

ODONTOMA MIXTO COMPLEJO

Presentación de un caso en el Maxilar Inferior

POR LOS DOCTORES
EDUARDO LOPEZ MARTINEZ *
y JOSE B COSTAS **
(Montevideo - Uruguay)

1º INTRODUCCION

La Anatomía Patológica, como una de las ramas principales de la Patología, debe procurar siempre en mantener una íntima relación con la Práctica Clínica.

La correlación de la Clínica con la Patología da, entre otras cosas, una comprensión racional de la patogénesis y de la semiología de la enfermedad.

La correlación de los hallazgos clínicos, los exámenes radiográficos, y las evidencias histopatológicas, permite la divulgación de tales hechos con fines didácticos.

El Odontólogo, como clínico, que observa, puede y debe participar de la ciencia, puede y debe, en cierto modo, ser un anatomopatólogo, así como el científico no puede y no debe estar divorciado de la observación y la consideración de la enfermedad en el ser humano.

Como bien lo afirma Houssay, en su excelente tratado de Fisiología

Humana, "No hay ciencias puras y ciencias aplicadas sino ciencias y aplicaciones de la ciencia".

La integración armoniosa de la necesidad del conocimiento científico del odontólogo general con el análisis paciente por el hombre de ciencia, de los hechos observacionales, traerá sin duda el progreso ascendente de la Odontología.

Con la estrecha relación entre Clínico y anatomopatólogo se podrá muchas veces resolver problemas diagnósticos, realizar tareas de investigación, o de divulgación didáctica.

2º ODONTOMAS

Los Odontomas constituyen anomalías tumorales o pseudo-tumores de origen odontogénico compuestos por tejidos dentarios calcificados de extirpe ectodérmica (esmalte) y de extirpe mesodérmica (pulpa, dentina, cemento). Al estar presentes tejidos derivados de más de una capa germinativa (ectodermo y mesodermo) son de naturaleza mixta.

Los "tumores" más comunes en esta categoría son:

* Asistente de Operatoria Dental.

** Profesor Titular de Anatomía Patológica.

- 1) **El Odontoma mixto complejo,** y
- 2) **El Odontoma mixto compuesto.**

El tipo complejo se compone de una masa de dentina, esmalte y cemento dispuesta sin orden, sin una relación normal.

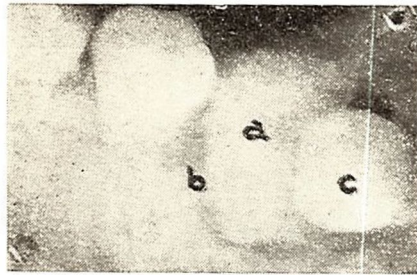


Foto Nº 1. — Placa radiográfica rutinaria periapical. La masa radioopaca (a) rodeada por una franja (b) radiolúcida es bastante diagnóstica del odontoma mixto complejo. Puede observarse (c) el tercer molar retenido

El tipo compuesto comprende variadas masas pequeñas, en las que los tejidos dentarios en su relación anatómica es tal que da la impresión de dientes rudimentarios.

Ocasionalmente pueden presentarse casos de odontomas mixtos con las características estructurales de ambos tipos o variedades.

La etiología de los odontomas es desconocida. Es evidente la presencia de un disturbio en el desarrollo precozmente en la iniciación de un germen dentario, del cual se desprenderían brotes con un desarrollo independiente formando ya tejidos dentarios en relación normal pero con un delineamiento general diferente (tipo compuesto), o ya de una manera menos ordenada, más bien caótica (tipo complejo).

Los odontomas "per se" son asin-

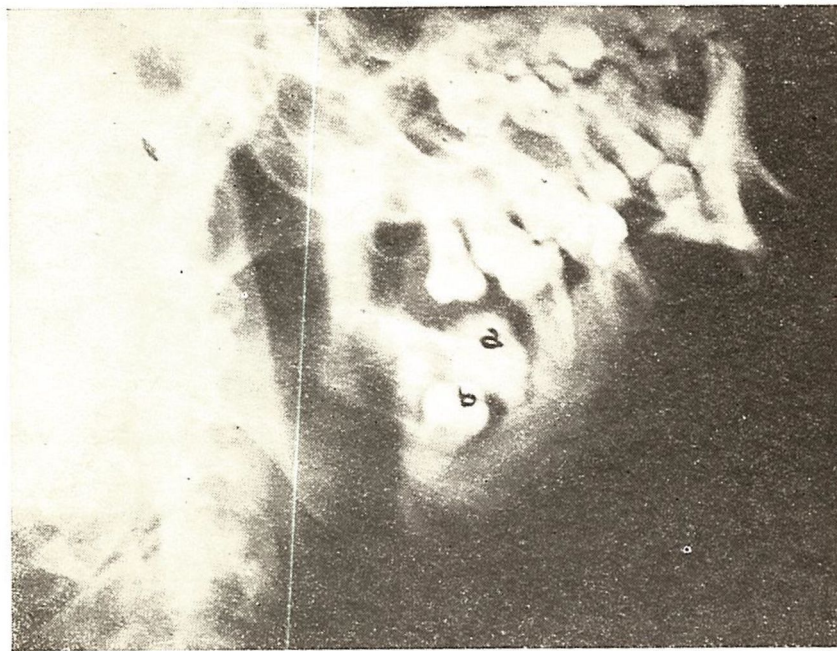


Foto Nº 2. — Proyección radiográfica lateral del maxilar inferior. Puede observarse (a) el odontoma en su relación con la parte oclusal (b) del tercer molar retenido.

tomáticos, por lo que, a pesar que se desarrollan a edad temprana pasan generalmente inadvertidos por varios años.

Pueden interferir con la erupción de los órganos dentarios vecinos (historia de erupción retardada) o presionar contra un nervio (historia dolorosa).

La imagen radiográfica es de suma utilidad para establecer el diagnóstico. El tipo compuesto es en dicho sentido el más característico, dando una imagen radiopaca nítida con la contención de estructuras semejando pequeños órganos dentarios.

El tipo complejo no es tan evidente, presentando una masa radiopaca con zonas radiolúcidas, bien delimitada del hueso circunvecino.

A pesar de que el diagnóstico clínico-radiográfico es generalmente suficiente, no debe excluirse el estudio histológico para establecer un diagnóstico seguro y definitivo.

Finalmente, la terapéutica del odontoma comprende su remoción quirúrgica completa.

HISTORIA DEL CASO

Paciente: H. Q.
Edad: 31 años.
Sexo: Masculino.
Estado: Casado.

Extensa celulitis lado derecho del maxilar inferior, localizada en región geniana baja y el ángulo. Trismus y dolor intenso. Temperatura 39°. Decaimiento general. Se piensa en accidente del 3er. molar.

El intenso trismus impide toma de placa intraoral por lo que se indica radiografía extra oral y se le ordena penicilina-estreptomina 800/0,5 con intervalo de 12 horas. Al cabo de 48 horas el proceso flegmático

no cede y el paciente mantiene la temperatura.

Con la radiografía indicada observamos un tercer molar retenido y por delante de él, una zona radiopaca que se diagnostica como odontoma sólido calcificado.

Se complementa la terapéutica con terramicina inyectable 250 miligramos cada 24 horas.



Foto Nº 3. — Macrofotografía del tumor mostrando la superficie rugosa característica de la anomalía.

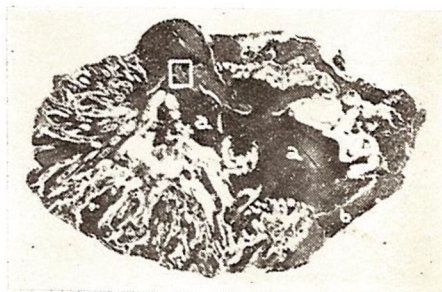


Foto Nº 4. — Microfotografía panorámica del espécimen histológico. Los tejidos dentarios (partes oscuras), están dispuestos en forma radial a partir de una formación dentaria (a) anómala más densa. Las áreas claras irregularmente ovalares y de tamaño desigual, estaban en su mayor parte rellenas de esmalte, que debido a la decalcificación durante las manipulaciones técnicas en el proceso del preparado presentan ahora restos de matriz adamantina. Puede observarse en la periferia (b) porciones de la cápsula conectiva.

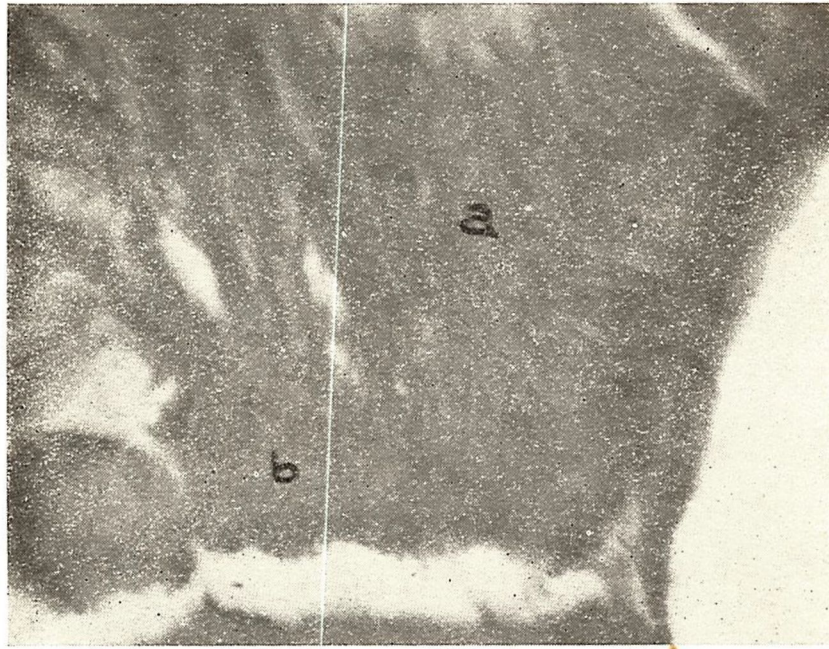
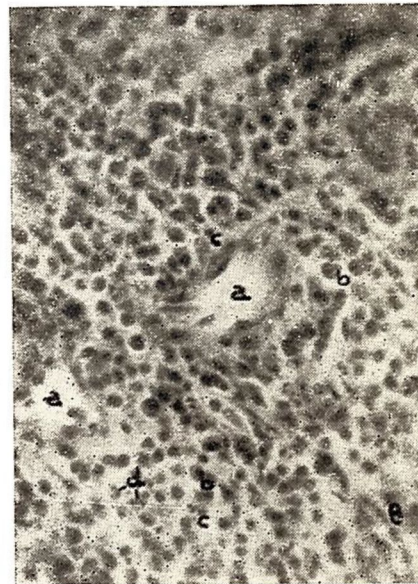


Foto Nº 5. — Vista a gran aumento de restos de matriz adamantina. La estructura prismática es perfectamente reconocible en corte longitudinal (a), y en corte transversal (b).



Fotos Nº 6 y 7. — A menor aumento (figura de la izquierda) parte periférica del preparado en que se observa el tejido conectivo capsular (a), y la presencia de epitelio odontogénico (b) en proliferación. A aumento mayor (figura de la derecha), elementos constituytivos del tejido de granulación: (a) neo vasos; (b) células plasmáticas; (c) linfocitos; (d) glóbulos blancos; (e) fibroblastos.

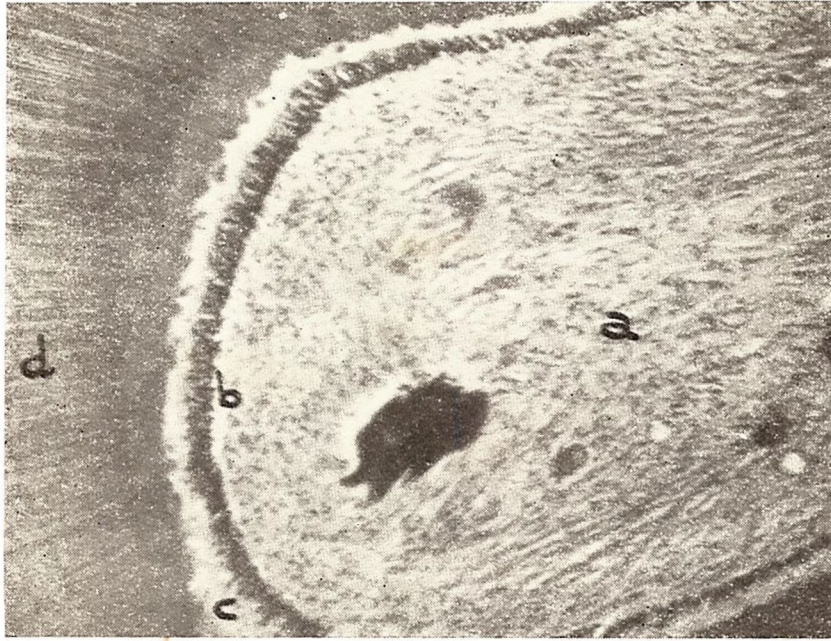


Foto N° 8. — Grau aumento del recuadro de la figura N° 4 mostrando en la parte central (a) tejido conectivo tipo pulpar, odontoblastos (b), predentina (c), y dentina regular (d).

Al cabo del 4º día el proceso cede, no hay temperatura, comienza a ceder el trismus.

Tomamos entonces una placa intra-oral y procedemos a la intervención, que se realiza según arie y sin variantes como para la avulsión del tercer molar retenido.

BIBLIOGRAFIA

1. Oral Pathology. K. H. Thoma. The C. V. Mosby Co. 1954.
2. The Management of Oral Disease. J. L. Bernier. The C. V. Mosby Co. 1955.
3. Oral and Dental Diagnosis. K. H. Thoma. H. B. G. Robinson. Saunders Co. 1955.
4. Dynamics of Oral Diagnosis. E. Cherasquin, L. L. Langley. The Year Book Publishers. 1956.
5. Color Atlas of Oral Pathology. R. A. Colby. 1956.
6. Complex Odontoma of Maxilla. Report of a case. L. M. Silverman. Oral Surg., Oral Med., Oral Path., Vol. 15, p. 911, 62.
7. Large Complex Composite Odontoma. Report of a case. G. T. Simon, R. G. Topazian. Oral Surg., Oral Med., Oral Path. 1962.

Los autores quieren dejar especial constancia del agradecimiento por la ayuda del Sr. Juan Pose en la preparación del material histológico y del Sr. Pablo Rosini en la preparación de las microfotografías y fotos.

VIVIMOS UNA HERMOSA REALIDAD. SEDE PROPIA,
ADQUIRIDA CON LA COLABORACION DE 300 ASOCIADOS
SUSCRIPTORES DE ACCIONES EDIFICIO