

Odontomas: Tratamiento quirúrgico.

Od. Martínez, Rosana (1);
Od. Del Rio, Jorge Fernando (2);
Od. Dolabella, Gisela (2);
Cutura Nuñez, Natalia (2).

Recepción del artículo: 29/8/11
Aprobación: 12/9/11

Presentación de dos casos clínicos

- 1) Jefa del Servicio de Odontología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti"
- 2) Odontólogos del Servicio de Odontología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti"

Resumen:

Los odontomas son tumores benignos odontogénicos y de crecimiento lento, formados por células de naturaleza dentaria epiteliales y mesenquimales.

La etiología de este tipo de lesión es desconocida, pero se asocian a causas de tipo traumático, procesos infecciosos, anomalías hereditarias o hiperactividad odontoblástica.

Se presentan dos casos clínicos en donde podemos observar los diferentes tipos de odontomas existentes. Los mismos fueron tratados en el Servicio de Odontología del Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata.

Palabras Claves: Odontoma; Fibroodontoma Ameloblástico; Odontoma Compuesto

Summary:

The odontomas are benign odontogenic tumors and of sluggish growth, formed by dentary cells.

The etiology of this type of injury is not known, but they associate to reasons of traumatic type, infectious processes, hereditary anomalies or cells hyperactivity.

We present two clinical cases where we can observe the different types of odontomas. The odontomas were treated in our hospital.

Keywords: Odontoma; Fibro-Odontoma, Ameloblastic Odontoma, Compound

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son tumores formados por tejidos dentarios calcificados, mezclados en diferentes sentidos y proporciones. Son procesos de escasa o ninguna agresividad y sin capacidad de recidiva.

Pueden clasificarse de acuerdo a la opinión de Bland-Sutton, Bennet, Mead, Shmigalla, en la siguiente forma:

- a) Odontomas complejos amorfos. Formados por tejidos dentarios en disposición irregular cuantitativa y cualitativa. Provenientes de un desarrollo patológico del germen dentario, contienen dentina, esmalte y cemento, con dentina como sustancia predominante, rodeados por una cápsula conjuntivo epitelial.

- b) Odontomas compuestos (denticulados). Estos tumores se caracterizan por ser un conjunto o conglomerado de dientes o denticulos de la más diversa forma y disposición. Su número es variadísimo. Este conglomerado de denticulos se encuentra encerrado en una cápsula fibrosa que lo separa del hueso, lo cual permite una facilidad relativa para enuclearlos.

La etiología de este tipo de lesión es desconocida, pero se asocian a causas de tipo traumático, procesos infecciosos, anomalías hereditarias o hiperactividad odontoblástica.

Los lugares de preferencia son los correspondientes al tercer molar inferior y canino superior.

Es una afección de la juventud. Por lo que son descubiertos en esta época, porque causan trastornos o por un examen radiográfico con otros fines.

Marcha clínica y evolución: pueden pasar inadvertidos durante mucho tiempo, ya que no dan ninguna sintomatología ni se manifiestan, en la mayor parte de los casos.

Otras veces la cápsula envolvente puede infectarse, lo que se traduce por dolores, trismo, cefaleas, supuración.

A la palpación, el proceso da una franca sensación de dureza. En oportunidades el tumor se exterioriza y a la inspección clínica se percibe el aumento de vo-

lumen, sobre todo a nivel de la tabla vestibular. Un detalle clínico interesante es la persistencia de un diente temporario en la arcada y la ausencia de una o varias piezas permanentes.

El examen radiográfico y tomográfico es muy importante para el diagnóstico ya que nos dan los límites y relaciones del proceso.

Diagnóstico: no hay ningún proceso parecido en la patología quirúrgica de los maxilares que pueda prestarse a confusión. En lo que se puede dudar es en el tipo de tumor, pero la imagen radiográfica sin zonas claras u oscuras o la imagen con los dentículos perfectamente visibles proporcionan el diagnóstico.

Tratamiento: el tratamiento de los odontomas es siempre quirúrgico. Estos tumores pueden intervenir bajo anestesia local o general.

Los tiempos quirúrgicos son: anestesia, incisión, ostectomía (si es necesaria), enucleación del tumor, curetaje, reposición del colgajo, sutura.

CASOS CLÍNICOS

Odontoma compuesto

Presentamos un caso de una paciente mujer de 15 años de edad que acude a las consultas externas del **Servicio de Odontología** del Hospital Materno Infantil de Mar del Plata remitida por la Dra. Evangelina Pariani por presentar el incisivo central izquierdo (21) incluido junto con un odontoma. Las pruebas complementarias realizadas fueron radiografía panorámica (**Figuras de 1 a 7**) y tomografía craneo facial 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 2



Figura 3

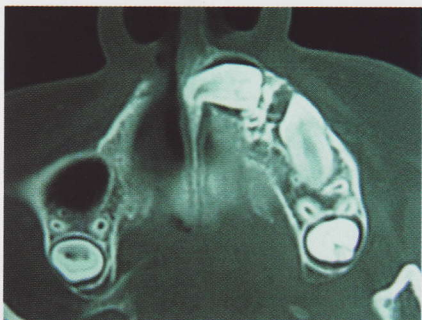


Figura 4



Figura 5



Figura 6

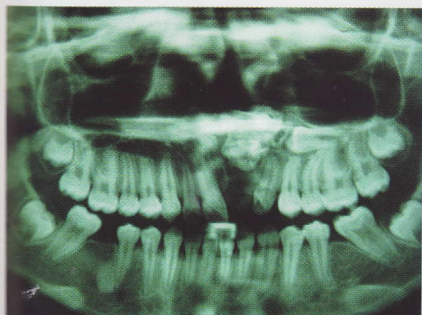


Figura 1



Figura 7

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 bajo anestesia general. La secuencia clínica de actuación fue la siguiente:

1. Anestesia general. Anestesia infiltrativa a nivel del nervio dentario anterior y palatina troncular del nervio nasopalatino. (**figura 7**)
2. ncisión 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 8**)
4. Exposición del campo quirúrgico y ostectomía liberadora del odontoma. (**figura 9**)
5. Exodoncia y exéresis del odontoma y diente incluido. (**figura 10, 11**)
6. Toilette de la herida y posterior revisión del campo quirúrgico. (**figura 12, 13**)
7. Sutura de puntos simples con sutura reabsorbible 4 ceros. (**figura 14**)
8. Rehabilitación protésica (**figura 15**)

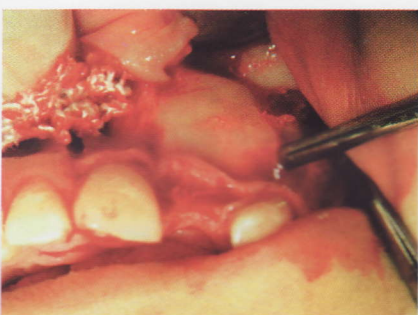


Figura 8

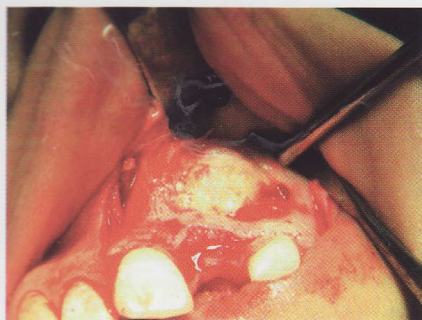


Figura 9

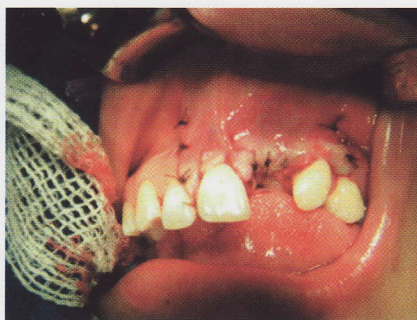


Figura 14

Odontoma complejo o amorfo

Paciente de 13 años de edad, sexo femenino que acude a las consulta por ausencia de pd 21.

Se realiza orden para una radiografía panorámica (fig. 16) y periapical de la zona (fig. 17). En la radiografía panorámica se puede intuir que se trata de un odontoma complejo, incluido en él la pieza dentaria faltante.

El tratamiento a seguir es el quirúrgico, realizando la enucleación del tumor bajo anestesia local.

Los tiempos quirúrgicos fueron: Asepsia del campo operatorio (fig. 18, fig. 19, y fig. 20) anestesia (fig. 21), incisión amplia para poder visualizar el tumor en su totalidad (fig. 22), levantamiento del colgajo (fig. 23), enucleación del tumor con elevador recto y pinza (fig. 24 y fig. 25), toilette de la herida realizando el curetaje de la cavidad (fig. 26), reposición del colgajo (fig. 27) y sutura (fig. 28).

El material extraído se envía al Servicio de anatomía patológica para su estudio correspondiente (fig. 27). El resultado obtenido es la confirmación de Odontoma complejo (fig. 28).

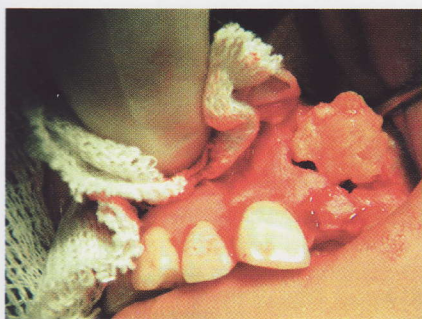


Figura 10

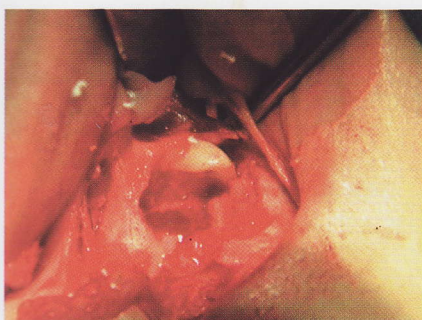


Figura 11

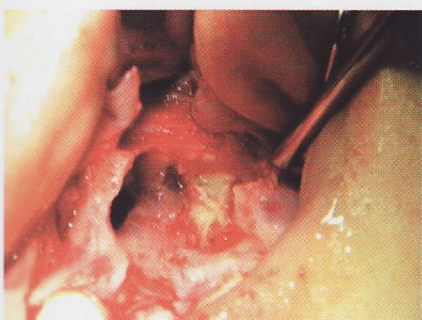


Figura 12



Figura 13

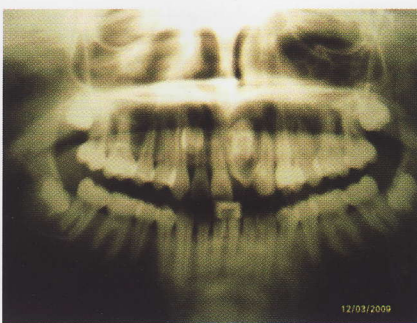


Figura 16: radiografía panorámica



Figura 17: radiografía periapical



Figura 18: imagen pre operatoria

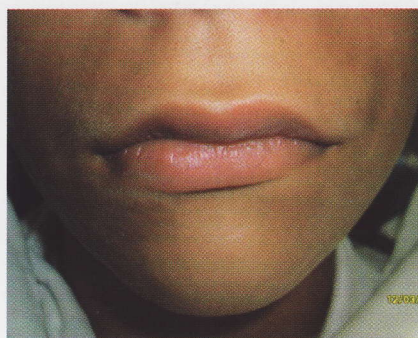


Figura 19: imagen pre operatoria

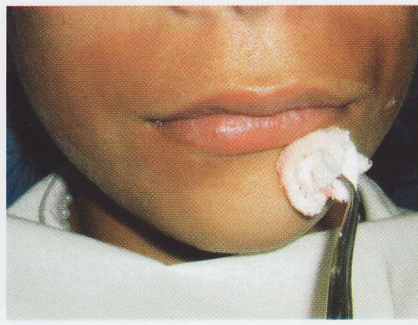


Figura 20: asepsia del campo

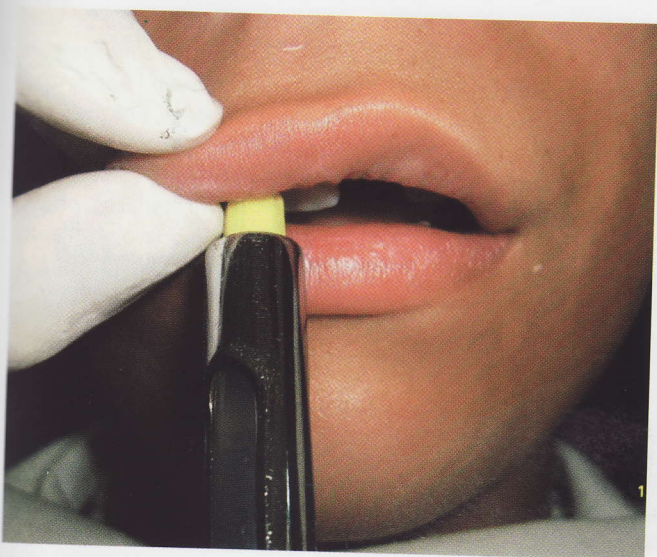


Figura 21: anestesia

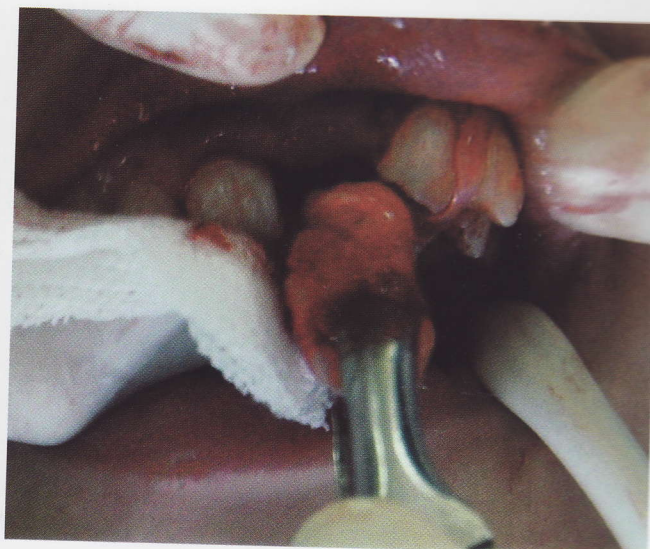


Figura 25: enucleación del tumor



Figura 22: incisión

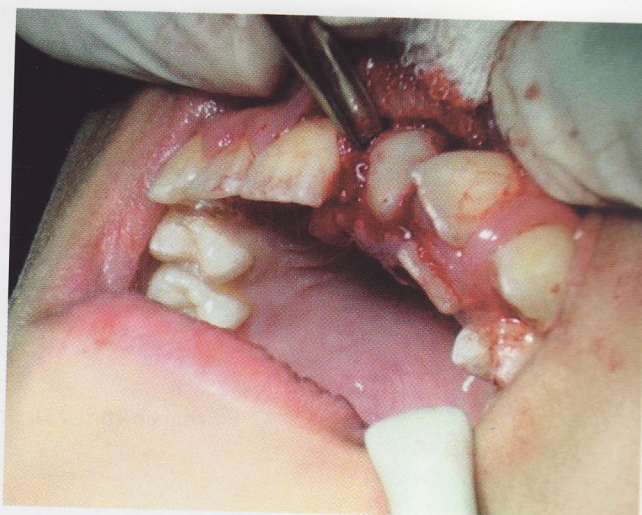


Figura 24: Enucleación del tumor

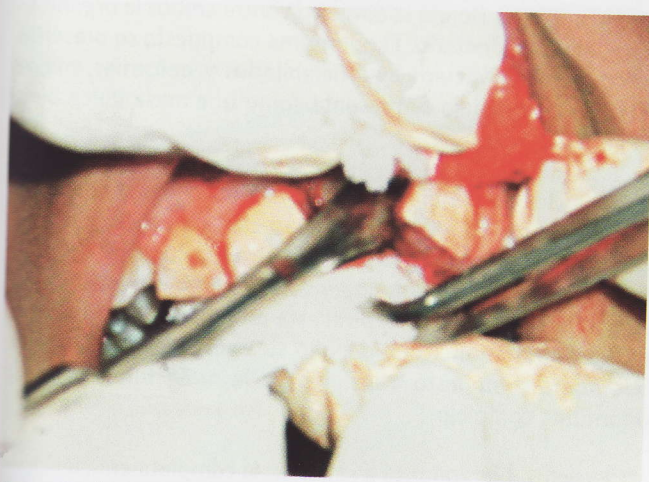


Figura 23: levantamiento del colgajo



Figura 26: curetaje de la cavidad



Figura 27: reposición del colgajo

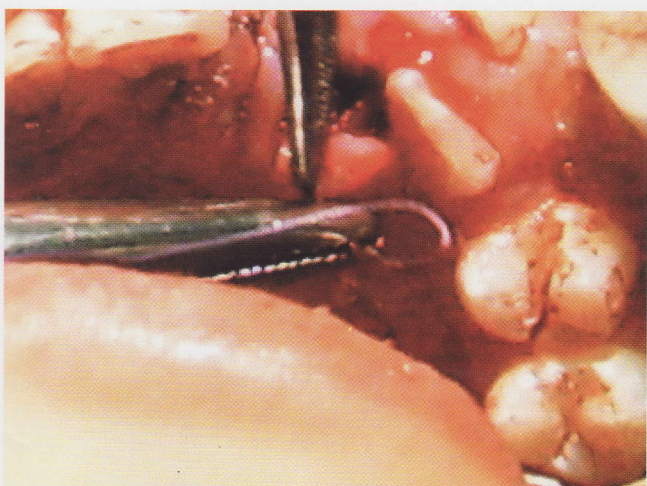


Figura 28: sutura

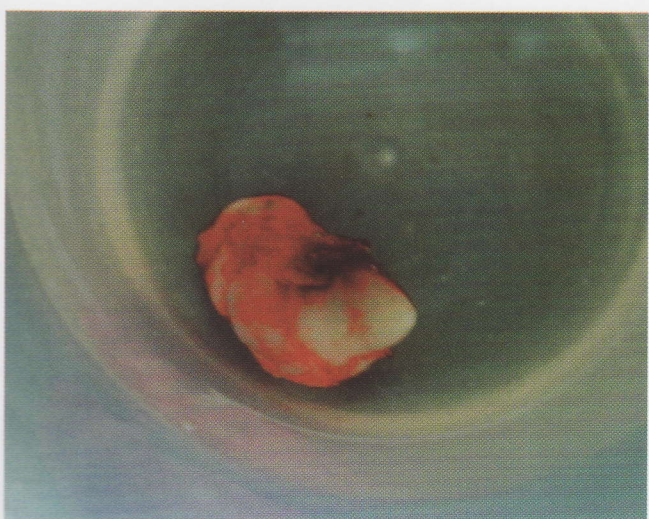


Figura 29: material extraído

HOSPITAL INTERZ ESPEC. MATERNO INFANTIL - MAR DEL PLATA
"VICTORIO TETAMANTI"
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Nº DE PROTOCOLO: 51167 HC: 39.287.533
PACIENTE: ~~Nombre~~ Edad: 13 a. SEXO: f.
MATERIAL REMITIDO: Turbación odontogénica.
DATOS CLÍNICOS: El incisivo central erupcionado sobre el incisivo lateral. Se pide un Rx y se observa una formación compatible con odontoma, de 6 años de evolución.
MÉDICO REMITENTE: Dra. Lavallena FECHA DE INGRESO: 17-3-009.

EXAMEN MACROSCÓPICO: Se recibe un diente deformado, que mide 2 x 1,5 cm. rodeado por tejido blandos. Se incluye totalmente.

EXAMEN MICROSCÓPICO: Las secciones muestran un diente deforme con esmalte, dentina, cemento y tejido fibroso a su alrededor.

DIAGNÓSTICO: ODONTOMA

Fecha: 22-3-009.

Figura 30: resultado de laboratorio

CONCLUSION

Los odontomas son tumores mixtos bien diferenciados y que morfológicamente están compuestos por esmalte, dentina, pulpa y cemento. Constituyen el tipo de tumor odontogénico más común, generalmente asintomáticos por lo que su diagnóstico puede ser causal mediante un examen radiológico de rutina. Es frecuente encontrar la presencia de odontomas asociados a dientes incluidos y si su tamaño es grande pueden ocasionar deformidades faciales.

Radiológicamente se manifiestan como una masa radiopaca rodeada por un estrecho halo radiotransparente de tejido conjuntivo. Existen dos tipos de odontomas compuestos y complejos, siendo la diferencia entre ambos la organización del tejido dentario. El odontoma compuesto se presenta como varios denticulos bien delimitados y deformes, mientras que el complejo se presenta como una masa única bien delimitada.

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

La actitud terapéutica a seguir es la completa enucleación de la lesión con posterior examen histológico para confir-

mar su diagnóstico y la exodoncia del diente incluido, aunque algunos autores barajan la posibilidad de mantener en la arcada el diente mediante tratamientos ortodónticos una vez retirada la lesión tumoral quirúrgicamente. En nuestro caso sugerimos la regeneración tisular guiada (roeg) con hueso autólogo, fosfato tricálcico y hueso de banco (según el grado de la lesión) con membrana de colágeno reabsorbible para luego si con posterioridad realizar la fijación del implante. En los casos presentados sólo se realizó exéresis y

sutura sin regeneración ósea por la imposibilidad de los pacientes realizarse dicho tratamiento; uno de los cuales fue rehabilitado protésicamente con un diente de stock y malla de fibra.

Las recidivas tras la enucleación son poco frecuentes en este tipo de tumores y si ocurren, éstas se producen cuando la exéresis de la lesión coincide con la etapa de tejido no calcificado de la misma.

Bibliografía

- Regezi, Joseph A.; Sciubba, James. (1995) **Patología Bucal**. 2a Ed. Philadelphia, Pennsylvania, USA. Interamericana. McGraw-Hill. Capítulo 11 pág. 405-408
- Raspall, Guillermo. (1997). **Cirugía maxilofacial : Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello**. Madrid: Editorial Medica Panamericana S.A. Volumen: 1. Capítulo 8 nro. de pág. 241.
- Ries Centeno, Guillermo A. (1987). **Cirugía Bucal. Patología, clínica y terapéutica**. 9ª. ed. Buenos Aires: El Ateneo. Parte décima: Tumores de la cavidad bucal. Capítulo 28. B.
- Chiapasco, Matteo. (2002) **Cirugía Oral: Texto y atlas en color**. Milano: Masson S.A. Capítulo 9.
- Kaban, Leonard B. (1992) **Cirugía bucal y maxilo facial en niños**. México: Editorial Interamericana. Capítulo 16.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"