

# Odontomas. Un Reto para el Tratamiento Interdisciplinario del Paciente de Ortodoncia

## Odontomas. A Challenge for the Interdisciplinary Treatment of the Orthodontic Patient

Recibido: 16/06/2022

Aceptado: 25/08/2022

Brusca MI, Bellosi ME, Ramon AL,  
Pesantez A, Parreira M, Puia S.

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Odontología  
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I  
Buenos Aires, Argentina

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es describir las técnicas para el diagnóstico y tratamiento de 3 casos clínicos de odontoma en pacientes ortodóncicos. En el caso 1, se trató a un paciente masculino de 17 años, que acudió para interconsulta con el servicio de ortodoncia, ya que no había erupcionado el canino superior izquierdo y el primer premolar superior izquierdo. El estudio anatomopatológico reveló odontoma complejo con áreas pindborgoides y acumulación de células fantasma. En el caso 2 se trató a un paciente femenino de 15 años. El estudio anatomopatológico reveló odontoma complejo. En el caso 3, se trató a un paciente masculino de 28 años que acudió a rehabilitación integral de su boca, y fue derivado a la cátedra de ortodoncia. En la radiografía panorámica se observó una imagen compatible con odontoma. Se remitió una muestra a anatomía patológica que confirmó el diagnóstico de odontoma. Conclusión: el conocimiento adecuado de las características clínicas, radiológicas y patológicas es necesario para un correcto diagnóstico y tratamiento. Es importante el trabajo interdisciplinario ortodoncista - cirujano para tratar estos casos.

**Palabras Clave:** odontoma, ortodoncia, erupción dentaria, tumores odontogénicos, tratamiento.

### ABSTRACT

The objective of this work is to describe the techniques for the diagnosis and treatment of 3 clinical cases of odontoma in orthodontic patients. In case 1, a 17-year-old male patient was treated who came for consultation with the orthodontic service, since the upper left canine and the upper left first premolar had not erupted. Pathological study revealed complex odontoma with pindborgoid areas and accumulation of ghost cells. In case 2, a 15-year-old female patient was treated. The anatomopathological study revealed a complex odontoma. In case 3, a 28-year-old male patient was treated who attended comprehensive rehabilitation

of his mouth and was referred to the orthodontic department. In the panoramic radiography, an image compatible with odontoma was observed. A sample was sent to pathological anatomy, which confirmed the diagnosis of odontoma. Conclusion: Adequate knowledge of the clinical, radiological and pathological characteristics is necessary for a correct diagnosis and treatment. Interdisciplinary orthodontist-surgeon work is important to treat these cases.

**Keywords:** odontoma, orthodontic, tooth eruption, odontogenic tumors, treatment.

## INTRODUCCIÓN

Una gran variedad de lesiones puede afectar la región oral y maxilofacial (OMF), incluidas las relacionadas con procesos inflamatorios y neoplasias malignas. Las manifestaciones clínicas de estas lesiones comprenden dolor, parestesia, hinchazón, supuración, pérdida de dientes, reabsorción radicular y deformidad facial. Los cambios en los tejidos de OMF de estas lesiones pueden causar efectos desfavorables estética y funcionalmente en los pacientes, por lo que es de gran importancia un examen clínico y radiológico cuidadoso para el diagnóstico correcto y la planificación del tratamiento, además del examen histopatológico de las muestras de biopsia (Hosgor et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) clasificaron a los odontomas como un defecto del desarrollo de los tejidos duros dentales. Son tumores odontogénicos benignos compuestos por estructuras dentales como el esmalte, el cemento, la dentina y la pulpa (Tyagi y Singla, 2010; Tuczyńska et al., 2015; Bianco et al., 2019; Levi-Duque y Ardila, 2019). La última clasificación de 2017 incluye como tumores odontogénicos benignos mixtos a: fibroma ameloblástico, tumor odontogénico primordial, odontoma (tanto complejo como compuesto) y tumor dentinogénico de células fantasma (Soluk-Tekkeşin y Wright, 2018). Los odontomas son el tipo más común de tumores odontogénicos, siendo considerados hamartomas cuando se asocian con falla en el desarrollo dentario (de Oliveira et al., 2019; Bueno et al., 2020).

La etiología de los odontomas sigue sin ser clara. Sin embargo, se han asociado con causas ambientales (traumas, infecciones o inflamación) y genéticas (disostosis cleidocraneal, síndrome de Gardner, síndrome de Hermann y síndrome de Pierre-Robin). Recientemente, un estudio sugirió una posible etiología genética para los odontomas complejos múltiples (Iatrou, 2010).

Los odontomas no suelen producir síntomas, por lo que su hallazgo radiográfico es coincidente.

Radiográficamente, la lesión se presenta como una masa radiopaca, rodeada de un halo radiolúcido de bordes regulares (Saravanan et al., 2019; Levi-Duque

y Ardila, 2019). Los síntomas más prevalentes son la impactación del diente permanente, la tumefacción de los maxilares y el desplazamiento de los dientes adyacentes (Botelho et al., 2019). Esta manifestación se asocia, principalmente, a la ausencia de erupción dentaria, causada por la presencia del odontoma.

La erupción puede verse influenciada por diferentes causas, como la pérdida prematura de dientes temporales, traumatismos, dientes supernumerarios, agenesia, etc (Bryan et al., 2005). Es importante que el ortodoncista también tenga en cuenta la posibilidad de que esta falla se deba a la presencia de tumores odontogénicos, como en los casos presentados aquí, ya que debido a ello será necesaria una técnica quirúrgica para despejar el camino a la erupción dentaria o, incluso, los dientes podrían erupcionar espontáneamente tras la cirugía, durante el período de seguimiento.

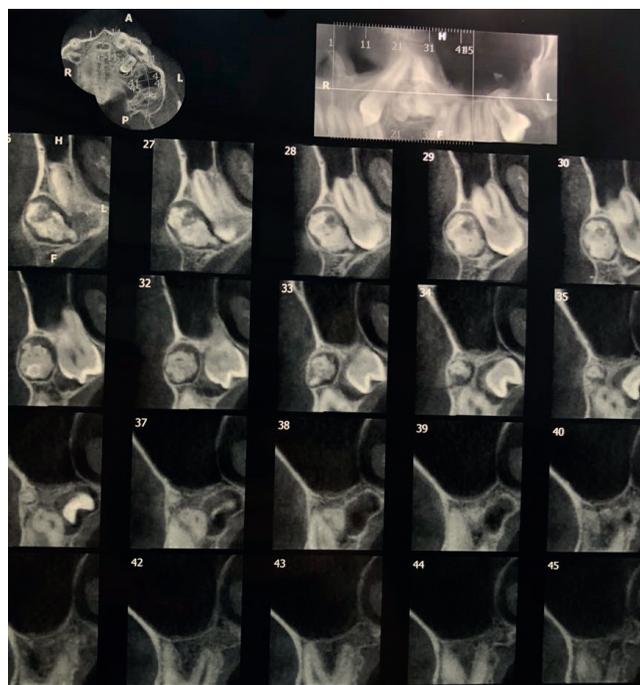
El tratamiento de elección es la cirugía de enucleación, dependiendo del tamaño y ubicación: en ocasiones se realizan colgajos para luego reconstruir el hueso, y al mismo tiempo preparar la región para futuros implantes o tratamientos de ortodoncia, por lo que se propone un tratamiento interdisciplinario (Lee et al., 2015).

## CASOS CLÍNICOS

### CASO 1

Paciente masculino de 17 años, que acude a un hospital para interconsulta con el servicio de ortodoncia, ya que había recibido tratamiento ortopédico en la infancia y no había erupcionado el canino superior izquierdo y el primer premolar superior izquierdo. Se solicitó radiografía panorámica y al observar imagen en maxilar superior se remitió al Departamento de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA), para diagnóstico y tratamiento. El paciente desconocía el tiempo de evolución de la lesión. En la radiografía, las partes 23 y 24 estaban retenidas intraóseas y la lesión radiopaca era compatible con un odontoma complejo. En la tomografía de haz cónico se observó segundo premolar por lesión palatina y vestibular (Figura 1.1). Se realizó antisepsia de campo operatorio con yodopovidona 10% y colocación de campo estéril y anestesia local con xilocaina 2%. Incisión en vestibular, vertical en mesial del incisivo lateral superior izquierdo, intracrevicular de 22, lineal crestal hacia distal llegando a la pieza 25, intracrevicular de 25 y 26 con descarga distal vertical de esta pieza, curetaje mucoperióstico, osteotomía periférica rodeando la lesión, exéresis ósea, sección de la lesión en múltiples fragmentos con cortador redondo a baja velocidad, extirpación total de la lesión, toilette, osteotomía periférica a la pieza 24, odontología de coronación radicular, avulsión de ambas partes de la pieza 24, toilette, reemplazo y sutura del colgajo por medio

de puntos simples con hilo de seda. Se indicó medicación postoperatoria con analgésico (Flurbiprofeno 100 mg cada 12 horas) y antibiótico (Amoxicilina 1 gramo cada 12 horas), e indicación de 2 enjuagues al día con digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 7 días (Figura 1.2). El estudio anatomopatológico reveló odontoma complejo con áreas pindborgoides y acumulación de células fantasma. Al control a los 7 días, se observó buena cicatrización de heridas, se retiraron puntos de sutura y se citó para control a los 3 meses.



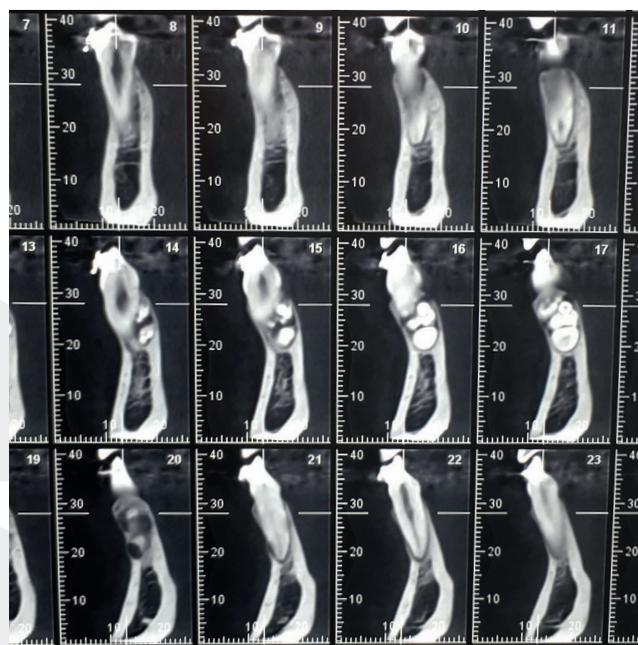
**FIGURA 1.1.** Tomografía mostrando odontoma



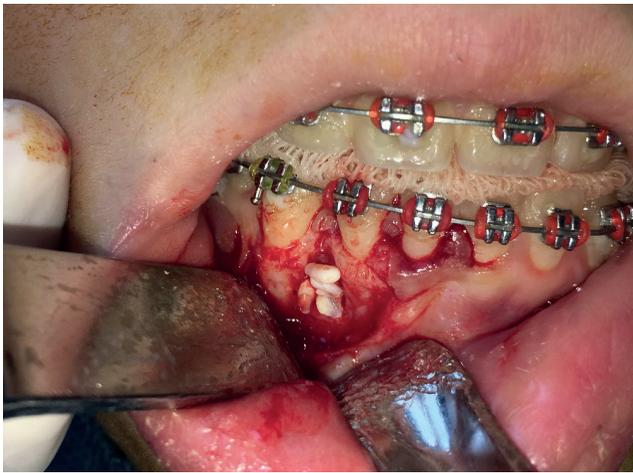
**FIGURA 1.2.** Área de cirugía de odontoma

## CASO 2

Una paciente de 15 años de edad acudió al Departamento de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I de la FOUBA, alegando ser derivada por un colega especialista en ortodoncia, por una lesión radiográficamente observada al finalizar el tratamiento. El paciente concurre con orden de derivación correspondiente y estudios radiográficos y tomográficos, donde se observaron imágenes radiopacas entre piezas incisivo lateral inferior derecho y canino. No se observaron cambios clínicos en el examen oral (Figura 2.1). Se realizó antisepsia del campo operatorio con yodopovidona 2% y colocación de campo estéril, anestesia infiltrativa con xilocaína 2%, y luego incisión intra-crevicular desde los dientes 42 al 44. A continuación, colgajo de mucosidad perióstica, ostectomía a baja velocidad con irrigación externa estéril en la zona entre las piezas 43 y 42, por zona vestibular del reborde alveolar derecho (Figura 2.2). Finalmente, aseo, reposición y sutura del colgajo, mediante puntos simples con hilo de seda. Se indicó medicación postoperatoria con analgésico (Flurbiprofeno 100 mg cada 12 horas), y antibiótico (Amoxicilina 1 gramo cada 12 horas), e indicación de 2 enjuagues al día con digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 7 días dos enjuagues diarios de digluconato de clorhexidina al 0,12% durante 7 días. El estudio anatomopatológico reveló odontoma complejo. Se realizó un control posquirúrgico a la semana.



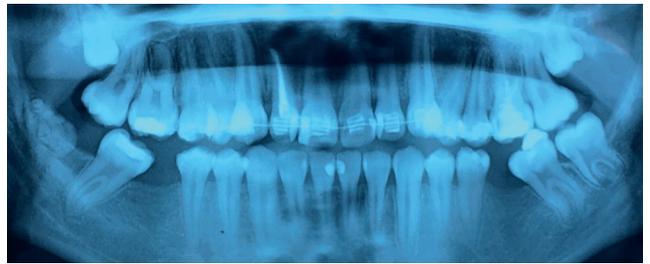
**FIGURA 2.1.** Tomografía cone bean de odontoma



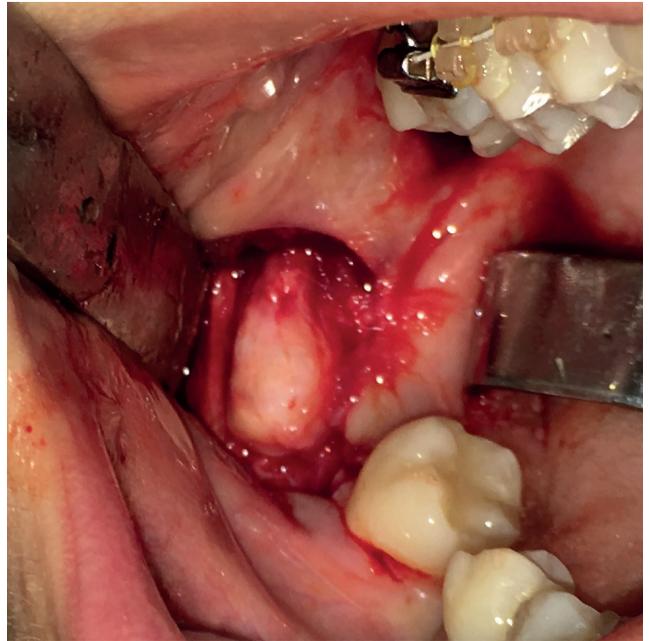
**FIGURA 2.2.** Incisión mostrando odontoma



**FIGURA 2.3.** Piezas de odontoma



**FIGURA 3.1.** Rx panorámica mostrando odontoma



**FIGURA 3.2.** Incisión para mostrar odontoma

**CASO 3**

Paciente masculino de 28 años que acudió a rehabilitación integral de su boca y fue derivado a la Cátedra de Ortodoncia de FOUBA para la verticalización del 47. Este molar se arqueó y mesializó ante la ausencia del 46. Se evaluó colocación de microimplante y radiografía de rutina. Para ello se solicitaron estudios. En la radiografía panorámica se observó una imagen compatible con odontoma (Figura 3.1). Se realizó antisepsia del campo operatorio con yodopovidona 2 % y colocación de campo estéril, anestesia infiltrativa con xilocaina 2 %, y luego se realizaron incisiones verticales e intracreviculares para descubrir el odontoma, se realizó exéresis ósea y se extirpó el tumor (Figura 3.2), y se suturó. Se indicó medicación postoperatoria con analgésico (Flurbiprofeno 100 mg cada 12 horas) y antibiótico (Amoxicilina 1 gramo cada 12 horas), e indicación de 2 enjuagues al día con digluconato de



**FIGURA 3.3.** Piezas de odontoma

clorhexidina al 0,12% durante 7 días. La muestra fue remitida a anatomía patológica que confirmó el diagnóstico de odontoma (Figura 3.3).

## DISCUSIÓN

Es de suma importancia conocer la prevalencia y las características de los odontomas en los pacientes que buscan tratamiento de ortodoncia, teniendo en cuenta que la lesión es asintomática en la mayoría de los casos, y puede resultar en un retraso en la erupción de los dientes permanentes y una retención prolongada de los dientes temporales.

Las lesiones traumáticas en la dentición temporal son eventos críticos en odontología, no solo por la necesidad de atención urgente, sino también porque tienen secuelas potenciales en la dentición permanente, con una prevalencia que va del 12% al 74% (La Monaca et al., 2019).

El diagnóstico precoz de los odontomas en dentición temporal es fundamental para evitar complicaciones posteriores, como la impactación o el fracaso de la erupción de los dientes que dificultan el tratamiento de ortodoncia (Isola et al., 2017; Kämmerer et al., 2016). En el 45% de los casos, la extracción de odontomas conduce a la erupción de dientes retenidos, dependiendo de la edad del paciente, ubicación en la mandíbula, morfología dentaria y espacio en la arcada, que será tarea del ortodoncista (Jain et al., 2018). El diagnóstico suele establecerse con motivo de estudios radiológicos de rutina (radiografías panorámicas y/o intraorales), pero recientemente la tomografía Cone Beam ha jugado un papel importante en el diagnóstico preciso e identificación de la lesión.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del odontoma, seguida de análisis histopatológico (Kannan et al., 2013).

Es importante que el ortodoncista tenga en cuenta la posibilidad de que la falla observada se deba a la presencia de tumores odontogénicos, como en los casos aquí presentados, y por lo tanto será necesaria la aplicación de una técnica quirúrgica para despejar el camino a la erupción dentaria, incluso los dientes podrían erupcionar espontáneamente tras la cirugía, durante el período de seguimiento.

El diagnóstico precoz y el tratamiento correcto son fundamentales para evitar cualquier complicación, como la retención prolongada de los dientes primarios y el retraso en la erupción de los dientes permanentes (Da Silva et al., 2019). Su diagnóstico precoz permite el manejo del tumor en el momento más oportuno, evitando mayores complicaciones que comprometan las estructuras sanas. Si se detecta en etapas más tempranas, se puede brindar un tratamiento interceptivo que mejore efectivamente la estética, las funciones y el equilibrio estructural en el desarrollo de la dentición. La eliminación temprana de la causa

de las alteraciones del odontoma es importante en la arcada dentaria en desarrollo.

## CONCLUSIONES

El odontoma no produce sintomatología, pero puede retrasar o impedir la erupción de piezas dentarias, por lo cual es necesaria su enucleación y estudio anatomopatológico, previo al tratamiento ortodóncico.

El conocimiento adecuado de las características clínicas, radiológicas y patológicas del odontoma es importante para un correcto diagnóstico y tratamiento del mismo. El trabajo interdisciplinario ortodoncista – cirujano, es fundamental para tratar estos casos.

## REFERENCIAS

Bianco, B., Sperandio, F. F., Hanemann, J. y Pereira, A. (2019). New WHO odontogenic tumor classification: impact on prevalence in a population. *Journal of Applied Oral Science*, 28, e20190067. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0067>

Botelho, J., Machado, V., Gomes, J. C., Borrecho, G., Maia, P., Mendes, J. J. y Salvado, F. (2019). Multiple complex odontomas of the mandible: a rare case report and literature review. *Contemporary Clinical Dentistry*, 10(1), 161–165. [https://doi.org/10.4103/ccd.ccd\\_463\\_18](https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_463_18)

Bryan, R. A., Cole, B. O. y Welbury, R. R. (2005). Retrospective analysis of factors influencing the eruption of delayed permanent incisors after supernumerary tooth removal. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 6(2), 84–89.

Bueno, N. P., Bergamini, M. L., Elias, F. M., Braz-Silva, P. H. y Ferraz, E. P. (2020). Unusual giant complex odontoma: a case report. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 121(5), 604–607. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.12.009>

Hosgor, H., Tokuc, B., Kan, B. y Coskunes, F. M. (2019). Evaluation of biopsies of oral and maxillofacial lesions: a retrospective study. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 45(6), 316–323. <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2019.45.6.316>

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. *Journal of Oral Science*, 52(3), 439–447. <https://doi.org/10.2334/josnusd.52.439>

- Isola, G., Ciccì, M., Fiorillo, L. y Matarese, G. (2017). Association between odontoma and impacted teeth. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 28(3), 755–758. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000003433>
- Jain, A., Karuna, Y. M., Baliga, M., Suprabha, B. S. y Natarajan, S. (2018). Surgical management of complex odontoma associated with agenesis of a molar. *Contemporary Clinical Dentistry*, 9(Suppl 2), S388–S390. [https://doi.org/10.4103/ccd.ccd\\_789\\_17](https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_789_17)
- La Monaca, G., Pranno, N., Voza, I., Annibali, S., Polimeni, A., Bossù, M. y Cristalli, M. P. (2019). Sequelae in permanent teeth after traumatic injuries to primary dentition. *Minerva Stomatologica*, 68(6), 332–340. <https://doi.org/10.23736/S0026-4970.19.04297-3>
- Lee, J., Lee, E. Y., Park, E. J. y Kim, E. S. (2015). An alternative treatment option for a bony defect from large odontoma using recycled demineralization at chairside. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 41(2), 109–115. <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2015.41.2.109>
- Levi-Duque, F. y Ardila, C. M. (2019). Association between odontoma size, age and gender: Multivariate analysis of retrospective data. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 11(8), e701–e706. <https://doi.org/10.4317/jced.55733>
- Kämmerer, P. W., Schneider, D., Schiegnitz, E., Schneider, S., Walter, C., Frerich, B. y Kunkel, M. (2016). Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth—a retrospective multicentre study and literature review. *Clinical Oral Investigations*, 20(7), 1827–1835. <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1673-3>
- Kannan, K. S., Prabhakar, R., Saravanan, R., Karthikeyan y Rajvikram (2013). Composite compound odontoma—a case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 7(10), 2406–2407. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/7432.3540>
- de Oliveira, M. A., Reis, B., Pallos, D., Kim, Y. J., Braz-Silva, P. H. y Martins, F. (2019). The importance of histopathological examination to the final diagnosis of peripheral odontogenic tumors: a case report of a peripheral odontoma. *Case Reports in Dentistry*, 2019, 9712816. <https://doi.org/10.1155/2019/9712816>
- Saravanan, R., Sathyasree, V., Manikandhan, R., Deepshika, S. y Muthu, K. (2019). Sequential removal of a large odontoma in the angle of the mandible. *Annals of Maxillofacial Surgery*, 9(2), 429–433. [https://doi.org/10.4103/ams.ams\\_102\\_19](https://doi.org/10.4103/ams.ams_102_19)
- da Silva, V. A., Pedreira, R. P., Sperandio, F. F., Nogueira, D. A., de Carli, M. L. y Hanemann, J. A. (2019). Odontomas are associated with impacted permanent teeth in orthodontic patients. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 11(9), e790–e794. <https://doi.org/10.4317/jced.56101>
- Soluk-Tekkeşin, M. y Wright, J. M. (2018). The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2017 (4th) Edition. *Turk Patoloji Dergisi*, 34(1), 1–18. <https://doi.org/10.5146/tjpath.2017.01410>
- Tuczyńska, A., Bartosik, D., Abu-Fillat, Y., Sołtysik, A. y Matthews-Brzozowska, T. (2015). Compound odontoma in the mandible—case study and literature review. *Developmental Period Medicine*, 19(4), 484–489.
- Tyagi, P. y Singla, S. (2010). Complex composite odontoma. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 3(2), 117–120. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1066>

### CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

### Dirección para correspondencia

Catedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I  
Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires  
M T de Alvear 2142, C1122, CABA  
mariaisabelbrusca@gmail.com

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina

