

## ASPECTOS CLÍNICOS

# Odontoma complejo mandibular

## PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los odontomas constituyen el grupo de tumores benignos más frecuentes (20-40%) dentro de los tumores odontogénicos<sup>1-3</sup>. Se originan a partir de células epiteliales y mesenquimales completamente diferenciadas, que forman tejidos duros semejantes a los del

POR IVÁN PÉREZ CORRAL,  
ÓSCAR ARIAS-IRIMIA,  
FERNANDO FERNÁNDEZ-CÁLIZ,  
CRISTINA BARONA DORADO  
Y JOSÉ M<sup>º</sup> MARTÍNEZ-GONZÁLEZ

diente (esmalte, cemento y, principalmente, dentina) constituyendo el odontoma<sup>1,2,4</sup>.

La OMS los clasifica en dos grupos, los odontomas compuestos, en los que los tejidos dentarios aparecen con un patrón bastante ordenado, de manera que se forman piezas múltiples en forma de dientes pequeños denominados denticulos; y los complejos, donde los tejidos dentarios aparecen igual que en los compuestos, pero con un patrón amorfo y desordenado, de manera que se observan tumores amorfas con contornos irregulares<sup>1-5</sup>.

Los odontomas compuestos son de aparición más frecuente que los complejos<sup>2,3,5,6</sup>. No tienen predilección por ningún sexo, y

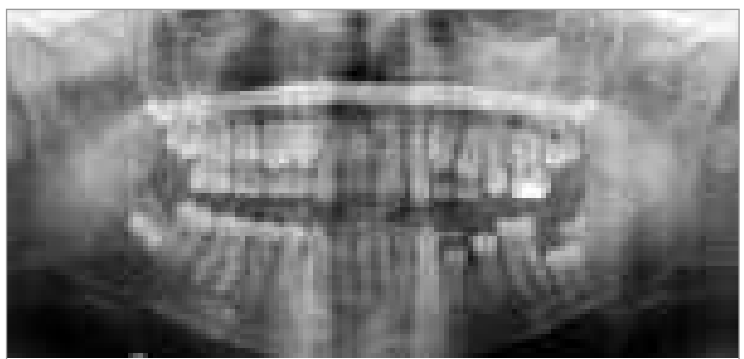


Fig. 1: Proyección panorámica en la que se aprecia una imagen radiodensa en el tercer cuadrante, en contacto con la cara oclusal del 37.

suelen aparecer entre la segunda y tercera década de la vida, siendo la localización más frecuente la zona de premolares y molares mandibulares para los complejos, mientras que los compuestos se presentan con mayor frecuencia en la zona de incisivos y caninos del maxilar<sup>1,4-7</sup>.

Su etiología es desconocida<sup>1-3,5-8</sup>, aunque existen diferentes autores que apoyan teorías como déficits nutricionales, traumatismos o factores genéticos que pueden favorecer la aparición de este tipo de patología<sup>3,9,10</sup>.

**Los odontomas compuestos son de aparición más frecuente que los complejos**

Con respecto a la clínica, los odontomas cursan de manera asintomática, ya que son indolores y su crecimiento es muy lento<sup>1-3,5</sup>. Su hallazgo suele ser casual mediante una radiografía de rutina<sup>1-4</sup>. Algunos signos clínicos que pueden hacer sospechar de la presencia de un odontoma son la ausencia del diente permanente (por interposición del mismo), persistencia de dientes temporales, tumoración local, presencia de grandes diastemas y/o malposiciones dentarias<sup>3,4,10</sup>.

Radiográficamente se observan como masas radiodensas, irregulares, bien delimitadas, desordenadas, sin similitud con estructuras dentarias, con un halo radiotransparente que se corresponde con una cápsula de tejido conectivo que rodea a los odontomas<sup>4,5,11</sup>.



Fig. 2: Situación clínica inicial en la que se observa la ausencia del 37.

Mediante pruebas radiológicas podemos alcanzar un diagnóstico de presunción, pero es imprescindible realizar un estudio anatomopatológico que nos proporcione un diagnóstico de certeza, ya que en muchas ocasiones resulta imposible diferenciar radiográficamente los odontomas de otro tipo de lesiones como el fibroma ameloblástico, odontameloblastoma, fibroodontoma ameloblástico, osteoma, fibroma osificante y cementoblastoma<sup>2,3,12</sup>.

El tratamiento debe ir encaminado a la exéresis completa de la tumoración, incluyendo la cápsula de tejido conectivo que la envuelve<sup>3,5,8,10,13</sup>. Resulta importante legar cuidadosamente la zona intervenida para evitar dejar restos de la cápsula que pudieran provocar la aparición de lesiones quísticas posteriores. El pronóstico tras la exéresis es muy favorable, con escasa probabilidad de recidiva<sup>14,15</sup>.

## Caso clínico

Paciente varón de 14 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestro servicio de cirugía bucofacial derivado por su odontólogo ge-

neral para valorar una imagen radiodensa, hallada en la radiografía panorámica y localizada en el tercer cuadrante (Fig. 1). Durante la anamnesis no se recogen datos de interés, salvo el retraso en la erupción de los segundos molares permanentes.

La exploración clínica intrabucal revela la ausencia del segundo molar inferior izquierdo, sin presencia de inflamación en la zona (Fig. 2). A la palpación no se aprecia ningún signo anormal.

La exploración radiográfica confirmó la presencia de una lesión radiodensa, rodeada de un halo radiotransparente, bien delimita-

da, en contacto con la cara oclusal del 37, al que impedía erupcionar. Debido a las características de la lesión, el diagnóstico de sospecha fue el de odontoma, que parecía interferir en la erupción del segundo molar.

Se informó al paciente y sus tutores de las características de la lesión y se recomendó la exéresis de la misma. Tras recibir el consentimiento informado, se realizó la desinfección intraoral con povidona yodada y la anestesia troncular mediante lidocaína al 2% y epinefrina 1/80000. Se procedió a la extirpación de la tumoración mediante una incisión festoneada lineal desde mesial del 36, con una descarga sobre el borde anterior de la rama ascendente mandibular izquierda, realizando un despegamiento mucoperiostico tanto hacia vestibular como hacia lingual, que permitió obtener una visión directa del odontoma en distal del 36 (Fig. 3). Con la ayuda de un botador de hoja estrecha se movilizó el odontoma para facilitar su exéresis con unas pinzas de forcipresión (Figs. 4 y 5). Se llevó a cabo un legrado cuidadoso para evitar dejar cualquier resto de la

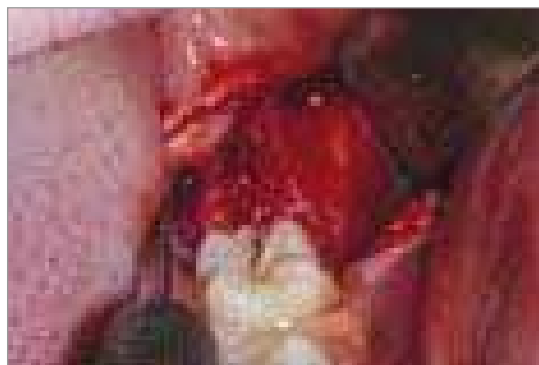


Fig. 3: Fase quirúrgica una vez realizado el despegamiento mucoperiostico que permite la visión directa del odontoma en distal del 36.

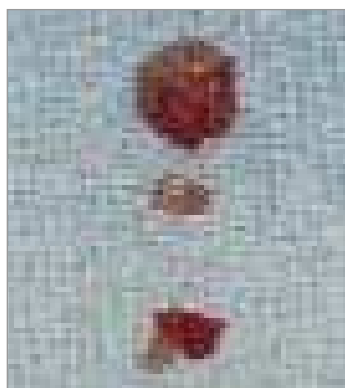


Fig. 4: Pieza quirúrgica.

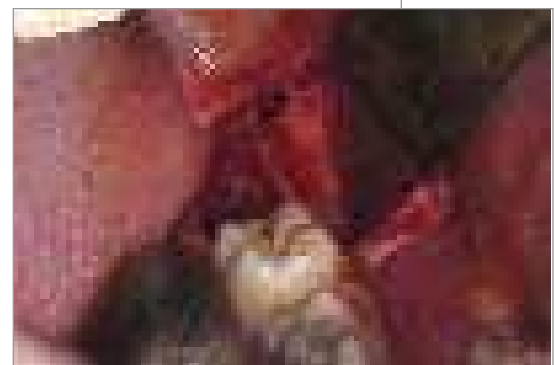


Fig. 5: Fase quirúrgica una vez realizada la exéresis del odontoma.

cápsula de tejido conectivo y así prevenir posibles recidivas, y se realizó el cierre de la herida quirúrgica con una sutura de seda de 3/0.

El tratamiento postoperatorio fue con amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 8 días. El postoperatorio transcurrió dentro de los límites de la normalidad, retirándose la sutura a los 7 días.

La muestra obtenida fue remitida al servicio de anatomía patológica, en un medio de formaldehído al 10%, para su estudio histológico, donde macroscópicamente se observaron varios fragmentos de consistencia pétreo que agrupados alcanzan 10 mm. de máximo. A nivel microscópico “los fragmentos se entremezclan de forma desordenada, tejido conjuntivo fibroso, tejido conjuntivo laxo mixoide, algunas trabéculas óseas irregulares, partículas de cemento y predominantemente, dentina. No existe proliferación celular anormal. No existe componente inflamatorio”. Emitiendo el diagnóstico anatomopatológico de “odontoma complejo”, confirmando el diagnóstico de presunción.

Transcurridos dos meses de la cirugía, se pudo comprobar radiográficamente que el 37 estaba erupcionando de manera espontánea. En la segunda revisión, a los 6 meses, el molar permanente ya podía observar-

se parcialmente erupcionado (Fig. 6).

### Discusión

Los odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes, siendo el odontoma compuesto el de mayor incidencia<sup>1-3,5-8</sup>. Normalmente, no provocan sintomatología y su hallazgo es casual en exámenes radiográficos de rutina como en este caso. Los odontomas se presentan con mayor frecuencia en la zona anterosuperior<sup>1-3,6,10,15</sup>, aunque hay autores que defienden una mayor presencia en la zona mandi-

firiendo en la erupción del diente permanente. Debemos tener en cuenta que existe un alto porcentaje de casos en los que se produce una erupción espontánea del diente retenido después de la exéresis de la lesión, principalmente en aquellos dientes en los que el ápice dentario no está completamente cerrado. Si, por el contrario, esta erupción no tuviese lugar, sería necesario realizar tracción ortodóncica<sup>17</sup>.

Los odontomas no suelen dar ningún tipo de sintomatología<sup>1,3,5,13</sup>, y al igual que en nuestro caso, el síntoma más habitual

## Existe un alto porcentaje de casos en los que se produce una erupción espontánea del diente retenido después de la exéresis de la lesión

bular posterior<sup>16</sup>, como en este caso, en el que el odontoma se localizó en la región del segundo molar mandibular.

En cuanto a la edad de diagnóstico, la mayoría de autores coincide en que el período más habitual es la segunda década de la vida<sup>1,2,13,15</sup>, pero señalan la importancia de realizar un diagnóstico temprano, sobre todo en casos como el que nos ocupa, en los que el odontoma está inter-

y el mayor motivo de consulta es la retención de dientes permanentes por interposición del odontoma<sup>1,2,5</sup>. Otro síntoma que puede aparecer es una tumorción local en la zona del odontoma, pero es poco frecuente, lo que hace que no se diagnostiquen hasta edades más avanzadas.

Como describen la mayoría de los autores<sup>1-3,5-8,10,13</sup>, en este caso se optó por la exéresis quirúrgica como tratamiento de elección para permitir la erupción del molar permanente al que impedía erupcionar, y se remitió la muestra al servicio de anatomía patológica para confirmar el juicio inicial de odontoma complejo.

Casos como éste demuestran que es necesario un diagnóstico y tratamiento precoces, que permitan la erupción espontánea de

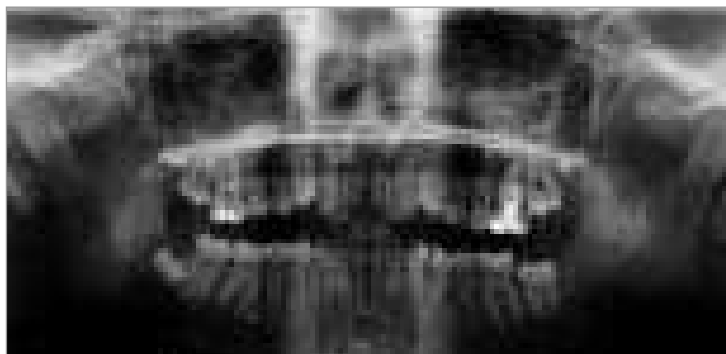


Fig. 6: Proyección panorámica a los 6 meses de la exéresis del odontoma complejo.

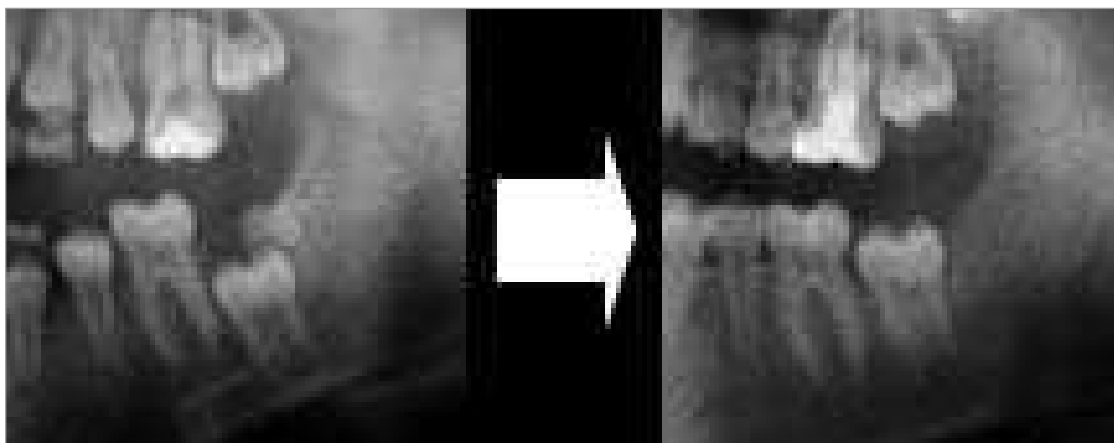


Fig. 7: Evolución

## Transcurridos dos meses de la cirugía, se pudo comprobar radiográficamente que el 37 estaba erupcionando de manera espontánea

un diente permanente retenido tras la exéresis de la lesión que interfiere en su erupción, siempre que se cumplan una serie de factores, como son una edad de diagnóstico temprana, la existencia de una correcta vía de erupción, y que los ápices dentarios del diente retenido estén abiertos. Si no existen estos factores, y la erupción no se produce, será necesaria la tracción ortodóncica. ■

### REFERENCIAS

- Serrano de Haro B, Martínez-González JM, Baca Pérez-Bryan R, Donado Rodríguez M. Estudio clínico epidemiológico de los odontomas. *Av Odontostomatol* 1992; 8: 689-698.
- Hidalgo Sánchez O, Leco Berrocal MI, Martínez-González JM. Meta-análisis sobre la epidemiología y clínica de los odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Nov 1; 13(5): 306-310.
- Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Med Oral* 2003; 8: 366-373.
- Kaneko M, Fukuda M, Sano T, Ohnishi T, Hosokawa Y. Microradiographic and microscopic investigation of a case of complex odontoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 131-134.
- García-Consuegra L, Junquera LM, Albertos JM, Rodríguez O. Odontomas. A clinical-histological and retrospective epidemiological study of 46 cases. *Med Oral* 2000; 5(5): 367-372.
- Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(7): 415-420.
- Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1.088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006; 64(9): 1343-1352.
- Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(6): 811-819.
- Oliveira BH, Campos V, Marcal S. Compound odontoma-diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent* 2001; 23(2): 151-157.
- Ferrer Ramírez MJ, Silvestre Donat FJ, Estelles Ferriol E, Grau García Moreno D, López Martínez R. Recurrent infection of a complex odontoma following eruption in the mouth. *Med Oral* 2001; 6(4): 269-275.
- Giunta JL, Kaplan MA. Peripheral soft tissue odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69: 406-411.
- Furst I, Pharoah M, Phillips J. Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57(5): 620-623.
- Patiño Illa C, Berini Aytés L, Sánchez Garcés MA, Gay Escoda C. Odontomas complejos y compuestos: Análisis de 47 casos. *Arch Odontostomatol* 1995; 11: 423-430.
- Ledesma Montes C, Perez Bache A, Garcés Ortiz M. Gingival compound. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996; 25(4): 296-297.
- Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr* 2005; 15(1): 37-43.
- Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997 Mar; 33: 86-99.
- Baca Pérez-Bryan R, López Carriches C, Alobera Gracia MA. Odontoma compuesto asociado a un incisivo inferior no erupcionado. *Odontoma compuesto*. *RCOE* 2008; 13(2): 171-174.

**Iván Pérez Corral y Óscar Arias-Irimia** son residentes del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital de Madrid.

**Fernando Fernández-Cáliz** es profesor del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital de Madrid.

**Cristina Barona Dorado** es subdirectora del Máster de Cirugía e Implantología del Hospital de Madrid.

**José M<sup>a</sup> Martínez-González** es jefe de Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial. Hospital de Madrid.