

Plan preventivo terapéutico integral y recuperación del equilibrio oclusal en Odontopediatría. Caso clínico.

García Righetti, Graciela A.*

Resumen

Paciente de 12 años de edad, sexo femenino, derivada a la Cátedra de Odontopediatría, Facultad de Odontología, UdelaR. Presenta dentición mixta, ausencia del 4.2 y falta de espacio para su erupción, persistencia del 8.3, desplazamiento dentario, desvío de línea media inferior a derecha y diastemas anteroinferiores, insuficientes para ubicar el diente retenido. La relación molar sagital es clase II de Angle, con falta de espacio para la erupción del 1.3. Radiográficamente se identifica un Odontoma compuesto, traba de erupción del 4.2 y 4.3. El plan de tratamiento integral consta en una primera etapa de educación para la salud, control de la infección, refuerzo del huésped y asesoramiento dietario. Una segunda etapa, ortodóncico-quirúrgica: instalación de aparatología ortodóncica para recuperar espacio y centrar línea media; eliminación quirúrgica del odontoma; ubicación en la arcada de los dientes retenidas y correcta relación canina y molar. Recuperada la armonía oclusal, se establecen controles programados.

Abstract

The patient is a 12 years old girl derived to the Pediatric Department, Faculty of Dentistry, UdelaR. She presents mixed dentition, absence of 4.2 and space loss to its eruption, persistence of 8.3, with lower midline deviation to the right; the anterior sector diastemas are insufficient to locate the retained tooth. Sagittal molar relationship is Class II Angle, with loss of space for the eruption of 1.3. Radiographically, compound odontoma had prevented the eruption of 4.2 and 4.3. The integral treatment plan consists in a first stage of health education, infection control, strengthening the host and dietary advice. The second stage, orthodontic-surgery: the installation of orthodontic appliances in order to regain lost space and to center the midline; the surgically odontoma remove: placing the retained teeth held in the arch and a right canine and molar relationship. Recovered occlusal harmony, follow-up controls were scheduled.

Palabras clave: Odontoma/terapia, anomalías dentarias, Oclusión dentaria.

Key words: Odontoma/therapy, dental anomalies, Dental occlusion.

* Asistente titular, Grado 2 Cátedra de Odontopediatría F. O. UdelaR.

Fecha recibido: 06.11.2011 - Fecha aceptado: 12.03.2012

Introducción

La atención odontopediátrica basada en un modelo preventivo rehabilitador, necesariamente integra acciones asistenciales en el tratamiento del paciente pero con una visión prospectiva del niño en crecimiento y desarrollo bio-social. En este contexto, el tratamiento quirúrgico debe integrarse al plan preventivo terapéutico del paciente y realizarse en el momento oportuno (1, 2). Se presenta la resolución integral, interdisciplinaria y coordinada, de un caso complejo, aplicando el Modelo Médico de atención, a una niña asistida en la clínica de la Cátedra de Odontopediatria de la Facultad de Odontología, UdelaR.

Antecedentes

El odontoma es un tumor benigno mixto, de origen odontogénico, que se comporta como hamartoma (3, 4). Se reconocen dos tipos histológicos: odontoma compuesto y complejo. En el compuesto los tejidos dentales se disponen como en el diente, mostrándose radiográficamente como imágenes de variable radio densidad, contiene pequeños elementos calcificados identificables como dentículos, que pueden ir de 3 o 4 hasta 1000 (3, 5, 6). El complejo es una mezcla de tejidos odontogénicos maduros, no organizados (3, 6-12). Muchas veces las lesiones son intermedias entre ambos tipos (13). Tanto el odontoma compuesto como el complejo, presentan frecuentemente una cápsula periférica de tejido conectivo que lo rodea, similar a la que recubre un germen dentario normal (11). Thwaites (1987), citado por Léa Assed Becerra da Silva (14) considera que son malformaciones más que neoplasias. La "WHO Classification of tumors" del año 2005, los define como una lesión hamartomatosa más que neoplásica, originada a partir de epitelio odontogénico y ectomesénquima, con producción de esmal-

te y dentina (15). Normalmente son lesiones indoloras (3, 11, 12, 16). Son los tumores odontogénicos más frecuentes, representando el 30 a 40% de las lesiones, pudiendo llegar a más del 50% (7, 12). En un estudio meta-análisis realizado por Olga Hidalgo Sanchez y col. en el 2008, se observa que los odontomas compuestos son diagnosticados más tempranamente que los complejos, y los primeros son más frecuentes que los segundos. En cuanto a su localización, hay un claro predominio del maxilar superior con respecto a la mandíbula. La zona donde se presenta más frecuentemente es la zona antero-superior, le sigue la antero-inferior y finalmente la posterior. La consecuencia más frecuente es la retención de un diente permanente, y las piezas más afectadas son los incisivos y caninos (12).

Los odontomas son frecuentes en niños y adolescentes, se describe como media de edad para su identificación a los 15 años, pero se detectan en un 95% alrededor de los 20 años (3, 7). Philipsen 1997 citado por Reichart, concuerda en que el 83,9% de los casos ocurren antes de los 30 años, con un pico en la segunda década de la vida (8, 12, 17). Según algunos autores, no existen diferencias significativas entre ambos sexos (18, 11). Según otros predominan en el sexo femenino y en la mandíbula (13), mientras que para Bagan (7) el 59% aparecen en varones y el 76% en el maxilar superior. Sin embargo Olga Hidalgo Sánchez y col. 2008 encontraron que si bien no existen diferencias significativas en la incidencia de estas lesiones entre hombres y mujeres, los odontomas compuestos muestran una leve predilección por el sexo masculino, mientras que los complejos lo hace por el sexo femenino (12).

Aparecen con mayor frecuencia en dentición permanente, y solamente en el 2% de los casos, involucran a la dentición temporaria (14). Si bien su etiología es actualmente desconocida, se ha logrado producir en animales, en forma experimental, administrando

carcinógenos, induciendo deficiencias nutricionales o como resultado de traumatismos (19). Algunas teorías sugieren traumatismos locales, procesos infecciosos, historia familiar y mutaciones genéticas (3).

Generalmente son lesiones asintomáticas, de pequeño tamaño, entre 10 y 15 mm, pero pueden llegar a los 3 o 4 cm. Por lo general se descubren accidentalmente en exámenes radiográficos ante ausencia o desplazamiento de dientes permanentes o retención de temporarios (7, 8, 12, 17, 20). Presenta una asociación muy alta, de alrededor del 50%, a dientes no erupcionados. Raramente producen deformidad o expansión ósea. Según García-Consuegra, citado por Reichart el 74% de los pacientes con retardo de la erupción de por lo menos un diente permanente, tenían odontomas, y en el 42% de ellos, el canino estaba involucrado (8). El tratamiento recomendado, es la enucleación quirúrgica conservadora, eliminando la totalidad de la cápsula que lo rodea. Su pronóstico es favorable y con baja tendencia a la recidiva (6, 11, 12, 14, 21, 22)

Descripción del caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 12 años de edad, derivada a la clínica de la Cátedra de Odontopediatría de la FOUdeLaR (Fig. 1).



Fig. 1

Se le realiza una completa historia clínica. Es una paciente sana desde el punto de vista general y regional, presentando alteraciones al examen clínico local.

Se observa dentición mixta tardía, ausencia del órgano dentario permanente 4.2, persistencia del 8.3 y pérdida del equilibrio oclusal con desvío de línea media inferior a la derecha (Fig 2), por pérdida prematura del 8.2, contactando el 4.1 con el 8.3. No se observan ni se palpan alteraciones óseas en la zona. Presenta pequeños diastemas en el sector anteroinferior que generan unos 3 mm de discrepancia dentaria positiva, insuficiente para ubicar el diente faltante (Fig. 3). La relación molar sagital es de clase II de Angle derecha e izquierda (Figs. 4 y 5), con falta de espacio suficiente para la erupción y correcta ubicación del 1.3 (Fig. 4).

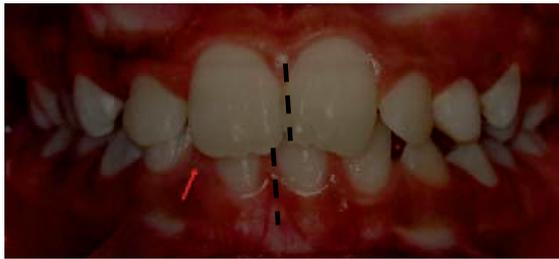


Fig. 2- Línea media inferior desviada a la derecha y pérdida prematura del 8.2.

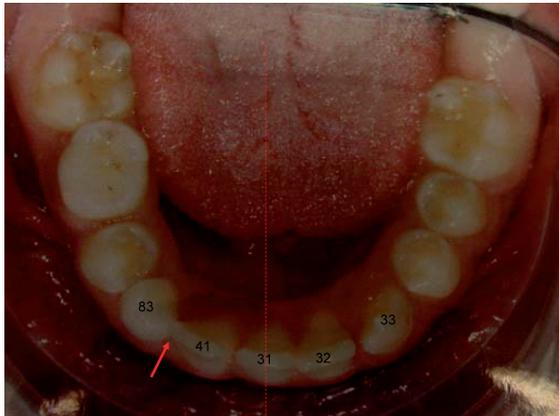


Fig. 3- Pequeños diastemas, insuficientes para generar el espacio necesario para el 4.2.



Fig. 4- CII molar derecha y falta de espacio suficiente para la erupción de 1.3.



Fig. 5- CII molar izquierda.

Al examen radiográfico se observa una lesión radiopaca, compuesta por varios dentículos, rodeada de una zona radiolúcida bien delimitada. Se diagnostica la presencia de un Odon-toma Compuesto que representa una traba de erupción para los órganos dentarios 4.2 y 4.3 (Figs. 6 y 7).

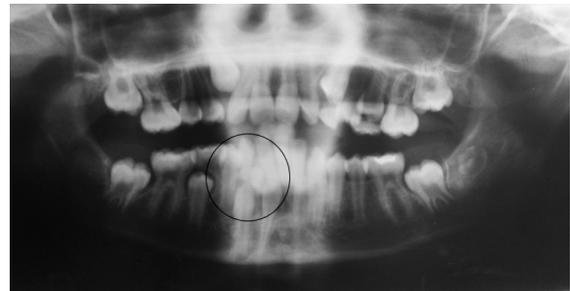


Fig. 6

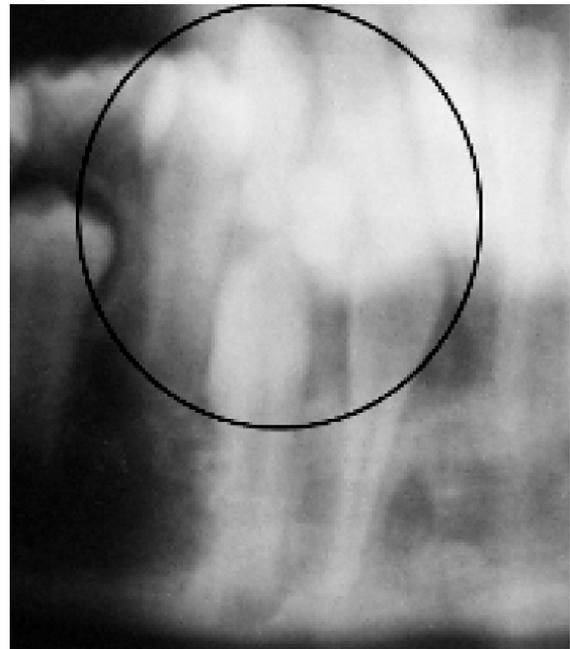


Fig. 7

Con el objetivo de recuperar el espacio para el diente 4.2 retenido, se instala una aparatología ortodóncica que protruye el sector incisivo inferior, cerrando los diastemas anteroinferiores y centrando la línea media (Fig. 8).

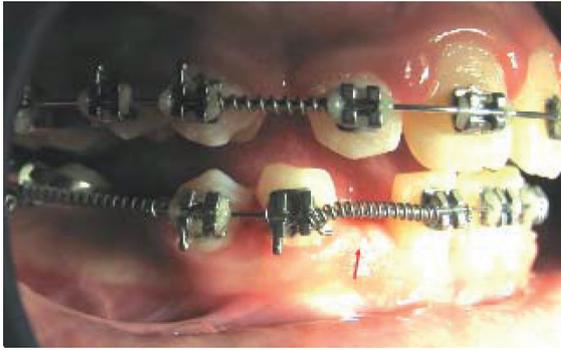


Fig. 8

A los 2 meses de instalada la aparatología, se logra el espacio para ubicar correctamente el 4.3 y 4.2 en la arcada y se centra la línea media (Fig. 9), coordinándose en la Sección Quirúrgica de la Cátedra de Odontopediatría, la cirugía correspondiente para la enucleación del Odontoma Compuesto y la exodoncia del canino caduco (8.3). El acto quirúrgico constituye por lo tanto, un elemento más dentro de un plan de tratamiento integral y oportuno (Fig. 10).

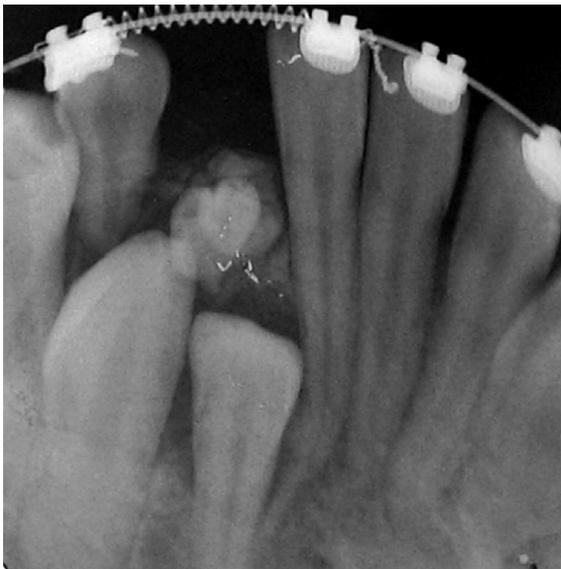


Fig. 9



Fig. 10

En la intervención quirúrgica se realiza la avulsión del canino caduco (8.3) y la enucleación total del tumor, de unos 10 mm. de diámetro, obteniéndose 7 dentículos de diferentes formas y tamaños (Fig. 11) y la eliminación total de la cápsula periférica. Se coloca un apósito de gasa que impide el cierre de la herida quirúrgica por primera intención, a fin de mantener la vía de erupción de los dientes retenidos. En la Fig. 12 se observa el postoperatorio inmediato.



Fig. 11- Diente temporario (8.3) y dentículos.



Fig. 12- Postoperatorio inmediato.

En el examen radiográfico de control (Fig. 13) a 5 meses de la intervención quirúrgica, se observan los gérmenes de 4.2 y 4.3 erupcionando, en una posición más alta en referencia a la situación anterior a la extirpación del odontoma. Para lograr una resolución integral del paciente, se decide realizar la descubierta simple de las piezas permanentes 4.2 y 4.3 a fin de colocar elementos que permitan su tracción ortodóncica. (20, 23, 24).



Fig. 13- Radiografía de control a 5 meses de la intervención.

Este tratamiento integral consigue que, al mismo tiempo que se elimina el odontoma compuesto se restablezcan, el alineamiento dentario (Figs. 14-15), la coincidencia de las líneas medias y la correcta relación canina y molar (Figs. 16-17-18), mediante el uso de recursos ortodóncicos específicos, recuperando el equilibrio oclusal (25).



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

Discusión

Los odontomas compuestos son los tumores odontogénicos más frecuentes, relacionados con dientes permanentes retenidos.

En este caso clínico, se presenta un odontoma compuesto de alrededor de 10 mm de diámetro, asintomático, en el sector anterior del maxilar inferior. Fue un hallazgo radiográfico indagando sobre la etiología de la ausencia de algunas piezas permanentes y el desplazamiento de otras, asociado a la persistencia de un diente caduco (8.3), lo que coincide con lo descrito por varios autores (7, 8, 11, 12, 17).

En concordancia con la bibliografía consultada, los controles periódicos clínicos y radiográficos realizados a la paciente luego de la eliminación quirúrgica del odontoma, no muestran signos de recidiva (3, 12, 23, 26).

Conclusiones

Es importante, en un paciente evolutivo, como el niño y el adolescente, en continua construcción dinámica de todas sus estructuras y funciones, planifica los procedimientos clínicos preventivo-asistenciales, de operatoria, quirúrgicos y ortodóncicos, dentro de un plan de tratamiento integral, priorizado y secuenciado. El énfasis no debe estar puesto en las técnicas, sino en las necesidades específicas y la etapa que atraviesa el paciente que las recibe. Dentro de estas necesidades, hay que tomar en cuenta el correcto desempeño funcional maxilo-facial, la eliminación de trabas y desarmonías, en este caso el odontoma, para restablecer la correcta función oclusal (4, 25). Pero también se debe considerar, que solucionando el problema funcional, mejoramos la estética facial y la sonrisa de esta adolescente (23). En esta paciente en particular, se produjo un cambio evidente en su autoestima y su actitud, pasando de ser una chica retraída e insegura, a una joven sonriente, desenvuelta y coqueta (Fig. 19)



Fig. 19

Por consiguiente, nuestras acciones profesionales en el plano local y que puede pensarse, quedan acotadas a lo regional, tienen en realidad una repercusión mucho mayor, que incluye lo físico, mental y social. La elaboración de un plan de tratamiento para la atención de un paciente odontopediátrico considerando todos los aspectos y las repercusiones a largo plazo, es un reto a la habilidad clínica del odontólogo.

Los resultados clínicos deben ser evaluados con el respaldo de un seguimiento programado y a largo plazo (Figs. 20, 21 A-E).



Fig. 20- Foto clínica a 1 año del retiro de la aparatología ortodóncica.



A



B



C



D



E

Fig. 21- Control del alineamiento dentario (A-B) y la oclusión (C-D-E) al año del retiro de la aparatología ortodóncica.

Referencias bibliográficas

1. Cátedra de Odontopediatría. Facultad de Odontología. UdelaR. Semiología y patología en niños. En: Odontopediatría Hoy. Montevideo: Tradinco, 2002. p37-49
2. Anderson MH, Bales DJ, Omnell KA. Modern management of dental caries: the cutting edge is not the dental bur. *J Am Dent Assoc* 1993; 124(6): 36-44
3. Harris Ricardo J, Díaz-Caballero A, Carbonell Muñoz Z. Odontoma compuesto: una patología oral a considerar. *Rev Fac Cienc Salud Duazary* 2010; 7(1):91-94
4. Blanco Ballesteros G, Gneco Goenaga B, Lozano Toro F, Chaverra Arango MI. Odontoma compuesto maxilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Eur Odontoestomat* 2010; 16: 39
5. Budnick SD. Compound and complex odontoma. *Oral Surg.* 1976; 42:501-506
6. Mursulí Sosa M, Pestana Lorenzo O, Carmona S, Cruz Milian MC. Odontoma compuesto. *Gaceta Médica Espirituana* [en línea] 2005; 7(2). [citado: abril 2012] [disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.\(2\)_03/p3.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.(2)_03/p3.html)]
7. Aguirre Urizar JM. Tumores odontogénicos. En: Bagan JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrochea M. *Medicina oral.* Barcelona: Masson, 1995. p489-499
8. Reichart PA, Philipsen HP. Complex odontoma. En: *Odontogenics tumor and allied lesions.* Londres: Quintessence, 2004. p141-149
9. Marx RE, Stern D. Odontogenic Tumors: Hamartomas and Neoplasms. En: *Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment.* Chicago: Quintessence books, 2003. p638-639
10. Bouquot JE, Muller S, Nikai H. Lesions of the oral cavity. En: Gnep DR. (ed.) *Diagnostic surgical pathology of the head and neck.* 2ed. Philadelphia: Elsevier, 2009. p191-308
11. Oliveira BH de, Campos V, Marçal S. Compound odontoma: diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent* 2001; 23: 151-157
12. Hidalgo Sánchez O, Leco Berrocal MI, Martínez González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(5): 306-310
13. Lucas RB. *Pathology of tumors of the oral tissues.* Edimburg: Churchill Livingstone, 1984
14. Borsatto MC, Torres C Paes, Assed S. Cirugía en Odontopediatría. En: Silva, L Assed Becerra. *Tratado de odontopediatría.* Tomo 1. Bogotá: Ed Amolca, 2008. p289-339
15. WHO. Classification of tumors. Pathology and genetics of the head and neck tumors. *Odontogenic tumors.* Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D (eds). Lyon: IARC Press, 2005. p 287-318
16. Cawson RA, Odell EW. *Fundamentos de medicina y patología oral.* 8ed. Barcelona: Elsevier, 2009. p136-154
17. Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Martins

- Delgado Rodríguez CR. Fundamentos de Odontología. San Pablo: Santos editores, 2011
18. Giunta JL, Kaplan MA. Peripheal, soft tissue odontomas: two case reports. *Oral Surg* 1990; 69: 406-411
 19. Clayman GL, Marentette LJ. Complex odontoma of the maxillary sinus with a completed dentition. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 1989; 101: 581-583
 20. Canut JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2ed. Barcelona: Masson, 2000
 21. Biondi A, Cortese SG. Diagnóstico y tratamiento de la patología quirúrgica. En: Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Buenos Aires: Alfaomega, 2010. p319-342
 22. Ramirez CJ. Odontopediatría Clínica. Santo Domingo: Editorial Amigo del Hogar, 1991
 23. Gregoret J, Tuber E, Escobar H. Aparatología auxiliar. En: El tratamiento ortodóntico con arco recto. Buenos Aires: NM ediciones, 2004. p247-310
 24. Varela M. Ortodoncia interdisciplinar. v1. Barcelona: Oceano, 2005
 25. Nakata M, Stephen HYW. Guía oclusal en Odontopediatría. Caracas: Actualidades médico-odontológicas, 1997. 104p
 26. Vázquez DJ, Gandini PC, Carbajal EE. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Av Odontoestomatol* [en línea] 2008; 24 (5). [consultado abril de 2012] [disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n5/original1.pdf>]

Dra. Graciela A. García Righetti - dragracielagarcia@gmail.com