

Universidad Autónoma de Nayarit
Facultad de Odontología
División de Estudios de Posgrado e Investigación

Especialidad en Cirugía bucal



Odontoma compuesto

Caso clínico-quirúrgico

Presenta

Francisco Gabriel Ayón García

Asesores

C.O. Silvia Elena Guardado Olea

M.O. Julio César Rodríguez Arámbula

Tepic, Nayarit, diciembre de 2001

INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es afectada por diversas patologías entre éste grupo encontramos los tumores odontogénicos , ya sean benignos o malignos. Es importante que como cirujanos bucales hagamos un buen diagnóstico, para ser los primeros en la detección oportuna de estas anomalías.

Los tumores de la cavidad oral pueden aparecer a cualquier edad, unos tienen predilección de aparecer en la primera y segunda década y otros más tarde. Algunos tienen cierta afinidad por áreas específicas como el cuerpo de la mandíbula , otros tienen su principal asiento en el maxilar superior. También hay tumores que afectan con mayor frecuencia a mujeres y algunos son tan raros que no se ven con tanta frecuencia.

Afortunadamente la mayoría de los tumores son benignos, pero pueden producir aumento de volumen, desplazamiento dental, problemas en la masticación o deformidad facial.

Debido a su lento crecimiento; a su escasa sintomatología y a que la gran mayoría de los tumores odontogénicos son de localización intraósea, su descubrimiento es con mucha frecuencia accidental y constituye uno de los principales hallazgos durante la exploración radiográfica de rutina.

Los tumores benignos están delimitados, siendo esta característica un factor determinante a la hora de tratarlos quirúrgicamente ya que la cápsula que poseen permite una enucleación más precisa y segura, evitando una posible recurrencia.

El odontoma pertenece al grupo de tumores odontogénicos con características clínicas y microscópicas benignas y se descubre en mayor parte mediante estudio radiográfico, a pesar de no ser maligno el odontoma complejo puede llegar a medir varios centímetros y desplazar estructuras anatómicas como el seno maxilar , por

su parte el odontoma compuesto suele ser de menor tamaño, llegando a provocar desviación y retención dentaria.

TUMORES ODONTOGÉNICOS

Los tumores odontogénicos son exclusivos de los maxilares y se originan a partir del tejido asociado al desarrollo del diente. El tejido anormal de cada uno de estos tumores puede correlacionarse con tejido similar de la odontogénesis normal desde el origen a la erupción del diente (Saap,1998).

Desde el punto de vista clínico, los tumores odontogénicos son asintomáticos, pero pueden producir expansión mandibular, movilidad dental y pérdida ósea. Es muy importante para el diagnóstico diferencial conocer las características básicas del tumor, edad de presentación, localización y aspecto radiográfico.

Las lesiones de este grupo varían desde las proliferaciones hamartosas hasta tumores malignos con capacidad de producir metástasis , por lo que es importante conocer su conducta biológica para el tratamiento de los pacientes.

Desde el punto de vista microscópico, estas lesiones, al igual que los tumores del resto del organismo son similares a la célula o tejido que los origina y pueden simular los tejidos blandos del órgano del esmalte y la pulpa dental

(Regezi, 1996).

CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

TUMORES BENIGNOS

Se dice que un tumor es benigno cuando sus características citológicas y macroscópicas se consideran relativamente no peligrosas, lo que comprende que

permanecerá localizado, no puede diseminarse a otros sitios y por lo general es, factible a la extirpación quirúrgica local y la supervivencia del paciente (Robbins, 1995).

Los tumores benignos no son nocivos y sus células son similares a las del tejido que las origina. Suelen ser de crecimiento lento y pasan el límite de tejido normal cuando se expanden, entonces aparece una cápsula de tejido fibroso alrededor de la neoformación manteniéndola localizada (Giunta, 1991).

TUMORES MALIGNOS

Estos tumores pueden invadir y destruir estructuras adyacentes y diseminarse a otros sitios distantes, sus células son atípicas y difieren de manera considerable de las células que los originan. Los núcleos suelen ser grandes y ocupan la mayor parte de la célula, la que aumenta de tamaño y puede haber formación de células gigantes, en ocasiones las células pierden toda semejanza con las normales y pueden no reconocerse (anaplasia).

El crecimiento es muy rápido debido a las numerosas mitosis, las células pierden contacto con las demás y su disposición es desordenada, crecen por infiltración e invasión del tejido normal circundantes, no se forma cápsula alguna, así que no son localizadas.

El signo principal de una tumoración maligna es la capacidad para diseminarse, esto es metastatizar, lo que ocurre de manera directa mediante extensión o con el envío de células por los conductos linfáticos o vasculares (Giunta, 1991)

De todas las neoplasias, las benignas son mucho más frecuentes que las malignas y forman un gran porcentaje de las lesiones bucales. Pueden originarse en cualquier tejido de la cavidad bucal, incluyendo las que se encuentra dentro del hueso. Suelen presentarse en forma de tumefacción o masa nodular que se

proyecta hacia fuera de la mucosa. También puede unirse a la mucosa por un tallo o pedículo, en cuyo caso se llama pediculado. Cuando la base de la lesión es amplia o ancha, se dice que la adherencia es sésil.

En muchos pacientes el diagnóstico se sospecha clínicamente y, debido a que el tratamiento es la extirpación quirúrgica, el tejido se somete a confirmación mediante análisis microscópico. En otros casos el diagnóstico no es definitivo y es necesaria una biopsia por incisión o escisión para llegar al diagnóstico preciso.

Siempre debe sospecharse que cualquier tumoración nodular es una hiperplasia inflamatoria, neoplasia o hiperplasia de desarrollo y debe vigilarse mientras no se hace un diagnóstico adecuado y se instituya el tratamiento correcto.

(Guinta, 1991)

NOMENCLATURA

Los tumores, ya sean benignos o malignos tienen dos componentes básicos: 1) El parénquima formado de células neoplásicas de proliferación y 2) el estroma de sostén, formado de tejido conectivo, vasos sanguíneos y quizá linfáticos.

El parénquima de la neoplasia es la que determina con mucho su actividad biológica y es el componente del cual se deriva el nombre del tumor.

El estroma lleva el aporte sanguíneo y proporciona el sostén para el crecimiento de células parenquimatosas y es, en consecuencia, crucial para el crecimiento de la neoplasia (Robbins,1995).

CARACTERÍSTICAS QUE DIFERENCIAN LOS DISTINTOS TIPOS DE NEOPLASIAS		
Neoplasia	Benigna	Maligna
Clínica	Tumoración Cápsula localizada Crecimiento lento Sin Metástasis No suele ser mortal	Tumoración Sin cápsula Crecimiento rápido Metástasis Mortal si no se trata
Microscópica	Células típicas normales Disposición regular Escasas mitosis Núcleo normal	Células atípicas anormales Disposición irregular Mitosis abundantes Núcleo grande

ODONTOMA

El odontoma es una neoplasia constituida por estructuras dentales como son esmalte, dentina, pulpa y cemento. Por consiguiente es, en verdad un tumor mixto, puesto que su contenido es, a la vez de origen epitelial y mesenquimatoso. Ocurre sobre todo en la mandíbula y en sus regiones posteriores más que en las anteriores. El odontoma comienza durante la infancia y suele ser descubierto antes de la edad adulta. Sin embargo los tumores más pequeños pueden ser no descubiertos hasta años más tarde (Zegarelli, 1982).

El termino odontoma se refiere a cualquier tumor de origen odontogénico. Sin embargo, a través de su uso ha significado un crecimiento, en el cual tanto las células epiteliales como mesenquimatosas muestran diferenciación completa, con el resultado de que los ameloblastos y odontoblastos funcionales forman esmalte y dentina. Este esmalte y dentina yacen bajo un patrón anormal debido a que la

organización de las células odontógenas no pueden alcanzar un estado normal de morfo-diferenciación.

Esta lesión se compone de más de un tipo de tejido y por esta razón ha sido llamado odontoma compuesto. En algunos odontomas compuestos el esmalte y la dentina conservan una modalidad tal que las estructuras guardan una considerable semejanza anatómica con el diente normal, excepto que son con frecuencia más pequeños que los dientes normales (Shafer, 1986).

El odontoma es el tumor odontogénico que emula a todos los productos de tejidos duros de un germen dentario maduro, es probablemente el tipo más común de tumor odontogénico o hamartoma (Eversole, 1983).

Las células y tejidos en los odontomas son normales pero la estructura es defectuosa, por esto se postula que los odontomas deben considerarse más bien hamartomas que tumores (Regezi, 1991).

El odontoma es el tumor odontogénico más frecuente y suele aparecer antes de los 20 años de edad, consta de todos los elementos que forman un diente (pulpa, dentina, cemento y esmalte, por lo tanto su origen es mixto y puede tener una disposición regular en forma de diente pequeño o bien irregular (Giunta,1991).

Es característica la acumulación de piezas dentarias completamente formadas de diverso tamaño y en distinto número, rodeados por un ribete radiotransparente (Pasler, 1995).

El odontoma compuesto difiere del odontoma complejo porque tiene un grado elevado de morfo-diferenciación e histodiferenciación. Sin embargo la morfo-diferenciación puede diferir considerablemente de un caso a otro y quizá resulte difícil decidir si se trata de un odontoma compuesto o complejo.

El tumor se llama compuesto cuando las estructuras calcificadas exhiben semejanza anatómica con los dientes normales, aunque los dientes sean pequeños y deformados.

Por lo menos el 60 % se diagnostican en la segunda y tercera década. La mayoría de los odontomas ocurren en la región incisivo canina del maxilar superior

(Gorlin,1983).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los odontomas son las lesiones odontogénicas no quísticas más comunes ya que representan casi el 70% de todos los tumores odontogénicos. Casi todos se presentan en pacientes que están en la primera y segunda década. Los odontomas aparecen más frecuentemente en el maxilar superior que en la mandíbula. Las lesiones suelen descubrirse por que un diente no hace erupción en el tiempo previsto. Cuando el diente asociado logra hacer erupción alrededor del odontoma, la tumefacción puede ser la única evidencia clínica de que existe una lesión (Saap, 1998).

De todos los odontomas combinados, se encontró predilección en el sexo masculino (59 %) comparado con el femenino (41 %), 67% se presentó en el maxilar y 33% en la mandíbula. El odontoma compuesto tuvo predilección por presentarse en la parte anterior del maxilar (61%), mientras que 34% del odontoma complejo se presentó allí. Es un hecho interesante que ambos tipos de odontomas se han presentado con más frecuencia en el lado derecho de los maxilares que en izquierdo (Shafer, 1986).

El odontoma es un tumor odontogénico mixto, con capacidad de elaborar todos los tejidos dentarios que se encuentran en un diente maduro, es auto limitante en su potencial de crecimiento (Eversole, 1983).

Los odontomas se consideran tumores mixtos porque están compuestos por tejido de origen tanto epitelial como mesenquimatoso bien diferenciado, por lo que se encuentran depósitos de esmalte provenientes de los ameloblastos y dentina que provienen de los odontoblastos

Éstas lesiones calificadas pueden tener una de dos configuraciones: la primera, en la que se encuentran múltiples dientes rudimentarios o en miniatura, se denomina odontoma compuesto, y la segunda, en la que se observan conglomerados amorfos de tejidos duros se le conoce como odontoma complejo (Regezi, 1996).

Los datos clínicos dependen del tamaño y de la localización del tumor. Un odontoma relativamente pequeño, situado en el interior del cuerpo del maxilar, no es causa de síntomas clínicos o subjetivos. En cambio los odontomas de mediano o gran tamaño son descubiertos a menudo clínicamente, pero su aspecto no permite diferenciarlos de los otros tipos de neoplasias (Zegarelli, 1982).

Los odontomas no son lesiones agresivas, la mayoría miden entre 1cm y 3cm de diámetro, algunos alcanzan en ocasiones un tamaño mucho mayor y provocan una importante asimetría del maxilar. Los odontomas pueden localizarse entre la corona de un diente no erupcionado y el vértice de la cresta, bloqueando así la erupción de un diente (Wood, 1999).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ODONTOMA COMPUESTO

El odontoma compuesto es una malformación en la que todos los tejidos dentales están representados en una disposición ordenada; de tal modo que la lesión

consta de muchas estructuras que parecen dientes. Surge a partir de una proliferación exorbitante de la lámina dental o sus remanentes, por lo que es un odontoma laminar (Howe, 1998)

Éstos tumores están caracterizados por ser un conjunto o conglomerado de dientes o dentículos de la más diversa forma y disposición. Su número es variable, se encuentra encerrado en una cápsula fibrosa, que lo separa del hueso, lo cual permite una relativa facilidad para envolverlos (Ries, 1978).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ODONTOMA COMPLEJO

Es una malformación odontogénica en la que están representados todos los tejidos dentarios, casi siempre bien constituidos pero dispuestos de una forma mas o menos desordenada. Ésta lesión aparece con mayor frecuencia en las regiones premolar y molar con ligero predominio en la mandíbula.

Algunas veces se asocia a un diente que no ha hecho erupción o a un quiste dentigero.

Los signos clínicos que sugieren la presencia de un odontoma incluyen diente retenido residual, diente incluido y tumoración alveolar. Las lesiones de menor tamaño suelen ser hallazgos radiológicos causales en el adulto (Raspall, 1997).

El odontoma complejo suele permanecer bastante pequeño, aunque algunas veces es gigante. Por lo menos el 70% ocurren en la región del segundo y tercer molar y son algo más frecuentes en el maxilar inferior (Gorlin, 1983).

ETIOLOGÍA

La etiología del odontoma se desconoce. Se ha sugerido que el traumatismo local o la infección puede llegar a ocasionar dicha lesión. Esto es por completo posible,

pero parecería más factible que en dicho caso la hipoplasia fuera el resultado final, dependiendo de la etapa de odontogénesis.

Hitchin sugirió que los odontomas se heredan o son causados por un gen mutante o por una interferencia, posiblemente postnatal, con el control genético del desarrollo dental (Shafer, 1986).

El traumatismo y la infección han sido invocados para explicar la etiología de éstos 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 cuáles se han visto imposibilitados de erupcionar a causa de la tumoración (Ries, 1978).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El esmalte, la dentina y el tejido pulpar de las estructuras análogas a dientes del odontoma compuesto están organizadas en un patrón ordenado. Dentro de la cápsula circundante, cada diente cónico en miniatura está separado por una fina banda de tejido conjuntivo folicular.

El odontoma complejo se diferencia por estar constituido por una sola masa nudosa y desorganizada de esmalte, dentina y pulpa sin formas de diente reconocibles. Ambas formas, compuesta y compleja pueden contener también epitelio reducido del esmalte, ameloblastos secretores y odontoblastos funcionales. En el tejido conjuntivo circundante abundan los islotes de residuos odontogénicos y calcificaciones esféricas (Saap, 1998).

En éstas lesiones se observa esmalte, dentina, cemento y pulpa de apariencia normal, a menudo se encuentra una matriz de esmalte que se relaciona con el órgano del esmalte antes de la maduración final de los tejidos duros en algunos casos, queratinización de eritrocitos fantasmas del esmalte (Regezzi, 1996).

La apariencia histológica del odontoma no es espectacular. Unos hallazgos son el esmalte o la matriz del esmalte, dentina, tejido pulpar, y cemento de apariencia normal. Si existe una semejanza morfológica con los dientes, las estructura por lo regular son de una raíz. La cápsula del tejido conectivo que se encuentra alrededor del odontoma, es similar en todos los aspectos al folículo que rodea un diente normal (Shafer, 1986).

Se observa matriz del esmalte, dentina, cemento y hueso dispuesto en configuraciones semejantes a gérmenes dentarios o mezclados de un modo aleatorio. El epitelio odontogénico, los odontoblastos y el mesénquima pulpar también están presentes. Los componentes de los tejidos blandos muestran actividad proliferativa (Eversole, 1983).

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

El odontoma compuesto se manifiesta por un foco que contiene varios dientes maduros, se relaciona con un diente y se localiza entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido. Los odontomas complejos aparecen en las mismas regiones como masas amorfas opacas.

Las lesiones descubiertas durante las etapas iniciales de desarrollo son radiolúcidas, con zonas de opacidad que corresponden a calcificaciones de dentina y esmalte (Regezzi, 1996).

Las lesiones suelen ser uniloculares y contiene estructuras radiopacas múltiples que se parecen a dientes en miniatura. Los odontomas compuestos pueden contener pocas a muchas estructuras análogas a dientes en miniatura.

Los odontomas complejos se encuentran en las partes posteriores de la mandíbula sobre dientes impactados y pueden alcanzar un tamaño de hasta varios centímetros.

Tienen el aspecto de una masa radiopaca sólida que presenta alguna nodularidad y están rodeados por una fina zona radiotransparente; no aparecen estructuras individuales con aspecto de diente (Saap, 1998).

La apariencia radiográfica del odontoma es característica debido a que la mayor parte de los odontomas son clínicamente asintomático y se descubren mediante un examen radiográfico de rutina. Ambas formas de odontomas se encuentran con frecuencia asociada con los dientes no erupcionados (Shafer, 1996).

Esta característica la acumulación de piezas dentarias completamente formadas de diversos tamaños y en distinto número rodeados por un ribete radiotransparente. Esta forma de odontoma suele localizarse principalmente en la región anterior del maxilar y de la mandíbula en la región de la tuberosidad (Pasler, 1990).

El diagnóstico radiológico puede ser la única evidencia sobresaliente de su presencia además de una ligera aberración en las estructuras que las rodean (Krugger, 1986).

TRATAMIENTO

Una vez identificado el odontoma, por lo general es mejor eliminarlo tan pronto se pueda para que la operación no lesione los dientes vecinos o los gérmenes dentales. Su retiro se facilita si puede conservarse intacto, (mediante la operación), el delgado saco fibroso que los engloba (Howe, 1988).

Ambas formas de odontoma están bien encapsuladas y se enuclean fácilmente del hueso circundante. No se ha registrado recidivas (Saap, 1998).

El tratamiento adecuado para los odontomas es la extirpación quirúrgica, seguida por exámenes microscópicos por si existen signos que permitan sospechar de un odontoameloblastoma (Zegarelli, 1982).

Los odontomas estan bien encapsulados y se pueden enuclear del hueso circundante. Casi siempre los dientes adyacentes que se desplazan, son viables y están separados del odontoma por un tabique óseo, por tanto no se dañan durante la extracción. (Leonard, 19991).

La terapéutica se encuentra dentro de las normas en cirugía bucal, estos tumores pueden ser intervenidos bajo anestesia local o general (Ries, 1978).

HISTORIA CLÍNICA DEL CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

Ficha de identificación

NOMBRE.....G. A. L.

Edad.....16 años

Género.....Femenino

Estado civil.....Soltera

Ciudad.....Tepic, Nayarit

Fecha de valoración.....31-agosto-2001

Motivo de consulta

Paciente que se presenta a la clínica de cirugía bucal referido por ortodoncista con el fin de evaluar órganos dentarios retenidos en los maxilares.

Antecedentes heredo-familiares

Padres en aparente buen estado de salud

Abuela paterna padece de insuficiencia cardiaca y várices en extremidades inferiores en tratamiento

Abuela materna padece hipertensión arterial sistémica en tratamiento

Antecedentes personales no patológicos

Vivienda cuenta con todos los servicios de urbanización; alimentación balanceada; toxicomanías negadas; no practica deportes; menarca a los 12 años; última menstruación 20 de agosto.

Antecedentes personales patológicos

Alergias negadas; problemas sistémicos negados; padece de escoliosis con evolución de un año, en tratamiento.

Padecimiento actual

Clinicamente asintomático y sin ningún cambio aparente en la cavidad oral, solo hallazgos radiológico

Mediante una radiografía panorámica se observan denticulos alrededor del tercio medio radicular de incisivos centrales superiores, clinicamente no hay aumento de volumen, dolor, desconoce tiempo de evolución.

A nivel de premolares inferiores se observa un denticulo alrededor del tercio medio radicular, sin sintomatología, solo se palpa un aumento de volumen por lingual.

Inspección general

Peso.....58 kgs.

Talla.....1. 60 mts.

Cabeza y cuello

Mesocéfalo; frente mediana; ceja poblada; nariz de complexión mediana; pabellones auriculares normalmente implantados; cuello mediano sin datos patológicos.

Exploración oral

Labios sin datos patológicos

No se observan cambios de coloración de mucosa

Paladar ovalado profundo

Lengua con movimientos normales

Frenillos normalmente implantados

Piso de boca bien hidratado

Conductos salivales permeables

Se palpa un aumento de volumen a nivel lingual de premolares inferiores izquierdos ausente de dolor.

Estudios radiográficos

Radiografía periapical; ortopantomografía; oclusal.

Estudios de laboratorio

Biometría hemática; tiempo de coagulación; tiempo de sangrado; prueba de Elisa para detección de anticuerpos de V. I.H

Diagnóstico presuntivo

Odontoma compuesto

Diagnóstico diferencial

Dientes supernumerarios

Pronóstico

Favorable

Tratamiento

Extirpación quirúrgica

Técnica quirúrgica

Previa asepsia y antisepsia del campo operatorio se procedió a bloquear los nervios infraorbitarios y palatinos anteriores de ambos lados, así como el nasopalatino. Se realizó incisión contorneante en el paladar, desde segundo premolar derecho a segundo premolar izquierdo, levantando un colgajo para visualizar el campo operatorio. Acto siguiente se realizó la osteotomía localizadora encontrando algunos denticulos a nivel del tercio medio radicular de incisivos centrales superiores, con botador recto se aplicaron movimientos de luxación en éstos y se extrajeron cada uno, se enuclea la cápsula y se limaron los bordes filosos de la cavidad. Se irrigó con solución fisiológica al lecho quirúrgico, se coapta el colgajo y se sutura con seda 000 puntos separados.

Hallazgos y complicaciones

Se encontraron 6 denticulos de tamaño diferente.

Indicaciones post-operatorias

Dieta blanda por 3 días

Penicilina G potasica 400,000 u cada 8 horas x 7 días

Naproxeno 550 mgs. Cada 12 horas x 5 días

Clonixinato de lisina cada 6 horas.

Revisión a los 3 días, Se retiraron los puntos de sutura a los 7 días y se continuó con el control clínico radiográfico a los 15, 30 y 60 días.

Diagnóstico histopatológico

Odontoma compuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) EVERSOLE, Lewis. 1983. *Patología Bucal*, Tr. Roberto Jorge Porter, 1 ed., Buenos Aires Argentina., Panamericana pp 249, 250, 251.
- 2) GIUNTA J. L. 1991. *Patología bucal*, Tr. Ana Maria Pérez Tamayo, 3 ed., México, D.F., Interamericana pp 135,136,145,146.
- 3) GORLIN, Robert. *Patología Oral*, Tr. Joaquin Felipe Llinas, 6 ed., Barcelona, España., salvat pp 546, 547
- 4) GUY, poyton. 1992. *Radiología Bucal*, Tr. Claudia Patricia Cervera, 2 ed., México, D. F., Interamericana p 173
- 5) HOWE, Geoffrey. *Cirugía Bucal Menor*, Tr. José Antonio Ramos, 3 ed., México, D.F., El manual moderno pp 210, 211
- 6) KABAN, Leonard. 1991. *Cirugía Bucal y Maxilofacial en niños*, Tr. Jose Ramos Tercero, 1 ed., México, D.F., Interamericana pp 116,356,357
- 7) KRUGER, Gustav O. 1986. *Cirugía Bucomaxilofacial*,Tr. Roberto Jorge Porter, 5 ed., Querétaro, México, Panamericana, p 564
- 8) PASLER, Friedrich. 1995. *Atlas de Radiología Odontológica*, Tr. Monzerrat Jané Magallon, 2 ed., México, D.F., Salvat, pp 210,211,212.
- 9) RASPALL, Guillermo. 1997. *Cirugía Maxilofacial*, Madrid, España, Panamericana p 241

- 10) REGEZZI, Joseph A y Sciubba, James. 1995. *Patología bucal*, Tr. Claudia Patricia Cevera Pineda, 2 ed., México,D.F., Interamericana, pp 376, 377, 405, 408.

- 11) RIES, Centeno, Guillermo.1979. *Cirugía bucal*, 8 ed. Buenos Aires, Argentina, El Ateneo, pp 679 a 701.

- 12) ROBBINS, Kruman . Y cols. 1995. *Patología estructural y funcional*, Tr. J. L. Agud Aparico y cols., 5 ed., Madrid, España, Interamericana, pp 188, 189, 1991.

- 13) SAAP, J. Phillip. 1998. *Patología oral y Maxilofacial contemporánea*, Tr. Diorki Servicios integrales de edición, Madrid, España, Hacourt Brace, pp 147,148,149

- 14) SHAFER, William G. Y cols. 1986. *Tratado de patología bucal*, Tr. Mariana G. Grandi, 3 ed , México, D.F., Interamericana, pp 313, 314, 315.

- 15) WOOD, Norman. 1999. *Diagnostico Diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales*, Tr. Antonio Bascones, 5 ed, Madrid, España., Harcout Brace, pp 423,424,426.

- 16) ZEGARRELLI, Edward. 1982. *Patología oral*, Tr. Santiago Suñer, 2 ed, Barcelona España, Salvat, pp 267,270

ORDEN DE DIAPOSITIVAS

1 A UNIVERSIDAD DE AUTÓNOMA DE NAYARIT

1 B Facultad de Odontología División de Estudios de Pos-grado e Investigación

2 A Alumno

Francisco Gabriel Ayón García

2 B Asesores

C. O. Silvia Elena Guardado Olea

M. O. Julio Cesar Rodríguez Arámbula

3 A CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

Especialidad de Cirugía Bucal

3 B ODONTOMA COMPUESTO

4 A TUMOR

Masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede al del tejido normal y no está coordinado con él. (Zegarelli, 1982)

4 B Fotografía de odontoma

5 A Componentes básicos de los tumores

5 B Parénquima, determina su actividad biológica y es el componente del cual se deriva el nombre del tumor.

Estroma, lleva el aporte sanguíneo y proporciona el sostén. (Robbins, 1995)

6 A La clasificación de los tumores obedece principalmente a dos características

6 B Características clínicas

Características microscópicas (Robbins, 1995)

7 A Características de los tumores benignos

- Cápsula (localizada)
- Crecimiento lento
- Células típicas; normales
- Disposición regular
- Escasas mitosis
- Núcleo normal (Giunta, 1991)

7 B Características de los tumores malignos

- Sin cápsula
- Metástasis
- Células atípicas
- Pérdida de la disposición regular
- Abundantes mitosis (Giunta, 1991)

8 A Tumores odontogénicos

Son asintomáticos, pueden producir expansión mandibular, movilidad dental y pérdida ósea (Regezi, 1995)

8 B Fotografía de tumor odontogénico

9 A ODONTOMA COMPUESTO (fotografía)

9 B Es un tumor formado por tejidos dentarios calcificados dispuestos en diferentes sentidos y proporciones (Saap, 1998).

10 A Características clínicas

10 B

- Asintomáticos
- Representan el 70% de los tumores odontogénicos
- Afectan con mayor frecuencia el maxilar superior
- Aparece en la primera y segunda década de la vida
- Predilección por el género masculino y ausencia clínica del diente

11 A ETIOLOGÍA

11 B

- Traumatismo local
- Infección
- Retención dentaria
- Hereditaria
- Hipoplasia maxilar (Shafer, 1986)

12 A Clasificación de los odontomas (OMS, 1992)

12 B A) COMPUESTO O DENTICULADO

B) AMORFO O COMPLEJO

13 A Radiografía de odontoma compuesto

13 B Radiografía de odontoma complejo

14 A Características histológicas

14 B Se identifica esmalte, dentina y tejido pulpar organizados en un patrón ordenado en las estructuras análogas a dientes (Saap, 1998).

15 A Tratamiento quirúrgico

15 B Enucleación

Extirpación de un tumor, quiste, glándula, etc; previa liberación de su envoltura

16 A Caso clínico

16 B Extirpación quirúrgica de un odontoma compuesto

17 A Ficha de identificación

- Nombre: G. A. L.
- Edad: 16 años
- Estado civil: soltera

- Ocupación: estudiante
- Lugar de origen: Tepic, Nayarit
- Lugar de residencia: Tepic, Nayarit

17 B Fotografía de frente del paciente

18 A Motivo de consulta

Acude al servicio de cirugía bucal de esta Facultad referida por un ortodoncista de práctica privada, quien diagnostica algunos órganos dentarios retenidos en ambos maxilares

18 B Radiografía panorámica del paciente

19 A Antecedentes heredo familiares

- Padres aparentemente sanos
- Dos hermanos en aparente estado de salud
- Abuela paterna padece de insuficiencia cardíaca y várices
- Abuela materna padece de hipertensión arterial sistémica

19 B Fotografía de perfil del paciente

20 A Antecedentes personales no patológicos

- Cuadro de inmunización completo
- Alimentación balanceada
- Vivienda cuenta con todos los servicios públicos
- No practica deportes
- Toxicomanías negadas
- Higiene oral y general aceptable

20 B Antecedentes personales patológicos

- Alergias negadas
- Intervenciones quirúrgicas negadas
- Problemas sistémicos negados

- Padece de escoliosis con evolución de un año

21 A Padecimiento actual

Por hallazgo radiográfico se diagnosticó una lesión radiopaca con un halo periférico radiolúcido, a nivel apical de incisivos superiores, el cual cursaba por un cuadro clínico asintomático.

21 B Radiografía panorámica del paciente

22 A Estudios de laboratorio

- Hemoglobina: 12.1 grs %
- Eritrocitos: 4'066,000 mm³
- Leucocitos: 4,900 mm³
- Neutrófilos: 63%
- Linfocitos: 30%
- Monocitos: 6%
- Eosinófilos: 1%
- Basófilos: 0%

22 B Estudios de laboratorio

- Tiempo de coagulación 8'10
- Tiempo de sangrado 1'25
- Anticuerpos anti-H. I. V. 1 Y 2 negativo

23 A Radiografía panorámica preoperatoria, podemos apreciar un conglomerado de denticulos retenidos en maxilar superior a nivel de los ápices de los incisivos centrales superiores, y en el maxilar inferior a nivel de tercio medio radicular de premolares inferiores izquierdos un diente supernumerario.

23 B Radiografía oclusal preoperatoria, apreciación de los denticulos retenidos

24 A Instrumental

24 B Previo aislamiento del campo operatorio

25 A Antisepsia extraoral lado derecho, aplicada con gasas y una solución antiséptica con el objetivo de eliminar al máximo los gérmenes

25 B Antisepsia extroral lado izquierdo

26 A Antisepsia introral,, cabe señalar la importancia de la antisepsia intraoral ya que es el área de trabajo y más factible de contaminar

26 B Antisepsia intraoral

27 A Técnica de anestesia infraorbitaria derecha, para bloquear el nervio infraorbitario

27 B Técnica de anestesia infraorbitaria izquierda, para bloquear el nervio infraorbitario izquierdo

28 A Técnica de anestesia nasopalatina, para bloquear el nervio nasopalatino, y obtener anestesiado el paladar

28 B Técnica de anestesia palatina posterior bilateral para tener más amplio margen al hacer nuestra incisión

29 A Incisión

29 B Colgajo contorneante del paladar de la cara distal del segundo premolar superior derecho, a la cara distal del segundo premolar superior izquierdo con el objeto de tener amplia visibilidad de la zona a tratar.

30 A Desprendimiento del colgajo, con legra se desprende la fibromucosa haciendo movimientos de lateralidad.

30 B Separación del colgajo se logra con un separador de minezota apoyándolo en la base del colgajo sobre el tejido óseo para tener una amplia visibilidad.

31 A Se realizó osteotomía con fresa bola # 8 para localizar la lesión, al mismo tiempo irrigando con suero fisiológico para evitar el calentamiento del hueso.

31 B Extracción de los primeros denticulos, con botador recto se realizan movimientos de luxación.

32 A Visualización del denticulo mayor nótese el parecido con un diente normal, solo que de menor tamaño

32 B Remoción del denticulo con cureta de Lucas

33 A Extracción de otros denticulos

33 B Remoción de los ultimos denticulos

34 A Curetaje del lecho quirúrgico, con cureta de Lucas se eliminan los restos epiteliales de la lesión.

34 B Limado de bordes agudos con lima para hueso con el fin de dejar un reborde liso se irriga a presión con suero fisiológico para eliminar todas la esquirlas óseas

35 A Lecho quirúrgico se irriga a presión con suero fisiológico

35 B Previo adosamiento del colgajo se comenzó la sutura con seda 0000 puntos separados de palatino a vestibular Se realizó la sutura con puntos separados, seda negra 0000

36 A Sutura terminada

36 B Apreciación de los 6 denticulos y su cápsula

37 A Apreciación por paladar al retirar las suturas a los 7 días

37 B Vista por vestibular

38 A Radiografía periapical preoperatoria, donde apreciamos la presencia de los 6 denticulos retenidos

38 B Radiografía periapical post-operatoria dos meses después de la cirugía, donde se observa el ~~proceso~~ proceso de reparación ósea