

E. Berástegui Jimeno¹
R. Buenechea Imaz²

Pulpitis irreversible como forma de presentación de un odontoma

- 1 Profesora Titular. Unidad de Patología y Terapéutica Dental.
2 Profesor Asociado. Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Dra. Esther Berástegui Jimeno
C/ Tiro 2-4, 1º3ª
08035 Barcelona.

RESUMEN

Se presenta un caso de odontoma compuesto que provocó pulpitis irreversible en el incisivo central superior derecho (1,1) en una joven de 20 años. El tratamiento fue la biopulpectomía total y extirpación quirúrgica del tumor.

PALABRAS CLAVE

Tumores odontogénicos; Odontoma compuesto.

ABSTRACT

A case report of a compound odontoma that originated with irreversible pulpitis of the right general incisor (1,1) in a twenty year-old female patient is presented.

Total biopulpectomy of the central incisor and surgical excision of the odontoma was the treatment given.

KEY WORDS

Odontogenic tumors; Compound odontoma.

56 INTRODUCCIÓN

El término odontoma se encuentra incluido dentro de los tumores odontogénicos mixtos ya que es una lesión hamartomatosa o malformación compuesta por células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas que forman esmalte, cemento y dentina^(1,3).

La OMS, en 1971⁽⁴⁾, clasificó los odontomas en compuestos y complejos. En los primeros existen todos los tejidos dentales de forma ordenada y bien estructurada con semejanza a los dientes, denominándose dentículos a las formas incluidas en el tumor. Los segundos están constituidos por una malformación de tejidos dentales desorganizada sin la estructura habitual u ordenación anatómica. Normalmente son tumores benignos pero pueden crecer o formar un odontoma quístico. Están envueltos por una membrana o cápsula de tejido blando semejante al folículo de un diente no erupcionado.

La etiología es desconocida aunque se relaciona con traumatismos, procesos inflamatorios y anomalías hereditarias. Se recomienda la exéresis quirúrgica eliminando también la cápsula, ya que puede ocasionar la falta de erupción de un diente permanente, desplazar a los adyacentes o formar un quiste dentígero^(5,6).

CASO CLÍNICO

Mujer de 20 años sin antecedentes patológicos de interés que acudió de urgencia por presentar dolor intenso de una semana de evolución que no calmaba con analgésicos, en el incisivo central superior derecho (1,1). En los tres años anteriores había presentado algún proceso doloroso semejante pero de menor intensidad en el mismo diente. Como antecedente de posible interés se recogió en el interrogatorio un traumatismo cinco años antes en el incisivo, que no tuvo trascendencia clínica, sin dolor ni fractura coronaria o radicular.

La exploración física fue anodina; no había caries, diastemas, dientes supernumerarios ni falta de erup-

ción de ningún diente y sólo se observó a la inspección una ligera vestibulización del incisivo, sin tumefacción intrabucal (Fig. 1). La palpación bimanual fue normal, en zona vestibular y palatina, así como la percusión. Las pruebas de vitalidad (térmicas) fueron positivas, con lo que se llegó al diagnóstico de pulpitis irreversible sin conocer la posible etiología de la misma.

La radiología periapical practicada mostró en la raíz del incisivo una imagen en el tercio apical de aspecto radiopaco denso, multilobulada, con aproximadamente cuatro radiopacidades bien diferenciadas similares a dentículos en su interior, rodeada de un halo radiolúcido envolvente. Estaba bien delimitada y encapsulada sin invasión de estructuras vecinas (Fig. 2).

En la radiografía oclusal (Fig. 3) se observaron con mayor claridad los dentículos, confirmando la existencia del tumor. Se diferenciaba la porción radicular de uno de ellos en posición perpendicular a la raíz del diente. La telerradiografía mostró la imagen localizada en el tercio apical de la raíz.

Se atribuyó al tumor la posible etiología de la pulpitis irreversible, practicando biopulpectomía total. La preparación biomecánica se realizó mediante técnica escalonada utilizando limas Flexofile (Maillefer, Suiza) hasta al número 30 irrigando con hipoclorito al 2,5%. La obturación del mismo se practicó mediante técnica de condensación lateral, utilizando como cemento de obturación de conductos Tubli-Seal (Kerr, Sybron, Romedus MI) (Figs. 4, 5 y 6).

En el interior del conducto no se observó ningún obstáculo al realizar la preparación, con lo que se pudo confirmar táctilmente la situación externa a la raíz del diente, del tumor diagnosticado radiológicamente.

El tratamiento posterior del odontoma fue la exéresis del mismo con enucleación de la cápsula envolvente. Fue preciso un doble abordaje palatino y vestibular para la localización y exéresis del tumor al estar situado entre las raíces de los incisivos central y lateral a la altura de los tercios apical y medio de las mismas. De este modo se evitó lesionar los ápices de ambos incisivos (Fig. 7).

El defecto de ambas paredes óseas fue cubierto con



Figura 1. Fotografía bucal del incisivo central superior derecho donde se observa la normalidad coronaria.

membranas reabsorbibles de colágeno para regeneración ósea-paroquide (Colletica-Lyon-Francia).

La observación macroscópica de la pieza extirpada mostró cinco dentículos, envueltos por una membrana (Fig. 8). El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de odontoma compuesto.

Los controles clínicos y radiológicos al mes y dos meses demostraron la evolución favorable de la reparación ósea postquirúrgica (Figs. 9 y 10).

DISCUSIÓN

El odontoma es una patología tumoral frecuente en los maxilares, con predilección en la región anterior del maxilar superior, sobre todo el compuesto. La prevalencia del odontoma parece ser semejante en ambos sexos y más frecuente en la segunda década con ligero predominio en mujeres jóvenes, como es el caso aquí presentado.

Los odontomas complejos, por su situación más frecuente en región posterior del maxilar superior o inferior así como por su indiferenciación histológica, se diagnostican de forma más tardía.

Habitualmente no producen sintomatología en un porcentaje alto, alrededor del 61,3%⁽⁶⁾, ya que se suelen diagnosticar por hallazgos radiológicos. En nues-



Figura 2. Radiografía periapical de la región de incisivos superiores, en la que se aprecia una imagen radiopaca multilobulada con dentículos en su interior.

tro caso, la presentación en forma de dolor en el diente involucrado es un dato poco frecuente. Al ser el odontoma una tumoración benigna que crece lentamente, raramente produce dolor. Se atribuye éste a compresión de estructuras vecinas⁽⁶⁾, como puede ser en este caso la del pedículo vasculo-nervioso del incisivo.

El motivo de consulta más frecuente suele ser la falta de erupción de un diente permanente por impacción con el odontoma, que suele erupcionar al resolver quirúrgicamente la extirpación del tumor⁽⁷⁾.

En una serie publicada de 47 casos de odontomas,

58

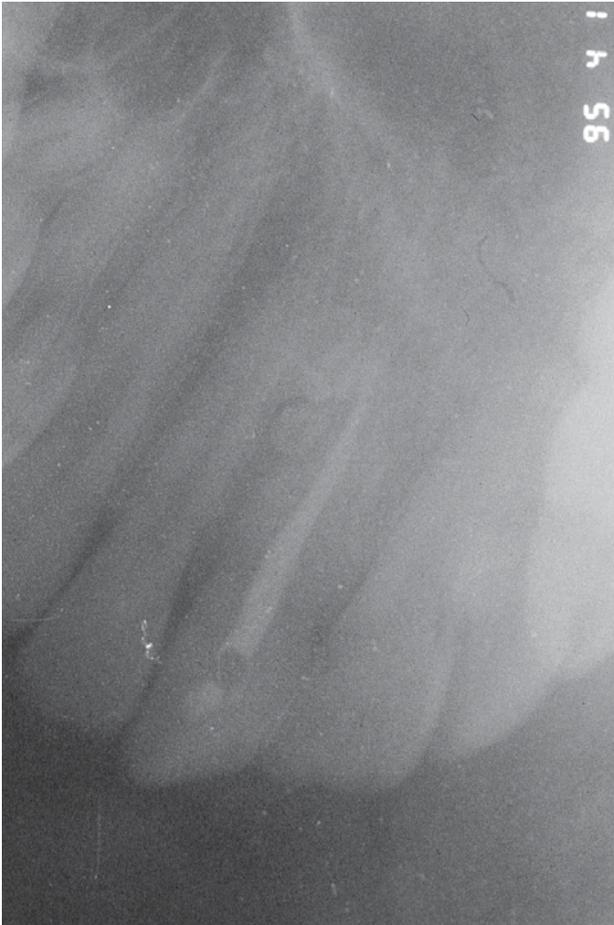


Figura 3. Radiografía oclusal donde se aprecian los dentículos, uno de ellos transversal a la raíz por distal de ésta.

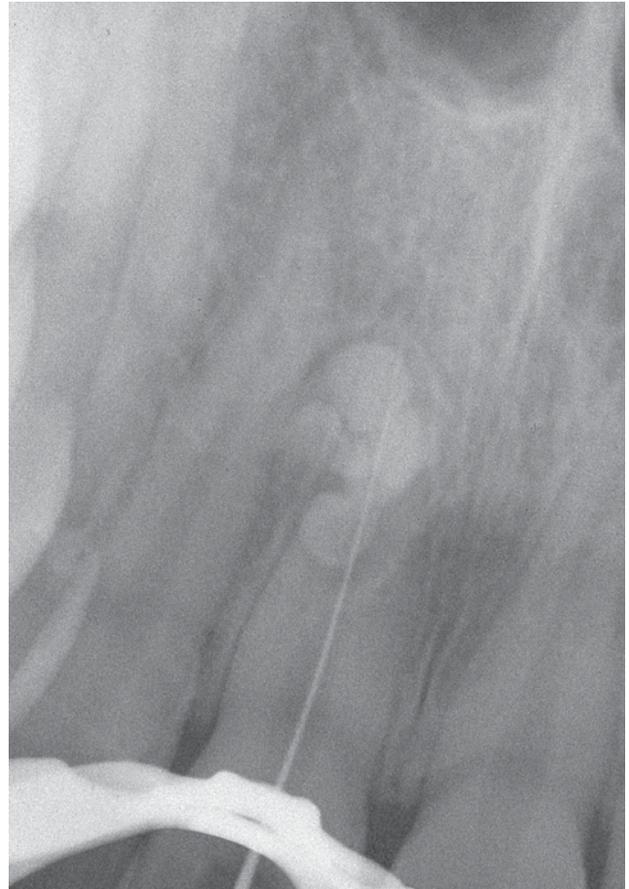


Figura 4. Radiografía de conductometría del 1,1 durante la preparación biomecánica.

sólo cuatro casos produjeron dolor⁽⁶⁾. Al no haber defectos de erupción en la paciente, la hipótesis de la etiología del tumor podría ser un proceso inflamatorio, el antecedente traumático (ya que es el único antecedente) o bien un defecto en la formación del diente a partir de un posible supernumerario no erupcionado. Existe la descripción de inducción experimental de odontomas en ratas después de un traumatismo⁽⁶⁾.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica del tumor con enucleación de la cápsula y confirmación histológica. El abordaje vestibular o palatino dependerá de la situación del mismo. La recidiva suele

ser escasa o casi nula si la extirpación del odontoma es completa y no penetra en el hueso, como suele ser el caso de los odontomas compuestos.

La justificación del estudio anatomopatológico vendría dada por el diagnóstico diferencial que se plantea ante una imagen radiopaca de las características descritas.

Las imágenes radiopacas peridentarias más frecuentes son: resto radicular, amalgama de plata, diente incluido, supernumerario, hiper cementosis, osteosclerosis peridentaria idiopática, odontoma compuesto, cementoma gigante y hamartoma. Menos frecuentes son: tumor odontogénico adenomatoide, quiste odontogénico cal-

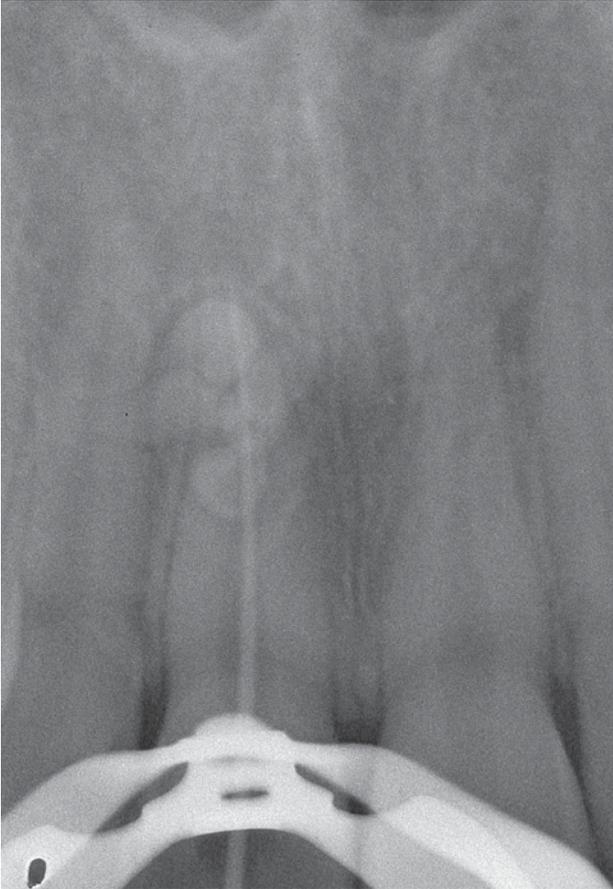


Figura 5. Radiografía de conometría del incisivo.

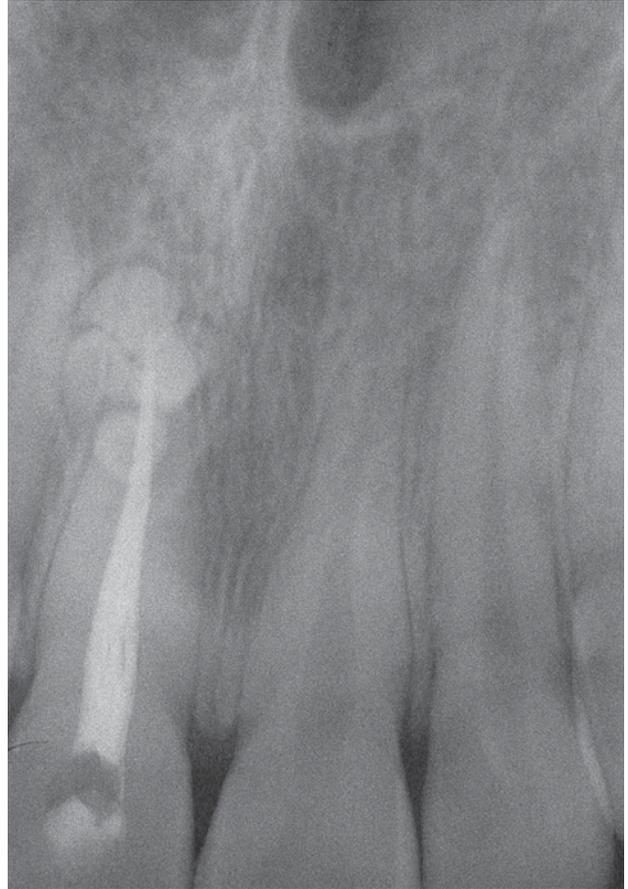


Figura 6. Radiografía del incisivo una vez finalizada la obturación del conducto.



Figura 7. Fotografía realizada durante la intervención quirúrgica de la zona tumoral.



Figura 8. Fotografía de la pieza extraída con los cinco dentículos y la membrana envolvente diseccionada.

60

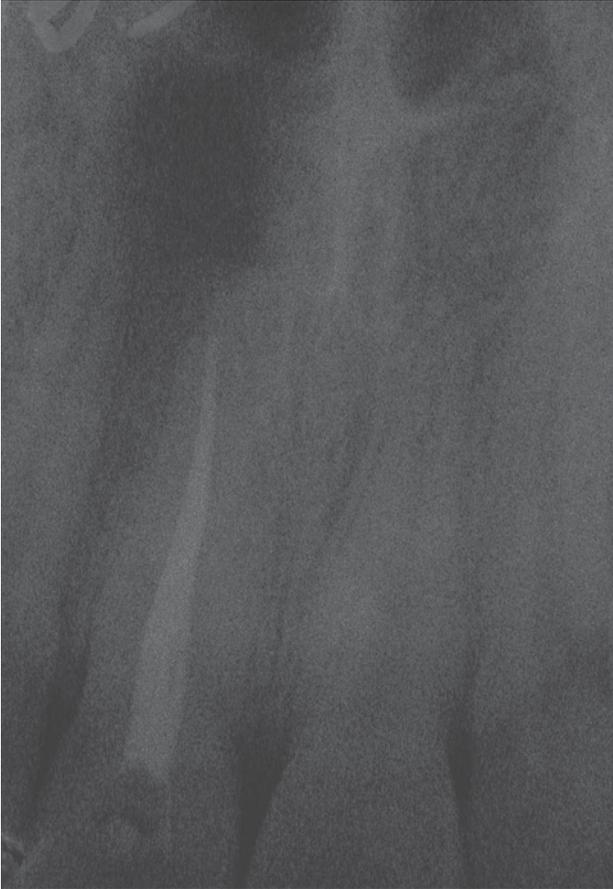


Figura 9. Radiografía periapical post-intervención al mes del tratamiento quirúrgico.



Figura 10. Control radiográfico a los dos meses de la extirpación del odontoma donde se aprecia la reparación ósea.

cificante, fibroma cementante, osteoblastoma benigno y odontoma complejo. En fases precoces éste último se tendrá que diferenciar del fibroma ameloblástico y del fibroodontoma; en fases tardías el diagnóstico diferencial se hará con el odontoma compuesto⁽⁵⁾.

El motivo de la intervención en este caso fue la posible capacidad de crecimiento del tumor, ya que había provocado dolor, y la probabilidad de degeneración quística o ameloblástica no se ha de olvidar. Tampoco se ha de eludir ante un tumor con posibilidad de crecimiento, el diagnóstico diferencial sobre su posible malignidad aunque las características del mismo no lo hagan sospechar.

Algunos autores, siguiendo la clasificación de la OMS, agrupan los tumores odontogénicos según criterios histológicos. Así, pueden ser benignos y malignos. Los tumores odontogénicos benignos son: ameloblastomas, t. escamoso odontogénico, t. odontogénico epitelial calcificante (tumor de Pindborg), fibroma ameloblástico, fibrodentinoma (dentinoma) y fibroodontoma ameloblástico, t. odontogénico adenomatoides, quiste odontogénico calcificante, odontoma complejo y compuesto, fibroma odontogénico, mixoma odontogénico y cementoblastoma. Los tumores odontogénicos malignos pueden ser: carcinomas odontogénicos y sarcomas odontogénicos⁽⁸⁾.

El sarcoma ameloblástico es la variante maligna del fibroma ameloblástico y también existen casos des-

critos de fibrodentinosarcoma ameloblástico y fibroodontosarcoma ameloblástico.

61

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorlin RJ, Goldman HM. *Patología oral*. En: Thoma. Barcelona: Salvat; 1984.
2. Kougan GE, Miller ME, Abbey LM. Odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;**67**:172-176.
3. Shafer WG, Levy BM, Hime MK. *Tratado de patología bucal*. Méjico: Interamericana; 1986.
4. World Health Organization. *Histologic typing of odontogenic tumors, 1971*.
5. Lucas M. *Medicina oral*. Barcelona: Salvat; 1988.
6. Patiño C, Berini L, Sánchez MA, Gay C. Odontomas complejos y compuestos: análisis de 47 casos. *Arch Odontoestomatol* 1995;**11**:423-430.
7. López-Areal L, Silvestre F, Gil J. Compound odontoma erupting in the mouth: 4 year follow-up of a clinical case. *J Oral Pathol Med* 1992;**21**:285-288.
8. Aguirre JM, Echeverría JJ, Cuenca E. Quistes y tumores odontogénicos. En: *El Manual de Odontología*. Barcelona: Masson; 1995.