

# Exodoncia de 11 incluido junto con odontoma

*Autores:*

*Natale Magallanes Abad*

*Alumno del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Pilar Hita Iglesias*

*Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Dr. Daniel Torres Lagares*

*Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Dr. José Luis Gutiérrez Pérez*

*Director del Equipo Docente del Equipo de Cirugía Bucal  
de la Universidad de Sevilla*

*Profesor titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario  
Virgen del Rocío*



## INTRODUCCIÓN

Los odontomas son tumores benignos odontogénico y de crecimiento lento, formados por células de naturaleza dentaria epiteliales y mesenquimales.<sup>(1, 4)</sup>

La etiología de este tipo de lesión es desconocida, pero se asocian a causas de tipo traumático, procesos infecciosos, anomalías hereditarias o hiperactividad odontoblástica.<sup>(4, 7)</sup>

Se distinguen dos tipos de odontomas: el odontoma compuesto y el odontoma complejo, localizándose el primero con mayor frecuencia en la zona de incisivos y caninos del maxilar superior, y los segundos en el área de segundos y terceros molares inferiores.<sup>(4, 9)</sup>

## CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de una paciente mujer de 20 años de edad que acude a las consultas externas de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío remitida por su dentista por presentar el incisivo central derecho incluido junto con un odontoma. Las pruebas complementarias realizadas fueron radiografía panorámica (Figuras 1 y 2) y radiografía lateral de cráneo (Figura 3) para la localización antero-posterior de la lesión. En la radiografía panorámica se puede intuir que se trata de un odontoma compuesto puesto que se observa la presencia de varios dentículos bien delimitados.



Figura 1  
Radiografía panorámica



Figura 2  
Radiografía panorámica (detalle)



Figura 3  
Radiografía lateral de cráneo

La actitud terapéutica a seguir una vez valoradas las pruebas radiológicas es la exodoncia del diente incluido junto con el odontoma con un abordaje vestibular. La secuencia clínica de actuación fue la siguiente:

1. Anestesia infiltrativa a nivel del nervio dentario anterior y palatina troncular del nervio nasopalatino de Scarpa.
2. Incisión triangular de Neumann parcial con una descarga distal a nivel del 22.
3. Despegamiento cuidadoso del colgajo para mantener su integridad y evitar desgarros y dehiscencias (Figura 4).



Figura 4

Despegamiento del colgajo mucoperiostico

4. Exposición del campo quirúrgico y osteotomía liberadora del diente incluido y del odontoma (Figura 5).



Figura 5

Incisivo central y odontoma expuesto

5. Exodoncia y exéresis del diente incluido y odontoma respectivamente (Figuras 6 a 11).



Figura 6

Exéresis del odontoma



Figura 7

Exodoncia del diente incluido con botador tipo Winter



Figura 8

Exéresis del odontoma



Figura 9

Exéresis del odontoma



Figura 10

Exéresis del odontoma



Figura 11

Lechos óseos

6. Revisión del campo quirúrgico postintervención. (Figura 12)



Figura 12

Diente y odontoma compuesto

7. Sutura de puntos simples con seda de tres ceros. (Figura 13).



Figura 13

Sutura

En la revisión a los seis meses se observa radiológicamente una aceptable regeneración ósea y al año postintervención una completa cicatrización de tejidos duros. (Figuras 14 a 18).



Figura 14

Revisión a los 3 meses



Figura 15

Ortopantomografía.

Revisión a los tres meses



Figura 16

Ortopantomografía.

Revisión a los tres meses



Figura 17

Revisión al año postintervención



Figura 18

Ortopantomografía al año postintervención

## CASO CLÍNICO



Paciente mujer de 20 años de edad que acude a las consultas externas de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío remitida por su dentista por presentar el incisivo central derecho incluido junto con un odontoma. Las pruebas complementarias realizadas fueron radiografía panorámica (Figuras 1 y 2) y radiografía lateral de cráneo (Figura 3) para una correcta localización antero-posterior. En la radiografía ya se puede intuir que se trata de un odontoma compuesto puesto que se observa la existencia de varios dentículos bien delimitados.

Valoradas las pruebas radiológicas optamos por la exodoncia del diente incluido y el odontoma con un abordaje por vestibular:

1. Se anestesia con técnica infiltrativa a nivel del nervio dentario anterior y por palatino el nervio nasopalatino de Scarpa.
2. Una vez anestesiado procedemos a realizar una incisión triangular de Neumann parcial con una descarga distal a nivel del 22.
3. Despegamos cuidadosamente el colgajo para mantener su integridad y no desgarrarlo (Figura 4).

Expuesto el campo quirúrgico realizamos una ostectomía alrededor del diente incluido y del odontoma (Figura 5). Identificados el diente incluido y el odontoma, procediendo a exodonciarlo y extirparlo, respectivamente (Figuras 6 a 11). Eliminados tanto el diente incluido como el odontoma (Figura 12) procedemos a suturar con puntos simples con seda de tres ceros (Figura 13).

En la revisión a los tres meses y al año se observa una correcta cicatrización de los tejidos y radiológicamente una buena regeneración ósea (Figuras 14 a 18).



## DISCUSIÓN

Los odontomas son tumores odontogénicos mixtos bien diferenciados y que morfológicamente están compuestos por esmalte, dentina, pulpa y cemento. Constituyen el tipo de tumor odontogénico más común, generalmente asintomático, por lo que su diagnóstico suele ser casual mediante un examen radiológico de rutina.<sup>(1)</sup> Es frecuente encontrar la presencia de odontomas asociados a dientes incluidos<sup>(1, 2, 5, 6, 7)</sup> y si su tamaño es grande pueden ocasionar deformidad facial.

Radiológicamente se manifiestan como una masa radioopaca rodeada por un estrecho halo radiotransparente de tejido conjuntivo.<sup>(4)</sup> Existen dos tipos de odontoma: compuesto y complejo, siendo la diferencia entre ambos la organización de los tejidos dentarios. El odontoma compuesto se presenta como varios dentículos bien delimitados y deformes, mientras que el complejo se presenta como una masa única bien delimitada.<sup>(9)</sup>

La inclusión del incisivo central es poco frecuente, pero cuando ocurre su etiología suele asociarse a causas mecánicas locales como patología quística o tumoral o hiperodoncias (quiste folicular, odontoma, mesiodens...). En el caso que nos ocupa, la retención del incisivo central está producida por la presencia de un odontoma que impidió su erupción.

La actitud terapéutica a seguir es la completa enucleación de la lesión con posterior examen histológico para confirmar su diagnóstico y la exodoncia del diente incluido, aunque algunos autores barajan la posibilidad de mantener en la arcada el diente mediante tratamiento ortodóncico una vez retirada la lesión tumoral quirúrgicamente.<sup>(2, 5, 7)</sup>



Las recidivas tras la enucleación son poco frecuentes en este tipo de tumores, y si ocurren, éstas se produce cuando la exéresis de la lesión coincide con la etapa de tejido no calcificado de la lesión.<sup>(4, 9)</sup>



## BIBLIOGRAFÍA

1. Zoremchhingi, Joseph T, Varma B, Mungara J. A compound composite odontoma associated with unerupted permanent incisor--a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2004;22:114-7.
2. Batra P, Duggal R, Kharbanda OP, Parkash H. Orthodontic treatment of impacted anterior teeth due to odontomas: a report of two cases. *J Clin Pediatr Dent* 2004;28:289-94.
3. Litonjua LA, Suresh L, Valderrama LS, Neiders ME. Erupted complex odontoma: a case report and literature review. *Gen Dent* 2004;52:248-51.
4. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytes L, Gay Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Med Oral* 2003;8:366-73.
5. Cozza P, Gatto R, Marino A, Mucedero M. Case report: two nasal floor compound odontomas associated with impacted maxillary incisor. *Eur J Paediatr Dent* 2003;4:99-102.
6. Veis A, Tziafas D, Lambrianidis T. A case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: clinical and microscopic evaluation. *J Endod* 2000;26:477-9.
7. Shelton JT, Owens BM, Schuman NJ. Compound odontoma associated with an impacted permanent central incisor. *J Tenn Dent Assoc* 1997;77:46-8.



8. Owens BM, Schuman Nj, Mincer HH, Turner JE, Oliver FM. Dental odontomas: a retrospective study of 104 cases. J Clin Pediatr Dent. 1997 Spring;21(3):261-4.

9.- M. Donado. Patología y Técnica. Cirugía Bucal. Masson. Parte VIII. Lesiones tumorales bucomaxilofaciales. Pag. 622.