



Odontoma composto em paciente pediátrico: relato de caso

Compound odontoma in pediatric patient: case report

Aldelany Ramalho Freire¹; Laís Gonçalves Dutra¹; Renata Araújo Barbalho¹,
Ilky Pollansky Silva e Farias²; Cassiano Francisco Weege Nonaka³; Yuri Cavalcanti Wanderley⁴

¹Graduando do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

²Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal da Paraíba.

³Professor Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande – Paraíba – Brasil.

⁴Professor do Curso de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil.

Endereço de correspondência:

Yuri Wanderley Cavalcanti, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Campus I, Cidade Universitária, João Pessoa, Paraíba, CEP 58051-900, Brasil. E-mail: yuri.wanderley@yahoo.com.br.

Resumo

Introdução: O odontoma é o tumor odontogênico benigno mais comum, sendo geralmente diagnosticado em exames radiográficos de rotina e associado à inclusão de dentes permanentes. Sua classificação é baseada na morfologia apresentada, podendo ser composto ou complexo. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 10 anos de idade, procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial de um Centro de Especialidades Odontológicas queixando-se de um 'caroço' em mandíbula. Após a realização de biópsia excisional e exame histopatológico, o diagnóstico foi de odontoma composto. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico é preconizado para casos de odontoma, devendo-se, sempre que possível, preservar o(s) dente(s) retido(s) associado(s), viabilizando a sua posterior erupção.

Descritores: Tumores Odontogênicos. Odontoma. Cirurgia Bucal.

Abstract

Introduction: Odontoma is the most common benign odontogenic tumor and is usually diagnosed by findings on routine radiographic exams, often associated with delayed tooth eruption. The classification is based on the morphology shown, may be compound or complex. **Case report:** A 10 years old female sought the service of Maxillofacial Surgery of a Center of Dental Specialties complaining of a lump in the jaw. After excisional biopsy and histopathological exam, the diagnosis was of composite odontoma. **Conclusion:** Surgical treatment is recommended for odontoma cases and, whenever possible, the associated retained teeth must be preserved, allowing the posterior eruption.

Keywords: Odontogenic Tumors. Odontoma. Surgery, Oral.

Introdução

Os odontomas são malformações de desenvolvimento (hamartomas) que se assemelham a tumores, representando até 70% de todos os tumores odontogênicos diagnosticados¹⁻⁴. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificam-se em dois tipos principais: complexo e composto⁵. Os odontomas compostos são aqueles em que todos os tecidos dentais estão representados de uma maneira organizada, formando estruturas semelhantes a dentículos. Nos odontomas complexos, por sua vez, os tecidos dentais estão desordenados, ou seja, morfologicamente não remetem à forma de dentes^{1,3,6}.

A etiopatogenia dos odontomas é um aspecto bastante investigado, apresentando-se, ainda, indeterminada^{2,3}. Diversos fatores etiológicos têm sido implicados na formação dos odontomas como traumas, processos infecciosos/inflamatórios, anomalias hereditárias e anormalidades nos mecanismos genéticos que controlam o desenvolvimento dentário^{2,3,7-9}.

Clinicamente, são detectados mais comumente nas duas primeiras décadas de vida, não existindo predileção por gênero^{2,10}. A localização mais frequente do odontoma composto é a região anterior da maxila, sendo o dente canino o mais envolvido, enquanto o odontoma complexo tem sua localização principal na região posterior dos maxilares^{3,11,12}. A maior parte dos casos de odontoma é de crescimento lento devido ao seu desenvolvimento autolimitante, porém, ocasionalmente, podem atingir tamanhos consideráveis causando expansão das corticais ósseas^{1,2,6,8,11}. Usualmente, essas lesões são assintomáticas e podem ser diagnosticadas em exames de rotina para identificação dos motivos da falta de erupção ou desvio da posição normal de dentes permanentes¹³.



Radiograficamente, os odontomas compostos se caracterizam como um conjunto de estruturas semelhantes a dentes, de forma e tamanho variáveis, envoltos por uma zona radiolúcida. Nesses casos, os achados radiográficos costumam ser suficientes para o diagnóstico da lesão^{1,3,6,10}. Os odontomas complexos se caracterizam radiograficamente como um conglomerado de massa radiopaca bem delimitada, envolvida por um halo radiolúcido^{1,11}.

O tratamento é a remoção cirúrgica conservadora da lesão. Geralmente, a técnica empregada para a remoção dos odontomas é a mesma utilizada para a extração de dentes inclusos. Odontomas pequenos e médios, em geral, podem ser facilmente enucleados em razão de serem separados do osso circundante por uma zona de tecido conjuntivo. Porém, o acesso de grandes odontomas pode ser um problema, principalmente para aqueles localizados em áreas mais profundas¹⁴. Quando ocorre retenção dentária causada pela lesão, deve-se realizar todo o empenho para preservar o elemento dentário incluso, oferecendo possibilidades para a sua posterior erupção³. A recorrência dos odontomas é rara¹⁵.

Diante do exposto, objetivou-se relatar um caso clínico de odontoma composto em região anterior de mandíbula em paciente pediátrico.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 10 anos de idade, melanoderma, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas de Cruz das Armas (João Pessoa - Paraíba - Brasil), queixando-se de um 'caroço endurecido' na mandíbula, com tempo de evolução não determinado. Durante a anamnese, alterações sistêmicas não foram notificadas, sendo a paciente considerada ASA I, de acordo com a classificação do estado físico proposta pela American Society of Anesthesiologists. Nenhuma linfadenopatia regional foi observada.

Ao exame físico intraoral, observou-se um discreto aumento de volume na região dos dentes 73 e 74, de consistência firme, com aproximadamente 2,5 cm, recoberto por mucosa íntegra, de superfície lisa e sem alterações apreciáveis em sua coloração. Observou-se ainda o retardo na esfoliação dos dentes 73 e 74 em relação aos respectivos dentes contralaterais (Figura 1). Ao exame radiográfico panorâmico, observou-se uma imagem radiopaca bem delimitada, além da impactação dos dentes 33 e 34, permitindo formular a hipótese diagnóstica de odontoma composto (Figura 2).



Figura 1: Aspecto intraoral pré-operatório.

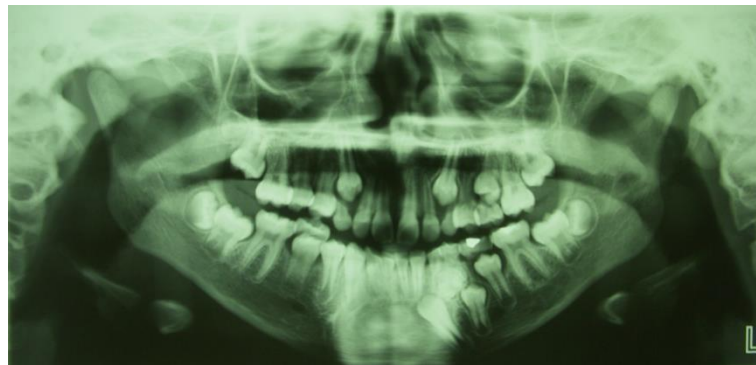


Figura 2: Radiografia panorâmica evidenciando imagem radiopaca bem delimitada na região dos dentes 73 e 74.

Diante de todas as informações necessárias para a elaboração do plano de tratamento, optou-se pela realização de uma biópsia excisional. Como a paciente apresentava um perfil colaborativo, o procedimento cirúrgico foi realizado com anestesia local. Após bloqueio anestésico dos nervos mentual e lingual do lado esquerdo, foi realizado o descolamento mucoperiosteal. Em sequência, utilizou-se broca cirúrgica 702 para demarcar os limites da janela óssea cortical a ser removida, permitindo, então, a exérese total da lesão com a manutenção dos dentes inclusos. Ao final do procedimento, procedeu-se com irrigação abundante da ferida cirúrgica com soro fisiológico 0,9% e síntese do retalho com fio de seda 3-0 (Figuras 3 e 4).

A paciente e o responsável foram instruídos quanto às recomendações pós-operatórias. A prescrição domiciliar constou de anti-inflamatório não-esteroidal (Nimesulida 100 mg, de 12 em 12 horas durante 3 dias), analgésico de ação periférica (Dipirona Sódica 500 mg, de 6 em 6 horas



durante 2 dias) e enxaguante bucal também (Digluconato de Clorexidina 0,12%, 10 ml de 12 em 12 horas durante 10 dias).

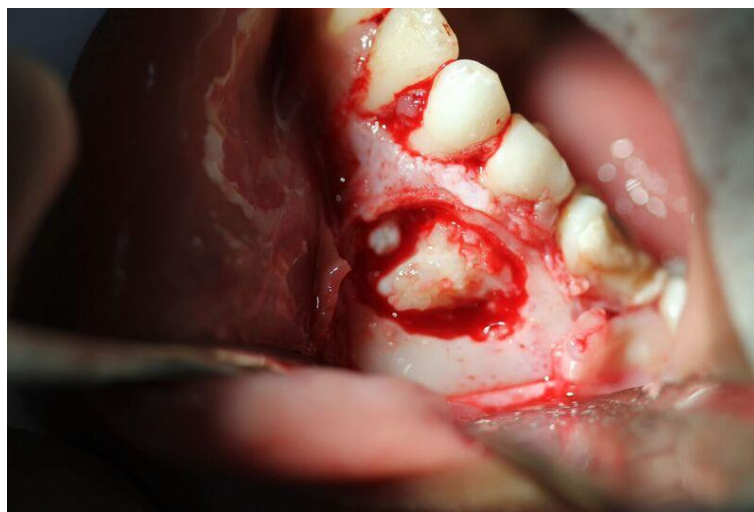


Figura 3: Janela óssea realizada para exposição da lesão.

O espécime removido (Figura 4) foi fixado em formol 10% e encaminhado para o exame histopatológico. Após processamento e análise anatomopatológica da lesão, obteve-se o diagnóstico definitivo de odontoma composto.



Figura 4: Odontoma após exérese.

A paciente retornou ao serviço após sete dias para avaliação pós-operatória. Nenhuma alteração foi observada, sendo a cicatrização tecidual considerada satisfatória no período citado.



A sutura foi removida e a paciente foi orientada quanto à manutenção dos cuidados pós-operatórios (Figura 5).



Figura 5: Aspecto clínico sete dias após a realização do procedimento cirúrgico, observando-se cicatrização satisfatória.

Uma radiografia panorâmica de controle foi realizada cinco meses após o procedimento cirúrgico, evidenciando ausência total da lesão e presença dos dentes 33 e 34 ainda em inclusão óssea (Figura 6).



Figura 6: Radiografia panorâmica cinco meses após a realização do procedimento cirúrgico.



Discussão

Odontomas são lesões frequentemente assintomáticas, de evolução lenta e pequenas proporções, os quais podem muitas vezes passar despercebidos, gerando alterações ósseas e dentárias, além de prejudicar a oclusão do paciente^{13,16}. Em alguns casos, a lesão pode atingir proporções maiores, levando à expansão das corticais ósseas e/ou compressão de estruturas nervosas, o que pode ocasionar dor^{3,8}. Podem afetar crianças e adultos jovens de ambos os gêneros e costumam ser diagnosticados em exames radiográficos de rotina¹⁷. No caso relatado, a paciente apresentava, ao exame físico, expansão da cortical óssea vestibular e ausência de sintomatologia dolorosa associada.

Assim como no presente caso, outros relatos da literatura^{3,8} mostraram odontomas de pequenas proporções e assintomáticos, descobertos em exames radiográficos realizados para investigação de dentes não erupcionados. A ausência ou falha de erupção de dentes permanentes é a manifestação clínica mais comum dos odontomas⁶, corroborando com os achados deste relato.

Odontomas compostos e complexos são diagnosticados com maior frequência no gênero feminino³, concordando com o caso clínico em questão. Entretanto, alguns relatos sugerem não haver diferenças significativas na frequência dos odontomas relacionadas ao gênero^{4,17}. Em relação à faixa etária, o presente relato concorda com a literatura^{1,17,18}, evidenciando uma predileção por indivíduos jovens.

Após estudo anatomopatológico, o odontoma do presente caso foi diagnosticado como composto, o qual se localiza mais frequentemente na região anterior da maxila^{3,11,12}. Porém, a lesão relatada não se enquadra na maior parte dos casos descritos, já que se encontrava na região anterior de mandíbula. O odontoma mais prevalente na mandíbula é o do tipo complexo¹⁹, contrastando com os achados deste relato.

A escolha do tratamento cirúrgico conservador concorda com as condutas adotadas em outros relatos^{3,12,17}, no qual se preconizou a remoção completa da lesão com posterior encaminhamento do espécime para estudo histopatológico e confirmação do diagnóstico, além do acompanhamento clínico e radiográfico para controle do caso. A manutenção dos dentes permanentes associados aos odontomas deve ser viabilizada sempre que possível, permitindo a posterior erupção²⁰.

Os odontomas são lesões de crescimento lento, com baixas taxas de recidiva após intervenções cirúrgicas conservadoras e, conseqüentemente, excelente prognóstico^{12,13,15}. No



presente caso, após cinco meses de acompanhamento clínico e radiográfico, não se observou recidiva.

Conclusão

O odontoma é uma malformação benigna dos maxilares que pode ser diagnosticado através de exames radiográficos de rotina, sendo geralmente assintomático e de evolução lenta. Ainda pode causar a retenção de dentes permanentes adjacentes, alterando a cronologia normal de erupção dentária. O tratamento cirúrgico conservador tem sido preconizado, através da completa remoção da lesão seguida de curetagem. Sendo assim, o diagnóstico durante a fase inicial e tratamento adequado são indispensáveis, a fim de promover a reabilitação precoce, evitando futuras sequelas oclusais e o aparecimento de outras complicações.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. 4^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
2. Freitas DA, Freitas VA, Mol VC, Mana Neto L, Mol VC. Elemento dental impactado por odontoma composto. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2009;38(3):198-199.
3. Cardoso LC, Miyahara GI, Magro Filho O, Garcia Júnior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não irrompidos: relato de casos clínicos. Rev Odontol Araçatuba. 2003;24(2):47-51.
4. Silva LF, David, L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a Portuguese population. Quintessence Int. 2009; 40(1):61-72.
5. Vered M, Fowler CB, Neville BW, Soluk Tekkesin M. Odontoma. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. WHO Classification of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: IARC Press, 2017.
6. Lukes SM, Wachter KM. Compound odontoma: a case study. J Dent Hyg. 2003;77(1):47-49.
7. 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;3(1):173-176.
8. Pires LD, Krüger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SL. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. Stomatos. 2007;13(24):21-29.



9. Güngörmüş M, Yolcu U, Aras MH, Halicioğlu K. Simultaneous occurrence of compound odontoma and arrested root formation as developmental disturbances after maxillofacial trauma: a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(2):398-400.
10. Tommasi MHM. Tommasi – Diagnóstico em patologia bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
11. Nória CF, Oliveira FAC, Pinto JMV, Santos WHM. Odontoma composto. *RGO*. 2008;56(2):213-217.
12. 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(6):299-303.
13. Danelon M, Manareli MM, Castro LP, Cunha RF, Percinoto C. Odontoma em paciente odontopediátrico: diagnóstico e tratamento. Relato de caso clínico. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. 2013;23(2):69-74.
14. Kuramochi MM, Vanti LA, Berenguel IA, Pereira WL, Zangrando D. Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2006;47(1):35-40.
15. Garcia RR, Moreira RWF, Mazzonetto R, Passeri LA. Segundo molar incluso associado à odontoma complexo. *Odonto* 2000. 1999;3(2):45-49.
16. Santos ME, Silva AR, Florêncio AG, Silva UH. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2010;10(2):25-30.
17. Lodi CS, Rodrigues AM, Diana NB, Faria MD, Bordon AKCB, Pereira FP. Odontoma composto em paciente infantil: relato de caso. *Arch. Health Invest*. 2014;3(2):26-33.
18. Silva JR, Silva LFM, Barbosa PR, Albieri F, Carvalho PH, Fernandes JJ. Odontoma composto: revisão de literatura e relato de caso. *Ciência Atual*. 2015;6(2):2-11.
19. Prata THC, Medice Filho E, Moraes LC, Castilho JCM. Odontomas: neoplasia ou anomalia de desenvolvimento. *RPG Rev. Pos Grad*. 2003;2(10):178-186.
20. Nascimento MM, Almeida CM, Nonaka CFW, Peixoto TS, Granville-Garcia AF, Costa EMMB. Odontoma associated with impacted mandibular canine: surgically guided eruption. *RGO*, 2016; 64(2):198-202.