

Reporte de Caso

Reacción periosteal asociado a odontoma compuesto. Reporte de un caso.

Badilla Rodrigo¹⁻²⁻⁴, Parada Fernando⁴, Espinoza Leonel¹⁻³, Palavecino Franco⁴⁻⁵, Alegría Sebastián²⁻⁴.

1. Docente postítulo de Cirujano Maxilofacial, Universidad Andrés Bello
2. Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital Felix Bulnes.
3. Departamento de Odontología, Radiología Maxilofacial, Hospital Felix Bulnes.
4. Docente pregrado Odontología, Cirugía, Universidad Andrés Bello.
5. Residente de post-gradó, Universidad Andres Bello.

Introducción

Los odontomas son considerados actualmente como hamartomas y se describen como las segundas lesiones odontogénicas más frecuentes después del ameloblastoma, aunque se estima que su frecuencia real es mayor debido a que muchos casos no son reportados.(1) Presentan una etiología desconocida, pero son asociado a factores traumáticos, infecciosos, factores hereditarios, mutaciones genéticas, entre otros. (2) Dependiendo de sus características histológicas y radiográficas es posible distinguir dos tipos de odontomas: Compuestos y complejos.

Su diagnóstico muchas veces es un hallazgo radiográfico debido a que suelen ser asintomáticos y en algunas ocasiones interfieren en la erupción normal de los dientes permanentes. Sus características radiográficas se describen como lesiones mixtas que pueden presentar masas radiopacas de márgenes irregulares que pueden tomar configuraciones similares a dientes con bordes radiolúcido en el caso de odontomas compuestos o como masas irregulares radiopacas de bordes radiolúcidos en el caso de odontomas complejos.(3,4)

Generalmente su diagnóstico se debe a hallazgos radiográficos, ya que son tumores asintomáticos. Los signos más frecuentes son una erupción dentaria retardada y persistencia de dientes temporales

Presentamos el caso de una paciente de 31 años con diagnóstico clínico de odontoma compuesto, el cual consulta por un aumento de volumen indurado en zona maxilar derecha.

El objetivo de realizar esta revisión a propósito del caso de una reacción periosteal en relación a un odontoma compuesto, su manejo y su resolución quirúrgica.

Caso Clínico

Al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes acude un paciente de género femenino, de 31 años, que como único antecedente médico-quirúrgico presenta 7 meses de embarazo. Es derivado desde CESFAM al hospital debido a un aumento de volumen ubicado en zona vestibular maxilar derecha, de 10 años de evolución, asintomática. En el examen radiográfico se aprecia una lesión mixta con formación de tejidos duros asociado a dientes 1.3 y 1.4.

Al examen físico se describe aumento de volumen indurado, circunscrito, de 1.5 a 2 cm de diámetro, no fluctuante, asintomático a la palpación, recubierto por encía de aspecto normal, que compromete vestibulo de dientes 1.3 y 1.4. (Fig. 1)



Figura 1. Fotografías clínicas

Se solicitó CBCT (Fig. 2), en la cual se observa lesión mixta en zona maxilar derecha, que produce abombamiento de la tabla vestibular, sin destrucción ósea, ni rizálisis de dientes adyacentes. En la profundidad de la lesión se observa tejido radio-opaco similar a la densidad dentaria.

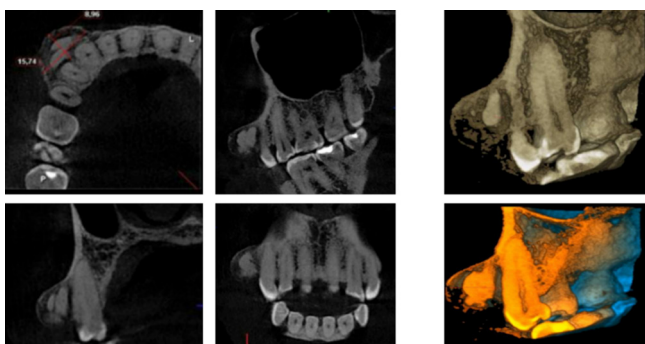


Figura 2. CBCT

En función a las características clínicas y radiográficas, se establece el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto y con el consentimiento de la paciente se procede a realizar la biopsia excisional.

En pabellón de cirugía menor, bajo anestesia local se realiza el acceso mediante un colgajo Newman de espesor total (Fig. 3), exéresis mediante osteotomía de la lesión (Fig. 4).

En la histopatología con tinción de hematoxilina-eosina se observa una masa tumoral compuesta por fragmentos de tejido óseo cortical en medio del cual se encuentran nidos de trabéculas rodeadas por osteoblastos y estroma fibroso de 5 mm de diámetro. Con todo lo anterior se define un diagnóstico de osteoma osteoide asociado a una reacción

periostal. Cabe mencionar que a la muestra no se le realizó la desmineralización del tejido dentario para el diagnóstico diferencial no obteniéndose tejido dentario.

Se realiza control a los 7 días a los 15 días y al mes post cirugía, obteniéndose una cicatrización completa sin recidivas de la lesión.

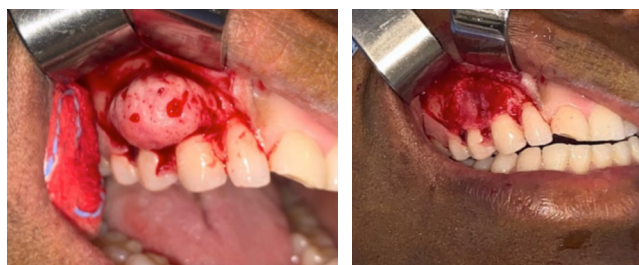


Figura 3. Exposición de lesión y posterior a la exéresis



Figura 4. Aspecto Macroscópico. Lesión ósea de tejido maxilar de 1.5 cm de diámetro

Discusión

El odontoma se asocia a la primera y segunda década de vida, sin una clara predilección por género, su etiología es desconocida, pero se asocia con posibles traumatismos en la dentición dentaria, estimulación de los restos paradentales de Malassez, procesos inflamatorios, hiperactividad odontoblástica y anomalías hereditarias. (5)

Según la 5ta clasificación de lesiones odontogénicas de la OMS (2022) clasifica el odontoma dentro de los tumores odontogénicos que están compuestos por epitelio con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido dentario duro. Los subdivide en odontomas complejos y compuestos dependiendo de la organización y el grado de alteración de las células odontogénicas.(1,6) En el odontoma complejo se caracteriza por tejidos dentarios dispuestos en un patrón desordenado, mientras que en el odontoma compuesto estos se estructuran de forma ordenada simulando dientes(4)

La reacción perióstica se produce cuando el hueso cortical reacciona a una de las muchas agresiones posibles, como pueden ser, tumores, infecciones, traumatismos, entre otros que pueden formar varios patrones de reacción perióstica.

La reacción periosteal está determinada por la intensidad, la agresividad y la duración de la agresión subyacente. Además, el periostio en los niños es más activo y menos adherente a la corteza en comparación con los de los adultos. Por lo tanto, la reacción periosteal puede ocurrir antes y parecer más agresiva en los niños. (7)

El tratamiento es conservador mediante la enucleación quirúrgica de la lesión y con una baja probabilidad de recurrencia. En caso de dientes incluidos es posible realizar el rescate ortodóntico de ser necesario. Se recomienda el envío del análisis histopatológico con un anatómopatólogo con experiencia en estas lesiones o un patólogo oral. (3,5)

Con respecto al seguimiento sugerido la literatura es diversa, se recomienda control al año en conjunto de exámenes radiográficos. (3,4)

Conclusión

El odontoma es uno de los tumores odontogénicos con mayor incidencia, el cual, es diagnosticado mediante radiografías principalmente, no es frecuente que este tipo de lesiones produzcan una reacción periosteal, es por ello la necesidad de un diagnóstico en conjunto de la clínica, radiografías y la histología para descartar la asociación con algún otro tipo de tumor odontogénico.

Bibliografía

1. Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.* 2022; 16(1):63–75.
2. Martínez Martínez A, Gómez Arcila V, Luján Pardo MP, Flórez de Hoyos L, Díaz Caballero A. Enucleación de odontoma compuesto maxilar con regeneración ósea guiada. *Av Odontostomatol.* 2013; 29:287–92.
3. Martinovic-Guzmán G, Santorcuato-Cubillos B, Alister-Herdener JP, Plaza-Álvarez C, Raffo-Solari J, Martinovic-Guzmán G, et al. Odontoma Compuesto: Diagnóstico y Tratamiento Reporte de Casos; Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology.* 2017; (4):425–30.
4. Castañeda LN, Zamorano Young G, Moreno Seguel M, Mendoza ML, de Los Ángeles M, Toro E Y Francisca F, et al. Odontoma complejo erupcionado: reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2016; 9(1):8–12.
5. Barba LT, Campos DM, Rascón MMN, Barrera VAR, Rascón AN. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana.* 2016;20 (4): 272-276
6. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Turk Patoloji Derg.* 2022; 38(2):168–84.
7. Ida M, Tetsumura A, Kurabayashi T, Sasaki T. Periosteal new bone formation in the jaws. A computed tomographic study. 2014; 26(3):169–76.