

Οδοντώματα, καλοήθεις οδοντογενείς όγκοι: Βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσίαση κλινικών περιστατικών

Κίκιλα Πηνελόπη¹, Παπαϊωάννου Φανούρια², Ρούλιας Παναγιώτης³, Σηφακάκης Ιωσήφ⁴, Σερεμίδα Κυριακή⁵

1. Χειρουργός Οδοντίατρος, Απόφοιτος Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
2. Προπτυχιακή Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
3. Ορθοδοντικός, MSc Ορθοδοντικής ΕΚΠΑ
4. Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοδοντικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
5. Επίκουρη Καθηγήτρια, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Η εργασία έχει ανακοινωθεί ως Αναρτημένη Ανακοίνωση στο 17^ο Πανευρωπαϊκό Παιδοδοντικό Συνέδριο (EAPD), Γκέτεμποργκ 2024

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα οδοντώματα είναι καλοήθεις οδοντογενείς όγκοι, που συχνά συνδυάζονται με παρατεταμένη παραμονή νεογιλών δοντιών. Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά στα οδοντώματα καθώς και η περιγραφή της διάγνωσης και της θεραπείας τριών περιπτώσεων που σχετίζονταν με διαταραχές ανατολής μονίμων δοντιών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο κορίτσια και ένα αγόρι, ηλικίας 8 -12 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, παραπέμφθηκαν στις μεταπτυχιακές κλινικές Ορθοδοντικής και Παιδοδοντιατρικής (ΕΚΠΑ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την αρχική κλινική εξέταση, στο 12χρονο κορίτσι διαπιστώθηκε ένας άνω νεογιλός κυνόδοντας, ενώ στο 8χρονο αγόρι ένας νεογιλός κάτω κεντρικός τομέας. Ακτινογραφικά απεικονίζονταν, σε εγγύτητα των δοντιών αυτών, δυσπλασίες ως πολλαπλές μικρές αδιαφανείς δομές που προσομοίαζαν δόντια. Στην τρίτη περίπτωση, διαπιστώθηκε μια δομή που έμοιαζε με δόντι στην περιοχή του αριστερού κάτω κυνόδοντα, που ακτινογραφικά έδειχνε ως ακτινοσκοπική μάζα στο ύψος του φατνιακού οστού και εκτεινόταν κοντά στη ρίζα του. Η αρχική κλινική διάγνωση των δομών αυτών ορίστηκε ως οδοντώματα, ενώ η θεραπεία ήταν χειρουργική αφαίρεση, υπό τοπική αναισθησία, και εξαγωγή των αντίστοιχων νεογιλών δοντιών. Τα παρασκευάσματα στάλθηκαν για ιστοπαθολογική εξέταση και επιβεβαιώθηκε η αρχική διάγνωση. Ορθοδοντική θεραπεία ακολούθησε για να ανακτηθεί χώρος και να επιτευχθεί η αυτόματη ανατολή των μονίμων δοντιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των οδοντωμάτων κρίνεται επιτακτική για τη φυσιολογική ανάπτυξη του οδοντικού φραγμού.

Λέξεις ευρετηρίου: σύνθετο οδόντωμα, σύμπλεκτο οδόντωμα, οδοντογενείς όγκοι, εγκλεισμός μονίμου δοντιού, καθυστέρηση ανατολής, ορθοδοντική θεραπεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα οδοντώματα είναι μια κατηγορία καλοήθων οδοντογενών όγκων, που αποτελούν αναπτυξιακές δυσπλασίες των οδοντικών ιστών¹. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ορίζονται ως «μια δυσπλασία στην οποία όλοι

οι οδοντικοί ιστοί εμφανίζουν κατανομή που διακρίνεται από ένα συγκριτικά πιο κλασσικό μοτίβο, έτσι ώστε η βλάβη να περιέχει δομές που μοιάζουν με δόντια. Οι περισσότερες από αυτές τις δομές δεν μοιάζουν μορφολογικά με τα δόντια στην κανονική οδοντοφυΐα, παρόλο που οι οδοντικοί ιστοί είναι διατεταγμένοι όπως στο κανονικό δόντι»^{2,3}.

Odontomas, benign developmental malformations: literature review and case reports

Kikila Pinelopi, Papaioannou Fanouria, Roulias Panagiotis, Sifikakis Iosif, Seremidi Kyriaki

BACKGROUND: Odontomas are benign developmental malformations, often associated with retention of primary teeth. The aim of this report was to review the literature on odontomas and describe the diagnosis and treatment of three odontoma cases associated with eruption disturbances.

MATERIALS & METHODS: Two girls and a boy, aged 8-12 years, with a non-contributory medical history were referred to the postgraduate clinics of Orthodontics and Paediatric Dentistry of the Dental School, NKUA, Athens, Greece.

RESULTS: Clinical examination revealed the retention of a primary upper canine in a 12-year-old girl and a lower central incisor in an 8 year-old boy, which appeared as multiple small opaque tooth-like structures radiographically. In the third case, a tooth-like structure was detected buccally to the left lower canine region, that appeared as a radiopaque mass at the height of the alveolar bone extending close to the root of #33. Initial diagnosis was set as odontomas and treatment was surgical removal, under local anaesthesia, accompanied by extraction of corresponding retained primary teeth. Specimens were sent for biopsy and initial diagnosis was confirmed. Orthodontic treatment was initiated to regain space and allow for spontaneous tooth eruption.

CONCLUSION: Early diagnosis and proper treatment in cases with odontomas allow the physiological development of the occlusion.

Keywords: compound odontomas, complex odontomas, benign developmental malformations, permanent tooth impaction, delayed eruption, orthodontic treatment.

Αποτελούν τους πιο κοινούς οδοντογενείς όγκους, με την συχνότητα εμφάνισής τους να κυμαίνεται μεταξύ 22% και 67%^{4,5}. Μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά συχνότερα καταγράφονται κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής, κατά μέσο όρο στα 14-15 έτη^{1,3}. Παρατηρούνται συχνότερα στην Καυκάσια φυλή σε σχέση με την Ασιατική και Αφρικανική, γεγονός όμως το οποίο μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες όπως, τα διαφορετικά διαγνωστικά πρωτόκολλα που έχουν χρησιμοποιηθεί στις επιμέρους μελέτες⁶. Οι περισσότερες μελέτες δεν αναφέρουν διμορφισμό φύλου⁴, παρόλο που υπάρχουν μελέτες που καταγράφουν μια προδιάθεση στους άνδρες^{3,7}. Τα δόντια που επηρεάζονται συχνότερα είναι με φθίνουσα σειρά οι κάτω κυνόδοντες, οι τομείς και οι άνω κυνόδοντες⁶.

Ακτινογραφικά απεικονίζονται σαν ακτινοσκοιερές περιοχές, με την ακτινοσκοιερότητα να ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης και το στάδιο ενασβεστίωσης του οδοντώματος. Αρχικά μπορεί να εμφανιστούν ως ακτινοδιαγαστικές περιοχές που ενίοτε μεταπίπτουν σε ακτινοσκοιερή μορφή σε πιο προχωρημένα στάδια ενασβεστίωσης⁸.

Η διαύγαση ποικίλλει σε μέγεθος και σχήμα, ενώ περιμετρικά παρατηρείται μια συνεχής ακτινοσκοιερή γραμμή. Στο εσωτερικό της διαύγασης παρατηρούνται άλλοτε περιοχές σκίασης που παρομοιάζουν σχηματισμούς δοντιών, άλλοτε άμορφοι και ανομοιογενείς σχηματισμοί^{9,10}.

Η ιστολογική τους κατηγοριοποίηση τα κατατάσσει στους «όγκους με οδοντογενές επιθήλιο και μεσέγχυμα, με ή χωρίς σχηματισμό σκληρών ιστών»^{9,11}. Αποκαλούνται «αμαρτώματα» καθώς έχουν περιορισμένο αυξητικό δυναμικό και δεν παρουσιάζουν βιολογική συμπεριφορά αντίστοιχη με νεοπλάσματα¹². Τα οδοντώματα προκύπτουν από την ανάπτυξη πλήρως διαφοροποιημένων επιθηλιακών και μεσεγχυματικών κυτάρων που παράγουν αδαμαντινοβλάστες και οδοντοβλάστες¹³. Το επίπεδο διαφοροποίησης στους σχηματισμένους ιστούς ποικίλλει, ενώ η αδαμαντίνη, η οδοντίνη, η οστεΐνη και ο πολφός μπορεί να συνυπάρχουν εντός του σύνθετου οδοντώματος³.

Ανάλογα με την ιστολογική και μορφολογική διαφοροποίησή τους διαχωρίζονται σε σύνθετα και σύμπλεκτα¹², με τα πρώτα να συναντώνται δύο φορές πιο συχνά¹⁴. Σύν-

θετα (compound) ονομάζονται τα οδοντώματα που περιέχουν ώριμους οδοντικούς ιστούς και παραπέμπουν σε μικρά ή και ατελώς διαμορφωμένα δόντια, ενώ σύμπλεκτα (complex) ονομάζονται εκείνα που περιέχουν αποδιοργανωμένη μάζα οδοντικών ιστών. Τα σύνθετα εμφανίζονται κυρίως στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου, ενώ τα σύμπλεκτα στην αντίστοιχη οπίσθια της κάτω γνάθου⁴.

Τα οδοντώματα είναι συνήθως ασυμπτωματικά και αποτελούν τυχαία ακτινογραφικά ευρήματα^{8,15,16}. Εντοπίζονται είτε ανάμεσα σε ρίζες μονίμων δοντιών, είτε ενδιάμεσα από ένα νεογίλο δόντι και τον αντίστοιχο μόνιμο διάδοχο του. Κλινικά σημεία και συμπτώματα που συνήθως οδηγούν στη διάγνωση μπορεί να είναι η παρατεταμένη παραμονή νεογιλών δοντιών στο φραγμό και η καθυστερημένη ανατολή των μονίμων. Επιπρόσθετα, τα οδοντώματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν συνωσιισμό ή έκτοπη ανατολή δοντιών, απώθηση ή απορρόφηση ριζών παρακείμενων δοντιών ή διόγκωση της φατνιακής ακρολοφίας¹⁷. Σε σοβαρές περιπτώσεις, κυρίως μετά από φλεγμονή, μπορεί να παρατηρηθεί λοίμωξη ή περιφερειακή λεμφαδενοπάθεια⁷.

Τα οδοντώματα, παρόλο που έχουν σπανίως συσχετιστεί με πόνο ή φλεγμονή, αποτελούν κλινικό πρόβλημα διότι οδηγούν σε ορθοδοντικά προβλήματα και διαταραχές στη σύγκλειση. Συνήθως παραμένουν έγκλειστα, με ελάχιστες περιπτώσεις οδοντωμάτων να έχουν ανατείλει εντός της στοματικής κοιλότητας⁵. Η ανατολή αυτή πιθανόν να συνοδεύεται από πόνο, διόγκωση στην αντίστοιχη περιοχή της γνάθου και διαταραχή σύγκλεισης. Η αντιμετώπιση συνίσταται σε χειρουργική επέμβαση, με την πρόγνωση της θεραπείας να είναι άριστη^{13,18}. Η συντηρητική εξαίρεση επιτυγχάνεται κατά κανόνα εύκολα αφού συνήθως τα οδοντώματα περιβάλλονται από ινώδη κάψα και η διάμετρός τους σπάνια υπερβαίνει το 1εκ^{7,9,11,17}. Σπάνια έχουν παρατηρηθεί υποτροπές, οι οποίες κατά βάση συσχετίστηκαν με μερική αφαίρεση σύμπλεκτων οδοντωμάτων που βρισκόταν σε αρχικό ή ενδιάμεσο στάδιο ανάπτυξης¹⁷.

Κατά τη χειρουργική εξαίρεση των οδοντωμάτων, γίνεται λήψη υλικού για ιστολογική εξέταση. Η λήψη βιοψίας και η ιστοπαθολογική εξέταση της βλάβης επιβάλλεται, τα αποτελέσματα της οποίας, μαζί με την ακτινογραφική απεικόνιση τεκμηριώνουν την ύπαρξη οδοντώματος. Ιστοπαθολογικά, πέραν των οδοντικών ιστών, χαρακτηριστική είναι και η παρουσία υποστρώματος χαλαρού συνδετικού ιστού, ενώ σε ποσοστό 20% των σύμπλεκτων οδοντωμάτων εμφανίζονται και νωσινόφιλα «κύτταρα φαντάσματα»^{9,11}. Τα κύτταρα αυτά αποτελούν υπολείμματα του οδοντογενούς επιθηλίου που υπέστησαν ενασβεστίωση.

Μετά τη χειρουργική αφαίρεση του οδοντώματος, πολύ συχνά δε συνίσταται ορθοδοντική θεραπεία, καθώς στην

πλειοψηφία των περιπτώσεων, το αφαιρεθέν οδόντωμα είναι μικρότερο σε μέγεθος από ένα δόντι ενώ και το έγκλειστο δόντι δεν αποκλίνει ιδιαίτερα. Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την αυτόματη ανατολή των μονίμων δοντιών μετά την αφαίρεση των οδοντωμάτων είναι: α) η ακτινογραφική απόσταση της μύλης του έγκλειστου με την εκτιμώμενη θέση του δοντιού αυτού στο φραγμό, β) η κλίση του έγκλειστου, γ) η διάπληση της ρίζας του έγκλειστου, δ) ο διαθέσιμος χώρος στον φραγμό, ε) η μορφή και η έκταση του οδοντώματος, στ) η θέση του οδοντώματος στη γνάθο και ζ) η ηλικία του ασθενούς^{19,20,21}.

Αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την θέση του έγκλειστου μόνιμου δοντιού, όσο πιο μικρή είναι η απόσταση του φύματός του από το μασητικό επίπεδο, τόσο «λιγότερη» πορεία πρέπει να διανύσει με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες πρόκλησης έγκλεισης, ενώ όσο μειώνεται η γωνία ανατολής του δοντιού ως προς την μέση γραμμή, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση της φυσιολογικής ανατολής του²¹. Παράλληλα, καθώς φυσιολογικά η ανατολή ενός δοντιού πραγματοποιείται όταν έχει διαπλάσει το μισό ή τα 2/3 της ρίζας του²², έγκλειστα δόντια με πλήρως διαπλασμένο ακρορρίζιο παρουσιάζουν χαμηλό δυναμικό ανατολής και μικρότερα ποσοστά επιτυχούς διευθέτησης στο οδοντικό τόξο^{21,22}. Δυσμενείς παράγοντες για την αυτόματη ανατολή έγκλειστων δοντιών αποτελούν και η ύπαρξη συνωσιισμού σε συνδυασμό με μικρό σε μήκος οδοντικό τόξο. Η ηλικία του ασθενούς τέλος επιβαρύνει την πρόγνωση για αυτόματη ανατολή, καθώς παρατεταμένη παραμονή του δοντιού μέσα στο οστό για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί παθολογικές αλλαγές όπως αγκύλωση, μεταβολές στο φατνιακό οστό, απορρόφηση ριζών των παρακείμενων δοντιών και απορρόφηση της μύλης του²³.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή της διάγνωσης και θεραπείας τριών περιπτώσεων οδοντωμάτων, οι οποίες διαγνώστηκαν τυχαία και σχετίζονταν με διαταραχές ανατολής μονίμων δοντιών.

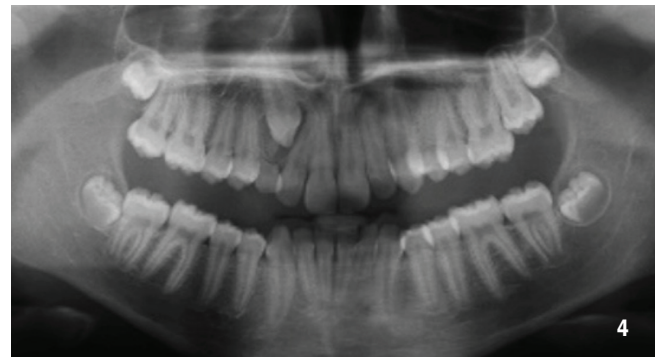
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Κορίτσι ηλικίας 12 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, παραπέμφθηκε στη Μεταπτυχιακή Κλινική της Ορθοδοντικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), για ορθοδοντική θεραπεία. Κατά την αρχική κλινική εξέταση τα ευρήματα ήταν: α) ΙIn Τάξη κατά Angle, β) ελαφρύς συνωσισμός στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου, γ) αυξημένη κατακόρυφη πρόταση, δ) παραμονή του άνω δεξιά νεογίλου κυνόδοντα (#53), ο οποίος είχε μικρή κινητικότητα (K1). Ο αντίστοιχος μόνιμος κυνόδοντας στην αριστερή πλευρά της άνω γνάθου (#23) είχε ήδη ανατείλει και είχε έρθει σε πλήρη θέση σύγκλεισης, γεγο-



Εικόνες 1, 2, 3: Αρχικές ενδοστοματικές φωτογραφίες ασθενούς.

Εικόνα 4 : Πανοραμική ακτινογραφία ασθενούς, η οποία έδειξε μια μικρή συμπαγή ακτινοδιαυγαστική μάζα μεταξύ του νεογιλού και του μόνιμου κυνόδοντα(#53-#13).



Εικόνες 5, 6, 7: Ενδοστοματικές φωτογραφίες ασθενούς μετά την εξαγωγή του οδοντώματος, κατά τη διάρκεια ορθοδοντικής θεραπείας, όπου αναμένεται η ανατολή του #13.

νός που έθεσε ερωτήματα για πιθανή έγκλειση ή αγενεσία του δεξιού μόνιμου κυνόδοντα (#13). Ο άνω δεξιά μόνιμος πλάγιος τομέας (#12) είχε παρειακή κλίση, η οποία είναι συχνά συνδεδεμένη με την ύπαρξη εγκλείστου κυνόδοντα και, ο οποίος κατά την ψηλάφηση δεν μπορούσε να εντοπιστεί (**Εικόνες 1,2,3**). Ο ασθενής παραπέμφθηκε για πανοραμική ακτινογραφία, η οποία έδειξε μια μικρή συμπαγή ακτινοδιαυγαστική μάζα μεταξύ του νεογιλού και του μόνιμου κυνόδοντα (#53-#13) (**Εικόνα 4**). Η ρίζα του νεογιλού κυνόδοντα ήταν έντονα απορροφημένη. Η ακτινοσκοπική αυτή οντότητα περιείχε εσωτερικά πυκνή αποδιοργανωμένη ακτινοσκοπική μάζα που παρέπεμπε σε οδοντικούς ιστούς, ενώ περιμετρικά περιβάλλονταν από μια συνεχή σκιερή γραμμή. Ο μόνιμος κυνόδοντας παρέμενε

έγκλειστος στο ύψος του μεσαίου τριτημορίου της ρίζας του πλάγιου τομέα, ενώ η ρίζα του ήταν πλήρως διαπλασμένη.

Η αρχική διάγνωση με βάση τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα ορίστηκε ως οδοντώμα και το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε εξαγωγή του νεογιλού κυνόδοντα, ολική αφαίρεση του οδοντώματος και άμεση ορθοδοντική παρέμβαση λόγω της θέσης του εγκλείστου μόνιμου δοντιού και της έλλειψης χώρου στο φραγμό. Η θεραπεία έγινε υπό τοπική αναισθησία στη Μεταπτυχιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (ΕΚΠΑ) και το δείγμα στάλθηκε για βιοψία όπου και επιβεβαιώθηκε και η αρχική διάγνωση ως σύμπλεκτο οδοντώμα. Τοποθετήθηκαν ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί άμεσα μετά την επούλωση και εφαρμόστηκαν δυνάμεις εξωστοματικής στήριξης χαμηλής

έλξης, με σκοπό τη διόρθωση της ανωμαλίας και τη δημιουργία χώρου για την αυτόματη ανατολή του #13, ο οποίος και ανέτειλε μετά από 8 μήνες (**Εικόνες 5,6,7**).

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Αγόρι ηλικίας 9 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό παραπέμφθηκε στη Μεταπτυχιακή Κλινική της Παιδοδοντιατρικής (ΕΚΠΑ). Ο λόγος παραπομπής ήταν η παρατεταμένη παραμονή του κάτω δεξιού νεογιλού κεντρικού τομέα (#81) πέραν της αναμενόμενης μέσης ηλικίας απόπτωσης. Το νεογιλό δόντι δεν παρουσίαζε κινητικότητα, ενώ οι υπόλοιποι μόνιμοι τομείς της άνω και κάτω γνάθου είχαν ανατείλει. Η αρχική ακτινογραφική εξέταση είχε γίνει πριν 1 έτος σε εξωτερικό ιατρείο με πανοραμική ακτινογραφία, στην οποία υπήρχε ένδειξη παρουσίας δυσπλασίας στην περιοχή (**Εικόνα 8**). Όταν παραπέμφθηκε στην πανεπιστημιακή κλινική, συνταγογραφήθηκε οπισθοφανιακή ακτινογραφία, η οποία αποκάλυψε μια διαύγαση με εσωτερικές σκιάσεις που παρομοίαζαν με πολλαπλά ατελώς διαμορφωμένα δόντια, περιβαλλόμενα από μια γραμμοειδή σκίαση. Η οντότητα αυτή παρέπεμπε σε σύνθετο οδόντωμα και εντοπιζόταν κάτω από τον νεογιλό κεντρικό τομέα (#81) και πάνω από τον αντίστοιχο διάδοχο του (#41), ο οποίος και παρέμενε έγκλειστος (**Εικόνα 9**).

Μετά την αρχική διάγνωση του οδοντώματος, συστήθηκε η εξαγωγή του νεογιλού τομέα και η χειρουργική αφαίρεση του οδοντώματος, τα οποία και πραγματοποιήθηκαν ταυτόχρονα υπό τοπική αναισθησία στην Μεταπτυχιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (ΕΚΠΑ). Στη διάρκεια του χειρουργείου δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές ούτε και τραυματισμός του μόνιμου διαδόχου, ενώ το παρασκεύασμα στάλθηκε για ιστοπαθολογική εξέταση όπου και επιβεβαιώθηκε η αρχική διάγνωση ως σύνθετο οδόντωμα.

Μετά την αφαίρεση του μηχανικού εμποδίου για την ανατολή του εγκλειστού κεντρικού τομέα και τη διάνοιξη χώρου τοπικά με κινητό μηχανήμα τύπου Hawley, παρατηρήθηκε η έναρξη της αυτόματης ανατολής του δοντιού (**Εικόνα 10**).

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3

Αγόρι ηλικίας 11.5 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, παραπέμφθηκε στη Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής (ΕΚΠΑ). Ο λόγος παραπομπής του ήταν η εμφάνιση εντός της στοματικής κοιλότητας οντότητας που προσομοίαζε με δόντι. Η οντότητα εντοπιζόταν παρειακά του κυνόδοντα στην αριστερή περιοχή της κάτω γνάθου και δεν εμφάνιζε καμία κινητικότητα, ενώ ο ασθενής ανέφερε ήπιο πόνο κατά την ανατολή του (**Εικόνα 11**). Ακολούθησε



Εικόνα 8: Αρχική πανοραμική ακτινογραφία ασθενούς με ασαφή απεικόνιση της βλάβης.



Εικόνα 9: Αρχική οπισθοφανιακή ακτινογραφία ασθενούς, όπου απεικονίζεται καθαρά οντότητα που παραπέμπει σε σύνθετο οδόντωμα.



Εικόνα 10: Πανοραμική ακτινογραφία ασθενούς, 1,5 χρόνο μετά την εξαγωγή του οδοντώματος.



Εικόνα 11: Αρχική ενδοστοματική φωτογραφία ασθενούς



Εικόνα 12: Πανοραμική ακτινογραφία ασθενούς η οποία έδειξε μια ακτινοσκοπική μάζα στο ύψος του φατνιακού οστού να επικαλύπτει τη ρίζα του #33.

λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας, η οποία έδειξε μια ακτινοσκοπική μάζα στο ύψος του φατνιακού οστού να εκτείνεται πλησίον της ρίζας του #33 αλλά όχι σε εγγύτητα (**Εικόνα 12**). Η αρχική διάγνωση ορίστηκε ως σύνθετο οδόντωμα και το σχέδιο θεραπείας περιλάμβανε την εξαίρεσή του. Η αφαίρεσή του επιτεύχθηκε υπό τοπική αναισθησία χωρίς να χρειαστεί συρραφή και χωρίς εμφάνιση επιπλοκών και τραυματισμού του μόνιμου κυνόδοντα. Η ιστοπαθολογική εξέταση του δείγματος επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση ενώ ο ασθενής ξεκίνησε ορθοδοντική θεραπεία σε δεύτερο χρόνο για τη διόρθωση της ορθοδοντικής ανωμαλίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εμφάνιση οδοντωμάτων αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και συνεργασίας μεταξύ Παιδοδοντιάρων, Γναθοχειρουργών και Ορθοδοντικών. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εντόπισή τους πραγματοποιείται είτε σε όψιμη φάση, με μια παρατεταμένη παραμονή του νεογιλού δοντιού σε εγγύτητα με το οδόντωμα ενώ χρονικά θα έπρεπε να έχει ανατείλει ήδη το μόνιμο δόντι²², είτε σε ακτινογραφικές εξετάσεις ρουτίνας για ορθοδοντικούς λόγους²⁴. Η ασυμπτωματική κατά βάση κλινική εικόνα τους, συνδυαστικά με τη χαρακτηριστική ακτινογραφική και το μεγάλο ποσοστό εμφάνισής τους κατά την 2^η δεκαετία της ζωής, συχνά καθοδηγούν τον κλινικό προς την σωστή διάγνωση^{1,3}. Η θεραπευτική προσέγγισή τους συνήθως είναι συγκεκριμένη και περιλαμβάνει την ολική εξαίρεση του οδοντώματος και του παρακείμενου νεογιλού προκατόχου, εφόσον υπάρχει^{7,17}. Ωστόσο, η μετα-χειρουργική παρέμβαση ποικίλει, από απλή παρακολούθηση για αυτόματη ανατολή των έγκλειστων δοντιών μέχρι και ορθοδοντική θεραπεία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία να εστιάζει στη διόρθωση των επιπτώσεων στην σύγκλειση των ασθενών αυτών^{19,20}.

Η έγκυρη διάγνωση και παρέμβαση του κλινικού επιβεβαιώνεται και στα τρία περιστατικά που παρουσιάστηκαν, ενώ τα αποτελέσματα της ιστοπαθολογικής εξέτασης μετά την χειρουργική αφαίρεση των οδοντωμάτων επιβεβαίωσαν την αρχική διάγνωση, με την καλοήγη φύση τους να μειώνει κατ'ελάχιστο την μετεγχειρητική εμφάνιση επιπλοκών. Στα περιστατικά επίσης που προαναφέρθηκαν πέραν της αφαίρεσης του οδοντώματος, αποκαταστάθηκε και η σύγκλειση του ασθενή με την ανατολή του διαδόχου μόνιμου δοντιού στη σωστή θέση στον οδοντικό φραγμό, με ή χωρίς ορθοδοντική παρέμβαση.

Στα συγκεκριμένα περιστατικά, η ηλικία των ασθενών δεν απείχε πολύ συγκριτικά με τον μέσο όρο της βιβλιογραφίας, που υπολογίζεται στα 14-15 έτη^{1,3}. Η πρώτη ασθενής ήταν σε ηλικία 12 ετών, ηλικία συνήθως για έναρξη ορθοδοντικής θεραπείας, όπου η παραμονή του άνω δεξιά νεογιλού κυνόδοντα έθεσε ερωτήματα για την ύπαρξη οδοντώματος. Σε αντίθεση, το 2^ο περιστατικό στα 8 έτη αποκλίνει πιο πολύ ηλικιακά, με μια πιο «θορυβώδη» κλινική εικόνα παραμονής κάτω νεογιλού τομέα να οδηγεί τους γονείς να ζητήσουν πιο νωρίς «αντιμετώπιση».

Η κλινική εικόνα της τρίτης περίπτωσης, με την αυτόματη ανατολή οδοντώματος εντός της στοματικής κοιλότητας, σπανίζει στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Μέχρι το 2009 είχαν καταγραφεί μόνο 20 αντίστοιχες περιπτώσεις υπογραμμίζοντας την ανάγκη περαιτέρω έρευνας⁵. Ο μηχανισμός της αυτόματης ανατολής των οδοντωμάτων εντός της στοματικής κοιλότητας διαφέρει εξαιτίας της απουσίας περιοδοντικού συνδέσμου και έλλειψης συσταλτικότητας των ινοβλαστών στην περιοχή γύρω από το οδόντωμα. Μερικοί μηχανισμοί εξηγούν πως η αύξηση μεγέθους του οδοντώματος οδηγεί σε «απόσπασή» του από το φατνιακό οστό και συνεπώς σε προσανατολισμό του προς το μασπικό επίπεδο, ενώ άλλοι αποδίδουν μια αυτόματη ανατολή σε οστική αναδιαμόρφωση⁵. Η σχετική βιβλιογραφία αναφορικά με

την συμπτωματολογία σε περιπτώσεις αυτόματης ανατολής δεν προσφέρει καταληκτικά συμπεράσματα, σημειώνοντας πιθανό πόνο, φλεγμονή με εκροή πύου. Αυτό συμβαδίζει με τα ευρήματα της παρούσας περίπτωσης καθώς ο ασθενής εμφάνισε ήπιο πόνο κατά την ανατολή του οδοντώματος.

Τα τρία παραπάνω περιστατικά επιβεβαιώνουν την βιβλιογραφία που συνδέει την ύπαρξη οδοντωμάτων περισσότερο στις πρόσθιες περιοχές της άνω και κάτω γνάθου συγκριτικά με τις οπίσθιες²⁵. Η εντόπιση οδοντωμάτων στην περιοχή των άνω κυνοδόντων στατιστικά κατατάσσεται στην τρίτη πιο συχνή περιοχή εμφάνισής τους, ακολουθώντας τις περιοχές των κάτω κυνοδόντων και των άνω τομέων^{4,6,12}. Αξίζει να σημειωθεί πως έχει καταγραφεί μεγαλύτερη συσχέτιση των εγκλείστων δοντιών με τα σύνθετα οδοντώματα και αυξημένη συχνότητα εντοπισμού σύμπλεκτων οδοντωμάτων στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου⁴.

Ακολουθώντας τα πρωτόκολλα, η λήψη ακτινογραφίας επιβάλλεται για τη διάγνωση^{8,15,16}. Τα χαρακτηριστικά ακτινογραφικά ευρήματα προσδιόρισαν την πρώτη περίπτωση ως σύμπλεκτο οδόντωμα και την δεύτερη και τρίτη ως σύνθετα. Στα περιστατικά κρίθηκε απαραίτητη η λήψη περαπέρω οπισθοφατνιακών ακτινογραφιών καθώς οι πανοραμικές ακτινογραφίες δεν επαρκούσαν για ευκρινή διάγνωση, λόγω της περιορισμένης ευκρίνειας αυτού του είδους των ακτινογραφιών στην περιοχή αυτή. Ανεξαρτήτως της κατηγοριοποίησής τους σε σύνθετα και σύμπλεκτα, είναι γνωστό πως δεν εμφανίζουν πανομοιότυπη ακτινογραφική εικόνα, με την ακτινοσκοπικότητα να ποικίλει ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης και ενασβεσίωσής τους⁸. Συγκρίνοντας τις δυο πρώτες περιπτώσεις, στο αγόρι μικρότερης ηλικίας το σύνθετο οδόντωμα εμφανίζει μεγαλύτερο αυξητικό δυναμικό σε σχέση με το σύμπλεκτο οδόντωμα στο κορίτσι μεγαλύτερης ηλικίας, θέτοντας ερωτήματα σχετικά με το αν τα σύνθετα οδοντώματα έχουν μεγαλύτερες αυξητικές τάσεις συγκριτικά με τα σύμπλεκτα.

Λαμβάνοντας υπόψιν την αρχική διάγνωση ως οδόντωμα, θεραπεία εκλογής ορίζεται η ολική εξαίρεση τους και η αποστολή δείγματος για ιστοπαθολογική εξέταση. Στις δυο πρώτες περιπτώσεις που συνυπήρχαν τα νεογιλά δόντια σε εγγύτητα με το οδόντωμα, επιλέχθηκε με την αφαίρεση των οδοντωμάτων η ταυτόχρονη εξαγωγή τους, όπως εκτελείται και στην πλειονότητα αντίστοιχων περιπτώσεων^{9,11}. Τα χειρουργεία ολοκληρώθηκαν χωρίς επιπλοκές και χωρίς να τραυματιστούν τα σπέρματα των εγκλείστων μονίμων δοντιών. Τα δείγματα στάλθηκαν για ιστοπαθολογική εξέταση και η αρχική κλινική διάγνωση ως οδοντώματα επιβεβαιώθηκε σε όλες τις περιπτώσεις.

Αναγκαία είναι η διαφορική διάγνωση από οντότητες παρόμοιας ακτινογραφικής εικόνας, όπως το αδαμαντι-

νοβλαστικό ίνωμα, το οδοντοαδαμαντινοβλάστωμα και ο ενασβεσιούμενος οδοντογενής όγκος^{9,11}. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ οδοντώματος και αδαμαντινοβλαστικού ινώματος (ΑΔΙ) στηρίζεται στην ιστοπαθολογική διαφοροποίησή τους, με τον σχηματισμό οδοντινικών ιστών να απουσιάζει από το ΑΔΙ²⁶. Το οδοντοαδαμαντινοβλάστωμα, ακολουθώντας το μοτίβο κλινικής συμπεριφοράς του αδαμαντινοβλαστώματος, εμφανίζει συμπτωματολογία πόνου και χαρακτηρίζεται ως ένας επιθετικός οδοντογενής όγκος, σε αντίθεση με την ασυμπτωματική εικόνα ενός οδοντώματος²⁷. Τέλος, ο ενασβεσιούμενος οδοντογενής όγκος αποτελεί μια σπάνια βλάβη μικρότερη του 1% του συνόλου των οδοντογενών όγκων, με μέσο όρο ηλικίας εμφάνισης τα 40 έτη και με κατά κύριο λόγο εκδήλωση στην περιοχή των γομφίων της κάτω γνάθου²⁸.

Βασικό στόχο του κλινικού αποτελεί, μαζί με την αφαίρεση του οδοντώματος και η άρση των επιπτώσεων στη σύγκλειση των ασθενών. Στη βιβλιογραφία σημειώνεται αυτόματη ανατολή εγκλείστων δοντιών μετά από αφαίρεση οδοντώματος σε ποσοστό 45%²⁰. Ο μέσος όρος αναμονής για την αυτόματη ανατολή τους είναι τουλάχιστον 6 μήνες πριν την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας, αν βέβαια δεν συντρέχουν λόγοι για να ξεκινήσει αυτή άμεσα^{19,20}. Σε περίπτωση που δεν επιτευχθεί αυτόματη ανατολή του εγκλείστου ή δεν κρίνεται εφικτή εξαρχής, πραγματοποιείται αρχικά διεύρυνση του υπάρχοντος χώρου είτε με ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς όπως στην πρώτη περίπτωση, είτε με κινητά μηχανήματα όπως στην δεύτερη περίπτωση. Έχουν καταγραφεί επίσης περιπτώσεις όπου μετά από αποκάλυψη της μύλης του, ακολούθησε η ορθοδοντική μετακίνησή του με εφαρμογή δυνάμεων εξωστοματικής στήριξης αυχενικής ελξης με ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς^{21,23}. Ο παιδοδοντίατρος, πάντα σε συνεργασία με τον ορθοδοντικό, πρέπει να καταγράφει την πρόοδο ανατολής του μονίμου, καθώς όσο περισσότερο καιρό έχει παραμείνει έγκλειστο το δόντι κ συνεπώς έχει διαπλαστεί περισσότερο η ρίζα του, τόσο λιγότερες είναι και οι πιθανότητες να ανατείλει²³. Στη βιβλιογραφία έχουν επίσης καταγραφεί και περιστατικά όπου παρατηρείται αλλαγή κλίσης του δοντιού μέσα στο φατνιακό οστό¹⁹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των οδοντωμάτων, με βάση την κλινική και ακτινογραφική εξέταση, είναι βασικής σημασίας για τον περιορισμό των επιπτώσεών τους στην ανάπτυξη της οδοντοφυΐας.
- Η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί τη θεραπεία

εκλογής σε όλες τις περιπτώσεις αλλά θα πρέπει πάντα να ακολουθείται από ιστοπαθολογική εξέταση της βλάβης.

— Στις περισσότερες περιπτώσεις έγκαιρης διάγνωσης/θεραπείας επιτυγχάνεται αυτόματη ανατολή των εγκλειστών δοντιών, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις η ορθοδοντική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Mazur M, Di Giorgio G, Ndokaj A, Jedliński M, Corridore D, Marasca B, et al. Characteristics, diagnosis and treatment of compound odontoma associated with impacted teeth. *Children (Basel)* 2022;9:1509.
- Philipsen HP, Reichart PA. Revision of the 1992-edition of the WHO histological typing of odontogenic tumours: A suggestion. *J Oral Pathol Med* 2002;31:253-258.
- Yadav M, Godge P, Meghana SM, Kulkarni SR. Compound odontoma. *Contemp Clin Dent* 2012;3:13-15.
- Ćabov T, Fuchs PN, Zulijani A, ĆabovErcegović L, Marelić S. Odontomas: Pediatric case report and review of the literature. *Acta Clin Croat* 2021;60:146-152.
- Serra-Serra G, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Erupted odontomas: A report of three cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:299-303.
- Aiello D, Quinzi V, Distefano M, Figliuzzi MM, ScirèScappuzzo G, Paduano S. Timing and treatment sequence in the management of odontomas associated with impacted teeth: A literature review and report of two cases. *Eur J Paediatr Dent* 2022;23:217-224.
- Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Meta-analysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:730-734.
- Bueno NP, Bergamini ML, Elias FM, Braz-Silva PH, Ferraz EP. Unusual giant complex odontoma: A case report. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2020;121:604-607.
- Νικητάκης ΝΓ, Κολοκοτρώνης ΑΕ. Σύγχρονη Στοματολογία. 1sted. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2021:542.
- Borghesi A, Tonni I, Pezzotti S, Maroldi R. Peripheral osteoma, compound odontoma, focal cemento-osseous dysplasia, and cemento-ossifying fibroma in the same hemimandible: CBCT findings of an unusual case. *Radiol Case Rep* 2017;12:756-759.
- Σκλαβούνου Α. Παθολογία του Στόματος. 1st ed. Αθήνα: Εκδόσεις Βρίτα; 2018:322.
- Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. *Imaging Sci Dent* 2018;48:289-293.
- Altay MA, Ozgur B, Cehreli ZC. Management of a compound odontoma in the primary dentition. *J Dent Child* 2016;83:98-101.
- Pillai A, Moghe S, Gupta MK, Pathak A. A complex odontoma of the anterior maxilla associated with an erupting canine. *BMJ Case Rep* 2013;2013.
- Maltagliati A, Ugolini A, Crippa R, Farronato M, Paglia M, Blasi S, Angiero F. Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. *Eur J Paediatr Dent* 2020;21:199-202.
- Kämmerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, Schneider S, Walter C, Frerich B, Kunkel M. Clinical parameters of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth: A retrospective multicentre study and literature review. *ClinOralInvestig* 2016;20:1827-1835.
- Μπουραζάνη Μ, Σφακιανού Α, Καραθανάση Β, Χρυσομάλη Ε, Τόσιος Κ, Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Α. Οδοντώματα σε παιδιά-εφήβους και ενήλικες: Συγκριτική κλινικοστατιστική μελέτη 105 περιπτώσεων. *Παιδοδοντία* 2012;26:53-57.
- Angiero F, Benedicenti S, Parker S, Signore A, Sorrenti E, Giacometti E, Crippa R. Clinical and surgical management of odontoma. *Photomed Laser Surg* 2014;32:47-53.
- Ashkenazi M, Greenberg BP, Chodik G, Rakocz M. Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;131:614-619.
- Jain A, Karuna YM, Baliga M, Suprabha BS, Natarajan S. Surgical management of complex odontoma associated with agenesis of a molar. *ContempClinDent* 2018;9:388-390.
- Ανθόπουλος Χ, Βασιλείου Δ, Κωνσταντίνων Δ. Έγκλειση κυνόδοντων της άνω γνάθου. Μπορεί η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση να συμβάλλει στην ομαλή αυθόρμητη ανατολή; *Παιδοδοντία* 2016;30(2):57-65.
- Kaczor-Urbaniowicz Karolina, Zadurska Malgorzata, Czochrowska Ewa. Impacted teeth: An Interdisciplinary Perspective. *Adv Clin Exp Med* 2016; 25, 575-585.
- Ευαγγελίδης Β, Πεζάρου – Μπροντσκαρντ Α.Χ, Μπακόπουλος Α, Μούλλας Α. Έγκλειστοι κυνόδοντες της άνω γνάθου: πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Στόμα* 2018; 46: 149-158.
- Nguyen Dung Kim, Van Huynh Duong. Clinical and radiological characteristics of odontomas: a retrospective study of 90 cases. *Imaging Sci Dent.* 2023 ;53(2):117-126.
- DeColibus Katherine A, Rasner Shane D, Okhuaihesuyi Osariemen, Owosho Adepitan A. Clinicoradiopathologic Analysis of Odontomas: A Retrospective Study of 242 Cases. *Dent. J.* 2023, 11, 253.
- Κολόμβος Ν, Χρυσομάλη Ε, Φραγκίσκος Φ, Αγγελόπουλος Α, Αλεξανδρίδης Κ. Το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα στην παιδική ηλικία: Αναφορά Περίπτωσης. *Παιδοδοντία* 2012 26(3): 101-105.
- Sapru Brig BL, Dasgupta Maj D, Rajaram Col T. Odontoameloblastoma: A rare odontogenic tumor. *MJAFI* 2001; 57: 333-334.
- Τσιχλάκης Κ, Καραγιάννη Α. Διαγνωστική και Ακτινολογία Στόματος. 1st ed. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 2018:498.