



Reabsorción apical asociada a odontoma compuesto: reporte de caso

Apical resorption associated with composite odontoma: case report

Reabsorção apical associada a um odontoma composto: relato de caso

María Paola Amores Andrade¹, Melvi Imelda Manzano Flores², Mayra Elizabeth Paltas Miranda³, Alexie Elizabeth Izquierdo Bucheli⁴

RECIBIDO octubre/ 2016 CORREGIDO diciembre/ 2016 APROBADO diciembre/ 2016

1. Odontóloga, Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, Quito; damf2008@hotmail.com
2. Odontóloga, Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, Quito; paooa14@hotmail.com
3. PhD. en Formación, Especialista en Cirugía Bucal, Odontóloga, Docente Investigador, Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, Quito; mpaltas@uce.edu.ec
4. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional, Especialista en Endodoncia, Odontóloga, Docente Investigador, Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, Quito; eizquierdo@uce.edu.ec

RESUMEN

Los odontomas compuestos son considerados como tumores o hamartomas conformados por estructuras semejantes a un diente normal, con la diferencia de que su arquitectura es anómala, son asintomáticos, se descubren en el examen radiográfico, no tiene predilección por el género, aparece en la segunda y/o tercera década de vida. Presentamos el caso clínico de una paciente, de género femenino, de 18 años, que acude a los servicios de clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, portando una radiografía panorámica, con la cual luego de realizar el estudio clínico y ampliar el estudio radiográfico, se observó la presencia de un odontoma entre las piezas 11 y 21 y además la presencia de reabsorción periapical tipo 2 de la pieza 21; con la movilidad de las mismas, se efectuó la excéresis del odontoma, regularización del borde periapical de la pieza N° 21, se realizó obturación retrógrada con MTA (Agregado Trióxido Mineral). Posterior a la cirugía se obtuvo una muestra para realizar el examen histopatológico, el cual confirmó el diagnóstico inicial de odontoma compuesto. Se realizaron controles clínicos y radiográficos durante el periodo de 1 año, mostrando éxito con el plan de tratamiento efectuado en este caso.

Palabras clave: Odontoma compuesto; reabsorción periapical; obturación retrógrada; MTA.

ABSTRACT

Nowadays, composite odontomas are considered to be tumors or hamartomas formed by structures similar to a normal teeth with the difference that its external form is anomalous, they are asymptomatic, frequently discovered accidentally during an X-ray exam, it doesn't have predilection for any specific gender and appears during the second or third decades of life. We shall now introduce the case of an eighteen-year-old patient, attending the Odontology Faculty Clinic in UCE, carrying a panoramic radiograph which we have amplified for the clinic inspection and X-ray observing the presence of an odontoma between teeth N° 11 and 21. Moreover, there is periapical desorption type 2 in tooth N°21; we also observe some mobility among them. In surgery exeresis of the odontoma was performed, periapical edges regularization of tooth N°21 and retrograde filling with MTA. Histopathological result confirms our diagnosis

Keywords: Compound odontoma; apical resorption; retrograde obturation; MTA.

RESUMO

Os odontomas compostos são considerados como tumores ou hamartomas feitos de estruturas semelhantes a um dente hígido, com a diferença anômala da sua arquitetura, são assintomáticos e são diagnosticados no exame radiográfico, não tem predileção pelo gênero e usualmente aparecem na segunda e/ou terceira década de vida. Relatamos o caso duma paciente, de sexo feminino, idade 18 anos, que foi aos serviços da Clínica Integral da Faculdade de Odontologia da Universidade Central do Equador, levando consigo radiografia panorâmica, realizou-se o exame clínico e radiográfico da paciente e observou-se a presença dum odontoma entre os dentes 1.1 e 2.1, e além disso a presença de reabsorção periapical tipo 2 do dente 21; mobilidade se apresentara em ambos dentes. Realizou-se a remoção do odontoma, regularização do borde periapical do dente 2.1 e obturação retrógrada com Agregado Trióxido Mineral (MTA). Após a cirurgia, se obteve uma amostra para a realização do exame histopatológico, no qual, confirmou-se o diagnostico inicial de odontoma composto. Realizaram-se controles clínicos e radiográficos durante um ano, nos quais se verificou o sucesso do plano de tratamento efetuado neste caso.

Palavras chave: Odontoma composto; reabsorção periapical; obturação retrógrada; MTA.

INTRODUCCIÓN

El término “odontoma” fue introducido en 1867 por Broca, para describir un tumor de origen odontogénico benigno y de crecimiento lento¹, son considerados tumores o hamartomas que se caracterizan por la producción de esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar maduro. Estos tejidos alcanzan una completa diferenciación, pero su arquitectura es anómala²³.

Los odontomas son tumores odontogénicos que representan el 51% de los tumores odontogénicos³.

Son un grupo de malformaciones compuestas por estructuras duras semejantes al diente, en proporciones y grado de desarrollo variable, son tumores mixtos (ectodermo y mesodermo)⁴, que se encuentran en la primera y segunda década de vida por hallazgos radiográficos accidentales más frecuente asociados a dentición secundaria y rara vez en dentición primaria⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación del 2005⁶, clasifica a los odontomas de acuerdo con su organización y grado de morfo diferenciación celular odontogénica en dos tipos: compuesto y complejo, siendo los compuestos dos veces más frecuentes que los complejos. En otras clasificaciones se incluye al odontoma ameloblástico que tiene características generales del fibroma ameloblástico, pero contiene dentina y esmalte en su estructura⁶.

El odontoma compuesto es una malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios con un patrón más ordenado que un odontoma complejo, de modo que la lesión consiste en muchas estructuras de aspecto dentario. La etiología es desconocida, entre las posibles causas se consideran a síndromes (Gardner y Hermann), hiperactividad odontoblástica, traumatismos, infecciones, herencia, mutaciones, entre otras⁷. La retención dentaria puede actuar como factor irritativo, despertando la actividad de los restos paradentarios⁸.

En su ubicación hay predilección por originarse en regiones de los dientes, principalmente en

el maxilar superior, segmento anterior (odontoma compuesto) y la región mandibular posterior (odontoma complejo)⁸.

También puede localizarse en el seno maxilar, paredes del seno maxilar izquierdo, cavidad nasal, piso de la órbita, ángulo de la rama mandibular⁹.

La edad de aparición de estos tumores está entre la segunda y tercera década de la vida, sin predilección por el género⁴. La prevalencia es casi el 70% de los tumores odontogénicos¹⁰.

Radiográficamente el odontoma compuesto aparece como estructuras semejantes a múltiples dientes rodeados de un halo radiotransparente³.

Los odontomas compuestos pueden ser en pequeña cantidad o alcanzar un número elevado, situación que correspondería con el concepto, expuesto por Calatrava, de “locura folicular”⁴. Histológicamente al ser el grado de histodiferenciación y morfodiferenciación mayor, se reconocen todos los componentes dentarios, guardando entre sí las mismas relaciones que los dientes sanos⁴.

La extirpación por métodos quirúrgicos conservadores es más apropiada, dependiendo de su ocupación se puede realizar la extirpación por vestibular palatino o combinados, bajo anestesia local o general⁴.

REPORTE DEL CASO

Los odontomas son tumores benignos por lo cual se realiza la extirpación por métodos quirúrgicos conservadores, dependiendo de su ubicación se puede realizar la extirpación por vestibular palatino o combinados, bajo anestesia local o general⁶.

Paciente ambulatorio en aparente buen estado de salud, de género femenino, de 18 años de edad, acude a la Facultad de Odontología de la UCE, con radiografía panorámica para análisis del tercio anterior del maxilar superior.

La paciente manifestó que hace 9 meses presentó dolor a nivel de las piezas 11 y 21, no toma medi-

cación y 6 meses después presentó movilidad. Al examen radiográfico se observan sombras radiolúcidas y radiopacas, que aparentan la presencia de odontoma compuesto entre las piezas 11 y 21. (*Figura N° 1*).



Al realizar el examen clínico, la paciente refirió dolor a la percusión horizontal y vertical de las piezas 11 y 21 con movilidad clase 2 de la pieza 21, además dolor a la palpación por vestibular y palatino³.

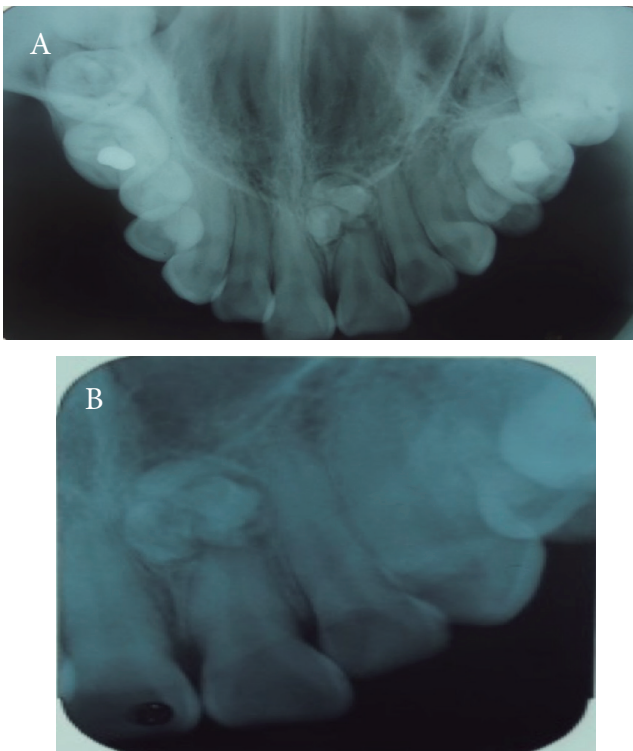


Figura N° 2. A Radiografía oclusal, B. Radiografía periapical. Imágenes radiográficas con múltiples focos radiodensos en la región antero-superior

Para complementar el diagnóstico, se solicitó radiografía oclusal (*Figura N° 2A*) y periapical de las piezas 11 y 21 (*Figura N° 2B*), en las cuales se evidencia sombras radiolúcidas y radiopacas que concuerda con el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto, ubicado entre las piezas mencionadas, lo cual sirvió de guía para el procedimiento quirúrgico. Debido al diagnóstico previo de necrosis pulpar de la pieza 21, que además presentaba resorción a nivel periapical, se realizó el tratamiento de necropulpectomía total previo a la cirugía^{11,12}.

En la cirugía se realizó una incisión por vestibular, tipo Newman de la pieza 12 a la pieza 23 con bisturí mango N° 3 hoja N° 15. Se realizó la exéresis, levantamiento de colgajo con legra punta roma, osteotomía y osteotomía con fresa redonda N° 8 de carburo tungsteno a baja velocidad y abundante irrigación con suero fisiológico. Posteriormente se realizó la extracción propiamente dicha (*Figura N° 3A*) técnica de elevadores rectos de media caña, hemostasia, regularización de rebordes de la pieza 21 con corte horizontal a nivel del tercio apical con micromotor de baja velocidad conformación de una retro cavidad con turbina y fresa redonda pequeña, colocación de MTA (retro obturación). Luego se procedió a realizar la sutura 6 puntos colchonero simple y 4 puntos simples. El material extraído fue enviado a laboratorio histopatológico (*Figura N° 3B*) para confirmar el diagnóstico. El resultado obtenido fue odontoma compuesto.

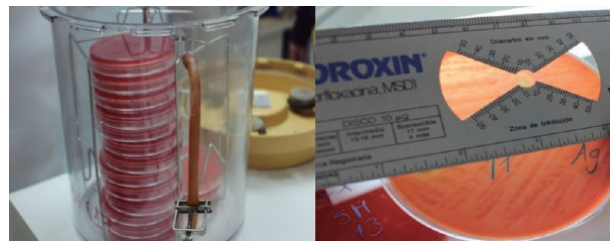


Figura N° 3. A. Múltiples folículos dentarios. B. Corte histológico de odontoma compuesto (Cortesía: Dr. Byron Sigcho).

Tratamiento post-quirúrgico:

1. Ampicilina + Sulbactam 375mg VO. C/ 12 h. por 7 días.
2. Diclofenaco sódico 75mg VO. C/12h por 4 días.
3. Paracetamol 1gr.VO. C/8h por 4 días.
4. Vitamina C + Calcio. VO. C/ 12h por 5 días.
5. Reposo relativo por 72 horas.
6. Aplicar hielo local por 48 horas.

Después de 8 días de la cirugía se observó buena cicatrización, se retiran puntos de sutura, sin embargo existía una ligera movilidad de la pieza 21 (*Figura N° 4*).



Figura N° 4. Retiro de puntos de sutura.

Se realizaron controles clínicos y radiográficos a los ocho días, tres, seis meses y un año encontrando buena regeneración ósea y recuperación de la pieza dental (*Figura N° 5*).

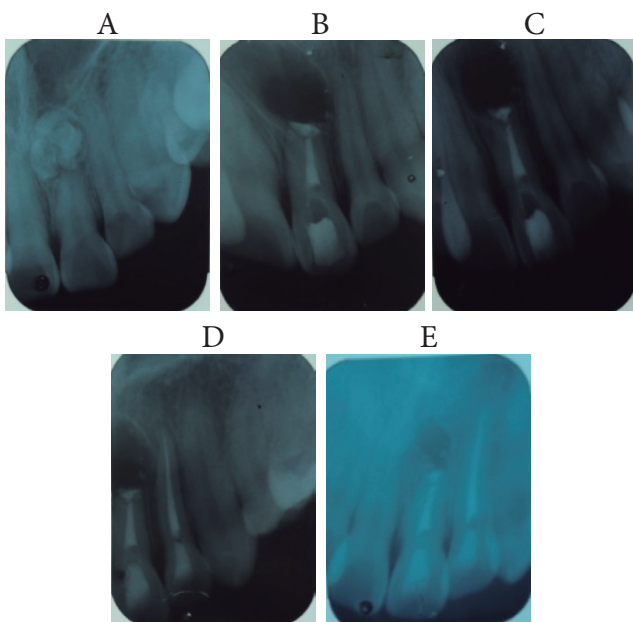


Figura N° 5. Controles radiográficos periapicales. A. Inicial B. 8 días C. 3 meses D. 6 meses E. 1 año.

DISCUSIÓN

El conocimiento de las diferentes anomalías o patologías como los odontomas, son de vital importancia para poder realizar un correcto diagnóstico y un posterior plan de tratamiento, que permita devolver al paciente su salud oral.

Los odontomas son tumores odontogénicos de tejido epitelial y mesenquimatoso. Estos tejidos alcanzan una completa diferenciación pero su arquitectura es anómala³. En el presente caso clínico, el estudio histopatológico confirma que es un odontoma compuesto, en el cual están representados todos los tejidos dentarios pero con un patrón de distribución desordenado.

Según su localización, en la mayoría de los casos los odontomas se sitúan en el área de incisivos y caninos del maxilar superior¹³. En el presente caso clínico, el odontoma se ubicó entre los incisivos en el maxilar superior.

En lo referente a la edad, los odontomas se detectan en la primera y segunda década de vida, generalmente se los encuentra por hallazgos radiográficos accidentales, más frecuentemente asociados a dentición permanente y rara vez en dentición primaria⁷. El estudio realizado por Budnick, en 149 casos de odontomas, la edad promedio fue de 14,8 años, siendo la segunda década de la vida el período predominante para el diagnóstico y tratamiento, presentándose 67 % de los casos en el maxilar superior y 33 % en la mandíbula¹⁴, similar a lo que presenta este caso en donde el odontoma se encuentra en la segunda década de vida y en el maxilar superior.

Los odontomas pueden causar reabsorción radicular que ocurre después del trauma a la pulpa y ligamento periodontal, es un tipo de resorción radicular externa, superficial¹⁵, en este caso clínico el diagnóstico fue necrosis pulpar de la pieza 21, por lo que se realiza el tratamiento de necropulpectomía total previo a la cirugía. La resorción radicular externa por presión consiste en una pérdida de tejido dentario y cementario de las raíces dentarias que se origina a nivel del ligamento periodontal, ocasionada por presiones prolongadas y mantenidas sobre la raíz¹⁶. Este tipo de resor-

ción se mantiene mientras persista la presión patológica, en este caso la presencia del odontoma compuesto produjo esta patología, la cual cesa al eliminar el agente causal. Cabe señalar que la mayoría de las resorciones externas se reparan por cemento¹⁶.

En la cirugía se realizó una incisión por vestibular, osteotomía y ostectomía, extracción del odontoma, regularización de rebordes de la pieza 21 y la conformación de una retro cavidad en forma de bisel, que permitirá la visibilidad de esta zona desde el vestíbulo¹², para la posterior colocación de MTA (retro obturación).

La obturación apical retrógrada, debe garantizar un sellado hermético de manera que sea frenada la salida de eventuales residuos bacterianos del conducto radicular y quitar la contaminación del espacio periapical¹², con MTA (Agregado Trióxido Mineral)¹⁵. Se utilizó MTA por las ventajas que tiene, como son: mejor adaptación a las paredes de la dentina adyacentes, y activa la cemento-génesis¹², como tapón apical, porque tiene un endurecimiento de menos de 4 horas en presencia de humedad¹⁴. Tiene un pH inicial del MTA de 10.2, después de 3 horas aumenta a 12.5, permanece constante y estimula la mineralización¹⁷. La alcalinidad del medio estimula al tejido conjuntivo a segregar la glicoproteína fibronectina, que junto con los cristales de calcita, inducen la formación de colágeno tipo 1, y con el calcio promueve la mineralización¹⁷, cuya finalidad es favorecer la remoción del tejido de granulación que está dentro del área de la resorción, cuando ella es perforante¹⁷, es por ello que fue usado en el presente caso clínico.

Esto demuestra la gran importancia de realizar un diagnóstico adecuado, eficiente y a tiempo de este tipo de afección en edades tempranas, para poder lograr un buen resultado y así evitar complicaciones a futuro, lo que coincide con varios autores citados. El trabajo interdisciplinario es indispensable para el éxito de este tipo de tratamientos.

CONCLUSIONES

- El profesional odontólogo debe estar capacitado para poder realizar en forma acertada el diagnóstico clínico de anomalías de tejidos duros o blandos, que muchas veces se encuentran de manera casual en el examen radiográfico, permitiendo instaurar un plan de tratamiento adecuado para el restablecimiento de su salud oral.
- Para lograr el tratamiento integral de este tipo de anomalías, es necesario el trabajo de un equipo de trabajo multidisciplinario, como son: el odontólogo general, el endodoncista y el cirujano oral.
- El control clínico y radiográfico, antes, durante y después del tratamiento de este tipo de anomalías es de suma importancia, ya que de esta manera se minimizan varios riesgos propios del accionar clínico, endodóntico y quirúrgico, brindándole al paciente el restablecimiento de su salud oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orellana M, González J, Galván L, Nava J. Odontoma compuesto: Presentación de un caso. ADM. 2013 Agosto; 70(5): 258-262.
2. Raspall G. Cirugía Oral. 2nd ed. España: Médica Panamericana; 2006.
3. López A. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 3rd ed. España: Médica Panamericana; 2012.
4. Donado M. Cirugía Bucal Patología y Técnica. 4th ed. Barcelona-España: Masson.S.A.; 2013.
5. Serra G. Odontomas erupcionados: Una patología poco frecuente. Presentación de 3 nuevos casos. 2012 Julio; IX(1): 36-42.
6. Pinborg J, Kramer I. Clasificación histológica internacional de tumores OMS. Ginebra. 2005.
7. Ducoing F. Hallazgos imagenológicos de odontoma compuesto. Oral. 2015 Febrero;(47): 1093-1096.
8. Serrano R, Martínez M, García F. Odontoma compuesto. Oral rev. 2006; 7(23): 363-366.

9. Hammoudeh J, y col. Bilateral complex odontomas: a rare complication of external mandibular distraction in the neonate. *J Craniofac Surg.* 2009 Octubre.; 49(2): 973-976.
10. Koenig L. Diagnóstico por imagen oral y maxilofacial. 1st ed. Madrid: Marban; 2014.
11. De Lima M. Endodoncia de la biología a la técnica. 2nd ed. Colombia: Amolca; 2009.
12. Chiapasco M. Tácticas y técnicas en cirugía oral. 2nd ed. Venezuela: Almoca; 2010.
13. Brenes-Barqueo J. Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y manejo quirúrgico. Reporte de 2 casos clínicos. *Revista Científica Odontológica.* 2013 Julio a Diciembre; 9(2): p. 40.
14. Ruiz A. Selle apical con MTA en un diente con apoxogenesis incomplete. *CES odontología.* 2012 Mayo; 25(1): p. 54.
15. Rao N. Endodoncia avanzada. 1st ed. India: Actualidades Médicas C.A.; 2011.
16. Martínez M, y cols. Consideraciones clínicas sobre la resorcion radícula externa por impactación dentaria. *Odontovirtual.* 2015;(1).
17. Leonardo M. Endodoncia: Conceptos biológicos y recursos tecnológicos. Sau Paulo- S.P Brazil: Editorial Artes Médicas Ltda; 2009.