

El Odontoma Erupcionado: una patología poco frecuente.

Presentación de tres nuevos casos

Erupted odontoma: a rare pathology. Report of three new cases

Autores

Nicolás Paullier

*Ampliación de conocimientos en la Catedra de Patología y Semiología Buco-Máximo-Facial.
Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.*

Myriam Pérez

*Profesora de la Catedra de Patología y Semiología Buco-Máximo-Facial.
Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.*

Entregado para revisión: 12 de mayo de 2012
Aceptado para publicación: 22 de junio de 2012

Resumen

Los odontomas, tumores benignos odontogénicos, por lo general son hallazgos revelados durante la realización de técnicas de imagenología, para tratamientos variados.

No obstante, la ausencia de una pieza dentaria, un tratamiento de ortodoncia, un aumento de volumen en el hueso maxilar, alertan de su existencia.

En pocos casos, 23 con esta presentación, el odontoma erupciona hacia la cavidad bucal.

La poca frecuencia de estas erupciones y, por lo general, de patologías concomitantes, demuestra la benignidad de estos tumores.

No obstante, aún no se ha podido establecer el mecanismo de la erupción.

El aporte de nuevos casos es importante para su dilucidación.

Palabras Clave: tumor odontogenico, odontoma, erupcionado.

Abstract

Odontomas, benign odontogenic tumors, are usually revealed as radiographic findings during rutin examinations for various treatments. Nevertheless, the absence of a tooth, an orthodontic treatment, an augmentation in the volume of maxillary/mandibulary bone, may alert of its existence.

In few cases, 23 with the ones presented here, the odontoma erupts into the oral cavity.

The infrecuency of these eruptions and the fact that they are frecuently presented without any other sinthoms, shows the benignity of these lesions.

However, the eruption mecanism has not yet been established.

The contribution of new cases is important for its elucidation.

Keywords: odontocenic tumor, odontoma, erupted.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son tumores odontogénicos benignos, constituidos por epitelio y ectomesénquima odontogénicos, formadores de tejidos dentarios (Barnes et al, 2005).

En estos se encuentran presentes todos los tejidos que componen al órgano dental. El esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa que los forman son tejidos maduros.

Existen dos variantes de esta lesión: el odontoma complejo y el odontoma compuesto. (Kramer et al 1992)

La diferencia más notoria entre estas dos variantes es el grado de organización de los tejidos que las componen. Mientras que en los odontomas complejos los tejidos se encuentran en desorden, en los odontomas compuestos los tejidos dentales se encuentran dispuestos formando estructuras similares a dientes normales (Reichart & Philipsen 2004).

Clínicamente se distinguen tres tipos de odontomas:

los odontomas centrales, los odontomas periféricos, y los odontomas erupcionados. Los odontomas centrales son los tumores odontogénicos más frecuentes, 51.53%, (Daley et al 1994). En contraste, existen muy pocos casos publicados de odontomas periféricos y de odontomas erupcionados (Swan 1987, Ide et al 2000, Amado et al 2003).

Ambos tipos de tumores pueden presentarse en todas las formas clínicas.

Odontomas complejos.

La OMS define los odontomas complejos como malformaciones en las cuales están representados todos los tejidos dentales, individualmente bien formados, pero con un patrón desordenado.

Representan un 37% de los odontomas, sin preferencia de sexo. La edad de diagnóstico varía entre los 19 y 21 años de edad. Principalmente se localizan en la zona posterior de la mandíbula (40-55%), en forma intraósea. La otra localización frecuente es la zona anterior del maxilar (Günhan et al, 1990, Regezi et al, 1978, Philipsen et al, 1997).

Los principales síntomas y signos asociados a esta lesión son el retraso de la erupción de un diente permanente o la persistencia de un temporario, y el aumento de volumen de una o ambas tablas óseas. Con menor frecuencia la agenesia del diente permanente, el dolor, inflamación o infección de la mucosa oral, malposición dentaria, (Hidalgo Sánchez et al, 2008, Iatrou et al, 2010).

Radiográficamente se observa una masa solitaria de tejido calcificado, de bordes irregulares. En un 10-

44% de los casos se los encuentra asociados a dientes retenidos. Es muy importante analizar la posible causa de malposición, presente o futura, y su relación con estructuras vecinas (nervio Dentario Inferior, seno maxilar, terceros molares, germen permanentes), ya que son determinantes del tratamiento (Hidalgo Sanches et al, 2008, Hasan et al, 2003, Philipsen et al, 1997, Or et al, 1987, Morning 1980).

Odontomas compuestos.

Los odontomas compuestos son malformaciones en las cuales están presentes todos los tejidos dentales, en un patrón más ordenado que en el tipo complejo, por lo que la lesión consiste de varias estructuras similares a dientes. La mayoría de estas estructuras no representan morfológicamente un diente de la dentición normal, pero en cada uno el esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa están dispuestos como en un diente normal (Kramer et al, 1992).

El 63% de los odontomas son compuestos, sin preferencia de sexo. Entre el 45 y el 54 % asientan en la zona anterior del maxilar superior (Günhan et al, 1990, Regezi et al, 1978, Philipsen et al, 1997).

Su comportamiento clínico sugiere que esas lesiones sean catalogadas más como hamartomas que como verdaderos tumores, pero su etiopatogenia aún no es clara (Kramer et al, 1992, Serra-Serra et al, 2009, Junquera et al, 2005). Su crecimiento es lento, y más limitado que en su homólogo complejo.

Reichart y Philipsen (Odontogenic tumors and allied lesions, 2004) afirman que su potencial de crecimiento acaba cuando acaba el período de formación dentaria. Se detectan generalmente en exámenes radiográficos de rutina o al buscar la causa de retención de alguna pieza dental.

Su tamaño es extremadamente variable. Se han registrado casos de masas de denticulos de hasta 30 mm (Amado-Cuesta et al, 2003). Igualmente variable es la cantidad de denticulos que compongan la lesión. Cada denticulo recuerda morfológicamente a un diente normal, con distinto tamaño, forma y disposición coronaria y radicular.

Los síntomas y signos asociados a los odontomas compuestos son similares a los que manifiesta el odontoma complejo. El signo clínico más frecuente es la ausencia de un diente permanente. Con gran frecuencia se forman entre las raíces de los dientes temporarios, lo que causa la obstrucción de la erupción del diente permanente (Philipsen et al, 1997, Iatrou et al, 2010, Saghravarian et al, 2010).

Los odontomas, en escasas oportunidades, erupcionan hacia la cavidad bucal. Por lo general están relacionados con un diente impactado o en erupción.

En el análisis radiográfico se observa una masa radioopaca de estructuras calcificadas semejantes a dientes. Con mayor frecuencia que en los odontomas complejos, se los encuentra asociados a dientes retenidos (40-56% de los casos). La lesión aparece rodeada de una delgada capa radiolúcida (Philipsen et al, 1997, Hasan et al, 2003, Morning 1980, Bodin et al, 1983).

El diagnóstico diferencial de estas lesiones es más sencillo debido a sus características radiográficas. En primer lugar es preciso descartar que sea un odontoma complejo o un diente supernumerario. Toman aquí gran importancia los datos estadísticos sobre localización, edad, sexo, tamaño, y un minucioso análisis radiográfico. Los dientes supernumerarios pueden aparecer en cualquier zona del maxilar, pero preferentemente lo hacen en la zona anterior del maxilar superior, al igual que los odontomas compuestos, en forma de mesiodens, o de incisivos laterales accesorios. El diagnóstico diferencial depende principalmente de la edad del paciente (la edad promedio de diagnóstico de los dientes supernumerarios es 9 años y medio, con un rango de 6-15 años) y del análisis radiográfico (Schumuckli et al, 2010, Reichart & Philipsen, 2006).

El 60% de los odontomas erupcionados se encontraron asociados a piezas retenidas.

Odontomas erupcionados. (foto 1) La escasa cantidad de casos relatados de odontomas erupcionados demuestra la poca frecuencia de los mismos.

En el año 2009 había solamente 20 casos informados. (Serra, Serra et al. 2009). El planteo más interesante en éstos casos, es su posibilidad de erupcionar, y el mecanismo de las mismas.

Los odontomas, en escasas oportunidades, erupcionan hacia la cavidad bucal. Por lo general están relacionados con un diente impactado o en erupción. Las localizaciones más frecuentes informadas de estas patologías son posterior de los maxilares y anterior superior .

Presentación de casos clínicos.

Caso clínico 1. (fotos 2 y 3)

Pac. GC

Varón de raza blanca de 13 años de edad, remitido a consulta por aparición transmucosa de una estructura



Foto 1. Odontoma erupcionado.



Foto 2. Odontoma erupcionado en la posición de la pieza 1.1



Foto 3. Examen radiográfico previo al tratamiento ortodóntico.



Foto 4. Vista clínica de dos denticulos de un odontoma erupcionados.

El Odontoma Erupcionado: una patología poco frecuente.

Paullier, N; Pérez, M

calcificada, similar a un diente, pero de anatomía anormal, sin inflamación ni dolor concomitante. El 1.1 se encuentra ausente.

Se solicitó una ortopantomografía en la que se apreciaron 2 estructuras similares a dientes, con una zona coronaria y radicular definidas, ubicadas en la zona del 1.1, pieza que estaba retenida apicalmente a la lesión.

Presentaba un tamaño aproximado de 15 milímetros. Bajo el diagnóstico de sospecha de un odontoma compuesto se realizó la enucleación quirúrgica de la lesión.

Controles a dos años no evidenciaron sintomatologías ni complicaciones.



Foto 5. Odontoma expuesto a la cavidad oral.

Caso clínico 2. (foto 4)

Pac. F.U.

Mujer de raza blanca de 15 años, consulta por la erupción de 2 estructuras calcificadas apicales a la pieza 1.3

Clínicamente se apreció un aumento de volumen a nivel de la tabla ósea vestibular del 1.3 a nivel de encía insertada con la aparición transmucosa de 2 estructuras similares a dientes pequeños.

La paciente, sin antecedentes personales de interés no refería la existencia de dolor ni inflamación asociada al motivo de consulta.

Bajo anestesia local se realizó la enucleación quirúrgica.

Las estructuras calcificadas tenían un tamaño aproximado de 5 mm.

El control a dos años no evidencia recidivas ni otras complicaciones.



Foto 6. Ortopantomografía evidenciando el odontoma

Caso clínico 3. (fotos 5, 6 y 7)

Pac. MC

Mujer de 63 años, consulta por ulceración mucosa en el sector posterior inferior derecho. Clínicamente se constató la ulceración en la región del 4.8, con exposición de tejido duro.

Se solicitó una OPT en la que se apreció una lesión radiopaca en la zona retromolar, redondeada, de bordes irregulares, rodeada de halo radiolúcido.

Se realizó la enucleación de la lesión.

La lesión tenía un diámetro de 15 mm. El diagnóstico fue de Odontoma complejo.

La evolución fue buena y en el seguimiento no se constataron complicaciones.

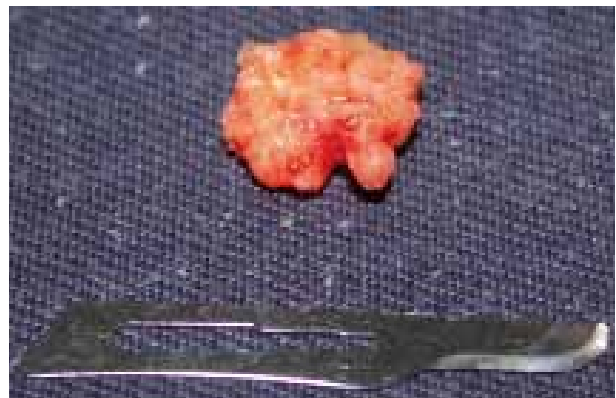


Foto 7. Odontoma complejo: nótese la apariencia amorfa que resulta de la desorganización con la que se disponen los tejidos dentales en estas lesiones.

DISCUSIÓN.

La erupción de los odontomas no es una manifestación frecuente. Hasta julio de 2009 se han reportado solo 20 casos de odontomas erupcionados; el primero en 1980 por Rumel et al. La causa de erupción sigue siendo un motivo de debate. Los odontomas no poseen ligamento periodontal, de modo que no cuentan

con la fuerza eruptiva de los miofibroblastos. Carecen además de una raíz consolidada que pudiera ejercer una presión eruptiva. Pueden encontrarse distintas teorías.

La más respaldada se apoya en la fuerte asociación que presentan los odontomas con dientes retenidos: 12 de los 20 casos publicados (60%). La principal asociación se da con el segundo molar inferior y con el incisivo central superior. Ésta teoría plantea que los odontomas ubicados coronariamente a un diente retenido reciben el empuje de la fuerza eruptiva del diente en cuestión.

Otra teoría se apoya en el potencial de crecimiento del odontoma. Ésta plantea que el aumento del tamaño de la lesión puede producir la secuestación del hueso que la recubre, o bien la reabsorción del mismo, teniendo como último resultado la exteriorización del odontoma.

Dos de nuestros casos estaban relacionados con dientes retenidos.

La remodelación ósea inducida por el epitelio reducido del órgano del esmalte ha sido demostrada mediante análisis inmunohistoquímico para la erupción de dientes normales. Se observó que las células epiteliales son capaces de secretar el factor de crecimiento epidérmico beta y el factor de crecimiento transformador. Éstos factores estimulan a las células del folículo dental a la secreción de factor estimulador de colonias, que recluta osteoclastos al folículo. También se detectó la secreción de proteasas por el epitelio reducido, que ayudarían a abrir camino a través del tejido fibroso circundante. Por último, se ha atribuido también la erupción al proceso de reabsorción de los huesos alveolares en personas de

edad avanzada, o a la historia de mutilaciones dentarias en niños, que puedan producir malformaciones similares a odontomas en los dientes permanentes en erupción que luego erupcionen por su cercanía con la encía (Meza-García, 2010, Serra-Serra et al, 2009, Shekar et al, 2009, Vasudevan et al, 2009, Amailuk & Grubor, 2008, Vengal et al, 2007, Junquera et al, 2005, Amado Cuesta et al, 2003).

La revisión realizada por Serra-Serra et al, muestra que 12 (60%) de los 20 casos de odontomas erupcionados a la cavidad bucal se dieron en mujeres y 7 (35%) en varones. En un caso la edad y el sexo no fueron determinados.

Nuestros casos fueron de 2 mujeres y un varón.

La edad media de presentación de éstas lesiones se estimó en los 25 años, confirmando la mayor frecuencia de hallazgo entre la segunda y tercera década de vida. Las edades de nuestros casos fueron de 13, 15 y 63 años.

9 de los 20 correspondieron a odontomas compuestos y 11 a odontomas complejos.

De nuestros casos, 2 correspondieron a odontomas compuestos y 1 a odontoma complejo.

En uno de los casos la consulta fue por infección.

Si bien los odontomas suelen presentarse asintomáticos, la erupción en la cavidad bucal puede generar sobre infección, inflamación, dolor, halitosis y maloclusión. La falta de estructuras periodontales, o de un epitelio de unión que actúe como barrera física contra la infección, y la falta del despeje generado por el líquido crevicular favorecen el avance de microorganismos entre la encía y el odontoma (Meza-García, 2010, Serra-Serra et al, 2009, Junquera et al, 2005).

REFERENCIAS

- Amado S, Gargallo J, Berini L, Gay-Escoda C.** (2003) Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. *Med Oral*; 8: 366-73.
- Amailuk P & Grubor D.** (2008) Erupted compound odontoma: Case report of a 15 year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. *British Dental Journal*; 204: 11-14.
- Barnes L, Eveson JW.** (2005) *Pathology & Genetics of Tumours of the Head & Neck*. WHO Blue Book Series.
- Bodin I, Julin P, Thomsson M.** (1983) Odontomas and their pathological sequels. *Dentomaxillofac Radiol*; 12(2): 109-14.
- Daley TD, Wysoki GP, Pringle GA.** (1994) Relative incidence of odontogenic tumors and oral jaw cyst in a Canadian population. *Oral Surg, Oral med Oral Pathol*; 77: 276-80.
- Günhan O, Erseven G, Ruacan S, Celasun B, Aydintug Y, Ergun E, Demiriz M. (1990) Odontogenic tumours. A series of 409 cases. *Aust Dent J*; 35(6): 518-22.
- Hasan Y, Öznur LK, Mehmet A, Derya Ç.** (2003) Radiological and computer tomography findings in a compound composite odontoma. *Tanisa ve Girişimsel Radyoloji*; 9: 97-99.
- Hidalgo-Sanchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM.** (2008) Metaanalysis of the epidemiological and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral pathol Oral Cir Bucal*; 13(11): 730-4.
- Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M.** (2010) A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *J Oral Sci*; 52(3): 439-47.
- Ide F, Shimoyama T, Horie N.** (2000) Gingival peripheral odontoma in an adult: case report. *J. Periodontol*; 71: 830-2.

- Junquera L, de Viente JC, Roig P, Olay S, Rodriguez-Resio O.** (2005) Intraosseus odontoma erupted into the oral cavity: an unusual pathology. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*; 10: 48-51.
- Kramer I, Pindborg JJ, Shear M.** (1992) Histological typing of odontogenic tumors. Second edition. Springer-Verlag.
- Meza- Garcia G, Martinez-Sanchez LG, Castellanos- Garcia G.** (2010) Odontoma complejo erupcionado con infección agregada como complicación, presentación de un caso clínico. *AMCBM Colegio*; 6(3): 106-110.
- Morning P.** (1980) Impacted teeth in relation to odontomas. *Int J Oral Surg*; 9(2): 81-91.
- Or S, Yücetaş S.** (1987) Compound and complex odontomas. *Int J Oral Maxillofac Surg*; 16(5): 596-9.
- Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F.** (1997) Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol*; 33: 86-99.
- Philipsen HP, Reichart PA.** (2006) Classification of odontogenic tumours. A historical review. *J Oral Pathol Med*; 35(9): 525-9.
- Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM.** (1978) Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg*; 36(10): 771-8.
- Reichart, HP, Philipsen, PA.** (2004) Odontogenic tumors and allied lesions.
- Schmuckli R, Lipowsky C, Peltomäki T.** (2010) Prevalence and morphology of supernumerary teeth in the population of a Swiss community. Short communication.. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*; 120(11): 987-93.
- Serra-Serra G, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C.** (2009) Erupted odontoma: A report of three cases and Review of the literature. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*; 14(6): 299-303.
- Shekar S, Rao RS, Gunasheela B, Supriya N, Vasudevan V, Manjunath V.** (2009) Erupted compound odontome. *J Oral Maxillofac Pathol*; 13(1): 47-50.
- Swan RH.** (1987) Odontomas. A case presentation and periodontal considerations in treatment. *J Periodontol*; 58: 856-60.
- Vengal M.** (2007) Large erupting complex odontoma: a case report. *JCDA*; 73(2): 169-72.
- Vasudevan V, Manjunath V, Bavle R.** (2009) Large erupted complex odontoma. *Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*; 21(2): 92-97.

Nicolás Paullier

Av. Ricaldoni 2732, CP 11600, Montevideo Uruguay.
nicolaspaulier@gmail.com
soniyuc@yahoo.com.ar