



pedodontia

THE JOURNAL OF THE HELLENIC SOCIETY OF PAEDIATRIC DENTISTRY

Vol. 26, Issue 2, 2012

Establisher: Nikolaos G. Baltas (1919 - 2007)

Board of Trustees of Hellenic Society of Paediatric Dentistry

N. Ligidakis President
A. M. Vierrou Vice President
E. Berdousis Secretary General
S Geki Treasurer
A. Agouropoulos Secretary Special
S. Arizos Member
G. Vadiakas Member
A. Kavvadia Member
T. Kouimzis Member

Editor in Chief

A. Kavvadia

Associate Editor

G. Vadiakas
S. Gizani

Editorial Committee

A. Sclavounou
H. Katsavrias
A. Kakaboura
A. Tsami
N. Kotsanos
D. Tziapas

Editorial Assistants

T. Roumani
K. Taoufik

Web site Editor

E. Berdousis

Printing - Binding

TYPOS HELLAS LTD. Tel: +30 210 6041807

Advertisements - Public relations

M. J. Paxinos tel: 210 8141172, mob: 6931833186

Production-Promotion Subscriptions
MIXALIS J. PAXINOS, Editions-Advertisements
12, Lykavitou Str., 14569 Athens
Tel-Fax: 210 8141172, mob: 6931833186
e-mail: m.paxinos2701@tellas.gr

"Pedodontia" is published quarterly under the Scientific supervision of the Hellenic Society of Paediatric Dentistry, School of Dentistry, University of Athens Department of Paediatric Dentistry 2 Thivon Str.-Goudi, Athens 11527, Greece Tel-Fax: 210 7461207

Annual Subscription Rates

Greece: €40
Others Countries \$60
Scientific Companies: €40

Contents

- **Policy on dental bleaching for Children and Adolescent Patients. Literature review**
Antoniadou M., Tsiouri E., Spagopoulos D. 5
- **The gag reflex in children during dental treatment and the association with dental fear**
Tzelepi Z., Gatidou A., Kotsanos N. 22
- **Uprighting partially impacted mandibular terminal molars with a halterman-type appliance. Two case reports**
Koletsis D., Papadopoulou E., Oulis C., Halazoneti M. 29
- **Delayed replantation of an avulsed permanent central incisor - case report. The importance of following international protocols**
Dalambiras S., Agouropoulos A. 36

Οδοντώματα σε παιδιά-εφήβους και ενήλικες: Συγκριτική κλινικοστατιστική μελέτη 105 περιπτώσεων

Μπουραζάνη Μ.¹, Σφακιανού Α.², Καραθανάση Β.³, Χρυσομάλη Ε.⁴, Τόσιος Κ.⁵, Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Α.⁶

Παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά 105 οδοντωμάτων και συγκρίνονται τα επιμέρους χαρακτηριστικά των βλαβών μεταξύ παιδιών-εφήβων και ενηλίκων. Το υλικό της παρούσας αναδρομικής μελέτης αποτελέσαν 105 περιπτώσεις οδοντωμάτων που αφαιρέθηκαν χειρουργικά και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε ιστοπαθολογικά. Τα κλινικά στοιχεία αντλήθηκαν από τα παραπεμπτικά ιστολογικής εξέτασης και αφορούσαν στο φύλο και την ηλικία των ασθενών, στην εντόπιση της βλάβης, στην παρουσία συμπτωμάτων και στη συσχέτιση με έγκλειστο δόντι. Το υλικό χωρίστηκε με βάση την ηλικία των ασθενών στην ομάδα των παιδιών-εφήβων (≤ 18 ετών, $n=49$) και στην ομάδα των ενηλίκων (> 18 ετών, $n=56$). Όπως προέκυψε από τη μελέτη, τα οδοντώματα εμφανίζονταν συχνότερα στην δεύτερη δεκαετία της ζωής και προσέβαλαν εξίσου παιδιά-εφήβους και ενήλικες. Στην ομάδα των παιδιών-εφήβων τα σύνθετα και σύμπλεκτα οδοντώματα ήταν εξίσου συχνά, αλλά στην ομάδα των ενηλίκων τα σύμπλεκτα οδοντώματα ήταν 4 φορές συχνότερα από τα σύνθετα οδοντώματα. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική προτίμηση φύλου. Και οι δύο γνάθοι προσβάλλονταν στον ίδιο βαθμό, με συχνότερη εντόπιση την περιοχή των τομέων της άνω γνάθου για τα παιδιά-εφήβους και την περιοχή των γομφίων της κάτω γνάθου για τους ενήλικες. Στο $\frac{1}{4}$ των περιπτώσεων τα οδοντώματα σχετίζονταν με έγκλειστο δόντι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα οδοντώματα αποτελούν τους συχνότερους οδοντογενείς όγκους, με συχνότητα που εγγίζει το 80%, και προέρχονται από ιστούς που συμμετέχουν στην οδοντογένεση¹⁻⁸. Χαρακτηρίζονται από την παρουσία ποικίλων οδοντικών ιστών, μαλακών (πολφός, οδοντογενές επιθήλιο) και σκληρών (αδαμαντίνη, οδοντίνη, οστεΐνη), σε διαφορετικές σχέσεις και αναλογίες μεταξύ τους^{4,7,9}. Ανάλογα με τη ιστολογική και μορφολογική διαφοροποίηση των ιστών από τους οποίους αποτελούνται διακρίνονται σε σύμπλεκτο και σύνθετο οδόντωμα. Τα οδοντώματα ανήκουν στην κατηγορία των «όγκων με οδοντογενές επιθήλιο και οδοντογενές μεσέγχυμα, με ή χωρίς σχηματισμό σκληρών ιστών», η οποία περιλαμβάνει επίσης το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα, το αδαμαντινοβλαστικό οδοντίνωμα, το αδαμαντινοβλαστικό οδόντωμα, το οδοντοαδα-

μαντινοβλάστωμα, τον ενασβεσιούμενο κυστικό οδοντογενή όγκο και τον οδοντογενή όγκο με κύτταρα φαντάσματα¹⁰. Όμως, το σύμπλεκτο και το σύνθετο οδόντωμα θεωρούνται αμαρτώματα, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους όγκους της ίδιας κατηγορίας που παρουσιάζουν βιολογική συμπεριφορά περισσότερο συμβατή με νεοπλάσματα^{2,4,6,7,11}.

Τα οδοντώματα εμφανίζονται συχνότερα στην περίοδο ανάπτυξης της οδοντοφυΐας, δηλαδή στις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής, και αποτελούν το 44,9% των οδοντογενών όγκων στα παιδιά και τους εφήβους⁸.

Στο σύμπλεκτο οδόντωμα (complex odontoma), οι οδοντικοί ιστοί είναι διαφοροποιημένοι, αλλά η διάταξή τους είναι ανώμαλη και οι δομές που σχηματίζονται δεν μοιάζουν μορφολογικά με δόντια⁴. Ακτινογραφικά, εμφανίζεται ως ακτινοσκοιερή μάζα που περιβάλλεται από διαυγή άλω^{2,10,12-17}. Το σύμπλεκτο οδόντωμα συνήθως σχετίζεται με έγκλειστο δόντι και αν είναι ευμέγεθες μπορεί να εμφανίζεται ως σκληρή ενδοστοματική διόγκωση ή/και να προκαλεί απόκλιση των ριζών των παρακείμενων δοντιών.

Στο σύνθετο οδόντωμα (compound odontoma), οι οδοντικοί ιστοί είναι ώριμοι και βρίσκονται σε φυσιολογική σχέση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να σχηματίζονται δομές που ανατομικά μοιάζουν με δόντια⁴. Ακτινογραφικά εμφανίζεται ως καλά περιγεγραμμένη διαύγαση που περιέχει σκιάσεις, οι οποίες αντιστοιχούν σε άτυπα δόντια, συνήθως μονόριζα, με ποικίλο μέγεθος και σχήμα^{1,2,10,12-17}.

Η γνώση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών μίας βλάβης συμβάλλει στην καλύτερη προσέγγιση της διαφορικής διάγνωσης και στην επιλογή των κατάλληλων διαγνωστικών δοκιμασιών, προκειμένου να τεθεί η τελική διάγνωση.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τα βασικά επι-

Λέξεις ευρητηρίου: οδοντογενείς όγκοι, σύνθετο οδόντωμα, σύμπλεκτο οδόντωμα, παιδιά, έφηβοι, ενήλικες.

1 Φοιτήτρια 5ου έτους

2 Οδοντίατρος, μεταπτυχιακή φοιτήτρια

3 Επίκουρη Καθηγήτρια

4 Επίκουρος Καθηγητής

5 Καθηγήτρια και Διευθύντρια

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Οδοντιατρική Σχολή, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής
Στόματος, Εργαστήριο Στοματολογίας

Κλινικοστατιστική μελέτη

δημιολογικά χαρακτηριστικά 105 οδοντωμάτων, και γίνεται συγκριτική αξιολόγηση των επιμέρους χαρακτηριστικών των βλαβών μεταξύ παιδιών-εφήβων και ενηλίκων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της παρούσας αναδρομικής μελέτης απετέλεσαν 105 περιπτώσεις οδοντωμάτων σε ισάριθμους ασθενείς που είχαν διαγνωστεί ιστοπαθολογικά στο Εργαστήριο της Στοματολογίας από τον Ιανουάριο του 1974 ως και τον Ιούνιο του 2011. Τα κλινικά στοιχεία αντλήθηκαν από τα παραπεμπτικά ιστολογικής εξέτασης και αφορούσαν στο φύλο και την ηλικία των ασθενών, στην εντόπιση της βλάβης, στην παρουσία συμπτωμάτων, και στη συσχέτιση με έγκλειστο δόντι. Από το σύνολο των 122 οδοντωμάτων της αντίστοιχης χρονικής περιόδου, αφαιρέθηκαν από τη μελέτη 4 περιπτώσεις στις οποίες δεν ήταν γνωστή η ηλικία των ασθενών, 8 που διαγνώστηκαν ως αδαμαντινοβλαστικά οδοντώματα, και 5 όπου η έλλειψη κλινικών και ακτινογραφικών πληροφοριών, και το περιορισμένο μικροσκοπικό υλικό καθιστούσε αδύνατη την ακριβή διάκριση σε σύμπλεκτο ή σύνθετο οδόντωμα. Το υλικό χωρίστηκε με βάση την ηλικία των ασθενών στην ομάδα των παιδιών-εφήβων (≤ 18 ετών, $n=49$) και στην ομάδα των ενηλίκων (> 18 ετών, $n=56$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

• Σύνολο

Από τα 105 οδοντώματα, 35 (33,3%) διαγνώστηκαν ως σύνθετα και 70 (66,6%) ως σύμπλεκτα (Διάγραμμα 1).

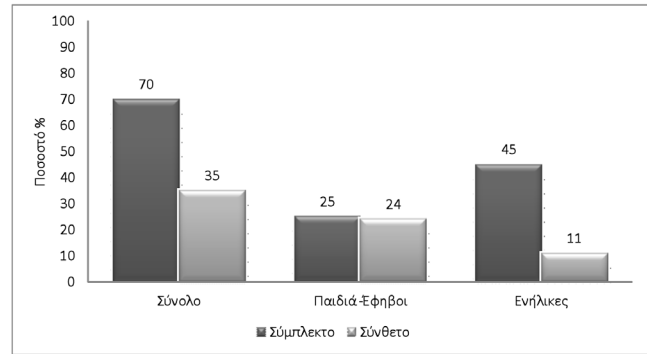
Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 2,5 ως 76 έτη, με μέση ηλικία τα $25,63 \pm 17,56$ έτη. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2, η πλειοψηφία των οδοντωμάτων εμφανιζόταν στη δεύτερη δεκαετία της ζωής (μεταξύ 10 και 19 ετών), ενώ ο αριθμός των περιπτώσεων μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας. Η αναλογία παιδιών-εφήβων και ενηλίκων ήταν 1,14:1 (49 και 56 περιπτώσεις, αντίστοιχα) και η αναλογία θηλέων-αρρένων ήταν 1,23:1 (58 και 47 περιπτώσεις, αντίστοιχα).

Σε 96 οδοντώματα όπου αναφερόταν η ακριβής ανατομική εντόπιση, η αναλογία της κάτω γνάθου προς την άνω ήταν 1:1. Συχνότερη θέση ήταν η περιοχή των τομέων-κυνοδόντων της άνω γνάθου (28,1%), ακολουθούμενη από τις περιοχές των γομφίων (19,7%) και των τομέων-κυνοδόντων της κάτω γνάθου (19,7%), των γομφίων της άνω γνάθου (16,6%), και των προγομφίων της κάτω και άνω γνάθου (10,4% και 4,1%, αντίστοιχα). Σε μία μόνο περίπτωση καταγράφηκε εντόπιση στη γωνία της κάτω γνάθου.

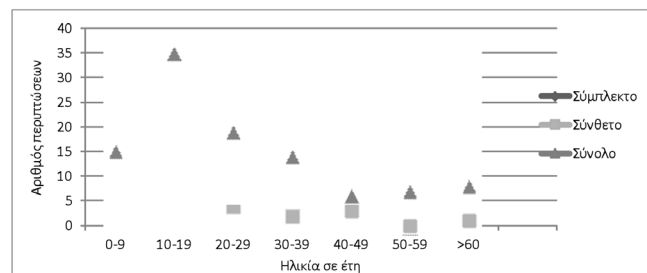
Συμπτώματα ανέφεραν 52 από τους 105 ασθενείς (49,5%), χωρίς να προσδιορίζεται η φύση τους. Σε 29 από τις 105 περιπτώσεις οδοντωμάτων η βλάβη σχετιζόταν με έγκλειστο δόντι (27,6%), συχνότερα κυνόδοντα (7 από 29 περιπτώσεις).

• Παιδιά-έφηβοι

Σε 49 παιδιά-εφήβους που περιελήφθησαν στη μελέτη, 25



Διάγραμμα 1. Έκαστοιαία κατανομή των 105 οδοντωμάτων ανά διάγνωση, στο σύνολο των περιπτώσεων, τα παιδιά-εφήβους, και τους ενήλικες.



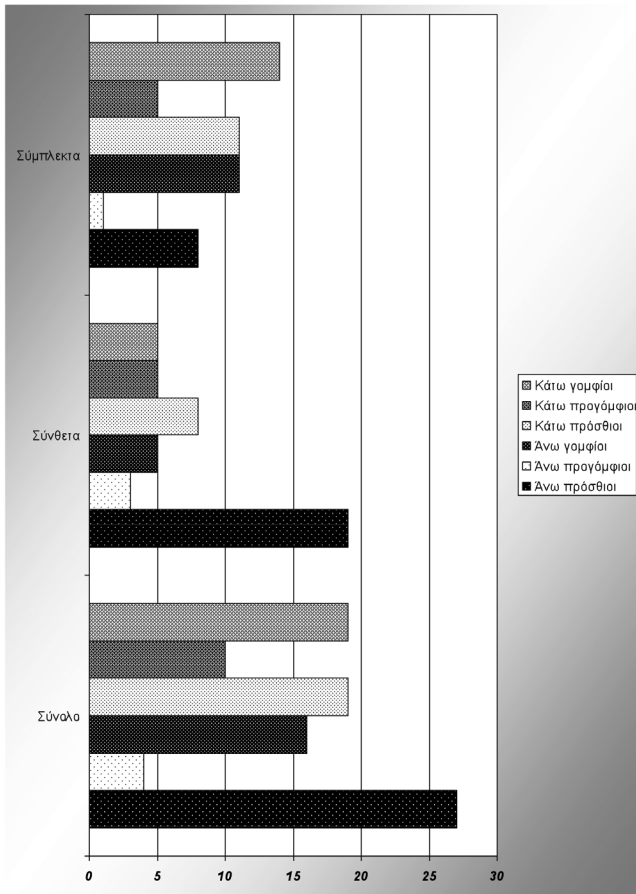
Διάγραμμα 2. Κατανομή κατά ηλικία στο σύνολο των οδοντωμάτων, στα σύμπλεκτα και στα σύνθετα οδοντώματα.

οδοντώματα διαγνώστηκαν ως σύμπλεκτα και 24 ως σύνθετα, αναλογία 1:1 (Διάγραμμα 1). Η μέση ηλικία ήταν τα $15 \pm 3,34$ έτη και η αναλογία κοριτσιών-αγοριών βρέθηκε περίπου 1:1 (26 προς 23, αντίστοιχα). Δεν καταγράφηκε σημαντική προτίμηση φύλου για το σύμπλεκτο οδόντωμα, ενώ για το σύνθετο η αναλογία κοριτσιών-αγοριών ήταν 1,4:1.

Αναφορικά με την εντόπιση, η αναλογία της άνω γνάθου προς την κάτω ήταν 1,4:1 (27 και 19 περιπτώσεις, αντίστοιχα). Βρέθηκε σημαντική διαφορά αναφορικά με την επιμέρους εντόπιση των βλαβών, καθώς από τις 46 περιπτώσεις όπου αναφερόταν η ακριβής εντόπιση, 19 (41,3%) αναπτύσσονταν στην περιοχή των τομέων και κυνοδόντων της άνω γνάθου, ενώ ο αριθμός των περιπτώσεων που είχαν αναπτυχθεί στις υπόλοιπες θέσεις ήταν μονοψήφιος. Το σύμπλεκτο οδόντωμα παρατηρήθηκε σχεδόν με την ίδια συχνότητα στην άνω και κάτω γνάθο (9 και 13 περιστατικά, αντίστοιχα), κυρίως στις πρόσθιες περιοχές. Το σύνθετο οδόντωμα εντοπιζόταν κυρίως στην άνω γνάθο, ιδιαίτερα στις πρόσθιες περιοχές (17 και 13 περιπτώσεις, αντίστοιχα). Συμπτώματα ανέφεραν μόλις 10 παιδιά (20,4%).

• Ενήλικες

Σε 56 οδοντώματα, 45 διαγνώστηκαν ως σύμπλεκτα και 11 ως σύνθετα, αναλογία 4:1 (Διάγραμμα 1). Η μέση ηλικία ήταν τα $37,66 \pm 15,88$ έτη και οι γυναίκες υπερτερούσαν



Διάγραμμα 3. Κατανομή κατά ανατομική εντόπιση στο σύνολο των οδοντωμάτων, στα σύμπλεκτα και στα σύνθετα οδοντώματα.

των ανδρών σε αναλογία 1,26:1 (33 προς 26, αντίστοιχα). Το σύμπλεκτο οδόντωμα παρουσίαζε προτίμηση στις γυναίκες έναντι των ανδρών, σε αναλογία 1,26:1, ενώ στο σύνθετο υπερτερούσαν οι άνδρες των γυναικών, σε αναλογία 1,75:1.

Αναφορικά με την επιμέρους εντόπιση, 33 (61,1%) οδοντώματα εντοπιζόνταν στην κάτω γνάθο και 21 (38,8%) στην άνω σε αναλογία περίπου 1,6:1. Η περιοχή των γομφίων της κάτω γνάθου ήταν η συχνότερη θέση εντόπισης σε 14 από 50 περιπτώσεις (28%), ακολουθούμενη από τις περιοχές των γομφίων της άνω γνάθου (22%) και των κάτω προσθίων (22%), των άνω προσθίων (16%), των κάτω και των άνω προγομφίων (10% και 2%, αντίστοιχα). Το σύμπλεκτο οδόντωμα εντοπιζόταν κυρίως στην κάτω γνάθο και στις πρόσθιες περιοχές (25 και 8 περιστατικά, αντίστοιχα), και το σύνθετο κυρίως στην κάτω γνάθο (7 περιστατικά). Συμπώματα ανέφεραν 42 από 56 (75%) ενήλικες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η συχνότητα του σύμπλεκτου οδοντωματος ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με το σύνθετο και

για τις δύο ηλικιακές ομάδες. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών^{5,6,10-12,14,15,18,19-23}. Ωστόσο, ενώ στα παιδιά δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των ποσοστών εμφάνισης των δύο όγκων, στους ενήλικες τα σύμπλεκτα οδοντώματα βρέθηκαν να είναι κατά 4 φορές συχνότερα από τα σύνθετα. Αν και το υλικό της παρούσας μελέτης δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό ως προς τα παιδιά, καθώς συνήθως παραπέμπονται για αντιμετώπιση στοματογναθικών βλαβών σε εξειδικευμένα παιδιατρικά νοσοκομεία, οι λόγοι της συχνότερης εμφάνισης σύμπλεκτων οδοντωμάτων στους ενήλικες συγκριτικά με τα παιδιά-εφήβους δεν είναι σαφείς. Μπορεί να διατυπωθεί η υπόθεση ότι στους ενήλικες τα σύνθετα οδοντώματα μπορεί να «εξελιχθούν» σε σύμπλεκτα.

Τα οδοντώματα εμφανίζουν μεγαλύτερη επίπτωση κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής^{8,10,18,21,23-26}. Η συχνότερη διάγνωση των οδοντωμάτων στην ομάδα των παιδιών μπορεί να οφείλεται στην ενεργοποίηση των γονέων για την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης στα παιδιά, καθώς σε αυτήν την ηλικία ολοκληρώνεται η ανατομή του μόνιμου φραγμού και γίνονται αντιληπτές τυχόν ελλείψεις δοντιών που μπορεί να σχετίζονται με την παρουσία οδοντωμάτων. Επίσης, η συχνή λήψη ακτινογραφιών σε παιδιά για ορθοδοντικούς λόγους μπορεί να αποκαλύπτει τυχαία την ύπαρξη κάποιου οδοντωματος, κάτι που αναφέρεται και σε άλλες μελέτες¹⁸. Επομένως, στην παρούσα μελέτη η αναλογία παιδιών-εφήβων και ενηλίκων που βρέθηκε περίπου ίση με 1:1 μπορεί να αποδοθεί στους λόγους που αναπτύχθηκαν παραπάνω και οι οποίοι ερμηνεύουν τη σχετικά μικρότερη εκπροσώπηση των παιδιών στο δείγμα μας.

Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την συχνότερη εμφάνιση των οδοντωμάτων στα αγόρια ή τα κορίτσια στον παιδικό πληθυσμό^{10,21-23}. Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά φύλου για το σύμπλεκτο ή το σύνθετο οδόντωμα. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Fernandes et al²² που παρατήρησαν ότι και οι δύο τύποι οδοντωματος εμφανίζονται συχνότερα στα αγόρια, και των Olgac et al²³, που επίσης κατέγραψαν υπεροχή των αγοριών αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης του σύνθετου οδοντωματος, ενώ δεν παρατήρησαν αντίστοιχη διαφορά για το σύμπλεκτο. Αντίθετα, στους ενήλικες το σύμπλεκτο οδόντωμα βρέθηκε να διαγιγνώσκεται συχνότερα σε γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες και το σύνθετο στους άνδρες. Αντίστοιχα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, είναι τα ευρήματα μελέτης από την Κίνα σε 80 ασθενείς με οδόντωμα, όπου περιγράφηκε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του σύμπλεκτου οδοντωματος στις γυναίκες (1,54:1) και του σύνθετου στους άνδρες (1,61:1).

Αναφορικά με την εντόπιση, διαπιστώθηκε ότι στο σύνολο των περιπτώσεων οι δύο γνάθοι προσβάλλονταν εξίσου συχνά, ιδιαίτερα στις πρόσθιες περιοχές, με την πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου να αποτελεί τη συχνότερη θέση εντόπισης των οδοντωμάτων. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με

τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών^{5,6,01-15,2-21}, ενώ σε άλλη μελέτη¹⁸ αναφέρεται πως τα σύνθετα οδοντώματα είναι συχνότερα στην κάτω γνάθο και τα σύμπλεκτα στην άνω.

Η παρουσία εγκλείστου δοντιού ή η μη-ανατολή νεογιλών ή μονίμων δοντιών είναι τα κλινικά σημεία που συνήθως ενισχύουν την υποψία για την ύπαρξη οδοντώματος^{3,8,29}. Κλινικά διαπιστώνεται απουσία δοντιού από το φραγμό ή παραμονή του αντίστοιχου νεογιλού δοντιού σε χρόνο πέραν του φυσιολογικού. Σε μελέτη 40 οδοντωμάτων βρέθηκε ότι τα 2/3 των περιπτώσεων σχετίζονταν με έγκλειστα δόντια, ενώ τα δόντια που δεν είχαν ανατείλει ήταν πιο πιθανό να σχετίζονται με σύνθετο οδόντωμα¹³. Σε άλλη μελέτη επί 39 οδοντωμάτων το ποσοστό συσχέτισης των οδοντωμάτων με έγκλειστα δόντια ήταν 50%²¹. Σπανιότερα τα οδοντώματα μπορούν να προκαλέσουν συνωσισμό και έκτοπη ανατολή δοντιών, απώθηση ή απορρόφηση ριζών παρακείμενων δοντιών, ή διόγκωση γνάθου. Στην παρούσα μελέτη περίπου το 1/4 των οδοντωμάτων σχετίζονταν με έγκλειστο δόντι, συχνότερα κυνόδοντα.

Σε πολλές περιπτώσεις η παρουσία των οδοντωμάτων γίνεται αντιληπτή σε τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο²¹. Η ακτινογραφική διερεύνηση διευκολύνει τη διαφορική διάγνωση, αλλά η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, και τον αποκλεισμό βλαβών με παρόμοια ακτινογραφική εικόνα, όπως, το αδαμαντινοβλαστικό οδοντίνωμα/οδόντωμα, το οδοντοαδαμαντινοβλάστωμα, τον ενασβεσπιούμενο κυστικό οδοντογενή όγκο κ.ά. που θεωρούνται νεοπλάσματα.

Η παθογένεια των οδοντωμάτων παραμένει ασαφής, αν και έχουν ενοχοποιηθεί ποικίλοι παράγοντες, όπως τραύμα, κληρονομικότητα (σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Herman), και μολυσματικοί παράγοντες^{6,9,12,15}. Έχουν, επίσης, αναφερθεί περιστατικά με πολλαπλά οδοντώματα που συνοδεύονταν από συγγενείς ανωμαλίες, όπως οισοφαγική και αορτική στένωση, ηπατοπάθεια, βρογχεκτασία κτλ³⁰.

Τα οδοντώματα αφαιρούνται χειρουργικά, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα οδοντικά προβλήματα που προκαλούν και για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Θεραπεία εκλογής είναι η συντηρητική εξαίρεση, η οποία επιτυγχάνεται κατά κανόνα εύκολα αφού συνήθως τα οδοντώματα περιβάλλονται από ινώδη κάψα και η διάμετρός τους σπάνια υπερβαίνει το 1εκ.^{4,18,32}. Οι υποτροπές είναι σπάνιες και παρατηρούνται κυρίως μετά από μερική αφαίρεση σύμπλεκτου οδοντώματος, το οποίο βρίσκεται σε πρώιμο ή ενδιάμεσο στάδιο ανάπτυξης. Μετά την εξαίρεση είναι δυνατή η ορθοδοντική μετακίνηση του εγκλείστου δοντιού, αν και σε αρκετές περιπτώσεις η οδοντική ανατολή γίνεται αυτόματα.

Εξαιρετικά σπάνια τα οδοντώματα μπορούν να ανατείνουν εντός της στοματικής κοιλότητας^{19,31}. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να συνοδεύεται από πόνο, διόγκωση στην αντίστοιχη περιοχή της γνάθου και διαταραχή της σύγκλεισης¹⁹. Πιθανότερα αίτια της ανατολής του οδοντώματος είναι η αύξηση του μεγέθους, η αναδιαμόρφωση των γνάθων, η απορρόφηση των γνάθων λόγω ηλικίας και η πρώιμη

απώλεια της οδοντοφυΐας στην περιοχική του οδοντώματος³¹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα μελέτη προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Στα παιδιά τα σύνθετα και τα σύμπλεκτα οδοντώματα ήταν εξίσου συχνά, αλλά στους ενήλικες τα σύμπλεκτα οδοντώματα ήταν 4 φορές συχνότερα από τα σύνθετα οδοντώματα.
- Τα οδοντώματα εμφανίζονταν συχνότερα στην δεύτερη δεκαετία της ζωής και προσέβαλαν εξίσου παιδιά -εφήβους και ενήλικες.
- Δεν καταγράφηκε σημαντική προτίμηση φύλου.
- Και οι δύο γνάθοι προσβάλλονταν εξίσου συχνά, με συχνότερη εντόπιση την περιοχική των τομέων της άνω γνάθου για τα παιδιά-εφήβους και την περιοχική των γομφίων της κάτω γνάθου για τους ενήλικες.
- Στο 1/4 των περιπτώσεων τα οδοντώματα σχετιζόταν με έγκλειστο δόντι.

SUMMARY

Odontomas in children-adolescents and adults: A comparative clinical study of 105 cases

Bourazani M., Fakianou A., Karathanasi V., Chrysomali E., Tosios K., Sklavounou-Andrikopoulou A.

The clinical features of 105 odontomas are presented and a comparison is made between lesions affecting children-adolescents and adults. This is a retrospective study of 105 odontomas that were surgically removed and microscopically diagnosed. Clinical information was drawn from the pathology submission forms and considered the sex and age of the patients, location of lesion, and association with impacted tooth. Based on their age, patients were categorized in the children-adolescent group (≤ 18 year old, $n=49$) and adults group (>18 years old, $n=56$). In the children-adolescents group, compound and complex odontomas were diagnosed with the same frequency, but in the adults group compound odontomas were 4 times more common than complex odontomas. More odontomas were diagnosed in the second decade of life, and affected equally children-adolescents and adults. There was no sex predilection. Both jaws were equally involved, but odontomas were more common the incisor area of the maxilla in the children-adolescents group, and the molar area of the mandible for the adults. In 1/4 of the cases odontomas were associated with an impacted tooth.

Index words: Odontogenic tumors; complex odontoma; compound odontoma; children; adolescent; adults.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Or S, Yüçetaş S. Compound and complex odontomas. Int

- J Oral Maxillofac Surg 1987;16:596-9.
2. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odonto-genic tumors and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 1997;33:86-99.
 3. Peltola JS, Wolf J, Männik A, Russak S, Seedre T, Sirkel M, Vink M.. Radiographic findings in the teeth and jaws of 14-17-year-old Estonian schoolchildren in Tartu and Tallinn. ACTA Odonol Scand 1997;55:31-5.
 4. Αγγελόπουλος Α, Παπανικολάου Σ, Αγγελούπουλος Ε: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. 2000:471-6.
 5. Toretti EF, Miller AS, Peezick B. Odontomas: An analysis of 167 cases. J Pedodont 1984;8:282-5.
 6. Κακαράντζα Ε, Αλεξανδριδης Κ, Αγγελόπουλος ΑΠ. Τα οδοντώματα των γνάθων. Βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσίαση 4 περιπτώσεων σε παιδιά. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1984;38:195-201.
 7. Ζωγράφος Ι, Μασούλας ΓΒ. Σύνθετα Οδοντώματα (παρουσίαση 2 περιπτώσεων). Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1986;40: 201-6.
 8. Guerrisi M, Piloni MJ, Keszler A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. Oral Cir Bucal 2007;12: E180-5.
 9. Long WR, Curbox SC, Cowan JE. Arch-Length asymmetry related to an odontoma in a three-year-old. ASDC J Dent Child 1998;65: 212-3.
 10. Chen Y, Li TJ, Gao Y, Yu SF. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. J Oral Pathol Med 2005;34:588-95.
 11. Τσιχλάκης Κ, Σπυρόπουλος ΝΚ. Ακτινογραφική μελέτη οδοντωμάτων. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1990;44:117-23.
 12. Miki Y, Oda Y, Iwaya N, Hirota M, Yamada N, Aisaki K, et al. Clinicopathological studies of odontoma in 47 patients. J Oral Sci 1999;41:174-6.
 13. MacDonald-Jankowski DS. Odontomas in a Chinese population. Dentomaxillofac Radiol 1996;25:186-92.
 14. Katz RW. An analysis of compound and complex odontomas. ASDC J Dent Child 1989;56: 445-9.
 15. Owens B, Schuman N, Pliske T, Culley W. Compound composite odontoma associated with an impacted cuspid. J Clinic Pediatr Dent 1995;19:293-5.
 16. Ledesma-Montes C, Perez-Bache A, Garcés-Ortíz M. Gingival compound odontoma. Int J Oral Maxillofac Surg 1996;25:296-7.
 17. Αγγελόπουλος ΑΠ, Σπυρόπουλος Ν, Τσιχλάκης Κ: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Διαγνωστική και Ακτινολογία. 3^η Έκδοση. Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. 2006:501-3
 18. Luo H-Y, Li T-J. Odontogenic tumors: A study of 1309 cases in a Chinese population. Oral Oncol 2009;45:706-11.
 19. Kaugars GE, Miller ME, Abbey LM. Odontomas. Oral Surg 1989;67:172-5.
 20. Daley T, Wysocki G, Pringle G. Relative incidence of odontogenic tumors and oral jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77:276-80.
 21. Tomizawa M, Otsuka Y. Clinical observation of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. Int J Paediatric Dent 2005;15:37-43.
 22. Fernandes AM, Duarte EC, Pimenta FJ, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA, de Aguiar MC. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. J Oral Pathol Med 2005;34:583-7.
 23. Olgac V, Koseoglu BG, Aksakalli N. Odontogenic tumors in Istanbul: 527 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 2006;44:386-8.
 24. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. J Oral Pathol Med 2002;31:415-20.
 25. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg 2006;64:1343-52.
 26. Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Arotiba GT, Bamgbose BO et al. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99:191-5.
 27. Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai KM. Large erupting complex odontoma: A case report. JCDA 2007;73:169-73.
 28. Fregnani ER, Fillipi RZ, Oliveira CR, Vargas PA, Almeida OP. Odontomas and ameloblastomas: variable prevalence around the world? Oral Oncol 2002;38:807-8.
 29. Otsuka Y, Mitomi T, Tomizawa M, Noda T. Review of clinical features in 13 cases of impacted primary teeth. Int J Pediatr Dent 2001;11:57-63.
 30. Ajike SO, Adekeye EO. Multiple odontomas in the facial bones. Int J Oral Maxillofac Surg 2000;29:443-4.
 31. Amailuk P, Grubor D. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. Br Dental J 2008;204:11-4.

Διεύθυνση για ανάπτυξη:

Κ. Τόσιος

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,
Θεσών 2, 11527 Αθήνα. Τηλέφωνο: 210-7461006.
Fax 210-7461220. e-mail ktosios@dent.uoa.gr.