

Odontoma complexo gigante em corpo de mandíbula: relato de Caso

The Giant Complex Odontoma in the Body of the Mandible: a Case Report

José Carlos Garcia de Mendonça^I
Christiano Moreira da Costa Lima^{II}
Fernanda Böing^{II}
Leandro de Araújo Bento^{II}
Arthur Azambuja Santos^{II}

Recebido em 20/03/2008
Aprovado em 19/08/2008

RESUMO

Os odontomas são tumores formados a partir de tecidos dentários. São divididos em dois grupos: complexos e compostos. Geralmente, apresentam-se com dimensões pequenas e são assintomáticos. Em raras ocasiões, um odontoma complexo gigante pode se desenvolver e provocar sinais e sintomas clínicos importantes. Neste artigo, faz-se uma revisão de literatura sobre os odontomas, seguida de um relato de caso sobre odontoma complexo gigante, envolvendo a região posterior da mandíbula. Também foram abordados os aspectos clínicos, radiográficos e cirúrgicos desse tipo de tumor.

Descritores: Odontoma/cirurgia. Odontoma Composto. Mandíbula/patologia. Neoplasias Mandibulares.

ABSTRACT

Odontomas are tumors that start in the tooth tissues. They are divided into two groups: complex and compound. They are usually small in size and are asymptomatic. On rare occasions a giant complex odontoma can develop and cause major clinical signs and symptoms. This article includes a review of the literature on odontomas, followed by a case report of a giant complex odontoma involving the posterior region of the jaw. The clinical, radiological and surgical features of this type of tumor are also addressed.

Keywords: Odontoma/surgery. Mandible/pathology. odontogenic tumor, treatment. Mandibular Neoplasms.

INTRODUÇÃO

Odontomas são tumores que se formam no interior dos maxilares, constituídos de tecidos dentários desenvolvidos, dentina, esmalte, cimento e tecido pulpar¹⁻³. Constitui uma anomalia que surge em decorrência de distúrbios que afetam, precocemente,

o germe dentário, sendo aceito que o odontoma representa mais uma má-formação hamartomatosa do que um neoplasma^{1,4,5}. Eles representam cerca de 22% dos tumores odontogênicos dos maxilares^{6,7}.

A etiologia do odontoma é desconhecida, sendo sugerido que o traumatismo ou a infecção

^IEspecialista em CTBMF / Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde (Cirurgia) da Faculdade de Medicina da UFMS / Professor Adjunto de CTBMF da FAODO-UFMS/ Coordenador do Programa de Residência em CTBMF do Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" - UFMS.

^{II}Cirurgião-Dentista Residente do Programa de Residência em CTBMF do Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" - UFMS.

locais pode levar à formação desta lesão^{4,8,9,5}.

Segundo a maioria dos autores, os odontomas podem ser classificados em dois tipos: composto e complexo.

No odontoma composto, ocorre a formação de grande número de dentes rudimentares. É formado pela divisão do órgão do esmalte normal em muitos outros pequenos, que dão origem às numerosas e variadas formas de denticulos, os quais estão unidos por tecido conjuntivo fribroso, cemento ou substância óssea. É comum encontrar-se um odontoma formado por um dente normal e numerosos denticulos^{1,4,10,11}.

No odontoma complexo, os tecidos odontogênicos estão dispostos de maneira desordenada, sem apresentarem formas dentárias características. Sua origem está envolvida ao desenvolvimento anormal de germe dentário. Por essa razão, são considerados por muitos como pseudoneoplasmas. Apresentam-se como uma massa calcificada de esmalte, cemento e dentina, de forma arredondada ou irregular, inclusa no interior do osso e causando expansão das corticais ósseas^{4,11}.

Embora a maioria dos odontomas seja assintomática, ocasionalmente aparecem sinais e sintomas decorrentes da sua presença. Estes, em geral, consistem em dentes inclusos, retenção de dentes decíduos, tumefação e sinais de infecção^{8,2,12}.

O aspecto radiográfico do odontoma é característico. Visto que a maioria dos odontomas é clinicamente assintomática, sua descoberta é realizada pelo exame radiográfico de rotina¹³. As radiografias mostram radiopacidades muito densas, claramente delineadas. Elas são, muitas vezes, circundadas por uma delgada zona radiolúcida. No odontoma complexo, a radiopacidade não apresenta nenhuma forma específica, mas aparece como uma massa irregular desorganizada. No tipo composto, dentes malformados, de tamanhos variáveis, podem ser reconhecidos na imagem radiopaca^{14,12}.

A maioria dos odontomas na região anterior

dos maxilares é do tipo composto, enquanto que a maioria na região posterior é do tipo complexo. Este último também pode aparecer como uma massa calcificada sobreposta à coroa de um dente incluso^{4,15,7}.

Raramente atingem grande tamanho, causando, assim, deformação do contorno normal do maxilar devido à expansão da cortical óssea, gerando uma assimetria facial. São de crescimento lento e podem persistir por décadas, sem qualquer sintoma. Podem crescer por certo tempo e, então, permanecer estáticos para o resto da vida do paciente^{4,6,3,12}.

O tratamento preconizado é a remoção cirúrgica. A técnica empregada para a remoção dos odontomas consiste, de modo geral, nos mesmos princípios cirúrgicos básicos para extração de dentes inclusos¹⁵. Como são separados do osso circundante por uma zona de tecido conjuntivo, são facilmente enucleados. Não recidivam. Em muitas raras ocasiões, podem "erupcionar" na cavidade bucal^{8,13,9,7,5,16}.

Complicações pós-operatórias incluem parestesia do lábio inferior e mandíbula, principalmente quando a massa tumoral contacta o nervo dentário inferior. Hemorragias por falta de controle de áreas sangrantes e infecção secundária por ruptura das suturas são outros aspectos a serem observados^{17,8}.

RELATO DE CASO

Paciente A.C.R.M. de 16 anos de idade, gênero feminino, leucoderma, estudante, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Núcleo de Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com queixa de dor e aumento de volume em região submandibular E, com vários meses de evolução, causando limitação da abertura bucal e assimetria facial (Figura 1). O exame clínico intrabucal revelou ulcerações e hiperemia da mucosa alveolar ao longo do rebordo da região posterior da mandíbula E, sem secreção e ausência dos elementos dentários 36, 37 e 38 (Figura 2). Negou ter tido febre mensurada e relatou que esse estado clínico era uma ocorrência frequente há, pelo menos, 6 meses.



FIGURA 1. Aspecto clínico pré-operatório. Notar assimetria facial do lado E.



FIGURA 2: Aspecto clínico intraoral. Notar mucosa hiperêmica e ulcerada (área destacada).

Ao exame radiográfico, observou-se uma grande massa radiopaca no corpo da mandíbula E, de limites definidos e forma arredondada, envolta por um halo radiolúcido, sugestivo de odontoma complexo, associado a um dente molar retido na região basilar da mandíbula (Figura 3).

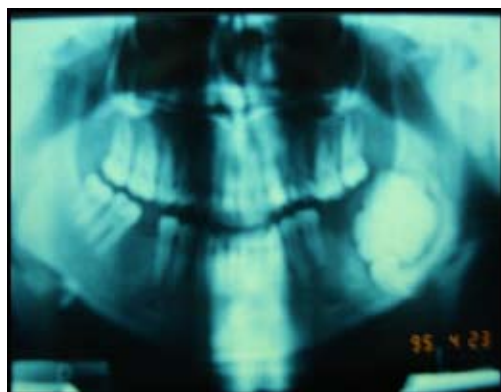


FIGURA 3. RX panorâmico pré-operatório. Notar grande radiopacidade bem delimitada e associada a um molar retido.

A paciente foi medicada conforme o protocolo do serviço com analgésico e anti-inflamatório para controle da dor e do processo inflamatório, além de solução antisséptica tópica, e, após a remissão da sintomatologia procedeu-se ao tratamento operatório.

A paciente foi submetida ao tratamento operatório sob anestesia geral, com intubação naso-endo-traqueal. Realizou-se incisão linear ao longo do rebordo alveolar, iniciando-se na região retromolar mandibular esquerda à distal do segundo pré-molar ipsilateral. Realizou-se o descolamento muco-periosteal com descolador de Molt que, imediatamente, revelou a face superior da lesão subjacente. A parede óssea vestibular da região encontrava-se bastante delgada e foi parcialmente removida com o auxílio de pinça goiva. Realizou-se a enucleação da lesão com auxílio do extrator dental reto após o seccionamento desta com broca cirúrgica tronco cônica 702. Procedeu-se à exodontia do elemento dentário retido que se encontrava associado à lesão.

O procedimento de seccionar a lesão foi para facilitar a remoção deste, controlar a força do extrator e diminuir ou evitar o risco iminente de fratura patológica da mandíbula devido à sua fragilidade.

Realizou-se a regularização da loja óssea com lima para osso, seguida de irrigação copiosa com solução salina isotônica, com o objetivo de se removerem as esquirolas ósseas. O defeito ósseo foi preenchido pelo próprio coágulo, não se utilizando nenhum tipo de material de preenchimento. Realizou-se a sutura contínua festonada da ferida, utilizando-se fio de poliamida 5.0.

Optou-se pelo bloqueio maxilo-mandibular, utilizando-se barra de Erich e elástico por 30 dias, devido à fragilidade do osso mandibular remanescente.

O P.O. transcorreu sem nenhuma complicação. A paciente retornou ao ambulatório do serviço após 90 dias P.O. e, clinicamente, não apresentava assimetria facial nem queixa de dor ou desconforto na região operada. A mucosa da região apresentava-se

com aspecto clínico normal e sem alterações de cor. O exame radiográfico nesta ocasião mostrou neoformação óssea em adiantado estado de cicatrização (Figura 4).

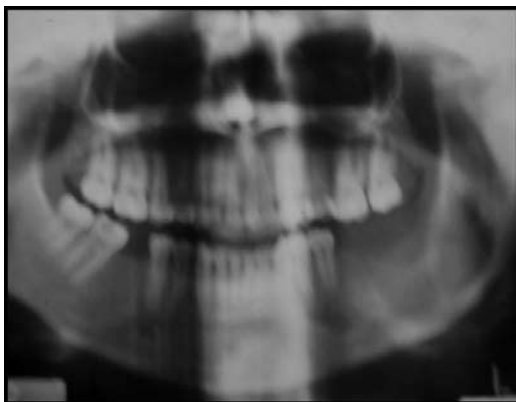


FIGURA 4. RX panorâmico pós-operatório de 90 dias. Notar neoformação óssea em adiantado estágio de cicatrização.

DISCUSSÃO

No caso relatado, a paciente veio encaminhada para avaliação e conduta de um aumento de volume hemifacial, associado à dor, limitação de abertura bucal e ulceração da mucosa alveolar sem secreção. Ao exame radiográfico, foi verificada a presença de uma grande massa radiopaca de limites definidos, obtendo-se um diagnóstico sugestivo de odontoma complexo gigante em região posterior da mandíbula.

Os odontomas complexos representam de 25% a 33% dos casos de odontomas^{9,15}. O caso apresentado envolveu uma paciente do sexo feminino, sendo que a literatura refere um acometimento igual para ambos os sexos^{5,8}.

Em relação à localização, a literatura sugere 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 região¹⁸⁻²⁰. No caso mostrado, a lesão localizava-se na região posterior, envolvendo corpo e ângulo mandibular E, associada à ausência de dentes na região e envolvimento de um molar impactado, deslocado para região basilar.

Este caso faz parte de um grupo raro de odontomas complexos devido às suas dimensões extensas 6,2cm x 5,1cm. Outro fato não muito comum é a presença de sintomatologia aguda associada à lesão, apesar da história de evolução lenta e silenciosa. Geralmente, essas lesões apresentam diâmetro pequeno, variando de alguns milímetros a até 3-4cm; além de serem assintomáticas^{21,4,2,12}.

Odontomas complexos localizados nessa região podem ser removidos através de acesso extra ou intraoral. A escolha vai depender de um planejamento cirúrgico que vise à 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. Uma incisão submandibular permitiria uma fácil redução e fixação da fratura prevista^{8,13}.

No caso apresentado, apesar da grande extensão da lesão e da fragilidade mandibular conseqüente, optou-se por um acesso intraoral; estando de acordo com a literatura¹⁵, 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.

Devido à fragilidade mandibular pós-operatória, realizou-se o bloqueio maxilo-mandibular por 30 dias, a fim de proteger a área de uma fratura indesejada. A mesma conduta pode ser vista em outros trabalhos²²⁻²⁴.

Apesar de ter sido esperado algum tipo de complicação pós-operatória, devido à íntima relação da lesão e do dente retido com o canal mandibular, a paciente retornou para acompanhamento de 90 dias sem queixas de parestesia, dor ou limitação de abertura bucal. Outro ponto a se observar, foi o estado avançado de cicatrização óssea da área, sendo que se optou, no transcirúrgico, pelo preenchimento da loja óssea com o próprio coágulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Odontoma complexo gigante é uma lesão rara que, quando ocorre, envolve a região posterior da mandíbula. Seu desenvolvimento, devido a suas grandes dimensões, pode estar envolvido a sinais e sintomas clínicos, como: expansão óssea, assimetria facial, dor e infecção. A terapêutica cirúrgica é a recomendada, sendo indicado o mesmo protocolo para os dentes inclusos, contanto que sejam tomados cuidados de secção com broca e uso de força controlada. O acesso intraoral pode ser utilizado com segurança, nos casos em que a lesão se apresente mais superficial, e a mandíbula tenha uma margem de osso preservada. O uso do bloqueio maxilo-mandibular por 4 semanas ajuda a evitar que venha a ocorrer uma fratura indesejada. Nem todos os casos necessitam de qualquer tipo de preenchimento ósseo, mostrando que, utilizando-se apenas o coágulo, pode-se prever bons resultados na reparação óssea.

REFERÊNCIAS

1. Neville WB, Damm DD, Allen MC, Bouquot EJ. Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
2. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 3 ed. São Paulo: Pancast; 1998.
3. Piattelli A, Perfetti G, Carraro A. Complex odontoma as a periapical and interradicular radiopacity in a primary molar. J Endod. 1996; 22(10).
4. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.
5. 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).
6. Bhaskar SN. Patologia bucal. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1976.
7. Kaneko M, Fukuda M, Sano T, Ohnishi T, Hosokawa Y. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998;85:131-4.
8. 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.
9. Bengtson AL, Bengtson NG, Benassi LR. Odontoma em pacientes pediátricos. Rev Odontopediatr. 1993; 2(1):25-33.
10. Vengal M, Arora H, Ghosh S. Large erupting complex odontoma: a case report. J Can Dent Assoc. 2007;73:169-72.
11. Yoda T, Ishii Y, Honma Y, Sakai E, Enomoto S. Multiple macrodonts with odontoma in a mother and son a variant of Ekman-Westborg-Julin syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998;85:301-03.
12. Blinder D, Peleg M, Taicher S. Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1993;22:163-5.
13. Casap N, Zeltser R, Abu-Tair J, Shteyer A. Removal of odontoma of odontoma by sagittal split osteotomy. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64:1833-6.
14. Freitas A, Rosa J E, Farias E, Souza I. Radiologia odontologica. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
15. Cardoso LC, Miyahara GI, Magro Filho O, Gar-

cia Junior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: relato de casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba. 2003; 24(2):47-51.

16. Ajike SO, Adekeye EO. Multiple odontomas in the facial bones. A case report. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2000;29:443-4.

17. Kruger G. Cirurgia bucal e maxilo-facial. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1984.

18. 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.

19. Katz WR. An analysis of compound and complex odontomas. J Dent Child. 1989;56:445-9.

20. Budnick SD. Compound and complex odontomas. Oral Surg. 1976;42:501-6.

21. Fucci G, Ciccarelli R, Volpe A, Mollica V. Odontoma composto ed odontoma complesso. considerazioni radiologiche. Min Stom. 1984;33:957-60.

22. Frame JW. Surgical excision of a large complex composite odontoma of the mandible. Br J Oral Maxillofac Surg. 1986;24:47-51.

23. Wong GB. Surgical management of a large, complex mandibular odontoma by unilateral sagittal split osteotomy. J Oral Maxillofac Surg. 1989;47: 179-82.

24. Laskin DM. Surgical management of a large, complex mandibular odontoma by unilatera sagittal split. J Oral Maxillofac Surg. 1989;47:183-4.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Christiano Moreira da Costa Lima

Conjunto Bela Vista I, Qd 17, casa 17, Bela Vista

Teresina/PI – Brasil

CEP 64030-100

E-mail: christiano-moreira@hotmail.com