



Octubre - Diciembre 2023
Vol. 3, núm. 4 / pp. 176-180

Odontoma complejo. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Complex odontoma. Presentation of a case and review of the literature

Sarahi Delgado,* Carlos Olivares,* Dianis Adrián,* Henry García,* Mariana Villarroel,* Julio Tebres*

Palabras clave:

odontoma, odontoma compuesto, tumor odontogénico.

Keywords:

odontoma, compound odontoma, odontogenic tumor.

RESUMEN

Los odontomas son tumores benignos odontogénicos mixtos, compuestos por epitelio odontogénico y ectomesénquima odontogénico con formación de tejido duro dental. Representan 67% de los tumores odontogénicos, son de crecimiento lento y limitado, sin predominio de sexo, por lo regular asintomáticos y de aparición generalmente en la segunda y tercera década de la vida. Se clasifican en compuestos, complejos y mixtos de acuerdo con su configuración histológica, comportamiento radiográfico y presentación clínica. El diagnóstico es básicamente por hallazgo radiológico y estudio histológico y el tratamiento es la enucleación quirúrgica conservadora, son de buen pronóstico y generalmente no hay recidivas. Se presenta el caso de tumor óseo dental, diagnosticado como odontoma complejo de ubicación poco frecuente en un paciente femenino de 45 años, con el propósito de aumentar la casuística general y reforzar el manejo y conocimiento de los mismos, así como de los diagnósticos diferenciales.

ABSTRACT

Odontomas are benign, mixed odontogenic tumors, composed of odontogenic epithelium and odontogenic ectomesenchyme with formation of dental hard tissue. They represent 67% of odontogenic tumors, they are slow and limited in growth, without gender predominance, generally asymptomatic and generally appear in the second and third decade of life. They are classified as compound, complex and mixed according to their histological configuration, radiographic behavior and clinical presentation. The diagnosis is basically by radiological finding and histological study and the treatment is conservative surgical enucleation, they have a good prognosis and generally there are no recurrences. The case of a dental bone tumor is presented, diagnosed as a complex odontoma of rare location in a 45-year-old patient, with the purpose of increasing the general case mix and reinforcing the management and knowledge of them, as well as the differential diagnoses.

INTRODUCCIÓN

En 1867, Pierre Paul Broca propuso el término de odontoma para nombrar cualquier tipo de neoplasia que surgiera con crecimiento excesivo, transitorio o completo de tejido dental.¹

En la actualidad este concepto se ha restringido y, en 1971, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los definió como tumores odontogénicos mixtos, de naturaleza benigna, con un potencial de crecimiento lento y limitado, compuesto por epitelio odontogénico y ectomesénquima odontogénico con formación

de tejido duro dental. Este acúmulo celular constituye una gran masa de tejido dental que puede depositarse en disposición anormal, aunque está compuesta por esmalte normal, dentina, cemento y pulpa.¹⁻³

Desde el punto de vista epidemiológico, son considerados los tumores odontogénicos más frecuentes, aproximadamente 67% en el área bucal y maxilofacial e incluso otros autores como Pereira da Silva y colaboradores sugieren que 75% de los tumores odontogénicos benignos están representados por odontomas, ameloblastomas y mixomas.⁴

* Servicio de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

Recibido: 20/12/2023
Aceptado: 14/01/2024

doi: 10.35366/115738

Citar como: Delgado S, Olivares C, Adrián D, García H, Villarroel M, Tebres J. Odontoma complejo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2023; 3 (4): 176-180. <https://dx.doi.org/10.35366/115738>



Aparecen con mayor frecuencia en personas jóvenes, sobre todo en niños, pero se pueden diagnosticar a cualquier edad, especialmente antes de la segunda y tercera décadas de vida. No hay predominio de sexo y se ha observado una mayor incidencia en personas caucásicas (65%), en chinos (6 a 6.7%) y una baja tendencia en africanos.^{1,3}

Afectan por igual a maxilar y mandíbula, con un ligero predominio del hueso maxilar, y no tienen preferencia por sitio específico en la arcada, aunque con mayor frecuencia se presentan en el área de los terceros molares y los caninos superiores.¹

La patogenia no está clara, pero los traumatismos durante la dentición primaria, la herencia y las mutaciones genéticas se aceptan como posibles factores causales. Asimismo, su presencia puede ser asociada con la retención o alteración en la erupción de piezas dentales, maloclusión y desvitalización de dientes contiguos;^{1,3} también pueden manifestarse como parte de algunos síndromes: síndrome de Gardner, síndrome de Hermann, adenomatosis colónica familiar y síndrome del nevo de células basales.³

En 2005, la OMS clasificó los odontomas en compuestos y complejos con base en su configuración histológica, la presentación radiográfica y el comportamiento clínico. De esta manera, el odontoma compuesto se presenta como una malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios (esmalte, dentina, cemento y pulpa) con un patrón de distribución ordenado; la lesión consta de muchas estructuras similares a los dientes denominadas dentículos, mientras que el odontoma complejo es una malformación con presencia de todos los tejidos dentales, cada uno de ellos bien formado, pero dispuestos como una masa amorfa en un patrón desorganizado.^{2,3} En la última actualización (2017), se clasificaron como tumores odontogénicos benignos mixtos (epiteliales y mesenquimáticos): el odontogénico primordial (nueva entidad), el fibroma ameloblástico, el tumor dentinogénico de células fantasma y el odontoma compuesto y complejo.²

Clínicamente suelen ser asintomáticos y detectados en exploraciones radiográficas de rutina, el motivo de consulta más frecuente se relaciona con la erupción tardía de un diente permanente; pueden localizarse entre la corona de un diente no erupcionado y el vértice de la cresta, bloqueando así su erupción, en caso de estar presente en boca se puede ver como un cúmulo de dientes en el caso de odontoma compuesto, lo cual puede ser semejante a alguna malformación dental o a los dientes de Hutchinson que se encuentran en proceso de erupción.⁵

Las lesiones no son agresivas; aunque la mayoría de ellas mide entre 1 y 3 cm de diámetro, en ocasiones alguna alcanza un tamaño mucho mayor y provoca una importante asimetría maxilar. Por lo general, no causan deformidad facial, pero sí pueden desplazar órganos dentarios adyacentes. Es muy común encontrar órganos dentarios permanentes retenidos.^{3,6}

Histológicamente son considerados como hamartomas y no como verdaderas neoplasias, ambos tipos de odontomas, compuesto y complejo, pueden contener también epitelio reducido del esmalte, ameloblastos secretores y odontoblastos secretores. En el tejido conectivo circundante abundan los islotes de residuos odontogénicos y calcificaciones esféricas.³ En la histopatología las células de los tejidos del odontoma son normales, se caracterizan por presentar dentina primaria, esmalte calcificado e hipocalcificado, cemento inmaduro y una cápsula; se presenta un desorden en las moléculas extracelulares de la matriz en la mesénquima.⁷

El diagnóstico mayormente es radiológico y la imagen va a depender del estadio en que se encuentra, en estadios iniciales se observará como una imagen radiolúcida, ya que existe reabsorción ósea, en estadio intermedio hay calcificación parcial de los tejidos odontogénicos y se ve como una imagen radiolúcida-radiopaca, finalmente se alcanza el estadio más radiopaco, rodeado por una delgada capa radiolúcida al completarse la calcificación de los tejidos dentales. Es destacable que la formación de los odontomas se inicia durante la infancia, coincidiendo con el desarrollo de la dentición natural.^{3,6}

El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica conservadora más la eliminación de la cápsula del tejido conjuntivo que lo rodea. Las recurrencias no han sido reportadas, sin embargo, la lesión puede volver a presentarse si no se retira completamente en una etapa temprana, ya que predominan porciones celulares no calcificadas que aumentan el riesgo de recurrencia.⁵⁻⁷

Se presenta el caso, de un paciente de 45 años, con hallazgo radiológico de tumoración ósea, cuyo diagnóstico histológico resultó ser odontoma complejo de ubicación poco frecuente, a fin de contribuir con la casuística de estos tumores y reforzar el manejo y conocimiento de estos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de 45 años, sin comorbilidades previas, con antecedente familiar importante de padre fallecido por cáncer bucal avanzado, quien refiere enfermedad actual de cinco meses de evolución, caracterizada por sintomatología dolorosa leve en zona posterior izquierda del maxilar (*Figura 1*), por lo cual es evaluada por odontólogo general, quien realiza ortopantomografía (*Figura 2A*) donde se observa imagen radiopaca, circunscrita de bordes bien definidos. Es referida a especialista en cirugía maxilofacial quien realiza evaluación de cavidad oral, solicita radiografía periapical corroborando (*Figura 2B*) la lesión.

Se decide llevar a mesa operatoria bajo anestesia local con lidocaína al 2%, con epinefrina 1:80,000 e incisión trapezoidal tipo Newman de espesor total para realizar osteotomía periférica, delimitación de la lesión, luxación con elevador recto acanalado hasta lograr avulsión para toma de biopsia excisional (*Figura 3*). La evaluación postoperatoria, tanto clínica como



Figura 1:

Fotografías clínicas preoperatorias.



Figura 2:

Imagenología preoperatoria.



Figura 3: Levantamiento del colgajo, osteotomía, enucleación, síntesis de tejidos.

radiológica, no evidencia persistencia de lesión, adecuada cicatrización de las heridas intraorales y ausencia de lesión radiológica observada en la imagenología (Figura 4).

Hallazgo histológico

Macroscópico: múltiples fragmentos de tejido duro de 1.0 × 1.0 × 1.5 cm de tamaño, forma oval, color amarillo, consistencia dura. Se incluye todo para estudio histológico (Figura 5A).

Microscópico: neoplasia benigna odontogénica mixta, conformada por masas de dentina y cemento, irregulares, que confluyen entre sí en un patrón sólido. No hubo evidencias de malignidad en el tejido estudiado (Figura 5B).

Conclusión diagnóstica: la correlación entre los hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos permiten concluir el diagnóstico como *odontoma complejo*.

DISCUSIÓN

Los odontomas son tumores benignos mixtos, compuestos por: epitelio odontogénico y ectomesénquima odontogénico con formación de tejido duro dental.⁵ Han existido desde la antigüedad, como lo menciona Sidney en 1935, al encontrar en excavaciones que datan de 500 a 1800 años a. C., un odontoma en el maxilar de un joven; Heródoto 479 años a. C. describe un esqueleto encontrado en la batalla de Platea, con dientes fusionados en una masa amorfa compuesta de tejidos dentarios calcificados.⁶

En la actualidad, la OMS los clasifica como tipo compuesto, el cual presenta morfodiferenciación e histodiferenciación y el odontoma tipo complejo que sólo presenta histodiferenciación.^{3,6} En los odontomas compuestos están representados todos los tejidos dentarios pero con más orden que el complejo, por lo cual la lesión está formada por numerosas estructuras semejantes a los dientes, con disposición del esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa como en las piezas dentarias; suelen estar localizados en la parte anterior de la boca, en la región de los incisivos del maxilar superior, habitualmente uniloculares, conteniendo estructuras radiopacas múltiples, rodeados de una banda de tejido conectivo, que da la fina banda radiolúcida en las radiografías. Por otro lado, los odontomas de tipo complejo, son malformaciones con representación de todos los tejidos dentarios pero dispuestos en forma desordenada, ubicados regularmente en la parte posterior de la mandíbula, en especial entre el segundo y tercer molar, seguido de la porción maxilar anterior, sobre dientes retenidos, pueden alcanzar un tamaño de hasta varios centímetros y dan un aspecto de masa radiopaca sólida con alguna nodularidad, también rodeados de zona radiolúcida, generalmente uniloculares y separados del hueso normal por una línea nítida de corticación.³ La variante compleja, menos frecuente que la compuesta, puede presentar un comportamiento mucho más expansivo.

El caso presentado, siendo un tumor de tipo complejo, difiere de la localización habitual, ya que se encontró ubicado en la porción posterior izquierda del maxilar superior, similar al caso descrito por Sánchez A y colegas en 2012, donde la lesión se ubicó en maxilar superior, fue de gran tamaño, extendiéndose hasta seno maxilar ipsilateral.⁶

Como se mencionó anteriormente la imagen radiológica va a depender del estadio de desarrollo y del grado de calcificación,³ motivo por el cual es difícil distinguir, sobre todo, el odontoma complejo en su etapa intermedia, donde se asemeja a otras lesiones, tales como: las lesiones fibro-óseas, el tumor odontogénico quístico calcificante, las displasias fibrosas y la osteomielitis crónica. En varios casos se encuentra asociado a otras patologías tales como el tumor odontogénico quístico calcificante o el tumor odontogénico adenomatoide.⁶

Desde el punto de vista clínico, el comportamiento fue similar a lo descrito en la literatura, ya que la paciente solo presentó leves molestias y la lesión fue evidenciada en la imagen radiológica.^{1-3,5,6}

En la literatura se describen tres presentaciones clínicas de los odontomas, intraóseos, extraóseos y erupcionados, siendo los intraóseos los de mayor frecuencia. En este caso la presentación fue intraósea y no se asoció con retención de dientes, lo cual se presenta en 16-61% de los casos. Hay

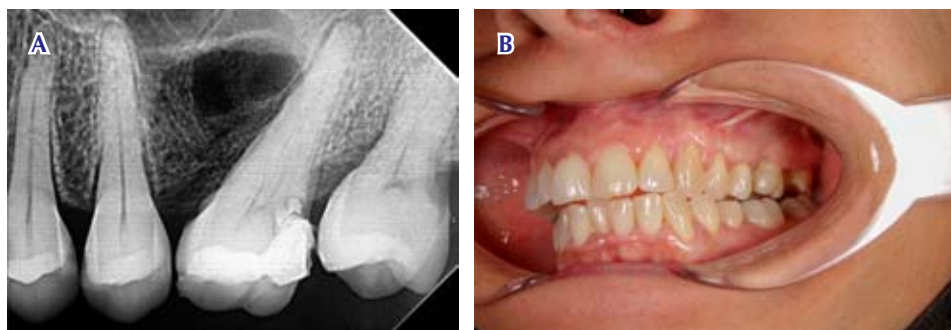


Figura 4:

- A) Radiografía postoperatoria.
- B) Fotografía clínica de control seis meses después.

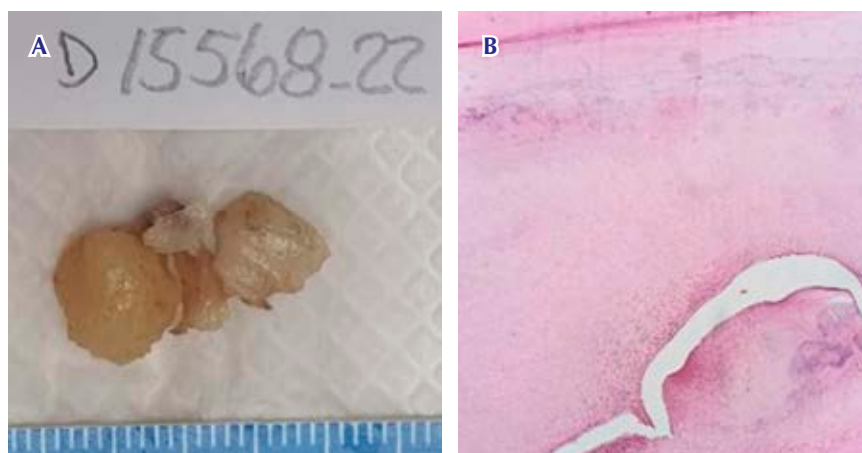


Figura 5:

- A) Muestra para estudio histopatológico.
- B) Imagen histopatológica.

descripciones de odontomas erupcionados en cavidad bucal, así como sinusitis maxilar crónica secundaria a la obstrucción de drenaje por un odontoma y un caso de un odontoma complejo localizado en la fosa nasal derecha, el cual causaba obstrucción nasal y sangrado.⁵

El diagnóstico definitivo, aunado al criterio clínico y radiológico, es el estudio histopatológico. En general están formados por esmalte, dentina, tejido pulpar y cemento, organizados en un patrón desordenado. Pueden encontrarse en la periferia de la lesión del tejido pulpar, cavidades y cordones del epitelio odontogénico, epitelio reducido del esmalte, ameloblastos secretores y odontoblastos secretores. En el tejido conectivo circundante abundan los islotes de residuos odontógenos y calcificaciones esféricas. Algunos casos presentan inflamación, folículo o quiste odontogénico, la presencia de epitelio odontogénico primitivo, epitelio ameloblástico (sobre todo en los odontomas complejos), tejido mesenquimal odontogénico, más frecuente en los de tipo compuesto, cementículos, áreas similares al fibroma ameloblástico y fibro-odontoma ameloblástico cerca de odontomas. Otros componentes son las células fantasmas, las cuales constituyen 20% de las células que se hallan en los odontomas.^{3,6} En la descripción histológica del caso presentado no se evidenció epitelio ameloblástico ni células fantasmas.

El tratamiento de elección consiste en la enucleación quirúrgica conservadora mediante la eliminación de la cápsula de tejido conjuntivo que lo rodea, preparando adecuadamente la muestra para el estudio histopatológico. En ocasiones es requerido el tratamiento ortodóncico para el reposicionamiento en la arcada del órgano dentario retenido. El pronóstico resulta por lo general favorable, con escaso índice de recidiva, aumentando esta probabilidad cuando se realiza la enucleación en el primer estadio de calcificación.²⁻⁸ En el caso de odontomas complejos de gran tamaño, se puede producir una expansión de las corticales óseas y una marcada asimetría facial, comprometiendo los pilares y arbotantes mandibulares y aumentando el riesgo de producir una fractura patológica, intraquirúrgica o postoperatoria. A este respecto se ha utilizado una placa de osteosíntesis rígida como refuerzo mandibular y su retiro en una segunda intervención, como lo menciona José Mariano Astigueta, en un paciente de 13 años, donde la evolución fue satisfactoria en un seguimiento de cinco años.²

CONCLUSIÓN

Los odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes, con variabilidad en su presentación, pueden detectarse con radiografías de rutina y realizar el tratamiento oportuno para evitar futuras complicaciones o alteraciones deformantes. El análisis histopatológico es indispensable para descartar asociación con algún otro tipo de tumor odontogénico y establecer diagnósticos diferenciales con otras entidades más complejas.

REFERENCIAS

1. Cuesta LMS, Saura ST, Estrada IM. Diagnóstico por imágenes de un odontoma complejo. Presentación de un caso. *Medicentro Electrónica*. 2022; 26 (1): 213-224.
2. Astigueta J, Muni G, Benítez J, Giannunzio G. Odontoma complejo. Resolución de caso con utilización de osteosíntesis rígida por riesgo de fractura mandibular. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2019; 107 (3): 95-102.
3. Falkinoff PE, Reig ELG. Los odontomas y sus implicancias. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2019; 107 (1): 19-24.
4. da Silva Barros CC, da Silva LP, Gonzaga AKG, de Medeiros AMC, de Souza LB, da Silveira ÉJD. Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population. *Clin Oral Investig*. 2019; 23 (4): 1587-1593.
5. Thistle L, Muela BD, Martina C. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. *Rev Odont. Mex*. 2016; 20 (4): 272-276.
6. Sánchez VA, Liceaga ECJ. Odontoma complejo de tamaño inusual. Revisión de la literatura y reporte de un caso. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac*. 2012; 8 (3): 103-109.
7. Harris RJ, Rebolledo CM, Díaz CA, Carbonell MZ. Odontoma serie de casos: Revisión de literatura. *Av Odontostomatol*. 2011; 27 (1): 25-32.
8. Basov K, Jiménez P, Pérez L, Franco H. Odontoma: actualización, revisión de conceptos, y consideraciones para su tratamiento a propósito de un caso. *ODOUS Científica*. 2022; 22 (2): 127-134.

Correspondencia:

Sarahi Delgado

E-mail: odsarahidelgado@gmail.com