



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

“Técnica de enucleación del odontoma maxilar”

AUTOR

Juan José Peña Vera

TUTOR:

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc

Guayaquil, Junio del 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo

El trabajo de graduación se refiere a:

EL TEMA

“TÉCNICA DE ENUCLEACIÓN DEL ODONTOMA MAXILAR”

Presentado por:

PEÑA VERA JUAN JOSE

CI 1311324709

Tutores

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSC

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSC

TUTOR ACADÉMICO

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Washington Escudero Dolzt

Decano

Guayaquil, Junio del 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del autor:

JUAN JOSE PEÑA VERA

C.I. 1311324709

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Virgen Dolorosa por darme la salud necesaria y permitirme cumplir una de mis metas, a mis amados padres a los cuales agradeceré toda la vida por tanta comprensión, por haberme formado como persona de bien, inculcarme los valores y haberme dado su apoyo siempre.

Un agradecimiento especial a una persona que se convirtió en un pilar muy importante como estudiante universitario, mi Tío el Ing. Víctor Peña.

También debo agradecer a la facultad de Odontología en donde me forme profesionalmente, a los que fueron mis profesores, y lo serán por siempre, mi mayor respeto a tan buenos catedráticos, así como también a la Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc por brindarme su tutoría y ser mi guía para la realización de este trabajo, sus conocimientos son admirables.

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo netamente a mis padres por haberme dado la vida, por su sacrificio y haberse esmerado en mi formación profesional, gracias a ellos aprendí que en la vida hay que luchar por lo que uno quiere, que con responsabilidad y perseverancia se alcanzan los sueños, dedicado también para unos seres que amo con mi vida mis abuelos, Laura, y Galo que desde el cielo me esta bendiciendo, para mis hermanos y mi familia entera, este triunfo es de ustedes.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Carátula	
Carta de Aceptación de los tutores	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Índice General	
Introducción.....	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Preguntas de investigación.....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Justificación.....	5
1.5 Viabilidad.....	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	
Antecedentes.....	6
2.1 Fundamentos teóricos.....	10
2.1.1. Generalidades.....	10
2.1.2 Clasificación.....	11
2.1.3 Etiología.....	13
2.1.4 Patogenia.....	14
2.1.5 Anatomía Patológica.....	14
2.1.6 Marcha clínica y evolución.....	15
2.1.6.1 Complicaciones.....	15
2.1.7 Examen Radiográfico.....	16
2.1.8 Diagnóstico.....	16
2.1.8.1 Diagnóstico diferencial.....	17
2.1.9 Tratamiento.....	17
2.1.9.1Técnica de enucleación.....	18
2.1.9.2 Enumeración de un caso clínico.....	19

2.2 Elaboración de Hipótesis.....	21
2.3 Identificación de las variables.....	21
2.4 Operacionalización de las variables.....	22

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 Lugar de la investigación.....	23
3.2 Periodo de la investigación.....	23
3.3 Recursos Empleados.....	23
3.3.1 Recursos Humanos.....	23
3.3.2 Recursos Materiales.....	23
3.4 Universo y muestra.....	24
3.5 Tipo de investigación.....	24
3.6 Diseño de la investigación.....	24

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	25
4.2 Recomendaciones.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos.....	29

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo definir la etiología del Odontoma, las consecuencias que estos producen dentro de los maxilares y sobre todo la técnica de enucleación de este tipo de tumores. El odontoma es considerado un tumor benigno de origen dentario y resulta ser muy frecuente en nuestra sociedad, siendo este asintomático y de crecimiento lento es totalmente desconocido.

Existen dos tipos de odontomas según el grado morfológico de diferenciación que posean: el odontoma compuesto y el complejo, este último caracterizado por ser una malformación en las que están representados todos los tejidos dentarios, pero dispuestos de una forma desordenada, el Odontoma compuesto muestra un mayor grado de diferenciación y se define como una malformación en la que todos los tejidos dentarios se encuentran siguiendo un patrón más ordenado.

La edad de aparición de estos tumores es entre la segunda y tercera décadas de la vida. Para algunos especialistas, hay una predilección de los odontomas complejos por el sexo femenino y de los compuestos por el masculino, ambos son de tejidos mixtos, generalmente no son agresivos, pequeños y frecuentemente asintomáticos, pero en la revisión de la literatura lo encontraremos asociado a ciertas afecciones. Son un hallazgo radiográfico de la segunda década de la vida, raramente erupcionados y cuando lo hacen pueden inducir a una infección que podría generar un absceso.

Radiográficamente el odontoma se presenta como una imagen mixta (radiopaca y radiolúcida), que adopta una configuración similar a dientes (denticulos), rodeados por un halo radiolúcido, en cuanto al tratamiento es siempre quirúrgico, y debe practicarse con sumo cuidado para no lesionar los dientes que no han hecho erupción. Es importante revisar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente para evitar recidivas.

Su estudio a sido fuente de inspiración para llegar a conocer mas a fondo el proceso por el cual se forman y todos aquellos factores intervinientes para que estos aparezcan dentro de los maxilares.

Por ello nuestra preocupación de llegar a identificar sus posibles causas, lo que provocan estando ya presentes siendo un ejemplo claro y muy común la retención de piezas dentarias y la técnica de enucleación respectiva para esta anomalía, es así que para poder cubrir nuestra necesidad del conocimiento hemos tomado el método bibliográfico para de esta manera contribuir en el estudio del mismo y darlo a conocer como un problema dental de mucha importancia.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existe una falta de conocimiento del odontoma como tumor de origen dentario, siendo este un problema dental de mucha frecuencia y asintomático presentan signos muy evidentes como son las retenciones dentarias, inflamaciones gingivales, persistencias de dientes caducos e infecciones, habiendo un alto índice de pacientes con esta patología, por esta razón resulta necesario el conocimiento de la técnica de enucleación de este tipo de tumores para evitar así las complicaciones que causarían

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Qué es un tumor odontogénico y que se conoce acerca del Odontoma?
- ¿Cuáles son sus complicaciones en el medio bucal?
- ¿Cuáles serian los diferentes agentes causales del Odontoma?
- ¿Cómo establecer un diagnostico diferencial entre el Odontoma y otros tipos de tumores de origen dentario?
- ¿Cuál es la diferencia entre un Odontoma compuesto y uno complejo?
- ¿Cuál seria la técnica de enucleación adecuada para el odontoma?
- ¿Qué importancia tiene el estudio del Odontoma?
- ¿En que consiste la enucleación de un tumor?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la técnica de enucleación adecuada para el odontoma maxilar.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconocer los diferentes factores que intervienen en la formación de un Odontoma tanto compuesto como complejo

Enumerar las diversas consecuencias que conlleva la presencia de un Odontoma dentro de los maxilares

Indicar la técnica de enucleación de un odontoma y especificar la más adecuada.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha considerado de gran valor la investigación del Odontoma debido a la importancia que tiene un tumor odontogénico como patología, considerado una neoplasia benigna de origen odontogénico, es decir una alteración del desarrollo o malformación de origen dentario que se caracteriza por tener células epiteliales y mesenquimáticas completamente diferenciadas que forman esmalte, cemento y dentina que se disponen mas o menos organizadas dependiendo del grado de alteración en la morfodiferenciación de las células odontogénicas, es considerado el tumor odontogénico mas frecuente, siendo este asintomático y desconocido, ocasionan serias complicaciones como son las retenciones dentarias a causa de esta tumoración, además no hay edad, ni genero especifico para su aparición, se han clasificado en dos grupos, los odontomas compuestos, en la que los tejidos dentarios aparecen con un patrón ordenado de manera que forman piezas múltiples en forma de dientes pequeños denominados dentículos, el odontoma

complejo donde los tejidos dentario aparecen igual que en los compuestos pero en un patrón amorfo y desordenado.

Algunos signos clínicos que pueden hacer sospechar de la presencia de un odontoma son la ausencia del diente permanente (por interposición del mismo), persistencia de dientes temporales, tumoración local, presencia de grandes diastemas y/o malposiciones dentarias.

Su diagnostico se lo hace con una radiografía de rutina, a parte del diagnostico radiográfico se confirma con un estudio histológico. El tratamiento para los odontomas es siempre quirúrgico, por lo tanto se debe realizar la enucleación de todos los componentes y enviarlo a patología para la confirmación histopatológico. El defecto óseo puede ser rellenado con hueso autólogo, u otro tipo de sustituto óseo para evitar el espacio muerto, y evitar el crecimiento invertido de la mucosa creando un plano firme.

Justificando así el estudio y análisis del mismo desde todos los puntos de vista por sobre todo la técnica adecuada para su enucleación, con una recopilación bibliográfica, dejando una fuente de información en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil y de esta manera poder aportar con el conocimiento necesario de esta anomalía.

1.5 VIABILIDAD

La investigación de la técnica más adecuada para la enucleación del odontoma es posible realizarla tomando en cuenta todas aquellas experiencias profesionales, aquellos que preocupados porque la sociedad tenga un conocimiento adecuado acerca de esto, han llegado a plasmarlo en libros, artículos, páginas de internet, revistas, etc. De donde se tomaría la información necesaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Los odontomas son tumores formados por tejido dentario calcificados, mezclados en diferente sentido, proporciones, tumores raros dentro del cuadro general de las neoplasias odontogénicas, presentan ciertas particularidades interesantes, joyas tumorales las denominamos, ya que dada su benignidad permiten aquel calificativo, la ordenación y colocación de sus elementos lo justificarían. Presentan cierta belleza en la disposición de sus tejidos calcificados o de sus dentículos que en número variable componen algunos de estos tumores.

Es considerado una neoplasia benigna de origen odontogénico, es decir una alteración del desarrollo o malformación de origen dentario que se caracteriza por tener células epiteliales y mesenquimáticas completamente diferenciadas que forman esmalte, cemento y dentina que se disponen mas o menos organizadas dependiendo del grado de alteración en la morfodiferenciación de las células odontogénicas, es considerado el tumor odontogénico mas frecuente.

En realidad estos tumores (anomalías de desarrollo de Magitot) no han sido estudiados muy profundamente en la literatura médica, a pesar de que parece que han existido en todos los tiempos, en el hombre y varias especies de mamíferos.

La OMS las clasifica en dos grupos, los odontomas compuestos, en la que los tejidos dentarios aparecen con un patrón ordenado de manera que forman piezas múltiples en forma de dientes pequeños denominados dentículos, el odontoma complejo donde los tejidos dentario aparecen igual que en los compuestos pero en un patrón amorfo y desordenado.

Su etiología es desconocida aunque existen diferentes autores que apoyan teorías como déficit nutricional, infecciones, traumas o factores genéticos que pueden favorecer la aparición de este tipo de patología.

El término odontoma fue empleado por Broca para designar todos los tumores de origen dentario.

Solo llamamos Odontomas a esta clase especial de tumores formados como ya dijimos por tejidos dentarios calcificados, que obedecen a una verdadera "locura adamantina". Se han mencionado con los nombres más variados: adamantinomas odontoplásticos, odontomas odontoplásticos (Broca), adamantinomas sólido dentificado (Coryllos), tumores de dientes múltiples.

Se ha aceptado la clasificación de la "British Dental Association" en lo que concierne a los odontomas que tiene algunos puntos de contactos con la de Bland– Sutton "Catalogue of odontomes, pag 139, 6th. International Dental Congress London, año 1914, en dicha clasificación a los tumores que estamos considerando se los denomina odontoma compuesto, terminología que compartimos.

(Insem R. y Ries Centeno G, A; consideraciones de dos casos de odontomas compuestos. "revista odontológica", 26; 269, 1938) y aceptado también por Aprile E. C. de (Contribución al estudio de los odontomas compuestos. "Revista Odontologica", 28; 556, 1940). Por otra parte así han sido designados por Thomas, Mead y Bennet.

En un caso de Aprile el odontoma contenía un total de 79 dentículos libres, más 7 adheridos a un resto de membrana quística lusem R. y Ries Centeno G. A. (Consideraciones sobre dos casos de odontomas compuestos "Revista Odontológica", 26;269, 1938) presentan dos casos de odontomas compuestos, uno que contenía 17 dentículos y otro odontoma complejo, compuesto y combinado con 10 dentículos aislados y

una masa de consistencia petaca del tamaño de un garbanzo, que contenía otros tantos denticulos incluidos.

La literatura cita con frecuencia el celebre caso de Hildebrand (1891) en un varón de 9 años, se extrajeron tumores formados por masas dentarias con 150 o 200 dientes. Al mismo paciente se le extirparon un año y medio después, nuevas masas tumorales que contenían mas o menos 150 dientes.

El caso de Bercher contenía 50 denticulos.

Otro odontoma descrito por Bland – Sutton, hallado en un thar, consistía en una bolsa fibrosa conteniendo alrededor de 300 partículas calcificadas.

El Hospital de Madrid presenta el caso clínico de un paciente varón, de 27 años de edad, que acude a Consulta Externa del Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial del H.U. Madrid-Torrelodones, remitido por su odontólogo, para valoración de una lesión ósea mandibular derecha en relación con el cordal 48 incluido, hallada de forma casual en una ortopantomografía rutinaria de control.

El paciente no refería alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, tampoco recibía tratamiento médico de ningún tipo. Clínicamente el paciente se encontraba asintomático.

En la exploración intraoral el paciente presentaba el cordal inferior derecho incluido, sin ningún signo inflamatorio asociado. La ortopantomografía ponía en evidencia una imagen radiopaca, de unos 2 cm de diámetro, bien definidos, sugerentes de odontoma mandibular complejo. El tumor estaba relacionado con la corona del cordal 48 que se encontraba incluido, en posición vertical baja y distoangular. En la ortopantomografía se apreciaba también una lesión radiolúcida apical al diente 47, clínicamente no significativa.

El estudio radiológico se completó con una tomografía Computarizada mandibular, en la que se pudo comprobar el tamaño y extensión de la tumoración, que afectaba a prácticamente la totalidad del espesor mandibular en sentido vestíbulo-lingual, encontrándose caudalmente en íntima relación con el canal del nervio dentario inferior derecho.

Con el diagnóstico de presunción de odontoma mandibular complejo, en relación con el cordal inferior derecho incluido, se programa al paciente para tratamiento quirúrgico.

La intervención fue llevada a cabo bajo anestesia general e infiltración troncular de los nervios dentario inferior y bucal derechos. Mediante un abordaje intraoral, a través de una incisión en bayoneta con una descarga mesial al 47 y distal en la rama ascendente mandibular, se procedió a la exodoncia quirúrgica del cordal incluido, previa osteotomía con fresa de hueso de tungsteno.

La tumoración mandibular fue también fresada, creando un espacio entre la lesión y el hueso circundante, que permitió la introducción del botador recto para completar la “luxación” y extirpación completa de la tumoración ósea que, aunque se trataba de una única lesión, macroscópicamente estaba compuesta por tres fragmentos nodulares de 15, 10 y 8 mm respectivamente, de consistencia ósea, color amarillento, superficie irregular y porosa. Tras la exéresis del tumor se comprobó que el diente 47 no estaba afectado.

Una vez finalizada la exodoncia del cordal incluido y la extirpación de la tumoración, se procedió al legrado y curetaje de la cavidad residual, con objeto de eliminar cualquier resto de tumor, así como a una regulación ósea del defecto mandibular postquirúrgico.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de odontoma complejo. Microscópicamente se describieron los fragmentos, como agregados de contorno nodular y trabecular irregular, compuestos

por dentina, cemento y pulpa, distribuidos de forma desorganizada. En alguno de los fragmentos se identificó tejido fibroso, con nidos de epitelio odontogénico, que podían corresponder a un fibroma odontogénico preexistente y simultáneo, carente de displasia y transformación ameloblástica. No se encontró atipia, ni actividad mitótica.

El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias y el paciente fue dado de alta hospitalaria el mismo día de la intervención quirúrgica, prescribiéndose tratamiento domiciliario, con antibioterapia, antiinflamatorios no esteroideos

(Aines) y analgésicos vía oral. Se le indicó además la necesidad de mantener una dieta túrmix, durante al menos 15 días por el alto riesgo de fractura mandibular, secundario al defecto óseo postquirúrgico.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

ODONTOMA:

2.1.1 GENERALIDADES

Los tumores son crecimientos anormales en el cuerpo. Están formados por el desarrollo de células adicionales. Normalmente, las células envejecidas mueren y las nuevas ocupan su lugar. Algunas veces, este proceso no resulta como se espera. Se forman células nuevas, aún cuando no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando deberían. Cuando estas células adicionales forman una masa, se les conocen como un tumor.

Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos. Los malignos sí. Los tumores benignos crecen solamente en un sólo lugar. No pueden diseminarse ni invadir otras partes del cuerpo. Aún así, pueden ser peligrosos si presionan órganos vitales.

En la cavidad bucal se pueden presentar algunas patologías que por sus características son considerados tumores de origen odontogénico, los cuales se han clasificado según la célula de la cual están formados, es así que tenemos los tumores odontogénicos epiteliales (células epiteliales), mesenquimales (células mesenquimatosas) y mixtos (tanto células epiteliales como mesenquimatosas).

Dentro de los tumores mixtos tenemos al Odontoma una patología muy frecuente de hecho la más frecuente dentro de los tumores de origen dentario, sus células son completamente diferenciadas y forman esmalte, dentina y cemento. El término "odontoma" fue introducido en 1867 por Broca, un medico, anatomista y antropólogo francés, el cual se dedicó al estudio de la histología del cartílago y hueso, así como también estudio la patología del cáncer.

Esta patología según estudios realizados constituye el 51% de todos los tumores odontogénicos en cuanto a la frecuencia de su aparición, presentándose entre la segunda y tercera década de vida, no obstante los casos clínicos que en la literatura se han citado nos indica que no existe edad para este tipo de anomalía.

2.1.2 CLASIFICACIÓN

Broca clasifica simplemente a los odontomas odontoplásticos en totales, coronarios o radiculares, clasificación en directa dependencia con la embriología dentaria. Esta clasificación no es completa, ni justa. Un gran grupo de odontomas radiculares no merecen la designación de tumor, encuadrándose más bien entre las anomalías del desarrollo. Tales así las perlas de esmalte (adamantomas) y los cementomas (disorganoplasia).

Pueden hacerse dos grandes divisiones de los odontomas: sólidos y quísticos, a) los odontomas quísticos: quiste folicular con odontoma, esta variedad es rara se caracteriza por estar constituido por una bolsa, conjuntivoepitelial, de histología semejante a la de los quistes odontogénicos, en cuyo interior existe una masa de tejido dentario calcificado.

b) Los odontomas sólidos (odontomas compuestos), estos pueden dividirse de acuerdo con la opinión de Bland-Sutton, Thomas. Bennet, Mead, Schmigalla, en la siguiente forma:

c) odontomas compuestos complejo; formados por tejidos dentarios en irregular disposición cuantitativa y cualitativa. Provenientes de un desarrollo patológico del germen dentario, contienen dentina, esmalte y cemento (los dos últimos elementos son inconstante), con dentina como sustancia predominante, rodeados por una capsula conjuntivoepitelial. En la vecindad del odontoma suelen encontrarse dientes retenidos. Pueden presentar hueso y un tejido semejante a la osteodentina, con numerosos espacios interglobulares.

d) odontomas compuestos combinados; estos tumores están caracterizados por ser un conjunto o conglomerados de dientes o dentículos de la mas diversa forma y disposición. Su número es extraordinariamente variable. Este conglomerado de dentículos se encuentra encerrado en una capsula fibrosa, que lo separa del hueso, lo cual permite una relativa facilidad para enuclearlos.

e) odontoma compuesto geminado; estos procesos son comparables a la geminación dentaria, el odontoma compuesto geminado puede presentarse solitario en cualquiera de los dos maxilares o acompañado de retención de uno o de varios dientes.

f) odontoma compuesto gestante; son aquellos odontomas compuestos que se caracterizan por estar formados por un dentículo contenido dentro de un diente, anomalía que se designa dens in dente.

g) odontoma compuesto dilatado; son odontomas compuestos que tienen la forma de un diente que ha aumentado de volumen; este aumento de volumen puede localizarse en la corona o en la raíz, dando cada una de las variedades, un tipo distinto de tumor. Son los odontomas coronarios o radiculares de la clasificación de Broca.

Finalmente la clasificación utilizada en los actuales momentos y otorgada por la Organización Mundial de la salud consiste en: dos tipos de odontomas, el odontoma compuesto y el odontoma complejo

diferenciados claramente por su forma, tamaño y por su ubicación en la cavidad bucal aunque los dos pueden presentarse en cualquier lugar de la boca la literatura nos indica que el odontoma compuesto tiende aparecer mayormente en la zona incisiva y canina del maxilar superior mientras que el odontoma complejo aparece de manera mas frecuente en la zona molar del maxilar inferior

También Puede localizarse desplazado a otros sitios como el seno maxilar, paredes del seno maxilar izquierdo, en la cavidad nasal, piso de la orbita, ángulo de la rama mandibular y parte posterior de la mandíbula

2.1.3 ETIOLOGÍA

En cuanto a su etiología como todo tumor es desconocida pero existen agentes causales los cuales se ha comprobado tienen mucho que ver con su aparición y formación, diferentes autores apoyan teorías como déficits nutricionales, procesos inflamatorios o infecciosos, traumatismos previos o durante la primera dentición, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Hermann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario.

Su origen lo tiene en proliferaciones accesorias del epitelio odontogénico, formadas directamente a partir de la lámina dental o de restos que persisten como remanentes de un cordón epitelial no reabsorbido después del cierre del folículo de un diente normal. En algunos casos, estas lesiones calcificadas guardan una considerable semejanza anatómica con el diente normal.

Ries Centeno dice que el traumatismo y la infección han sido invocados para explicar la etiología de estos tumores. La retención dentaria puede actuar como factor irritativo, despertando la actividad de los restos paradentarios. En la mayor parte de los odontomas observados, existen uno o varios dientes retenidos, los cuales indudablemente se han visto imposibilitados de erupcionar a causa de la tumoración, pero siempre existe el diente.

Asiento.- los odontomas pueden desarrollarse en ambos maxilares. Pero todos los autores están de acuerdo al predominio del maxilar superior y uno para el inferior; estadística semejante a las estudiadas en la bibliografía.

Los lugares de preferencia son los correspondientes al tercer molar inferior y canino superior. Señala Stafne la enorme frecuencia de los odontomas en la región del canino, superior e inferior, ubicación corroborada por Iusem y Ries Centeno.

Edad.- es una afección de la juventud, por lo menos en esta época son descubiertos, porque dan trastornos o por un examen radiográfico con otros fines.

Sexo.- las estadísticas no dicen nada con respecto de un sexo o el otro, sin embargo las cifras dadas por los autores indican una ligera mayoría de mujeres.

2.1.4 PATOGENIA

Las dos teorías clásicas interpretan la patogenia de estos procesos, nuestra opinión se inclina por la de Malassez, que explica con más claridad la producción de los odontomas a expensas de los restos paradentarios. Serían según Malassez tumores paradentarios, Rywkind sostiene que la histogenia de los odontomas es análoga al mecanismo de la odontogénesis.

2.1.5 ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los odontomas están constituidos por tejidos dentarios calcificados en diferente proporción y distinta disposición. Los odontomas compuestos complejos se hallan formados de esmalte dentario y cemento, como ya dijimos antes. Los odontomas compuestos combinados son la resultante de la reunión de un número variable de dentículos; los cuales tienen una histología comparable al órgano dentario normal, con su esmalte

cubriendo la corona, su cuello anatómico bien diferenciado y su raíz cubierta de cemento.

2.1.6 MARCHA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

Los odontomas pueden pasar inadvertidos durante mucho tiempo, porque no dan ninguna sintomatología, ni se manifiestan en la mayor parte de los casos, por ningún detalle clínico que pueda hacer sospechar su existencia. Son descubiertos en algunas ocasiones por mera casualidad, al realizar un examen radiológico con otros fines.

En otras ocasiones, la capsula envolvente puede infectarse, lo cual se traduce por dolores, trismus, cefaleas, supuraciones. Cuando permanecen durante muchos años en los maxilares, están expuestos a provocar todas las reacciones que originan los cuerpos extraños, desde infección de tejidos peridentarios hasta necrosis de los maxilares.

A la palpación el proceso da una franca sensación de dureza. El paciente en alguna ocasión se ha maravillado de no percibirla antes, no habiendo lugar a dudas de que existía. El tumor a veces se exterioriza y la inspección clínica percibe el aumento de volumen; sobre todo a nivel de la tabla vestibular, algunas veces se presentan neuralgias cuando, el proceso supura, pueden encontrarse fistulas de disposición variada.

Un detalle clínico interesante es la persistencia de un diente temporario en la arcada y la ausencia de una o varias piezas permanentes, los ganglios permanecen indemnes, a no ser que el proceso se infecte. Entonces pueden estar duros y dolorosos al tacto.

2.1.6.1 COMPLICACIONES

En cuanto a las complicaciones los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes supernumerarios, incisivos impactados, caninos impactados, molares impactados asociado a una angina de ludwing, inflamación e infección, obstrucción nasal, síndrome otodental,

algunas variantes mixtas como los ameloblasticos pueden convertirse en malignos, solo se reporta un caso con asimetría facial.

Están asociados con mayor frecuencia a la dentición permanente que a la dentición temporal, siendo más común en la raza caucásica (Como sinónimo de "blanco" se ha usado la denominación caucásica o caucasoide).

2.1.7 EXAMEN RADIOGRÁFICO

Muy importante para el diagnóstico, nos fija el tipo de tumor y los límites y relaciones del proceso. En casi todos los casos el examen radiográfico muestra disposición semejante. Los odontomas quísticos aparecen como un quiste contenido en su interior una sombra, con todas las características radiográficas de los tejidos dentarios.

Los odontomas compuestos complejos originan una imagen radiopaca de la misma intensidad de los tejidos dentarios calcificados, sin zonas claras en su interior, rodeado muchas veces por un halo cuyo significado es la bolsa peritumoral. Cuando hay infección de la bolsa, el halo adquiere en estas oportunidades un mayor espesor, porque corrientemente, en caso de infección el hueso vecino presenta una franca zona de osteítis, la cual se traduce radiográficamente por el halo a que acabamos de referirnos.

Los odontomas compuestos combinados: la radiografía muestra la presencia de los dentículos en desordenada disposición, con zonas claras entre cada uno de ellos. Pueden estar rodeados por el halo característico. La densidad de los dentículos a los rayos x es semejante a los tejidos dentarios adultos.

Casi siempre se encuentran dientes retenidos en la vecindad del odontoma, los odontomas compuestos geminados muestran la existencia de los dientes fusionados.

2.1.8 DIAGNÓSTICO

Los datos clínicos, y sobre todo el examen radiográfico sirven para imponer el 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 nos darán el diagnóstico.

En los tumores pequeños es suficiente la radiografía intraoral, en los grandes esta no llena las necesidades, la radiografía extraoral da perfecta satisfacciones.

2.1.8.1 Diagnóstico Diferencial

Los odontomas, cualquiera que sea su tipo clínico y en algunas formas particulares, pueden ser confundidos con otros procesos tumorales como quistes, ameloblastoma, lesiones óseas o anomalías anatómicas sin trascendencia, en algunas oportunidades el diagnóstico es difícil, y en otros casos, imposible de realizar; solo el estudio histológico dilucidará el problema.

2.1.9 TRATAMIENTO

El tratamiento de los odontomas es siempre quirúrgico, la terapéutica se encuadra dentro de las normas corrientes en cirugía bucal. Estos tumores pueden ser intervenidos bajo anestesia local o general.

Los tiempos quirúrgicos son los clásicos: incisión amplia, que permita visualizar y exteriorizar el tumor. La osteotomía es sencilla, porque el hueso en general está adelgazado; se realiza a escoplo y martillo o con fresa, según las preferencias del operador. La enucleación del tumor es la mayor parte de las veces sencilla, es importante vigilar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente, en esta membrana existen sustancias duras y epitelio odontógeno que pueden ser causas de recidivas.

Operados correctamente no recidivan nunca. Cuanto más, pueden encontrarse en nuevas radiografías posteriores algunos dentículo olvidado en la intervención. Esta conclusión solo vale para los odontomas puros, los odontoadamantinomas pueden recidivar.

2.1.9.1 Técnica de Enucleación

Las técnicas quirúrgicas dependen del caso que se presente, teniendo en cuenta la zona en donde se formo el odontoma, la forma, el tamaño y se estamos frente a un odontoma compuesto o complejo.

Los tiempos quirúrgicos son los mismos que en toda cirugía; anestesia, incisión, levantamiento de colgajos, osteotomía, enucleación propiamente dicha del odontoma, que según su tamaño puede que sea necesario seccionarlo para poderlo extraer, regularización ósea, y sutura.

La técnica anestésica puede ser troncular o infiltrativa, esto depende del diagnostico previo a la cirugía ya que como se dijo su tamaño y ubicación varia, los tipos de incisión mas utilizados en casos de odontomas son la incisión de Neuman y la incisión en arco de Partsch, en cuanto al levantamiento del colgajo pues depende de la incisión y la zona en donde se esta llevando a cabo el tratamiento quirúrgico, la osteotomía se realiza con fresas quirúrgicas para hueso, es importante solo tratar al hueso que involucra al tumor ya que por lo general se debe desgastar gran parte del tejido óseo y como resultado un gran espacio vacio al retirar el odontoma.

La enucleación propiamente dicha del odontoma significa la extracción, la exteriorización de este tumor a otro medio, en este caso los restos extraídos son ubicado en un recipiente adecuado para su estudio histopatológico respetivo. En cuanto a la regularización del tejido óseo es un paso importantísimo con el cual aseguramos de que la enucleación fue bien realizada y evitamos dejar esquirlas óseas, además como muchas veces los odontomas tienen una forma amorfa, es muy seguro que al extraerlo queden irregularidades que se deben suprimir, esto se realiza con una lima para hueso o con la pinza gubia.

La sutura es el ultimo paso a realizar en la operación de un odontoma, en ello se utiliza el hilo y la aguja indicada para la cirugía en cuestión, asi como también la pinza de disección y la pinza porta-agujas, el tipo de sutura mas utilizado y preferido en estos casos es el punto individual o de

cirujano ya que por el tipo de incisión que por lo general se realiza no resulta tan conveniente utilizar los demás tipos de sutura.

En casos de que el odontoma se encuentra ubicado a nivel del tercer molar inferior, se realiza la incisión sobre la arcada alveolar de forma recta, luego se despega el colgajo, y es ahí en donde nos encontramos frente al tumor y procedemos a su enucleación, muchas veces el odontoma incluye a su masa tumoral al diente, y por ende se realiza también la extracción del mismo, inmediatamente se regulariza el borde ósea y se sutura.

Esquemmatizando la operación de un odontoma compuesto combinado ubicado entre el incisivo lateral y canino inferior derecho se realiza la siguiente técnica quirúrgica: incisión de tipo Neuman, se levanta el colgajo, es muy importante aclarar que se debe ser muy delicado en este paso, una vez que divisemos claramente el hueso se procede a realizar la osteotomía o desgaste óseo con la irrigación respectiva, seguidamente hacemos la enucleación del odontoma, como son dentículos, su extracción se la hace por parte, es decir dentículo por dentículo, en este procedimiento la concentración juega un papel fundamental ya que sería perjudicial dejar uno de los dentículos dentro, confirmamos la enucleación con una regularización ósea y suturamos.

Los métodos de control luego de la operación siempre serán la toma de una radiografía para comprobar que se realizó un buen trabajo y sacar toda duda que haya.

2.1.9.2 Enumeración de un caso clínico

Concurre a la consulta un paciente de sexo masculino de 16 años, aludiendo dolor agudo y aumento de volumen en la zona canina derecha del maxilar superior. Se realiza un minucioso estudio clínico observándose la persistencia del canino temporario derecho, ausencia del 1.3 y un abombamiento de la zona de consistencia dura, (ver gráfico 1).

A partir de allí se realiza estudios radiográficos extraorales que consistentes en radiografía panorámica, estudios intraorales con técnica de Diecky técnica Oclusal lateralizada. En el gráfico 2 se observa la presencia en el sector anterosuperior derecho una imagen mixta con múltiples radiopacidades, la persistencia del canino temporal la presencia del canino permanente en retención y por distal de su raíz la presencia de un diente supernumerario.

Se observa una imagen radiográfica mixta, con múltiples radiopacidades que adoptan una configuración similar a dientes (dentículos), rodeados por un halo radiolúcido. Se identifica la presencia del canino temporal, el canino permanente retenido y un diente supernumerario.

Se observa una estructura mixta con predominio radiopaco compatible con un odontoma, el diente supernumerario y el canino retenido.

Realizados todos lo estudios realizados se concluye en un diagnostico presuntivo de odontoma compuesto y se decide su remoción quirúrgica, la del canino temporal, el canino retenido y la pieza supernumeraria. Se presentan las fotos de lo distintos pasos quirúrgicos.

En el gráfico 3 se observa el colgajo elevado ya realizado la extracción de la pieza 5.3. La osteotomía permite visualizar la presencia de elementos compatibles con tejidos dentarios. En el gráfico 4 se realiza la eliminación de la tumoración en la que se visualiza con precisión la similitud con piezas dentarias en forma ordenada y de diferentes tamaños, lo que nos permite dar un diagnóstico intraquirúrgico de odontoma compuesto.

El gráfico 5 nos muestra la cavidad que dejó el odontoma, a la derecha la cavidad del supernumerario y el espacio que dejó el canino extraído. En el gráfico 6 se visualiza la reposición del colgajo y la sutura.

Y por ultimo en el gráfico 7, en la parte inferior, el diente temporal, el supernumerario y el canino que fue seccionado para su exodoncia, por arriba se visualizan gran parte de los dentículos del odontoma. Se realiza

la radiografía postoperatoria a distancia (12 meses posteriores a la cirugía) con una técnica periapical intraoral.

El examen histopatológico permitió establecer el diagnóstico definitivo de odontoma compuesto.

2.2 HIPÓTESIS

Si se conoce la técnica adecuada para la enucleación del odontoma como tumor de maxilares, se evitarían las complicaciones que estos causarían.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Si se conoce la técnica adecuada para la enucleación del odontoma como tumor de maxilares.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Se evitarían las complicaciones que estos causan

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	VARIABLES INTERMEDIAS	INDICADORES	METODOLOGIA
Técnica adecuada para la enucleación del odontoma maxilar	Signos y Síntomas	-Retención dentaria -Tumoración local -Presencia de grandes diastemas -Asintomático	Bibliográfica Cuasi experimental Descriptiva De Campo Fotográfica Radiografías
	Diagnostico	Examen Clínico Examen Radiográfico	
	Pasos quirúrgicos	Incisión Levantamiento de colgajos Osteotomía Enucleación del tumor Regularización ósea Sutura	
	Prevalencia de pacientes con esta patología	Alta () Media(x) Baja ()	
Se evitarían las complicaciones que estos causan	Consecuencias y complicaciones	No Existe() En ocasiones () Frecuentemente (x)	
	Éxito de los tratamientos (quirúrgico)	Óptimo (x) Medio() Bajo ()	
	Recidiva	Nunca () Muy rara vez (x) Normal ()	

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Clínica de la Facultad Piloto de Odontología.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Periodo Lectivo 2011 – 2012

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 Talentos Humanos.

Estudiante de Odontología: Juan José Peña Vera.

Tutor: Dra. Fátima Mazzini de Ubilla Msc.

3.3.2 Recursos materiales.

Libros de Cirugía bucal

Libros de Cirugía maxilofacial

Libros de Cirugía bucomaxilofacial

Libros de Anatomía

Libros de Patología

Artículos Odontológicos

Revistas Odontológicas

Cámara digital

Suministros de oficina

Computadora

Páginas de Internet

- Google
- Medicina online
- Mediplus

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Este trabajo es de tipo descriptivo bibliográfico por lo cual no se desarrolla una muestra, ni existe población, no se realiza experimento alguno.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La metodología utilizada en el trabajo fue bibliográfica documental porque nos permitió analizar diversos autores, basados en documentos como libros, revistas y publicaciones en el internet, relacionados con el Odontoma.

Asi mismo fue cualitativa ya que se caracteriza por utilizar información que nos permite llegar a comprender con profundidad los datos producidos del trabajo investigativo.

Este tipo de investigación es descriptiva porque permitió descifrar la información obtenida de las diversas fuentes, en las que se llegó a obtener conclusiones significativas basadas en comparaciones, contraste o relaciones diferentes de especies.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un diseño no experimental, ya que no existe grupo de control. Y es descriptivo porque no se miden los diferentes conceptos recopilados acerca de la información.

CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES

Los odontomas son tumores odontogénicos benignos muy comunes con una prevalencia alta, de etiología desconocida, asintomáticos y de larga evolución.

Su presencia dentro de los maxilares provoca retención dentaria, grandes diastemas, tumoración local, y rara vez asimetría facial, lo cual se evidencia en una inspección clínica.

Su diagnóstico se determina por hallazgo radiográfico, en una radiografía de rutina.

Se clasifican en Odontomas compuestos y complejos. En ambos están representados todos los tejidos dentarios, pero el compuesto sigue un patrón más ordenado y el complejo se presenta como una masa amorfa.

El odontoma compuesto es una malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios con un patrón más o menos ordenado.

El odontoma complejo, consiste en muchas estructuras de aspecto dentario. La mayoría no mantiene la estructura de la dentición normal.

La técnica adecuada para la enucleación del odontoma depende del diagnóstico realizado, ya que los tiempos quirúrgicos son los mismos en toda cirugía; incisión, levantamiento de colgajo, osteotomía, extracción del tumor, regularización ósea y sutura.

4.2 RECOMENDACIONES

- Tomar películas radiográficas como método de control para evitar posibles complicaciones que los Odontomas puedan causar y así ser diagnosticado a tiempo para su tratamiento quirúrgico respectivo.
- Controlar cuando una pieza dentaria permanente esta ausente, y su tiempo de erupción ya ha pasado se recomienda realizar un estudio radiográfico para determinar la causa de su retención que muchas veces se da por la presencia de un Odontoma.
- Debido a que el tratamiento del Odontoma es siempre quirúrgico, se recomienda hacer una enucleación total del mismo con los pasos quirúrgicos tradicionales para evitar recidivas y realizar el estudio histopatológico respectivo para la confirmación del diagnostico.
- En el acto quirúrgico se debe evitar en lo posible la extracción de la pieza dentaria retenida por la presencia del odontoma, pero así mismo se recomienda su extracción si ésta es considerada parte de la tumoración como en algunos casos sucede.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 309 – 311.
- 2- Cawson RA, Odell EW. Cawson los elementos esenciales de la patología oral y la medicina oral, séptima edición. Edinburg: Churchill Livingsstone, 2002. p 134-136
- 3- Cient. dent., Vol. 8, Núm. 3, Diciembre 2011. Págs. 205-211
- 4- Dinatale, E. Neuralgia Sintomática de la tercera rama del trigémino asociada a odontoma compuesto: Reporte de caso. Acta Odontológica Venezolana 2003; 41(3)
- 5- Insem R. y Ries Centeno G, A; consideraciones de dos casos de odontomas compuestos. “revista odontológica”, 26; 269, 1938
- 6- Iwamoto O., Harada H., Kusukawa J. & Kameyama T. Multiple odontomas of the mandible: a case report. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57(3): 338-41.
- 7- Lopez-Areal L, Silvestre Donat F, Gil Lozano J. Odontoma compuesto en erupción en la boca: 4 años de seguimiento de un caso clínico. J Oral Pathol Med. 1992; 21(6):285.
- 8- M. Donado. Patología y Técnica. Cirugía Bucal. Masson. Parte VIII. Lesiones tumorales bucomaxilofaciales. Pag. 622.
- 9- Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera LM, Meneses-García A. Odontogenic tumors in México: a collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84(6): 672-5.
- 10- Philip Sapp J, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2 ed. Elsevier. pp. 156-158

11- Philipsen H., Reichart P. & Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 1997; 33(2): 86-99.

ANEXOS



Gráfico # 1

Descripción: aspecto clínico observándose la persistencia del canino temporario derecho, ausencia del 1.3 y un abombamiento de la zona de consistencia dura,

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 309



Gráfico # 2

Descripción: se observa la presencia en el sector anterosuperior derecho una imagen mixta con múltiples radiopacidades, la persistencia del canino temporal la presencia del canino permanente en retención y por distal de su raíz la presencia de un diente supernumerario.

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 309

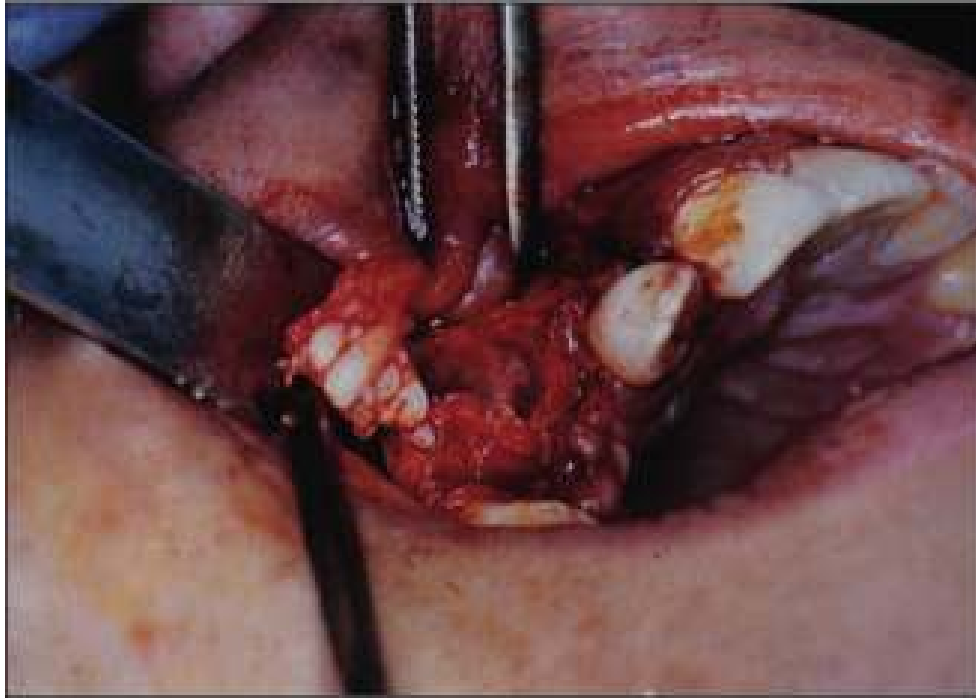


Gráfico # 3

Descripción: colgajo elevado ya realizado la extracción de la pieza 5.3.

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 310



Gráfico # 4

Descripción: eliminación de la tumoración en la que se visualiza con precisión la similitud con piezas dentarias en forma ordenada y de diferentes tamaños

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 310



Gráfico # 5

Descrpción: cavidad que dejó el odontoma, a la derecha la cavidad del supernumerario y el espacio que dejó el canino extraído.

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 311



Gráfico # 6

Descripción: Sutura

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág.311



Gráfico # 8

Descripción: Dentículos extraídos

Fuente: Avances en odontoestomatología vol. 24, núm. 5, 2008 pág. 311

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

15

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Guayaquil, 1 de Febrero del 2012

Doctor
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad de Odontología
En su despacho.

De mis consideraciones.

Yo, **Peña Vera Juan Jose** con número de C.I. 1311324709, alumno del **QUINTO AÑO PARALELO # 2**, de la carrera de Odontología, solicito a usted, me designe tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del título de Odontólogo, en la materia de **CIRUGÍA**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Peña Vera Juan Jose
C.I. 1311324709

Se le ha designado al Dr. Washington Escudero D. para que colabore en su trabajo de graduación.

Dr. Washington Escudero D.
DECANO

11/02/12
Escudero

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

IMPRESO VALORADO

SERIE V. N. 11 - 2008

1,20

IMPRESO: 11/11/2012

2008.0001.0001.0001.0001.0001

ENCUADRE: 1/1/12

2008.0001.0001.0001.0001.0001

DECLARO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO
ES ORIGINAL Y PERTENECE AL ARCHIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Fecha:

Nombre:

Yo, **JUAN JOSE PEÑA VERA** con C.I. N° 131132479-9, en virtud de lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de Graduación de la Universidad de Guayaquil

DECLARACION DE ENUCLEACION DEL ODONTOMA MAXILAR

DECLARACION GENERAL: El presente documento es una copia autorizada para la expedición de un título de grado.

JUSTIFICACION: Se ha observado en este caso la presencia de un tumor benigno que tiene un comportamiento clínico patológico, siendo muy frecuente y recurrente, incluso con complicaciones como la infección, dolor y sangrado. El diagnóstico se realizó mediante la realización de un examen clínico y radiográfico, así como la realización de un examen histopatológico que confirmó la presencia de un odontoma maxilar. Se recomienda al paciente acudir a un especialista en odontología para el tratamiento adecuado y obtener una copia de este documento en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Fecha de emisión:

Juan José Peña Vera
11/11/2012

Juan José Peña Vera
JUAN JOSE PEÑA VERA
C.I. 131132479-9

Fátima Salazar
Dña. FÁTIMA SALAZAR
TUTOR ACADÉMICO