

CONSIDERACIONES SOBRE LOS ODONTOMAS A PROPOSITO DE VARIOS CASOS CLINICOS

Autor: Dr. Silvio Scardovi (*)

Palabra clave: Odontomas

INTRODUCCION

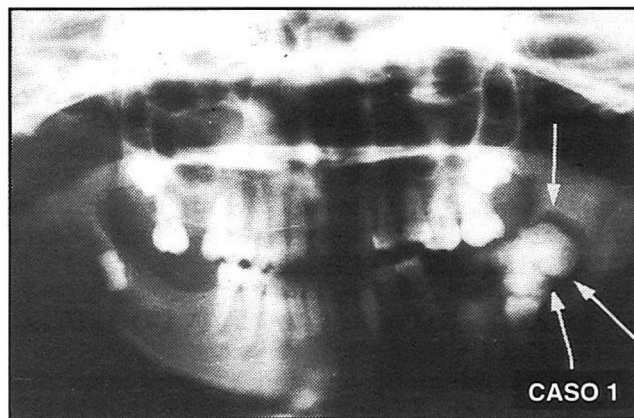
Basados en la teoría inductiva del desarrollo embrionario del diente, Pindborg y Clausen(13) proponen una clasificación de los tumores odontogénicos benignos reafirmada posteriormente, con ligeras modificaciones, por Gorlin en 1961(13) y aceptada por la O.M.S. (14), dentro de la cual están los ODONTOMAS.

Si bien es discutida la etiología de estos blastomas, Shafer(16) apoya los trabajos realizados por Levy sobre la producción experimental de estos tumores en las ratas por lesión traumática, lo cual sugiere que el traumatismo local o la infección podrían ser causa de estos tumores. Hitchin sugiere que los odontomas se heredan(16), podrían ser causados por un gen mutante o por una interferencia en el control genético del desarrollo del diente en los períodos pre y post natal fundamentalmente.

DESARROLLO DEL TEMA

DEFINICION:

Los Odontomas son tumores de crecimiento limitado, que cesan con la maduración y la calcificación de la lesión, que en su seno presentan tejidos dentarios calcificados, casi siempre bien diferenciados y que de acuerdo con la disposición que adopten los tejidos dentarios maduros mencionados se los denomina: «Odontomas complejos» o «amorfos» (8) u «Odontomas compuestos» (con semejanza a dientes); pudiéndose observar a veces formas combinadas(4).



CLASIFICACION:

Presentaremos la clasificación de los tumores benignos odontogénicos de la O.M.S. (1970), con ligeras subdivisiones realizadas por Gorlin(14):

A) Tumores epiteliales

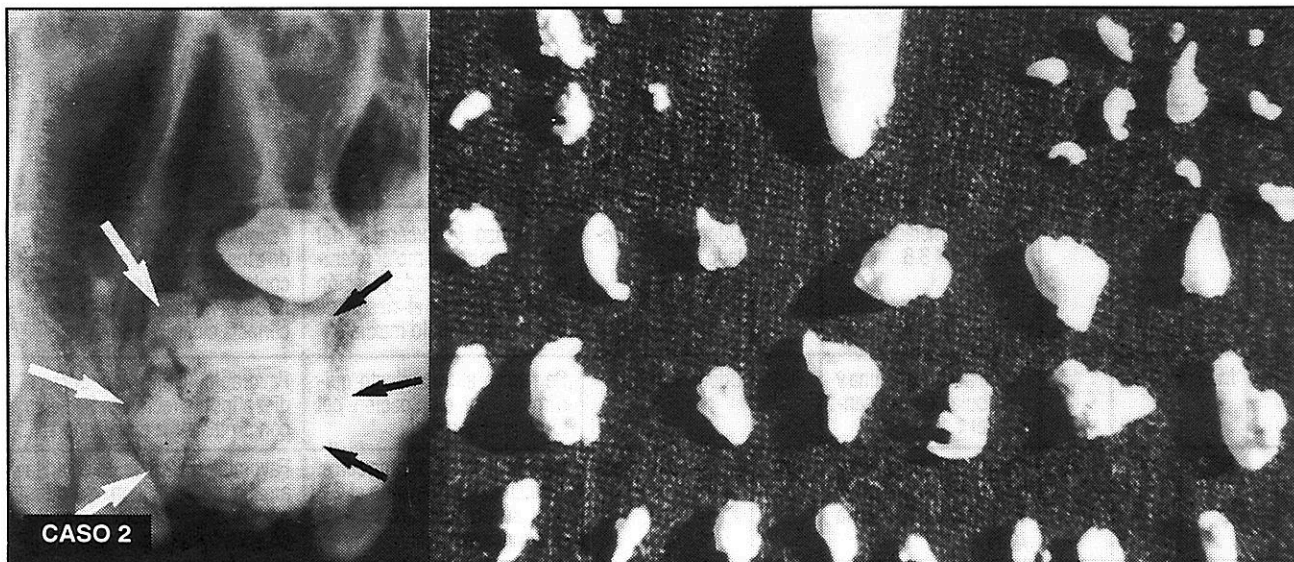
- a) Cambio mínimo en el tejido conjuntivo.
 1. Ameloblastoma
 2. Tumor odontogénico epitelial calcificante
 3. Tumor odontogénico adenomatoide
- b) Con cambio inductor en el tejido conjuntivo.
 4. Fibroma ameloblástico
 5. Quiste odontogénico calcificante
 6. Dentinoma
 7. Fibroodontoma ameloblástico
 8. Odontoameloblastoma
 9. Odontoma complejo
 10. Odontoma compuesto

B) Tumores mesodérmicos

11. Fibroma odontogénico
12. Mixoma y mixofibroma
13. Cementomas
- 13.1. Cementoblastoma benigno

(*) Asist. de Clín. Quirúrgica 2ª Facultad de Odontología.
Montevideo. Uruguay.
Fecha: Febrero/93

CASO	Nombre	Sexo	Edad	Motivo de consulta	Antec. Pers. y Famil.	Diagnóstico (*)	Tratamiento	Evolución
1	M.L	F	25	Dolor y tumefacción en la zona del 3.8	s/p	Odont. Cjo. Infechado	Se realizó la excéresis del Odontoma con el molar retenido, previo alambrado y fijación intermaxilar por el riesgo de fractura del ángulo maxilar.	Favorable. Se retiró el alambrado a los ocho días y se realizaron controles anuales por siete años, no observándose recidivas y con correcta cicatrización ósea.
2	M.G	F	15	Tumefacción palatina y vestibular con ausencia del 1.1	s/p	Odont. Cto.	Se realizó el tratamiento quirúrgico con eliminación del tumor y el germen.	Favorable. Controles durante diez años sin recidivas. Paciente con prótesis fija en la zona 1.1.
3	S.P	M	25	Caries en dientes anteriores y ausencias del 2.1 y 2.3 con dolor en la zona	s/p	Odont. Cjo. Infechado	Excéresis del odontoma con el germen del 2.1 dejando el 2.3 para su erupción con ayuda ortodóncica.	Favorable. El 2.3 se ubicó en la arcada dentaria con métodos ortodóncicos. Controles por cinco años fueron normales.
4	J.P	F	28	Extracción dentaria del 4.1 por dolor. El hallazgo del Odont. y retenido fue por «R.X»	s/p	Odont. Cto. y 4.3 retenido	Extracción del 4.1, del 4.3 retenido, del 4.2 por quedar sin soporte óseo y del odontoma compuesto.	Favorable. Controles por cinco años sin recidivas. Paciente usa prótesis parcial.
5	V.Z	M	35	Dolor y tumefacción en reborde y encía en la zona superior Izda.	s/p	Odont. Cto. y 2.3 retenido	El tratamiento quirúrgico incluyó la eliminación del 2.3 retenido con el odont. y relleno de la cavidad con injerto óseo e hidroxiapatita.	Favorable. El injerto fue totalmente integrado. El terreno protético fue favorable para el uso de una completa superior.
6	M.L	F	11	Ausencia del 1.1	s/p	Odont. Cto. y 1.1 retenido	Se realizó la excéresis del odontoma y se conservó el germen del 1.1 para permitir su erupción.	Favorable. Se realizó una erupción fisiológica de la pieza (Foto 6.b) y a los 14 meses estuvo en posición normal.
7	C.M	M	46	Tumefacción y dolor que impiden el uso de prótesis completa sup.	s/p	Odont. Cjo.	Se eliminó quirúrgicamente el Odontoma con colocación inmediata de la prótesis.	Favorable. A los cuatro años la cavidad ósea residual se aplanó casi totalmente y a su vestigio favorece la retención de la prótesis.
8	C.D	M	11	Ausencia del 1.1	s/p	Odont. Cjo. y agenesia del 1.1	Excéresis del odontoma con conservación del 5.1 por no tener germen permanente.	Favorable. El 5.1 se exfolió 12 años más tarde; a los 24 años de edad se colocó un implante óseo-integrado.
9	V.A	M	29	Caries en el 1.1	s/p	Odont. Cjo.	No se realizó. El paciente relató tener conocimiento de la lesión y que desde hace 10 años se mantiene igual.	Se presume favorable; el paciente luego del año no concurrió más a los controles.
10	J.P	M	35	Colocación de implantes	s/p	Odont. Cjo.	No se realiza. Conducta expectante, desde hace un año no muestra modificaciones. Su eliminación involucraría mucho hueso.	Favorable. Desde hace un año no se evidencian codificaciones del tamaño ni sintomatología.
11	M.B	F	37	Derivado de Clínica de prótesis por deformación maxilar superior, zona vestibular	s/p	Odont. Cjo.	No se realiza. Se realiza prótesis con discreto alivio de la zona e indican controles periódicos o a la menor sintomatología.	Favorable. El paciente usa prótesis completa desde hace 4 años sin ninguna alteración ni sintomatología.
12	C.C	M	14	Dolor en zona del 3.5	s/p	Odont. Cjo.	Se realiza la eliminación quirúrgica del odontoma. No existe germen del 3.5.	Favorable. Por 3 años no evidenció recidivas.



- 13.2. Fibroma cementificante
- 13.3. Displasia cementaria periapical
- 13.4. Cementoma gigantiforme

GENERALIDADES:

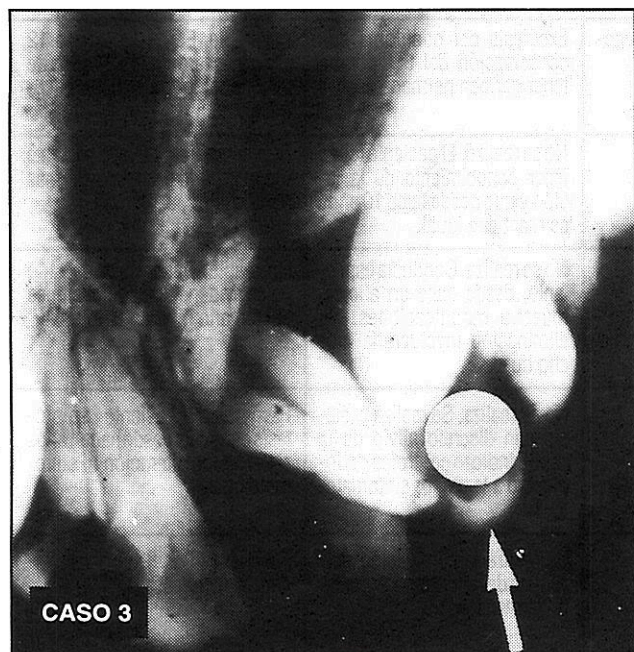
El término «Odontoma» se utiliza sólo para aquellos tumores que tienen dentina y esmalte con persistencia o no de sus precursores embrionarios (8).

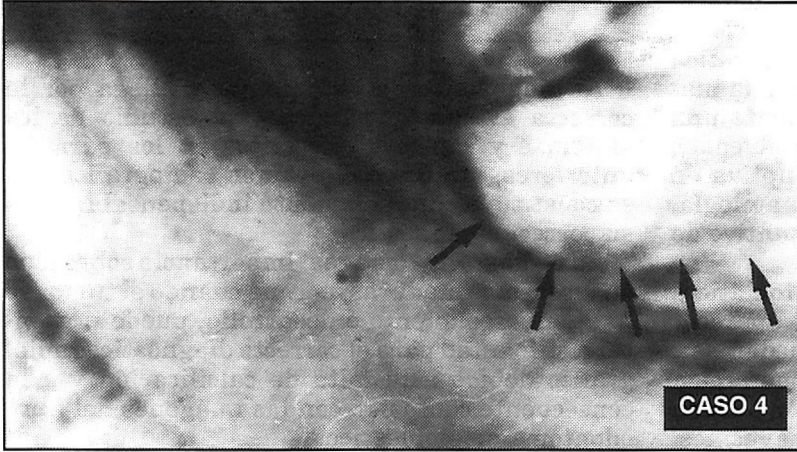
Los blastomas con notoria «inducción» sobre el tejido conectivo forman un amplio espectro de entidades que va desde variedades muy primitivas, formadas por tejidos blandos tumorales (epi-

teliales o conjuntivos) a variedades diferenciales de tejidos duros como lo son los odontomas. En muchos casos existe un pasaje progresivo de maduración y odontogénesis patológica en los tejidos precursores, por lo que sólo conservarán las características neoplásicas aquellos en los cuales persistan los antecesores embrionarios (fibroma ameloblástico y odontoameloblastoma) y pasarán a tener características de hamartomas los que no conserven esos antecesores, estando dentro de este último grupo los odontomas en sus dos variedades. En esas dos variedades: «compuesto» y «complejo» es que el fenómeno inductor (en que se basa la clasificación de la O.M.S.) permite alcanzar la máxima maduración posible, formando tejidos dentarios histológicamente perfectos (sólo alterados morfológicamente), al mismo tiempo que el componente embrionario desaparece o deja una especie de restos epiteliales muy parecidos a los «restos epiteliales de Malassez»(2).

La teoría de los cambios secuenciales dentro de un mismo espectro, y la posibilidad de que un tumor sea el estado previo de otro, no es aceptada para todos los casos, aunque sea evidente que un odontoma complejo o compuesto antes de llegar a su madurez tenga que pasar por una etapa de «inmadurez» que histológicamente se corresponde con un fibroodontoma ameloblástico, no quiere decir que éste siempre termine en un odontoma.

No obstante Ridett (1944), por estudio biopsico, diagnosticó un Odontoma ameloblástico al que controló radiográficamente y al operarlo, diez meses después, resultó ser un odontoma complejo. Otro caso similar publica Clausen en 1959, cuando una extirpación insuficiente de un odontoma ameloblástico recidiva a los cuatro meses como un odontoma complejo; contrario a esto hay publicaciones de muchos odontomas ameloblásticos que





recidivan como tales (14).

Si bien no hay coincidencia unánime respecto a lo anteriormente descrito, a la luz de estos antecedentes se acepta que todos los tumores odontogénicos con marcado «efecto inductor», tienen cierta similitud histológica estructural en algunas etapas de su evolución, lo que ha dado lugar en el pasado a interpretarlos como partes secuenciales de un espectro de maduración (7).

FORMAS CLINICO-HISTOLOGICAS:

Del ordenamiento de los tejidos dentarios del tumor desde el punto de vista morfológico y clínico surge la diferenciación en dos tipos de tumores:

I) **Odontomas Complejos:** en donde los tejidos dentarios están dispuestos en una forma más o menos desordenada, por eso algunos autores como Grinspan prefieren llamarlos «amorfos»(8). Este tipo de odontoma se encuentra envuelto por una bolsa fibrosa peritumoral que lo separa nítidamente del hueso circundante, facilitando su remoción «in toto». En algunas cápsulas se encuentran a veces restos de tejido ameloblástico. Estadísticamente hay coincidencia en que preferiblemente asientan en la zona molar de la mandíbula (79% de los casos)(16). Fig. A y B.

II) **Odontomas Compuestos:** en estas entidades la masa tumoral tiene tejidos dentarios ordenados en numerosas estructuras semejantes a las del diente normal en lo que respecta a la disposición de esmalte, dentina, cemento y pulpa, pero no siempre la semejanza morfológica es completa, ya que se constituyen como pequeños dientes o «denticulos» todos englobados en el interior de una cápsula conjuntivo-fibrosa que envía tabiques de separación entre ellos. El número de denticulos es variable: 2, 3 a cientos de miles como publicó Hermann (2.000 denticulos), siendo su tamaño también variable de milímetros a centímetros. Los

Odontomas compuestos aparecerían con más frecuencia en la zona anterior del maxilar superior (60% de los casos)(13). Fig. C-D y E.

PREVALENCIA:

Los odontomas son los tumores odontogénicos benignos que siguen en frecuencia a los cementomas(18). En el Uruguay para Grumberg(7) los odontomas corresponden al 17% de los tumores odontológicos estudiados. Gorlin(8) publica una estadística de 2.223 casos donde describe 125 Odontomas Compuestos y 65 casos

de Odontomas Complejos (total 190). En la estadística de Michigan(7) constituyen el 67% de los tumores mencionados, con un 30% para el Odontoma Complejo y un 37% para el Compuesto.

Estos tumores según Shafer(16) «pueden descubrirse a cualquier edad y en cualquier sitio del arco dental, siendo la edad frecuente para el diagnóstico y tratamiento la 2ª década de la vida». También este autor encuentra una predilección por el sexo masculino (59%) comparado con el femenino (41%).

Para Grinspan y Oribe las edades promedio en que se detectan los tumores es entre los 20 y 30 años, otros los describen a partir de los 10 años(19) y hasta los 60 años, siendo a esa edad todavía un hallazgo casual.

ASPECTOS CLINICOS:

Si bien citamos a Shafer indicando un mayor porcentaje de odontomas detectados en el sexo masculino, para la mayoría de los autores de la revisión bibliográfica realizada se presentan en similares porcentajes en hombres y mujeres(2),(8),(13),(18).

Existe coincidencia unánime en que la mayor frecuencia de presentación de los odontomas complejos es en el sector posterior del maxilar inferior, mientras que los «compuestos» lo hacen en el sector anterior del maxilar superior(7)(10)(13).

Generalmente se presentan como una tumoración pequeña, que sólo en ocasiones excede el diámetro de la masa de un diente (Shafer), pudiendo hacerse a veces muy prominente y expandir el hueso, abombando la tabla externa con la consecuencia clínica de una tumefacción de consistencia firme cubierta por una mucosa de características normales. Cuando se compromete el propio germen dentario o hay interposición de la masa tumoral a su erupción, hay ausencia de la pieza

dentaria en la arcada, no ocurriendo lo mismo si el germen en cuestión fuera un supernumerario; la arcada estaría completa y el tumor se diagnostica por radiografías fundamentalmente, pues la mayoría de las veces observando clínicamente una tumefacción de dureza «pétreo» a nivel alveolar, concomitantemente con la ausencia eruptiva de una o más piezas dentarias y sin sintomatología, se puede establecer un diagnóstico presuntivo de «odontoma».

Si bien son tumores totalmente asintomáticos (8)(13)(16) en algún momento pueden aparecer síntomas y signos ocasionales como pueden ser: dientes retenidos, caducos detenidos, tumefacción e infección. Con su crecimiento expansor pueden también dilacerar las raíces de los dientes vecinos, repercutiendo clínicamente con piezas apiñadas y/o desviadas, a veces con cierta movilidad.

Otra eventualidad es el posible desarrollo de un quiste dentígero alrededor del odontoma, con gran expansión ósea y marcada asimetría facial.

La existencia de algunos casos de odontomas verdaderamente gigantes por las dimensiones alcanzadas, como por ejemplo el caso presentado por el Prof. Grumberg (7) de un odontoma complejo en el maxilar inferior con 18 años de evolución, pone de manifiesto que también existen excepciones en el crecimiento limitado de estas lesiones benignas.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS:

Los odontomas desde el punto de vista radiográfico tienen imágenes patognomónicas.

A menudo pueden observarse situados entre las raíces de los dientes como una masa irregular o «sombras» radiopacas amorfas, rodeadas por zonas radiolúcidas bien manifestadas correspondientes a tejido conjuntivo y que lo separan del hueso circundante, el que también presenta una condensación periférica al tumor.

Otras se evidencian como diversas estructuras de franco aspecto dentario (o similar) con una variación numérica importante, de unos pocos a cientos, pero conservando un contorno periférico como el descrito anteriormente.

Ambas formas radiográficas pueden estar asociadas a dientes retenidos o no erupcionados y la variedad compleja puede aparecer como una masa calcificada o «casquete» que cubre la corona de esos dientes no erupcionados.

Denominaciones que aparecen en algunas fuentes bibliográficas, tales como «odontomas a elemento único» u «odontomas a elementos múltiples» (actualmente complejo y compuesto, respectivamente) evidentemente reflejan fundamentalmente la traducción radiográfica y/o macroscópica de estos blastomas.

DIAGNOSTICO:

Al diagnóstico de «odontoma» se llega por la correcta evaluación clínica y el estudio de los síntomas y signos ya descritos en los párrafos anteriores, junto con el examen radiográfico que se constituye en un elemento indispensable para su correcto diagnóstico.

La radiografía toma real importancia sobre todo en las formas maduras, porque cuando el tumor se halla en crecimiento o desarrollo, puede presentarse dificultad para el correcto diagnóstico radiográfico debido a la falta de calcificación y a la consecuente confusión con las imágenes del fibro odontoma ameloblástico.

Por último haremos la salvedad de que la mayoría de los diagnósticos de los odontomas en la clínica resultan a consecuencia de exámenes radiológicos de rutina o realizados con otro fin.

PRONOSTICO:

El pronóstico de las dos variedades de odontomas es totalmente favorable por tratarse de una tumoración benigna y que carece de capacidad de recidiva. La complicación más frecuente que puede tener es la infección.

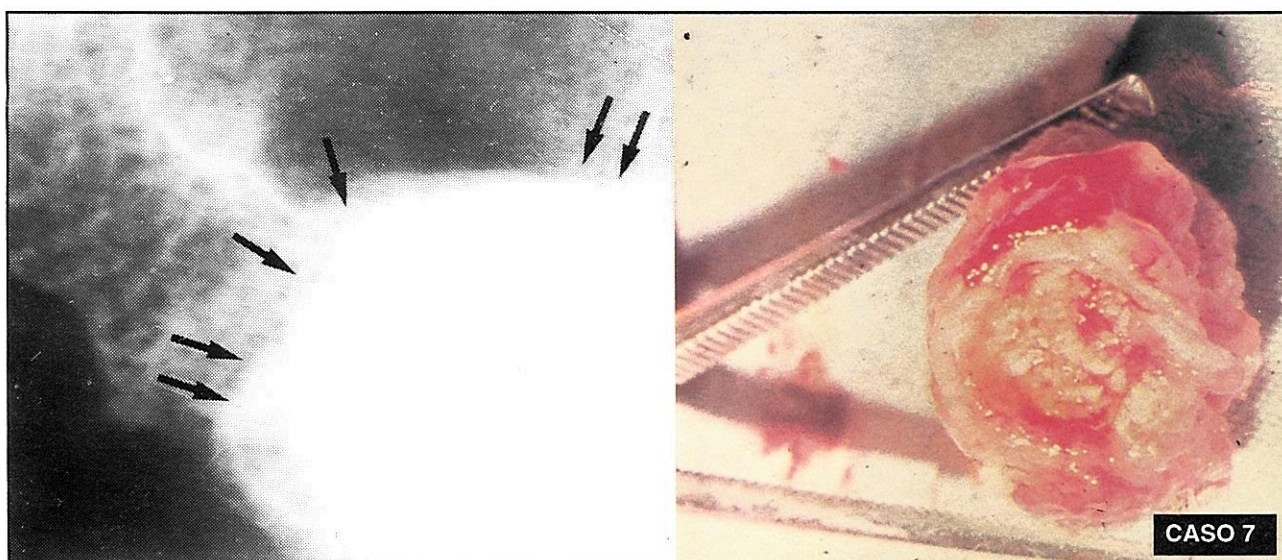
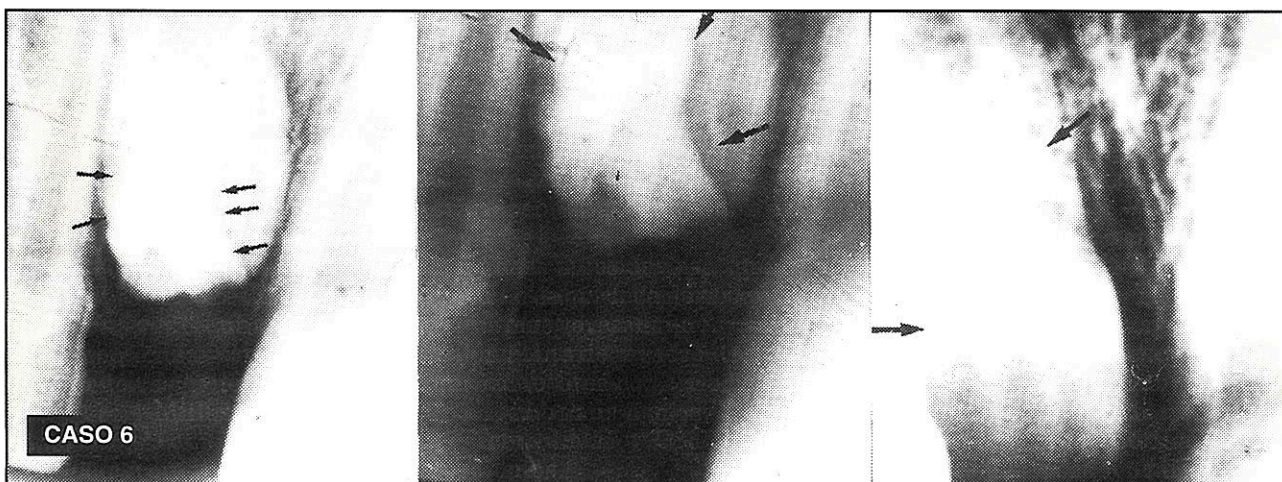
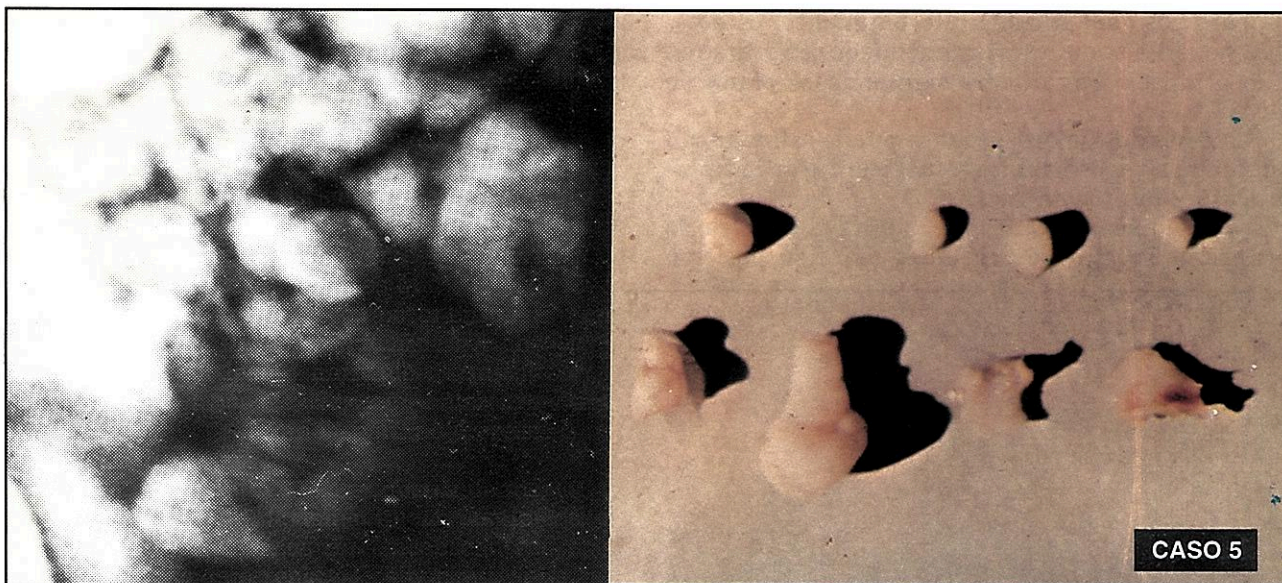
No obstante debe mantenerse una conducta expectante sobre ellos para decidir oportunamente el momento de su eliminación. El tratamiento quirúrgico se impone en las siguientes oportunidades:

- 1 - Si se infecta su cápsula.
- 2 - Si comienza a deformar notoriamente el maxilar.
- 3 - Cuando su ubicación o tamaño no permite el uso de prótesis.
- 4 - Cuando impiden la erupción de importantes piezas dentarias.

Cuando el tamaño de los odontomas es pequeño, no están infectados y hay riesgos para dientes vecinos en buenas condiciones, debe mantenerse también una conducta expectante; si las piezas vecinas están deterioradas como para su avulsión, entonces se podrá aprovechar para realizar ambas cosas en el mismo acto operatorio, pues si sólo se realiza la extracción dentaria, se corre el riesgo de infectar involuntariamente al tumor.

TRATAMIENTO:

Consiste en una extirpación quirúrgica de la lesión que se realiza por enucleación(3). Los pasos



quirúrgicos son: Incisión, decolamiento, osteotomía y exéresis tumoral, la cual puede realizarse en uno o varios fragmentos siguiendo el plano de clivaje.

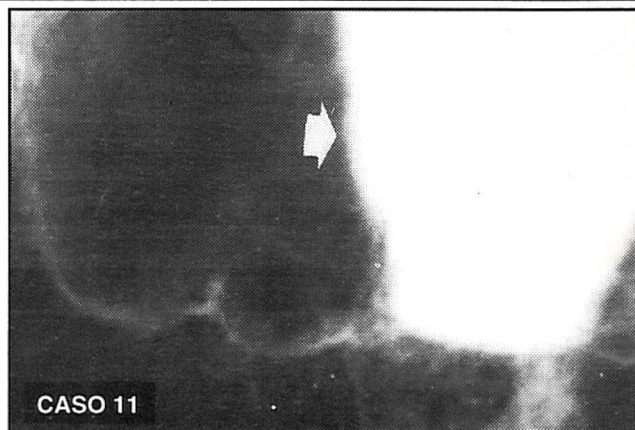
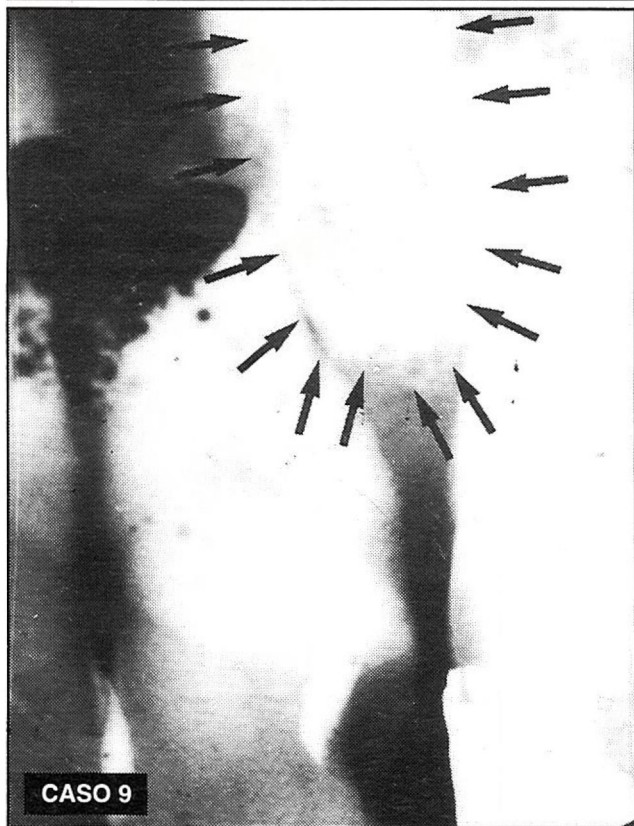
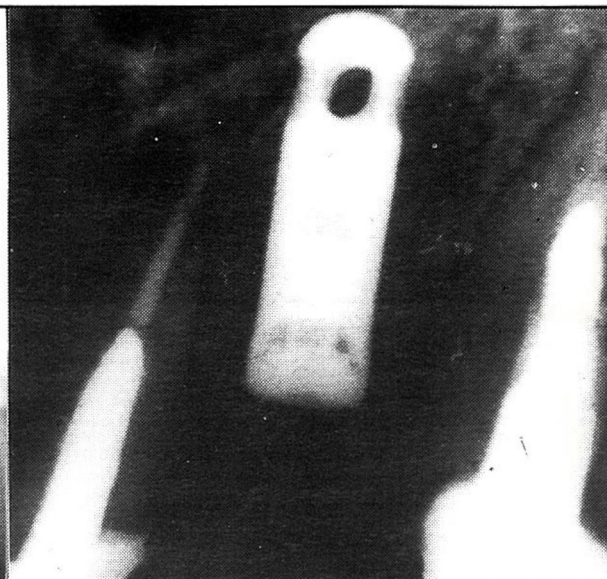
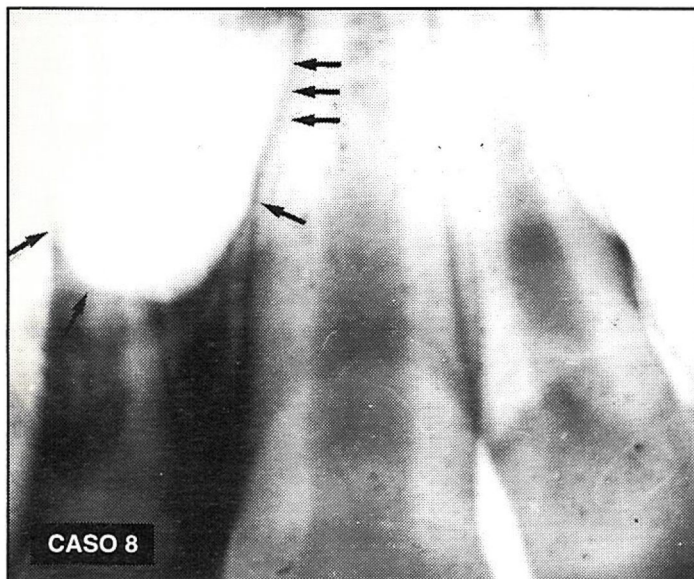
La cavidad ósea residual se puede rellenar con sustancias reabsorbibles y luego suturar la fibromucosa a puntos separados.

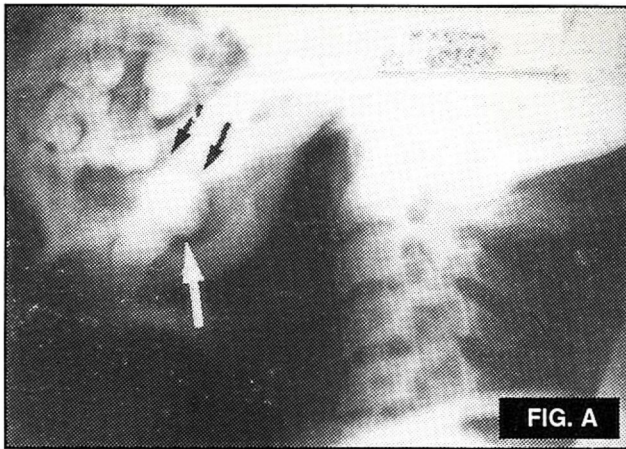
En las oportunidades en que haya dientes no erupcionados que se desee lleguen a su posición

correcta en la arcada dentaria, debe dejárseles descubiertos, o acondicionados para el posterior tratamiento ortodóncico de reubicación.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

En el siguiente cuadro de casos clínicos presentados se pueden observar: frecuencia, sexo, edad,





ubicación, características y oportunidad de tratamiento de los odontomas observados y/o diagnosticados.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS ODONTOMAS A PROPOSITO DE VARIOS CASOS CLINICOS

Autor: Dr. Silvio Scardovi

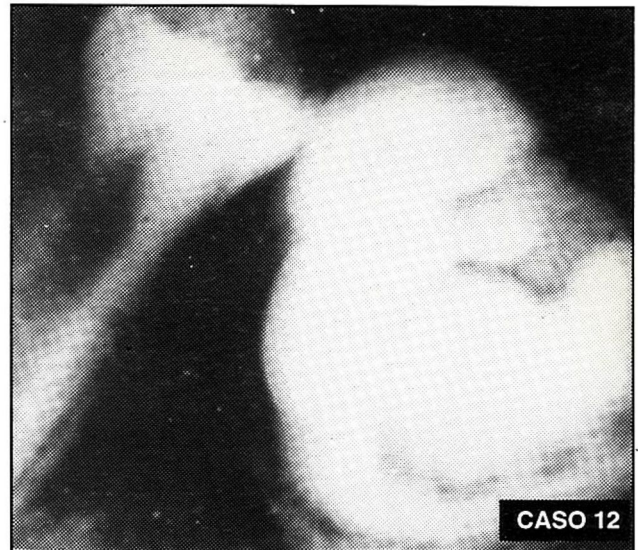
RESUMEN

En este trabajo se reúnen las principales características y conocimientos actuales sobre los «Odontomas»; que si bien están incluidos en las clasificaciones de tumores Odontogénicos, por su comportamiento frecuentemente benigno en el crecimiento (limitado), maduración y calcificación de la lesión, podrían considerarse «malformaciones» o «hamartomas».

Se analizan etiología, variaciones histológicas y oportunidad del tratamiento quirúrgico, presentándose a su vez diferentes casos clínicos, representativos cada uno de ellos, en todo el desarrollo del tema.

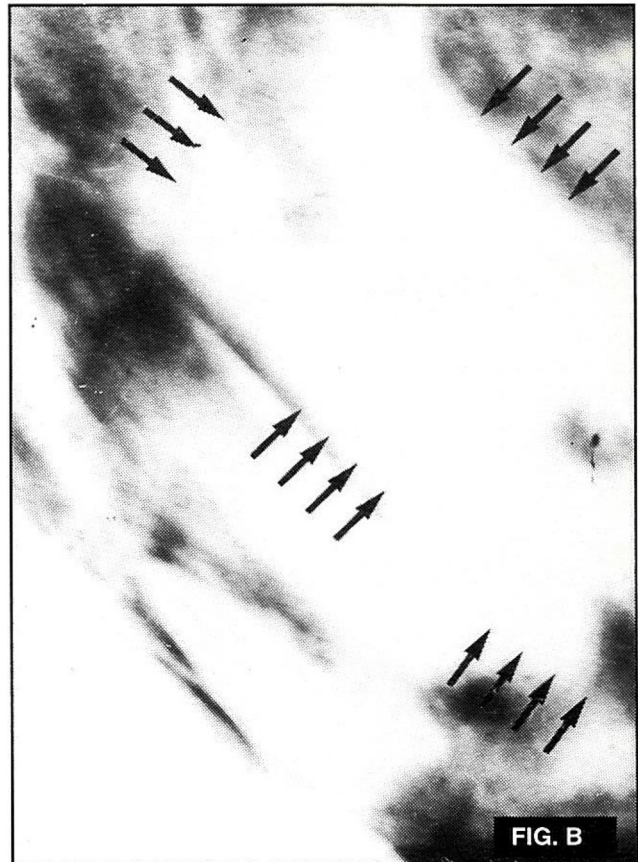
SUMMARY

In this work are joined the main present characteristics and knowledges about «Odontomas»; that are included in the classifications of Odontogenic tumours by its frequent benign behavior in growth (limited), maturation and calcification of the lesion, they could be considered «malformations» or «hamartomas». Etiology, histologic changes and the possibility of surgical treatment are analyzed, showing different clinical cases that are representatives each one of them of the whole subject development.



BIBLIOGRAFIA

- 1 - BADER, G.: Odontomatosis (múltiples odontomas) Oral. Surg., 23: 770, 1967.
- 2 - BORGHELLI, R.: Temas de patología bucal/clínica. Ed. Mundi S.A.I.C. y F., Argentina, 1979.
- 3 - BORELLO, E.; ALBANO, H.: Tumores odon-



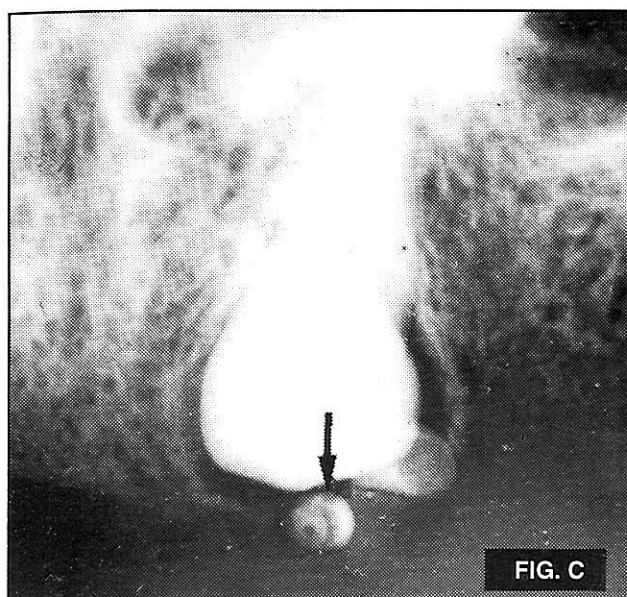


FIG. C

togénicos: pautas para su tratamiento. Rev. Asoc. Odont. Argent., 63 (1-2): 13, 1975.

4 - BORELLO, E.; ESCOVICH, A.: Odontoma compuesto combinado de maxilar superior. Rev. Cir. Odont. Sant., 8:18, 1960.

5 - BUDNICK, S.D.: Compound and complex Odontomas. Oral Surg., 42:501, 1976.

6 - COBOS, L.; y col.: Odontomas compuestos y complejos. Odont. Chile, 15:33, 1966.

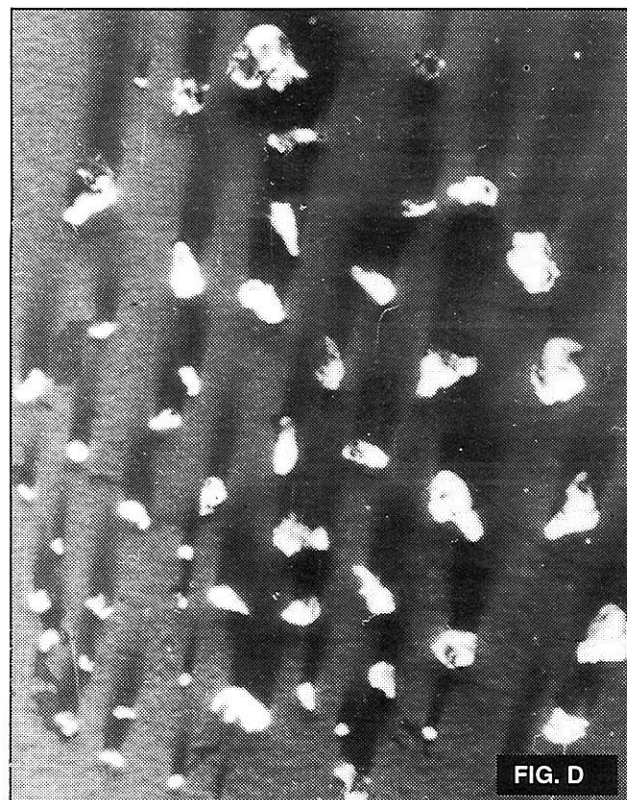


FIG. D

7 - DIPIRAMO, S.: Anatomía Patológica general y buco-maxilar. Librería Méd. Ed.: Uruguay, 1990.

8 - GRINSPAN, D.: Enfermedades de la boca. Tomo V. Ed. Mundi, Argentina, 1983.

9 - GRUMBURG,

J.; y col.: Tumores de los maxilares de origen dentario. An. O.R.L., Uruguay. 38 (3) 221, 1968.

10 - IUSEM, R.: Odontomas. Rev. Centro Est. Od., Bs.As., 32:117, 1945.

11 - KILLEY, H.C.; KAY, L.W.: Complex composite odontomas of the jaws. International Surgery, 46:103, 1966.

12 - MENDEZ, S.; y col.: Consideraciones a propósito de un caso de odontoma complejo. Rev. Iberoam. Cir. O. y Maxil., 2:91, 1980.

13 - ORIBE, J.A.; y col.: Cirugía Maxilo Facial. López Libreros Editores. Argentina, 1987.

14 - PINDBORG, J.J.; y col.: Tipos histológicos de los tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones afines. Clasif. histológica Internacional de Tumores N° 5, O.M.S., Ginebra, 1972.

15 - RIDETT, S.A.: Composite Odontoma at very early age. Brit. Dent. J., 77:129, 1944.

16 - SHAFFER, W.G.; LEVY, B.M.: Tratado de Patología Bucal. Ed. Interamericana, México, 1986.

17 - SPRAWSON, E.: Odontomas. Brit. Dent. J., 62:177, 1937.

18 - THOMA, K.; y col.: Patología oral. Ed. Salvat, 1973.

19 - THOMPSON, C.; BOLDENT, T.E.: Odontoma in an 11-year-old boy. New York Dent. J., 35:82, 1969.



FIG. E