THE OPEN BRAZILIAN DENTISTRY JOURNAL
ODONTOLOGIA UNIFIP

Centro Universitário de Patos – UNIFIP
Patos, Paraíba
The Open Brazilian Dentistry Journal
2020; 1(1): 103-109.
ISSN 2675-2557
http://dentistryjournal.unifip.edu.br/

ODONTOMA COMPLEXO EM REGIÃO POSTERIOR DE MANDÍBULA: RELATO DE CASO

COMPLEX ODONTOMA IN BACK REGION OF THE MANDIBLE: CASE REPORT

George Borja de Freitas
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – PB - Brasil
george_borja@hotmail.com

Raquel Lira Braga da Silva
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
raquelbragals@hotmail.com

Luiz Roberto Coutinho Manhães Júnior
São Leopoldo Mandic - SLM- Campinas – SP
lrmradio@yahoo.com.br

Paula Bernardon
São Leopoldo Mandic - SLM- Campinas – SP
paula.bernardon@yahoo.com.br

George João Ferreira do Nascimento
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
georgenascimento79@yahoo.com.br

Cyntia Helena Pereira de Carvalho
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil
cyntia_helena@yahoo.com.br

RESUMO
Os odontomas são os tumores odontogênicos mais frequentemente encontrados nos maxilares, constituídos por esmalte, dentina, cemento e polpa, que podem estar dispostos de forma organizada ou não. Não são classificados como neoplasmas verdadeiros, mas sim, anomalias de desenvolvimento - hamartomas. Apresentam-se comumente assintomáticos, e o tratamento preconizado na literatura é a sua remoção cirúrgica por enucleação. O presente artigo relata um caso clínico de um odontoma complexo em região posterior de mandíbula o qual foi tratado com excisão cirúrgica. O conhecimento das características clínicas e radiográficas do odontoma pelo cirurgião-dentista proporciona condições de estabelecer um diagnóstico adequado que favorece a elaboração e execução de um correto plano de tratamento.

Palavras-Chave: Anomalias dentárias; Mandíbula; Tomografia computadorizada de feixe cônico

ABSTRACT
Odontomas are the odontogenic tumors most frequently found in the jaws, consisting of enamel, dentin, cementum and pulp, which can be arranged in an organized way or not. They are not classified as true neoplasms, but developmental abnormalities - hamartomas. They are commonly asymptomatic, and the treatment recommended in the literature is their surgical removal by enucleation. This article reports a clinical case of a complex odontoma in the posterior region of the mandible which was treated with surgical excision. The dentist's knowledge of the clinical and radiographic characteristics of the odontoma provides conditions to establish an adequate diagnosis that favors the elaboration and execution of a correct treatment plan.

Key words: Thoot Abnormalities; Mandible; Computed tomography of conic bundle.

1. Introdução

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais constantemente encontrados nos maxilares, ultrapassando em prevalência a soma de todos os outros tumores.[1] Apesar de tradicionalmente classificados como tumores odontogênicos, alguns autores os consideram como malformações de desenvolvimento conhecidas como hamartomas.[2]

Geralmente essas lesões são assintomáticas, mas embora possam estar relacionadas a distúrbios na erupção dentária, sendo diagnosticadas, na sua maioria, como achados radiográficos em exames de rotina ou avaliação de um elemento ausente na cavidade oral. Contudo, em raras ocasiões podem perfurar a cortical óssea e ficar expostos na cavidade oral, resultando em dor, edema, expansão óssea e infecção com drenagem de secreção, tornando-se sintomáticos.[3]

Os odontomas são subdivididos em compostos, quando apresentam múltiplas pequenas estruturas semelhantes a um dente e complexos consistindo em uma massa de esmalte e dentina, que não lembra a morfologia de um dente. [4,5,6]

Apresentam aspecto radiográfico característico. No odontoma composto nota-se um número variável de pequenas estruturas radiopacas semelhantes a dentes, de forma e tamanho variáveis, envolvidos por uma linha radiolúcida[4,7]. Já, no odontoma complexo pode se observar uma distribuição irregular dos tecidos dentários formando uma verdadeira massa bem delimitada circundada por um halo radiolúcido.[4,8,9]

Histologicamente nos odontomas podem ser encontrado esmalte ou matriz do esmalte, dentina, cemento e polpa, que podem estar em sua relação normal ou não[10]. Quando existe semelhança morfológica com os dentes, como nos odontomas compostos, os dentículos encontrados geralmente são pequenos e uniradiculares, envolvidos numa matriz fibrosa frouxa[4,11]. Já os odontomas complexos são constituídos de grande

quantidade de dentina tubular madura, a qual circunda fendas ou cavidades circulares que contém esmalte maduro, removido durante a descalcificação[4,9].

O tratamento para os odontomas é a excisão cirúrgica local, com prognóstico bastante favorável, sendo raros os casos de recorrência[12,13].

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de odontoma complexo em região posterior de mandíbula, no qual o tratamento de escolha foi a excisão cirúrgica do mesmo juntamente com a exérese do elemento dentário 38.

2. Relato de Caso

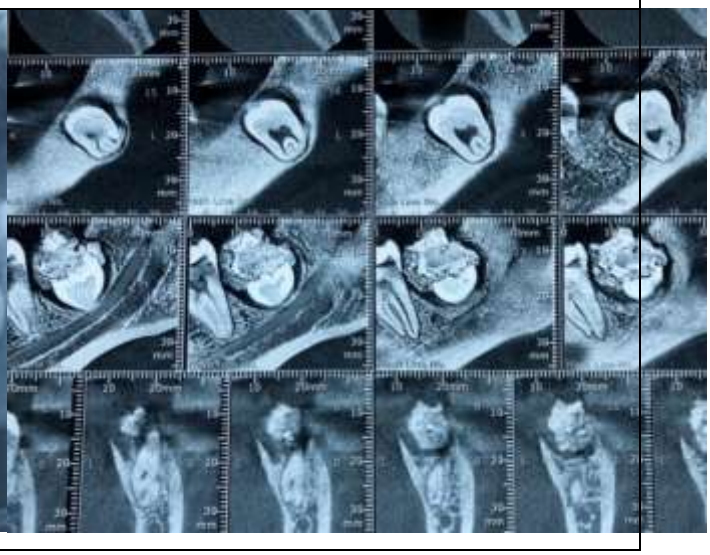
Paciente E.J.S.S, 25 anos, sexo feminino, leucoderma, sem comorbidades sistêmicas, não etilista, não tabagista, apresentando ao exame clínico intra-oral área de fenestração da mucosa na área retromolar e região do elemento 38. Foram solicitados exames complementares de imagem tais como radiografia panorâmica e TCFC (Figura 1).

Ao exame clínico tomográfico evidenciou-se imagem hiperdensa amorfa delimitada por uma área hipodensa na sua periferia, sobrejacente a coroa do elemento 38 que tomograficamente, se apresentava totalmente infra-ósseo (Figura 2).

Figura 1: Radiografia panorâmica evidenciando massa radiopaca amorfa sobre a coroa do elemento 38, sugestiva de odontoma complexo.



Figura 2: Cortes transversais obtidos da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) evidenciando imagem hiperdensa amorfa sobre a coroa do elemento 38.

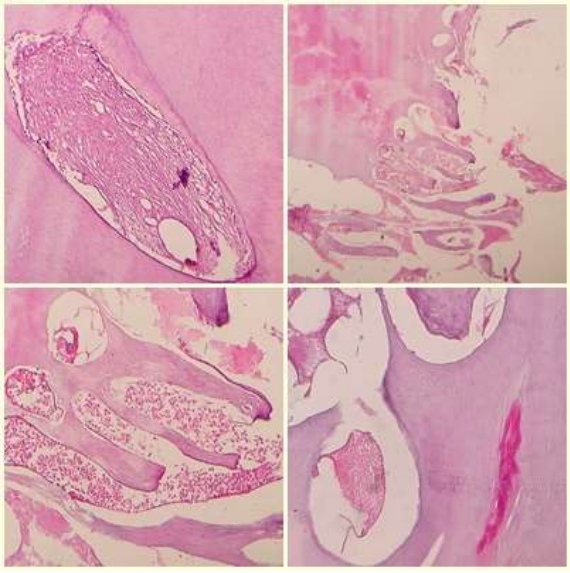


Realizou-se anestesia por bloqueio regional dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal com a utilização do anestésico Articaína 4% (DFL Indústria e Comércio S.A), após o acesso intrasulcular, procedeu-se a exérese da lesão e do elemento 38, posteriormente

realizou-se a sutura oclusiva através de pontos simples com o fio seda 3-0 (ETHICON® – J&J Medical Devices Companies). Realizou-se a prescrição medicamentosa pós-operatória com a utilização de Amoxicilina 500mg 8/8h durante 05 dias, Dexametasona 4mg de 12/12h durante 02 dias e Novalgina 1g de 8/8h durante 02 dias.

O espécime foi acondicionado em formol 10% e encaminhado para avaliação histopatológica, o resultado histopatológico, ratificou a hipótese diagnóstica inicial de Odontoma complexo de acordo com o ilustrado na (Figura 3). A paciente encontra-se em proservação do caso há 01 ano, sem indícios clínicos de recidiva da lesão.

Figura 3: Imagem histológica do odontoma complexo em diferentes dimensões de cortes histológicos



3. Discussão

Atrasos na irrupção de dentes podem ser manifestações primárias ou únicas de diferentes patologias locais ou sistêmicas[14]. Em geral, as retenções intraósseas de dentes permanentes são provocadas por situações clínicas como: falta de espaço no arco, anquilose de decíduos ou existência de barreiras físicas como dentes supranumerários, tumores ou cistos que obstruam o trajeto irruptivo das unidades dentárias retidas[15].

Nesse contexto a radiografia panorâmica é amplamente utilizada para decisões de tratamento, sendo muitas vezes o único exame de imagem solicitado ao paciente. Porém, apresenta como principais desvantagens, ser uma representação bidimensional de estruturas tridimensionais, causando sobreposições, ampliação e distorção geométrica ao longo da imagem[16]. Com advento da TCFC proporcionou-se a Odontologia a reprodução da imagem tridimensional dos tecidos mineralizados maxilofaciais, com

mínima distorção e dose de radiação significantemente reduzida em comparação à TC tradicional[17].

Os odontomas complexos representam de 25% a 33% dos casos de odontomas[18,19]. O caso apresentado envolveu uma paciente do sexo feminino, sendo que a literatura refere que não há diferença significativa para ambos os sexos[18,20]. Entretanto, alguns autores afirmam que há predileção pelo sexo masculino21.Alguns são completamente assintomáticos, podem ser descobertos quando radiografias são feitas para definir o motivo da falha na irrupção de um dente21,22,23, atraso na esfoliação de dentes decíduos ou pela posição ectópica de dentes permanentes21,23,24.

Cerca de 70% dos casos dos odontomas estão associados a dentes impactados ou mal posicionados, má formação, reabsorções e desvitalização dos dentes adjacentes. A relação de prevalência entre o odontoma composto e complexo é de 2:1, sendo mais comum na segunda década de vida [25].

O odontoma complexo exibe uma maior expansão óssea, quando comparado ao composto26, ocontecendo com maior frequência na região de molares, em ambos os maxilares21,23. Seu aspecto radiográfico é típico: área calcificada, com radiopacidade de estrutura dentária[21,23,25], é circunscrito por zona radiolucente. Para alguns autores, essa zona consiste do tecido conectivo da cápsula, que corresponde ao folículo pericoronário de um dente normal; a lesão é, ainda, rodeada por uma fina camada esclerótica, correspondendo à lâmina dura4,21,22.

Em relação à localização, a literatura mostra que os odontomas complexos apresentam-se, em sua maioria, localizados na região posterior de mandíbula, podendo ou não estar associados a um dente retido ou ausente na região[21,23]. No caso apresentado, a lesão localizava-se na região posterior, envolvendo corpo mandibular E, associada à ausência de dentes na região e envolvimento de um molar impactado.

Odontomas complexos situados nessa região podem ser removidos através de acesso extra ou intraoral. A escolha vai depender de um planejamento cirúrgico que vise a melhor opção para o paciente. O acesso extraoral pode ser a opção quando a lesão apresentar-se muito extensa, fragilizando a mandíbula e tornando-a suscetível à fratura durante ou após a exérese do dente e da lesão. Uma incisão submandibular permitiria uma fácil redução e fixação da fratura prevista[27].

No caso apresentado, optou-se por um acesso intraoral, ao realizar-se a cirurgia nos moldes da técnica para os dentes inclusos. Outros pontos que levaram a escolha desse acesso foram: a ausência de cicatriz antiestética e a presença de uma ponte óssea na base da mandíbula, que promovia certa resistência local, quando tomados os cuidados básicos de seccionamento com broca e uso de força controlada.

A falha no diagnóstico e tratamento tal como o atraso na remoção dessa patologia podem levar a problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, alterações oclusais importantes, resultandoo a necessidade de tratamento ortopédico e ortodôntico[24, 28].

4. Conclusão

Odontomas são os tumores odontogênicos mais frequentemente encontrados nos maxilares. Ainda que sejam lesões de fácil diagnóstico por imagem e bom prognóstico, um correto planejamento e diagnóstico precoce são fundamentais para evitar complicações e sequelas futuras, promovendo uma reabilitação precoce e restabelecimento saúde do paciente. O conhecimento das características clínicas e radiográficas do odontoma pelo cirurgião-dentista proporciona condições de estabelecer um diagnóstico adequado que favorece a elaboração e execução de um correto plano de tratamento.

Referências

1. Perumal CJ, Mohamed A, Singh A, Noffke CE. Sequestrating giant complex odontoma: a case report and review of the literature.J Maxillofac Oral Surg. 2013 Dec;12(4):480-4.

2. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asaumi J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. The Open Dentistry Journal 2009;3:173-176.

3. Amailuk P, Grubor D. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation.Br Dent J. 2008 Jan 12;204(1):11-4.

4. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia oral & maxilofacial. Guanabara Koogan 2016; 4 (4): 675-77.

5. Pires WR, Motta-Junior J, Martins LP. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. Rev Odontol UNESP. 2013; 42(2): 138-143.

6 Santos MESM, Silva ARBL, Florêncio AG. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. Rev. cir. traumatol. Buco - maxilo-fac. Camaragibe 2010 Abr./Jun.; 10 (2) 25 – 30.

7. Lukes SM, Wachter KM. Compound odontoma: a case study. The Journal of a Dental Hygiene 2003;77(1):47-9.

8. Hisatomi M, Asaumi JI, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. Oral Dis 2002;8:100-5.

9. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization. Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. WHO/IARC Press: Lyon; 2005.

10. Serra-Serra G, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Erupted odontomas: a report of three cases and review of the literature. Med Oral Patol Cir Bucal. 2009;14(6):299- 303.

11. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asaumi J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. The Open Dentistry Journal 2009;3:173-176.

12. Michael M, Ghali GE, Peter EL. Princípios de cirurgia bucomaxilo Facial de Perteson. Santos 2016; 1 (2): 590-91.

13. Queiroz IV, Carolina RS, Diego TS. Odontoma complexo atípco: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe 2011 jul./set.; 11 (3): 43-48.

14. Pulse CL, Moses MS, Greenman D, Rosemberg SN, Zegarelli DJ. Cherubism: case reports and literature review. Dent today. 2001;20(11):100-3.

15. Suri L, Gagari E, Vastardis H. Delayed tooth eruption: pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004;126(4):432-45.

16. White SC, Pharoah MJ. Oral radiology: principles and interpretation: Elsevier Health Sciences; 2014.

17. Scarfe WC, Farman AG, Sukovic P. Clinical applications of cone-beam computed tomography in dental practice. J Can Dent Assoc. 2006;72(1):75-80.

18. Kuramochi MM, Vanti LA, Berenguel IA, Pereira WL, Zangrando D. Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. Rev Port de Estomat, Medic Dent e Cir Maxilofacial. 2006;47:35-40.

19. Cardoso LC, Miyahara GI, Magro Filho O, Garcia Junior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: relato de casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba. 2003; 24(2):47-51.

20. Veis A, Tziafas D, Lambrianidis T. A case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: clinical and microscopic evaluation. J Endod. 2000;26(8).

21. Cé PS, Prazeres C, Santos FE, Woltmann M. Odontoma complexo - relato de caso clínico atípico. RFO, 2009, v. 14, n. 1, p. 56-60, janeiro/abril.

22. Alves PM, Santos PPA, Cavalcanti AL, Queiroz LMG, Souza LB. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. Revista de Odontologia da UNESP; 2008, 37(4): 357-361

23. Manoj MDSV, Hooney BDSA, Sujoy BDSG, Keerthilatha M, Pai MDS. Large Erupting Complex Odontoma: A Case Report. JDCA. 2007. www.cda-adc.ca/jcda, v. 73, n.2 March.

24. Pires LS, Kruger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SH. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. Stomatos, 2007, vol. 13, n. 024, pp. 21-29.
25. 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;14(6):E299-303.
26. Silva LCF, Bastos AS, Lima JLA, Araújo MS. Erupção dentária após remoção de odontoma. Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 2007, 6 (1): 97-102, jan/mar.
27. Hisatomi M, Asaumi JI, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. Case reports. Oral Dis. 2002;8:100-5.
28. Losso EM, Pizzatto E, Ulbrich LM. Complex odontoma associated to a primary maxillary canine: case report. RSBO, 2009, v. 6, n. 2, 204-207.