

**PREVALENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS A PIEZAS
DENTALES IMPACTADAS O RETENIDAS**

**Experiencia de diez años en un laboratorio privado de
Patología Bucal en la Ciudad de Guatemala**

TESIS PRESENTADA POR

OSCAR GUILLERMO MATA CASTILLO

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE
LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,
QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO,
PREVIO A OPTAR AL TITULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1995

09
7 (12/13)
C-4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Jorge Martínez Solares
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo
Vocal Tercero:	Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala
Vocal Cuarto:	Br. Alejandro Manuel Palomo Cortéz
Vocal Quinto:	Br. Sergio Estuardo Juárez Paiz
Secretario:	Dr. Manuel Andrade Bourdet

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Jorge Martínez Solares
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Román Carlos Bregni
Vocal Tercero:	Dra. Annabella Corzo Marroquín
Secretario:	Dr. Manuel Andrade Bourdet

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA

A MIS PADRES:

Guillermo Mata Amado y
María Luisa Castillo de Mata
Por su ejemplo

A MI ESPOSA:

Sandra
Por su amor y comprensión

A MI HIJOS:

Billy, María Alejandra, Andrea y
Mariana

A MIS HERMANOS:

Canche , Lorena, Jorge Eduardo,
Tutti, Baby, Eugenia, Rafael, Ana
y Grace

A:

Alvaro Castillo Monge y Enrique
Castillo Monge

DEDICO ESTA TESIS

A Guatemala, con amor

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

Muy especialmente al Dr. Román Carlos Bregni

A la Señorita Ana Lucía Molina Muñiz

A mis compañeros y amigos

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado: **“PREVALENCIA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS A PIEZAS DENTALES IMPACTADAS O RETENIDAS Experiencia de diez años en un laboratorio privado de Patología Bucal en la Ciudad de Guatemala”**, conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a mis asesores de tesis Dr. Román Carlos Bregni y Dra. Annabella Corzo Marroquín, por su valiosa colaboración en la realización de este trabajo.

Y vosotros, distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, aceptad mis más altas muestras de consideración y respeto.

Gracias.

INDICE

SUMARIO.....	VIII
INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	5
OBJETIVOS.....	7
REVISION DE LITERATURA.....	9
METODOLOGIA.....	25
PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	27
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO.....	42

INDICE DE GRAFICAS

TABLA NO.	1	Diagnóstico de patología.....	31
TABLA NO.	2	Otros diagnósticos.....	31
GRAFICA NO.	1	Diagnóstico de patología.....	32
GRAFICA NO.	2	Diagnósticos de histopatología distribuidos por grupos etarios.....	33
TABLA NO.	3	Diagnósticos de histopatología distribuidos por grupos etarios.....	34
GRAFICA NO.	3	Frecuencia del tipo de pieza dental no eruptada en que se efectuó exodoncia.....	35
GRAFICA NO.	4	Sexo de pacientes con exodoncia de pieza no eruptada.....	36

SUMARIO

Se realizó un análisis retrospectivo de los estudios de histopatología de tejido obtenido en asociación a piezas dentales no eruptadas con indicación clínica para su exodoncia.

Se analizaron un total de 999 piezas dentales enviadas a un laboratorio privado de patología oral en la Ciudad de Guatemala, en los años 1984-1994.

Los resultados de dicho estudio revelaron que un alto porcentaje de piezas dentales no eruptadas presentó algún tipo de patología asociada y que son muy pocos los odontólogos que solicitan estudios histopatológicos post-extracción, cuando debería ser una rutina. Estos hallazgos conllevan a recomendar que debe enfatizarse dicho aspecto en los curricula de pregrado de las facultades de odontología del país.

INTRODUCCION

La presente investigación estableció la prevalencia y el tipo de patología asociada a piezas dentarias retenidas, incluídas o impactadas y consiste en una revisión de los informes de las muestras de patología ingresadas a un laboratorio privado de patología bucal y maxilofacial de la Ciudad de Guatemala, durante un período de 10 años, comprendidos de 1984-1994. Dicho laboratorio recibe también muestras referidas no sólo de hospitales privados y profesionales de práctica privada en la ciudad capital, sino de hospitales y profesionales de los departamentos de la República.

El estudio consistió en hacer una revisión retrospectiva de todos los diagnósticos efectuados en muestras de patología que asocien a una pieza dental retenida. El diagnóstico y otros datos clínicos obtenidos tales como síntomas, localización, tamaño, tiempo de evolución, edad y sexo del paciente fueron anotados en la tabla de recolección de datos y tabulados para el análisis epidemiológico y clínico patológico final.

El presente estudio estableció si es justificable o no el análisis histopatológico rutinario del tejido blando asociado a piezas dentales no eruptadas que se hayan

extraído quirúrgicamente por cualquier indicación clínica.

Aportó también información que justificara o no la extracción profiláctica de dichas piezas dentales, por algún potencial de transformación neoplásica o quística, dependiendo de los resultados del presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a la revisión de literatura efectuada como parte del presente trabajo, se encontró que en Guatemala se desconoce la prevalencia de la patología asociada a piezas dentales incluídas, retenidas o impactadas. En consecuencia, se consideró necesario contar con datos epidemiológicos sobre la prevalencia de quistes y neoplasias (incluyendo cáncer) asociadas a estas piezas dentales, puesto que sería equivocado traspolar la información de estudios extranjeros a Guatemala, debido a que podrían encontrarse características étnicas, ambientales y geográficas que influyan en las enfermedades.

Adicionalmente, no es posible elaborar ni recomendar protocolos sobre el tratamiento y manejo clínico de estas piezas dentales sin una base epidemiológica adecuada.

Es importante hacer notar también que los principales criterios para la exodoncia de piezas dentales que no harán erupción son: debido a malposición dental, dolor y/o infección.

También es importante establecer si el criterio profiláctico debe prevalecer, para prevenir quistes y/o neoplasias que puedan asociarse al folículo dental de dichas piezas

dentales, evitando así morbilidad potencial y riesgos para la salud del paciente.

Estas recomendaciones se podrán hacer únicamente si se cuenta con datos epidemiológicos confiables.

JUSTIFICACION

La extracción de piezas dentales incluídas o retenidas es una práctica común en la profesión estomatológica, procedimiento que es efectuado tanto por especialistas en Cirugía como por profesionales dedicados a práctica general. Sin embargo, en la mayoría de los casos las razones de dicha exodoncia se deben a trastornos asociados a malposición dental, potencial maloclusión y/o dolor e infecciones.

En consecuencia, es importante aportar información adicional sobre otros tipos de patologías que puedan asociarse a dientes incluídos.

Se hace necesario, por lo tanto, hacer un informe clínico global para que, en adición a dichos problemas, se cuente con una base epidemiológica que justifique la extracción de dichas piezas dentales como método preventivo al desarrollo de quistes o tumores odontológicos que puedan ser potencialmente agresivos y que puedan causar también morbilidad significativa en el paciente.

A) El presente estudio se considera importante porque con él se podrá ampliar el conocimiento de la Patología Bucal y Maxilofacial en Guatemala, información que puede ser aplicable al campo docente.

- B) Para la elaboración de programas que motiven al personal de salud relacionado a la Estomatología, para que hagan un mayor énfasis en la salud general del paciente y potencial morbilidad al tratar piezas dentales retenidas, impactadas o incluídas.
- C) Para ampliar el conocimiento sobre el comportamiento biológico de las piezas retenidas, impactadas o incluídas.
- D) Ampliar información sobre la epidemiología de la Patología Bucal y Maxilofacial en Guatemala.
- E) Para identificar factores potencialmente asociados a la ocurrencia de alguna patología de piezas retenidas, impactadas o incluídas.

OBJETIVOS

GENERAL:

1. Conocer la prevalencia de las entidades patológicas asociadas a piezas dentales retenidas o impactadas en un laboratorio privado y el tipo de patología bucal asociada.
2. Ampliar información en el campo de la Patología Oral y Maxilofacial en Guatemala, que contribuya a enriquecer la cátedra de Patología de las Facultades de Odontología del país, principalmente en el campo histopatológico sobre lesiones asociadas a piezas dentales retenidas o impactadas.

ESPECIFICOS:

Respecto a entidades patológicas asociadas a piezas dentales retenidas o impactadas, de las muestras de un laboratorio privado de patología, por un período de 10 años (1984-1994):

1. Determinar la frecuencia de dichas entidades.

2. Determinar cuál es la entidad patológica más frecuente.
3. Determinar cuál es la entidad patológica menos frecuente.
4. Determinar sexo, edad y frecuencia de pieza dentaria involucrada.

REVISION DE LITERATURA

INTRODUCCION

Las piezas dentales impactadas ocurren con bastante frecuencia, pero sin embargo no hay un consenso sobre su epidemiología. Actualmente debido al uso más extendido de la radiografía panorámica, este tipo de hallazgo se ha hecho más frecuente en la práctica odontológica. A pesar de su relativa frecuencia hay pocos estudios que hagan una correlación clínico-patológica de lesiones en asociación a dicha patología.

DIENTES RETENIDOS E IMPACTADOS

DIENTES RETENIDOS

Son aquellos dientes individuales en los cuales la razón de no haber erupcionado se debe a una falta de fuerza eruptiva (17).

DIENTES IMPACTADOS

Son aquellos que no pueden erupcionar debido a una barrera física en su trayecto de erupción.(17)

Algunos autores no diferencian en estos dos términos, utilizándolos como sinónimos, y llaman a todas las piezas dentales no eruptadas, Dientes Impactados.

La falta de espacio debido a apiñamiento o a la pérdida prematura de dientes deciduos con la subsecuente pérdida parcial del área que ocupaban, es un factor común en la etiología de dientes impactados. Lo más común, sin embargo, es que ocurra rotación de los gérmenes dentales, que resulta en una dirección inadecuada de su eje largo, el cual no es paralelo al trayecto de erupción normal. Cualquier pieza dental puede estar impactada, pero hay algunas que son mucho más frecuentemente afectas que otras. Dentro de ellas las terceras molares tanto superiores como inferiores, caninos superiores y premolares son las más afectadas en ese orden. Las piezas dentales supernumerarias es también frecuente que se encuentren impactadas. Las terceras molares inferiores son las que generalmente exhiben el mayor grado de impactación.

El estudio de Dachi y Howell (1) en 1961, revisó 3874 juegos completos de radiografías dentales de rutina de norteamericanos mayores de 20 años de edad y encontró que el 17 % de los mismos presentaba por lo

menos una pieza no eruptada. En Guatemala, Martini (2), en su tesis de graduación de 1967, revisó 1000 juegos completos de radiografías dentales de pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, encontrando una prevalencia de 12.4 % de piezas retenidas.

Aunque hay diferencia en ambos estudios es significativa y es interesante enfatizar el hecho de que, en ambos, por lo menos una de cada 10 personas mayores de 20 años tiene una pieza dental no eruptada. La no erupción dentaria constituye un problema quirúrgico frecuente y con base se han formulado distintas clasificaciones que sin embargo, no son el objeto del presente estudio. Tomando en cuenta que toda pieza no eruptada posee su corona rodeada invariablemente de un folículo dental constituido por epitelio reducido del esmalte y una pared de tejido conectivo fibroso que actúa como soporte y fuente de nutrición del mismo, es probable que las lesiones patológicas que se derivan del mismo no sean necesariamente infrecuentes. En ese contexto se hará una revisión de las lesiones patológicas que puedan encontrarse en asociación a piezas dentales no eruptadas.

CONSIDERACIONES CLINICAS

Hay 3 formas de tratar dientes no eruptados:

1. Hacer posible su erupción.
2. Ser removidos quirúrgicamente.
3. Simplemente dejarlos sin tratamiento.

La primera posibilidad se aplica más frecuentemente a caninos y bicúspides aplicando fuerzas ortodóncicas. La remoción quirúrgica se indica generalmente si el diente causa dolor o molestias, la absorción radicular o maloclusión de dientes adyacentes o inflamación de tejidos adyacentes. Finalmente, en muchas ocasiones el diente se deja sin tratamiento.

Es interesante sin embargo, que en la presente revisión de literatura no se encuentre indicación profiláctica para evitar el que se originen quistes o tumores de etiología odontogénica en asociación a dichas piezas dentales no eruptadas.

PATOLOGIA ODONTOGENICA

QUISTES

QUISTE DENTIGERO

El quiste dentígero o folicular es el segundo tipo más común de quistes odontogénicos. Por definición, un quiste dentígero siempre está asociado a la corona de una pieza dental no eruptada o en formación. Generalmente este quiste está adherido al diente no eruptado en su región cervical, lo cual a veces ayuda a diferenciarlo del queratoquiste. Este quiste se desarrolla por acumulación de fluido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente subyacente. El crecimiento de la lesión es secundario al incremento del contenido de fluido por diferencias osmóticas, los sitios más comunes son la región de las terceras molares superiores e inferiores y caninos superiores, que correspondientemente son los dientes más frecuentemente impactados. Tienen su mayor incidencia durante la segunda y tercera década y son generalmente asintomáticos, sin embargo, es capaz de obtener un tamaño significativo que puede llegar a producir expansión del hueso y en instancias raras predisponer a una fractura patológica (15,16).

Radiográficamente la lesión es radioluciente, unilocular y bien definida y siempre en asociación a la corona de una pieza dental no erupcionada, algunas lesiones de larga duración pueden producir la absorción o desplazamiento de diente adyacente. (15)

Histológicamente la lesión consiste de epitelio estratificado no queratinizado que está soportado por una pared de tejido fibroso rico en mucopolisacáridos y glicoproteínas. (15)

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

El queratoquiste odontogénico es una entidad con comportamiento e histología específicos. Por lo tanto a pesar de que pueda haber queratinización en algunos otros tipos de quistes, el patrón histológico de queratoquiste odontogénico lo separa de todos los demás. Existe consenso general en cuanto a su origen de la lámina dental. Afecta predominantemente la mandíbula en una relación de 2:1. Radiográficamente, la lesión es característicamente radioluciente, es bien circunscrita y ocasionalmente multilocular, sin embargo, la mayoría son uniloculares con el 40 % asociado a la corona de una pieza dental no erupcionada. Aproximadamente el 50 % de las lesiones muestra alguna forma de expansión de las corticales óseas adyacentes.

Microscópicamente la lesión se compone de epitelio estratificado escamoso, caracterizado por presentar un grosor promedio de 5 células con empalizada e hiperchromatismo basal y corrugación superficial, produciendo abundante queratina que es el 95 % de los casos de ese tipo paraqueratótica. La lesión se trata por escisión quirúrgica con osteotomía periférica. Sin embargo, tiene una altísima recurrencia que varía del 5 al 62 %. El seguimiento cuidadoso es un componente importante en el manejo general de esta lesión. La mayoría de las lesiones recurre antes de los primeros 5 años. (16,17)

QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE

La mayoría de autores coincide en que el quiste odontogénico calcificante es una lesión odontogénica del desarrollo. Sin embargo, ocasionalmente presentan comportamiento agresivo, por lo que ha propuesto de que en realidad representan una neoplasia, por lo que se ha sugerido el término "Tumor Odontogénico de Células Fantasma". La lesión se deriva de remanentes del epitelio odontogénico en la encía o dentro de mandíbulas y maxilares. Generalmente ocurre en personas de menos de 40 años de edad y el 70 % de los casos reportados ha ocurrido en maxilares superiores. Radiográficamente en las lesiones centrales se

presentan radiolucencias uniloculares o multiloculares con márgenes bien definidos. En ocasiones la radiolucencia puede presentar calcificaciones de tamaño variable que pueden producir áreas focales de opacidad, cuyo patrón se ha escrito como "Sal y Pimienta". En el 50 % de los casos hay expansión de corticales, histológicamente la lesión se compone de tejido epitelial de apariencia amelobástica conteniendo la característica principal de la lesión que es la presencia de las llamadas células fantasmas.

Otras áreas de la lesión tienen tejido conectivo con focos irregulares de dentinoide. En las etapas tempranas de formación la lesión es radioluciente, y en fase madura, la lesión tiene apariencia mixta (radioluciente y radiopaca). La lesión se trata por simple enucleación quirúrgica habiendo poco riesgo de recurrencia. (10,11,12,15,16,17)

TUMORES ODONTOGENICOS

Ameloblastoma

Este tumor tiene la característica de producir marcada deformidad y crecimiento local persistente. Existe una alta recurrencia, especialmente después de

tratamiento conservador. Se ha reportado un bajo potencial metastásico y ha creado gran controversia acerca del método más adecuado de tratamiento. La lesión ocurre en forma intraósea, pudiéndose originar del órgano del esmalte, restos odontogénicos, epitelio reducido del esmalte y del epitelio de algunos quistes odontogénicos, particularmente el quiste dentífero. Puede ocurrir a cualquier edad pero la tercera década es más frecuentemente afectada. Puede ocurrir en cualquiera de los maxilares.

Los ameloblastomas son usualmente asintomáticos y se descubren ya sea por exámenes radiográficos de rutina o porque el paciente consulte por expansión ósea asintomática.

Radiográficamente son lesiones radiolucidas y exhiben reabsorción radicular. Histológicamente la lesión se caracteriza por epitelio odontogénico hipercromático que característicamente exhibe empalizada y polarización reversa de los núcleos basales. El crecimiento neoplásico de células epiteliales puede ocurrir en forma de islas o de cordones anastomosantes. No se observa ningún tipo de calcificación, por lo que la lesión es invariablemente radiolucida. Aunque se han reportado odonto-ameloblastomas éstos son raros y se diferencian del ameloblastoma convencional por la presencia de tejido dental calcificado.

Se han descrito varios tipos histológicos pero el único que tiene significación clínica es diferenciar lesiones sólidas de unicísticas. Esta última menos agresiva y requiriendo tratamiento menos radical. Se recomienda escisión quirúrgica en bloque para evitar recurrencias de las lesiones sólidas. (3,4,5,6,7,9,15)

El ameloblastoma se considera una neoplasia localmente invasiva con poca tendencia a metástasis, con recurrencias post-tratamiento que varían del 5 al 30 %, dependiendo predominantemente del tipo de técnica quirúrgica empleada. (3)

TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

Esta neoplasia también conocida como Tumor de Pindborg por haber sido este Patólogo Oral el primero en descubrir la entidad. El tumor comparte muchas características con el ameloblastoma aunque microscópicamente no haya ninguna semejanza en ambos. Radiográficamente presenta imágenes distintas. Se sabe que es una lesión de origen odontogénico aunque se desconoce su célula de origen.

Radiográficamente, las lesiones están frecuentemente asociadas a dientes impactados, son uniloculares o

multiloculares y pueden contener pequeñas áreas radiopacas focales que son el reflejo de islas calcificadas que se reservan microscópicamente. El tumor tiene un potencial localmente agresivo similar al del ameblastoma, es de crecimiento lento y no se han reportado metástasis.

Los tratamientos recomendados van desde simple enucleación a resección en bloque, con una recurrencia por debajo del 20 %, el cual probablemente indica que su manejo quirúrgico no debe ser tan agresivo. (11, 15, 16, 17)

Histológicamente la lesión se caracteriza por contener células epiteliales de apariencia pleomórfica, con puentes intercelulares prominentes y poca actividad mitótica. Con frecuencia se observan áreas y hialinización con características bio-químicas idénticas al amiloide.

Se pueden observar pequeñas calcificaciones redondas descritas como cuerpos de Liesegang. (11, 16)

TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE

Es un tumor de origen odontogénico aunque presenta estructuras que semejan conductos o glándulas. A pesar de que en un inicio la lesión fue descrita como un sub-tipo

de ameloblastoma, sus características clínicas, microscópicas y su comportamiento son claramente diferentes del ameloblastoma. Algunos investigadores clasifican esta lesión como un hamartoma y no como neoplasia. Ocurre más comúnmente entre los 5 y 30 años, aunque la mayoría de casos aparecen en la segunda década. Es más común en región anterior de los maxilares, generalmente en asociación a la corona de un diente impactado.

Radiográficamente es una lesión unilocular bien circunscrita que en raras ocasiones exhibe pequeños focos opacos. Se debe tratar conservadoramente ya que es totalmente benigno, encapsulado y sin tendencia a recurrir. (15, 16, 17)

Histológicamente la lesión se caracteriza por presentar células epiteliales hipercromáticas conteniendo estructuras tubulares que semejan conductos glandulares las cuales pueden tener asociado un fenómeno inductivo del mesenquima adyacente. En raras ocasiones se observan pequeñas calcificaciones bien definidas.

MIXOMA ODONTOGENICO

Este tumor odontogénico tiene un origen mesenquimal que microscópicamente semeja el tejido de la pulpa dental. Es una neoplasia benigna, generalmente infiltrativa, agresiva y recurrente. El rango de edad en que la lesión aparece, varía de 10 a 50 años como promedio de 30. No hay predilección por sexo, ni edad en los maxilares. Radiográficamente la lesión es siempre lucente, con un patrón variable. Puede aparecer como una lesión bien circunscrita o como una lesión difusa.

La mayoría de las veces es multilocular con patrón en forma de panal de abeja. Es común su asociación a expansión cortical y desplazamiento de las raíces de piezas dentales adyacentes. La historia y las radiografías son de importante ayuda para el diagnóstico definitivo de estos tumores. La escisión quirúrgica en bloque es el tratamiento de elección. Debido a la consistencia gelatinosa de la lesión, el simple curetaje generalmente resulta en una remoción incompleta de la lesión, la cual nunca es encapsulada. (15, 16, 17)

Si la lesión es tratada en forma quirúrgica adecuada su recurrencia aproximada es del 10 %.

Histológicamente la lesión exhibe característicamente un tejido fibroso marcadamente laxo, de apariencia mixoide con un alto contenido de mucopolisacáridos, presencia variable de células mesenquimales primitivas y pequeños restos de epitelio odontogénico.

FIBROMA ODONTOGENICO CENTRAL

Es un tumor raro que puede ocurrir en asociación a una pieza dental no eruptada. Se ha descrito en todos los grupos de edad, tanto en mandíbula como en maxilares.

Radiográficamente es una lesión radioluciente, generalmente multilocular y con frecuencia asociada a expansión de corticales. Se trata por escisión quirúrgica y las recurrencias son raras. (13, 14, 15)

Histológicamente la lesión se compone predominantemente de tejido fibroso laxo, un número variable de células mesenquimales primitivas. En este estroma descansan numerosas islas de epitelio odontogénico de apariencia amelobástica con su característica empalizada y polarización reversa de los núcleos de las células basales. En el caso del fibro-odontoma ameloblástico se detecta la presencia de estructuras dentales calcificadas distribuidas en forma desorganizada.

Es importante diferenciar este último tumor en formación.

FIBROMA AMELOBLASTICO Y FIBRO-ODONTOMA AMELOBLASTICO

Estos dos tumores se consideran variantes del mismo proceso. Aparte de que uno contiene características de odontoma, las dos lesiones comparten características similares de edad, sexo y localización. El comportamiento biológico es también similar en ambas, siendo tumores odontogénicos mixtos compuestos de epitelio y mesenquima neoplásicos. Ambos se consideran procesos neoplásicos de origen odontogénico.

Ocurren predominantemente en niños y adultos jóvenes con una edad promedio de 12 años y con límite de edad que se extiende hasta los 40 años. La región de molares mandibulares es el área más frecuentemente afectada, aunque puede ocurrir en cualquier área. Radiográficamente las lesiones son bien circunscritas y usualmente rodeadas de un borde esclerótico, pueden ser uniloculares o multiloculares y ocurrir en asociación a la corona de una pieza dental no erupcionada. Focos opacos ocurren únicamente en el fibro-odontoma ameloblástico.

Por lo tanto, esta última lesión se presenta con una imagen radiográfica mixta; mientras el fibroma ameloblástico es totalmente radioluciente, debido a que el tumor es totalmente encapsulado y carece de opacidad.

La lesión se trata conservadoramente por simple escisión quirúrgica o curetaje. Aunque se han reportado recurrencias, éstas son raras. (15, 16, 17)

METODOLOGIA

Para la realización del presente trabajo se hizo un estudio retrospectivo (Enero 1984 - Diciembre 1990), en los archivos del Servicio de Diagnóstico Clínico y Patológico, el cual es un laboratorio privado de Patología Bucal que recibe muestras de hospitales nacionales, de médicos y estomatólogos tanto de la ciudad capital como de los departamentos. La autorización para llevarla a cabo está dada por el Director de dicho centro, Dr. Román Carlos B.

1. Del total de casos, se seleccionaron aquellos que fueron sometidos a estudio histopatológico y tuvieron asociación a piezas dentales retenidas o impactadas.
2. En una ficha, elaborada para el efecto, se recolectó la información (ver anexo 1 e instructivo), en el cual se anotaron los datos siguientes:
Número de orden, número de ficha, diagnóstico histológico, diagnóstico clínico, grupo étnico, edad, sexo, localización, tamaño, pieza involucrada y otros.
Las fichas se fueron clasificando según diagnóstico histológico.

3. Obtenidos los datos, se procedió a su tratamiento estadístico, empleando técnicas descriptivas según el caso.

Los resultados se presentan en cuadros y gráficas con su respectiva descripción.

Las tablas 1 y 2 y la Gráfica No. 1 muestran que 319 de los 999 tejidos estudiados en asociación de las piezas dentales mostraban algún tipo de patología, representando en conjunto el 32% del total de dientes evaluados. Esto representa en la muestra estudiada una de cada tres piezas dentales no eruptadas con algún tipo de patología que, de acuerdo a la Tabla 2, en la mayoría de los casos representaba un tumor o quiste agresivos.

Interesantemente, se encontraron dos tumores malignos, específicamente carcinomas muco-epidermoides y uno de ellos asociado a una tercera molar sin aparente evidencia radiográfica de patología. Esto puede servir para demostrar que si el criterio para efectuar estudio histopatológico de una pieza dental no eruptada es exclusivamente el hecho de presentar o no evidencia radiográfica de patología, el servicio brindado al paciente y el criterio de prevención en salud, podrían estar incorrectamente aplicados.

Esta situación crea una gran limitante en el presente estudio, debido a que únicamente dos profesionales fueron conscientes de la relevancia que reviste el estudio histopatológico rutinario de todo tejido removido del cuerpo humano, práctica aceptada entre Médicos y Cirujanos, pero aparentemente no totalmente aceptada dentro de la profesión odontológica.

Setenta casos, representando el 7% del total de dientes evaluados, tuvieron un diagnóstico diferente a un folículo dental normal o hiperplásico, o a un quiste dentígero. Los diagnósticos más comunes fueron queratoquiste odontogénico y ameloblastoma, que en conjunto representaban 32 casos, representando tumores de alta agresividad local. Es importante resaltar, como se indicó anteriormente, que hubieran dos carcinomas muco-epidermoides, los cuales tienen potencial de metástasis regional o a distancia.

Como era de esperarse la mayoría de piezas dentales extraídas correspondieron a pacientes cuyas edades oscilaban entre 11 y 20 años de edad (434 piezas dentales) y entre 21 y 30 años de edad (200 piezas dentales), y por tanto, la mayoría de procesos patológicos ocurrieron dentro de este rango de edades. Ver Gráfica No. 2.

El quiste dentígero que representó el 25% ó uno de cada cuatro diagnósticos histopatológicos, también puede ser una lesión con un alto grado de destrucción local, como se evidenció en algunos de los casos estudiados, en donde provocaban no solo una destrucción significativa de hueso, sino expansión de corticales, asimetría facial en el paciente e incluso el caso de una fractura patológica en una paciente de 23 años. Por lo tanto, a pesar de lo frecuente de su diagnóstico, es importante diagnosticarlo y tratarlo en una fase incipiente que evite al paciente una morbilidad

secundaria significativa.

Las piezas dentales que con mayor frecuencia fueron extraídas por no haber erupcionado fueron terceras molares, representando un total de 778 muestras, lo cual significó una clara diferencia con otras piezas dentales como se observa en la Gráfica 3.

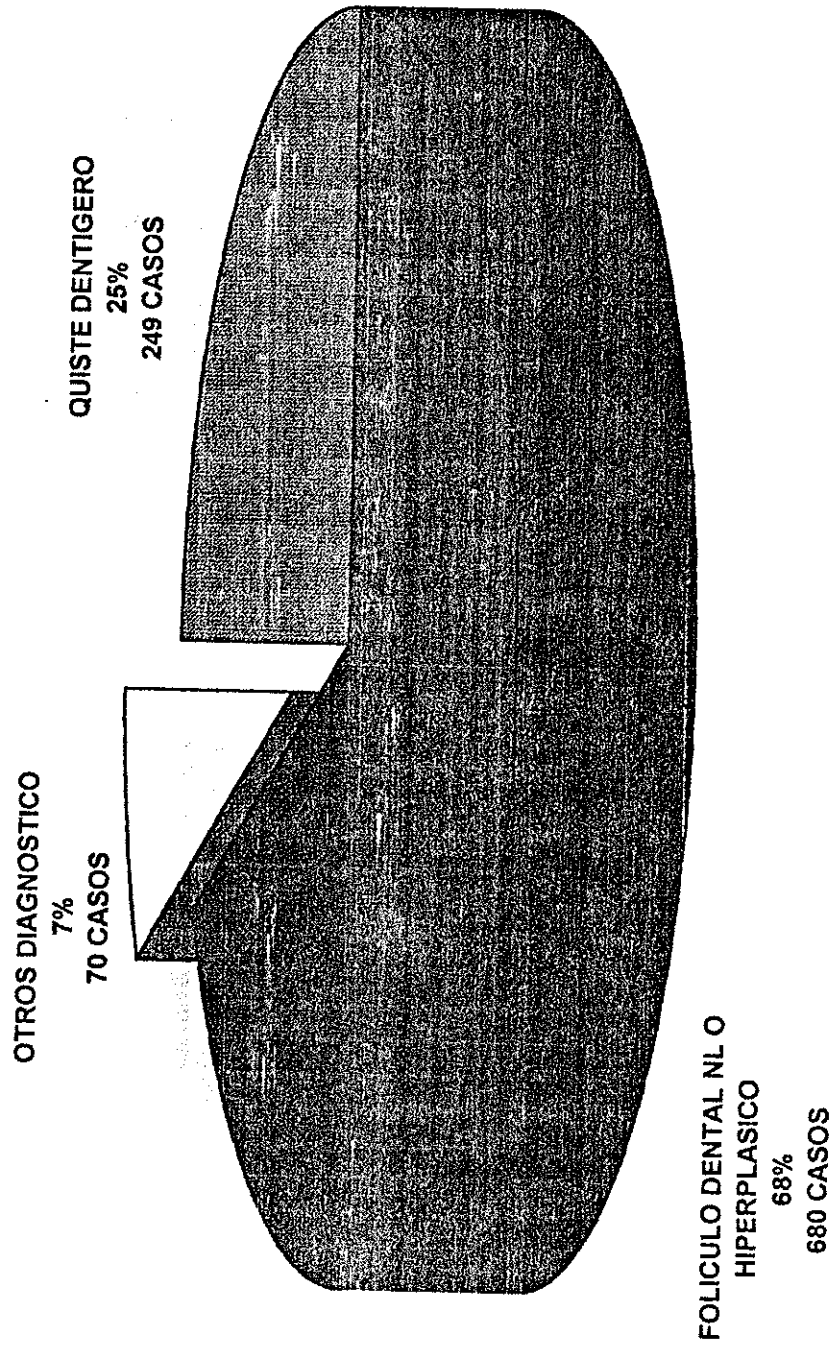
TABLA 1
DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA

FOLICULO DENTAL NI O HIPERPLASICO	680	68%
QUISTE DENTIGERO	249	25%
OTROS DIAGNOSTICOS	70	7%
TOTAL DE CASOS	999	100%

TABLA 2
OTROS DIAGNOSTICOS
7% 70 CASOS

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	20	28.57%
AMELOBLASTOMA	12	17.14%
QUISTE DE GORLIN	7	10.00%
ODONTOMA COMPUESTO	7	10.00%
QUISTE PARADENTAL	5	7.14%
TUMOR DE PINDBORG	3	4.29%
FIBROMA ODONTOGENICO CENTRAL	3	4.29%
PERICORONARITIS	3	4.29%
TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE	2	2.86%
OSTEOMIELITIS Y FOCAL CRONICA	2	2.86%
FIBROMA AMELOBLASTICO	1	1.43%
FIBRO-ODONTOMA AMELOBLASTICO	1	1.43%
QUISTE DE ERUPCION	1	1.43%
CARCINOMA MUCO-EPIDERMIOIDE	2	2.86%
QUISTE TRAUMATICO	1	1.43%
TOTAL DE CASOS	70	100.00%

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA GRAFICA 1



GRAFICA 2 DIAGNOSTICOS DE HISTOPATOLOGIA DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

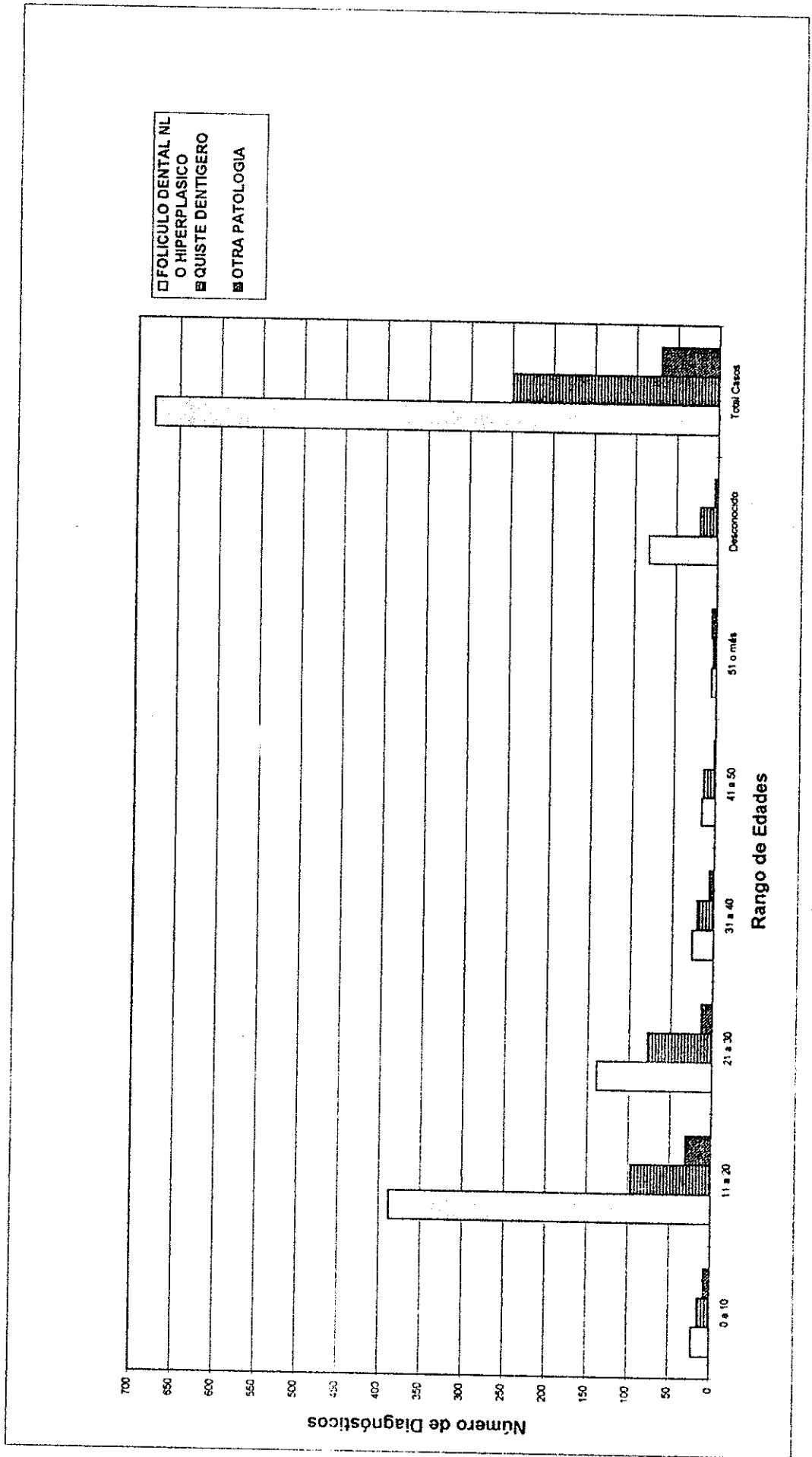
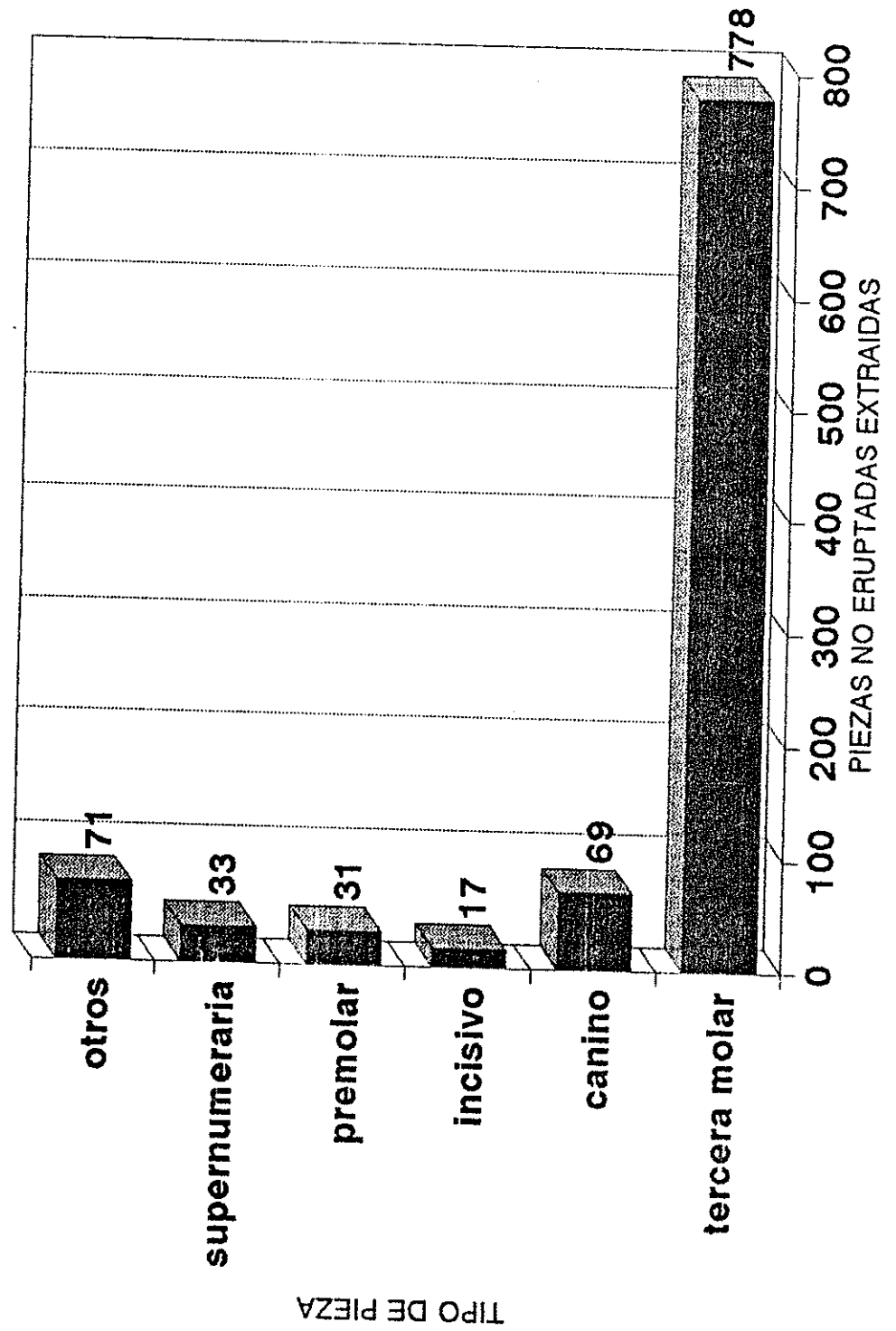


TABLA 3
DIAGNOSTICOS DE HISTOPATOLOGIA
DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 o más	Desconocido	Total Casos
FOLICULO DENTAL NL O HIPERPLASICO	22	388	139	26	16	6	83	680
QUISTE DENTIGERO	15	97	78	20	14	4	21	249
OTRA PATOLOGIA	8	31	13	6	2	6	4	70
TOTAL	45	516	230	52	32	16	108	999

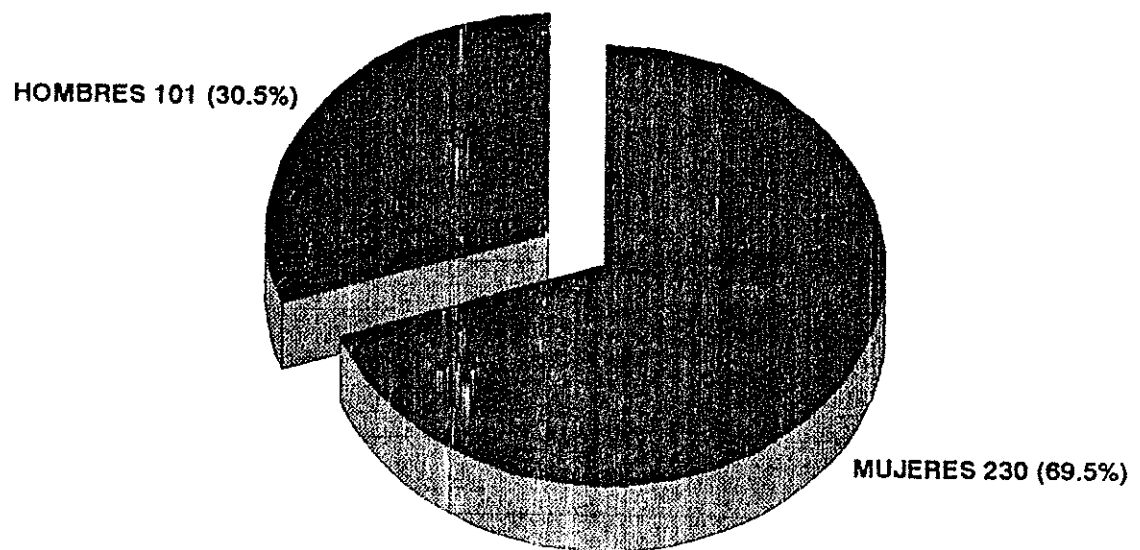
FRECUENCIA DEL TIPO DE PIEZA DENTAL NO ERUPTADA EN QUE SE EFECTUO EXODONCIA

GRAFICA 3



SEXO DE PACIENTES CON EXODONCIA DE PIEZA NO ERUPTADA

GRAFICA 4



CONCLUSIONES

1. La prevalencia de patología asociada a piezas dentales incluídas en el presente estudio es de 32%. Sinembargo, este porcentaje debe considerarse demasiado alto y no representativo, debido a que únicamente dos profesionales enviaron rutinariamente piezas dentales a estudio. El resto de profesionales lo hizo únicamente por haber considerado que había evidencia radiográfica de enfermedad..
2. En la profesión estomatológica aún no existe conciencia sobre la responsabilidad que conlleva el análisis rutinario de todo tejido removido a un paciente.
3. El quiste dentígero representó la patología más frecuente, habiéndose diagnosticado en el 25% del total de piezas dentales evaluadas y representando el 80% del total de patologías asociadas a piezas dentales no eruptadas.
4. El queratoquiste odontogénico y el ameloblastoma siguieron en frecuencia al quiste dentígero. Ambas lesiones son localmente agresivas y representan en conjunto el 46% de la patología asociada a piezas dentales no eruptadas, si se excluye quiste dentígero.
5. Las piezas dentales no eruptadas pueden dar origen a

neoplasias malignas como lo demuestran los dos casos de carcinoma muco-epidermoide en el presente estudio.

6. En base a lo anterior, es importante extraer toda pieza dental en que clínicamente se estime que no eruptará y que no sea factible llevarla a oclusión por métodos convencionales de cirugía-ortodoncia, o que este aspecto no esté indicado.
7. El tejido blando asociado a toda pieza dental no eruputada que se extraiga debe ser analizado histopatológicamente, y en base al diagnóstico obtenido, establecer la necesidad o no de un seguimiento adecuado del paciente o de terapia adicional.
8. El estudio histopatológico rutinario de todo tejido removido de la región oral y maxilofacial debe considerarse una forma importante de odontología preventiva, que como tal, sea de beneficio para el paciente.
9. En el presente estudio se encontró una relación de frecuencia de 2.3:1 mujeres-hombres, en cuanto al sexo de pacientes estudiados.

RECOMENDACIONES

1. Como un estudio complementario al presente, se recomienda un análisis retrospectivo de lesiones odontogénicas en general, para poder establecer qué porcentaje de las mismas fueron diagnosticadas después de la extracción de una pieza dental no erupcionada. Esto clarificaría si por no haberse hecho un análisis histopatológico rutinario de las mismas, pudieron haber ocurrido recurrencias posteriores.
2. Hacer conciencia dentro de los profesionales de la odontología, y sobre todo a nivel de estudiantes de pregrado, de la importancia que reviste la histopatología como una ciencia de apoyo clínico.
3. Debido a que el presente estudio muestra una relación de 2.3:1 entre mujeres y hombres, es recomendable establecer en un estudio específico si las mujeres tienen más tendencia a tener algún problema en la erupción de sus piezas dentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Adekeye E. and K. McCallum, Recurrent ameloblastoma of the maxillo-facial region. J. Maxillofac Surg 14:153-157, 1986.
2. Ai-Ru L., Z.L. and S. Jian. Calcifying epithelial odontogenic tumors. Oral Pathol 11:399-406, 1982.
3. Atkinson C., a. Harwood and B. Cummings, Ameloblastoma of the jaw; a reappraisal of the role of megavoltage irradiation. Cancer 53:869-873, 1984.
4. Buchner A. and J. Sciubba, Peripheral epithelial odontogenic tumors, a review. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 63:688-697, 1987.
5. Dachi S. F. and F.V. Howell. A survey of 3874 routine full-mouth radiographs. II a study of impacted teeth. Oral Surgical 14:1165, 1961.
6. Dahl, E.S. Wlfson and J. Haugen. Central odontogenic fibroma. J Oral Surg 39:120-124, 1981.
7. Dunlap C. and B. Baker. Central odontogenic fibroma of the Who type. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 57:390-394, 1984.
8. Ellis G. and B. Shmookler. Aggressive (malignant?) epithelial odontogenic ghost cell tumor. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 41:471-478, 1987.
9. Gardner, D. A pathologist's approach to the treatment of ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg 42:161-166, 1984.
10. ----- and R. Corio. Plexiform unicystic ameloblastoma; a variant of ameloblastoma with a low recurrence rate after enucleation. Cancer 53:1730-1735, 1984.
11. Keszler A. and F. Dominguez. Ameloblastoma in childhood. J oral Maxillofac Surg 44:609-613, 1986.
12. Martini, G. Análisis de 1000 juegos de roentgenogramas orales en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1967.



13. Muller H. and P. Sloomweg. Clear cell differentiation in an ameloblastoma.
J Maxillofac Surg 14:158-160, 1986.
14. Regezi J., D. Kerr and R. Courtney. Odontogenic tumors; analysis of 706 cases.
J Oral Surg 36:771-778, 1978.
15. ----- and J.J. Sciubba. Oral Pathology, clinical in pathologic correraltions.
Philadelphia W.B. Saunders, 301-363, 1989.
16. Shafer W.G., M.K. Hine and B.M. Levy: A textbook of oral pathology.
4th. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 258-315, 1983.
17. Waldron C. and S. El Mofty. A histopathologic study of 116 ameloblastomas
with special reference to the desmoplastic variant.
Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 63:441-451, 1987.

Vo. Bo.

McEneaney
25-x-78



ANEXO

DESCRIPCION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. NUMERO DE BIOPSIA

Corresponde al número de acceso de cada biopsia, el cual será tomado del Informe de Patología respectivo.

2. SEXO

Masculino o Femenino

3. EDAD

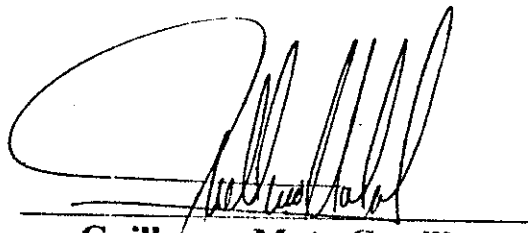
Se tomará del Informe de Patología.

4. PIEZA DENTAL ASOCIADA A LESION

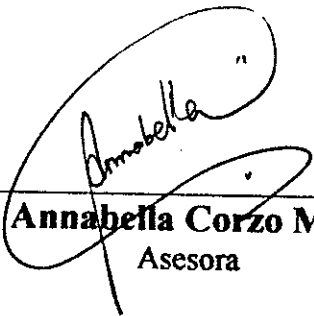
Cuando el clínico la haya aportado, se tomará de la solicitud de examen patológico.

5. DIAGNOSTICO

Diagnóstico anotado en el Informe Final de Patología.



Guillermo Mata Castillo
Sustentante



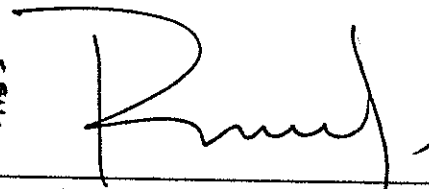
Dra. Annabella Corzo Marroquín
Asesora



Dr. Román Carlos Bregni
Asesor

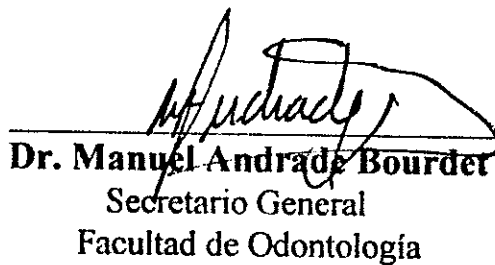


Comisión de Tesis
Dr. Miguel Arriaga Franco



Comisión de Tesis
Dr. Ricardo León Castillo

Imprimase



Dr. Manuel Andrade Bourdet
Secretario General
Facultad de Odontología

