

## ARTICULOS DE INTERES

### ODONTOMA COMPUESTO

Dr. Alanoca Rojas Teodoro <sup>1</sup>

#### RESUMEN

El odontoma se considera un tumor mixto, asintomático, cuyos signos clínicos pueden ser a veces la falta de algunos dientes en la arcada dental y malposiciones dentales, raras veces aumentos de volumen y no se reportan recidivas. Si bien es un tumor patognomónico en su estudio radiológico por la presencia de grupos de dentículos, dismórficos y en diferentes grados de evolución dental, es importante la correlación clínico-radiológica e histopatológica para su correcto manejo y tratamiento.

El presente caso clínico se trata de un adulto joven de aproximadamente 20 años, quién solicita un estudio radiológico de la zona premolar superior derecha, indicando no erupcionar un diente (1er premolar superior derecho). Se realiza el estudio radiológico identificándose múltiples áreas radiopacas agrupadas (dentículos), rodeadas de un halo radiolúcido, compatible con el diagnóstico de Odontoma compuesto, posteriormente la pieza anatomopatológica es sometida al estudio histológico, confirmando en diagnóstico radiológico.

<sup>1</sup> Especialista en Radiología Dentomaxilofacial. Docente Emérito de Radiología e Histología. Universidad Mayor de San Andrés. Institución: "Centro Diagnóstico por imágenes Dentomaxilofacial"

### PALABRAS CLAVE

Odontoma. Odontoma compuesto. Dentículos.

### INTRODUCCION.-

El término *odontoma* por la sola definición, se refiere a cualquier tumor de origen odontogénico. <sup>1-2</sup>

En cuanto a su etiología, se desconoce, sugiriéndose que serían traumatismos locales o infecciones dependiendo de la etapa de la odontogénesis. Hitchin, sugirió que son hereditarios por un gen mutante o por una interferencia posiblemente posnatal. <sup>5,6</sup>

El odontoma compuesto, se considera una malformación o hamartoma constituido por dentículos encapsulados<sup>1</sup>. Es un verdadero tumor odontogénico clasificado por la CIE-OE-10 de la OPS/OMS 1996, <sup>8</sup> como:

#### 1.1.2 Tumores del Epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido dentario duro.

- 1.1.2.1 Fibroma ameloblástico
- 1.1.2.2 Fibrodentinoma ameloblástico (dentinoma)
- 1.1.2.3 Odontoameloblastoma
- 1.1.2.4 Tumor odontogénico adenomatoide
- 1.1.2.5 Quiste odontogénico calcificante
- 1.1.2.6 Odontoma complejo
- 1.1.2.7 **Odontoma compuesto**

Se observa entre la segunda y tercera década, representa aproximadamente el 70% de todos los tumores odontogénicos entre los compuestos y complejos, donde los compuestos son más frecuentes en relación a los complejos y muchas veces se descubre por la falta de erupción de una pieza dentaria. Puede presentarse en cualquiera de los maxilares, aunque se reporta mayores casos en el maxilar superior y en raros casos producen asimetría facial.<sup>6</sup>

Radiográficamente se localiza entre las raíces dentarias, y se observa como una masa radiopaca, usualmente irregular, dentro de la que se pueden reconocer los dientes; a veces limitada por una línea radiolúcida que representa el espacio pericoronario del diente no erupcionado.<sup>3</sup>

Siendo *patognomónico* el diagnóstico radiológico por presentar estructuras parecidas a piezas dentarias, pero más pequeñas, de tamaños y formas irregulares, denominados "dentículos".<sup>3,4,7</sup>

### ANTECEDENTES CLINICOS

Joven varón, de aproximadamente 20 años de edad, que se presenta al "Centro de Diagnóstico por imágenes Dentomaxilofacial", refiriendo que no erupciona su primer premolar superior derecho. Al examen clínico, no refiere otra sintomatología, como ser: dolor, cambios de color en la mucosa, textura, aumentos de volumen, movilidad de piezas vecinas, etc. Planteándose la hipótesis diagnóstica clínica en correlación con la edad del paciente y la edad de erupción del diente, de:

- 1.- ¿Agenesia de pieza 14?;
- 2.- ¿Retención?;
- 3.- ¿Transmigración?;

### RADIOLOGIA

Se realiza una toma radiográfica periapical, de la pieza 14, observándose los siguientes signos radiográficos:

1.-**Densidad:** Múltiples áreas radiopacas agrupadas, rodeadas de un halo radiolúcido.

2.-**Forma:** Patognomónica de dentículos, sin guardar anatomía dental.

3.-**Tamaño:** Dentículos de distinto tamaño, pero inferiores al tamaño de los dientes numerarios.

4.- **Límites:** Con líneas simples contorneales y estructurales para cada dentículo que corresponden al esmalte y dentina y sus cámaras y conductos pulpares.

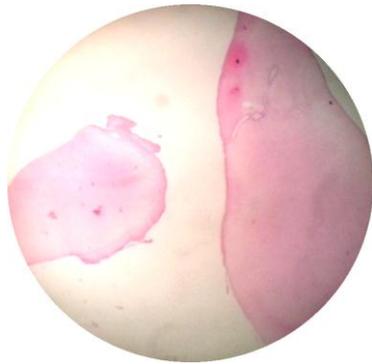
5.- **Relaciones anatómicas vecinas.-** Tumor radiopaco de aproximadamente 1,8 cm por 2 cm, ubicado en el reborde óseo marginal de la región premolar superior derecha. Pieza 14, semiretenida por el tumor.

**Diagnóstico radiológico.-** Odontoma compuesto. ( Figura 1)

Figura 1



Figura 2



### HISTOPATOLOGIA

Se procedió con el método de descalcificación, posteriormente se incluyeron en parafina, hechos los respectivos cortes, se tiñe con T.U. y se observaron con 400x.

Al examen patológico (Figura. 2), se observa dentículos en grupos y formas individuales de distintos tamaños. La observación microscópica nos muestra dentículos con distintos sentidos de corte, transversales, longitudinales y oblicuos, con dentina y sus túbulos dentinarios, algunos con cemento normal. No se observa el esmalte, debido a la descalcificación.

**Diagnóstico Histopatológico.-**  
Odontoma compuesto.

### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento es la extirpación quirúrgica del tumor, con pronóstico favorable y no se espera recidivas, de todas maneras se sugiere siempre enviar al patólogo el tumor extirpado para su estudio correspondiente.

### CONCLUSIONES

- La correlación clínica – radiográfica e histopatológica es de suma importancia para el diagnóstico precoz de estos tumores benignos, orientando al cirujano en su trabajo.
- La ausencia de piezas dentales con prolongado tiempo de erupción en correlación con la edad del paciente deberá llamarnos la atención y realizar los estudios necesarios para la identificación del caso.
- Todo odontoma compuesto o complejo, debe ser tratado quirúrgicamente.

### BIBLIOGRAFIA

1. Regezi Sciubba. Patología Bucal. Editorial Interamericana, México D.F.; 2<sup>da</sup> Edición; 1995: 405-406.
2. Sapp P., Lewis R., George PW., Patología oral y Maxilofacial Contemporánea. Harcourt Brace. Madrid-España. 1998: 147-148.
3. Shafer B.M. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana, México D.F. 1986: 313-315.
4. Goaz P., White S. Radiología Oral. Editorial Mosby, Madrid-España. 1995: 444-450.
5. Wood N., Goaz P., Lesiones Orales Maxilofaciales. Editorial Harcourt Brace. Madrid-España, 1998: 467-469.
6. Kramer. IRH, Pindborg, JJ and Shear M.: Histological typing of odontogenic tumors. 2<sup>nd</sup> edition., WHO, Springer-Verlag, Berlin, 1992.
7. Neville D., Bouquot. Oral and Maxillofacial Pathology. Editorial Saunders, 1995: 531-532.
8. OPS/OMS.CIE-OE 10. Clasificación Internacional de enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología. Washington, D.C. 3<sup>ra</sup> edición; 1996: 147.