

ODONTOMA COMPOSTO COMPLEXO EM MAXILA: RELATO DE CASO

COMPOUND COMPLEX ODONTOMA OF THE MAXILLA: CASE REPORT

Fernanda Britto de Melo Silva¹
Barbara de Oliveira Nogueira²
Josiane Costa Rodrigues de Sá³
Adriana Terezinha Neves Novellino Alves⁴
Rodrigo Figueiredo de Brito Resende⁵

¹ Graduanda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

² Pós - graduanda em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

³ Doutora em Odontologia pela Universidade de São Paulo, São Paulo / SP, Brasil e professora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

⁴ Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e professora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

⁵ Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e professor da disciplina de Cirurgia oral menor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:

Fernanda Britto de Melo Silva

Rua Ministro Viveiros de Castro, 82/ 601 – Copacabana – Rio de Janeiro – RJ – 22021-010, Brasil.

E-mail: fernandabrittodemelo2@hotmail.com

Telefone: +5521998177665

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde os odontomas são tumores odontogênicos originados do epitélio e do ectomesênquima odontogênico. São subdivididos em tipo complexo e composto, sendo este último apresentando uma maior prevalência. Frequentemente, os odontomas são detectados durante as primeiras duas décadas de vida, sendo a idade média no momento do diagnóstico de 14 anos. Em sua maioria é completamente assintomática, sendo descoberta durante o exame radiográfico de rotina ou por retardo na erupção de dentes próximo ao odontoma. Ao exame radiográfico, apresentam geralmente áreas radiopacas com semelhança dentária. O método terapêutico indicado para o tratamento é a enucleação da lesão, apresentando um excelente prognóstico. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico do paciente N.Y.R., 13 anos de idade, sexo masculino, melanoderma, atendido na clínica de Diagnóstico Bucal da Universidade Federal Fluminense apresentando odontoma localizado na região anterior de maxila, ocasionando a retenção dos dentes permanentes 22 e 23. O procedimento foi realizado sob anestesia local em ambiente ambulatorial, sem intercorrências cirúrgicas. O mesmo segue em controle a cerca de doze meses para acompanhamento da erupção dos dentes pela clínica de Ortodontia.

Palavras-chave: Odontoma; Maxila; Tratamento.

ABSTRACT

Odontomas are odontogenic tumors originating from the epithelium and odontogenic ectomesenchyma, considered as developmental anomalies (hamartoma), instead of true neoplasms. They are subdivided into complex and compound types, the latter being more prevalent. Often, odontomas are detected during the first two decades of life, with the mean age at the time of diagnosis being 14 years. It is mostly asymptomatic, being discovered during the routine radiographic examination or when x-rays are taken to determine why a tooth has not yet erupted. At radiographic examination, they appear as a radiopaque mass surrounded by a radiolucent halo. The therapeutic method indicated for the treatment is the enucleation of the lesion, presenting an excellent prognosis. This study aims to report the clinical case of the NYR, 13 years old male patient, melanoderma, attended at the Oral Diagnosis Clinic of the Fluminense Federal University presenting odontoma located in the anterior region of the maxilla, causing the retention of the permanent teeth 22 and 23. The procedure was performed under local anesthesia in an outpatient setting, without surgical complications. The patient is in control about twelve months to follow the eruption of teeth by the Orthodontics clinic.

Key words: Odontoma; Maxilla; Therapy.

INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos, onde sua prevalência excede a de todos os outros tumores odontogênicos. São considerados por alguns autores como anomalias do desenvolvimento (hamartomas), em vez de neoplasias verdadeiras. Quando totalmente desenvolvidos, os odontomas consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de polpa e cimento. (NEVILLE; DAMM et al, 2008)

A etiopatogenia constitui um aspecto bastante investigado, embora ainda se apresente muito indeterminada. Sua etiologia mais aceita está relacionada a traumas e infecção causando perturbação no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário devido à mutação de um gen ou genes. (CARDOSO; MIYAHARA et al, 2003)

Os odontomas compostos geralmente estão localizados na porção anterior superior da maxila sobre as coroas de dentes não erupcionados ou entre raízes dos dentes em erupção. Os odontomas complexos, por sua vez, são encontrados com mais frequência na região posterior da mandíbula associados a elementos impactados. (SERRA-SERRA; BERINI- AYLES et al, 2009)

Esses tumores benignos são subdivididos em dois tipos: composto e complexo. Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação exagerada da lâmina dentária, em que todos os tecidos dentais estão representados de uma maneira organizada, formando múltiplas estruturas pequenas semelhantes a dentículos. Nos odontomas complexos, por sua vez, os tecidos dentais representados estão em uma forma de aglomerado de esmalte, dentina, cimento e polpa desordenados, ou seja, morfológicamente não remetem à forma de dentes. (NEVILLE; DAMM et al, 2008) (SANTOS; SILVA et al, 2010)

A maioria dos odontomas é detectada durante as primeiras duas décadas de vida e a idade média no momento do diagnóstico é de 14 anos. São consideradas lesões majoritariamente assintomáticas, sendo descobertas durante o exame radiográfico de rotina ou quando são realizadas radiografias para determinar o motivo pelo qual um dente ainda não erupcionou. Clinicamente, são lesões relativamente pequenas que raramente excedem o tamanho de um dente da região onde eles estão localizados. Contudo,

odontomas maiores, de até 6cm ou mais de diâmetro, são ocasionalmente observados e podem levar à expansão dos ossos gnáticos. (NEVILLE; DAMM et al, 2008)

Ao exame radiográfico, os odontomas compostos se caracterizam como um conjunto de estruturas semelhantes aos dentes, de forma e tamanho variáveis, envoltos por uma zona radiolúcida, sendo sua imagem patognomônica constituída de dois ou mais dentículos de pequeno tamanho, o que, muitas vezes, faz com que o diagnóstico dessa lesão seja puramente clínico e radiográfico. (NEVILLE; DAMM et al, 2008) (CARDOSO; MIYAHARA et al, 2003) (SANTOS; SILVA et al, 2010) Os odontomas complexos se caracterizam radiograficamente como uma massa radiopaca bem delimitada, também envoltos por um halo radiolúcido. (NEVILLE; DAMM et al, 2008)

Nos odontomas, são encontrados, histologicamente, esmalte ou matriz do esmalte, dentina, polpa e cimento, que podem estar em sua relação normal ou não. Quando existe semelhança morfológica com os dentes, como nos odontomas compostos, os dentículos encontrados geralmente são pequenos e uniradiculares, envoltos por uma matriz fibrosa frouxa. (SANTOS; SILVA et al, 2010) No histopatológico do odontoma composto quantidades variáveis de matriz de esmalte estão frequentemente presentes e o tecido pulpar pode ser observado na porção coronal e radicular das estruturas semelhantes a dentes. Já os odontomas complexos possuem tecidos dentários duros dispostos de maneira desorganizada. Ao histopatológico apresentam grande parte de dentina tubular madura. (NEVILLE; DAMM et al, 2008) (SERRA-SERRA; BERINI- AYLES et al, 2009)

O tratamento para os odontomas é sua total excisão cirúrgica, com prognóstico bastante favorável, sendo raros os casos de recidiva, e a reparação óssea, realizada com certa facilidade. O tratamento deve ser cirúrgico conservador, sendo considerado de fácil remoção devido à facilidade de clivagem. (SERRA-SERRA; BERINI- AYLES et al, 2009) (DE SOUZA; DE ARAUJO et al, 2009) 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 erupção. (CARDOSO; MIYAHARA et al, 2003)

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente N.Y.R. de 13 anos de idade, sexo masculino, foi encaminhado para a disciplina Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, queixando-se de que “o dente não nasceu e estava inchado”. (SIC)

Ao exame físico notou-se aumento de volume na região anterior da maxila do lado esquerdo. Já no exame intra-bucal, apresentava tumefação dura à palpação na região superior e anterior da maxila esquerda, coloração semelhante a mucosa adjacente, assintomático e com aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro (**Figura 1A**).

A avaliação por imagem realizada inicialmente através de radiografia panorâmica detectou múltiplas lesões radiopacas, heterogêneas, circunscritas por halo radiolúcido retendo os dentes 22 e 23, com tempo de evolução indeterminado. Devido à extensão e localização da lesão, a tomografia computadorizada do tipo Cone Beam foi solicitada para a realização do planejamento cirúrgico (**Figura 1B**). Na imagem observou-se nos cortes axiais a presença de várias massas hiperdensas, com contornos regulares, com característica imagiológicas compatíveis com tecido dentário, localizada na região de canino superior esquerdo (**Figura 1C**). Considerando as características clínicas, radiográficas e tomográficas a hipótese diagnóstica foi de odontoma composto.

No planejamento cirúrgico optou-se pela exérese completa da lesão e tentativa de preservação dos dentes 22 e 23 retidos.

Inicialmente foi realizado antissepsia da cavidade oral através de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard Colgate® Nova Iorque, Nova Iorque, EUA) por um minuto e extra – oral com a utilização de sabão de clorexidina a 4% (Riohex Rioquímica® Duque de Caxias - RJ). Em seguida, foi realizada aposição do campo cirúrgico e início do procedimento com o bloqueio dos nervos infraorbitários bilateralmente, utilizando-se 0,9 mL de Cloridrato de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 100 - DFL® Rio de Janeiro – RJ Brasil) para cada lado e infiltração local palatina para bloqueio local dos ramos palatinos e o auxílio na hemostasia da região, utilizando-se 0,2 mL do mesmo anestésico, aguardando cerca de 10 minutos para iniciar

o procedimento. Utilizou-se uma lâmina de número 15 (Medblade Med Goldman® São José – SC Brasil) para realizar uma incisão intrasucular na região do elemento 12 estendendo-se até a região do elemento 25. Na região dos dentes 12 e 13 e também na região dos dentes 25 e 26 foram feitas incisões do tipo relaxante. Após o descolamento do retalho de espessura total e exposição óssea da região com o aumento de volume, foi realizada osteotomia da região do abaulamento com broca esférica cirúrgica número 8 e acesso à lesão (**Figura 2A e 2B**). A clivagem do odontoma foi realizada com broca Zecrya e devido ao tamanho da lesão a mesma foi removida em dois segmentos, primeiro o segmento menor mais proximal e em seguida o maior localizado posteriormente. Como consequência da exérese da lesão foi possível a visualização da coroa dos dentes 22 e 23 que permaneceram íntegros (**Figura 2C**). Após a remoção completa da lesão, a loja cirúrgica foi constantemente irrigada com soro fisiológico 0,9% (Eurofarma® Rio de Janeiro – RJ Brasil), seguindo-se da revisão da hemostasia. A síntese tecidual foi então realizada utilizando fio de seda 3-0 agulha triangular (Ethicon® Somerville -Nova Jersey EUA).

Para o pós – operatório, foram prescritos por um período de quarenta e oito horas após o procedimento, um anti-inflamatório não esteroide, sendo escolhido a Nimesulida 100 mg de doze em doze horas e analgésico de ação periférica a Dipirona 1g de seis em seis horas.

O material coletado na cirurgia foi condicionado em formol tamponado a 3,7% e encaminhado para o exame histopatológico no laboratório de biotecnologia aplicada (LABA – Setor Histologia) da Universidade Federal Fluminense (**Figura 2D**), onde após o período de sete dias o laudo emitido foi de Odontoma composto com areais focais do padrão complexo.

Nos achados histológicos foram reveladas características histológicas de ambos os tipos de odontoma. No tipo compatível com odontoma composto estavam presentes: dentina tubular, pré-dentina e tecido conjuntivo semelhante a polpa dentária, dispostos de maneira organizada em configuração semelhante a um dente. No entanto, no tipo complexo as mesmas estruturas se apresentavam de maneira desorganizada e era possível ainda identificar áreas semelhantes a cemento e matriz de esmalte. (**Figura 3A e 3B**).

Em acompanhamento pós-operatório de 60 dias o paciente seguiu sem alterações clínicas ou por imagem e foi encaminhado a clínica de Ortodontia da Universidade para acompanhamento da erupção dentária dos elementos inclusos.

DISCUSSÃO

Epidemiologicamente, entre os tumores odontogênicos, os odontomas são os mais frequentes, com uma taxa de incidência de 22-67% de todos os tumores maxilares. As lesões ocorrem usualmente em crianças e adolescentes. (SERRA-SERRA; BERINI-AYTES et al, 2009) São usualmente assintomáticos e achados radiográficos no exame de rotina. (GORLIN; CHAUDHRY et al, 1961) O caso relatado no presente trabalho corrobora com a literatura pesquisada pois o paciente se encontrava com 13 anos de idade e sem queixas sintomáticas ao exame clínico.

Sua etiologia ainda não é consenso, sugerindo como possíveis causas o trauma, a infecção, anomalias hereditárias e alterações gênicas. (CARDOSO; MIYAHARA et al, 2003) (PEREIRA; MICELI et al, 2015) No caso de ocorrer inclusão dentária causada pela lesão, deve-se fazer todo o empenho para preservar o elemento incluso e oferecer condições para a sua erupção. (CARDOSO; MIYAHARA et al, 2003) Ao exame clínico, o paciente não relatou infecção ou trama e os elementos inclusos foram preservados durante a exérese da lesão.

Diversos tumores da boca exibem crescimento lento e podem tornar-se estáticos. Os odontomas, por exemplo, podem ser descobertos na segunda década de vida e seu tamanho permanecer inalterado por muitos anos. As lesões de crescimento mais lento parecem seguir um curso mais benigno e o tratamento deve ser planejado individualmente para cada caso. (HUPP; ELLIS et al, 2009) Nesse relato de caso, apresentamos um odontoma composto complexo com 3 cm de diâmetro, localizado na região superior e anterior da maxila esquerda.

O exame clínico das lesões não é suficiente para definir as diferenças entre os dois tipos de lesão, pois odontomas são usualmente intraósseos e não demonstram sinais visíveis, como por exemplo, expansão óssea. Considerando esses fatores, o exame

radiográfico parece ser o mais efetivo método de discriminação entre os dois tipos de odontoma. Por se tratar de um exame de alta precisão e definição, a tomografia computadorizado de feixes cônicos confere maior previsibilidade e segurança nos diagnósticos. (DE SOUZA; DE ARAUJO et al, 2009) No presente caso, a indicação deste tipo de exame pode ser justificada pela considerável extensão da lesão e proximidade com estruturas nobres como o seio maxilar e os elementos inclusos que, de acordo com o planejamento cirúrgico, deveriam ser preservados.

No histopatológico do odontoma composto quantidades variáveis de matriz de esmalte, dentina e cemento estão frequentemente presentes e o tecido pulpar pode ser observado na porção coronal e radicular das estruturas semelhantes a dentes. Já os odontomas complexos, ao histopatológico apresentam grande parte de dentina tubular madura que circundam zonas de matriz de esmalte. (NEVILLE; DAMM et al, 2008) No caso relatado, foram reveladas características histológicas de ambos os tipos de odontoma. No tipo compatível com odontoma composto estavam presentes: dentina tubular, pré-dentina e tecido conjuntivo semelhante a polpa dentária, dispostos de maneira organizada em configuração semelhante a um dente. No entanto, no tipo complexo as mesmas estruturas se apresentavam de maneira desorganizada e era possível ainda identificar áreas semelhantes a cemento e matriz de esmalte. O laudo foi conclusivo com odontoma composto com areais focais do padrão complexo.

O tratamento de ambos os tipos de odontoma não se difere. A literatura mostra que a excisão cirúrgica da lesão apresenta prognóstico bastante favorável e que todo o empenho para preservar o elemento dentário incluso deve ser realizado, oferecendo possibilidades para a sua posterior erupção. (SERRA-SERRA; BERINI- AYLES et al, 2009) (CARDOSO; MIYAHARA et al, 2003) (DE SOUZA; DE ARAUJO et al, 2009) O presente estudo aplicou a conduta descrita acima, obtendo um resultado estético funcional adequado. O paciente segue sem alterações clínicas ou por imagem após pós operatório de 60 dias e em atendimento ortodôntico para acompanhamento dos elementos inclusos.

CONCLUSÕES

Diversas podem ser as causas do odontoma, no entanto, até o presente momento a etiopatogenia constitui um aspecto bastante investigado. São consideradas lesões majoritariamente assintomáticas, sendo descobertas durante o exame radiográfico de rotina. O tratamento para os odontomas é sua total excisão cirúrgica, com prognóstico bastante favorável e a reparação óssea, realizada com certa facilidade. No caso clínico realizado, a excisão completa da lesão demonstrou-se adequada, sendo uma forma estável e previsível a longo prazo. O caso apresentado se torna particular uma vez que o laudo foi compatível com Odontoma composto com áreas focais do padrão complexo, apresentando assim, características histológicas de ambos os tipos de odontoma descritos na literatura.

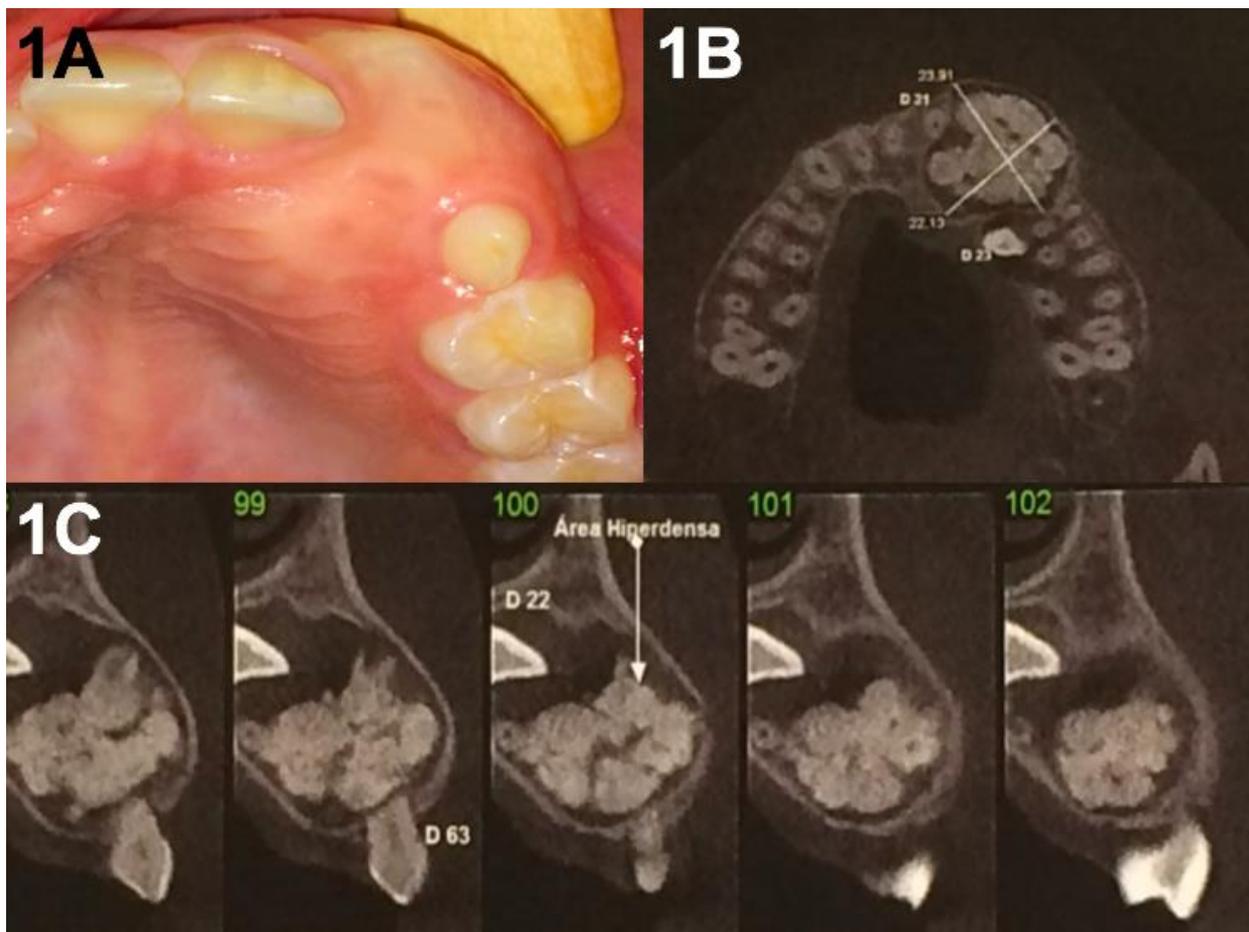


Figura 1: A. Tumefação dura à palpação na região superior e anterior da maxila esquerda B. Tomografia computadorizada do tipo Cone Beam. C. Cortes axiais apresentando uma extensa massa hiperdensa, com contornos regulares.

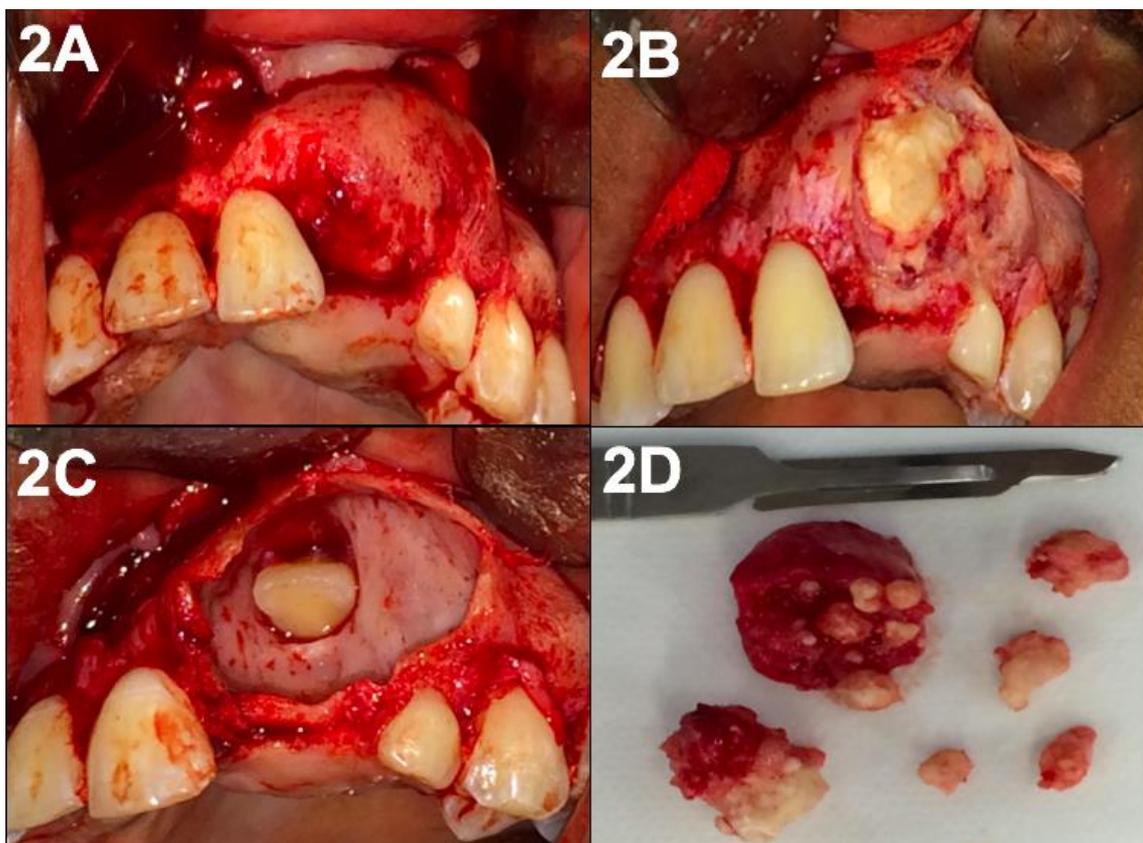


Figura 2: A. Exposição óssea da região com o aumento de volume. B. Osteotomia da região do abaulamento e acesso ao tecido da lesão. C. Visualização da coroa do elemento 22 incluso. D. Fragmentos após clivagem encaminhados para Histopatológico.

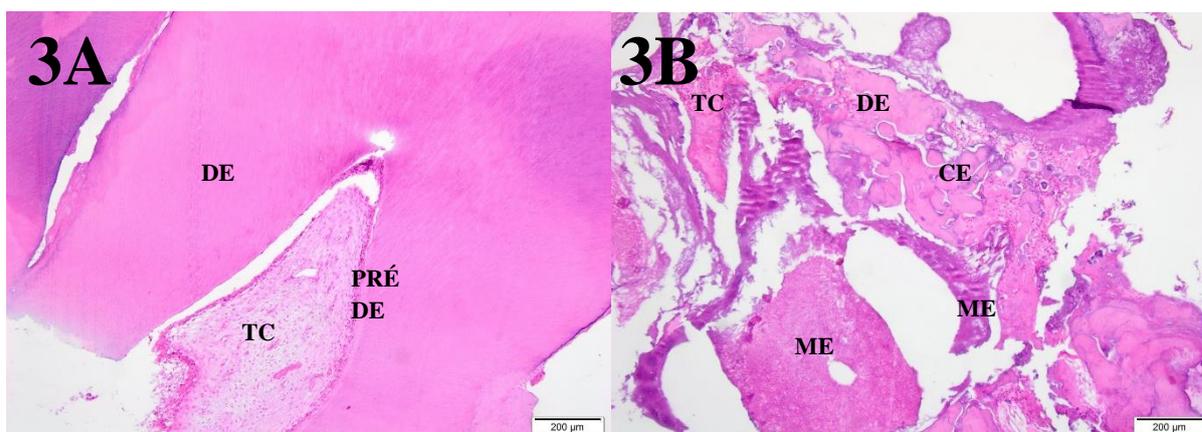


Figura 3: A. DE= dentina; PRE DE= pré dentina e TC= tecido conjuntivo semelhante a polpa dispostos de maneira organizada. B. ME= matriz de esmalte; DE= dentina; CE= cimento e TC= tecido conjuntivo semelhante a polpa dispostos de maneira desorganizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
2. Cardoso LC, Miyahara GI, Magro Filho O, Garcia Júnior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não irrompidos: relato de casos clínicos. Rev Odont Araçatuba. 2003 Ago/ Dez;24(2):47-51.
3. Serra-Serra G, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Erupted odontomas: a report of three cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Jun 1;14(6):E299-303.
4. Santos MESM, Silva ARBL, Florêncio AG, Silva UH. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2010 Abr/ Jun; 10(2):25-30.
5. de Souza Tolentino E, de Araujo A, Damante J. Contribuição da tomografia computadorizada por feixe cônico (cone beam) no diagnóstico e plano de tratamento do Odontoma Complexo. Rev Bras Odontol. 2009 Jul/Dez; 66(2): 187-91.
6. Gorlin RJ, Chaudhry AP, Pindborg JJ. Odontogenic tumors. Classification, histopathology, and clinical behavior in man and domesticated animals. Cancer. 1961 Jan/Feb;14:73-101.
7. Pereira LC, Miceli ALC, Louro RS. Odontoma complexo extenso em mandíbula - Revisão e Relato. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2015 Out/ Dez;15(4):49-52.
8. Hupp JR, Ellis III E, Tucker, MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea [tradução Débora Rodrigues da Fonseca... et al.]. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.