



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRANSMIGRACIÓN DE TERCER MOLAR
ASOCIADO A ODONTOMA: REPORTE DE CASO
CLÍNICO

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO

DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LESLIE MELANIE JIMENEZ BERNAL

TUTOR: Dr. ALEJANDRO ALONSO

MOCTEZUMA

Vo.Bo. 18/9/24



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi abuelita, mi segunda madre, mi guía y mi inspiración, aunque ya no estás físicamente a mi lado te agradezco por siempre apoyarme y creer en mí, sé que estarías muy orgullosa de lo que he logrado, has dejado una huella indeleble en mi vida y mi corazón.

A mi mami, mi compañera en mis crisis existenciales, más que nadie tu sabes todo lo que pasé para llegar a este punto, te agradezco por nunca dejarme sola y siempre tenerme paciencia, gracias por ayudarme a no darme por vencida y alentarme a seguir adelante, sin duda este logro también es tuyo.

A mi papá, quien a pesar de nuestras diferencias me apoyaste a lo largo de la carrera.

Emy y Leah, les agradezco por ser mis fieles acompañantes, por confiar en mí sin dudarlo, por estar conmigo en las buenas y malas, en las desveladas y cuando ya no podía con mis tareas jajaja saben que su apoyo fue fundamental para mí, las amo con todo mi corazón.

A mis tíos y primos que aunque estamos lejos fueron un apoyo muy fuerte para mí, a Elisa y al Gory porque siempre estuvieron al pendiente de cada paso que iba dando en la carrera y por supuesto a mi tía Ruth que siempre tenía las palabras correctas para hacerme sentir mejor.

Jessi y Liz agradezco que coincidiéramos el último año, en poco tiempo se volvieron como unas hermanas para mí.

Eli, gracias por estar conmigo desde antes de iniciar la carrera, por escucharme cuando ya no sabía qué hacer y darme consejos, ser mi paciente y por nunca dejarme sola.

Le agradezco a mi tutor el Dr. Alejandro por brindarme su apoyo desde el día uno.

ÌNDICE

Historia y antecedentes.....	1
Odontogenesis.....	2
Definición y epidemiología.....	9
Clasificación de la OMS.....	10
Etiología.....	11
Características clínicas.....	12
Características imagenológicas.....	13
Características histológicas.....	14
Diagnósticos diferenciales.....	15
Tratamiento.....	17
Transmigración dental.....	18
Presentación del caso clínico.....	19
Discusión.....	22
Conclusión.....	23
Referencias bibliográficas.....	25
Índice de figuras.....	28

HISTORIA Y ANTECEDENTES

A mediados del siglo XIX, debido al aumento de informes sobre patologías odontogénicas en todo el mundo, el médico, anatomista y antropólogo francés llamado Pierre Paul Broca publicó una monografía en 1869 la cual contenía varias clasificaciones de tumores, una de las cuales era la de tumores odontogénicos.¹

Sugirió el uso del término odontoma para todos los tumores que surgen del aparato odontogénico y su clasificación se basaba en la etapa de desarrollo del diente al inicio de la anomalía, no logró tener popularidad ya que su trabajo no se centró en la patología bucal y únicamente se limitó a Francia.¹

Bland y Sutton en 1888 establecieron las bases de la taxonomía moderna de los tumores odontogénicos, basaron su clasificación en las células específicas del germen del diente las cuales dan lugar a los tumores e incluyen en su clasificación a los quistes odontogénicos y tumores osteogénicos fibrosos, conservando el término odontoma.¹

La Asociación Dental Británica a principios de 1914 solicitó a Gabell et al un informe sobre los odontomas, el cual modificaron y elaboraron el modelo de Bland-Sutton, en este modelo se utilizó el término odontoma para referirse a tumores odontogénicos los cuales estaban clasificados en tres grupos, odontomas epiteliales, compuestos (epitelial y mesodérmico) y de tejido conectivo.^{1,2}

A su vez los clasificaron dependiendo su ubicación como intraóseos (dentro del hueso los cuales podían hacer erupción hacia la cavidad bucal) y extraóseos o periféricos (se producen en el tejido blando y tienen tendencia a exfoliarse).²

Thoma y Goldman en 1946 crearon una nueva clasificación en donde se ordenaron como odontoma compuesto geminado el cual contiene dos o más dientes desarrollados, el odontoma compuesto está formado por más de tres dientes rudimentarios, el odontoma complejo donde su estructura no se parece a la disposición anatómica de los tejidos dentales, dilatado en el cual la corona o raíz del diente se pueden ver agrandados y quístico que se encuentra encapsulado por tejido conectivo fibroso.^{2,3}

Robinson en 1952, delimitó el término odontoma a los tumores que surgían de tejidos formadores dentarios ya sean epiteliales o

mesenquimales, en la actualidad este término es utilizado en un sentido muy delimitado para designar únicamente a los tumores que consisten en tejidos dentales duros.²

En 1958 Pindborg y Clausen dieron a conocer otra clasificación la cual se basó en la interacción recíproca que existía entre el epitelio y la mesénquima, ellos creían que la inducción recíproca era la causa de los cambios celulares que existen en la patogénesis de estos tumores, clasificaron a los tumores principalmente en dos grupos: epiteliales y mesodérmicos; a su vez los tumores epiteliales se subclasificaron en puros sin cambios inductivos y con cambios inductivos en la mesénquima.²

Z Gorlin et al decidieron eliminar el término compuesto ya que era considerado redundante por lo que decidieron separarlos en odontomas complejos y compuestos.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 clasifica a los tumores odontogénicos en dos grupos: benignos y malignos; en los benignos se encuentran el odontoma el cual a su vez es dividido en complejo y compuesto.³

Para 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaría a los tumores odontogénicos en dos, benignos y malignos dentro de los benignos encontramos al odontoma que a su vez se divide en complejo y compuesto.³

ODONTOGENESIS

Los dientes se empiezan a desarrollar a partir de brotes epiteliales los cuales comienzan a formarse en la parte anterior de los maxilares y avanzan a la parte posterior, poseen un plan de desarrollo que se realiza en forma gradual y paulatina, existen dos capas que participan en la formación de los dientes: el epitelio ectodérmico que se encarga de producir el esmalte y el ectomesénquima que forma el complejo dentinopulpar, cemento, hueso alveolar y el ligamento periodontal.⁴

El papel inductor en la odontogénesis es realizado por el ectomesénquima o también llamado mesénquima cefálica el cual es llamado así porque son células derivadas de la cresta neural que se han

movido hacia la región cefálica, estas ejercen su acción inductora sobre el epitelio bucal que está revistiendo a la cavidad bucal primitiva.⁴

Este proceso se distingue por dos fases: la morfogénesis o morfodiferenciación la cual consiste en el desarrollo y la formación de los patrones coronarios y radiculares esto es resultado de la división, el desplazamiento y la organización de algunas capas de las poblaciones celulares, epiteliales y mesenquimatosas; la segunda fase es la histogénesis o citodiferenciación que es la encargada de la formación del esmalte, la dentina y la pulpa.⁴

DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL PATRÓN CORONARIO

En la sexta semana de vida intrauterina empieza el ciclo vital de los dientes en el que se presentan cambios químicos, morfológicos y funcionales estos continúan a lo largo de toda la vida del diente, la primera manifestación que se presenta se caracteriza por la diferenciación de la lámina dental a partir del ectodermo que cubre la cavidad bucal primitiva, en esa semana de vida intrauterina el epitelio ectodérmico está constituido por dos capas: la superficial con células aplanadas y la basal que tiene células altas que están conectadas al tejido conectivo embrionario a través de la membrana basal; las células basales proliferan a lo largo del borde libre en donde estarán los maxilares y darán lugar a la lámina vestibular y la lámina dentaria.⁴ (figura 1)

En la lámina vestibular las células proliferan dentro del ectomesénquima, se van agrandar rápidamente formando una hendidura que constituye el surco vestibular que está entre el carrillo y la zona dentaria; en la lámina dentaria a la octava semana de vida intrauterina se forman 10 crecimientos epiteliales dentro de cada maxilar en los sitios que van a corresponder a los 20 dientes deciduos, en esta misma lámina alrededor del quinto mes de gestación se originan los 32 gérmenes de los dientes permanentes.⁴

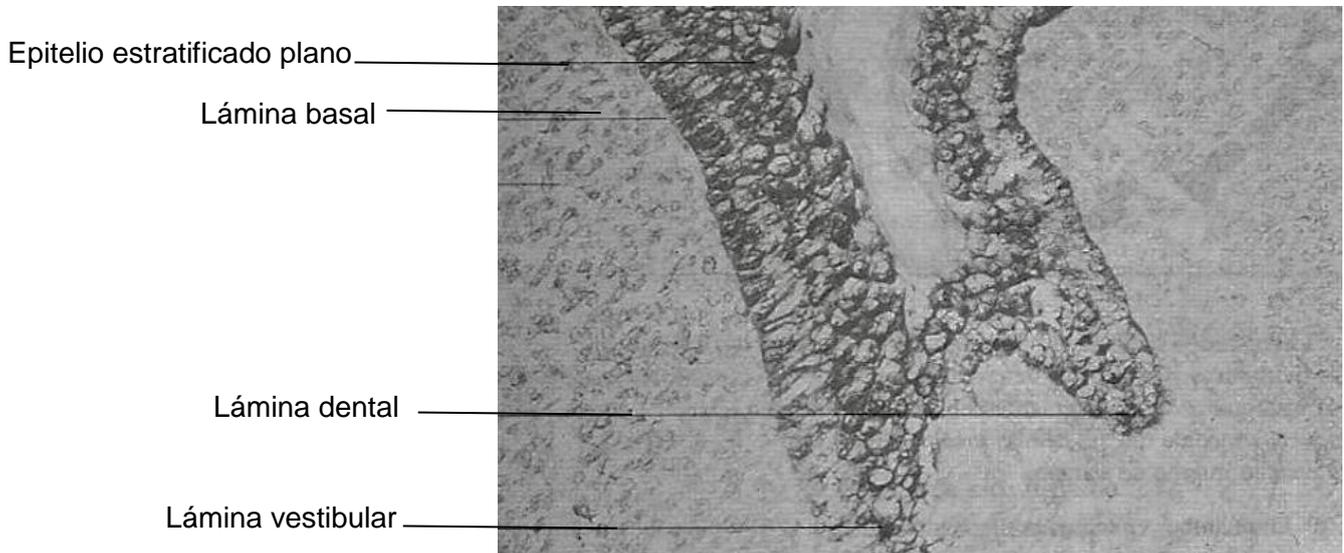


Fig.1 Se observa la lámina dental y vestibular en desarrollo.

ESTADIO DE BROTE O YEMA DENTARIA

El periodo de proliferación e iniciación es breve pueden aparecer hasta diez brotes en cada maxilar, estos son engrosamiento de aspecto redondeado y surgen como resultado de la división mitótica de algunas células que están en la capa basal del epitelio en la que está el crecimiento potencial del diente, estos darán lugar al esmalte que es el único tejido de naturaleza ectodérmica del diente.⁴

En la periferia del brote se encuentran células cilíndricas y en el interior son de aspecto poligonal con espacios intercelulares muy estrechos, las células del ectomesénquima subyacente están por debajo del epitelio de revestimiento y alrededor del brote epitelial que será la futura papila dentaria, desde el punto histoquímico están formados por altas cantidades de glucógeno, las granulaciones PAS+ son abundantes en las capas intermedias y nulas en las células basales.⁴ (figura 2)

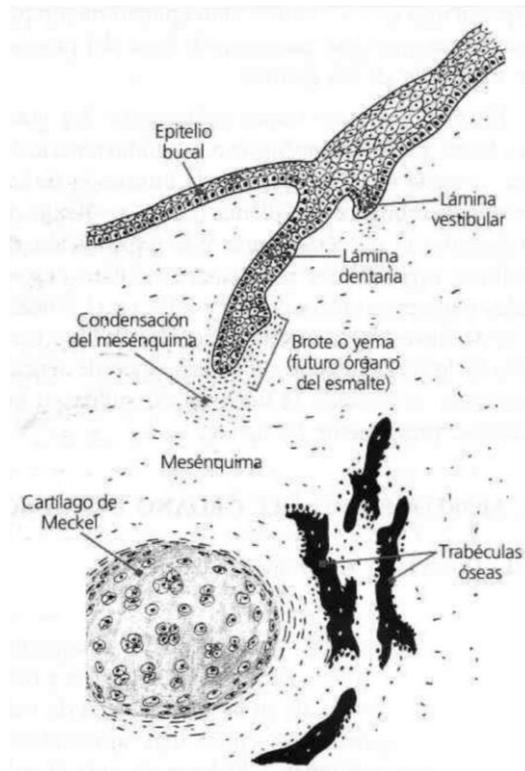


Fig. 2 Estadío de brote o yema dentaria.

ESTADIO DE CASQUETE

En la novena semana de vida intrauterina se da una proliferación desigual del brote, se determina una concavidad en su cara profunda adquiriendo un aspecto de casquete, la concavidad central encierra una porción del ectomesénquima, esta será la futura papila dentaria que dará origen al complejo dentinopulpar, histológicamente se observan diferentes estructuras en el órgano del esmalte u órgano dental: el epitelio externo se encuentra constituido por una capa de células cuboideas bajas las cuales están dispuestas en la convexidad que se encuentran unidas a la lámina dental por epitelio llamándola pedículo epitelial, el epitelio interno se encuentra en la concavidad y está compuesto por un epitelio de células cilíndricas bajas que aumentan en altura cuando la diferenciación es más significativa, se diferencian en ameloblastos por lo que se le puede llamar epitelio preameloblástico, epitelio dental interno o epitelio interno, el retículo estrellado se encuentra entre ambos epitelios, esta formado por células de aspecto

estrellado con prolongaciones que se anastomosan para formar un retículo, los espacios intercelulares contienen un líquido de aspecto y consistencia mucosoide, químicamente esta matriz extracelular es hidrófila, rica en glucosaminoglicanos especialmente en ácido hialurónico.⁴

El tejido mesenquimático se encuentra por fuera del casquete rodeándolo en su totalidad menos en el pedículo, se condensa y forma el saco dentario primitivo o folículo dental, el órgano del esmalte, la papila y el saco constituyen el germen dentario (figura 3 A); al finalizar esta etapa, se puede observar en el epitelio interno del órgano del esmalte un acumulo de células a las que se le conoce como nudo primario de esmalte, de este nudo sale una prolongación que termina en una muesca en el epitelio externo y se le denomina cuerda del esmalte, estas estructuras son temporales ya que van a tener una involución, están vinculada con la morfogénesis coronaria. ⁴ (figura3B)

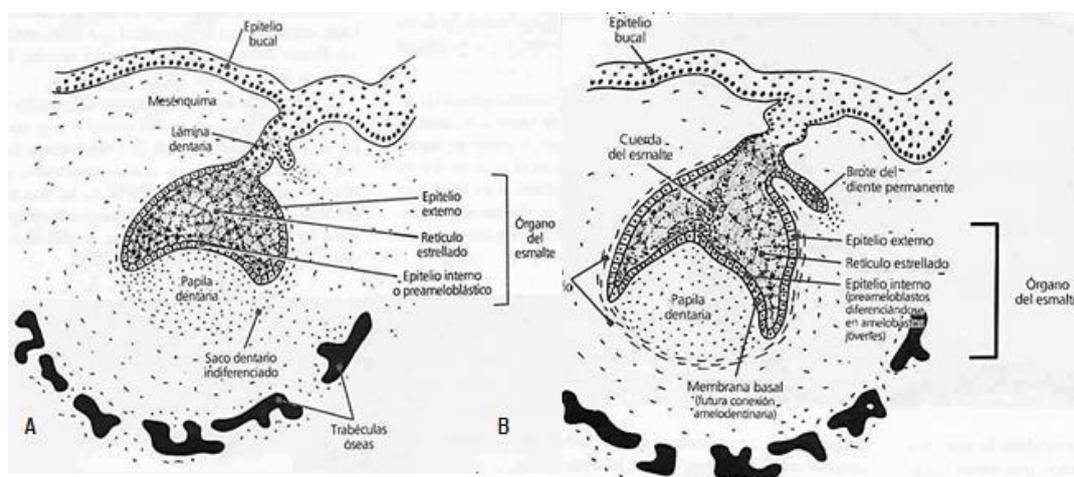


Fig.3 A. Estadio de casquete inicial **B.** Estadio terminal de casquete.

ESTADIO DE CAMPANA

Ocurre entre la semana catorce y dieciocho de vida intrauterina, en este estadio se observan modificaciones estructurales e histoquímicas en el órgano dentario, la papila y el saco dentario, el desarrollo de este proceso se considera una etapa inicial y una más avanzada en donde

son más notorios los cambios que se presentan.⁴

En esta etapa del periodo embrionario el órgano del esmalte va a estar constituido por: epitelio dental externo, el retículo estrellado que es una nueva capa que aparece en este estadio, el estrato intermedio y el epitelio interno.⁴

En el periodo de campana (figura 4) se establece la morfología de la corona por señales específicas de la papila dental sobre el epitelio interno del órgano dental, haciendo que esta capa celular se pliegue esto dará lugar a la forma, número y distribución de las cúspides, al avanzar en este estadio las células superficiales ectomesenquimáticas indiferenciadas se van a diferenciar en odontoblastos los cuales van a sintetizar dentina a nivel cuspeo.⁴

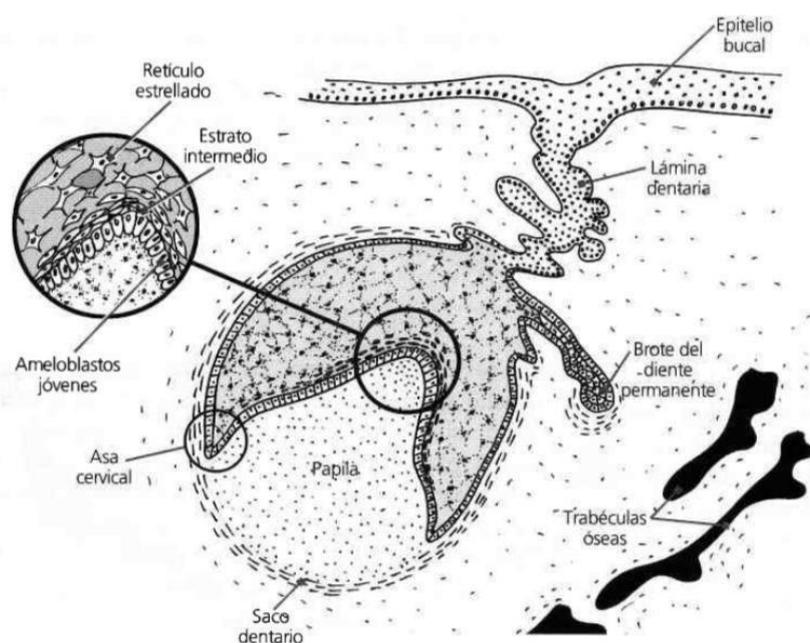


Fig. 4 Estadio de campana inicial.

En la etapa de campana avanzada el órgano del esmalte está formado por: epitelio externo discontinuo por la invasión de capilares del saco, retículo estrellado que es más abundante en las partes laterales, estrato intermedio mayor número de capas en el borde incisal y ameloblastos jóvenes que son células cilíndricas con organoides no polarizados, en la papila dentaria se lleva a cabo la diferenciación de los odontoblastos

que se realiza desde las células ectomesenquimáticas de la papila, se van transformando de preodontoblastos a odontoblastos jóvenes y por último en odontoblastos maduros o secretores, los odontoblastos sintetizan las fibrillas colágenas tipo I, fosfo y sialoproteínas de la dentina y los glucosaminoglicanos de la matriz orgánica de la dentina, en el momento que se forma la dentina la porción central de la papila se transforma en pulpa dentaria.⁴

El saco dentario está formado por: una capa interna celulo-vascular y una externa que contiene muchas fibras colágenas estas envuelven al germen dentario que está en desarrollo denominando a esto saco dentario, de la capa celular se van a derivar algunos componentes del periodonto de inserción como el ligamento periodontal, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar, en esta etapa la lámina dentaria se transforma en un extremo libre en posición lingual con respecto al órgano del esmalte y forma el esbozo o brote del diente permanente.⁴

ESTADIO TERMINAL O DE FOLÍCULO DENTARIO (APOSICIONAL)

En esta etapa (figura 5) comienza cuando hay presencia del depósito de la matriz del esmalte sobre las capas de la dentina en desarrollo en el borde incisal, la elaboración de la matriz orgánica se encuentra a cargo de los odontoblastos para la dentina y los ameloblastos para el esmalte; el mecanismo de formación de la corona inicia con el depósito de laminillas de dentina y después se forma el esmalte, este proceso inicia en las cúspides y se va extendiendo hacia el bucle cervical, si el diente tiene varias cúspides se va haciendo este proceso cúspide por cúspide y se unen entre sí determinando así la morfología característica de cada diente una vez formado el patrón coronario e iniciando el proceso de histogénesis dental mediante la dentinogénesis y la amelogénesis comienza la formación del patrón radicular.⁴

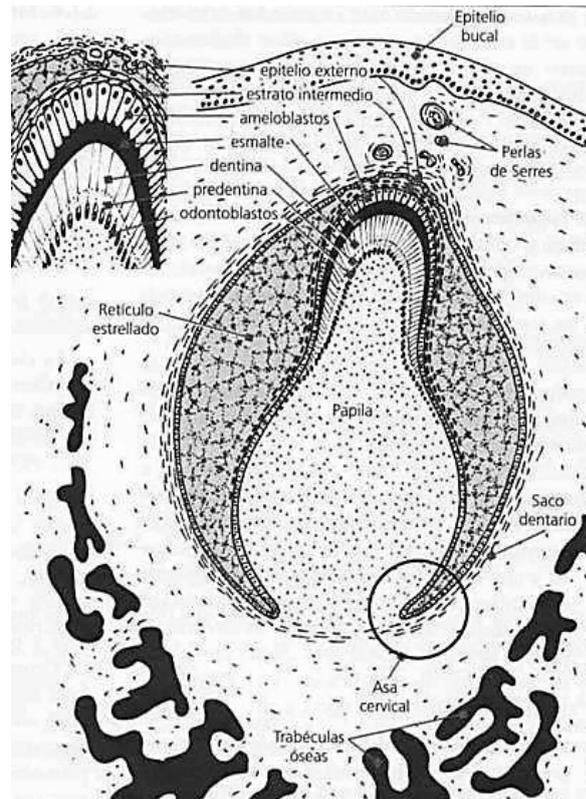


Fig. 5 Estadio de folículo dental aposicional.

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su última clasificación define al odontoma como hamartomas odontogénicos mixtos que maduran desde tejido blando hasta tejido predominantemente dental con una pequeña cantidad de epitelio odontogénico residual y ectomesénquima, dividiéndolos a su vez en compuestos y complejos.⁵

Se reporta que los tumores odontogénicos tienen un rango de presentación de 1- 32% mundialmente.^{4,6} Diferentes autores mencionaron que la lesión más frecuente de los tumores odontogénicos es el odontoma con una prevalencia de 35-76%.^{4,5,6}

Frecuentemente la razón por la que acuden a consulta es por el retraso de la erupción dental permanente la cual podría estar asociada a la persistencia del diente temporal o presencia de algunos diastemas, son asintomáticos.⁴

CLASIFICACIÓN OMS

En el siglo XIX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una Clasificación Internacional de Enfermedades la cual provocó un gran impacto en el mundo de las clasificaciones ya que se encargaba de combinar los conceptos pasados y presentes sobre la naturaleza de las enfermedades, en la actualidad el sistema de clasificación está en constante cambio esto debido al desarrollo de estudios moleculares y citogenéticos los cuales ayudan al conocimiento y la percepción de las enfermedades sin embargo la clasificación debe ser completa, sencilla y estar universalmente aceptada.¹

En 1971 se publicó la primera clasificación de la OMS la cual se denominó “Tipos histológicos de tumores odontogénicos , quistes de los maxilares y lesiones afines” siendo resultado de cinco años de investigación y llevado a cargo por el Departamento de Patología Bucal del R en Copenhague, Dinamarca, esta clasificación se basaba en el concepto que Pindborg y Clausen habían dado en donde explicaban que las interacciones características que existían entre los elementos del tejido epitelial y mesenquimatoso que ocurren en el desarrollo de los dientes influyen en la patogénesis y en la histodiferenciación de los tumores odontogénicos.^{7,8} En esta clasificación se encuentra al odontoma en el apartado de neoformaciones y otros tumores relacionados con el órgano dental clasificándolo como benigno.⁸

En 1992 se publica la segunda edición de la clasificación de la OMS, en la cual se clasifica a los tumores odontogénicos en dos grupos: benignos y malignos en donde podemos encontrar al odontoma en el grupo de los tumores benignos dividido a su vez en complejo y compuesto.³

En el 2005 la OMS publica la tercera edición de la clasificación de los tumores odontogénicos la cual estaba basada en las características histológicas que muestran cada uno de los tumores y a su vez el

comportamiento biológico que representan, en esta edición se define al odontoma complejo como una malformación que es similar a un tumor que contiene esmalte, dentina y en algunas ocasiones cemento mientras que el odontoma compuesto se define como malformación similar a un tumor con un número variable de elementos parecidos a dientes.⁹

Se publica la cuarta edición de la clasificación de la OMS en el año 2017, en la cual se incluyen tres nuevas lesiones en la lista de tumores odontogénicos: carcinosarcoma odontogénico, carcinoma odontogénico esclerosante y el tumor odontogénico primordial, otra modificación importante es el cambio del ameloblastoma metastásico de la categoría de tumores malignos a benignos, esta clasificación divide a los quistes odontogénicos en dos grupos: de desarrollo e inflamatorios.¹

El cambio más destacado es denominar al tumor odontogénico queratoquístico como OKC y al tumor odontogénico quístico calcificante como COC cambiando los términos que se tenían en la clasificación del 2005, hablando de los odontomas estos permanecen clasificados como compuestos y complejos.¹

Actualmente la clasificación más reciente de la OMS es la del año 2022, encontramos que las lesiones que están relacionadas con el hueso han sido divididas en tumores fibroóseos, displasias benignas y neoplasias malignas, en la clasificación del 2017 se había clasificado al fibroodontoma ameloblástico como odontoma en desarrollo este cambio había surgido porque en diferentes países los odontomas habían sido diagnosticados erróneamente como fibroodontoma ameloblástico lo cual podría afectar al paciente debido a que tendría un tratamiento erróneo, se pidió que sin pruebas la clasificación no se modificara; en esta clasificación los odontomas se encuentran en el grupo de los tumores odontogénicos mixtos: epiteliales y mesenquimales.¹⁰

ETIOLOGÍA

Actualmente la etiología de los odontomas es desconocida, se ha relacionado en algunas ocasiones con condiciones patológicas como: traumatismo local, procesos infecciosos (la aparición del odontoma puede originarse debido a la división del germen dental o puede interferir en el desarrollo del diente), ameloblastos maduros (se sugirió

que estas células tienen el potencial de poder desarrollar tumores con variación en apariencia), restos de la lámina dental (Fijerskov afirma que estos restos se pueden convertir en odontomas) o por alguna anomalía hereditaria pudiendo ocurrir en diferentes formas como la inferencia con el mecanismo de los genes que controlan la formación de los dientes, por la mutación en los estos que se encuentran afectados o por la herencia de algunos anormales.²

En 1971 Hitchin sostiene que los odontomas son heredados por el mecanismo de una mutación de un gen el cual está encargado del control del desarrollo dentario durante el periodo postnatal; la lámina dental da origen a los gérmenes dentales y se desintegra después de cumplir su función, pudiendo dejar algunos restos los cuales son denominados restos de Serres, estos pueden ser un factor de la existencia de los odontomas ya que tanto odontomas compuestos como complejos se desarrollan en el lugar de un diente.²

En 1994 Andreasen describe al odontoma como una malformación del germen del diente permanente, el traumatismo de un germen dental en desarrollo podría producir un odontoma de tejido duro.²

Cuando existe una mutación en las células epiteliales que forman los restos de la lámina dental o el germen dental se puede cambiar la capacidad que tiene el epitelio odontogénico de pasar por los estadios de casquete y campana los cuales son necesarios para la formación del diente y así poder estimular la diferenciación mesenquimática que es necesaria para formar el tejido duro, ameloblastos y odontoblastos funcionales, llevando esto a la formación de un odontoma.²

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se reconocen tres tipos de odontomas: intraóseos, extraóseos y erupcionados, esto depende de las características que presentan.¹²

Los odontomas centrales o intraóseos son los que tienen mayor frecuencia, representan alrededor del 51% de los tumores odontogénicos, se localizan en la región anterior del maxilar superior siendo en su mayoría odontomas compuestos y en la región molar mandibular odontomas complejos.¹³

Los odontomas periféricos o extraóseos son lesiones que se localizan

únicamente e los tejidos gingivales del maxilar o de la mandíbula, solo se han reportado seis casos de este tipo de odontoma y el resultado del estudio histológico es de un odontoma compuesto.¹³

En los casos que un odontoma intraóseo (figura 6) se encuentra situado coronalmente con relación a un diente en erupción, impactado o ubicado en la porción más baja del proceso alveolar erupciona a la boca se le conoce como odontoma erupcionado.¹³



Fig.6 Odontoma erupcionado

CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS

Radiográficamente un odontoma se observa como una lesión radiopaca, densa y que se está delimitada, se encuentra rodeada por una zona radiolúcida la cual corresponde a una fina cápsula de tejido blando.¹¹

Se pueden identificar tres estadios de desarrollo esto depende del grado de calcificación del odontoma: en el primero la lesión se ve radiolúcida esto es por la falta de calcificación de los tejidos dentales, en el intermedio se caracteriza por tener una calcificación parcial y en el último estadio el odontoma aparece radiopaco y se encuentra rodeado por un halo radiolúcido.³

En el odontoma compuesto se presentan numerosas estructuras similares a dientes, se observan con un borde periférico radiolúcido. (figura 7)^{3,7,11}



Fig. 7 Odontoma compuesto en zona de premolares inferiores.

Los odontomas complejos se pueden observar masas desorganizadas de tejido calcificado, muestran una radiopacidad única. (figura 8)^{3,7,11}



Fig. 8 Odontoma complejo en zona de premolares inferiores.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Los odontomas compuestos están caracterizados por presentar tejido dental, esmalte desmineralizado, cemento y pulpa, estos componentes se encuentran de forma organizada de estructuras dentarias y rodeados

por una cápsula de tejido conectivo. ³(figura 9)

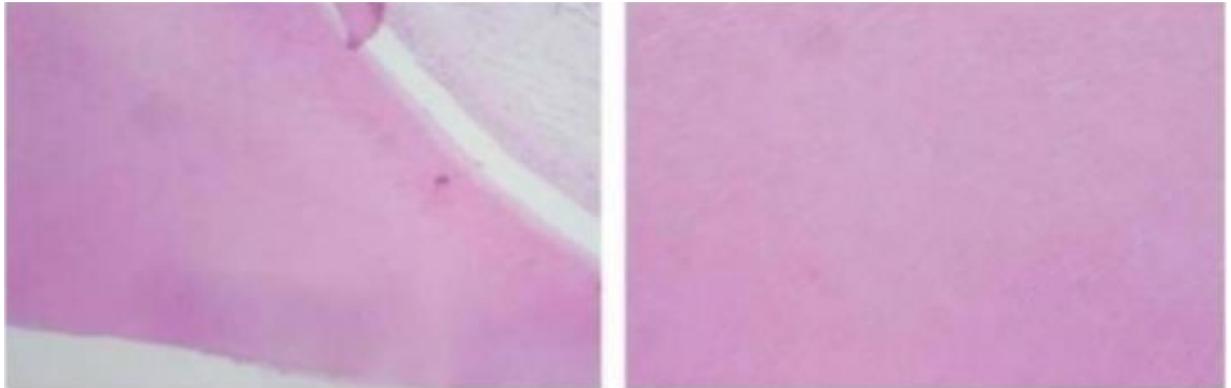


Fig. 9 Histopatología del odontoma compuesto caracterizado por la presencia de tejidos dentarios dispuestos de manera organizada.

Los odontomas complejos muestran una masa desorganizada de tejido dental duro, en algunos casos se puede observar la presencia de células fantasma, cemento y epitelio ameloblástico. ³ (figura 10)

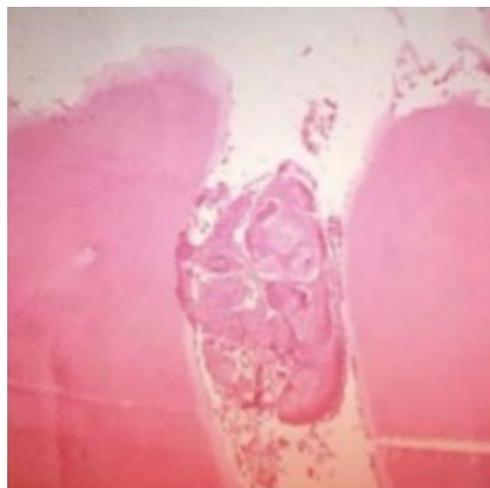


Fig.10 Histopatología del odontoma complejo en donde se muestra una masa desorganizada de material similar a la dentina y prismas del esmalte.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial (figura 11) con fibroma ameloblástico, odontoameloblastoma y fibroodontoma ameloblástico, si la

lesión al observarla en la radiografía es similar a un odontoma y se localiza en el área intrarradicular es necesario establecer como posible diagnóstico diferencial una osteítis focal residual, un cementoma, tumor odontogénico epitelial calcificante, diente supernumerario u osteoblastoma benigno.³

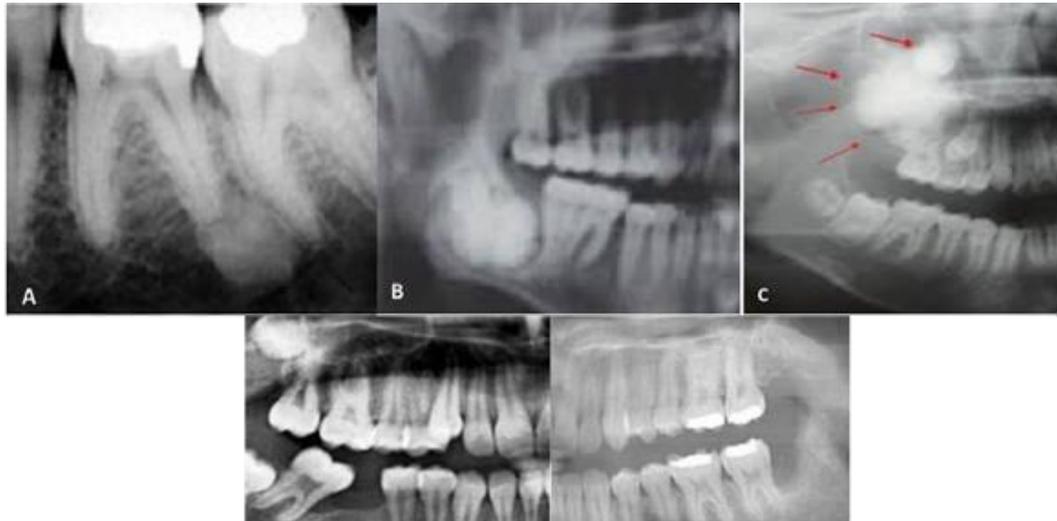


Fig.11 A.Osteitis focal residual B. Fibroodontoma ameloblastico C. Odontoameloblastoma D.Osteoblastoma benigno E. Cementoma

En el caso de que se encuentre alrededor de la corona se debe diferenciar de un tumor odontogénico epitelial calcificante, un tumor odontogénico adenomatoide, un odontoameloblastoma o un fibrodentinoma ameloblástico.³ (figura 12)

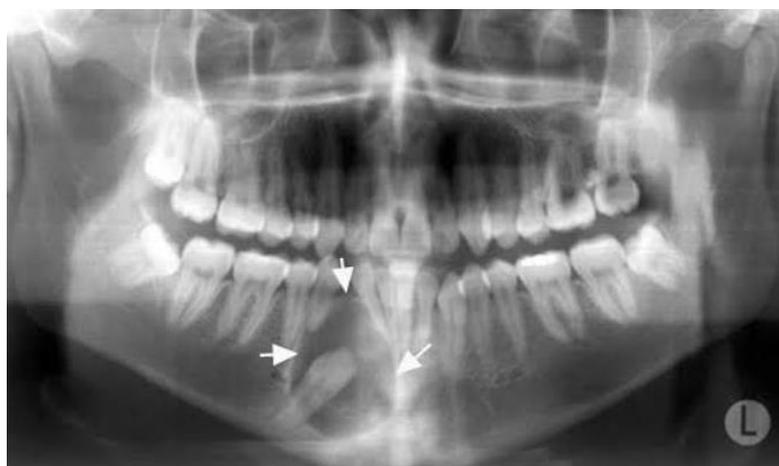


Fig.12 Tumor odontogénico adenomatoide.

Si su localización es en el seno maxilar podría confundirse con sinusitis, un diente desplazado, infección periapical con pólipos antrales, algún cuerpo extraño, neoplasia benigna mesenquimatosa, un osteoma periférico, papiloma invertido, sarcoma antral o carcinoma.³ (figura 13)

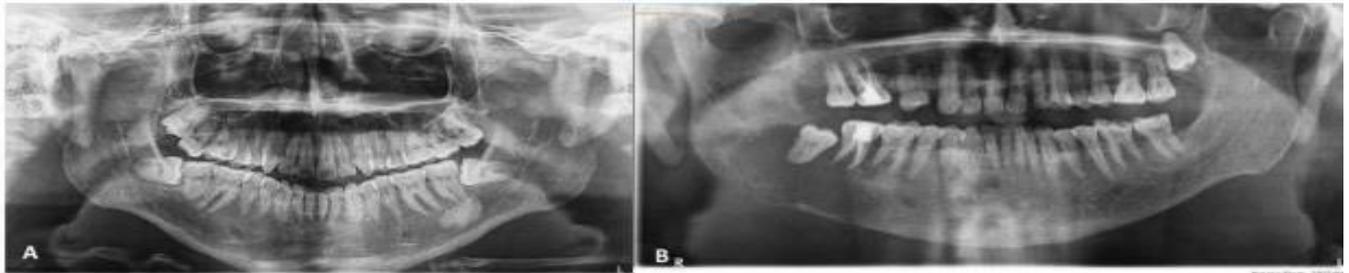


Fig. 13 A.Osteoma periférico **B.** Carcinoma epidermoide

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en un caso de odontoma es la enucleación quirúrgica retirando el tejido conectivo que lo rodea y preparando una muestra adecuada para poder realizar el estudio histopatológico para poder obtener un diagnóstico más confiable, el pronóstico que presentan estos pacientes es favorable ya que el índice de recaída es muy bajo este índice aumenta cuando la enucleación es realizada en la primera etapa de calcificación.³ (figura14)



Fig. 14 Enucleación de odontoma.

Existen pocos casos de odontomas complejos que miden más de 3 cm de diámetro a los que se les llaman odontomas complejos gigantes, la

remoción de odontomas gigantes puede ser problemático tomando en cuenta si es que se encuentran en hueso grueso y denso.^{14,15}

TRANSMIGRACIÓN DENTAL

El término transmigración fue empleado por primera vez por Ando et al, se define como la migración que existe de los dientes retenidos hacia el lado contrario de la línea media, este término se puede encontrar con diferentes nombres en la literatura: dientes aberrantes, impactados, desplazados, mal posicionados, anómalos, migratorios, entre otros.(figura 15)^{16,17}

Se tienen considerados algunos factores etiológicos que pueden estar relacionados con la transmigración como la pérdida prematura de algunos dientes temporales, odontomas, apiñamiento, dientes supernumerarios o que la corona del diente este muy grande, algún trastorno de aposición o reabsorción ósea sin embargo su etiología no está confirmada, generalmente es asintomática.¹⁷

Existen diferentes tipos de tratamientos que se podrían utilizar como la extracción, tratamientos de ortodoncia para tratar los problemas en la oclusión de los pacientes, trasplantes y la vigilancia clínica, este tratamiento depende de la posición radiográfica, signos clínicos, madurez del diente, el plan general de tratamiento dental y la posibilidad de que pueda erupcionar sin embargo el tratamiento más común es la extracción del diente retenido.^{17,18}



Fig. 15 Se observa O.D. 48 desplazado al ángulo mandibular adyacente, se observa una lesión radiopaca y de forma irregular.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 36 años, referido por odontólogo particular a la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación para valoración de probable tumor en maxilar del lado izquierdo, este hallazgo fue por radiografía panorámica de rutina. Se refiere asintomático, como antecedentes personales patológicos de importancia refiere ser paciente con Virus de inmunodeficiencia desde hace 3 años bajo tratamiento con retrovirales, personales no patológicos y heredofamiliares sin importancia para el padecimiento. A la exploración física se observa ligero aumento de volumen en fondo de saco de región de molares superiores izquierdos con mucosa similar a la adyacente, indurado y asintomático a la palpación, se palpa con bordes regulares, presenta ausencia clínica de segundo molar y tercer molar, en radiografía panorámica se observa una lesión radiopaca de forma irregular en el lugar del segundo y tercer molar superior izquierdo, se puede observar que el tercer molar está presente pero se encuentra transmigrado.

Se da como diagnostico presuntivo de odontoma complejo contra un odontoameloblastoma.

Se decidió realizar una excisión quirúrgica la cual se realizó bajo anestesia local conme pivacaína con epinefrina al 2%.



Fig. 16 Se observa lesión radiopaca de forma irregular que abarca el lugar del O.D. 27 y 28.

Se inició el procedimiento realizando una incisión Newman con descarga a nivel de la tuberosidad del maxilar y a nivel de segundo premolar, se diseco colgajomucoperiostico, posteriormente se hizo osteotomía sobre pared anterior del seno delimitando la lesión, se luxó y se extrajo.

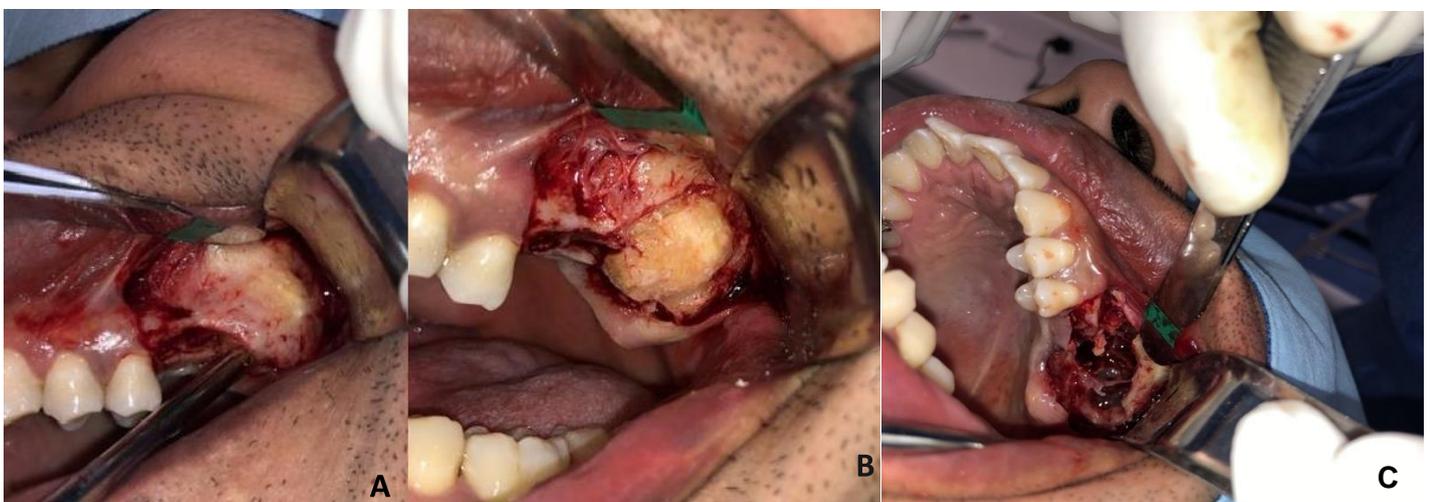


Fig. 17 **A** Se observa pared anterior del seno con una coloración amarillenta en la parte media. **B.** Se observa osteotomía periférica a la lesión. **C.** Se observa lecho quirúrgico después de la extracción del odontoma y tercer molar, el lecho quirúrgico se encuentra ya lavado.

Finalmente se verificó la integridad de la mucosa sinusal, hemostasia y se suturo con vicryl 4-0.

Al hacer la extracción se observa un espécimen con tamaño aproximado de 1x1.5cm de color amarillo y con respectivo parecido a un diente.



Fig.18 **A.** Incisión suturada con puntos simples. **B.** Especimen de aproximadamente 1.5x1cm

Después de la exesión quirúrgica se le receta al paciente amoxicilina con ácido clavulánico 875mg/125mg cada 12 horas por siete días e ibuprofeno 600mg cada 8hrs por 4 días. Se le solicita radiografía panorámica para observar cómo evolucionó después de la intervención quirúrgica y se observa que no hubo recidiva.



Fig.23 Radiografía inmediata postquirúrgica de evolución en donde se observa que el piso del seno se encuentra sin solución de continuidad.

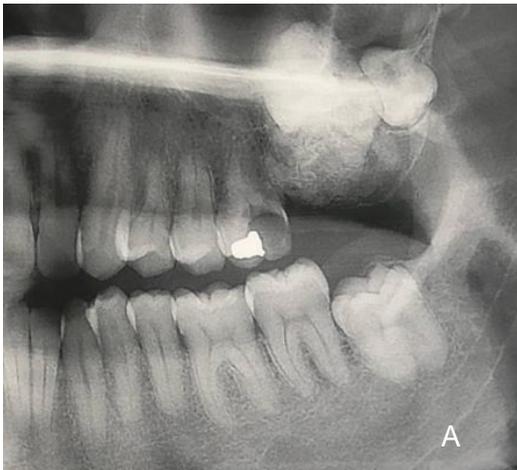


Fig. 24 A. Radiografía inicial **B.** Radiografía final

DISCUSIÓN

Los odontomas se definen como hamartomas odontogénicos mixtos que maduran desde tejido blando hasta tejido dental con una pequeña cantidad de epitelio odontogénico residual ectomesénquima, se divide a su vez en compuesto y complejos, se presenta aproximadamente de 1-32% en la población mundial, la clasificación más reciente de la OMS del año 2022 sitúa a los odontomas en el grupo de tumores odontogénicos mixtos siendo epiteliales y mesenquimales.^{4,6,10}

Se diagnostican principalmente entre la segunda y la cuarta década de

vida siendo los odontomas complejos los más frecuentes²⁰ al igual que en nuestro caso el cual fue diagnosticado en la tercera década de vida y fue un odontoma complejo.

Radiográficamente un odontoma en general se observa como una lesión radiopaca, densa y que está delimitada, rodeado de una zona radiolúcida, en el odontoma compuesto se presentan diferentes estructuras similares a los dientes con un borde radiolúcido y el odontoma complejo se pueden observar masas desorganizadas de tejido calcificado mostrando una radiopacidad única ^{3,7,11} en nuestro caso la lesión se observa radiopaca de forma irregular coincidiendo con el odontoma complejo.

El tratamiento indicado para los odontomas es la enucleación quirúrgica retirando el tejido conectivo que lo rodea estos casos tienen un pronóstico favorable para los pacientes³ comparándolo con el caso que se presentó el tratamiento elegido fue la excresis de la lesión y el pronóstico del paciente fue favorable.

La literatura menciona que el órgano dentario con mayor prevalencia en casos de trans migración es el canino, se mencionan diferentes tratamientos como extracción, implante o algún tratamiento de ortodoncia, los cuales van a depender de la posición en la que se encuentre y la edad del paciente, deseos del paciente y el plan de tratamiento que se quiera realizar^{16,17,18} en nuestro caso el diente que se encontraba transmigrado era el tercer molar y se decidió realizar la extracción del mismo por la posición en la que se encontraba.

CONCLUSIÓN

Ante la presencia de este tipo de tumores es necesario hacer un diagnóstico confiable para tener el tratamiento más adecuado para el paciente, esto mediante estudios radiográficos, exploración clínica y un estudio histopatológico el cual servirá para confirmar el diagnóstico.

La trans migración dental no causa sintomatología por lo que únicamente se puede diagnosticar con la exploración clínica y exámenes imagenológicos de rutina, se han propuesto diferentes factores etiológicos que podrían estar asociados a esto; sin embargo, ninguno ha

sido comprobado, el tratamiento va a depender de diversos factores los cuales tienen que ser analizados para darle el tratamiento más adecuado al paciente.

En caso de que el diente que se encuentra transmigrado sea potencialmente funcional se podrá realizar tracción ortodóncica; en caso contrario será necesaria la extracción del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sivapathasundharam, B., et al. «The World Health Organization Classification of Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors: An Appraisal». *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, vol. 23, n.o 2, 2019, p. 178. DOI.org https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_211_19.
2. Sharma R, Prabhadevi MC. Odontome: A Brief Overview. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2011;4:177–85. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1106>.
3. Barba, Lucía Thistle, et al. «Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura». *Revista Odontológica Mexicana*, vol. 20, n.o 4, octubre de 2016, pp. 272-76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.rodMex.2016.11.009>.
4. Gómez de Ferraris M. *Histología y embriología bucodental*, México D.F. Editorial Medica Panamericana, 2da edición
5. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative Frequency of Central Odontogenic Tumors: A Study of 1,088 Cases from Northern California and Comparison to Studies from Other Parts of the World. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2006;64:1343–52. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.05.019>
6. J.J. Pindborg, Torloni H, *TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES ODONTOGENICOS, QUISTES DE LOS MAXILARES Y LESIONES AFINES*, Ginebra, 1972
7. Barnes L, Evenson J.W., Reichart P., Sidransky D (Eds.): *World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. IARC Press: Lyon 2005
8. Consejo Editorial de la Clasificación de Tumores de la OMS. *Tumores de cabeza y cuello* [Internet; versión beta antes de la impresión]. Lyon (Francia): Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; (citado 2023,11,21) (Serie de clasificación de tumores de la OMS, 5.^a ed.; vol. 9).
Disponible en: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52>.
9. Soluk Tekkesin M, Pehlivan S, Olgac V, Aksakallı N, Alatlı C. Clinical and Histopathological Investigation of Odontomas: Review of the Literature and Presentation of 160 Cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2012;70:1358–61. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2011.05.024>.

10. Harris Ricardo J, Rebolledo Cobos M, Díaz Caballero A, Carbonell Muñoz Z. Odontoma serie de casos: Revisión de literatura. Av Odontoestomatol 2011;27. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852011000100003>

11. Philipsen, Hans P., y Peter A. Reichart. «Revision of the 1992- Edition of the WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A Suggestion: Classification of Odontogenic Tumours». Journal of Oral Pathology & Medicine, vol. 31, n.o 5, mayo de 2002, pp. 253-58. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1034/j.1600-0714.2002.310501.x>.

12. de Pró Lizuaín, Carlos, Fungi Monetti, Myriam, & Beovide Cortegoso, Verónica. (2016). Odontoma erupcionado: presentación de un caso y revisión de la literatura. Odontoestomatología, 18(28), 60-66. Recuperado en 22 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392016000200008&lng=es&tlng=es.

13. Junquera L, de Vicente JC, Roig P, Olay S, Rodríguez-Recio O. Intraosseus odontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. Med Oral Patol Oral CirBucal 2005;10:248-51.

14. Nguyen DK, Van Huynh D. Clinical and radiological characteristics of odontomas: A retrospective study of 90 cases. Imaging Sci Dent 2023;53:117. <https://doi.org/10.5624/isd.20220184>.

15. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. Imaging Sci Dent 2018;48:289. <https://doi.org/10.5624/isd.2018.48.4.289>.

16. Korpi JT, Kainulainen VT, Sándor GKB, Oikarinen KS. Removal of Large Complex Odontoma Using Le Fort I Osteotomy. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2009;67:2018–21. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.04.105>.

17. Singer SR, Mupparapu M, Milles M, Rinaggio J, Pisano D, Quaranta P. Unusually large complex odontoma in maxillary sinus associated with unerupted tooth. Report of case and review of literature. N Y State Dent J 2007 Jun-Jul;73(4): 51-3.
18. Pérez-Flores A, Castillo Pino G, Fierro Monti C. Transmigración de canino inferior. Reporte de un caso clínico. Rev Odont Mex 2022;25. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2021.25.1.70377>
19. Díaz-Sánchez R-M, Castillo-de-Oyagüe R, Serrera-Figallo M-Á, Hita-Iglesias P, Gutiérrez-Pérez J-L, Torres-Lagares D. Transmigration of mandibular cuspids: review of published reports and description of nine new cases. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2016;54:241–7. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.01.010>.
20. Hidalgo-Sánchez O, Leco -Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Nov 1;13(11):E730-4. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946 <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i11/medoralv13i11p730.pdf>

INDICE DE FIGURAS

Fig.1 Gómez de Ferraris M. Histología y embriología bucodental, México D.F. Editorial Medica Panamericana, 2da edición.

Fig.2 Gómez de Ferraris M. Histología y embriología bucodental, México D.F. Editorial Medica Panamericana, 2da edición.

Fig.3 Gómez de Ferraris M. Histología y embriología bucodental, México D.F. Editorial Medica Panamericana, 2da edición.

Fig.4 Gómez de Ferraris M. Histología y embriología bucodental, México D.F. Editorial Medica Panamericana, 2da edición.

Fig.5 Gómez de Ferraris M. Histología y embriología bucodental, México D.F. Editorial Medica Panamericana, 2da edición.

Fig. 6 Barba, Lucía Thistle, et al. «Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura». Revista Odontológica Mexicana, vol. 20, n.o 4, octubre de 2016, pp. 272-76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.rodmem.2016.11.009>.

Fig. 7 Barba, Lucía Thistle, et al. «Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura». Revista Odontológica Mexicana, vol. 20, n.o 4, octubre de 2016, pp. 272-76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.rodmem.2016.11.009>.

Fig. 8 Barba, Lucía Thistle, et al. «Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura». Revista Odontológica Mexicana, vol. 20, n.o 4, octubre de 2016, pp. 272-76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.rodmem.2016.11.009>.

25

Fig. 9 Barba, Lucía Thistle, et al. «Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura». Revista Odontológica Mexicana, vol. 20, n.o 4, octubre de 2016, pp. 272-76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.rodmem.2016.11.009>.

Fig. 10 Barba, Lucía Thistle, et al. «Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura». Revista Odontológica Mexicana, vol. 20, n.o 4, octubre de 2016, pp. 272-76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.rodmem.2016.11.009>.

Fig. 11 ABhaskar, S.N. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA PARA EL ODONTÓLOGO. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1975. 238 pp.

B.REYES OLAVE, P.; ALVAREZ NOVOA, C. & MUNOZ TORRES, C..Fibro-odontoma ameloblástico: a propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [online]. 2009, vol.31, n.5, pp.337-342. ISSN 2173-9161.

C.Kudoh, M., Harada, H., Sato, Y. et al. Massive odontoameloblastoma arising in the maxilla: a case report. *J Med Case Reports* **9**, 278 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13256-015-0743-0>

Fig.12 webmaster. Caso N° 98: TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE. CDI Perú 2004. <https://cdi.com.pe/caso-no-98-tumor-odontogenico-adenomatoide/> (accessed November 22, 2023).

Fig.13 A Espinoza CA. Osteoma Periférico en Mandíbula – Dento Metric | Radiología Dental, Oral y Maxilofacial n.d. <https://dentometric.com/osteoma-periferico-en-mandibula/> (accessed November 22, 2023).

B Cariati P, Juliá MA, Cabello Serrano A. Carcinoma epidermoide intraóseo primario de mandíbula. *Imagen Diagnóstica* 2017;8:60–1. <https://doi.org/10.1016/j.imadi.2017.02.005>.

Fig.14 MARTINEZ MARTINEZ, A. et al. Enucleación de odontoma compuesto maxilar con regeneración ósea guiada. *Av Odontoestomatol* [online]. 2013, vol.29, n.6, pp.287-292. ISSN 2340-3152.

Fig.15 Díaz-Sánchez R-M, Castillo-de-Oyagüe R, Serrera-Figallo M-Á, Hita-Iglesias P, Gutiérrez-Pérez J-L, Torres-Lagares D. Transmigration of mandibular cuspids: review of published reports and description of nine new cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2016;54:241–7.

<https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.01.010>.

Fig.16 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.17 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.18 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e

26

Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.19 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.20 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.21 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.22 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.23 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología

Fig.24 Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología