

estomatología integrada

Vol. 4 N° 1-2

Enero - Diciembre 2003

ISSN 1680-9289



ei

Academia de Estomatología del Perú
Asociación Peruana de Odontología Restauradora y Biomateriales
Asociación Peruana de Endodoncia
Asociación Peruana de Periodoncia y Oseointegración
Asociación Ateneo Peruano de Ortopedia Maxilar

Asociación Iberoamericana de Ortodoncistas - Capítulo Peruano
Asociación Peruana de Cirugía Oral y Maxilo Facial
Asociación Peruana de Cirugía Buco Maxilo Facial
y Medicina Estomatológica
Sociedad Peruana de Odontología Preventiva y Social

Reporte de Caso

Tratamiento Multidisciplinario de la Retención de Incisivos Maxilares Permanentes. Reporte de un Caso Clínico

Multidisciplinary Treatment of Permanent Maxillary Incisors Retention. Report of Case.

Miguel Perea P.¹; Fernando Silva-Esteves R.²; Verónica Rossi L.³; Yesenia Amaro R.³; Rocio Contreras L.¹

RESUMEN

La erupción dentaria es un fenómeno que puede ser alterado por factores intrínsecos y/o extrínsecos, ocasionando en muchos casos retenciones dentarias.

Uno de estos factores es la presencia de odontomas, que constituyen los tumores odontogénicos más frecuentes en la población infantil.

El presente artículo describe un caso de retención de dos incisivos superiores permanentes por la presencia de un odontoma complejo.

Se realizaron dos intervenciones quirúrgicas; la primera consistió en la enucleación total del odontoma y su saco folicular; en la segunda se realizó la exposición quirúrgica de los incisivos y la colocación de accesorios ortodónticos que permitieron la tracción de las piezas en mención.

Los resultados logrados indicaron que un adecuado manejo multidisciplinario en estos casos, asegura un mejor pronóstico del tratamiento.

Palabras clave: Tracción dentaria, odontoma, dientes retenidos.

ABSTRACT

Dental eruption is a phenomenon that can be altered by intrinsic and/or extrinsic factors, causing in many cases dental retentions. Odontoma presence is one of these factors which constitute the most frequent odontogenic tumor in the infantile population.

This article describes a case of two permanent maxillary incisors retention because of complex odontoma presence.

Two surgical interventions were carried out; the first one consisted on total odontoma enucleation and their follicular sack; and the second, incisors surgical exposure was carried out, being placed orthodontic appliances that allowed the traction of such pieces.

The achieved results indicate that an appropriate multidisciplinary handling in these cases, assures a better treatment prognosis.

Key words: Dental traction, odontoma, retained teeth.

INTRODUCCION

Se entiende por retención dentaria, al fenómeno por el cual un diente que llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece dentro del maxilar, alterando su potencial de erupción. Esta alteración puede en algunos casos provocar sintomatología o en muchas ocasiones pasar inadvertida. Por tal motivo es de suma importancia el diagnóstico precoz para poder instaurar un plan de tratamiento oportuno.¹

La retención de un diente implica la falla de alguno de los factores intrínsecos y/o extrínsecos durante el período pre-eruptivo. Uno de estos factores extrínsecos a considerar es la presencia de un odontoma.^{2,3,4,5,6,7,8}

Para el correcto diagnóstico de una pieza dentaria retenida se deben realizar: una anamnesis detallada, y exámenes clínicos y radiográficos adecuados. Sin

¹Magister en Estomatología. Jefe del Departamento Académico de Estomatología del Niño y del Adolescente. Facultad de Estomatología UPCH.

²Cirujano Dentista. Especialista en Ortodoncia UPCH. Profesor Responsable del Área de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva del Programa de Especialización en Odontología Pediátrica UPCH.

³Cirujano Dentista. Residentes de 2^{do} Año del Programa de Especialización en Odontología Pediátrica UPCH.

embargo, el diagnóstico podrá ser de manera casual durante estudios radiográficos de rutina o con otra finalidad.^{4,9,10}

Después de una detallada evaluación el profesional deberá seleccionar una de las siguientes alternativas de tratamiento:

- Extracción del diente decíduo predecesor.
- Exposición quirúrgica seguida de la tracción ortodóntica del diente retenido.
- Transplante autógeno.
- Extracción de la pieza retenida.
- No tratar (observación y controles).^{10,11,12,13}

La exposición quirúrgica seguida de la tracción ortodóntica consiste en el acceso al diente retenido para fijar un accesorio ortodóntico, por medio del cual se aplica una fuerza para realizar la tracción hasta posicionar correctamente a la pieza dentaria en el arco.¹³

El procedimiento y el acceso quirúrgico más adecuado en los casos de tracción de dientes retenidos, así como la correcta planificación para la aplicación de las fuerzas ortodónticas, depende directamente de la ubicación de la pieza dentaria.¹⁴

La técnica quirúrgica debe ser conservadora y se debe realizar la fenestración mínima necesaria que permita el cementado del accesorio ortodóntico, respetando el anillo cervical no mayor de 3mm. y así evitar la pérdida de soporte óseo una vez ubicada la pieza dentaria en la arcada.¹⁵

En el acceso quirúrgico, el tipo de colgajo utilizado para la exposición del diente retenido puede ser de espesor total o mucoperióstico y de reposición apical.^{15,16}

La osteotomía debe realizarse hasta el margen cervical sin exposición del límite amelocementario, pues influye a largo plazo en la salud periodontal de la pieza comprometida.^{15,17}

Una vez efectuado el acceso quirúrgico y el pegado del accesorio ortodóntico adhesivo, se colocan alambres de ligadura 0,010" ó 0,012" que sirven como medio de tracción. La tracción ortodóntica deberá realizarse 30 días después de la exposición quirúrgica del diente retenido.^{15,18,19}

La tracción ortodóntica es un tratamiento conservador, que utiliza aparatología fija o removible y consiste en el movimiento dentario propiciado por fuerzas mecánicas en sentido cervico-incisal del diente.^{15,20}

Para la aplicación de la técnica, es importante tener en consideración lo siguiente:

1. Se deben usar fuerzas ligeras para mover el diente retenido, no mayor de 60 gramos/fuerza, pues la utilización de fuerzas intensas, puede causar la ruptura del paquete vasculo-nervioso, provocando la desvitalización pulpar.^{8,12,16}

2. La disponibilidad del espacio en el arco dentario debe ser suficiente.

3. Se debe usar la técnica ortodóntica adecuada.^{4,12}

Finalmente, para que la estética y la salud del periodonto no se vean comprometidas, el alambre de amarre debe pasar por el centro del proceso alveolar, posibilitando que el diente erupcione en mucosa queratinizada (encía adherida). Caso contrario pueden surgir problemas periodontales que hagan fracasar el tratamiento.¹⁹

ODONTOMAS

Los odontomas son malformaciones hamartomatosas (lesión caracterizada por la proliferación de tejido en un lugar que no le corresponde) de tejido odontogénico que presentan diferentes estadios de diferenciación histológica y morfológica. Están compuestos por tejido de origen epitelial y mesenquimatoso, bien diferenciado encontrándose depósitos de esmalte, de dentina, de pulpa y de cemento.^{21,22,23,24,25,26,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38}

Los odontomas constituyen los tumores odontogénicos más frecuentes (67%) y los más comunes en la población pediátrica.^{18,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,32,33,34,35,37,38,39,40,41,42}

La etiología de los odontomas es desconocida. Se ha sugerido que el trauma local, el daño durante la morfodiferenciación, la infección, el patrón hereditario, deficiencias nutricionales y la mutación genética pueden conducir al desarrollo de estas lesiones.^{22,23,24,25,26,27,28,32,33,35,36,37,38,39,41,42,43,44,45,46,47}

Los odontomas se localizan con mayor frecuencia en la maxila y no existen diferencias en la distribución por sexo. Son asintomáticos y suelen ser pequeños y de crecimiento lento. Sólo ocasionalmente su diámetro puede exceder al de un diente.^{21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,32,33,34,35,37,39,41,43,44,45,46}

Según Shafer se clasifican en:

- a. Odontoma compuesto.
- b. Odontoma complejo.
- c. Odontoma ameloblástico.
- d. Fibroodontoma ameloblástico.^{21,24,29,43,46}

Entre los signos clínicos que sugieren la presencia de un odontoma se encuentran los **dientes retenidos**, la persistencia de dientes temporales y la tumoración alveolar.^{22,23,25,26,27,28,30,33,35,36,37,38,44}

Los odontomas complejos son malformaciones irregulares en las cuales se presentan todos los tejidos dentales, bien diferenciados, pero en un patrón desorganizado, considerándose como masas inclasificables de tejido dentario o como conglomerados amorfos de tejidos duros sin semejanza siquiera con dientes rudimentarios. Suelen desarrollarse en la zona del primer y el segundo molar del maxilar inferior y son más frecuentes en mujeres (60%).^{21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,35,36,37,38,41,42,44,45,46}

Radiográficamente, los odontomas complejos se presentan como una zona radiolúcida bien definida que contiene una o varias masas irregulares de tejido calcificado radiopaco.^{21,22,23,24,25,27,29,32,33,37,44}

Frecuentemente (30%-50%), los odontomas complejos y compuestos pueden causar trastornos o la falla total en la erupción de los dientes permanentes adyacentes.^{21,22,23,26,32,33,34,42,43,45}

El tratamiento de los odontomas compuesto y complejo es la eliminación quirúrgica conservadora.^{22,24,25,28,32,33,43,44}

La terapéutica de los odontomas incluye, la enucleación, el curetaje o ambos procedimientos. Ya que los odontomas están bien encapsulados y se pueden enuclear del hueso circundante, estos procedimientos son muy confiables y no se presentan recurrencias.^{21,22,23,24,25,27,30,33,43,44,45,46}

Dado que el epitelio que acompaña a los odontomas puede dar lugar a quistes y neoplasias, el cirujano debe tratar de resecarlo totalmente.²¹

Todo odontoma debe ser enviado para su examen histopatológico.^{21,24,30,32,33,34,35,45,46}

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino de 9 años y 6 meses de edad, con aparente buen estado de salud general, acude al servicio de Odontología Pediátrica de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, referido de consulta particular, para la extirpación de un odontoma, el 25 de junio del año 2003.

Al examen clínico extraoral se observó un paciente mesocéfaló, mesofacial, con perfil óseo convexo, normodivergente, con simetría facial conservada.

El examen clínico intraoral mostró un maxilar superior de forma triangular y un maxilar inferior cuadrangular. El paciente se encontraba en segunda fase de dentición mixta con la secuencia de erupción de las piezas 11 y 12 alterada. Las relaciones molares se encontraron en clase II, las relaciones caninas no fueron registrables, el entrecruzamiento horizontal fue de 3 mm., el entrecruzamiento vertical de 40% y las líneas medias, la superior y la inferior, se encontraron desviadas 1 mm. a la derecha (Fig. 1a).



Fig. 1a

El examen radiográfico panorámico reveló la presencia de un odontoma a nivel de las piezas 11 y 12 (que se hallaban en estadio de Nolla 9), lo cual fue corroborado con una radiografía periapical (Fig. 1b, 1c). La técnica de Clark mostró que el odontoma se localizaba en posición palatina a las coronas de las piezas 11 y 12. El análisis cefalométrico de Steiner evidenció una relación esquelética clase II mandibular y un crecimiento facial hiperdivergente.

En el análisis de modelos de estudio se corroboraron los datos clínicos de las relaciones

dentarias, encontrándose además, una discrepancia alveolo dentaria superior negativa de $-7,2$ mm. y una discrepancia alveolo dentaria inferior negativa de $-1,2$ mm.

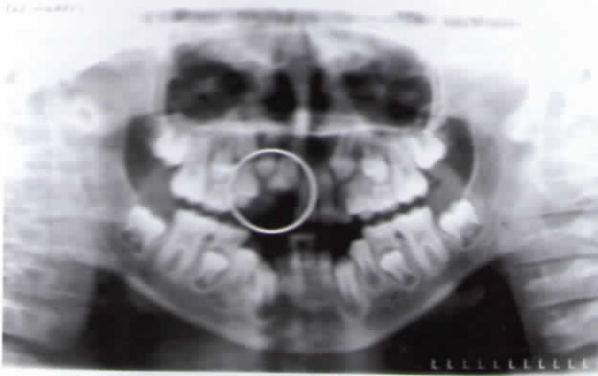


Fig. 1b



Fig. 1c

Se planificó el plan de tratamiento de la siguiente manera:

1. Enucleación del odontoma complejo.
2. Colocación de botones adhesivos en las piezas 11 y 12 con alambre de ligadura 0,010".
3. Tratamiento ortodóntico para tracción a distancia de las piezas 11 y 12.
4. Tratamiento alternativo de Maloclusión Clase II con exodoncia de las primeras premolares superiores.

De acuerdo a lo planificado, se llevó a cabo el primer acto quirúrgico donde se realizó la enucleación del odontoma y se confirmó la necesidad de una

segunda cirugía para la colocación de los accesorios ortodónticos, porque las piezas dentarias retenidas se encontraban en una posición muy superior (evidenciado radiográficamente). Así, se realizó un colgajo mucoperiostico palatino y vestibular, se comprobó la presencia del odontoma y se realizó la exéresis completa del mismo (Fig. 2a, 2b, 2c). Previamente a la sutura del colgajo palatino, se tomó una radiografía periapical para comprobar la enucleación total del odontoma. Luego se procedió a suturar la herida (seda negra 4/0) y a colocar una placa acrílica palatina confeccionada previamente.

El examen macroscópico del tejido extirpado mostró la presencia de múltiples fragmentos de tejido de color blanquecino, midiendo, el mayor de ellos 0,9 cm. de diámetro aproximadamente (Fig. 2d). Los fragmentos fueron descalcificados y enviados a patología donde se les realizó el examen microscópico que verificó la presencia de masas de tejido dentario constituidas por matriz de esmalte, dentina tubular de

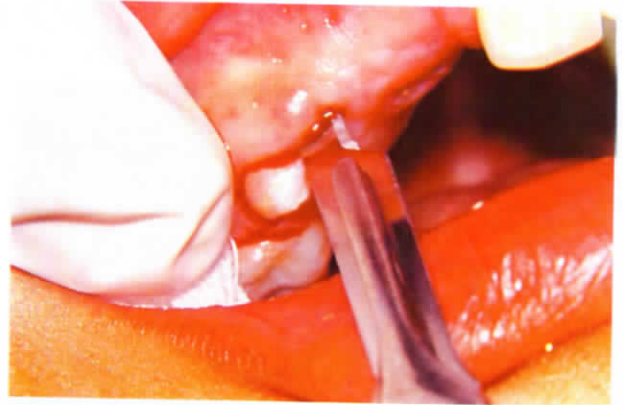


Fig. 2a

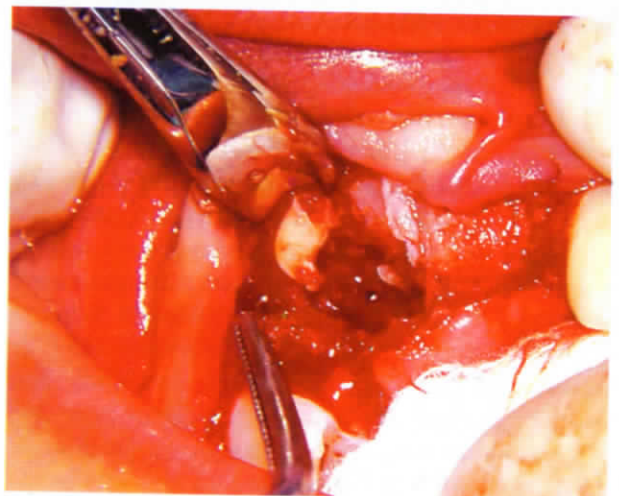


Fig. 2b

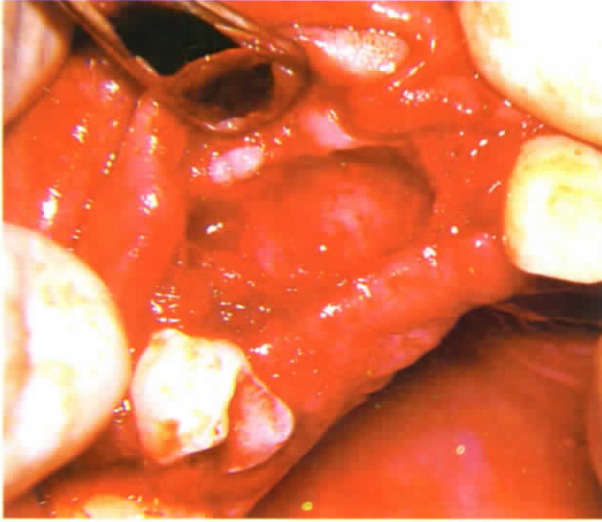


Fig. 2c

forma amorfa, depósitos de cemento globular rodeadas en algunas zonas por tejido conectivo fibroso; también se observaron algunos dentículos en formación. El diagnóstico del examen anatomopatológico fue de odontoma complejo.



Fig. 2d

Luego de dos meses de la enucleación del odontoma, tras el examen clínico radiográfico (Fig. 3a) se realizó la exposición quirúrgica de las piezas 11 y 12 y la colocación de botones adhesivos para su tracción a distancia bajo anestesia local, realizando un colgajo vestibular y osteotomía para exponer quirúrgicamente las piezas dentarias mencionadas. Luego de lograr la exposición de la cara vestibular de la corona dental de las piezas 11 y 12, se hizo el grabado ácido y la adhesión de los botones ortodónticos en los incisivos incluidos. Posteriormente se colocó un alambre de ligadura de 0,010" doble y trenzado y se procedió a suturar la herida (Fig. 3b).

Para la tracción ortodóntica de las piezas incluidas se diseñó un Botón de Nance modificado con resortes a nivel de las piezas 11 y 12, que fue instalado 15 días después (Fig. 3c).

Se inició la tracción de la pieza 11, fijándose el alambre de ligadura al resorte correspondiente, el cual fue activado una vez al mes (Fig.3d). Luego de dos meses se observó la presencia clínica de la corona de la pieza 11 y se inició la tracción de la pieza 12 con el mismo período de activación, observándose el incisivo lateral clínicamente luego de tres meses de tracción ortodóntica, quedando en este momento el paciente listo para iniciar su tratamiento de ortodoncia fija para la alineación final de la arcada dentaria (Fig. 3e).



Fig. 3a

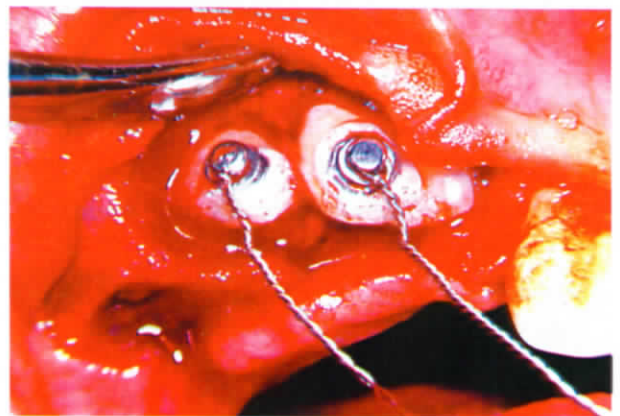


Fig. 3b

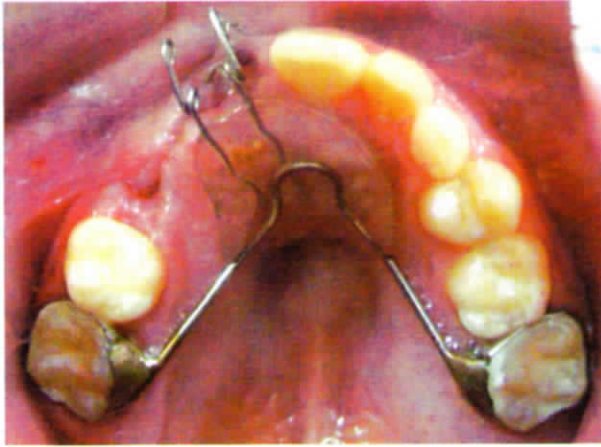


Fig. 3c

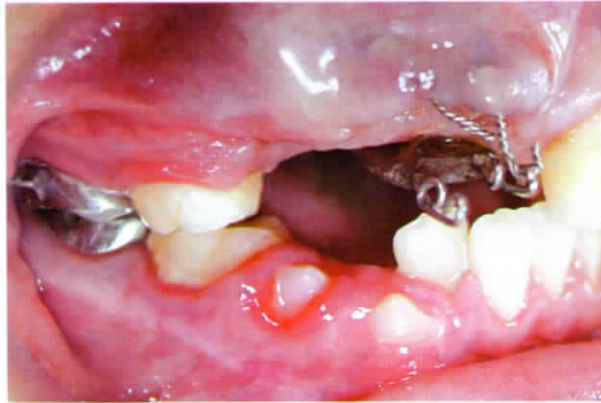


Fig. 3d

DISCUSIÓN

Los odontomas son lesiones odontogénicas relativamente frecuentes en niños, generalmente asintomáticos y raramente son diagnosticados antes de la segunda década de vida. La localización más frecuente de un odontoma complejo la encontramos en el sector postero inferior. Sin embargo, el caso descrito, muestra el diagnóstico de un odontoma complejo confirmado histopatológicamente, que produjo la retención de las piezas 11 y 12. Los odontomas por lo general llevan a la impactación o erupción retardada de los dientes permanentes.^{21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38, 9, 40,41,42,43,44}

El plan de tratamiento, contempló la posibilidad de realizar los procedimientos quirúrgico-ortodónticos en dos sesiones, a pesar de que algunos autores recomiendan realizar estos tratamientos en una sola sesión.¹⁹

En el caso descrito, luego de la enucleación del odontoma, la eliminación de su saco folicular y el

descubrimiento parcial de la cara vestibular de los incisivos retenidos, se observó que éstos se encontraban en una posición muy alta, de difícil acceso y con un sangrado profuso de los tejidos.

Dos meses después, en un nuevo control radiográfico, al observar que las piezas retenidas habían descendido lo suficiente como para poder realizar el abordaje quirúrgico para el pegado de los botones ortodónticos adhesivos, se procedió a realizar la segunda intervención quirúrgica.

Por tal motivo, se decidió esperar un tiempo prudencial que fue controlado radiográficamente, esperando que los dientes retenidos continúen su proceso de erupción, ya que las piezas dentarias involucradas no habían terminado su formación radicular.^{18,48}

Los botones ortodónticos fueron adheridos con un sistema de grabado ácido y resina de autocurado en la cara vestibular de cada pieza dentaria retenida, puesto que ahí, el acceso fue más fácil. Una vez polimerizada la resina, se colocaron alambres de ligadura 0,010", doblados y trenzados sobre sí mismos, con una longitud que permitió que quedara un extremo libre fuera del reborde alveolar y la encía adherida para poder efectuar una tracción ortodóntica óptima.

Se decidió hacer la tracción de la pieza 11 antes que la pieza 12 para evitar problemas de entrapamiento entre ambas.^{4,12,13}

Como medio de anclaje para la tracción se usó un Botón de Nance modificado, donde se incluyeron resortes helicoidales activos, confeccionados con alambre 0,020" de acero inoxidable.

Se esperaron 30 días para comenzar la tracción de la pieza 11. La frecuencia de activación fue cada 3 semanas a razón de 60 g/fuerza como máximo.¹⁹

Dos meses después, la pieza 11 logró erupcionar.

Para traccionar la pieza 12 se siguió los parámetros antes descritos y tres meses después, la pieza mencionada logró erupcionar.

En este momento, el paciente se encuentra listo para recibir un tratamiento ortodóntico multibrackets definitivo.

Finalmente, los requerimientos estéticos y funcionales, cubrieron las expectativas del paciente y de sus padres, repercutiendo favorablemente en el estado psicológico del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gallas M. Retenciones dentarias y sus manifestaciones. Análisis de 251 pacientes. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilof 1991; 16(4): 208-16.
- Lopes J. Cirugía Oral. Barcelona. Editorial. Interamericana. 1991.
- Mazzocchi A. Consideraciones sobre el pronóstico del tratamiento de caninos incluidos. El dentista moderno 1993/1994; Año 9^oN^o2: 5-16.
- Curcio M. Caninos retenidos y su terapéutica. Boletín de la Asociación Argentina de odontología para niños 2002; 31 (2-3).
- Jacoby H. The etiology of maxillary canine impactions. A J Orthod 1983; 84(2): 125-132.
- McConnel T. J. Maxillary canine impaction in patient with transverse maxillary deficiency. J Dent Child 1996; May-Jun.
- Mariaca L. Diagnóstico y tratamiento temprano de la malposición intraalveolar de caninos permanentes. Rev. Facultad de odontología Universidad de Antioquia 2002; 13 (2). www.udea.edu.com
- Jia-Kuan L. Corrección mediante ortodoncia de un primer molar inferior cuya erupción se encontraba impedida por un odontoma. Caso clínico. Quintessence 1998; 11(7): 48-52
- Mottola A. Abordaje quirúrgico y clasificación de las piezas dentarias incluidas. Journal de clínica en odontología 1998/1999; 14(6): 68-73
- Kuroi J, Bjerklín K. Treatment of children with ectopic eruption of maxillary first permanent molar by cervical traction. Am J Orth 1984. Dec:483-492.
- Alaeos A. Valoración periodontal de caninos incluidos en situación vestibular a los tres años del tratamiento ortodóntico-quirúrgico. RCOE 1999; 4: 385-390.
- Tuesta O. Tratamiento de caninos impactados mediante exposición quirúrgica y tracción ortodóntica. Rev. Estomatol Herediana 1998, 7-8 (1-2): 26-9.
- Sáez C. Tratamiento quirúrgico de los caninos incluidos. ROE 1996, 1 (6) 427-434.
- Tanaka E, Watanabe M, Nagaoka K, Yamaguchi K, Tanne K. Orthodontic traction of an impacted maxillary central incisor. J Clin Orthod 2001; 35: 375-8.
- Medeiros P. Cirugía de dos dientes incluidos. Extração e aproveitamento. Ed. Santos. Brasil. 2003.
- Varela M. Problemas bucodentarios en pediatría. Madrid. Editorial. Ergón.. 1999.
- Burden D. Palatally ectopic canines: closed eruption versus open eruption. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999; 115: 634-9.
- Kaban L. Cirugía bucal y maxilofacial en niños. México. Editorial. Interamericana. 1992.
- Iramaneerat S, Cunningham S, Horrocks E. The effect of two alternative methods of canine exposure upon subsequent duration of orthodontic treatment. Int J Paed Dent 1998; 8: 123-9.
- Rielson J. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. São Paulo. Editorial. Artes Medicas Latinoamérica. 2002.
- Goaz P, White S. Radiología Oral: Principios e Interpretación. Madrid. Editorial Mosby. 1995.
- García-Consuegra L, Junquera L, Albertos J, Rodríguez O. Odontomas. Estudio clínico-histológico y análisis epidemiológico retrospectivo de 46 casos. Medicina Oral 2000. 5: 367-72.
- Vilaplana J, Chiva F, Fernández P, López N. Odontoma compuesto. Presentación de un caso y revisión bibliográfica. Avances en Odontostomatología 2000. 16(5): 281-284.
- Flores J, Achutti N, De Araujo P, Eidr P. Odontoma complejo. Relato de caso. Revista Odonto Ciencia 1999. 27(1): 95-104.
- Patiño C, Buenechea R, Berastegui E, Gay E. Odontoma compuesto: Aplicación de la regeneración ósea guiada con membrana absorbible de colágeno en un defecto de dos corticales. Avances en Odontostomatología 1997. 13(8): 447-452.
- Owens B, Schuman N, Mincer H, Turner J, Oliver F. Dental Odontomas: a retrospective study of 104 cases. J Clin Pediatr Dent 1997. 21(3): 261-264.
- Gürdal P, Seçkin T, Terezhalmay G, Riley C, Moore W. Odontomas. Quintessence International 2001. 32(4): 336-337.
- Castro G, Houston G, Weyrauch C. Peripheral odontomas: Report of case and review of literature. J Dent Child 1994. 209-213.
- Gorlin R, Goldman H. Thoma Patología Oral. Barcelona. Editorial Salvat 1984.
- Regezzi J. Patología Bucal. México. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. 1991.
- Rubin; Farber. Patología. México. Editorial Panamericana. 1990.
- De Oliveira B, Campos V, Marçal S. Compound odontoma diagnosis and treatment: three case reports. Pediatr Dent 2001; 23(2): 151-157.
- Juarez R, Lucas G, Lucas O, Ferraris M. Odontomas: Etiología, Diagnóstico y Tratamiento. Rev. Asoc. Odontol. Argent. 1994; 86(5): 412-416.
- Kingeter H.; Netwing G. Odontoma Compuesto. Descripción de un caso. Quintessence (ed. esp.) 1995. 8(4): 256-260.
- Thwaites M, Camacho J. Complex Odontoma: report of case. J Dent Child 1987; 286-288.
- Shulman E, Corio R. Delayed eruption associated with an odontomas. J Dent Child 1987; 205-207.
- Rad A, Reid J. Delayed eruption of a permanent molar associated with a complex odontomas: report of case. J Dent Child 1996. July-August: 299-301.
- Randall W, Curbox S, Cowan J. Arch-length asymmetry related to an odontomas in a three-year-old. J Dent Child 1998; 212-213.
- Bitu Sousa F, Etges A, Corrêa L, Alves R, Soares N. Pediatric oral lesions: a 15-year review from Sao Paulo, Brazil. J Clin Pediatr Dent 2002; 26(4): 413-418.
- Chen Y, Lin L, Huang H, Lin C, Yan Y. A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. Pediatr Dent 1998. 20(7): 404-410.
- Weis A, Tziapas D, Lambrianidis T. A case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: Clinical and microscopic evaluation. J Endodon 2000; 26(8): 477-479.
- Giunta J. Patología Bucal. México. Editorial Interamericana. 1991.
- Rodríguez-Ponce A, Couce L. Los odontomas. Presentación de un caso clínico de localización infrecuente. Avances en Odontostomatología 1994; 10(7): 489-492.
- Prados E, González P, Sánchez E. Diagnóstico y tratamiento de los odontomas. Avances en Odontostomatología 1994; 10(4): 273-277.
- Laskaris G. Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Caracas. Editorial Amolca.. 2001.
- Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de Patología Bucal. México. Editorial Interamericana. 1977.
- Liu J, Hsiao C, Chen H, Tsai M. Corrección mediante ortodoncia de un primer molar inferior cuya erupción se encontraba impedida por un odontoma. Caso clínico. Quintessence (ed. esp.) 1998; 11(7): 454-458.
- Canut J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona. Editorial Salvat. 1989.

DIRECCION

Miguel Perea, Av. Pardo y Aliaga 680, Of. 505, San Isidro, Perú. Telf.: 221-0067