

165
24º



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ODONTOMAS
COMPUESTO Y COMPLEJO**

T E S I N A

**QUE PRESENTA:
GAMEZ PERAL LUIS ALBERTO
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

**DIRECTORA DE TESINA:
C.D. ROCIO GLORIA FERNANDEZ LOPEZ**



NOVIEMBRE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA:

Dedico con mucho cariño, este trabajo
a mi madre, por su apoyo incondicional,
por los sacrificios que paso a lo largo de
mi preparación a todos los niveles, y
agradezco profundamente el haber creído
en mi, por hacerme un hombre de bien.

A ti mami:

Gracias.

A mi padre, por tenerme confianza
para lograr terminar mi carrera de
acuerdo a mi convicción.

Papa gracias .

A mis hermanos :

Paco y Roman.

por su apoyo a lo largo

de mi carrera..

Gracias.

A mis tías :

Bertha.

Mimi.

Susy.

Por su apoyo de siempre.

A mi tío:

Ruben.

Por sus consejos sinceros.

A ti Nasheli por apoyarme siempre.
y estar conmigo en las buenas y en
las malas.

Gracias mi Amor.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Sinonimia.....	3
Definición.....	4
Antecedentes Históricos.....	5
Generalidades.....	6
Etiología.....	7
Clasificación de tumores odontogénicos de la OMS.....	8
Odontoma compuesto.....	10
-Características	
Esquema de un odontoma compuesto.....	12
Tipos de odontomas compuestos.....	13
Incidencia del odontoma compuesto.....	14
Características clínicas.....	15
Diagnóstico.....	17
Diagnóstico diferencial.....	18
Características radiográficas.....	19
Características histopatológicas.....	20

Odontoma complejo	21
Etiología.....	23
Incidencia del odontoma complejo	24
Diagnóstico del odontoma complejo.....	26
Esquema de un odontoma complejo.....	27
Características radiograficas del odontoma complejo.....	28
Tratamiento de los odontomas compuesto y complejo	29
-Principios básicos del acto quirurgico	
-Asepsia	
-Antisepsia	
-Anestesia	
-Incisión	
Condiciones que debe tener una buena incisión.....	30
-Hemostasia	
-Objetivo de la cirugía	
-Tratado de la cavidad	
-Sutura	
Típos de colgajo	32
-Características de un colgajo	

Colgajo semilunar.....	33
-Técnica quirúrgica	
-Ventajas	
-Esquema	
Colgajo Luebke-Ochsenben	34
-Técnica quirúrgica	
-Ventajas	
-Esquema	
Colgajo Triangular	35
-Técnica quirúrgica	
-Ventajas	
-Esquema	
Colgajo Trapezoidal.....	37
-Técnica quirúrgica	
--Ventajas	
-Esquema	
Tratamiento de los odontomas compuesto y complejo.....	38
-Acto quirúrgico	
-Levantamiento de colgajo	

-Ostectomía

-Enucleación del tumor

-Limpieza de la cavidad

-Sutura

Complicaciones41

-Pronostico

Esquema del tratamiento del odontoma compuesto42

Esquema del tratamiento del odontoma complejo43

Conclusión.....44

Bibliografía.....45

INTRODUCCIÓN

Estamos conscientes que al concluir esta tesina inicia una etapa más en nuestra formación como profesionistas, a la que nos enfrentamos con la seguridad de haber aprovechado y asimilado el tiempo y los valiosos conocimientos de todos los profesores que tuvieron que ver en nuestra formación profesional, y a los cuales les estamos sumamente agradecidos.

Para elegir el tema del cual tratara la presente tesina, fue necesario considerar una buena opción, en la que se revise detalladamente un tema en específico, ya que en el área odontológica existe una amplia gama de tópicos, todos cual más interesantes; me incline hacia el tema de los tumores de origen odontogénico en especial a un cierto tipo tumores benignos como son los ODONTOMAS, ya que este tipo de lesión tienen interés para el cirujano dentista porque en el estudio y tratamiento de estos tumores se aplican los conocimientos adquiridos así como las técnicas quirúrgicas que se aprendieron a lo largo de la carrera.

Como es sabido estas lesiones tienen una procedencia interesante ya que en la literatura existen varios autores que definen estas lesiones como de tipo mixto, por que se dice que tienen su origen a partir células epiteliales y mesenquimatosas, ya que algunas estructuras formadoras de estas lesiones nos muestran que se encuentran depósitos de esmalte producidos por ameloblastos, y de dentina producida por odontoblastos lo cual postura que los odontomas deben considerarse más bien hamartomas que tumores.

El objetivo de esta tesina es ampliar los conocimientos sobre los tipos diferentes de lesiones que como cirujanos dentistas tenemos que tener presentes para dar un buen diagnostico y un plan de tratamiento adecuado a nuestros pacientes, así como un seguimiento de los tratamientos realizados.

SINONIMIA

Adamantinomas Odontoplásticos, Odontomas Odontoplásticas (Broca)

Adamantinoma Sólido Dentificado (Coryllos)

Tumores de dientes múltiples

Según las características que presentan se han llamado:

Adamantinomas, Ortodontoplásticos, Adamantinomas Disodontoplástico

*Adamantinomas Fibroodontoplásticos, Adamantinomas, Mono Ortodonplástico
(Bercher, Houper y Friez)*

Enclavomas (Leriche y Cotte).⁹

DEFINICIÓN

Existen varias definiciones que en la literatura podemos encontrar en relación a los ODONTOMAS.

LASKIN: Los define como tumores benignos de los tejidos duros dentales y agrega calificativos de compuesto para indicar la presencia de cuatro tejidos dentales: dentina, esmalte, cemento y pulpa.¹

GORLIN: Menciona que el término odontoma ha sido utilizado para significar un tumor en el cual la inducción a dado lugar al desarrollo de esmalte y dentina.²

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En realidad estos tumores (anomalías de desarrollo de Magitot) no han sido estudiadas muy profundamente en la literatura médica a pesar de que parece que han existido en todos los tiempos, en el hombre y en otras especies de mamíferos. En 1931, Sidney en excavaciones en túmulo(1800-500 años antes de J.C.) en Lewes, encontró un pequeño odontoma en el maxilar de un joven. Herodoto describe un esqueleto encontrado en la batalla de Platea (479 años antes de J.C.) en cuyo maxilar existían dientes fusionados en una masa amorfa, compuesta de tejidos dentarios calcificados (citados por Geschicktes y Copland. Tumors of the Bone) .

- *El término odontoma fué empleado por Broca para designar todos los tumores de origen dentario, pero en la actualidad ese término no es ya compartido.⁹*

GENERALIDADES

*Los odontomas se consideran tumores mixtos por que están compuestos por tejido de origen tanto epitelial como mesenquimatoso, bien diferenciado, por lo que se encuentran depósitos de esmalte producidos por ameloblastos y depósitos de dentina producidos por odontoblastos. Las células y los tejidos son normales, pero la estructura es defectuosa por lo que se postula que los odontomas deben considerarse más bien hamartomas que tumores.*³

*Este esmalte y esta dentina yacen abajo de un patrón anormal debido a que la organización de las células odontógenas no pueden alcanzar un estado normal de morfodiferenciación.*⁴

Los odontomas pueden ocurrir en cualquier zona de los maxilares, pero son más frecuentes en las regiones de los terceros molares e incisivos y caninos. Estos tumores crecen con lentitud y suelen ser asintomáticos, pero pueden adquirir gran tamaño.

ETIOLOGÍA

La etiología del odontoma se desconoce, se ha sugerido que el trauma local pueden llegar a originar 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. ⁴.

No existe una predilección aparente de que el odontoma aparezca en sitios específicos de la cavidad bucal, ni parece presentarse característicamente con dientes supernumerarios, lo cual sugeriría que es más frecuente en los incisivos centrales maxilares o distales del tercer molar maxilar. ¹.

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. Una de las teorías más aceptadas es que los odontomas se forman a partir del órgano de esmalte o de la lámina dentaria en lugar de un diente normal o quizás a partir de una lámina supernumeraria en asociación con el folículo de un diente no erupcionado.

**CLASIFICACIÓN DE TUMORES ODONTOLÓGICOS
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Los odontomas entran en la clasificación de la OMS. En el apartado de los tumores de origen odontogénico de tipo benigno.

I. BENIGNOS

A. Epitelio odontogénico sin ectomesenquima odontogénico

1. Ameloblastoma
2. Tumor odontogénico escamoso
3. Tumor odontogénico epitelial calcificante.

A) Tumor de Pinborg.

4. Tumor odontogénico de células claras.

B. Epitelio odontogénico con ectomesenquima odontogénico, con o sin formación de tejido duro dental.

1. Fibroma ameloblástico
2. Fibrodentinoma ameloblástico (dentinoma) y Fibro odontoma ameloblástico.
3. Odontoameloblástoma.

4. *Tumor odontogénico adenomatoide.*

5. *Quiste odontogénico calcificante*

6. *Odontoma compuesto.*

7. *Odontoma complejo*

C. *Ectomesenquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico.*

1. *Fibroma odontogénico.*

2. *Mixoma (Mixoma odontogénico, Mixofibroma)*

3. *Cementoblastoma benigno*

a) *Cementoblastoma*

b) *Cementoma verdadero.*⁵

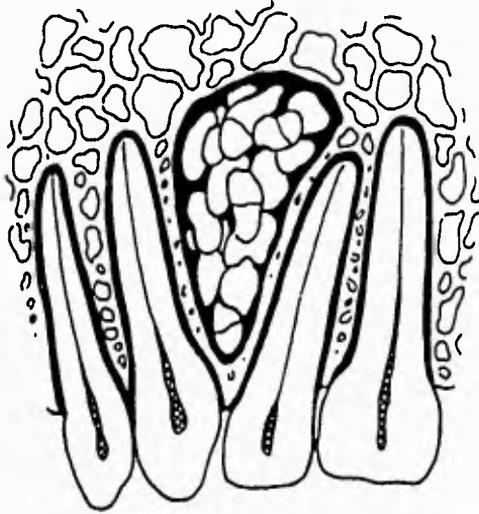
ODONTOMA COMPUESTO

CARACTERÍSTICAS:

Se denomina odontoma compuesto a este tipo de lesión porque tiene un grado elevado de morfodiferenciación e histodiferenciación al del odontoma complejo, ya que en este tipo de odontoma las estructuras calcificadas exhiben suficiente semejanza anatómica con los dientes normales aunque los dientes sean pequeños y deformados. Esta lesión se compone de más de un tipo de tejido como esmalte, dentina cemento y pulpa. ². El odontoma compuesto muestra numerosas estructuras dentiformes pequeñas pero una gran variedad de apariencias pueden presentarse.

Este odontoma está generalmente en una cápsula fibrosa y consta de muchos dientes pequeños separados por dentículos embebidos en tejido fibroso en el cual puede tener algunas trabéculas óseas. en este odontoma, el esmalte, la dentina y el cemento, están dispuestos en pequeños dientes separados, la mayoría de los cuales presentan forma rara; cada pequeño diente es una estructura independiente, y el número de dientes puede variar desde unos pocos a muchos. Se mantienen juntos con una cápsula

de tejido fibroso y la masa en su totalidad esta incluido en hueso. ⁷. Se trata de una lesión más común, dos veces más frecuente que el odontoma complejo. Rara vez hay dificultad para el diagnóstico radiográfico del odontoma compuesto por la similitud de los componentes de los dientes en miniatura.



ESQUEMA DE UN ODONTOMA COMPUESTO "

TIPOS DE ODONTOMAS COMPUESTOS

Existen dentro de los odontomas compuestos diferentes tipos de odontomas de acuerdo al grado de odontogénesis en que se encuentren como se describen a continuación:

Odontoma Compuesto Geminado. -Estos procesos son comparables a la geminación dentaria. El odontoma compuesto geminado puede presentarse en cualquiera de los dos maxilares o acompañado de retención de uno o de varios dientes, y muestran la existencia de los dientes fusionados

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.

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 de tumor.⁹.

INCIDENCIA DEL ODONTOMA COMPUESTO

El odontoma compuesto es un tumor odontogénico común con la capacidad de su epitelio odontogénico y con un mesénquima que alcanza un grado ligeramente por debajo de la odontogénesis normal.

Los odontomas pueden descubrirse en cualquier edad y localización en los arcos dentales maxilar y mandibular. Cuando menos el odontoma compuesto en un 60% se diagnostican en la 2ª y 3ª década de la vida y con mas frecuencia en mujeres que en hombres y tienden a presentarse más comúnmente en la región incisivo canina.⁷

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El odontoma compuesto es una malformación no infiltrativa que crece con lentitud. La mayoría de estos odontomas ocurren en las regiones anteriores de los maxilares, con preferencia en la región de los incisivos y caninos del maxilar. Son neoformaciones no agresivas y de evolución limitada que pueden recidivar si se les extirpa durante la etapa de tejido blando. Se dice que esta lesión el 60% se diagnostica en la segunda y tercera década de la vida, aunque afecta a niños y adultos jóvenes sin embargo puede presentarse en la vida adulta. ¹

La interferencia causada por un odontoma compuesto es una de las causas más comunes de la no erupción de los dientes permanentes. Los signos clínicos que sugieren la presencia de un odontoma incluyen diente decidua, retenido, diente incluido y tumoración alveolar y es habitual que no produzca síntomas. Se dice que el odontoma compuesto contiene diversas formaciones dentales que tienden a formar quistes destructivos y en ocasiones asimetría facial. Frecuentemente aparecen entre las raíces de

los dientes anteriores,son enanos y casi todos tienen ralces simples y parece ser que tienen preferencia de aparecer en el lado derecho del los maxilares. '.

DIAGNOSTICO

En vista de que el odontoma compuesto es asintomático, al menos el 60% se diagnostican en la segunda y tercera década de la vida, por medio de un examen radiográfico de rutina observándose una masa con estructuras calcificadas además de la ligera alteración de las estructuras vecinas, como la no erupción de los dientes permanentes.¹

No hay ningún proceso parecido en la patología quirúrgica de los maxilares que pueda prestarse a confusión. En lo que se puede dudar es en el tipo de tumor, pero la imagen radiográfica son zonas claras u oscuras o la imagen con los dentículos perfectamente visibles nos darán el diagnóstico.

En los tumores pequeños, es suficiente una radiografía intraoral. En los grandes ésta no llena las necesidades, por lo que la radiografía extraoral da perfecta satisfacción.⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los odontomas ,cualquiera que sea su tipo clínico y en algunas formas particulares, pueden ser confundidos con otros procesos tumorales, otras lesiones óseas o anomalías anatómicas.

Las denominadas enostosis(ostelitis condensantes).

Algunos dientes retenidos o algunas raíces dentarias antiguas, totalmente cubiertas de hueso, pueden simular odontomas.

Los cementomas producen imágenes radiográficas que pueden llevar a confundir el diagnóstico, nuevas tomas radiográficas y un estudio clínico profundo, logran la ubicación exacta del problema.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Radiográficamente el odontoma compuesto se manifiesta por un foco que contiene varios dientes maduros, se relacionan con un diente entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido; la lesión se halla bien delimitada respecto del hueso circulante por una fina línea radiolúcida que representa la cápsula folicular.

Esta lesión puede contener solo algunas estructuras semejantes a los dientes o varias docenas de ellos.

En los Odontomas compuestos geminados.-se observa la existencia de los dientes fusionados

En los Odontomas compuestos Gestantes.- presentan la imagen del dens in dente.

En los Odontomas compuestos Dilatados.-muestran el aumento de volumen de tejidos dentarios en la raíz del diente.⁹

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

El odontoma compuesto exhibe a simple vista muchos dientes enanos por lo general con coronas y raíces mal formadas; se reconocen todos los componentes normales de un diente como son esmalte, matriz de esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, dispuestos en forma desorientada. Suele haber una cápsula circundante que representa el folículo dental. Esta cápsula es de tejido conectivo fibroso revestido en su superficie interna por un epitelio odontogénico que también puede estar en el espesor de la pared del folículo donde induciría la hialinización del tejido conectivo.

A menudo se encuentra la matriz de esmalte relacionado con el órgano de esmalte antes de la maduración final de los tejidos duros y en algunos casos queratinizados. Un aspecto adicional interesante es presencia de células fantasma; que existen también en el quiste odontogénico calcificante. Se sugiere que todos los odontomas sean enviados a un patólogo bucal calificado para su estudio microscópico¹.

ODONTOMA COMPLEJO

CARACTERÍSTICAS DEL ODONTOMA COMPLEJO

Este odontoma presenta un intento frustrado de formación de un diente.

La diferenciación estructural es mala y la consecuencia final es una masa calcificada que despliega un cuadro desordenado de tejidos duros, a diferencia del odontoma compuesto hay poca semejanza con la forma de un diente normal.

Este odontoma es menos común que el odontoma compuesto.¹ y difiere del odontoma ameloblástico por la ausencia de tejido ameloblástico. En el desarrollo del diente normal hay una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro y el odontoma complejo corresponde a este estadio de inducción; la morfodiferenciación es escasa, y por lo tanto hay poca semejanza con la forma de un diente normal.

Este tipo de odontoma parece ser menos frecuente que el odontoma compuesto pero mucho más que el odontoma ameloblástico; no parece haber preferencia sexual y no es maligno y suele permanecer bastante

pequeño ,aunque algunas veces es gigante y esta asociado algunas veces con el desarrollo de quistes dentígeros. Suelen ser asintomáticos y se detectan en exámenes radiográficos de rutina corrientes, con bastante frecuencia, el odontoma complejo, esta asociado con un diente sin salir; en algunas ocaciones este odontoma se interpreta como una ostelitis esclerosante.

El odontoma complejo consta de esmalte, dentina y cemento que forman una masa extensa de manera irregular. Una buena parte de esmalte esta totalmente calcificada. Estas sustancias demuestran una fuerte tendencia a establecer una interrelación con otras afecciones similares que se presentan en el desarrollo normal de los dientes.⁷

La masa del tumor puede ser mayor a la de un diente normal, cada uno de los tejidos dentales están dispersos en toda la estructura y el crecimiento global, se halla rodeado de una cápsula fibrosa. Los odontomas compuestos y complejos no son entidades netamente diferentes.⁸

ETIOLOGÍA

La etiología del odontoma complejo al igual que el odontoma compuesto se desconoce pero algunas autores dicen que estos tumores provienen de alguna aberración del germen dentario al principio del desarrollo; otros mencionan como ya se ha dicho que el traumatismo local o la infección pueden llegar a originar dicha lesión dependiendo del estadio de formación del diente.

Burket. Dice que puede llegar a formarse a consecuencia de la producción continuada de llemas del germen dental primario o permanente, o por proliferación anormal de células del germen dental, en cuyo caso el odontoma sustituye al diente normal.

INCIDENCIA DEL ODONTOMA COMPLEJO

El odontoma complejo se encuentra más frecuentemente en niños mayores y adultos jóvenes. Se considera que es algo más común en mujeres que en hombres, cuando menos el 70% se diagnostican en la 2ª y 3ª década de la vida. El odontoma complejo tiene una predilección por la parte molar de la mandíbula⁷. Es decir en la región del segundo y tercer molar y son algo más frecuentes en el maxilar inferior.

Algunas veces están asociados con el desarrollo de un quiste dentígero. Suelen ser asintomáticos y en algunos casos hay poca diferenciación con la forma de un diente normal y por ello ha sido llamado también odontoma dilatado. Este tipo de odontoma suele permanecer como una lesión pequeña, aunque se describieron casos en que adquirió grandes proporciones. A veces el folículo asociado con un odontoma puede tomarse quístico.

Por otra parte un hecho interesante es que tanto el odontoma complejo

como el odontoma compuesto se han presentado con más frecuencia en el lado derecho de los maxilares que en el lado izquierdo (compuesto 62%; complejo 68%)⁴. Al igual que el odontoma compuesto estos tumores tienen la poca posibilidad de recidivar.

DIAGNÓSTICO DEL ODONTOMA COMPLEJO

Sin duda el diagnóstico de este odontoma es similar al del odontoma compuesto, ya que también este tumor es asintomático y por lo regular se diagnostican por medio de un examen radiográfico de rutina, en el cual se observa una masa opaca calcificada bien delimitada y que también se relaciona con dientes impactados; solo que en este odontoma la masa tumoral amorfa se observa en la zona de los terceros molares en la maxila inferior.

Posiblemente no halla otro método de diagnóstico para establecer que se trata de odontomas de tipo compuesto y complejo a excepción de que las formas radioopacas de cada tipo de odontoma son distintas en la estructura de la masa tumoral que se presenta.



ESQUEMA DE UN ODONTOMA COMPLEJO "

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DEL ODONTOMA COMPLEJO

Radiográficamente esta lesión se observa como una radioopacidad nodular, cuya densidad se aproxima a la de la estructura dentaria. En torno de la opacidad hay una fina área radiolúcida que representa el folículo. La masa opaca exhibe una escasa semejanza morfológica con un diente ¹

En algunos casos hay formación de tejidos dentales de forma irregular que se parece poco al orden del tejido dental normal ². Este odontoma también aparece como una masa calcificada que cubre la corona de un diente no erupcionado o impactado ⁴

TRATAMIENTO DE LOS ODONTOMAS

COMPUESTO Y COMPLEJO

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL ACTO QUIRÚRGICO

CONCEPTOS:

ASEPSIA: *Ausencia de materiales sépticos. En microbiología.-Reducción en el número de gérmenes*

ANTISEPSIA: *Prevención de la infección. En microbiología. -Reducción de la virulencia de gérmenes patógenos*

ANESTESIA: *Es el bloqueo de las terminaciones nerviosas con el fin de eliminar el dolor por medio de sustancias anestésicas*

INCISION: *La incisión es la maniobra mediante la cual procedemos a la apertura de los tejidos, la piel o las mucosas, para poder llegar a los*

planos más profundos, o bien para limitar lesiones tumorales y poder realizar de esta manera, el propio objetivo de la intervención quirúrgica

CONDICIONES QUE DEBE TENER UNA BUENA INCISIÓN:

-La incisión y el colgajo que esta circunscribe debe tener una base lo suficientemente ancha para asegurar una vascularización adecuada evitando trastornos nutritivos y por consiguiente la necrosis Por lo tanto debemos tener muy presente el recorrido de los vasos sanguíneos evitando su sección.

-Buena visualización del objeto que se va a operar, trazando la incisión de tal manera que la favorezca y no se ponga a las distintas maniobras de cada operación en particular.

-La incisión debe ser lo suficientemente extensa para permitir un colgajo que descubra ampliamente el campo operatorio evitando desgarros o roturas del tejido que dificultan y complican la cicatrización de la herida.

-La incisión debe ser hecha de un solo trazo, correcto, rectilíneo sin líneas secundarias y con un bisturí bien cortante; de esta manera la adaptación de los colgajos y la cicatrización de la herida serán excelentes

HEMOSTASIA: *La hemostasia consiste en parar el sangrado que se provoca con la incisión, por medio de presión directa en la zona de la herida.*

OBJETIVO DE LA CIRUGÍA: *En el objetivo de la cirugía se elimina la lesión en sí.*

TRATADO DE LA CAVIDAD: *En este paso la cavidad tratada después de la eliminación de la lesión, se debe dejar la cavidad limpia sin residuos de astillas óseas, sin bordes cortantes, es decir que la cavidad deberá de estar limada uniformemente.*

SUTURA: *La sutura es el afrontamiento de los tegumentos, es decir el cierre de la herida, por medio de materiales sintéticos o naturales, para que se lleve a cabo el proceso de cicatrización.*

TIPOS DE COLGAJOS

Tras considerar con cuidado los factores precedentes ,el cirujano debe seleccionar el diseño del colgajo que mejor se adapte a sus necesidades. Los diseños siguientes con modificaciones menores cuando sean necesarios cumplen todos los principios quirúrgicos y ayudan a lograr los objetivos de la intervención ¹⁰.

Las características que debe tener un colgajo se mencionan a continuación:

CARACTERÍSTICAS DE UN COLGAJO:

- 1. Debe tener una base ancha para un buen aporte sanguíneo.*
- 2. Ser lo suficientemente amplio, para tener una buena visibilidad.*
- 3. Evitar la formación de ángulos muertos.*
- 4. Ángulos mayores de 90 grados.*
- 5. Deberá ser mucoperiostico.*
- 6. Debe tener soporte óseo.*

Existen diferentes tipos de colgajos que se presentan a continuación:

COLGAJO SEMILUNAR: Se basa en una incisión horizontal curva, con la porción convexa orientada hacia la cresta gingival.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: La incisión comienza en el pliegue muco labial y sigue una línea en media luna de convexidad dirigida hacia la encla insertada, cada extremo de la incisión debe estar al menos un diente por fuera del sitio quirúrgico. La zona de mayor convexidad debe encontrarse por lo menos a 5-10 mm por encima (o por debajo) de los puntos inicial y final. Este colgajo tiene la ventaja de que la mayor parte de la incisión se encuentra en la encla adherida por lo menos a 3mm del fondo del surco gingival.

VENTAJAS:

1. La incisión y elevación son simples.
2. La técnica reduce al mínimo el área por anestesiarse.
3. No se cambia el nivel de la encla marginal al rededor de las coronas protésicas.
4. El paciente tiene buena higiene



esquema "

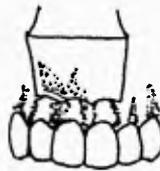
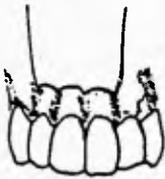
COLGAJO LUEBKE-OCHSENBEIN: Es básicamente un colgajo trapezoidal o semilunar modificado, en la que la incisión horizontal ondulada une dos incisiones verticales.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Se hace una incisión vertical a cada lado del punto quirúrgico entre las eminencias radiculares de los dientes junto a la lesión. Estas incisiones convergen a medida que se extienden desde el llmite del pliegue muco-bucal hasta un punto de la encía adherida a 3-5

mm por encima del margen gingival, y se unen por medio de una incisión horizontal ondulada que sigue el contorno del margen gingival.

VENTAJAS:

- 1. La incisión y la elevación son técnicas sencillas.*
- 2. No se altera la encla marginal lo que reduce la recesión gingival.*
- 3. Se visualiza con facilidad el punto quirúrgico.*
- 4. Se requiere una fuerza mínima para retraer el colgajo.*
- 5. El paciente mantiene una buena limpieza oral.*



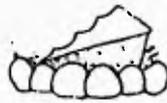
esquema "

COLGAJO TRIANGULAR: *Consiste en una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival unida a una sola incisión vertical de relajación.*

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Se hace una incisión vertical entre las eminencias radiculares de los dientes uno o dos dientes por dentro o por fuera de la lesión, esta incisión se extiende desde el pliegue muco-bucal hasta el ángulo distal de la línea labial de la pieza seleccionada. Se hace una incisión horizontal en el surco gingival que libere el tejido gingival así como las papilas interdenciales; La extensión horizontal debe permitir que la línea por la que se dobla el colgajo sea inferior o lateral con respecto a la lesión.

VENTAJAS:

1. Elimina el riesgo de que la incisión cruse por la lesión.
2. Facilita el legrado de la lesión y la alveoloplastia.
3. La reposición del colgajo es mejor.
5. Conserva al máximo la irrigación del colgajo.



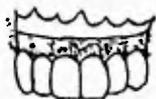
Esquema "

COLGAJO TRAPEZOIDAL: Se basa en una incisión gingival horizontal que conecta otras dos verticales.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Se hace una incisión vertical a cada lado del sitio quirúrgico que convergen conforme se extienden en el borde del pliegue muco-bucal hasta el ángulo de la línea labial distal de los dientes una incisión horizontal en el surco gingival libera la encía marginal y la papila interdentaria y une las dos verticales, la base es mayor que el borde libre.

VENTAJAS:

1. Excelente acceso al campo quirúrgico.
2. Elimina la tensión del colgajo liberado.
3. El legrado se facilita.
4. Buena reposición del colgajo.
5. Mayor visibilidad.¹⁰



Esquema "

TRATAMIENTO DE LOS ODONTOMAS COMPUESTO Y COMPLEJO

Acto Quirúrgico:

El tratamiento de los odontomas es siempre quirúrgico, la terapéutica se encuadra dentro de las normas corrientes de la cirugía oral, estos tumores. La infiltración del anestésico en la región incisal o canina se aplica en el caso de la extirpación del odontoma compuesto ya que en esta zona es donde se presenta este tipo de lesión; en el caso de los odontomas de tipo complejo el anestésico se aplica en la zona retromolar donde tiene tendencia a aparecer este tumor.

Los tiempos quirúrgicos son los clásicos, una incisión amplia que permita visualizar y exteriorizar el tumor⁹.

En el caso de la región retromolar la incisión se realiza empezando sobre el proceso alveolar de distal a mesial y haciendo las modificaciones que sean necesarias para poder tener buena visión del sitio de la lesión.

ESTA TESIS NO DEBE
VALER DE LA BIBLIOTECA

En la region incisal-canina se elige el tipo de colgajo que más convenga al operador, como es el trapezoidal (o Newman).

EL LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO: *Se realiza con una legra y este deberá ser mucoperiostico hasta tener una buena visión lesión.*

HEMOSTASIA: *Esta se realiza por presión directa en el sitio de la lesión.*

OSTECTOMIA: *La ostectomía es sencilla, porque el hueso se encuentra adelgazado, y esta se realiza con escoplo y martillo o con fresa, según la preferencia del operador⁹.*

La irrigación con solución fisiológica es importante para que no exista una necrosis del hueso por calentamiento.

ENUCLEACIÓN DEL TUMOR: *La enucleación en la mayor parte de las veces es sencilla y se extirpan con cucharillas.*

Los trozos grandes se extraen con elevadores, pinzas de disección o pinzas de fragmentos⁹.

La disección precisa y controlada se prefiere al uso de los elevadores, ya que los tejidos vecinos pueden ser lesionados cuando se aplican fuerzas no controladas de elevador⁶

LIMPIEZA DE LA CAVIDAD: *Es importante vigilar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente; ya que en esta existen sustancias duras y epitelio odontógeno que pueden ser causa de recidiva.*

SUTURA: *Una vez enucleada la lesión y limpia la cavidad ósea se procede a la reposición del colgajo, para la sutura de la misma; esta se realiza con materiales de tipo natural como es la seda del número 3 ceros con los puntos de sutura que el cirujano crea conveniente para una buena y rápida cicatrización.*

Cuando los odontomas son operados correctamente, no recidivan nunca.

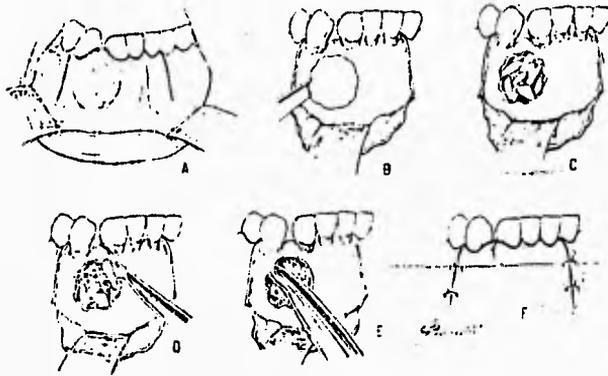
COMPLICACIONES

*Las complicaciones de la extirpación de los odontomas comprenden ciertas lesiones como es la parestesia del labio inferior y de la mandíbula cuando la masa tumoral esta en contacto con el nervio dentario inferior, hemorragia de la cavidad cuando no se controlas áreas de sangrado, e infección secundaria con la separación de las suturas.*⁶

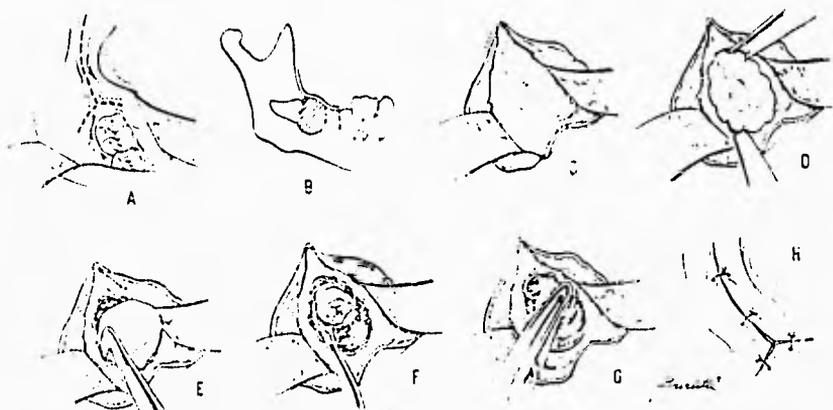
PRONOSTICO

El pronostico es bueno, ya que no sean comunicado casos de recurrencia de este tipo de tumor benigno de origen odontogénico cuando se realiza el tratamiento correctamente sin dejar de restos de los tejidos dentarios en la zona de la lesión es decir, realizando un buen raspado del sitio de la lesión

ESQUEMA DEL TRATAMIENTO DEL ODONTOMA COMPUESTO



ESQUEMA DEL TRATAMIENTO DE UN ODONTOMA COMPLEJO



CONCLUSIÓN:

Después de haber realizado este trabajo, he llegado a la conclusión de que para el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de lesiones benignas de origen odontogénico, como son los odontomas es necesario conocer los conceptos básicos que están implicados en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones, así como la forma en la que se desarrollan estos tumores y hasta donde son capaces de invadir las arcadas dentarias, para poder ofrecer a nuestros pacientes una atención adecuada de tal forma que no tengan ninguna complicación en el momento de la intervención quirúrgica. Sin embargo si se llegara a presentar dicha complicación, debemos recurrir a todos nuestros conocimientos y habilidades para salir avantes, ya que todos los cirujanos dentistas estamos expuestos a este tipo de situaciones. De tal manera que es importante estar bien preparados ética y profesionalmente para poder mantener un objetivo fundamental que es la procuración de la salud de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Daniel M. Laskin CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL. Editorial Médica Panamericana Junín 831 Buenos Aires, Bogotá, Caracas, México
- 2.-J. Gorlin Robert PATOLOGÍA ORAL Salvat. Editores S. A. 1983. reimpresión Barcelona España.
- 3.- A. Regezi. Joseph PATOLOGÍA BUCAL. Nueva Editorial Inter Americana S.A de C.V. Primera Edición 1991.
- 4.- G. Shafer. Willian TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL. Nueva Editorial InterAmericana S.A de C.V: Cuarta Edición Ilustrada México D.F. 1986.
- 5.- Facultad de Odontología PROGRAMA DE ESTUDIOS DE 4º AÑO.
- 6.-O. kruger Gustavo. TRATADO DE CIRUGÍA ORAL. Editorial Médica Panamericana Quinta Edición México D. F.
- 7.- E. Waite. Daniel. TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL PRÁCTICA CIA. Editorial. Continental S. A. de C. V. México D. F. Primera Edición. 1978.
- 8.- Burket. MEDICINA BUCAL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Nueva Editorial Interamericana. S.A de C. V. México D: F: 1987.
- 9.- Ries Centeno Guillermo A. CIRUGÍA BUCAL Editorial El Ateneo Buenos Aires, LIMA, Rio de Janeiro, México.

10.- López Arrans J.S CIRUGÍA ORAL Interamericana Mc Graw-hill

11.- Arens Donald E. CIRUGÍA EN ENDODONCIA Ediciones Doyma

S:A:Barcelona Madrid. 1984.

12.- Raspall Guillermo CIRUGÍA ORAL Editorial Médica panamericana

Madrid 1994.