

Odontoma Composto associado a Retenções Dentárias – uma realidade clínica: Relato de caso

Fernando Vacilotto Gomes¹,

Cilon Vitorino da Rosa²,

Eduardo Vacilotto Gomes³,

Ivan Abreu Gomes⁴

¹ Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Faciais pela Faculdade de Odontologia pela PUCRS. Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da UFRGS. Especializando em Implantodontia pela AGOR.

² Implantodontista. Cirurgião-dentista Clínico-geral em Consultório Privado.

³ Acadêmico em Odontologia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

⁴ Ortodontista e Ortopedista Facial dos Maxilares. Cirurgião-dentista Clínico-geral em Consultório Privado.

Autor Correspondente

Fernando V Gomes

Av. Independência 1087

90035-077 – Porto Alegre, RS, Brasil

+55 (51) 3377-8103

fernandovg2005@yahoo.com.br

Resumo

Os odontomas são as patologias mais comuns dos tumores odontogênicos, pois são considerados como uma anomalia de desenvolvimento do que uma neoplasia verdadeira. A Organização Mundial da Saúde muito bem classifica os odontomas como tumores odontogênicos benignos compostos de epitélio e ectomesenquima com formação de tecido duro de origem dentária. Em geral são assintomáticos e descobertos após a realização de exames radiográficos ou tomográficos de rotina. O tratamento mais utilizado é a remoção cirúrgica total da lesão de forma conservadora, muito em virtude de suas características benignas e baixa possibilidade de recidiva. Assim sendo, o objetivo deste artigo é apresentar o caso clínico de um odontoma composto na região anterior de maxila do lado esquerdo associado a retenção do elemento dentário 22, o que impediu a sua erupção.

Palavras-chave: Tumores odontogênicos; Odontoma; Hamartoma; Maxila.

Abstract

Odontomas are the most common diseases of odontogenic tumors, since they are regarded as an anomaly of development than a true neoplasm. The World Health Organization ranked odontomas well as benign tumors composed of odontogenic epithelium and ectomesenchyma with hard tissue formation of dental origin. Generally asymptomatic and are discovered after performing radiographic or CT scans routinely. The most common treatment is total surgical conservatively removal of the lesion, much because of its benign characteristics and low recurrence chances. Therefore, the aim of this paper is to present the clinical case of a compound odontoma in the anterior left side maxilla associated with incisal tooth retention, which prevented the eruption.

Key-words: Odontogenic tumors; Odontoma; Hamartoma; Maxilla.

Introdução

Os odontomas são as patologias mais comuns dos tumores odontogênicos, pois são considerados como uma anomalia de desenvolvimento do que uma neoplasia verdadeira.¹⁻³ A Organização Mundial da Saúde muito bem classifica os odontomas como tumores odontogênicos benignos compostos de epitélio e ectomesenquima com formação de tecido duro de origem dentária.⁴⁻⁶

Quanto à sua localização, mais frequentemente encontra-se o odontoma composto na região anterior da maxila, ao passo que o odontoma complexo ocorre na região posterior em ambos os maxilares.^{4,7} Este tipo de lesão acomete preferencialmente doentes entre a segunda e a terceira décadas de vida, não encontrando prevalência quanto aos sexos⁴.

Histologicamente dois principais tipos de odontoma são mais reconhecidos: o composto e o complexo.^{6,7} Os odontomas compostos consistem de pequenas estruturas semelhantes aos tecidos dentários e a pequenos dentes malformados não sendo notados clinicamente, com ausência de dor ou aumento de volume significativo.⁷ Já os odontomas complexos consistem de massas tumorais de tecido dentário duro e mole sem morfologia definida.⁷⁻⁹

Clinicamente três tipos de odontomas são reconhecidos na literatura: o intraósseo, o extraósseo (tecido mole) e o de erupção.⁶ Radiograficamente esses tumores aparecem compondo uma associação entre aspectos radiopacos com halo radiolúcido, dependendo da presença de dentina e esmalte nas lesões.^{4,6,7} Os odontomas compostos são observados com uma

aparência típica, de pequenos dentículos separados, diferentemente dos complexos que nada mais é do que uma massa radiopaca irregular em corpo único ou múltiplo.⁶

A patogênese dos odontomas não esta clara na literatura, mas pode estar associada a trauma na primeira dentição, hereditariedade e/ou mutações genéticas podem ser aceitas como hipótese.^{4,6} Também, há relatos na literatura de associação com síndromes como a de Gardner e de Hermann.¹⁰

O tratamento mais empregado para os odontomas é a remoção cirúrgica da lesão em sua totalidade, podendo ser de forma conservadora, já que este tipo de patologia apresenta um baixo potencial de crescimento e a sua enucleação em geral não traz evidência de recorrência.⁴

Assim sendo, o objetivo deste artigo é apresentar o caso clínico de um odontoma composto na região anterior de maxila do lado esquerdo associado a retenção do elemento dentário 22, o que impediu a sua erupção.

Relato de Caso

Diagnóstico: Paciente S.A.P, 14 anos de idade, gênero feminino, leucoderma,acompareceu ao consultório odontológico privado referindo breve aumento de volume em fundo de sulco vestibular na região entre 21 e 23. Não se queixava de dor, apenas de desconforto local. Durante a anamnese, a paciente referiu ter realizado apenas tratamento odontológico restaurador há mais de dois anos, porém nunca havia feito qualquer exame odontológico de imagem tanto radiográfico quanto tomográfico. Negou alterações sistêmicas,

alergias ou uso de medicação rotineiramente, assim como, ser tabagista ou alcoolista. Durante o exame clínico notou-se condição periodontal adequada, ausência de acúmulo de biofilme ou cálculo dentário, ausência do dente 22 e dos terceiros molares, pequenas restaurações oclusais em dentes posteriores, mucosa bucal com aspecto normal e boa abertura bucal (40mm). Durante à palpação observou-se pequena saliência logo abaixo do assoalho da cavidade nasal do lado esquerdo, exatamente entre as raízes dos dentes 21 e 23. Quando da pressão digital na região, a paciente negou sintomatologia dolorosa(**Figura 1**).



Figura 1: *Aspecto clínico inicial, onde não se notam alterações infecto-inflamatórias a nível de fundo de sulco vestibular maxilar esquerdo. Percebe-se, pois, a ausência do elemento dentário 22, a migração do dente 23 para aquele espaço e o diastema interincisivos superiores. A condição periodontal era adequada.*

Avaliação Imaginológica: Tendo-se em vista a condição inicial em que a paciente chegou, solicitou-se, pois, exames de imagem, entre eles radiografia panorâmica e tomografia computadorizada com reconstrução 3D. Na radiografia panorâmica notou-se a presença de uma massa radiopaca intraóssea, entre dos dentes 21 e 23, dente 22 retido logo abaixo do assoalho da fossa nasal esquerda com um halo radiolúcido envolvendo este elemento dentário, separando-o da lesão radiopaca(**Figura 2**).



Figura 2: Rx panorâmico atual demonstra uma lesão intraóssea com estruturas semelhantes a pequenos dentículos na região entre 21 e 23, presença de elemento dentário 22 retido sobre esta lesão, como também, migração mesial do dente 23.

No exame tomográfico, após avaliação dos cortes axiais, coronais e sagitais, como também, da reconstrução em 3d, notou-se uma lesão radiopaca entre os dentes 21 e 23 de aproximadamente 0,7 x 1,1 cm, associado a retenção do dente 22 e presença de halo radiolúcido neste elemento.

Observou-se, em maior definição, o não rompimento da cortical óssea do assoalho da cavidade nasal esquerda e manutenção deste dente retido em medular óssea. Segundo o laudo tomográfico, a sugestão de diagnóstico é de retenção do incisivo lateral superior esquerdo (dente 22) associado a um halo radiolúcido (fóliculo pericoronário) e a possibilidade de um odontoma composto(**Figura 3**).

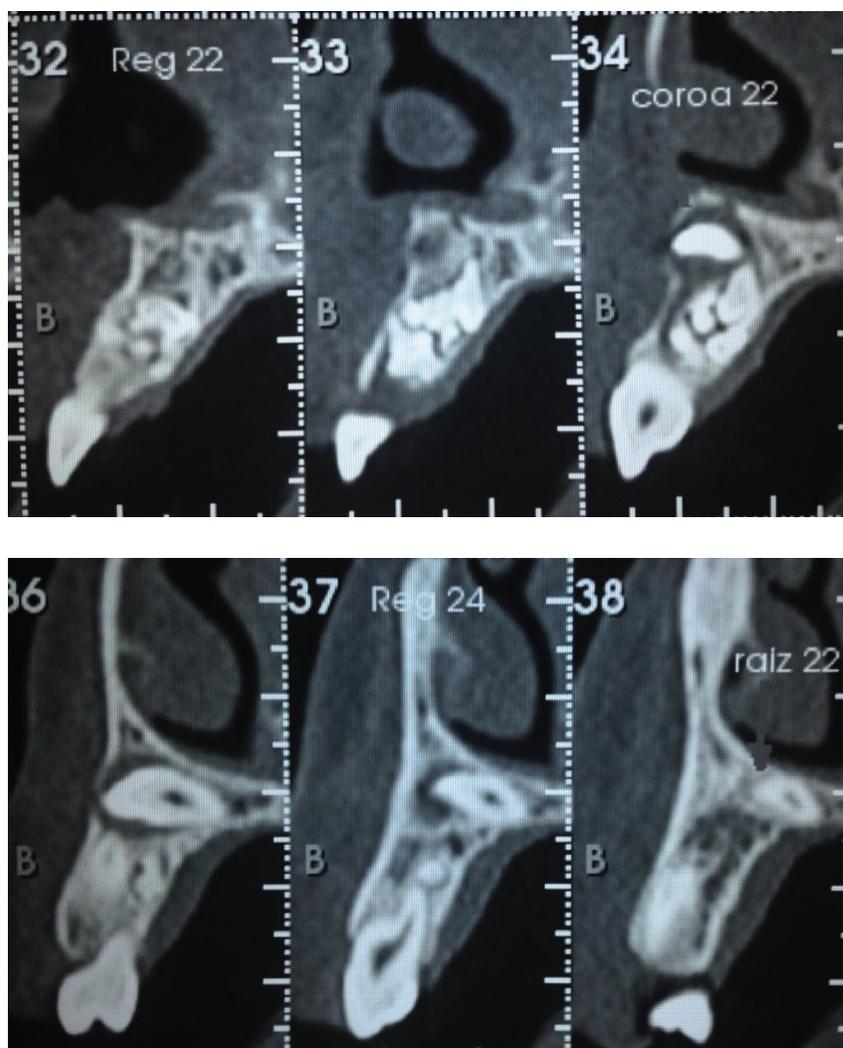


Figura 3: Imagem tomográfica em cortes sagitais demonstrando a lesão do tipo odontoma composto associado ao dente 22 retido. Podemos verificar, também, o aspecto horizontalizado transalveolar que o dente se expõe e a sugestão de rizogênese completa.

Obviamente, a definição do diagnóstico dar-se-á após o exame anatomopatológico, associando-o a condição clínico-cirúrgica. A reconstrução em 3D demonstra a localização do dente retido e da lesão muito próxima do assoalho da cavidade nasal, sem o rompimento da cortical óssea daquela estrutura. Também, divergência das raízes dos dentes 21 e 23, muito provavelmente pela consolidação da lesão radiopaca nesta região(**Figura 4**).

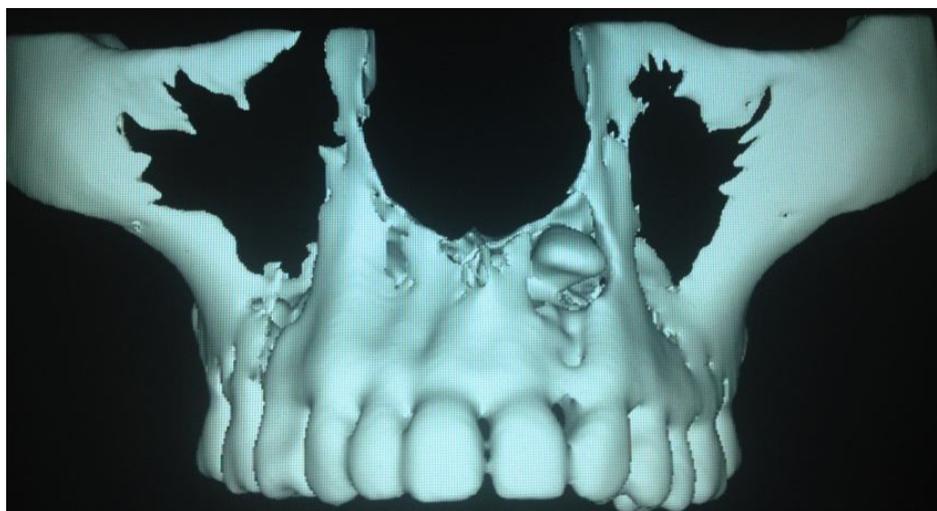


Figura 4: Reconstrução 3D gerada durante o exame tomográfico para facilitar a planejamento cirúrgico e a proximidade da lesão e do dente retido com estruturas anatômicas importantes.

Procedimento cirúrgico

Pré-operatório: previamente a cirurgia, solicitaram-se exames hematológicos para avaliação da condição clínica da paciente. Entre estes, testes de

coagulação, sangramento, avaliação de série branca e vermelha do sangue, assim como, a creatinina, fosfatase alcalina, glicemia e uréia. Não houve alteração nos exames solicitados.

Apesar da idade da paciente ser de 14 anos e da possibilidade de alguma ansiedade pré e trans operatória, notou-se durante toda a fase prévia ao procedimento cirúrgico um comportamento muito maduro e de aceitação do tratamento proposto. Para tal, com o consentimento tanto da paciente, dos familiares responsáveis, quanto do cirurgião e sua equipe, a opção foi pelo tratamento cirúrgico de remoção do dente redito e exérese total da lesão sob efeitos de anestesia local.

Quanto à medicação pré-operatória, prescreveu-se o uso de 2 comprimidos de Amoxicilina 500mg 1 hora antes do procedimento cirúrgico.

Trans-operatório: inicialmente, promovemos a aferição da pressão arterial e do pulso da paciente, notando-se normalidade (110 x 75 mmHg e 70 bpm). Assim, realizou-se a antissepsia intra e extra-bucais com digluconato de clorexidina 0,12% aquosa e colocação de campos esterilizados. A anestesia local foi feita com Articaína 4% com adrenalina 1:100.000 (2 tubetes) nos nervo infraorbitário esquerdo, nasopalatino e terminais infiltrativas na região anterior da maxila esquerda. Procedeu-se a incisão do tipo Neumann da mesial do dente 21, região de linha média com relaxante, até distal do dente 23 com relaxante, descolamento mucoperiosteal, exposição do tecido ósseo, localização da incisal do dente 22 que apresentou breve rompimento da cortical. Realizou-se a ostectomia sobre a cortical óssea vestibular entre as raízes dos dentes 21 e 23

com uma broca esférica nº 8 montada em peça reta e motor cirúrgico elétrico. Após a localização da interface entre tecido ósseo sadio e a lesão, iniciou-se a curetagem de pequenos fragmentos e a constatação clínica da possibilidade de um odontoma, enviando-se a peça para avaliação anatomopatológica. Após aquele procedimento, realizou-se a luxação e a remoção cirúrgica do dente 22 logo abaixo do assoalho da cavidade nasal. Procedeu-se os cuidados com a ferida e a irrigação abundante com solução fisiológica salina e a sutura por meio de pontos isolados(**Figura 5**).



Figura 5: Aspecto pós-cirúrgico da patologia, onde notam-se o elemento dentário 22 ainda sem a completa formação radicular, o fólculo pericoronário associado, e pequenos “dentículos” que fazem parte do odontoma composto.

Como prescrição medicamentosa prescreveu-se a manutenção da antibioticoterapia com Amoxicilina 500 mg a cada oito horas por mais 7 dias e o uso de analgésico com 1 g de paracetamol a cada 6 horas por três dias, ou se houvesse manutenção da dor. Todas as recomendações pós-operatórias foram entregues para a paciente, explicando-se todos os pontos ali citados, assim como, esclarecendo as suas dúvidas e a de seus familiares.

Laudo anatomopatológico: Após 14 dias do procedimento cirúrgico, o resultado do exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de odontoma composto e fólculo pericoronário associado.

Discussão

De acordo com a Classificação Internacional de Tumores da Organização Mundial de Saúde, os odontomas são conceituados como malformações ou hamartomas em que as células epiteliais e mesenquimais apresentam completa diferenciação com a possibilidade de formação de esmalte e dentina.^{5,9} Assim como relatado na literatura observou-se nos exames radiográficos da paciente apresentada neste caso, onde a malformação tumoral não expressava forma definida, sendo semelhante a

pequenos dentículos tanto na avaliação clínico-cirúrgica quanto radiográfica-tomograficamente.

Alguns autores⁶publicaram na literatura o relato de 160 casos de odontomas, onde a estatística do próprio estudo mostrou maior incidência desses tumores no seu aspecto complexo do que no composto. Estes pesquisadores⁶ classificaram os odontomas em composto (35%), complexo (61%) ou misto (4%), não havendo distinção entre sexo, apenas expressando que a ocorrência era maior em pacientes jovens, entre a 2ª e a 3ª décadas de vida, em especial entre 19 e 29 anos. A ocorrência mais comum do odontoma composto fora na região anterior de maxila e do complexo em região posterior de mandíbula.^{3,4,6} Dessa forma, assim como o encontrado na literatura, a paciente apresentada neste caso clínico tinha 14 anos de idade (2ª década de vida), do gênero feminino, com a presença de tumoração do tipo odontomatosa composta, permitindo a retenção do dente 22, incisivo lateral superior esquerdo.

A radiografia panorâmica demonstra a presença da lesão em região anterior da maxila, possibilitando o diagnóstico e a necessidade de intervenção cirúrgica. Além disso, pode-se avaliar a presença ou não de dentes retidos e a relação com os dentes vizinhos. Porém, a associação com a Tomografia Computadorizada auxilia no diagnóstico e garante um diferencial na localização mais precisa da tumoração.^{11,12} Facilita, ainda, o planejamento e a cirurgia propriamente dita, já que pode ser o determinante na iniciativa de um acesso cirúrgico outro, ainda mais quando da presença de elementos dentários retidos na lesão em uma situação transalveolar. Neste caso, a retenção do elemento

dentário 22 se fez exatamente no assoalho da cavidade nasal, sobre a lesão, entre as raízes dos dentes 21 e 23.

Alguns autores¹³ muito bem relataram um caso clínico, onde um paciente de 10 anos de idade na fase de dentição mista, apresentou a retenção dentária de um incisivo central superior associado a um odontoma. Tendo-se em vista o conhecimento sobre o padrão de normalidade quanto a erupção dos dentes permanentes, em alguns casos, a remoção cirúrgica por meio de exérese total desse tipo de tumor benigno pode permitir a erupção normal desse elemento dentário, mesmo que se faça por meio de tracionamento ortodôntico. No caso clínico apresentado neste artigo, em virtude da idade da paciente (14 anos), do fechamento do espaço do dente 22 pela migração do canino superior esquerdo, do não interesse na possibilidade de tratamento ortodôntico e tentativa de tracionamento do dente 22 por parte da paciente e de seus familiares e possibilidade de rizogênese completa do dente 22, optou-se pela exérese da lesão e remoção cirúrgica do dente retido exatamente abaixo do assoalho da cavidade nasal.

Quanto ao tratamento cirúrgico dos odontomas, em especial, dos compostos, é um consenso na literatura a exérese total da lesão de forma conservadora, ou seja, sem margem de segurança.¹⁴⁻¹⁶ Esse tipo de técnica cirúrgica pode ser empregada devido a benignidade desse tipo de tumor intraósseo, como também, pelo bom prognóstico e baixa possibilidade de recidiva quando da sua remoção total. Em alguns casos,^{13,14} onde há presença de elementos dentários retidos envolvidos em pacientes jovens, pode-se optar pela tentativa de tracionamento dentário ortodôntico ou aguardar a natural erupção do dente. No caso relatado neste artigo, optou-se pela exérese total

conservadora do odontoma, como também, pela remoção cirúrgica do dente 22 que estava em posição horizontal muito próximo do assoalho da cavidade nasal, onde o ápice radicular estava junto a estrutura radiográfica “Y” invertido de Ennis. A proposta de tracionamento foi oferecida à paciente e a seus responsáveis, mas os mesmos optaram formalmente pela extração do dente.

Conclusão

Conclui-se, pois, que como consenso na literatura o tratamento de escolha para os odontomas compostos é sua exérese total de forma conservadora. Quando da presença de dentes retidos próximos a lesão, deve-se avaliar a possibilidade de erupção natural ou tracionamento ortodôntico, sempre avaliando o seu custo-benefício. No caso apresentado, em virtude da altura em que o dente se encontrava, da migração do canino para a ausência dentária do 22 com rizogênese completa e do não desejo de ortodontia por parte da paciente e seus responsáveis, optou-se pela remoção cirúrgica do dente.

Referências

1. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asaumi J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. *Open Dent J.* 2009;13(3):173–176.
2. 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(2):191–195.
3. Jaeger F, Alvarenga RL, Lage FO, Reis IA, Leal RM. Odontoma composto – relato de caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2012;53(4):252-257.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial.* Rio de Janeiro: Saunders Elsevier; 2009. 972p.
5. Praetorius F, Piatelli A: Odontoma, *in* Barnes L, Eveson JW, Reichart P, et al (eds): *WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumour* (ed 5). Lyon, IARC, 2005, p 310.
6. Soluk Tekkesin M, Pehlivan S, Olgac V, Aksakallı N, Alatlı C. *Clinical and histopathological investigation of odontomas:*

- reviewoftheliteratureandpresentationof 160 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(6):1358-1361.
7. Litonjua L, Suresh L, Valderrama L, Neiders M. Erupted complex odontoma: a case report and literature review. *GenDent.* 2004;52(3):248–251.
 8. Owens BM, Schuman NJ, Mincer HH. Dental odontomas: a retrospective study of 104 cases. *J Clin Pediatr Dent.* 1997;21(3):261-264.
 9. Owosho AA, Potluri A, Bilodeau EA. Odontomas: A review of diagnosis, classification, and challenges. *PaDent J (Harrissb).* 2013;80(5):35-37.
 10. Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *J Oral Sci.* 2010;52(3):439-447.
 11. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J. Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features. *Quintessence Int.* 2004;35(8):641-645.
 12. Nematollahi H, Abadi H, Mohammadzade Z, Soofiani Ghadim M. The Use of Cone Beam Computed Tomography (CBCT) to Determine Supernumerary and Impacted Teeth Position in Pediatric Patients: A Case Report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2013 Winter;7(1):47-50.
 13. da Costa CT, Torriani DD, Torriani MA, da Silva RB. Central incisor impacted by an odontoma. *J Contemp Dent Pract.* 2008 1;9(6):122-128.
 14. Nogueira AS, Gonçalves ES, Gonçalves AG B, Thiegui-Neto V, Nogueira CB P, Nogueira A, Medeiros R. Surgical treatment of extensive complex odontoma in the mandible by corticotomy. A case report. *Minerva Stomatol.* 2013;62(9):335-342.
 15. Lehman H, Lustmann J, Regev E. Removal of an extensive mandibular odontoma using an intraoral approach. *Quintessence Int.* 2013;44(6):425-428.
 16. Conti G, Franchi L, Camporesi M, Defraia E. Treatment protocol for the impaction of deciduous maxillary anterior teeth due to compound odontoma. *Eur J Paediatr Dent.* 2012 Dec;13(4):337-41.