

Odontomas en la infancia. Revisión en 8 casos

Brunet Llobet, L.; Cahuana Cárdenas, A.

Resúmen

Los Odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes que afectan a los maxilares, habitualmente se diagnostican durante la segunda década de la vida y aunque asintomáticos, son causa frecuente de retraso en la erupción dentaria.

Se estudian 8 casos de odontomas diagnosticados en pacientes pediátricos menores de 14 años. Todos correspondieron al odontoma tipo compuesto, que es la disembrioplasia en la que están representados de forma ordenada todos los tejidos dentarios, y constituida por varias estructuras semejantes al diente denominadas denticulos. Se comentan sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Palabras Clave: Tumores odontogénicos; Odontoma; Odontoma compuesto; Odontoma Complejo; Disembrioplasia dentaria; Paciente pediátrico.

Summary

Odontomas are one of the most common odontogenic tumors that affect maxillars, and habitually are diagnosed during the second decade of life. Although asymptomatic, they are a common cause of dental delay eruption.

Eight young patients under 14 that have odontomas were studied. Their cases all corresponded to the compound type of odontoma, which is a disembrioplasia where all dental tissues are represented in an ordered way, and formed by tooth-like structures called "denticulous". We are reporting on their diagnostic and therapeutical implications.

Key Words: Odontogenic tumors; Odontoma; Compound odontoma; Complex odontoma; Dental disembrioplasia; Child patients.

Introducción

El término Odontoma fue introducido por Brocca⁽¹⁾ en 1867 para designar a cualquier tumor de origen odontogénico. En las distintas clasificaciones aparecidas en la literatura los odontomas han sido encuadrados en diferentes subcategorías dentro de los tumores odontogénicos⁽²⁾. Así en 1965 Tiecke⁽³⁾ y Bhaskar⁽⁴⁾ dividen a los tumores odontogénicos en epiteliales, mesenquimatosos y mixtos, incluyendo en este último grupo a los odontomas.

La OMS en 1971⁽⁵⁾ desarrolla una clasificación centrándose en la variación de la intensidad del estímulo ejercido por el epitelio odontogénico y considera al odontoma dentro de las lesiones que poseen tejido dental calcificado sin epitelio odontogénico, definiéndola como una neoplasia benigna de células odontógenas diferenciadas que forman: esmalte, dentina y cemento.

En la actualidad se considera un hamartoma o disembrioplasia^(1,6,7) de origen odontogénico, que se encuentra constituida fundamentalmente por tejidos dentales calcificados. El

hamartoma es una malformación congénita de aspecto tumoral en la que los elementos tisulares presentan una proporción y distribución anómalos. No tiene carácter neoplásico ya que los tejidos no poseen crecimiento autónomo.

Los odontomas a su vez se subdividen atendiendo al grado de diferenciación morfogénica de los tejidos. Así la clasificación más aceptada es la de la OMS⁽⁵⁾ que define el "odontoma complejo" como aquella malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios, casi siempre bien constituidos, pero dispuestos de una forma más o menos desordenada; y al "odontoma compuesto" como una malformación en la que todos los tejidos dentales están presentes siguiendo un patrón más ordenado que el del odontoma complejo, y constituida por estructuras semejantes al diente, denominadas denticulos.

Actualmente el vademecum de clasificación de enfermedades reconoce 22 tipos de tumores odontogénicos entre los que considera tan sólo dos variedades de odontoma, el compuesto M9281/0 y el complejo M9282/0, los dos de comportamiento

benigno⁽⁸⁾.

A nivel anatomopatológico el odontoma presenta una cápsula de tejido blando, idéntica al folículo que rodea a un diente no erupcionado, y en su interior se encuentran representadas todas las estructuras dentarias (esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar) en proporciones anómalas o no^(7,9).

Aunque de etiología desconocida los odontomas se han relacionado con diversos factores: infecciosos, traumatismos locales, enfermedades sistémicas o mutaciones genéticas^(7,10,11). La teoría etiopatogénica más aceptada es la de la formación de los odontomas a partir del órgano del esmalte o de la lámina dental en lugar de un diente normal, o quizá a partir de una lámina supernumeraria en asociación con el folículo de un diente no erupcionado⁽¹²⁾.

Los odontomas son descubiertos habitualmente durante la exploración radiológica de rutina de nuestros pacientes, presentándose como una imagen radiopaca bien delimitada y rodeada por un halo radiolúcido⁽⁷⁾. Clínicamente se traducen como un retraso en la erupción de un diente temporal o definitivo, algunas veces asociado a una tumoración. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica conservadora del tumor que se consigne fácilmente por la presencia de la cápsula.

Existen pocas referencias bibliográficas de odontomas en niños. La mayoría de publicaciones hacen referencia a adultos, motivo por el cual efectuamos una revisión de nuestra casuística.

Material y método

Desde 1986 hasta 1995 han sido diagnosticados, tratados y seguidos ocho pacientes afectados de un odontoma, en el Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Tabla 1).

Basándonos en la historia clínica hospitalaria se han registrado el sexo, la edad, el motivo de consulta y la localización de la lesión maxilar-mandibular: anterior (zona de incisivos y caninos), intermedia (zona de premolares), posterior (zona de molares). Respecto al tipo de odontoma hemos considerado la clasificación de la OMS⁽⁵⁾ que distingue los odontomas compuestos y complejos.

Resultados

Los ocho casos diagnosticados correspondieron al odontoma tipo compuesto (Tabla 1), seis se presentaron en el sexo masculino (75%). La edad media de diagnóstico de odontoma fue de 8 años -rango 3-12 años-.

El motivo de consulta de todos los pacientes se debió a un retraso de la erupción dentaria (100%), que cuando afectó a la dentición definitiva (5 casos) se asoció en tres casos a un retraso

en la exfoliación del diente temporal. Otro signo clínico evidenciable durante la inspección fue la asociación con una tumoración maxilar o mandibular en dos de los pacientes (25%). (Figs. 1 y 2). Ninguno de ellos produjo una sintomatología relevante asociada al odontoma, por lo que podemos considerarlo como una afección asintomática.

	Sexo	Edad	Motivo Consulta	Localización	Tipo	Evolución
1	M	11 años	Persistencia 73 Retención 33	Mandibular Anterior	Compuesto	2ª fase Qx Ortodoncia
2	M	9 años	Persistencia 51 Retención 11	Maxilar Anterior	Compuesto	Erupción Espontánea
3	M	6 años	Tumoración Retención 53	Maxilar Anterior	Compuesto	Erupción Espontánea
4	M	3 años	Retención 51	Maxilar Anterior	Compuesto	2ª fase Qx Recolocado
5	M	7 años	Retención 21	Maxilar Anterior	Compuesto	2ª fase Qx Ortodoncia
6	F	10 años	Retención 12	Maxilar Anterior	Compuesto	2ª fase Qx Ortodoncia
7	F	6 años	Tumoración Retención 53	Maxilar Anterior	Compuesto	Erupción Espontánea
8	M	12 años	Persistencia 71 Retención 31	Mandibular Anterior	Compuesto	Erupción Espontánea

M: Masculino F: Femenino

Tabla 1.



Fig. 1. Paciente de 6 años que presentó retraso eruptivo del canino temporario por presencia de un odontoma compuesto (paciente nº 3).

El diagnóstico de odontoma compuesto fue clínicoradiológico (Figs. 1, 2, 3 y 4) en 6 casos, y de sospecha en los otros

dos, estableciéndose un diagnóstico diferencial con diente supernumerario, confirmándose el de odontoma post-exéresis (Fig. 5).



Fig. 2. Tumoración maxilar derecha en la región correspondiente al canino temporario (paciente nº 3).



Fig. 3A. Imagen radiológica.



OC - Odontoma Compuesto

Fig. 3B. Diagrama del Odontoma compuesto que provoca una retención secundaria del 53 (paciente nº 3).

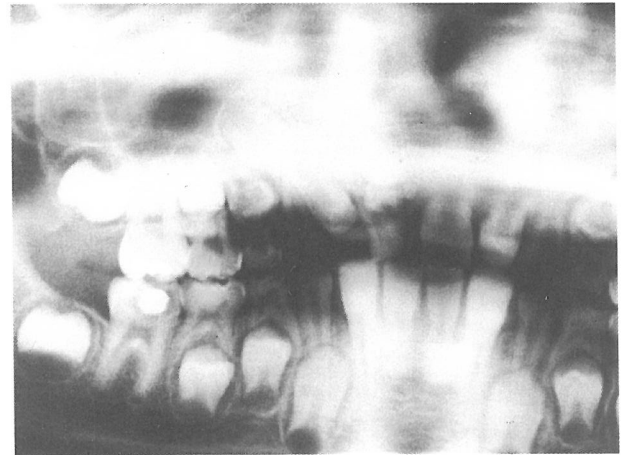
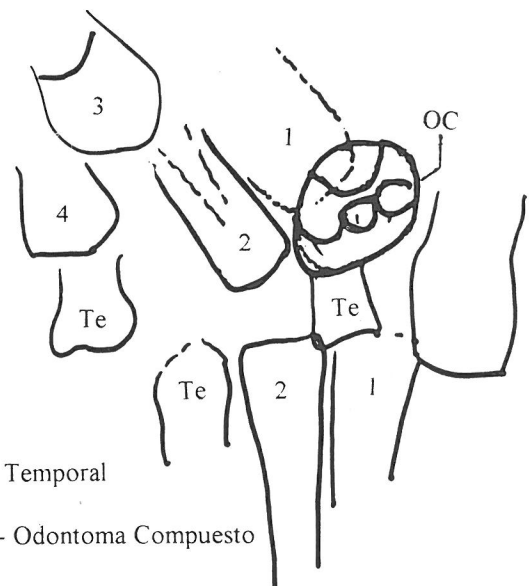


Fig. 4A. Imagen radiológica.



Te - Temporal

OC - Odontoma Compuesto

Fig. 4B. Diagrama del Odontoma compuesto que provoca una retención secundaria del 11 y la persistencia del 51 (paciente nº 2).

En la región anterior de ambos maxilares se localizaron todos los odontomas (100%), seis se presentaron en maxilar superior (75%) y en los dos restantes su localización fue mandibular (25%).

En los ocho casos se practicó la exéresis de la tumoración, incluida la cápsula de tejido conjuntivo, controlándose en visitas sucesivas la erupción del diente retenido. Así en cuatro casos el diente retenido erupcionó de forma espontánea (Fig. 6); en otros tres fue preciso una segunda fase quirúrgica dirigida a permitir la tracción ortodóncica del diente retenido; y un último caso en que se recolocó el diente temporario en arcada debido a la edad del paciente -4 años-.



Fig. 5. Imagen anatómica de los dentículos constituyentes de un odontoma compuesto en la región del 11 (paciente nº 2).

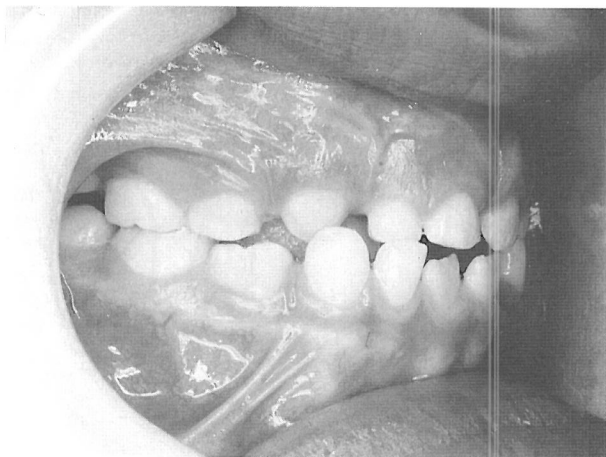


Fig. 6. Erupción espontánea en oclusión cruzada del canino temporario (53) a los pocos meses post-exéresis del odontoma compuesto (paciente nº 3).

Discusión

De los tumores odontogénicos que afectan a los maxilares, el odontoma es el más frecuente y su prevalencia se estima entre el 22% - 67%^(9,13). Aunque de etiología desconocida los odontomas se han relacionado con diversos factores: infecciosos, traumatismo local, enfermedades sistémicas o alteraciones genéticas^(7,10,11).

La clasificación más extendida es la de la OMS⁽⁵⁾ que distingue al odontoma en compuesto y complejo. Estas lesiones generalmente se diagnostican con relativa facilidad, aunque cuando se descubren en una fase intermedia de desarrollo dificultan - en ocasiones - el diagnóstico radiológico de odontoma, debido a su calcificación incompleta⁽⁹⁾. El estadio intermedio del Odontoma Compuesto se presenta como una imagen radiolúcida bien delimi-

tada que en su interior presenta opacidades redondeadas y huecas que corresponden a las estructuras de desarrollo similares al diente⁽⁹⁾. El estadio intermedio del Odontoma Complejo presenta una apariencia radiológica similar a otras lesiones tales como la lesión osteo-fibrosa originada en el ligamento periodontal, el quiste odontogénico calcificante, el tumor odontogénico adeno-matoide y el tumor odontogénico epitelial calcificante⁽⁴⁾.

Los odontomas suelen ser tumores asintomáticos -53.84%- hallados en el examen radiológico de rutina, presentándose como una masa opaca calcificada irregular, única o múltiple, en el caso del odontoma complejo; y con múltiples radioopacidades en su interior configurando estructuras similares a los dientes (dentículos), en el caso del odontoma compuesto^(18,19). La mayoría de odontomas son relativamente pequeños, no excediendo el centímetro de diámetro.

Nuestra casuística constituida por pacientes menores de 14 años presentó la falta de erupción de un diente temporal o permanente -100%- y una tumoración palpable -25%-. Fueron varones el 75% con afectación preferente en el maxilar anterior -75%- y todos correspondieron al tipo compuesto (100%).

Encontramos ciertas diferencias con las series publicadas referentes a otros estudios que indican que clínicamente los odontomas se manifiestan por la falta de erupción de un diente temporal o permanente -40%-, la presencia de una tumoración palpable -3.6%- y excepcionalmente como un cuadro infeccioso-inflamatorio⁽²⁾. También indican que afectan por igual a ambos sexos y se localizan preferentemente en el maxilar superior -55%-, predominando la región anterior (incisivo-canina) en ambos maxilares^(2, 6). A menudo se diagnostican durante la segunda década de la vida, y tan sólo un 15% aproximadamente son diagnosticados a partir de los treinta años⁽⁶⁾; los O. Compuestos (de localización antero-superior) antes que los O. Complejos (de localización póstero-inferior)⁽²⁾.

Cuando se relaciona la localización y tipo de odontoma con la edad del individuo se puede establecer que a edades tempranas existe una mayor probabilidad de encontrarnos con un odontoma compuesto de localización anterior; y por el contrario en el adulto existiría una mayor probabilidad de presentarse un odontoma complejo de localización posterior. Dado que los tejidos odontogénicos terminan antes su diferenciación en la región antero-superior del maxilar, existe un predominio de la variante odontoma compuesto -alto grado de diferenciación tisular- en pacientes jóvenes^(9, 16).

Los casos diagnosticados y seguidos en nuestro servicio corresponden en su totalidad al odontoma compuesto, localizado en la región anterior de los maxilares (dos a nivel mandibular) y presentándose en pacientes de edades pediátricas; lo cual reforza-

ría la correlación establecida entre edad, localización y tipo de odontoma.

Dado que la recidiva del tumor es excepcional, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica conservadora del odontoma que se consigue fácilmente por estar encapsulado. Pero la resección quirúrgica deberá ser ampliada especialmente cuando se trate de la variedad inmadura del odontoma complejo⁽²⁰⁾. El examen histopatológico de la lesión será preciso ante estructuras de tejido blando no semejantes al tejido capsular, para establecer un diagnóstico diferencial con el fibroma ameloblástico⁽¹⁴⁾ y el quiste odontogénico calcificado⁽¹²⁾; también los odontomas de desarrollo intermedio deben ser analizados microscópicamente con la idea de descartar otras tumoraciones calcificadas que afectan a los maxilares⁽⁹⁾. En el caso de que el análisis anatomopatológico no confirme el diagnóstico clínico de odontoma se debería llevar a cabo una segunda fase quirúrgica menos conservadora que facilite el diagnóstico o en definitiva evite su posible recidiva⁽⁹⁾.

Morning en 1980 indicó que el tratamiento de elección de los dientes secundariamente impactados a la presencia de un odontoma, se basa siempre en la exéresis quirúrgica del odontoma y la exposición del diente retenido, previo tratamiento ortodóncico, si fuese necesario, para conseguir espacio suficiente en la arcada. El mismo autor señala que: en un 45% la erupción espontánea del diente retenido se logró después de la exéresis del odontoma; en el 42% precisó de un segundo tiempo quirúrgico -fenestración- para dirigir el diente a la arcada; y en el porcentaje restante el tratamiento no se consideró exitoso⁽²²⁾.

Patiño et al. -1995- en su estudio indican que de los 40 casos de odontoma asociado a un diente permanente incluido, en 35 se practicó la exéresis del odontoma seguida de fenestración y reubicación del diente retenido en el mismo acto operatorio. Mientras que en los cinco restantes sólo se efectuó la exéresis del odontoma en espera de la erupción espontánea del diente incluido, que se produjo en un solo caso⁽²³⁾.

El tratamiento de los odontomas diagnosticados en nuestro servicio se ha basado únicamente en la exéresis quirúrgica del tumor. En cuatro casos el diente retenido erupcionó espontáneamente, y en los otros cuatro se precisó de fenestración y tracción ortodóncica.

Conclusiones

A pesar de que esta patología es infrecuente y en ocasiones su diagnóstico es un hallazgo radiológico en controles rutinarios, el diagnóstico precoz de esta afección tumoral y su resolución quirúrgica deben evitar: la posición ectópica del diente retenido, el desplazamiento de los dientes adyacentes y el desarrollo poten-

cial de un quiste dentífero. Por el contrario su diagnóstico tardío obligará a realizar un segundo tiempo quirúrgico para: ubicar el diente retenido en arcada, realizar un tratamiento ortodóncico previo dirigido a recuperar el espacio perdido, y en el peor de los casos a la exéresis del diente incluido.

Brunet Llobet, L.: Médico Odontólogo. Postgrado en Ortodoncia y Odontopediatría; Cahuana Cárdenas, A.: Médico Adjunto del Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría.

Correspondencia: Dr. A Cahuanas Cárdenas; Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona; Ctra. d'Esplugues, s/n; 08034 - Barcelona.

Bibliografía

- 1.- GOORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M.: Patología oral de Thoma. Barcelona: Salvat; 1984.
- 2.- SERRANO, B.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J.M.; BACA, R.; DONADO, M.: Estudio clínico-epidemiológico de los odontomas. Avances en Odontostomatología. 1992; 8: 689 - 698.
- 3.- TIECKE, R.: Oral Pathology. New York: McGraw Hill Book Co; 1965.
- 4.- BHASKAR, S.N.: Gingival cyst and keratinizing ameloblastoma. Oral Surg. 1965; 19: 796.
- 5.- World Health Organisation. Histologic typing of odontogenic tumors, 1971.
- 6.- KAUGARS, G.E.; MILLER, M.E.; ABBEY, L.M.: Odontomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1989; 67: 172 - 176.
- 7.- SHAFER, W.G.; LEVY, B.M.; HINE, M.K.: Tratado de Patología bucal. México: Interamericana; 1986.
- 8.- Classificació Internacional de Malalties. 9ena Revisió. Modificació Clínica - CIM*9*MC-. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 1993.
- 9.- SWAN, R.: Odontomas: a review, case representation and periosontal considerations in treatment. J Periodontol. 1987; 58: 856 - 860.
- 10.- HITCHIN, A.D.: The aetiology of the calcified composite odontomas. Br Dent J. 1971; 130: 475 - 482.
- 11.- LEVY, B.A.: Effects of experimental trauma on developing first molar teeth in rats. J Dent Res. 1968; 47: 323.
- 12.- LASKIN, D.M.: Cirugía bucal y maxilofacial. Buenos Aires: Panamericana; 1987.
- 13.- REGEZI, J.A.; KERR, D.A.; COURTNEY, R.M.: Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. J Oral Surg. 1978; 36: 771 - 777.
- 14.- WOOD, N.K.; GOAZ, P.W.: Differential diagnosis of oral lesions. St. Louis: C.V. Mosby Co; 1980.
- 15.- SEIRULO, F.J.; SALAS, M.C.: Tumores odontogénicos.

Rev Esp Estomatol. 1982; 30: 363 - 376.

16.- SLOOTWEG, P.J.: An analysis of the interrelationship of the mixed odontogenic tumors-ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma, and the odontomas. Oral Surg. 1981; 51: 266 - 276.

17.- GARDNER, D.G.: The mixed odontogenic tumors. Oral Surg. 1984; 57: 395 - 397.

18.- EVERSOLE, L.R.: Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment. Philadelphia: Lea & Febiger; 1981.

19.- LUCAS, M.: Medicina oral. Barcelona: Salvat; 1988.

20.- LÓPEZ-AREAL, L.; SILVESTRE DONAT, F.; GIL LO-

ZANO, J.: Compound odontoma erupting in the mouth: 4-year follow-up of a clinical case. J Oral Pathol Med. 1992; 21: 285 - 288.

21.- PRAETORIUS, F.; HJORTING-HANSEN; GORLIN, R.J.; VICKERS, R.A.: Calcifying odontogenic cyst: range, variations and neoplastic potential. Acta Odontol Scand. 1981; 39: 227.

22.- MORNING, P.: Impacted teeth in relation to odontomas. Int J Oral Surg. 1980; 9: 81 - 91.

23.- PATIÑO, C.; BERINI, L.; SÁNCHEZ, M.A.; GAY, C.: Odontomas complejos y compuestos: análisis de 47 casos. Arch Odontoestomatol. 1995; 11: 423 - 430.

Enfermedades leves no son una razón para diferir inmunizaciones en niños

No hay ninguna razón para diferir vacunaciones en caso de leves enfermedades propias de los niños como son, sarampión, paperas, etc. de acuerdo con un reciente artículo del Journal of the American Medical Association.

Gail E. King, perteneciente al centro de control de la enfermedad y Prevención y cols. estudiaron una muestra de niños de 386, con edades comprendidas entre los 15 y 23 meses de seis departamentos diferentes de salud en el área de Atlanta desde Febrero de 1992 hasta Abril de 1993. Examinaron la respuesta a la vacuna del Sarampión, Paperas, rubeola, de niños con y sin enfermedad.

Los investigadores afirman: que la causa del aumento de enfermedades entre los niños en comunidades de alto riesgo es precisamente la gran cantidad de vacunaciones que no se llegan a relizar por miedo, en aquellos casos de enfermedades leves de los niños y que afecta principalmente a preescolares. La reducción de todos aquellos motivos que evitan el vacunar

a las poblaciones infantiles de alto riesgo es uno de los objetivos fundamentales del plan nacional de vacunación y prevención de enfermedades en U.S. para el año 2000.

La Academia Americana de Pediatras ha llamado la atención a los médicos para que no vean cómo una contraindicación a la vacunación, enfermedades leves de los niños.

En este estudio 157 niños de los 386 padecían enfermedades leves del tipo infecciones de vías altas respiratorias, infección de oídos, diarrea.

Los investigadores encontraron un similar desarrollo de anticuerpos para sarampión, paperas y rubeola en aquellos niños enfermos de enfermedades leves que en los sanos. Los investigadores concluyen que "Una enfermedad leve o historia de una reciente no está asociada con la reducción de producción de anticuerpos para, sarampión, paperas, rubeola, ni tampoco con un aumento de efectos negativos de ningún tipo".