

Odontoma composto em região posterior de mandíbula: relato de caso

MATOS, Anderson; CASTRO, Bruna de; ROCHA, Gislaine Ribeiro de Oliveira Margon da; BUGARIN-JÚNIOR, João Geraldo; CARVALHO-JÚNIOR, Jacy Ribeiro de; OLIVEIRA, Laudimar Alves de. **Odontoma composto em região posterior de mandíbula: relato de caso.** Oral Sci., jul/dez. 2012, vol. 4, nº 2, p. 54-58.

RESUMO: O odontoma é a lesão mais comum dos tumores odontogênicos do grupo misto. Considerados por muitos autores como um hamartoma, ou seja, má formação do tecido dentinário, e não uma neoplasia verdadeira, possuem etiologia idiopática. Este tipo de patologia acomete mais indivíduos até a segunda década de vida, sem predileção por gênero. Possui crescimento lento e assintomático sendo encontrados normalmente durante análise radiográfica. O objetivo do presente trabalho foi analisar por meio de apresentação de caso clínico a conduta terapêutica para tratamento do odontoma composto. Paciente D. P. Q, 22 anos, gênero feminino, leucoderma, compareceu à clínica de cirurgia da Universidade Paulista-UNIP, Campus Brasília, com queixa de aumento de volume na região lingual posterior direita da mandíbula. O exame radiográfico indicou que na região apical, entre os dentes 45 e 46, foi evidenciada a presença de lesão composta por diversos fragmentos radiopacos com halo radiolúcido bem delimitado. Durante a anamnese a paciente negou qualquer antecedente mórbido e/ou alérgico. No exame físico intra-oral observou-se pequena alteração volumétrica em mucosa lingual na região. O tratamento proposto foi excisão cirúrgica completa da lesão e curetagem de toda loja cirúrgica. O conteúdo removido da lesão, vários fragmentos mineralizados semelhantes a denticulos, associado às imagens radiográficas permitiu concluir que se tratava de um odontoma composto.

PALAVRAS-CHAVE – tumor odontogênico; odontoma composto; hamartoma.

Anderson MATOS¹
Bruna de CASTRO¹
Gislaine Ribeiro de Oliveira Margon da ROCHA²
João Geraldo BUGARIN-JÚNIOR²
Jacy Ribeiro CARVALHO-JÚNIOR³
Laudimar Alves de OLIVEIRA³

¹Cirurgião-Dentista, Brasília, DF, Brasil.

² Professor Adjunto da Universidade Paulista – UNIP, DF, Brasil.

³ Professor Adjunto da Universidade de Brasília – UnB, DF, Brasil

Recebido. 30 de Agosto de 2012

Aceito. 12 de Abril de 2013

Introdução

Os tumores odontogênicos constituem um grande grupo de patologias que são classificados em epiteliais, mesenquimais e mistos. Eles se desenvolvem durante a odontogênese. Dentro do grupo dos tumores odontogênicos mistos o mais comum é o odontoma (1).

O odontoma é um tumor odontogênico de origem ectomesenquimal, idiopática, que pode estar relacionada a dentes impactados, infecções e/ou trauma (2).

Trata-se de patologia de crescimento lento e assintomático, diagnosticada por meio de exames radiográficos de rotina. Classifica-se em composto e complexo. O primeiro se apresenta como um aglomerado de vários denticulos com anatomia semelhante a de dentes

normais. Já o complexo possui aspecto de massa amorfa constituída por dentina, polpa, esmalte e cimento (1).

Os odontomas compostos correspondem a 67% dos casos diagnosticados, sendo mais comuns na região anterior da maxila, seguida pela anterior de mandíbula e, por último, pela região posterior de mandíbula (3).

Radiograficamente o odontoma apresenta forma ovóide e circular na maioria dos casos. Contudo os padrões são variáveis quando se consideram os diferentes tipos da lesão. A imagem radiográfica possui contornos radiopacos envoltos por uma fina linha radiolúcida, porém pode aparecer como uma massa radiolúcida sobreposta à coroa de um dente incluso (4).

Microscopicamente os odontomas compostos mostram-se constituídos por pequenas estruturas em forma

de denticulos circunscritos por matriz fibrosa frouxa com quantidades de matriz de esmalte, dentina organizada e tecido pulpar (5)

Nos odontomas em desenvolvimento encontram-se estruturas semelhantes aos dos germes dentários. Nesses casos apresentam ilhas de células fantasmas, epiteliais eosinofílicas, com remanescentes de epitélio odontogênico que sofreu ceratinização devido à anóxia local (1).

O tratamento de eleição é o cirúrgico-conservador, e consiste na enucleação do odontoma acompanhada da curetagem do tecido mole adjacente a fim de evitar recidiva (6).

Por serem envoltos em tecido ósseo e circundados por tecido conjuntivo são facilmente enucleados e possuem um prognóstico bastante favorável (7). Para tanto, a técnica circunferencial que expõe porção significativa da lesão possibilita sua remoção completa (8).

Os odontomas podem apresentar comportamento clínico semelhante a lesões fibro-ósseas, displasias fibrosas e osteosarcoma. Com isso, o diagnóstico diferencial antes da indicação terapêutica direciona ao tratamento mais adequado (9).

Portanto, o objetivo do presente trabalho foi analisar por meio de apresentação de caso clínico a conduta terapêutica para tratamento do odontoma composto.

Relato do caso

Paciente D. P. Q, 22 anos, gênero feminino, leucoderma, compareceu à clínica de cirurgia oral da Universidade Paulista - UNIP, Campus Brasília, queixando-se de aumento de volume na região direita posterior de mandíbula. Durante a anamnese a paciente negou antecedentes mórbidos e/ou alérgicos. No exame físico extra-oral não foi observada nenhuma assimetria ou alteração de cor e textura. No exame intra-oral observou-se pequena alteração volumétrica na região lingual dos dentes 45 e 46, de consistência firme e mucosa de aspecto normal (Figura 1). Na análise radiográfica constatou-se imagem de lesão circunscrita, bem delimitada, situada na região apical entre os dentes 45 e 46, preenchida por várias estruturas mineralizadas, simulando denticulos (Figura 2). Aspecto sugestivo de odontoma composto. Com o diagnóstico inicial estabelecido foi proposto como abordagem terapêutica a remoção completa da lesão e a curetagem dos tecidos remanescentes.

A cirurgia foi iniciada com anti-sepsia intra-oral com clorexidina 0.12% e extra-oral com clorexidina 2%. A técnica anestésica utilizada foi bloqueio dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual ipsilateral com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Na sequência foi realizada incisão intramuscular, com lâmina de bisturi nº 15, na face lingual da região compreendida entre os dentes 44 e 47. Posteriormente fez-se o descolamento do retalho com descolador de Molt, irrigação com soro fisiológico onde se observou a exposição do rebordo ósseo demonstrando abaulamento significativo na região (Figura 3). Em seguida

foi realizada osteotomia com brocas 701 em alta rotação para remoção da cortical óssea relativa ao sítio a lesão (Figura 4).



Figura 1 – Imagem intra-oral da região posterior de mandíbula direita. Observar aumento volumétrico na região de terços médio e apical dos dentes 45 e 46.

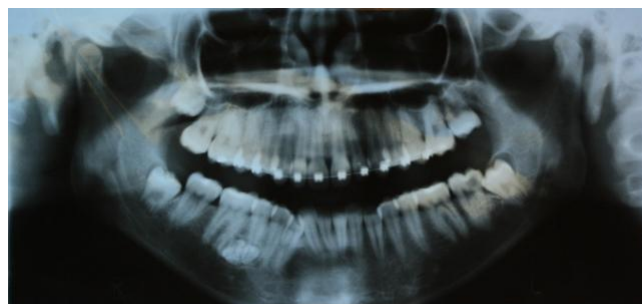


Figura 2 – Radiografia panorâmica. Presença de conteúdo radiopaco na região apical dos dentes 44 e 45 com halo radiolúcido, bem delimitado, sugestivo de odontoma composto.



Figura 3 – Imagem intra-oral da região posterior de mandíbula direita. Observar descolamento retalho. Cortical óssea lingual preservada com aumento volumétrico na região de terços médio e apical dos dentes 45 e 46.



Figura 4 – Imagem intra-oral da região posterior de mandíbula direita. Observar osteotomia tábua óssea lingual com exposição do conteúdo mineralizado (denticulos) na região de terços médio e apical dos dentes 45 e 46.



Figura 6 – Imagem intra-oral da região posterior de mandíbula direita evidenciando reposição de retalho e sutura.



Figura 5 – Imagem intra-oral da região posterior de mandíbula direita. Observar loja óssea após remoção completa da lesão e regularização de rebordo na região de terços médio e apical dos dentes 45 e 46.



Figura 7 – Imagem evidenciando conteúdo removido da lesão. Observar presença de diversos fragmentos mineralizados (denticulos) característicos de odontoma composto.

Com auxílio de alavanca apical foram retirados todos os denticulos identificados na lesão. Em seguida, foi realizada curetagem de toda loja cirúrgica, acompanhada de irrigação abundante com solução salina, para remoção de qualquer tecido patológico remanescente (Figura 5). Procedeu-se, então, a limpeza da cavidade com gaze estéril e irrigação com solução fisiológica para inspeção de toda área trabalhada. Após verificação da integridade dos tecidos remanescentes promoveu-se a reposição do retalho e sutura, em pontos isolados, com fio de seda 4-0 (Figura 6).

Os fragmentos da peça retirada foram analisados e considerados característicos de odontoma composto, confirmando a hipótese diagnóstica inicial (Figura 7). Por fim, a paciente foi orientada a fazer o acompanhamento pós-operatório de rotina, medicação e fisioterapia, para o adequado restabelecimento da área.

Discussão

Embora considerados de origem idiopática, os odontomas podem originar-se de alterações na formação dos tecidos dentários, ligadas especialmente a traumatismos e infecções (10). Entretanto, não se descarta sua origem a partir de alterações genéticas (11). Com isso, a maioria dos autores advoga não se tratarem de um neoplasma verdadeiro, mas de um hamartoma, o qual possui comportamento benigno (1). No presente caso clínico, a paciente nega ter sofrido trauma ou infecção no sítio de localização da patologia.

Clinicamente, apresentam-se como lesões pequenas, geralmente assintomáticas, porém, algumas podem irromper, ocasionando uma sintomatologia dolorosa ou, dependendo da área envolvida e da expansão cortical óssea,

mesmo parestesia (12). A patologia analisada embora não tenha manifestado nenhum grau de parestesia apontou evidente expansão da cortical óssea lingual.

Normalmente os odontomas ocorrem na dentição permanente, entretanto pode ocorrer também na dentição decídua, sendo mais raro nesta última (1). Lee & Park (9) relataram maior prevalência na 2ª década de vida, o que vai de encontro com o presente relato de caso. Em adição, Güngörmüş et al. (7) evidenciaram que essas alterações não apresentam predileção por gênero.

Os odontomas compostos são mais comumente encontrados em região anterior de maxila (2). A lesão aqui relatada, embora seja a mais comum na literatura, diverge quanto ao seu sítio de ocorrência, sendo na região posterior de mandíbula.

O material obtido na remoção da lesão, no presente caso clínico, encontra suporte na literatura quanto ao diagnóstico estabelecido. Formado por diversos fragmentos mineralizados assemelha-se as características descritas por Vengal et al. (13). Segundo os autores o odontoma composto é formado por um grande número de dentes rudimentares. Durante a sua formação ocorre a divisão do órgão do esmalte normal em pequenas partes, que dão forma à vários denticulos.

Da mesma maneira, as características radiográficas, observadas na Figura 2, vão de encontro à descrição apontada por Mendonça et al. (12), a qual assinala que a imagem radiográfica do odontoma composto expressa a presença de denticulos de tamanho variado compactados numa massa envolta por um halo radiolúcido bem delimitado.

Adicionalmente, Santos et al. (14), descrevem que a imagem de uma massa composta por vários denticulos é a figura patognomônica do odontoma composto sendo, por isso, a condição básica de diagnóstico a evidência clínica e radiográfica, conforme descrito no presente caso.

A conduta terapêutica adotada no presente caso, exérese completa da lesão com curetagem complementar, se mostrou satisfatória, acompanhando a descrição de Mendonça et al. (12).

Como afirmam Santos et al. (14) nestes casos o prognóstico é excelente, pois a reparação óssea é feita com facilidade e apenas em raros casos há recidiva da lesão.

Conclusões

O presente relato clínico corroborou as evidências assinaladas na literatura em relação a esse grupo de alterações. Sendo que, o perfil da paciente enquadrava-se no grupo de maior prevalência para ocorrência da patologia.

Em adição, as características clínicas, exame físico, exame radiográfico e aspecto cirúrgico da lesão concordam com as descrições dos diversos autores pesquisados.

Convém destacar, entretanto, que o sítio de localização da lesão se mostrou uma variante significativa

na presente análise. Enquanto na maioria das ocorrências observou-se uma predileção pela região da maxila, no presente relato a manifestação patológica ocorreu na região de mandíbula não encontrando relação também com a ausência de nenhum dente permanente.

Por fim, pôde-se concluir que a remoção cirúrgica da lesão acompanhada de curetagem se mostrou como a abordagem terapêutica mais adequada para a solução do problema.

Abstract

MATOS, Anderson; CASTRO, Bruna de; ROCHA, Gislaine Ribeiro de Oliveira Margon da; BUGARIN-JÚNIOR, João Geraldo; CARVALHO-JUNIOR, Jacy Ribeiro de; OLIVEIRA, Laudimar Alves de. **Compound odontoma in posterior mandibular region: a case report.** Oral Sci., jul/dez. 2012, vol. 4, nº 2, p. 54-58.

The odontoma is the most common lesion of odontogenic tumors of the mixed group. Considered by many authors as a hamartoma, or malformation of the dentin, and not a true neoplasm, have idiopathic. This type of disease affects more individuals until the second decade of life, with no predilection for gender. Grows slowly and usually asymptomatic and found during radiographic analysis. The objective of this study was to analyze through case report the therapeutic treatment of compound odontoma. Patient D. P. Q, 22 years, female gender, leucoderma, attended the surgery clinic of Universidade Paulista - UNIP, Campus Brasília, complaining of swelling in the right posterior lingual region of the mandible. Radiographic examination indicated that the apical region, between the teeth 45 and 46, showed the presence of a lesion composed of several fragments radiopaque with well-defined radiolucent halo. During the interview, the patient denied any morbid history and / or allergic. On physical examination intraoral observed small volumetric change in the lingual mucosa in the region. The proposed treatment was complete surgical excision of the lesion and surgical curettage of the entire store. Content removed the lesion multiple mineralized fragments like denticles, associated with radiographic images concluded that it was a compound odontoma.

KEYWORDS: odontogenic tumor; compound odontoma; hamartoma.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
2. Noia CF, Oliveira FAC, Pinto JMV, Santos WHM. Odontoma composto. RGO. 2008;56:213-217.
3. 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;14:299-303.

4. Hidalgo-Sanchez O, Leco-Berrocal MI, Martinez-Gonzalez JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:730-734.
5. Freitas DA, Freitas VA, Mol VC, Manna-Neto L, Mol VC. Elemento dental impactado por odontoma composto. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2009;38:198-199.
6. Chen Y, Ding X, Yang Y, Yan W, Chen D, Li Z. Craniofacial fibrous dysplasia associated with McCune-Albright syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67:637-44.
7. 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 Cir Bucal* 2010;15:e398-400.
8. Korpi JT, Kainulainen VT, Sándor GK, Oikarinen KS. Removal of large complex odontoma using Le Fort I osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67:2018-2021.
9. Lee CH, Park GJ. Complex and compound odontomas are clinico-pathological entities. *Basic Appl Pathol* 2008;1:30-33.
10. Pires LS, Krüger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SH. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. *Stomatos* 2007;13:21-29.
11. Amorim RFB, Queiroz SBF, Medeiros AMC, Souza LB. Odontoma complexo com características não usuais. *RGO* 2001;49:210-212.
12. Mendonça JCG, Lima CMC, Boing F, Bento LA, Santos AA. Odontoma complexo gigante em corpo de mandíbula: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2009;9:67-72.
13. Vengal M, Arora H, Ghosh S. Large erupting complex odontoma: a case report. *J Can Dent Assoc* 2007;73:169-172.
14. Santos MESM, Silva ARB, Florêncio AG, Silva UH. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2010;10:25-30.