

285  
2 ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOMAS  
REVISION DEL ARCHIVO DE PATOLOGIA  
BUCAL DE LA D.E.P.e I., DE 1986 A 1995

TESINA

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA :

JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO ✓

Directora de Tesina

C.D.M.O. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS



*Valb*  
*Barrios*

México, D.F. 1996

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.

A mis padres:

Dr. Alfredo Miranda G.  
Sra. Ma. Luisa del Olmo L.

Gracias por su confianza y apoyo incondicional para la realización de este trabajo.

A mi esposo:

Lic. Raúl Rojas G.

Por su motivación para culminar este trabajo.

Gracias.

A mis hijas:

Jessica y Fernanda:

Por darme parte de su tiempo y comprensión para la realización de este anhelo.

Mil gracias.

## **INDICE**

<b>I.- INTRODUCCION</b>	<b>3-4</b>
<b>II.- ANTECEDENTES</b>	<b>5</b>
<b>III.- ETIOLOGIA</b>	<b>6</b>
<b>VI.- CLASIFICACION</b>	<b>7-10</b>
<b>V.- CARACTERISTICAS CLINICAS</b>	<b>10 -11</b>
<b>VI.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS</b>	<b>11-12</b>
<b>VII.- HISTOPATOLOGIA</b>	<b>12-13</b>
<b>VIII.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b>	<b>14-15</b>
<b>IX.- TRATAMIENTO</b>	<b>16-17</b>
<b>X.- RESULTADOS</b>	<b>18-19</b>
<b>XI.- DISCUSION</b>	<b>29</b>
<b>XII.- CONCLUSIONES</b>	<b>30</b>
<b>XIII.- BIBLIOGRAFIA</b>	<b>31-33</b>

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

### INDICE DE TABLAS

TABLA 1.- FRECUENCIA DE ODONTOMAS	20
TABLA 2.- DISTRIBUCION POR EDAD	21
TABLA 3.-DISTRIBUCION POR SEXO	21
TABLA 4.- DISTRIBUCION POR LOCALIZACION	22
TABLA 5.- DISTRIBUCION POR LOCALIZACION	22
TABLA 6.- DIAGNOSTICO CLINICO	23
TABLA 7.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.	23

### INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1.- FRECUENCIA DE ODONTOMAS	24,28
GRAFICA 2.- DISTRIBUCION POR EDAD	25
GRAFICA 3.- DISTRIBUCION POR SEXO	25
GRAFICA 4.- DISTRIBUCION POR LOCALIZACION	26
GRAFICA 5.- DIAGNOSTICO CLINICO	27
GRAFICA 6.- DIAGNOSTICO HISTOLOGICO.	27

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

### I.- INTRODUCCION

Los odontomas se consideran tumores mixtos porque estan compuestos por tejido de origen epitelial y mesenquimatosos, las células y los tejidos son normales, pero la morfología es defectuosa, son considerados hamartomas más que verdaderas neoplasias.

Desde la introducción del término, por Broca en 1867, se ha aplicado a diferentes tipos de tumores odontogénicos. Regezi demostró que el 67% de los tumores odontogénicos remitidos a su servicio eran odontomas <sup>(6)</sup>

Hasta la fecha la causa de los odontomas se desconoce, se ha sugerido al traumatismo o la infección como probables agentes etiológicos.

La Organización Mundial de la Salud en su clasificación de tumores odontogénicos coloca al odontoma dentro de las lesiones de tejidos calcificados.

Este se presenta en hombres y mujeres casi por igual; se detecta a cualquier edad, aunque es más frecuente en la segunda década de la vida. Puede encontrarse en cualquier sitio de los maxilares, pero lo hace con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar superior y en la región posterior de la mandíbula.

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

Son asintomáticos, aunque pueden causar expansión e incluso perforación cortical. En su mayoría están asociados a la falta de erupción de los dientes o a dientes retenidos. Las características radiográficas varían dependiendo de la etapa del desarrollo en que se encuentre, desde una zona radiolúcida hasta una radiopaca, con numerosas estructuras sin forma definida. El odontoma complejo tiene histodiferenciación, mientras que el odontoma compuesto tiene tanto histodiferenciación como morfodiferenciación.

El tratamiento que se recomienda en todos los odontomas es la extirpación quirúrgica, y su pronóstico es favorable, debido a que no presenta recurrencia.

## TESINA CD. JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

### II.- ANTECEDENTES

En realidad estos tumores parecen haber existido en todos los tiempos, en el hombre y en varias especies de mamíferos. En 1931 Sidney, en excavaciones (1800-500 años a. 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 a J.C.), en cuyo maxilar existían dientes fusionados en una masa amorfa, compuesta de tejidos calcificados.

El término odontoma fue usado por Broca, para designar todos los tumores de origen dentario (1867). Gorlin y Goldman definieron el odontoma como un tumor compuesto de dentina y esmalte en el cual la pulpa y el cemento también está presente.<sup>(15)</sup> En 1887 Bland-Sutton propusieron la clasificación, basada en la naturaleza de las células del germen dentario del cual se originó el tumor <sup>(2)</sup>.

Thoma y Golman en 1946 los dividieron según su origen; ectodérmico, mesodérmicos y mixtos, Pindborg y Clausen en 1958 basaron su clasificación en la capacidad de los tejidos odontogénicos sobre otros. En 1972 la organización mundial de la salud OMS preparó una clasificación, odontoma compuesto, odontoma complejo y odontoma ameloblástico.



## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

Los tumores odontogénicos constituyen un tipo de lesiones muy variables y complejas y tienen una serie de características comunes que las diferencian del resto de los tumores. Son poco frecuentes, su estructura es característica y única, pues no se dan tumores similares en el resto del organismo.

### III.- ETIOLOGIA

El término odontoma se refiere a lo tumores de origen odontogénico, en donde tanto las células epiteliales, como mesenquimatosas muestran diferenciación completa, con el resultado de que los ameloblastos y odontoblastos forman esmalte y dentina. Este esmalte y esta dentina, están presentes debajo de un patrón anormal debida a que la organización de células odontogénicas no pueden alcanzar un estado normal de morfodiferenciación.

El odontoma representa una malformación hamartomatosa en vez de una neoplasia<sup>(8)</sup>, la etiología del odontoma se desconoce, se ha sugerido que el traumatismo local o la infección pueden llegar a originar esta lesión. La hipoplasia fuera el resultado final dependiendo de la etapa de la odontogénesis, también se ha relacionado con dientes retenidos. La influencia hereditaria juega un rol importante<sup>(9,12)</sup>. No existe una predilección aparente de que el odontoma aparezca en sitios específicos de la cavidad bucal.

## TESINA CD. JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

### IV.- CLASIFICACION

El término odontoma ha sido utilizado para clasificar una lesión no siempre neoplásica, en las cuales se forma esmalte y dentina.

Se conocen tres tipos por orden de frecuencia son:

I.- Odontoma compuesto

II.- Odontoma complejo

III.- Odontoma ameloblástico

De acuerdo con la literatura, se ha demostrado que el odontoma compuesto es mas frecuente que el odontoma complejo. Su comportamiento biologico es tambien particular, ya que en general son benignos. La frecuencia con que se presentan, se han descrito en una estadística hecha por Cabrini, basada en 2223 casos (1989).

Ameloblastoma	56.59%
Cementomas	16.80%
Odontomas	8.50%
Mixomas	5.20%

Como observamos en la grafica el odontoma es un tumor poco frecuente.

#### 4.1.- ODONTOMA COMPUESTO

Es una malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios, por lo cual la lesión está formada por numerosas estructuras semejantes a dientes. Pero en cada una de ellas el esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa están dispuestos como en el diente. Son lesiones pequeñas, asintomáticas que rara vez producen deformación local, sin embargo, pueden obstaculizar la erupción de algunos dientes de la zona.

La mayoría es diagnosticado en la segunda década de la vida <sup>(2,17)</sup>. Su localización es en el maxilar superior en la región de los incisivos y caninos, no parece haber diferencia en cuanto al sexo. Radiográficamente aparece como una lesión con pequeños cuerpos radiopacos rodeados por una fina banda radiolúcida que la separa del hueso. Macroscópicamente se encuentran denticulos de forma y tamaño variable. Microscópicamente exhiben un orden normal de tejido normal.

#### 4.2.- ODONTOMA COMPLEJO

Malformación en las que están representados todos los tejidos del diente, pero dispuestos en forma desordenada. Son formaciones pequeñas localizadas en la región premolar y molar de ambos maxilares. La fase de crecimiento es durante la formación de la dentina y causa expansión del hueso.

## TESINA CD. JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

Son diagnosticadas durante la segunda década de la vida. Las lesiones pequeñas pueden encontrarse accidentalmente mediante una radiografía en adultos. Radiográficamente la lesión se presenta como una radiolucidez bien definida, en la que hay una deposición progresiva de material radiopaco o de naturaleza nodular, no parece tener preferencia en cuanto al sexo.

Macroscópicamente el volumen alcanzado por la lesión puede llegar a varios centímetros de diámetro, siendo una masa dura que al corte presenta áreas blanco lechosas (esmalte) con otras blanco amarillentas (dentina). Microscópicamente la histodiferenciación está bien desarrollada, se observa esmalte, matriz de esmalte, dentina, tejido dentinoide, pulpa y cemento; que presenta entre sí una relación variable. El tumor está muchas veces rodeado por una cápsula de tejido conjuntivo.

### 4.3.- ODONTOMA AMELOBLASTICO

Tumor odontogénico mixto, extremadamente raro, el odontoameloblastoma es una neoplasia agresiva capaz de producir una acentuada expansión y asimetría facial. El tumor está integrado por todos los componentes tisulares de un diente normal y puede considerarse una variante agresiva del odontoma.

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

El odontoma amelobástico puede presentarse durante la primera década de la vida, aparece en el maxilar y mandíbula, con una ligera preferencia por la zona de premolares. El crecimiento es lento y muchas veces está asociado con tumefacciones del procesos alveolar. Radiográficamente se observan zonas de destrucción quística y la cavidad contiene numerosos cuerpos pequeños de material radiopaco; algunas veces se observa una masa mayor de tejido duro con localización central. Microscópicamente, hay tejidos diversos como; epitelio ameloblástico, matriz de esmalte, esmalte, dentina, osteodentina, hueso, cemento y tejido pulpar.

### V.- CARACTERISTICAS CLINICAS

Los odontomas pueden pasar inadvertidos durante mucho tiempo, por lo que no dan ninguna sintomatología, no se manifiestan. Son descubiertos al realizar un examen radiográfico con otros fines. afectan niños y adultos jóvenes la mayor parte de ellos se descubre durante la segunda década de la vida, la edad promedio para el diagnóstico es a los 16 años; sin embargo pueden presentarse, durante la vida adulta.

Se localiza con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula. Los odontomas compuestos tienen tendencia a presentarse en la región anterior y los odontomas complejos en la región posterior de los maxilares. No hay diferencia en la distribución por sexo. Los signos clínicos que sugieren la

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

presencia de un odontoma incluyen dientes retenidos deciduos, diente incluido y tumoración alveolar.

Cuando permanecen durante muchos años en los maxilares, están expuestos a provocar todas las reacciones que originan los cuerpos extraños, desde la infección de tejidos peridentarios hasta necrosis de los maxilares. A la palpación del tumor es de consistencia dura, en ocasiones el tumor erupciona y a la inspección clínica se percibe el aumento de volumen.

## VI.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Para el diagnóstico se define el tipo de tumor, los límites y relaciones del proceso. Los odontomas son descubiertos mediante un examen radiográfico de rutina. A menudo están situados entre las raíces de los dientes, aparecen como una masa irregular de material calcificado rodeados de una banda radiolúcida angosta, con periferia externa lisa o como diversas estructuras parecidas a los dientes, con el mismo contorno periférico.

Ambas formas de odontomas se encuentran con frecuencia asociados con los dientes no erupcionados o retenidos. La mayor parte de los odontomas que se encuentran en los segmentos anteriores de los maxilares son de tipo compuesto mientras la gran parte de los que se localizan en las áreas posteriores son de tipo complejo.

## VII.- HISTOPATOLOGIA

Se observan como una masa de depositos irregulares de esmalte, dentina y cemento junto con tejido conectivo similar a la pulpa. Ya que el esmalte está completamente calcificado, aunque la matriz de esmalte no este completamente madura puede estar presente. Los prismas del esmalte con apariencia verticulado longitudinalmente, cuando por casualidad son transversales semejan un pequeño recubrimiento hexagonal.

Si el odontoma ha sido removido durante este periodo de crecimiento el epitelio ameloblástico puede observarse, pero en el especimen maduro esta ausente. El centro del odontoma esta generalmente formado por dentina <sup>(13)</sup> Este es generalmente una apariencia normal pero formando masas irregulares en lugar de dientes normales.



## **VIII.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

Los odontomas, cualquiera que sea su tipo clínico pueden confundirse con otros tumores. En el diagnóstico diferencial deben incluirse otras lesiones radiopacas, como la osteomielitis esclerosante focal, osteoma, displasia periapical.

**8.1.- Osteomielitis esclerosante focal.-** Puede presentarse a cualquier edad, es asintomática, se descubre radiográficamente y se localiza con mayor frecuencia en los ápices de los primeros molares inferiores, la lesión se observa opaca, radiopaca en la periferia con un centro radiolúcido o como masas radiopacas lobuladas o confluentes. Desde el punto de vista microscópico son masas de hueso esclerótico que presentan tejido conectivo disperso y células inflamatorias. Tratamiento, no se requiere la extrirpación de la lesión, ya que al parecer es una reacción fisiológica a estímulo conocido, se recomienda la toma de una biopsia.

**8.2.- Osteoma.-** Son tumores benignos constituidos básicamente por hueso maduro compacto o esponjoso, lesiones pequeñas asintomáticas. de etiología desconocida pero se asocia a traumatismo, como respuesta a infección y anomalías del crecimiento, aparecen con mayor frecuencia en la segunda y quinta década de la vida, por lo general son solitarios excepto cuando se les asocia al síndrome de Gardner. En la radiografía se manifiesta como una masa radiopaca esclerótica bien delimitada. Tratamiento extirpación quirúrgica

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

**8.3.- Displasia periapical cementificante** Es una lesión frecuente que se localiza en el ápice de dientes vitales, afecta con mayor frecuencia a mujeres en especial de raza negra, alrededor de los 40 años y pocas veces antes de los 20 años., se localiza más frecuentemente en la mandíbula en la región periapical anterior comprometiendo los ápices de uno o mas dientes. radiográficamente al inicio aparece como una lesión periapical radiolúcida que se continua con el espacio del ligamento periodontal , el estado final es una masa sólida radiopaca que esta rodeada de un anillo radiolúcido. no requiere tratamiento, una vez que alcanza la etapa de radiopacidad se estabiliza y no produce complicaciones

## IX.- TRATAMIENTO.

El tratamiento del odontoma es la extirpación quirúrgica, ya que pueden surgir quistes odontogénicos, además de impedir la erupción de los dientes (6,10)

Estos tumores pueden intervenirse bajo anestesia local ó general, los tiempos quirúrgicos son los clásicos:

- ⇒ Incisión amplia.
- ⇒ Levantamiento del colgajo
- ⇒ Osteotomía y osteotomía.
- ⇒ Cirugía propiamente dicha.
- ⇒ Tratamiento de la cavidad.
- ⇒ Sutura

Una vez anestesiada la zona, la incisión deberá ser amplia y se harán festoneadas en estos casos siguiendo el cuello anatómico del diente, el colgajo deberá ser amplio para un buen acceso e irrigación vascular del mismo.

preparación del colgajo, con un periostotomo se introduce en medio de los labios de la herida, con movimientos suaves de lateralidad y girando ligeramente para desprender el periostio.

Osteotomía y osteotomía se hará de preferencia con fresa quirúrgica, consiste en separar cuidadosamente la cortical ósea que cubre la lesión un

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

a vez hecho el corte, se retira el hueso seccionado, procurando lavar la zona para una mejor visión de esta, hasta dejar al descubierto la lesión a extraer. Una vez eliminado el hueso, se secciona la lesión, normalmente se extrae el diente retenido cuando existe con el fin de hacerlo más sencillo y menos traumático para el paciente, reduce el hueso a eliminar, se eliminan los dientes vecinos.

Tratamiento de la cavidad, cuando se ha terminado de realizar la eliminación total del odontoma, se elimina el saco pericoronario, se realiza una limpieza de las paredes de la cavidad con una cucharilla y si fuera necesario con una lima para hueso, se emparejan los bordes óseos, se espera a que se forme un coágulo.

Sutura, se recomienda sutura de seda de 3 o 4 ceros, uniendo los bordes festoneados, con puntos aislados de preferencia, el colgajo deberá estar perfectamente adosado al hueso. Operados correctamente no recidivan nunca y su pronóstico es favorable.

## X.- RESULTADOS:

Para esta investigación se revisaron los archivos del departamento de patología D.E.Pe I. de la Facultad de Odontología de la UNAM. Se hizo la revisión de 10 años (1986-1995), con el fin de recopilar el número de casos diagnosticados como odontomas, obteniéndose la siguiente información:

Encontramos un total de 49 casos reportados como odontomas, en diez años con un porcentaje de 1.04 lo que nos reporta una frecuencia baja (tabla 1). basándonos en el número global de 4683 casos recibidos en ese departamento.

De los 49 casos de odontomas analizamos su localización, edad, distribución por sexo, apariencia radiográfica, diagnóstico clínico, tipo de biopsia y diagnóstico histopatológico.

Con respecto a su localización se encontraron en el maxilar 35 casos de los cuales , en la zona anterior 30 casos con un porcentaje de 57%, en zona de premolares 4 casos (9%), y en zona de molares un caso con 2% . En cuanto a la mandíbula, en la zona anterior 7 casos con un 16%, en premolares 4 casos (9%), y en la zona de molares 3 casos (7%). tabla 5, teniendo preferencia por el lado derecho del maxilar. Tabla 4

### **Edad,**

en cuanto a la distribución por edad, predominó el rango de 11 a 20 años, 27 casos con un porcentaje de 56%. tabla 2.

## TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

### **Sexo.**

Referente a la predilección por sexo, 25 casos reportados al sexo masculino 51 %, y 24 casos del sexo femenino con 49%, tabla 3.

### **Características radiográficas:**

La imagen radiográfica que predominó en los casos reportados fue la de una masa radiopaca.

### **Diagnóstico clínico**

De los 49 casos fueron diagnosticados clínicamente como odontomas incluyendo del tipo compuesto y complejo Tabla 6.

### **Diagnóstico histopatológico**

34 de los casos reportados con un porcentaje 70% fueron de tipo compuesto, 14 casos de tipo complejo (28%), y un caso diagnosticado como odontoma ameloblástico (2%), el tipo de biopsia que se usó fue de tipo excisio Tabla 7.

TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

FRECUENCIA DE ODONTOMAS			
AÑOS	NO . DE CASOS	TOTAL CASOS	%
1986	6	477	1.25
1987	1	390	0.25
1988	6	363	1.65
1989	6	404	1.48
1990	7	510	2.00
1991	5	508	1.18
1992	7	577	1.27
1993	0	499	0
1994	8	455	1.97
1995	3	500	0.95
TOTAL	49	4683	1.04

TABLA 1. FRECUENCIA DE ODONTOMAS 1886-1995 EN EL LABORATORIO DE PATOLOGIA BUCAL

**TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO**

EDAD	FRECUENCIA	%
0-10	9	18
11-20	27	56
21-30	6	12
31-40	4	8
41-50-	0	0
+ 50	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

**TABLA 2. DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS ODONTOMAS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO DE PATOLOGIA BUCAL 1986-1995.**

<b>DISTRIBUCION POR SEXO</b>		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	24	49
MASCULINO	25	51
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

**TABLA 3. DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS ODONTOMAS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO DE PATOLOGIA BUCAL 1986-1995.**



**TESINA CD. JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO**

LOCALIZACION		
MAXILAR	FRECUENCIA	%
DERECHO	21	44
IZQUIERDO	14	28
MANDIBULA		
IZQUIERDO	11	22
DERECHO	3	6

TABLA 4. DISTRIBUCION POR LOCALIZACION DE LOS ODONTOMAS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO DE PATOLOGIA DE 1986-1995

LOCALIZACION	FRECUENCIA	%
<b>MAXILAR</b>		
ANTERIOR	30	57
PREMOLAR	4	9
MOLAR	1	2
<b>MANDIBULA</b>		
ANTERIOR	7	16
PREMOLAR	4	9
MOLAR	3	7
TOTAL	49	100%

TABLA 5. DISTRIBUCION POR LOCALIZACION DE LOS ODONTOMAS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO DE PATOLOGIA DE 1986-1995.

TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

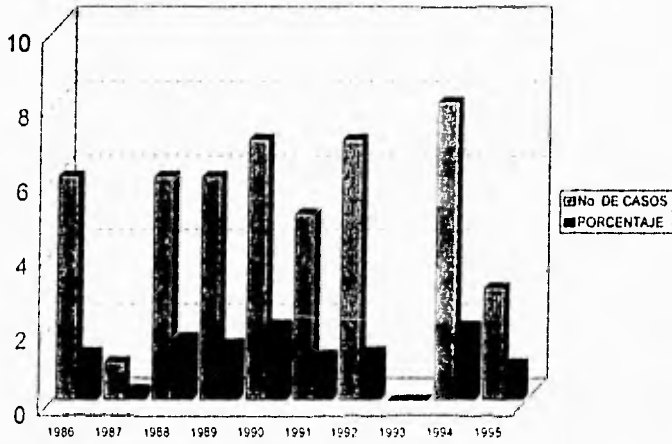
DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA	%
ODONTOMA	15	30
ODONT. COMPUESTO	30	60
ODONT: COMPLEJO	4	10
TOTAL	49	100

TABLA 6. DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS ODONTOMAS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO DE PATOLOGIA 1986-1995

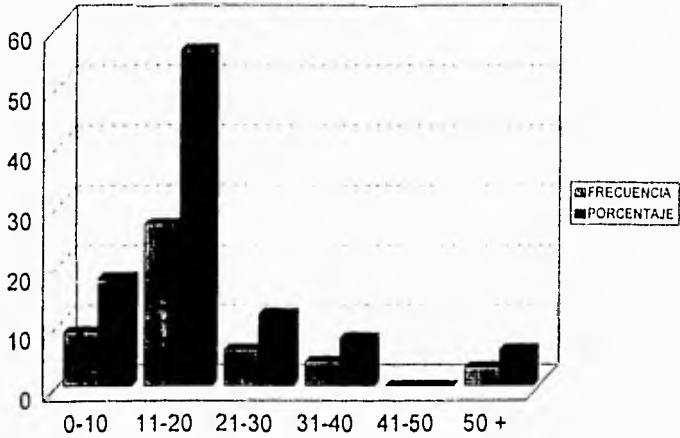
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	FRECUENCIA	%
ODONT.COMPUUESTO	34	70
ODONT. COMPLEJO	14	28
ODONT. AMELOBLASTICO	1	2
TOTAL	49	100

TABLA 7.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LOS ODONTOMAS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO 1986-1995

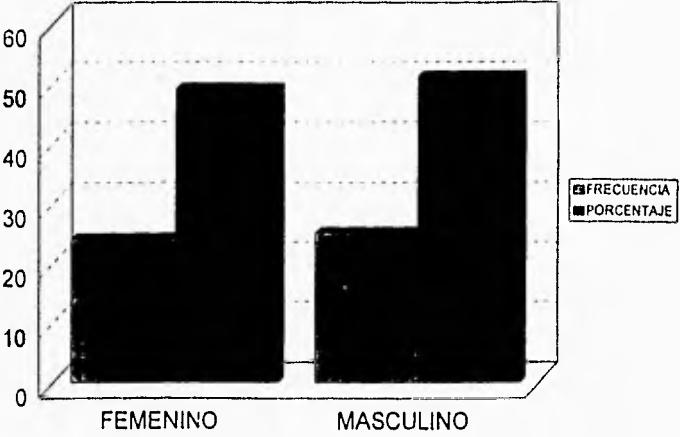
### FRECUENCIA DE ODONTOMAS POR AÑOS



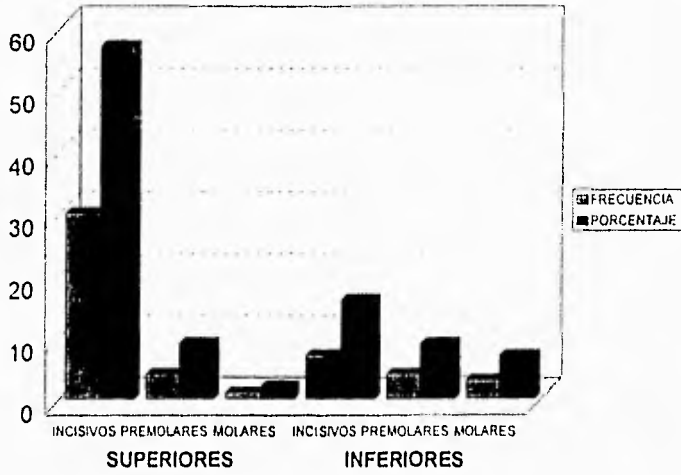
### DISTRIBUCION POR EDAD



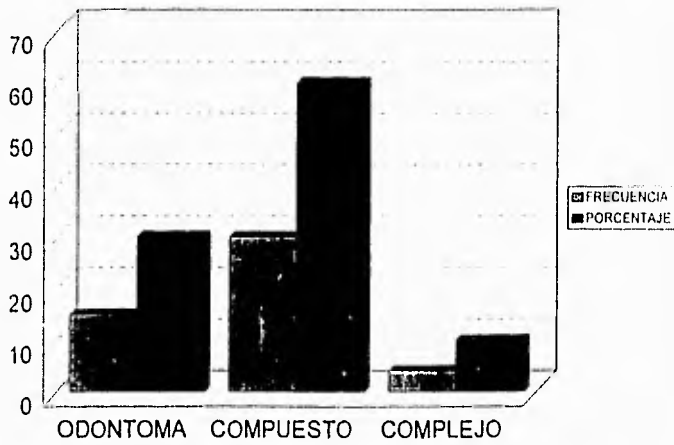
### DISTRIBUCION POR SEXO



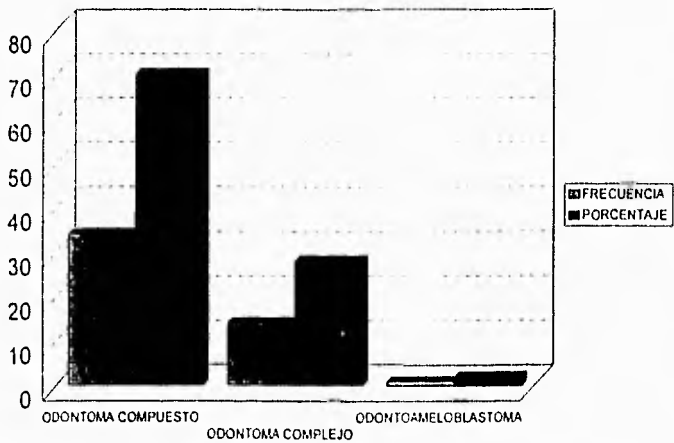
### LOCALIZACION EN MAXILAR



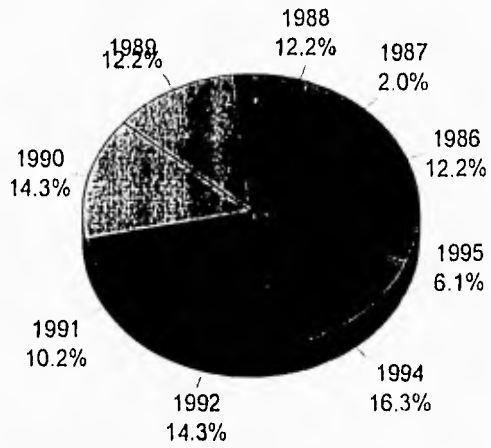
### DIAGNOSTICO CLINICO



### DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO



### FRECUENCIA DE ODONTOMAS



## XI.- DISCUSION

El odontoma es considerado el tumor odontogénico más común según los estudios realizados por Regezi (1989), el 67% en base a 200 casos, en nuestro estudio de diez años (1986-1995), se obtuvo un porcentaje de 1.04% de 49 casos lo que muestra una frecuencia baja posiblemente porque los cirujanos no envían las muestras de estos especímenes para su estudio histopatológico. Son diagnosticados en la segunda década de la vida, ya que predominó el rango de 11 a 20 años con 27 casos representando el 56%. Debido a su crecimiento lento pasan desapercibidos durante mucho tiempo, son descubiertos mediante una radiografía de rutina y son asintomáticos.

Este estudio y otros han demostrado que no hay diferencia en cuanto al sexo, Gorlin (2:1 femenino- masculino) y Sootweg (2:1 masculino-femenino), y nosotros encontramos una baja preferencia en el sexo masculino 25 casos (51%) con respecto al femenino 24 (49%).

Referente a la localización el odontoma compuesto es más frecuente en la zona anterior del maxilar y predominó en el lado derecho. Bunick observó que el odontoma compuesto y complejo están asociados a dientes no erupcionados y retenidos.

De acuerdo a nuestro estudio y a la literatura en general el odontoma compuesto (70%) es más frecuente comparado con el odontoma complejo (28%) y el diagnóstico clínico se corroboró con el diagnóstico histopatológico.



## XII.- CONCLUSION

El odontoma es un tumor odontogénico mixto, se descubre mediante una radiografía de rutina, ya que es asintomático por lo que puede pasar desapercibido durante mucho tiempo. La etiología esta asociada a traumatismos o como respuesta a una infección .

Son diagnosticados en la segunda década de la vida pero pueden aparecer a cualquier edad, no tiene predilección en cuanto a sexo , teniendo preferencia por la parte anterior de los maxilares y el lado derecho.

A pesar de ser consideradas neoplasias benignas deben extirparse quirúrgicamente, porque pueden convertirse en un quiste dentígero, además de impedir la erupción de los dientes

De acuerdo a nuestra investigación, observamos que el odontoma tiene una frecuencia baja, y gracias a los avances de las técnicas radiográficas podemos descubrirlos y tratarlos.

## XII.- BIBLIOGRAFIA

1. Borguelli R. F. Temas de patologia bucal. Tomo II. Editorial Mundi S.A.I.C y T. 1979, pp 548-549.
2. Budnick Steven D. DDS, Compound and complex odontomas, Oral Surg. October 1976 vol 42 No 4 pp 501-5.
3. Cabrini R.L. Anatomia Patologica Bucal. Editorial Mundi S.A.I.C y T. 1989, pp 548-549.
4. Cawson Roderick A. M.DDS. Oral Pathology and Diagnosis Color Atlas with integrated text, Editotors Shargnwong, London 1987 pp 616-617.
5. Dale A. Miles B.A. D. S. M.S. Oral and Maxillofacial Fardiology Pathologic Correlations, W.B. Saunders Company Harcourtbrace Jovanovich Inc. 1991, pp 80-83.
6. Eversole Lewis R. Patologia Bucal, diagnostico y tratamiento. Editorial Medica Panamericana. Marcelo T. de Alvear 2145. Buenos Aires, pp 250-253.
7. Gordon B. Wong Msc DDS. Surgical management of a large complex mandibular odontoma by unilateral saggittal split osteotomy, J Oral Maxillofac Surg, 47:179-182. 189

TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

8. Goro Ishikawa M. DDS. Color Atlas of oral Pathology Editors American pp 55.
9. Kats Ronald W. DDS, An analysis of compound and complex odontomas, J. Of dentistry for children, November-December 1989 pp 445-449.
10. Kaugars George E: DDS; Odontomas, Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1989;67:172-6
11. Lopez Areal Luis, Compound odontoma erupting in the mouth: 4 year follow-up of a clinical case. J. Oral Pathol Med 1992; 21:285-288.
12. Masaya Okura DDS. to Treatment of ameloblastic fibro-odontoma without removal of the associated impacted permanent tooth. J Oral Maxillofac Surg 50: 1094-1097 1992.
13. Neville B. Dammo Allen C. Bouquot. Oral Maxillofacial Pathology W. B. Saunder company 1995.
14. Owen S Barry M. Compound composite odontoma associated with an impacted cuspid. J of Clinical Pediatric Dentistry vol 19 No 4 1995 pp 293-295.
15. Piattelli Adriano, Morphodifferentiation and histodifferentiation of the dental hard tissues in compound odontoma. J Oral Pathol Med 1992; 21: 340-342.

TESINA CD.JUANA PATRICIA MIRANDA DEL OLMO

- 16.Regezi Joseph A. D.D.S.M. Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations, W. B. Saunders Company, 1989 pp 363-368.
- 17.Roy M. Smith DDS. M.S. Atlas of Oral Pathology, London 1981 pp 55.
- 18.Selahattin or Suie Yugetas. Compound and complex odontomas. Int. J Oral Maxillofac. Surg. 1987;16: 596-599.
- 19.Shafer W. G. Tratado de Patología Bucal. 4ta. edición Ilustrada Interamerican. 1986 pp 313- 317.
- 20.Slootweg P. J. D.M.D. An analysis of the interrelationship of the mixed odontogenic tumors. Oral Maxillofac Surg vol 51 No 3 1981 pp 266-273.
- 21.Tomomitsu Higashi. Atlas de Diagnóstico de Imágenes Radiográficas de la Cavidad Bucal pp 81-85.
- 22.World Health Organization, Internacional Histological, Clasification of Tumors 1992 pp 18-21
- 23.Zagarelli Edwards D:D.S.M.S. Diagnostico en Patología Oral, Salvat Editores S.A 1972 pp 232 - 235.