

ODONTOMA COMPUESTO EN LA REGIÓN ANTERIOR MANDIBULAR

Autores: Karen Camarena,1
Email: lizhkaren@gmail.com
ORCID 0009-0008-0412-7582
Practica privada

Deyvis Villa Palomino2.
Email: deyvill.villa@unsaac.edu.pe
ORCID 0000-0002-2787-0220
Practica privada

RESUMEN

El odontoma compuesto es una malformación odontogénica benigna caracterizada por la formación de estructuras dentales organizadas. Representa la lesión odontogénica más frecuente en niños y adolescentes. En este reporte se describe el caso de un paciente con un odontoma compuesto localizado en la región anteroinferior de la mandíbula, que provocaba la retención del canino derecho permanente. Se realizó la evaluación clínica, radiográfica y tratamiento quirúrgico, confirmándose el

diagnóstico. La intervención oportuna permitió la adecuada recuperación funcional y estética. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje integral. Palabras clave: Odontoma compuesto, odontoma, tumor odontogénico, mandíbula, cirugía oral.

ABSTRACT

Compound odontoma is a benign odontogenic malformation characterized by the formation of organized dental structures. It represents the most common odontogenic lesion in children and adolescents. This report describes the case of a patient with a compound odontoma located in the anterior inferior region of the mandible, which caused the impaction of the permanent right canine. Clinical and radiographic evaluation and surgical treatment confirmed the diagnosis. Timely intervention led to adequate functional and aesthetic recovery. This case highlights the importance of early diagnosis and a comprehensive approach.

Keywords: Compound odontoma, odontoma, odontogenic tumor, mandible, oral surgery.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son considerados hamartomas más que neoplasias verdaderas, ya que consisten en la proliferación anormal de tejidos odontogénicos como esmalte, dentina, cemento y pulpa. 1,2 Se clasifican en dos tipos principales: odontomas compuestos y complejos. 3 El compuesto presenta múltiples estructuras dentiformes similares a dientes rudimentarios, mientras que el complejo muestra una masa desorganizada de tejidos dentales. 4,5 El odontoma compuesto se localiza con mayor frecuencia en la región anterior del maxilar, y se detecta generalmente en niños o adolescentes durante estudios radiográficos de rutina o por la ausencia de erupción dentaria. 6,7 Su etiología aún no está completamente clara, pero se ha vinculado a factores como traumas locales, infecciones, predisposición genética y alteraciones en el desarrollo dental. 8-10

El tratamiento suele ser quirúrgico, con excelente pronóstico tras la enucleación 11,12 En este artículo se presenta un caso clínico de odontoma compuesto que impedía la erupción del canino derecho superior permanente en un paciente pediátrico.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 13 años, acudió a consulta odontológica acompañado por su madre, refiriendo ausencia de erupción del diente canino inferior derecho. Al examen

clínico, se evidenció zona edéntula en posición del 43, sin signos inflamatorios. No presentaba dolor ni antecedentes de trauma.

A partir de estos hallazgos, se realizan estudios radiográficos extraorales, se solicitó una radiografía panorámica que reveló múltiples estructuras radiopacas, pequeñas y de forma dentiforme, agrupadas en la región del canino permanente no erupcionado 13,14 por lo que se plantea como diagnóstico presuntivo un odontoma compuesto.



Fuente propia

Fig.1

Figura 1. La imagen panorámica revela una imagen mixta en el sector anterosuperior derecho compuesta por múltiples estructuras radiopacas con forma semejante a dientes (denticulos), rodeadas por un halo radiolúcido, con múltiples áreas radiopacas, También se distingue el canino permanente incluido.

Tras la integración de los estudios clínicos y radiográficos, se establece un diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto, por lo que se indica su remoción quirúrgica, así como la extracción del canino incluido. Se documentan los distintos pasos del procedimiento quirúrgico en imágenes.

Figura 2 se muestra el colgajo elevado, la osteotomía permite visualizar estructuras compatibles con tejido dentario.



Fuente propia

Fig. 2

Figura 3 corresponde a la extracción de la masa tumoral, en la que se evidencia con claridad la presencia de los denticulos retirados del odontoma. Formaciones dentarias ordenadas de distintos tamaños, lo que permite confirmar intraoperatoriamente el diagnóstico de odontoma compuesto. En la parte superior se aprecian la mayoría de los denticulos retirados del odontoma.



Fuente propia

Fig. 3

Figura 4 muestra la cavidad residual tras la extracción del odontoma, con la cavidad correspondiente dejado por el canino extraído. Se preservaron estructuras vecinas y se evitó daño^{15,16,17}.



Fig.4

Fuente propia

Figura 5 exhibe la reposición del colgajo y la sutura final. El seguimiento postoperatorio mostró buena cicatrización sin signos de recidiva.^{18,19,20}



Fig.5

Fuente propia

DISCUSIÓN

El odontoma compuesto representa del 60% al 70% de los odontomas reportados, con mayor prevalencia en niños y adolescentes, sin predilección clara por sexo^{21,22}. Su crecimiento lento y asintomático retrasa el diagnóstico, el cual se realiza comúnmente tras hallazgos radiográficos por ausencia de erupción o por retención dentaria prolongada^{23,24}. Radiográficamente se observa como una colección de pequeñas estructuras radiopacas con forma de dientes, rodeadas por un halo radiolúcido²⁵. El diagnóstico diferencial incluye quiste dentígero, displasia cementaria y otros tumores odontogénicos benignos^{26,27}.

El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica, que permite liberar el diente permanente impactado y evita complicaciones posteriores como maloclusiones, infecciones o reabsorciones radiculares.²⁸⁻³⁰

CONCLUSION

El odontoma compuesto es una lesión benigna de excelente pronóstico si se diagnostica y trata a tiempo. Su detección temprana permite intervenir de manera

conservadora, favoreciendo la erupción dental normal. El presente caso enfatiza la importancia del examen clínico-radiográfico en pacientes con retención dentaria y demuestra que un manejo adecuado permite restablecer la función y estética oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Philipsen HP, Reichart PA. Odontomas: a clinicopathologic study. *Oral Oncol.* 1997;33(2):86–99.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 4th ed. Elsevier; 2015.
- Amado Cuesta S, et al. Review of 61 cases of odontoma. *Med Oral.* 2003;8(5):366–373.
- Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;42(4):501–506.
- Soluk-Tekkesin M, Pehlivan S. Odontomas: review of 13 cases. *Eur J Dent.* 2012;6(3):287–291.
- Boffano P, et al. Complex and compound odontomas. *J Craniofac Surg.* 2012;23(3):685–688.
- Smailienė D, et al. Impacted teeth associated with odontomas. *Medicina.* 2020;56(5):221.
- Stojanovic S, et al. Compound odontoma with impacted incisor. *Vojnosanit Pregl.* 2009;66(8):659–662.
- Lee JH, et al. Compound odontoma attached to permanent tooth. *Imaging Sci Dent.* 2012;42(2):99–103.
- Satish V, et al. Odontomas: diagnosis and treatment. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(8):ZE13–ZE16.
- Hidalgo-Sánchez O, et al. Epidemiology of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(11):E730–734.
- Jayam C, et al. Compound odontome: case report. *Int J Sci Stud.* 2015;3(7):204–207.
- Khandelwal V, et al. Compound odontoma causing impaction. *Contemp Clin Dent.* 2012;3(Suppl 2):S245–S247.
- Torres-Lagares D, et al. Conservative surgery in compound odontoma. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(5):448–451.
- More CB, et al. Complex and compound odontomas: review. *J Clin Exp Dent.* 2013;5(5):e290–e295.
- Rehani U, et al. Compound odontome: rare case. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2014;18(2):286.
- Singh S, et al. Compound composite odontome. *J Dent Sci Res.* 2011;2(1):1–5.
- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Oral Pathology.* 5th ed. WB Saunders; 2006.
- De Oliveira BH, et al. Odontoma: literature review. *J Clin Pediatr Dent.* 2001;25(2):133–137.
- Owens BM, et al. Dental odontomas: study of 104 cases. *J Clin Pediatr Dent.* 1997;21(3):261–264.
- Krithika C, et al. Odontome with impacted central incisor. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2012;16(1):125–128.
- Srivathsa SH, et al. Compound odontoma in pediatric patient. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007;25(4):190–192.
- Ferrés-Padró E, et al. Erupted compound odontoma. *Med Oral.* 2005;10(3):248–251.
- Daskala I, et al. Compound odontoma: case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2012;36(3):273–275.
- Reddy GSP, et al. Erupted compound odontome. *Contemp Clin Dent.* 2012;3(Suppl 1):S42–S44.
- Nammalwar RB, Moses J. Erupted compound odontoma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006;24(4):194–196.
- Ajagbe HA, Daramola JO. Odontomas in Nigerian children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983;56(3):354–357.
- Kaugars GE, et al. Odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;67(2):172–176.
- Ragalli CC, et al. Odontoma: unusual case report. *Braz Dent J.* 2000;11(2):143–146.
- Serra-Serra G, et al. Erupted odontomas: a report of three cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(6):E299–303.