

# Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos

## *Odontoma as predictor of impacted teeth: a case report*

Recebido em 03/11/2009  
Aprovado em 28/12/2009

Marconi Eduardo Souza Maciel Santos<sup>I</sup>  
Anna Rebeca de Barros Lins Silva<sup>II</sup>  
Amanda Galindo Florêncio<sup>II</sup>  
Uoston Holder da Silva<sup>III</sup>

### RESUMO

Odontoma é o tipo mais comum de tumor odontogênico, sendo definido como uma malformação benigna, em que as células alcançam completa diferenciação, atingindo o estágio, no qual todos os tecidos dentais estão representados. Classificam-se em complexo e composto de acordo com suas características histomorfológicas. Normalmente são assintomáticos e diagnosticados através de exames radiográficos de rotina por estarem associados à falta de erupção de um dente permanente. O objetivo do presente trabalho é o de relatar dois casos clínicos de odontomas compostos, em que a lesão estava relacionada com a retenção dentária de elementos permanentes. O tratamento para os odontomas é usualmente a sua excisão cirúrgica, e, sempre que possível, preservar o(s) elemento(s) retido(s) e promover condições para sua erupção.

**Descritores:** Odontoma. Erupção Dentária. Dente não-erupcionado.

### ABSTRACT

Odontoma is the most common type of odontogenic tumor, being defined as a benign malformation in which where the cells attain complete differentiation, reaching the stage at which all the oral tissues are represented. It is classified as complex or compound on the basis of its histomorphological features. It is usually asymptomatic and diagnosed by routine radiographic tests as it is associated with the normal eruption of a permanent tooth. The aim of the present study is to report two clinical cases of compound odontoma in which the lesion was related to the retention of permanent teeth. The usual treatment for odontomas is surgical excision and, whenever possible, the preservation of the retained teeth and promotion of conditions for their eruption.

**Descriptors:** Odontoma. Tooth eruption. Tooth, Unerupted.

### INTRODUÇÃO

Odontoma é o tipo mais comum de tumores odontogênicos<sup>1-3</sup>, representando até 70% de todos os tumores odontogênicos encontrados<sup>2,4,5</sup>. Apesar de tradicionalmente enquadrados como tumores odontogênicos, alguns autores os consideram como malformações de desenvolvimento (hamartomas), em

que todos os tecidos dentais estão representados e, como tais distúrbios de formação, passíveis de ocorrer sob uma série de fatores<sup>6-8</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificam-se em dois tipos principais: complexo e composto. Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação exagerada da lâmina dentária, em que todos os tecidos dentais estão

<sup>I</sup> Professor Doutor da Faculdade ASCES – Caruaru-PE

<sup>II</sup> Graduandas em Odontologia pela Faculdade ASCES – Caruaru-PE

<sup>III</sup> Professor de Estomatologia da Faculdade ASCES e Coordenador do Projeto Asa Branca – Caruaru-PE

representados de uma maneira organizada, formando estruturas semelhantes a dentículos. Nos odontomas complexos, por sua vez, os tecidos dentais representados estão desordenados, ou seja, morfologicamente não remetem à forma de dentes<sup>1,2,4,7,9</sup>.

Radiograficamente, 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<sup>1,2,4,6</sup>. Os odontomas complexos se caracterizam radiograficamente como um conglomerado de massa radiopaca bem delimitada, envoltos por um halo radiolúcido<sup>1,10,11</sup>.

Nos odontomas, são encontrados, histologicamente, esmalte ou matriz do esmalte, dentina, polpa e cimento, que podem estar em sua relação normal ou não<sup>12,13</sup>. Quando existe semelhança morfológica com os dentes, como nos odontomas compostos, os dentículos encontrados geralmente são pequenos e unirradiculares, envoltos numa matriz fibrosa frouxa<sup>1,8,14</sup>.

Sua etiopatogenia ainda é um aspecto bastante investigado, apresentando-se, ainda, indeterminada<sup>3,4</sup>. A etiologia mais aceita relaciona-se a traumas, infecção ou pressão no local da formação, causando perturbação no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário<sup>3,4,8,9,15</sup>.

Clinicamente, são detectados mais comumente nas duas primeiras décadas de vida, não existindo predileção por gênero<sup>3,6,7</sup>. A localização mais frequente do odontoma composto é observada na região anterior da maxila, sendo o dente canino o mais envolvido, já enquanto o odontoma complexo tem sua localização principal na região posterior dos maxilares 4' 11'13. A maior parte dos casos de odontoma são assintomáticos e de crescimento lento devido ao seu desenvolvimento auto-limitante, porém, ocasionalmente podem atingir tamanhos consideráveis causando expansão das cor-

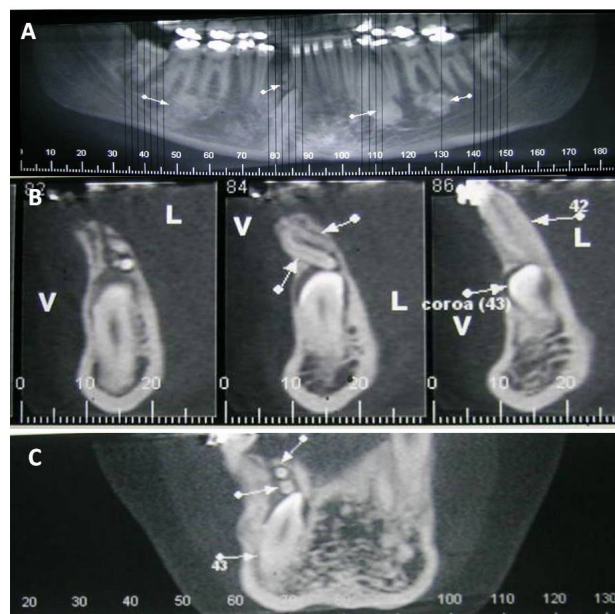
tais ósseas<sup>1,2,3,9,11,12</sup>. Geralmente, são descobertos em exames radiográficos de rotina, ou quando se investiga o atraso na esfoliação de dentes decíduos ou posição ectópica dos dentes permanentes, estando estes associados à falta de erupção de dentes<sup>1,4,8,9</sup>. Neville et al.<sup>1</sup> citam, ainda, que odontomas pequenos podem se localizar entre as raízes de dentes irrompidos, não estando associados com distúrbios na erupção.

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<sup>6,13</sup>. O tratamento deve ser cirúrgico conservador, sendo considerado de fácil remoção devido à facilidade de clivagem<sup>4,6,11</sup>. 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<sup>4</sup>. A seguir, serão relatados dois casos de odontoma composto relacionados à não erupção dentária de dentes permanentes.

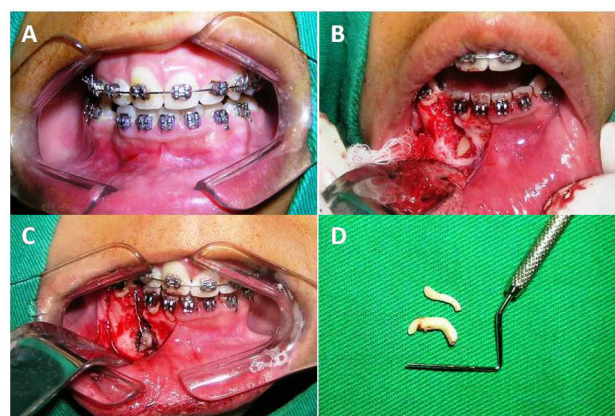
## RELATO DE CASO 1

Paciente sexo feminino, 17 anos de idade, faioderma foi encaminhada para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC-ASCES), relatando ausência de erupção de dente permanente. Durante a anamnese, não se observou nenhuma doença sistêmica de base. Ao exame intrabucal, observou-se presença de todos os dentes permanentes com dispositivos ortodônticos (bráquetes, bandas e fio), com exceção do canino inferior direito permanente (elemento 43). Observando os exames imaginológicos, a radiografia panorâmica revelou o elemento 43 retido, associado à lesão radiopaca sugestiva de odontoma composto com dois dentículos, sendo este quadro também observado e confirmado por meio da tomografia volumétrica de feixe cônico em cortes axiais, coronais e sagitais de 2mm de espessura (Figura 1). Com os diagnósticos clínicos e

imaginológicos compatíveis com odontoma composto, foi realizada intervenção cirúrgica no bloco cirúrgico da referida instituição para a remoção do tumor e adaptação de dispositivo de tração no elemento permanente retido. O protocolo cirúrgico utilizou de: antisepsia extraoral realizada com iodopovidona tópica (Riodeine®) e intraoral com digluconato de clorexidina a 0,12%; anestesia por bloqueio regional do nervo mentoniano bilateral e complementação com técnicas infiltrativas. A incisão do tipo Newman foi realizada por vestibular, estendendo-se dos elementos 41 a 44 (Figura 2). Após o rebatimento do retalho mucoperiosteal, foi realizada osteotomia e ostectomia com brocas esféricas cirúrgicas de baixa rotação, com o auxílio de micromotor e peça reta, possibilitando acesso aos dois dentículos, os quais foram removidos com extratores retos e curvos (Figuras 2C e 2D). A loja cirúrgica foi irrigada com soro fisiológico a 0,9%, e, no mesmo ato operatório, foi colado ao elemento 43 impactado fio ortododôntico com auxílio de resina composta e sistema adesivo para posterior tração (Figura 2C). O retalho foi reposicionado, e a sutura realizada com pontos simples isolados. A paciente foi instruída quanto aos cuidados pós-operatórios e medicada com antibiótico, analgésico e antiinflamatório. Não houve complicações importantes nos períodos pós-operatórios que sucederam ao ato cirúrgico, e a paciente foi encaminhada ao seu ortodontista para dar início ao tração adequado. Os dentículos foram encaminhados ao Centro Especializado em Anatomia Patológica Oral (CEAPO), da Faculdade de Odontologia de Caruaru-FOC, onde foi confirmado o diagnóstico histopatológico de odontoma composto. No pós-operatório de sete dias, observou-se cicatrização favorável e, com auxílio de radiografia periapical, correta adaptação do dispositivo de tração colado ao dente 43 (Figura 3). Durante a proervação de 11 meses, notou-se nas radiografias periapicais e panorâmica, neoformação óssea na área antes ocupada pelo odontoma e discreta movimentação do elemento 43 para seu eixo de erupção (Figura 3).



**Figura 1 – Aspecto imaginológico por meio de TC feixe cônico, demonstrando a retenção dentária do elemento 43 associado ao odontoma composto. Vista panorâmica (A), cortes sagitais (B) e cortes coronais (C).**

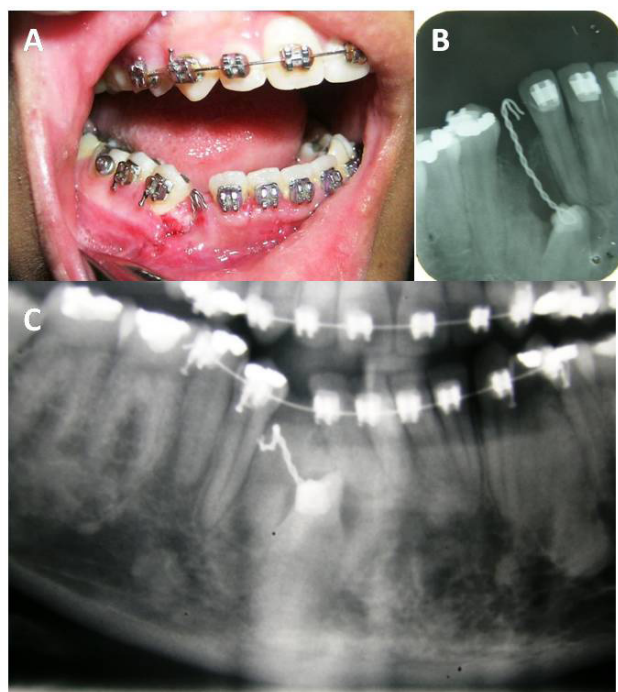


**Figura 2 – Aspecto clínico pré-operatório (A). Acesso cirúrgico seguido de remoção do odontoma e preparo do elemento permanente para adaptação de dispositivo de tração (B e C). Espécime cirúrgico dos dentículos do odontoma (D).**

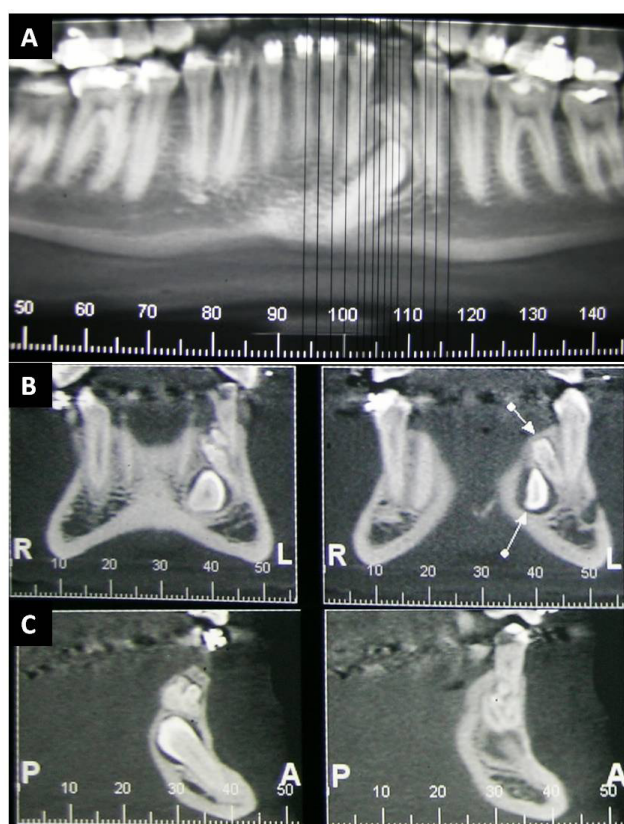
## RELATO DE CASO 2

Paciente sexo feminino, 24 anos de idade, leucoderma foi encaminhada para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC-ASCES), relatando presença de elemento decíduo em sua arcada inferior. Durante a anamnese, não houve história médica digna de nota. Ao exame intrabucal, observou-se a retenção prolongada do elemento decíduo 73 erupcionado e ausência do canino





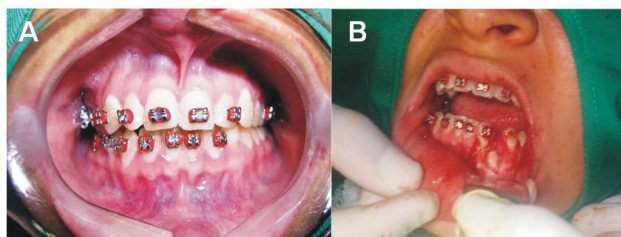
**Figura 3 – Aspecto clínico e radiográfico pós-operatório de sete dias (A e B) e durante as consultas de preservação (C).**



**Figura 4 – Aspecto imagiológico por meio de TC feixe cônico do caso 2, demonstrando a retenção do elemento 33 associado à presença de odontoma composto em mandíbula. Imagem panorâmica (A), cortes coronais (B) e sagitais (C).**

inferior esquerdo permanente (elemento 33). Observando-se os exames imagiológicos, a radiografia panorâmica revelou o elemento 33 retido associado à lesão radiopaca sugestiva de odontoma, sendo este quadro também observado e confirmado por meio da tomografia volumétrica de feixe cônico em cortes axiais, coronais e sagitais de 2mm de espessura (Figura 4). Com os diagnósticos clínicos e imagiológicos compatíveis com odontoma composto, foi realizada intervenção cirúrgica no bloco cirúrgico da referida instituição, para a remoção do tumor. O protocolo cirúrgico utilizado consistiu de: antisepsia extra-oral realizada com iodopovidona tópico (Riodeine®) e intra-oral com digluconato de clorexidina a 0,12%; anestesia por bloqueio regional do nervo mentoniano esquerdo e complementação com técnicas infiltrativas. Inicialmente, o elemento 73 erupcionado foi removido, e, logo após, foi realizada retalho vestibular do tipo Newman, estendendo-se dos elementos 31 ao 34. Após o rebatimento do retalho mucoperiosteal, foi realizado osteotomia e ostectomia com cinzéis e martelo, possibilitando acesso ao odontoma (FIGURA 5), o qual foi removido com extratores reto e curvos. O retalho foi reposicionado, e a sutura realizada com pontos simples isolados. A paciente foi instruída quanto aos cuidados pós-operatórios e medicada com antibiótico, analgésico e antiinflamatório. O elemento 33 não foi removido no mesmo ato operatório, por razões ortodônticas, entretanto, devido a sua localização anatômica próxima à basilar mandibular, impediu qualquer tentativa de reabilitação, e a sua remoção cirúrgica foi realizada em ambiente hospitalar, em um segundo momento. O exame histopatológico concluiu o diagnóstico clínico presumido de odontoma. No pós-operatório de 3 meses, notou-se, nas radiografias panorâmica e periapical, o início da formação óssea na área antes preenchida pelo odontoma. (elemento 33). Observando-se os exames imagiológicos, a radiografia panorâmica revelou o elemento 33 retido associado à lesão radiopaca sugestiva de odontoma, sendo este quadro também observado e confirmado por meio da tomografia volumétrica de feixe cônico em cortes axiais, coronais e sagitais de 2mm de espessura (Figura 4). Com

os diagnósticos clínicos e imaginológicos compatíveis com odontoma composto, foi realizada intervenção cirúrgica no bloco cirúrgico da referida instituição, para a remoção do tumor. O protocolo cirúrgico utilizado consistiu de: antisepsia extra-oral realizada com iodopovidona tópica (Riodeine®) e intraoral com digluconato de clorexidina a 0,12%; anestesia por bloqueio regional do nervo mentoniano esquerdo e complementação com técnicas infiltrativas. Inicialmente, o elemento 73 erupcionado foi removido, e, logo após, foi realizada retalho vestibular



**Figura 5 – Aspecto clínico pré-operatório (A). Acesso cirúrgico e localização do odontoma (B).**

## DISCUSSÃO

Odontoma é uma lesão caracterizada como tumor odontogênico, muito embora diversos autores a considerem mais como uma malformação hamartomatosa do que como um neoplasma verdadeiro<sup>3,12,16</sup>. Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificar essa entidade como um tumor, os casos relatados se assemelham a alterações de desenvolvimento diagnosticadas após exames de rotina realizados pela não erupção dos dentes permanentes.

Os odontomas são patologias assintomáticas, de evolução lenta, atingindo, na maioria dos casos, pequenas proporções. Cardoso et al.<sup>4</sup> e Pires et al.<sup>9</sup> relatam que, algumas vezes, podem atingir grandes volumes, causando expansão das corticais ósseas e sensação dolorosa devido à compressão de estruturas nobres. Nos casos relatados, os odontomas foram de pequenas proporções e totalmente assintomáticos, tendo sido diagnosticados apenas em exames radiográficos de rotina a partir da investigação da não erupção dos elementos permanentes e tratamentos ortodônticos.

Na maioria dos casos, os odontomas são encontra-

dos em pacientes jovens. Muitos autores relataram que a idade média no momento do diagnóstico é em torno dos 14 anos<sup>1,6,8,11,12</sup>, embora possam ser observados ocasionalmente em qualquer idade e sem predileção por sexo<sup>6,9,14</sup>. Cardoso et al.<sup>4</sup> afirmam que ambos os tipos de odontoma atingem mais o sexo feminino, enquanto Shafer et al.<sup>12</sup> citam uma ligeira predileção para a ocorrência no sexo masculino. Nos dois casos clínicos acima citados, as pacientes eram do sexo feminino e entre a segunda e terceira décadas de vida.

A presença dos odontomas é uma das causas importantes de retenção dental, sendo geralmente diagnosticados em exames radiográficos de rotina ou quando se procura investigar a causa da não erupção de um dente permanente. Lukes et al.<sup>2</sup> afirmam que a ausência ou falha de erupção de dentes permanentes é a manifestação clínica mais comum nessa patologia. Como relatado nos nossos casos, concordamos com Cardoso et al.<sup>4</sup> que também observaram a presença de odontomas, causando uma série de transtornos oclusais, como interferência no processo de erupção do dente, deslocamento e má formação dos dentes vizinhos e, em alguns casos, erupção ectópica. Pires et al.<sup>9</sup>, relatam ainda que a presença de diastemas persistentes, divergências do longo eixo de dente e assimetria facial podem estar relacionadas à presença dessa patologia.

Os odontomas relatados são os mais comuns na literatura, pois são do tipo composto, porém a sua localização na região anterior da mandíbula não corrobora a localização mais frequentemente encontrada nesse tipo de tumor. Segundo Neville et al.<sup>1</sup>; Lukes et al.<sup>2</sup>; Nóia et al.<sup>11</sup> e Serra-Serra et al.<sup>13</sup>, os odontomas compostos se localizam com mais frequência, na região anterior da maxila.

A remoção cirúrgica realizada como forma de tratamento para os dois casos relatados está de acordo com as condutas terapêuticas sugeridas por Cardoso et al.<sup>4</sup>; Marcucci<sup>7</sup>; Blinder et al.<sup>10</sup>; Shafer et al.<sup>12</sup>; Serra-Serra et al.<sup>13</sup>; Langlois & Devildos<sup>14</sup>; Araújo & Araújo<sup>16</sup> e Curran

et al.<sup>17</sup>. Além da simples remoção do tumor, buscou-se a reabilitação oclusal por meio do tracionamento do elemento retido no caso 1, com posterior tratamento ortodôntico em ambos os casos. Até o último exame radiográfico de proervação realizado, não se observou presença de complicações e/ou recidiva, comprovando o baixo índice de recidiva dessa lesão e o sucesso do correto plano de tratamento realizado.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O odontoma composto é uma malformação benigna relativamente comum e de fácil diagnóstico clínico e por imagens; geralmente assintomático; com evolução lenta, podendo causar retenção de dentes permanentes adjacentes. Seu tratamento de escolha consiste na excisão cirúrgica, na qual deve ser realizada a completa remoção e curetagem tão logo sejam diagnosticados, a fim de promover a reabilitação precoce e/ou evitar futuras sequelas, tanto oclusais quanto da formação de outras lesões associadas.

### REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
2. Lukes SM, Wachter KM. Compound odontoma: a case study. *The Journal of a Dental Hygiene*. 2003;77(1):47-9.
3. Freitas DA, Freitas VA, Mol VC, Mana Neto L, Mol VC. Elemento dental impactado por odontoma composto. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009 Jul/Ago/Set;38(3):198-99.
4. 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.
5. Silva LF, David, L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a portuguese population. *Quintessence Int*. 2009 Jan;40(1):61-72
6. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 2ª ed. São Paulo: Pancast, 1998.
7. Marcucci G. Fundamentos de odontologia. Estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
8. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asami J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. *The Open Dentistry Journal*. 2009;3:173-176.
9. Pires LD, Krüger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SL. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. *Stomatos*. 2007 Jan/Jun;13(24):21-9.
10. Blinder D, Peleg M, Talcher S. Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 1993;22:163-165.
11. Nóia CF, Oliveira FAC, Pinto JMV, Santos WHM. Odontoma composto. *RGO*. 2008 Abr/Jun;56(2):213-17.
12. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
13. 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 Jun;14(6):299-303.
14. Langlois CC, Devildos LR. Odontoma. In: *Cistos e Tumores Odontogênicos*. 3 ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 1977. cap. 12.
15. 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 Mar 1;15(2):e398-400.
16. Araújo NS, Araújo VC. Patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1984.
17. Curran AE, Damm DD, Drummond JF. Pathologically significant pericoronal lesions in adults: histopathologic evaluation. *J. Oral Maxillofac. Surg*.