. Lucas Aparicio J, Sánchez Sánchez R, Fernández Domínguez M, Puigdemasa Panadés E., Ruíz Jiménez A, Naval Parra B. Odontomas complejos. Cien Dent [revista en internet]. 2011 [citado 18 de marzo 2015]; 8(3): 205-11. Disponible en <http://www.clinicadentaldraloughney.com/pub/04.pdf>.
4. Leem TH, Kingdom TT. Radiology quiz case. Complex odontoma of the maxillary sinus. Arch Otolaryngol Head Neck Surg [revista en internet]. 2008 [citado 18 de marzo 2015]; 134(6): 667-8. Disponible en: <http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=408722>.
5. Banco Ballesteros G, Gneco Goenaga B, Lozano Toro F, Pérez Villa LS, Chaverra Arango MI. Odontoma compuesto maxilar, reporte de un caso y revisión de la literatura. Home Ediciones [revista en internet]. 2011 [citado 18 de marzo 2015]; 49(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/pdf/art14.pdf>.
6. Quintana Díaz JC, Álvarez Campos L, Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Quintana Giralt M. Comportamiento clínico-patológico de odontomas. Rev Cubana Estomatol [revista en internet]. 2012, Sep [citado 18 de marzo 2015]; 49(3): 215-222. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072012000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300004&lng=es).
7. Serra Serra G, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Erupted odontomas: A review of literature. Med oral Patol oral Cir Bucal [revista en internet]. 2009 [citado 18 de marzo 2015]; 14(6): 299-303. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/55835>.
8. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p 457.
9. Harris Ricardo J, Díaz Caballero A, Carbonell Muñoz Z. Odontoma compuesto. Una patología oral a considerar. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. [revista en internet]. 2010 [citado 18 de marzo 2015]; 7(1): 91-4. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4788164>.
10. Hidalgo O, Leco M, Martínez J. Metaanalysis of the epithemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [revista en internet]. 2008 [citado 18 de marzo 2015]; 13(11): 730-4. Disponible en: MEDLINE Complete.
11. Perales Sánchez BM, Aguiar Fuentes EG, Rodríguez Arámbula JC. Odontoma compuesto en paciente pediátrico. Rev Tamé [revista en internet]. 2013 [citado 18 de marzo 2015]; 1(3): 79-82. Disponible en: [http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_3/Tam133-04.pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_3/Tam133-04.pdf).
12. Ronaldo de Carvalho R, Wathson Feitosa de Carvalho R, Santana Santos T, Azoubel Antunes A, Linard Avelar R, de Souza Andrade E. Estudio clínico patológico de odontomas en una muestra de la población brasilera en un período de 15 años. Acta Odontol Venez [revista en internet]. 2010 [citado 18 de marzo 2015]; 48(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciserial&pid=001-6365ing=cg&nrm=iso>.
13. Del Valle Yépez Guillén J, Castillo C JL, Molina Barreto M. Odontoma compuesto mandibular. Rev MedULA [revista en internet]. 2009 [citado 18 de marzo 2015]; 18(2): 138-43. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/30694>.
14. Flores Ruiz R, Simón Sánchez E, Yáñez Vico RM, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. Odontoma compuesto asociado a un canino permanente inferior incluido. Gaceta Dental [revista en internet]. 2013 [citado 18 de marzo 2015]; 244: 120-7. Disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL\\_TODO=Odontoma+compuesto+asociado+a+un+canino+permanente+inferior+incluido](http://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=Odontoma+compuesto+asociado+a+un+canino+permanente+inferior+incluido).

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.