

Odontoma mandibular inusual y su resolución. Reporte de un caso

Unusual mandibular odontoma and its resolution. Case report

Presentado: 31 de mayo de 2021

Aceptado: 30 de junio de 2022

Publicado: 1 agosto de 2022

Graciela I. Mendez,  Ariel R. Di Bella,  Santiago Di Pascuale,  Christian Schröh,  Agustina Masotto 

Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón", Servicio de Odontología, División de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: El odontoma es una lesión hamartomatosa benigna formada por tejido dentario (cemento, esmalte, pulpa). Según su grado de diferenciación podrá ser clasificado en sus dos variantes: compuesto y complejo en una relación 2:1. El objetivo de este artículo es presentar un odontoma mixto de gran tamaño de localización mandibular y su resolución quirúrgica.

Caso clínico: Se describe el caso de un paciente masculino de 16 años de edad, portador de ortodondia, que presenta un odontoma mixto de gran tamaño de localización mandibular y su resolución quirúrgica utilizando planificación 3D y confección de placa de titanio customizada.

Palabras clave: Anomalía dentaria, odontoma, odontoma complejo, odontoma compuesto, tumores odontogénicos.

Abstract

Aim: Odontoma is a benign hamartomatous lesion formed by dental tissue (cementum, enamel, pulp). According to its degree of differentiation, it can be classified in its two variants: compound and complex in a 2:1 ratio. The objective of this article is to present a large mixed odontoma of mandibular location and its surgical resolution.

Clinical case: A 16-year-old male patient with orthodontics, who presents a large mixed odontoma with mandibular location and its surgical resolution using 3D planning and customized titanium plate fabrication.

Key words: Complex odontoma, compound odontoma, odontogenic tumors, odontoma, tooth abnormalities.

Introducción

El término odontoma fue introducido en el año 1867 por Pierre Paul Broca para designar al tumor *benigno de los dientes*.¹ Deriva del griego *odon* (dientes) y *oma* (masa). Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS)² clasifica al odontoma dentro de los tumores odontogénicos compuestos por epitelio y ectomesenquima odontogénico, con o sin formación de tejidos dentales mineralizados. Es una lesión hamartomatosa benigna formada por tejido dentario (cemento, esmalte, pulpa); según su grado de diferenciación podrá ser clasificado en sus dos va-

riantes: compuesto y complejo en una relación 2:1.³

El odontoma compuesto presenta tanto morfo-diferenciación como histodiferenciación, mientras que en el odontoma complejo solo se observa histodiferenciación. Ambos tipos pueden presentarse en un mismo tumor. La etiopatogenia no está aún bien definida, pero los traumatismos durante la dentición primaria, la herencia y las mutaciones genéticas se aceptan como posibles factores etiológicos.

Epidemiológicamente, los odontomas son la lesión odontogénica no quística más frecuente, re-

presentan entre el 35 y el 76% de todos los tumores odontogénicos; en su mayoría se presentan entre la primera y segunda década de la vida, asociados a una pieza dentaria que no erupcionó. Son más frecuentes en el área incisivocanina del maxilar superior (67%), seguida de la zona posteroinferior mandibular (33%). La distribución del odontoma según el sexo ha sido reportada de manera disímil en diferentes estudios, pero en publicaciones recientes se menciona que el odontoma compuesto presenta igual distribución en ambos sexos, mientras que el complejo es más frecuente en el varón (68%).⁴ El odontoma representa una lesión asintomática, que frecuentemente es descubierta en un estudio radiográfico de rutina.

El objetivo de este artículo es presentar un odontoma mixto de gran tamaño de localización mandibular y la novedosa resolución quirúrgica que fue empleada debido a las dimensiones de la lesión.

Caso clínico

Se presenta el caso de un odontoma mixto que requirió de un tratamiento radical e invasivo debido a su gran tamaño. Un paciente masculino de 16 años de edad fue derivado por su ortodoncista tras descubrir mediante una radiografía panorámica de rutina una masa radiopaca en el sector posteroinferior derecho. Su historial médico no revelaba antecedentes sistémicos.

En la exploración extraoral se advirtió un aumento de volumen en la región de ángulo y cuerpo mandibular submaxilar derecho, y también prognatismo mandibular.

En el examen intraoral se observó un abombamiento de las tablas lingual y vestibular en el sector posteroinferior derecho, que coincidía con el hallazgo radiográfico a ese nivel. Se registró además apiñamiento dentario anteroinferior, mordida abierta anterior, contactos dentarios en clase III y ausencia clínica de terceros molares y de la pieza dentaria 47. A nivel de la mucosa alveolar posterior derecha se observaron áreas queratinizadas, causadas por el trauma que generan los dientes superiores al ocluir sobre la mucosa que recubre la región (fig. 1).

Al estudiar la radiografía panorámica se advirtió en el sector posterior derecho mandibular una lesión mixta de contorno definido radiolúcido, en cuyo interior aparecían aros radiopacos con aspecto de dentículos; y se extendía desde el ápice de la pieza dentaria 45 hasta la rama mandibular, desplazando la pieza dentaria 47 hacia la basal mandibular. La tomografía computada permitió conocer las dimensiones de la lesión: un diámetro mesiodistal de 5,93 cm y vestibulolingual de 3,69 cm (fig. 2).

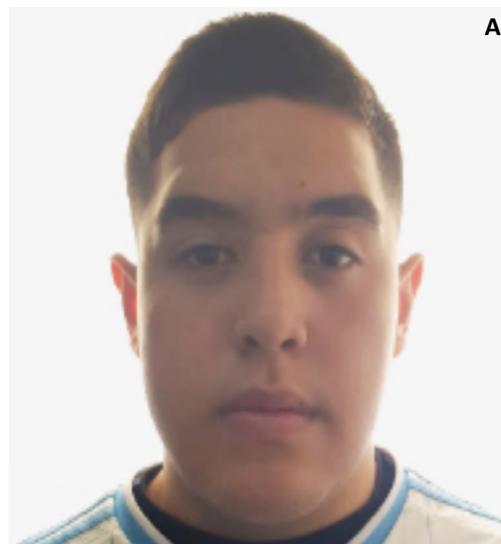


Figura 1. A: Exploración extraoral: Paciente con asimetría facial. (El paciente autorizó la publicación de su imagen.) **B:** Exploración intraoral: Ausencia de la pieza 47 y abombamiento de las tablas vestibular y lingual. Mucosa alveolar posterior mordisqueada (con impronta de mordida).

Una vez concluido el análisis clínico y el estudio por imágenes, se procedió a efectuar una toma de biopsia mediante la utilización de una trefina (fig. 3), obteniendo el diagnóstico anatomopatológico de odontoma compuesto (fig. 4).

Se realizó un ateneo quirúrgico, donde se decidió tratar la lesión mediante la enucleación y la colocación de una placa customizada e injertos de cresta ilíaca con el objetivo de reconstruir la tabla externa y evitar fracturas postoperatorias.^{5,6}

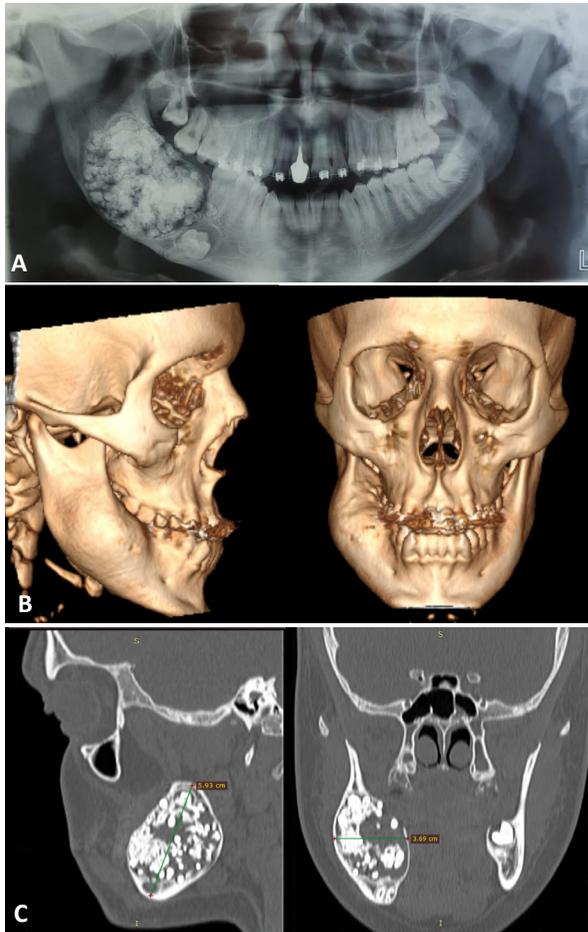


Figura 2. A: Radiografía panorámica donde se observa la lesión. **B:** TC 3D. **C:** Corte sagital y coronal de TC donde se observan los diámetros de la lesión.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento fue realizar la enucleación completa de la lesión y el refuerzo mandibular con injerto de cresta ilíaca, tomado por el Servicio de Traumatología. A partir de las imágenes tomográficas y del modelo estereolitográfico, se confeccionó una guía posicionadora de titanio con perforaciones para la fijación de la placa definitiva y una placa personalizada de refuerzo mandibular con aditamentos para la fijación de injertos (fig.5).

El procedimiento fue llevado a cabo en el quirófano central del Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón”, bajo anestesia general y con el consentimiento del paciente y de sus padres.

Se realizó un abordaje submandibular extendido por planos, como se puede observar en las imágenes (fig. 6) y la enucleación de la lesión mediante exéresis de tabla vestibular mandibular y múltiples secciones de la masa tumoral, obteniendo un conteo

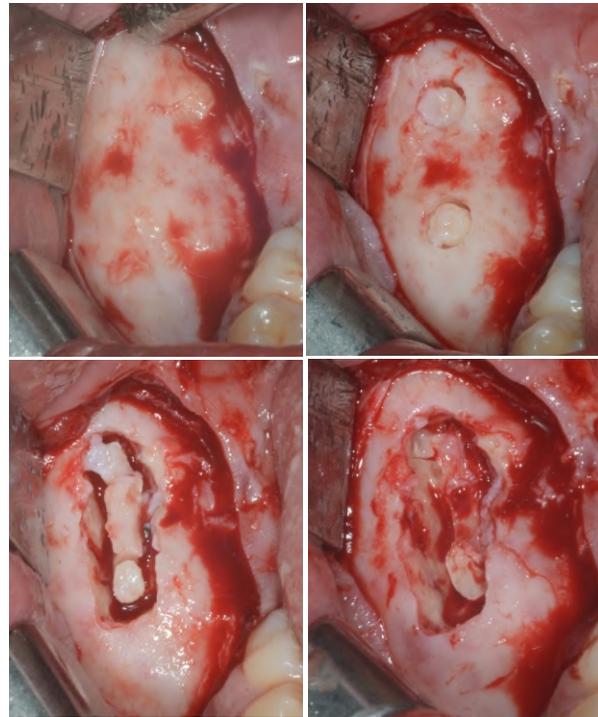


Figura 3. Toma de biopsia con trefina, en dos polos de la lesión.

Material:
Cavidad bucal

Macroscopia:
Se remiten tres fragmentos blanquecinos, de consistencia osea que miden entre 1x0.4x0.4 cm y 0.5x0.4x0.3 cm.

Microscopia:
Los cortes histológicos muestran tejido pulpar maduro y fibroso con leve infiltrado inflamatorio linfocitario y focos de calcificación.

Diagnóstico:
Cuadro histológico compatible con odontoma compuesto.

Dr./Dra. Recanatti
Médico/a Anatomopatólogo/a

Dr./Dra. Veliz
Médico/a Anatomopatólogo/a

Figura 4. Resultado de anatomía patológica.

de 258 dentículos (fig. 7). Simultáneamente, el Servicio de Traumatología llevó a cabo la toma de injertos de cresta ilíaca. A continuación, estos fueron modelados y adaptados a la placa, tratando de reconstruir el contorno mandibular vestibular (fig. 8). Seguidamente se procedió a la fijación de la placa con 7 tornillos en cada extremo en las perforaciones previamente realizadas. Una vez finalizado el procedimiento, se realizó el cierre por planos, dejando drenaje tubular.

El paciente fue trasladado del quirófano a sala común; se le indicó medicación vía endovenosa (ampicilina sulbactan 1,5 gr; diclofenac 75 mg; dexa-

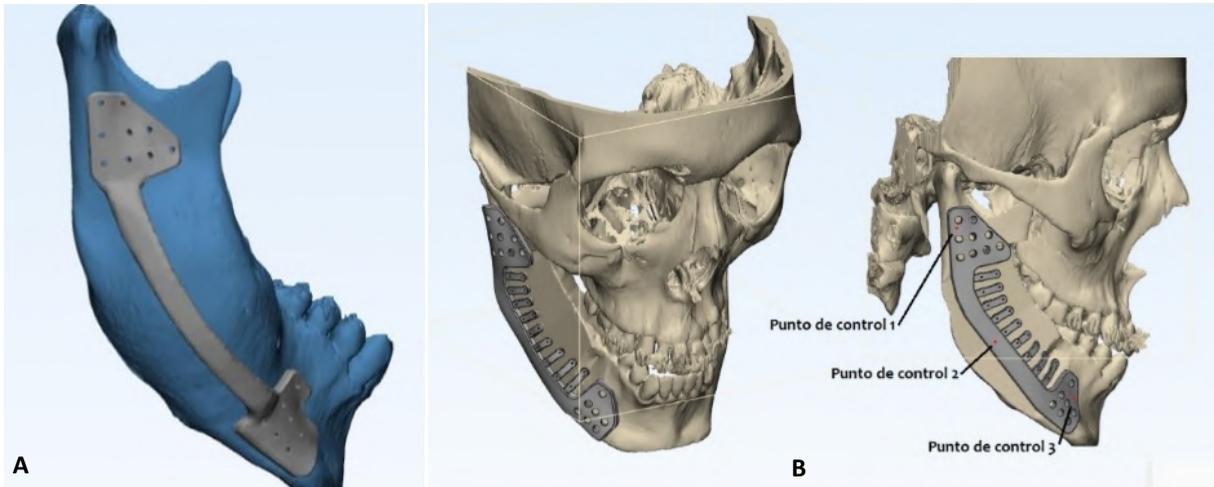


Figura 5. A: Guía posicionadora de titanio con perforaciones para la fijación de la placa definitiva. **B:** Placa customizada de refuerzo mandibular con aditamentos para la fijación de injertos.

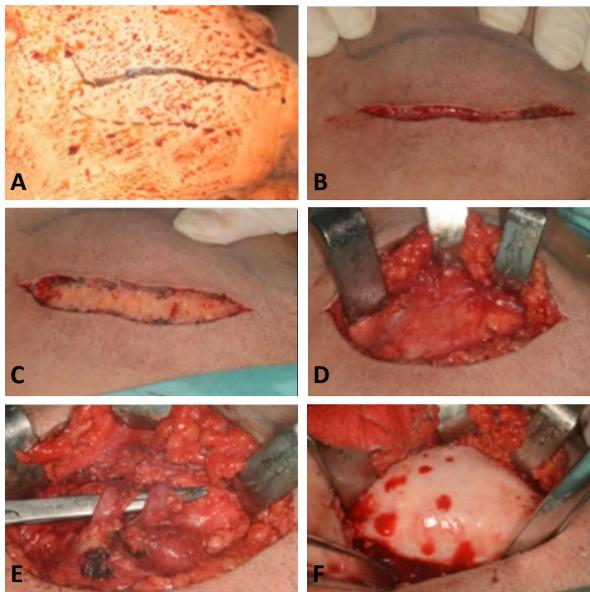


Figura 6. Abordaje submandibular extendido por planos.

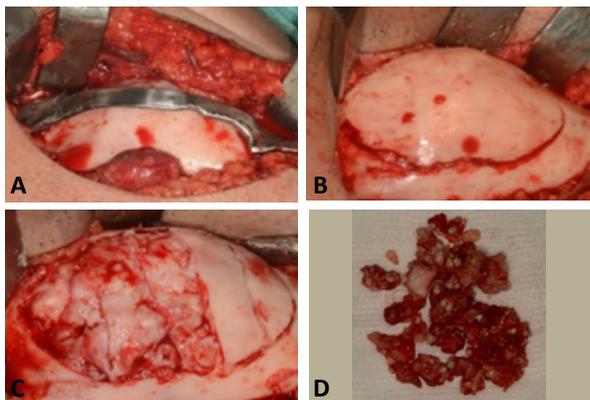


Figura 7: A: Adaptación de la guía de perforación. **B y C:** Abordaje de la lesión a través de la sección de la tabla vestibular. **D:** Denticulos extraídos.

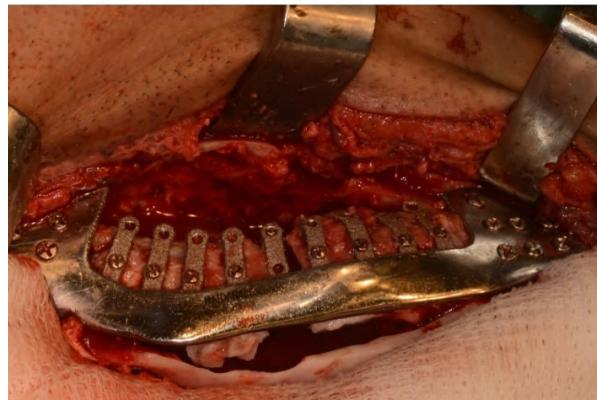


Figura 8. Injertos óseos obtenidos de cresta ilíaca adaptados a la placa de titanio.

metasona 8 mg; ranitidina 150 mg; metoclopramida clorhidrato 10 mg; PHP 14 gotas/minuto), cuidados postoperatorios, control de signos vitales por turno, frío extraoral, respaldar a 45° y dieta líquida. Se indicaron controles y curaciones en sala durante 8 días, y una vez dada el alta médica el paciente concurrió a los controles de forma semanal durante el primer mes, luego de forma mensual para controles clínicos y eventualmente radiográficos postoperatorios (figs. 9 y 10).

Discusión

Los odontomas son lesiones benignas frecuentes, suelen presentarse como lesiones asintomáticas, muchos se detectan de manera accidental o al investigar el motivo del retraso en la erupción de una pieza dentaria asociada o dolor. En el 70% de los casos están asociados a otras afecciones, entre

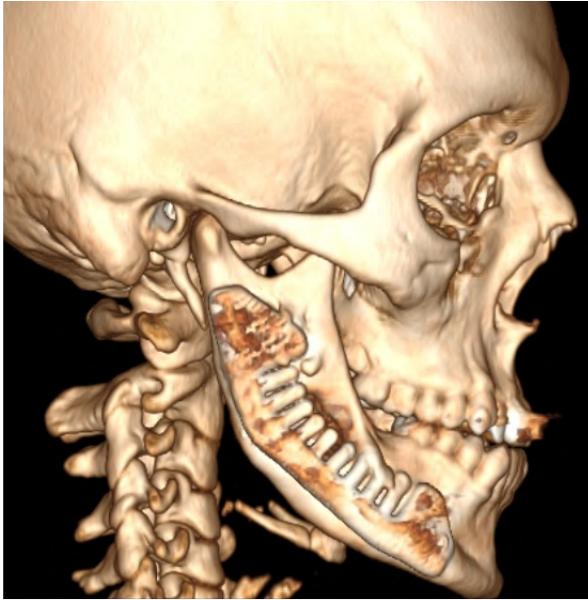


Figura 9. Tomografía Computada 3D postoperatoria a los 2 años de la cirugía.

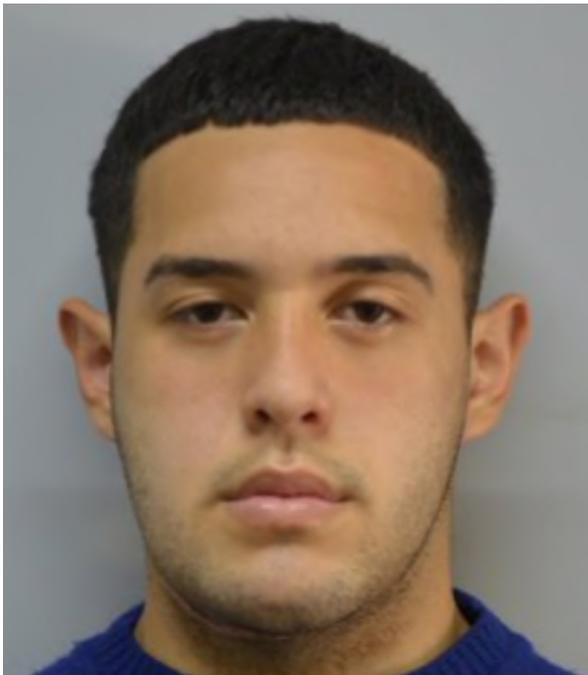


Figura 10. Imagen clínica a los 2 años. (El paciente autorizó la publicación de su imagen.)

ellas impactación o malposición dentaria, así como malformación, reabsorción o desvitalización de los dientes adyacentes.⁷ En el caso informado, el paciente presenta una maloclusión dentoalveolar de clase III, pero no se encuentra asociada a la presencia de la lesión tumoral.

La literatura también proporciona evidencia de erupción de odontomas en la cavidad oral, esta a menudo es dolorosa y puede conducir posteriormente a la inflamación de los tejidos blandos adyacentes.⁸

Los odontomas complejos representan el 33% del total, siendo más frecuentes en la región posterior de la mandíbula; los odontomas compuestos representan el 67% y se ubican más habitualmente en la región anterosuperior del maxilar superior. Las lesiones mixtas, que presentan ambos tipos de odontoma, y de tal diámetro como el presentado en este caso, son raras. Radiológicamente, el odontoma se manifiesta como una lesión radiopaca, dentro de la cual en ocasiones pueden identificarse pequeñas formaciones (dentículos), rodeadas por una fina capa radiotransparente.

Los tratamientos propuestos en la bibliografía son variados y se adaptan al tamaño de cada lesión en particular.^{9,10} A pesar de que el tratamiento de elección en el presente caso fue conservador, debido al origen benigno de la lesión, el tamaño de esta obligó a realizar una reconstrucción de la arquitectura mandibular mediante la utilización de planificación 3D. Esto permitió la previsión quirúrgica, la reducción del tiempo de trabajo en el quirófano y la posibilidad de diseñar la placa customizada que fue colocada.¹¹ La realización de un amplio abordaje extraoral fue discutido y planificado con el fin de poder realizar una enucleación correcta de la lesión y un buen posicionamiento del material de reconstrucción.

Otro de los puntos a discutir en este caso fue la maloclusión de clase III y su relación con el tratamiento realizado, ya que este impedía la realización inmediata de una corrección de la anomalía mediante la cirugía ortognática. Actualmente, se está evaluando la corrección de la maloclusión dentoalveolar con el previo retiro del material colocado.

A partir de lo expuesto se considera pertinente una evaluación cuidadosa de cada caso para poder realizar el tratamiento del paciente en forma individualizada.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este estudio fue financiado exclusivamente por los autores.

Identificadores ORCID

GIM  0000-0002-5726-6550
 ADB  0000-0002-7265-9117
 SDP  0000-0002-3856-5694
 CS  0000-0001-6759-6943
 AM  0000-0003-0033-3545

Referencias

1. Reddy GS, Reddy GV, Sidhartha B, Sriharsha K, Koshy J, Sultana R. Large complex odontoma of mandible in a young boy: a rare and unusual case report. *Case Rep Dent* 2014;2014:854986. <https://doi.org/10.1155/2014/854986>
2. Thistle Barba L, Muela Campos D, Nevárez Rascón MM, Ríos Barrera VA, Nevárez Rascón A. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. *Rev Odont Mex* 2016;20:272-6. <https://doi.org/10.1016/j.rod-mex.2016.11.009>
3. Sapp JP, Eversosle LR, Wysocky GP. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*, 2ª ed., España, Harcourt Brace, 1998, pp. 147-8.
4. Satish V, Prabhadevi MC, Sharma R. Odontome: A brief overview. *Int J Clin Pediatr Dent* 2011;4:177-85. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1106>
5. Qassemlyar Q, Assouly N, Temam S, Kolb F. Use of a three-dimensional custom made porous titanium prosthesis for mandibular body reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017;46:1248-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.06.001>
6. Sakkas A, Wilde F, Heufelder M, Winter K, Schramm A. Autogenous bone grafts in oral implantology-is it still a "gold standard"? A consecutive review of 279 patients with 456 clinical procedures. *Int J Implant Dent* 2017;3:23. <https://doi.org/10.1186/s40729-017-0084-4>
7. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2005.00607.x>
8. Serra-Serra G, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Erupted odontomas: a report of three cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009[citado el 1 de abril de 2021];14:E299-303. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i6_pE299.pdf
9. Akerzoul N, Chbicheb S, El Wady W. Giant complex odontoma of mandible: A Spectacular Case Report. *Open Dent J* 2017;11:413-49. <https://doi.org/10.2174/1874210601711010413>
10. Soliman N, Al-Khanati NM, Alkhen M. Rare giant complex composite odontoma of mandible in mixed dentition: Case report with 3-year follow-up and literature review. *Ann Med Surg (Lond)* 2022;74:103355. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103355>
11. King BJ, Park EP, Christensen BJ, Danrad R. On-Site 3-Dimensional printing and preoperative adaptation decrease operative time for mandibular fracture repair. *J Oral Maxillofac Surg* 2018;76:1950.e1-1950.e8. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.05.009>

Cómo citar este artículo

Mendez GI, Di Bella AR, Di Pascuale S, Schröh C, Masotto A. Odontoma mandibular inusual y su resolución. Reporte de un caso. *Rev Asoc Odontol Argent* 2022;110:e1100831. <https://doi.org/10.52979/raoa.1100831.1160>

Contacto:

AGUSTINA MASOTTO

agustinamasotto@hotmail.com