

RESECCION DE ODONTOMA DE MAXILAR SUPERIOR

Por los doctores:

* Elsa Alvarez

Tomás Fuccini

* Marta Schulman

* *Profesionales del Servicio
de Odontología del Hospital
Gutierrez de La Plata*

• INTRODUCCION:

A apoyados en los datos clínicos y sobre todo en el examen radiográfico, surge como diagnóstico presuntivo que se está en presencia de un odontoma compuesto.

Los odontomas (1), son tumores formados por tejidos dentarios calcificados mezclados en diferentes sentidos y proporciones, rodeados frecuentemente de una membrana que en su posterior estudio histológico (2), está representada por tejido conectivo fibroso en el seno del cual se presentan restos epiteliales similares a los de Malasezz.

Los odontomas compuestos, reproducen estructuras que recuerdan por su morfología a piezas dentarias, dentículos de diversos tamaños y proporción.

Son tumores poco frecuentes en el cuadro general de las hipoplásias odontogénicas benignas.

Pueden pasar inadvertidos porque no dan sintomatología, no se manifiestan por ningún detalle clínico que haga sospechar su existencia.

• PRESENTACION DEL CASO:

Se presentó a la consulta en el Servicio de Odontología del Hospital "Dr. Ricardo Gutierrez", una menor de 9 años de edad, sexo femenino, observando al examen clínico (Fig.1) persistencia de las piezas temporarias, incisivo central e incisivo lateral superior izquierdo perfectamente implantado. Es decir, sin la movilidad que lógicamente por la edad debieran tener. Además a la altura de la zona apical, presentaba un marcado aumento de volumen (fig 1).

Se observaba asimismo del lado derecho, la erupción normal y completa de los incisivos central y lateral superior derecho.

• EXAMEN RADIOGRÁFICO:

Realizadas las películas radiográficas periapicales (Fig.2) llamó la atención, un área central radiopaca rodeada por un sector estolítico. Dicha área radiopaca, de

aproximadamente 3 cm. en su dimensión longitudinal por 2 cm en la transversal con una forma aproximada a un ovoide, se hallaba ubicada en el sector correspondiente a los incisivos central y lateral.

Estas piezas se veían superpuestas al área señalada en la imagen radiográfica.

• TECNICA QUIRURGICA:

El tratamiento de los odontomas es siempre quirúrgico. La terapéutica se encuadra dentro de las normas corrientes en cirugía bucal. En el caso que nos ocupa, se utilizó anestesia infiltrativa.

La incisión amplia tipo Newmann desde el incisivo central hasta el primer molar de ése lado, luego se procedió al legrado del colgajo. La osteotomía se realizó con fresa redonda para hueso con turbina de alta velocidad, pero dado que en algunos sectores el tumor había reabsorbido la tabla externa, ésta en algunas zonas presentaba una consistencia papirácea, lo que permitió removerla con facilidad con un instrumento de mano.

Una vez expuesta en su totalidad se procedió a su remoción en una sola pieza (Fig.3).

Se realizó un prolijo curetaje de la cavidad ósea a los efectos de eliminar en forma correcta toda la membrana envolvente para evitar posibles recidivas a partir de los elementos epiteliales de la citada membrana.

Luego, se extrajeron las piezas dentarias temporarias, incisivo central lateral y canino izquierdo y sutura.

En relación a las piezas dentarias permanentes que estaban retenidas, se resolvió adoptar una conducta de espera a la evolución natural del proceso eruptivo, mediante controles radiográficos periódicos antes de encarar su liberación quirúrgica y tracción ortodóncica.

La localización real no fue lo que se observaba radiográficamente, ya que los dientes permanentes se encontraban profundamente retenidos.

Una vez finalizado el acto quirúrgico, el material se remitió al laboratorio de anatomía patológica (Fig. 4).

● EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO:

En la pieza remitida para la biopsia se destaca macroscópicamente dos tipos de tejidos, uno calcificado y el otro blando.

El primero que corresponde a la masa radiopaca observada en la radiografía está representada por formaciones calcificadas sumamente pequeñas y en número elevado con forma de pequeñísimos granos de arroz.

El tejido blando analizado microscópicamente corresponde a una membrana quística constituida por conectivo fibroso revestido por epitelio de tipo odontogénico, que en algunos sectores ha producido una diferenciación a partir del epitelio con imágenes fantasma representada a la imagen descrita en el quiste de Gorling.

El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico de odontoma compuesto.

● COMENTARIO:

Es de destacar que como se viene describiendo en los textos y en los últimos trabajos, con bastante frecuencia, los odontomas en sus partes no calcificadas pueden presentar imágenes histológicas de quiste de Gorling.

Esto debe ser tenido en cuenta por el odontólogo, para evitar errores diagnósticos que, si bien, no ocasionarían problemas en la conducta terapéutica y en el post-operatorio, dado que éstas entidades son benignas, si tienen un auténtico valor desde el punto de vista científico y estadístico.

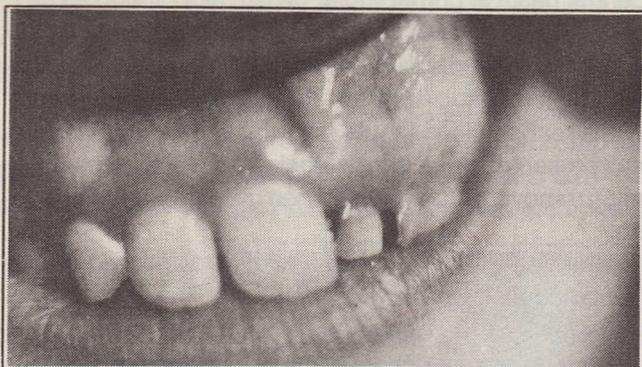


Fig. 1: Examen endobucal.
Se observa ausencia de piezas permanentes del lado izquierdo. Ligera deformación unilateral vestibular.



Fig. 3: Luego de la osteotomía de la tabla vestibular se procede a la remoción del odontoma.

Esperando el proceso post-operatorio, se instaló a la paciente una placa para que actuara como mantenedor de espacio, y reemplazara las tres piezas temporarias extraídas mediante el acto quirúrgico.

Del control periódico realizado, surge que las piezas permanentes inician el proceso eruptivo rápidamente estando a la fecha los bordes incisales de las mismas a la altura del tercio medio de la corona de sus homólogas del lado derecho.

BIBLIOGRAFIA

1-Harry Archer. "Cirugía bucal" tomo I
Quistes de la cavidad bucal.

Hamilton B.G. Robinson.

DAS-MS-Cop.10-399 = 407,1968

2-Joseph Bernier:

"Tratamiento de las enfermedades orales"
pag.614 + 619.1962.

3-Guillermo A. Ries Centeno: "Cirugía bucal"
1964-667:689.

4-G. Ginestet- H. Freziers-J. Pons- M.Palfer-
Sollier:

"Cirugía estomatológica y maxilo-facial"
pag. 232,238. 1963.

5-Zegarelli-Kutscher- Hyman.

"Diagnóstico en patología oral"
pag.227,233.1972.

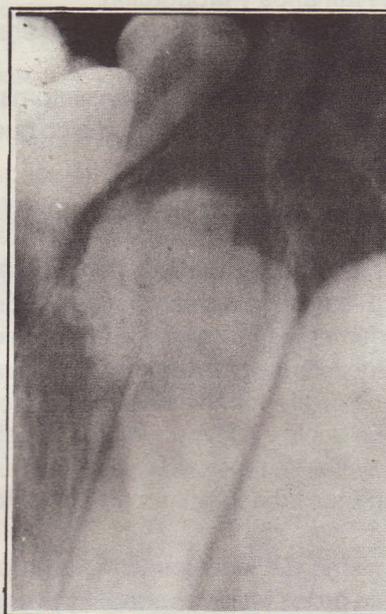


Fig. 2:
Radiografía periapical que muestra imagen radiopaca de la lesión con persistencia de piezas temporarias y retención de permanentes.

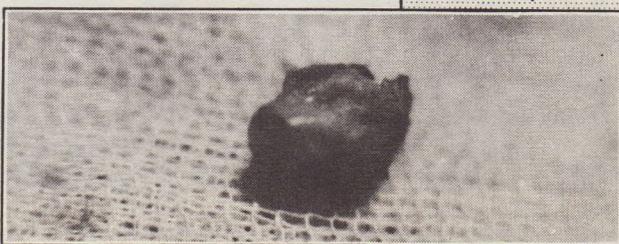


Fig. 4: Odontoma extraído de su cavidad quística.