

Odontomas/Tratamiento quirúrgico:

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.

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 dentículos de la más diversa forma y disposición. Su número es variadísimo. Este conglomerado de dentículos se encuentra encerrado en una cápsula fibrosa que lo separa del hueso, lo cual permite una facilidad relativa para enuclear los.

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.

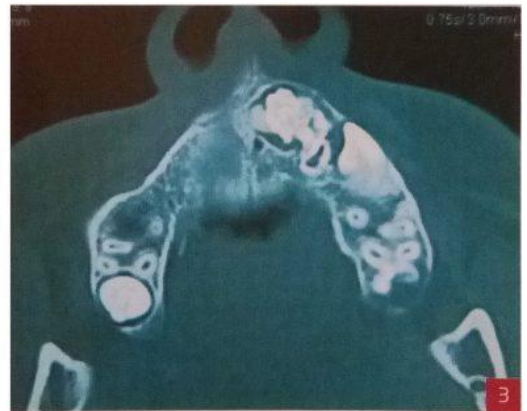
Otras veces la cápsula envolvente puede infectarse, lo que se traduce por dolores, trismo, cefaleas, supuración. A la palpación, el proceso da una franca sensación de dureza. En oportunidades el tumor se exterioriza y a la inspección clínica se percibe el aumento de volumen, sobre todo a nivel de la 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 presentarse 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 intervenirse bajo anestesia local o general.

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

» 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 cráneo 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 denticúlos bien delimitados.

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 fue la siguiente:

1. Anestesia general. Anestesia infiltrativa a nivel del nervio dentario anterior y palatina troncular del nervio nasopalatino (fig. 7).
2. Incisión triangular de Neumann parcial con una descarga distala nivel del 22.
3. Despegamiento cuidadoso del colgajo para mantener su integridad y evitar desgarros y dehiscencias (fig. 8).
4. Exposición del campo quirúrgico y ostectomía liberadora del odontoma (fig. 9).
5. Exodoncia y exéresis del odontoma y diente incluido (fig. 10, 11).
6. Toilette de la herida y posterior revisión del campo quirúrgico (fig. 12, 13). 7. Sutura de puntos simples con sutura reabsorbible 4 ceros (fig. 14).
8. Rehabilitación protésica.

» ODONTOMA COMPLEJO O AMORFO

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

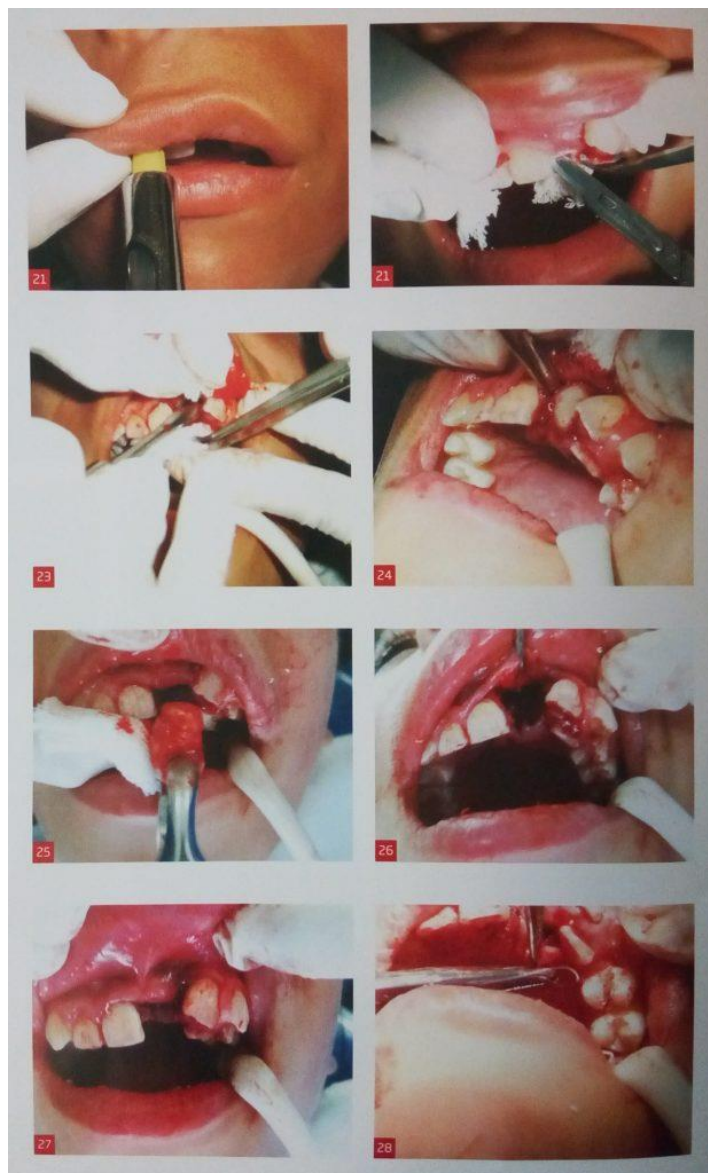
Se realiza orden para una radiografía panorámica (fig. 16) y periapical de la zona (fig. 17). En la radiografía panorámica se puede intuir que se trata de un odontoma complejo, incluido en él la pieza dentaria faltante.

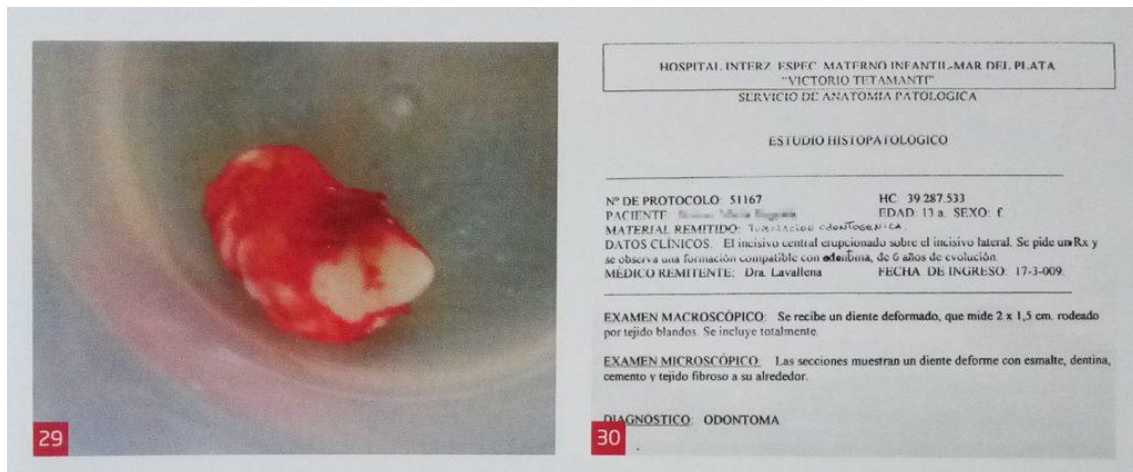
El tratamiento a seguir es el quirúrgico, realizando la enucleación del tumor bajo anestesia local.



Los tiempos quirúrgicos fueron:

1. Asepsia del campo operatorio (fig. 18, 19, 20) anestesia (fig. 21)
2. Incisión amplia para poder visualizar el tumor en su totalidad (fig. 22),
3. Levantamiento del colgajo (fig. 23),
4. Enucleación del tumor con elevador recto y pinza (fig. 24 y 25),
5. Toilette de la herida realizando el curetaje de la cavidad (fig. 26),
6. Reposición del colgajo (fig. 27)
7. Sutura (fig. 28).
8. El material extraído se envía al Servicio de anatomía patológica para su estudio correspondiente (fig. 27).
9. El resultado obtenido es la confirmación de Odontoma complejo (fig. 28).





Conclusión

Los odontomas son tumores mixtos bien diferenciados y que morfológicamente están diferenciados 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 dentículos 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 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 tratamientos ortodónticos una vez retirada la lesión tumoral quirúrgicamente. En nuestro caso sugerimos la regeneración tisular guiada, 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

» Joseph A Regeri D.D.S., M. S & James Sciubba. D. M. D, Ph. D. 1995. Patología ccBuca, Segunda Edición Philadelphia Pennsylvania USA.

Editorial interamericana. McGraw-Hill. Capítulo 11 pág 405-408.

»Guillermo Raspall. 1997. CIRUGÍA MAXILOFACIAL (Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello.) Única Edición. Madrid España. Editorial Médica Panamericana S.A. Volumen Capítulo 8 nro. de pág 241.

» Ries Centeno Guillermo A 1987 Cirugía Bucal. Patología clínica y terapéutica. Novena edición. Buenos Aires Editorial: El Ateneo. Parte décima: Tumores de la cavidad bucal. Capitulo 28. B.

» Matteo Chiapasco. 2002. Cirugía Oral- Texto y atlas en color. Edición original. Milano, Italia. Editorial: Masson S.A. Capítulo 9.

» Leonard B. Kaban. 1992. Cirugía bucal y maxilo facial en niños. Primera Edición. Editorial Interamericana. Capítulo 16.