

Odontoma Complexo Atípico: Relato de Caso

Atypical Complex Odontoma: Case Report

Isaac Vieira Queiroz^I | Carolina Ribeiro Starling^{II} | Diego Tosta Silva^{II} | Iêda Margarida Crusoé-Rebello^{III} |
Davi de Paula Albuquerque^{IV} | Carlos Augusto Pereira do Lago^{VI}

RESUMO

Os odontomas são classificados como tumores benignos, originados do epitélio e do ectomesênquima odontogênico e são considerados mais anomalias de desenvolvimento – hamartomas - do que verdadeiras neoplasias. Representam, sem dúvida, os tumores mais comumente observados entre todos aqueles de origem odontogênica. Sua etiopatogenia constitui um aspecto muito investigado, embora se apresente indeterminada, ficando restringida ao campo das hipóteses, indo desde traumatismos e infecções locais a fatores genéticos. São mais frequentemente diagnosticados na segunda década de vida. Frequentemente, encontram-se inclusos e assintomáticos e geralmente são descobertos em radiografias de rotina, sendo vistos como uma massa intensamente radiopaca, circundada por linha radiolúcida. Raramente ocorre sua irrupção em cavidade oral, e existem algumas teorias que tentam explicá-la. O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de extenso odontoma irrompido em cavidade oral, discutindo aspectos relevantes do ponto de vista clínico-cirúrgico.

Descritores: Tumor odontogênico; Hamartoma; Odontoma.

ABSTRACT

Odontomas are classified as benign tumors arising from epithelium and mesenchyme odontogenic and are considered more developmental abnormalities - Hamartoma - than true neoplasms. Undoubtedly, they are the most commonly tumors seen among those of odontogenic origin. Its pathogenesis is a very investigated, despite presenting indeterminate, being restricted to the realm of hypotheses, ranging from local infections and trauma to genetic factors. They are most frequently diagnosed in the second decade of life, often are included and asymptomatic, and usually are discovered in routine radiographs, being seen as an intensely radiopaque mass surrounded by a radiolucent line. Rarely it occurs eruption in the oral cavity and there are some theories that might explain it. This paper aims to present a case of extensive odontoma erupted into the oral cavity, discussing relevant aspects of the clinical surgery.

Descriptors: Odontogenic Tumor; Hamartoma; Odontoma.

- I. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, Mestrando em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.
- II. Alunos de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq-FAPESB), Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.
- III. Professora Adjunta de Radiologia da Faculdade de Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.
- IV. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial – Hospital da Restauração - Recife-PE.
- V. Professor Adjunto de Cirurgia da Faculdade de Odontologia pela Universidade de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

Odontoma é classificado como tumor odontogênico neoplásico misto, pois apresenta tecidos de origem epitelial e mesenquimal^{1,2,3,4}. Contudo, muitos patologistas não o consideram como neoplasma verdadeiro, mas, sim, uma má formação de desenvolvimento – hamartomas^{1,2,4,5,6,7,8}. Por essa classificação, o Odontoma torna-se o tipo mais comum de tumor odontogênico^{1,2,5,6,9}.

O termo odontoma foi usado pela primeira vez por Broca em 1866, para designar tumores de origem odontogênica^{2,7}. Em 1971, a OMS (Organização Mundial de Saúde) definiu dois tipos de odontoma composto: uma proliferação da lâmina dentária, na qual os todos os tecidos dentais estão representados em um padrão ordenado, formando estruturas semelhantes a pequenos dentes e o odontoma complexo, por sua vez, que surge de uma invaginação do epitélio no germe em desenvolvimento em um padrão onde os tecidos dentais representados estão desordenados^{2,3,8}. Os tipos de odontoma ocorrem com igual frequência^{2,3,5,8,9,10}. A etiologia dos odontomas permanece desconhecida, embora vários autores tenham sugerido infecção, trauma local, doenças sistêmicas, hereditariedade e alterações genéticas^{2,3,7,9,11}.

O irrompimento do odontoma na cavidade oral é raro, cujo mecanismo de irrupção parece ser diferente da erupção dentária devido à falta de ligamento periodontal no odontoma. Este artigo apresentará um relato de caso clínico de Odontoma complexo irrompido².

RELATO DE CASO

Paciente L.S.J., gênero masculino, 18 anos de idade, melanoderma foi admitido no Serviço de Urgência, apresentando como queixa principal “massa branca crescendo dentro da boca”. Ao exame clínico, notou-se uma massa de aspecto

grumoso e coloração branca amarelada irrompendo na região de molar inferior esquerdo; firme à palpação e sem sinais clínicos de infecção (Figura 1). Na avaliação do exame panorâmico, observou-se uma massa intensamente radiopaca, estendendo-se desde a distal do 1º molar inferior esquerdo até o ramo ascendente da mandíbula, de aproximadamente 28mm em sua maior extensão, com faixa radiolúcida circunscrevendo a lesão e por vezes entremeando pela área radiopaca; notou-se, ainda, o deslocamento do segundo molar inferior esquerdo para a região basilar da mandíbula (Figura 2).

Os achados clínico-radiográficos apontaram para o diagnóstico de Odontoma Complexo. Foi planejada como tratamento para o caso a exérese completa da lesão, com posterior exodontia da unidade impactada por esta. Procedeu-se com uma incisão sulcular, estendendo-se desde a região de trígono retromolar até a distal do 1º molar inferior; a partir dessa região, prosseguiu-se com uma incisão vertical relaxadora. Com o auxílio de brocas esféricas de baixa rotação procedeu-se com osteotomia para melhor exposição da massa que precisou ser seccionada para sua completa exérese. Como a lesão deslocava o segundo molar inferior para a região basilar da mandíbula, a exodontia dessa unidade foi realizada com cautela devido à possibilidade de fratura mandibular e lesão do nervo alveolar inferior. Todo o material retirado foi enviado para a avaliação anátomo-patológico que confirmou o diagnóstico clínico-radiográfico de Odontoma complexo. O paciente evoluiu bem, no período pós-operatório, sem nenhum tipo de complicação (Figura 3).



Figura 1. Aspecto intrabucal. Observa-se massa amorfa distal ao primeiro molar inferior esquerdo.



Figura 2. Radiografia panorâmica pré-operatória. Registrando a imagem intensamente radiopaca ocupando o processo alveolar desde a região do segundo molar inferior esquerdo até a porção ântero-inferior do ramo mandibular esquerdo, deslocando o referido dente para a basilar da mandíbula. O canal mandibular encontra-se em vizinhança radiográfica com o referido dente.



Figura 3. Radiografia panorâmica pós-operatória imediata, apresentando imagem radiolúcida na região do segundo molar inferior esquerdo até a porção ântero-inferior do ramo mandibular esquerdo.

DISCUSSÃO

Muitos odontomas são detectados durante as primeiras duas décadas de vida^{1,2,5,9,10,12}. Aparentemente, não há diferença significativa entre os sexos^{3,7,8,9}. Entretanto, alguns autores afirmam

que há predileção pelo sexo masculino¹. Normalmente são diagnosticados durante radiografias de rotina^{1,3,6,7,8,12,13}. Alguns são completamente assintomáticos, descobertos quando radiografias são feitas para determinar o motivo da falha na irrupção de um dente^{1,2,4,5,8,9}, atraso na esfoliação de dentes decíduos ou pela posição ectópica de dentes permanentes^{1,2,3}.

Embora o crescimento seja lento e geralmente assintomático, complicações de ordem estética e funcional podem advir da permanência dessa lesão³.

Para os casos de Odontoma irrompido, as complicações podem envolver desde a má oclusão até uma osteomielite. Teoria sobre a etiologia de sua irrupção, a despeito da falta de ligamento periodontal, afirma que a força necessária para mover o odontoma não está vinculado à contração dos fibroblastos, como é o caso dos dentes. Embora não haja formação de raízes em odontoma, seu crescente tamanho pode levar ao sequestro do osso sobrejacente, ocasionando erupção. O aumento do tamanho do odontoma ao longo do tempo produz uma força suficiente para provocar a reabsorção óssea².

Outra razão para a irrupção do odontoma pode ser a remodelação óssea da mandíbula. No entanto, para que isso ocorra, é necessária a participação do folículo dental, ainda que indiretamente, pois este fornece quimiotaxia para os osteoclastos, necessários para a irrupção dentária².

Muitos odontomas são relativamente pequenos, raramente ultrapassando o tamanho de um dente, entretanto odontomas com mais de 06 cm de diâmetro podem ser observados. Esses odontomas grandes podem causar expansão dos maxilares^{1,3,5,8}. A sintomatologia nesses casos normalmente está associada à compressão de estruturas nervosas¹², ou, provavelmente, devido à infecção secundária, que pode ocorrer por causa da substituição do osso por uma grande quantidade de tecido duro avascular². Tais achados não foram observados neste

caso, mesmo extenso, apresentando contato com o meio bucal, e com o canal mandibular existe a possibilidade de ausência de aumento de volume, sintomatologia dolorosa e infecção, fatores estes que indicam um bom prognóstico para o tratamento aqui obtido.

O odontoma complexo apresenta uma maior expansão óssea, quando comparado ao composto⁴, ocorrendo com maior frequência na região de molares, em ambos os maxilares^{1,2,5,8,12}. Seu aspecto radiográfico é típico: área calcificada, com radiopacidade de estrutura dentária^{1,2,3,5,9}, é circunscrito por zona radiolúcida. 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 dura^{1,2,5,9,12}.

Embora frequentemente diagnosticados com base nos achados radiográficos, o exame histopatológico é de fundamental importância para o diagnóstico definitivo^{1,9,12}, uma vez que a típica descrição da imagem radiográfica pode também estar associada ao diagnóstico anátomo-patológico de odontomas císticos, odontomas ameloblásticos, fibro-odontoma ameloblástico ou cisto odontogênico calcificante¹². Fundamental também é a excisão cirúrgica da massa densa juntamente com todo o tecido mole adjacente^{5,9,12} e a preservação radiográfica para assegurar o sucesso do tratamento³.

Os dentes impactados pela lesão podem ser removidos junto com odontoma, caso estejam extremamente deslocados ou com dilacerações radiculares¹².

Complicações pós-operatórias incluem parestesia do lábio inferior, principalmente quando a massa tumoral contacta com canal mandibular. Hemorragias e infecção são outros aspectos a serem observados¹⁴. Quanto à infecção, a erupção de um odontoma através da mucosa também pode

permitir invasão de microorganismos orais no osso por falta de uma adequada adesão entre o osso e o odontoma devido à ausência do ligamento periodontal².

O prognóstico é favorável, pois a lesão não possui características de malignização, e a recidiva é muito rara^{1,3}.

A falha no diagnóstico e tratamento bem como o atraso na remoção dessa patologia podem levar a problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, alterações oclusais importantes, implicando a necessidade de tratamento ortopédico e ortodôntico^{3,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso supracitado apresentou características clínicas e radiográficas peculiares de um odontoma complexo atípico: predileção pelas regiões posteriores dos maxilares, segunda década de vida, assintomático, ausência de aumento de volume, ausência de sinais de infecção e flogísticos, associação a dente incluso, área radiopaca circunscrita por faixa radiolúcida. Contudo sua extensão e irrupção na cavidade bucal não determinaram maior grau de severidade para esse caso. Deve-se ressaltar a importância dos exames complementares para um correto plano de tratamento e período de preservação. A radiografia panorâmica pôde precisar a real extensão da lesão, guiando o ato operatório, e o exame histopatológico foi capaz de fornecer o diagnóstico definitivo de Odontoma Complexo.

REFERÊNCIAS

1. CÉ, P. S., PRAZERES, C., SANTOS, F. E., WOLTMANN, M. Odontoma complexo - relato de caso clínico atípico. RFO, v. 14, n. 1, p. 56-60, janeiro/abril, 2009.
2. MANOJ VENGAL, M.D.S.; HONEY ARORA,

- B.D.S.; SUJOY GOSH, B.D.S.; KEERTHILATHA M. PAI, M.D.S. Large Erupting Complex Odontoma: A Case Report. *JDCA* • www.cda-adc.ca/jcda • v. 73, n.2 March 2007.
3. PIRES, L. S., KRÜGER, M. L. B., VIANA, E.S., KRAMER, P. F., FERREIRA, S. H. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. *Stomatol*, vol. 13, n. 024, pp. 21-29, 2007.
 4. SILVA, L. C. F., BASTOS, A. S., LIMA, J. L. O., ARAÚJO, M. S. Erupção dentária após remoção de odontoma. *Odontologia. Clín.-Científ.*, Recife, 6 (1): 97-102, jan/mar., 2007.
 5. NEVILLE B. W., DAMM D.D., ALLEN C.M., BOUQUOT J.F. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
 6. TAMME, T et al. Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 32, 161–165, 2004.
 7. LADEINDE, A. L. et al. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral And Maxillofacial Pathology*, 99(2), February 2005.
 8. ALVES, P. M., SANTOS, P. P. A., CAVALCANTI, A. L., QUEIROZ, L. M. G., SOUZA, L. B. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. *Revista de Odontologia da UNESP*; 37(4): 357-361, 2008.
 9. ROSA, E. L. S. et al. Odontoma complexo erupcionado na cavidade bucal. *RGO*, 45(5): 267-78, set/out 1997.
 10. LOSSO, E. M., PIZZATTO, E., ULBRICH, L.M. Complex odontoma associated to a primary maxillary canine: case report. *RSBO*, v. 6, n. 2, 204-207, 2009.
 11. POLET, C. et al. A Mesolithic case of odontoma? *Archives of Oral Biology* 49, 501—506, 2004.
 - 12- LANGLAIS, R. P; LANGLAND, O. E; NORTJE, C. J. *Diagnostic Imaging of the Jaws*. Ed Willians & Wilkins. 1ºEd. 1995.
 - 13- FREGNANI, E.R.; FILLIPI, R.Z.; M.OLIVEIRA, C.R.G.C.; VARGAS , P.A.; ALMEIDA, O.P. Odontomas and ameloblastomas:variable prevalences around the world? *Oral Oncology* 38, 807–808, 2002.
 - 14- KURAMOCHI, M.M. et al. Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. *Rev Port de Estomat, Medic Dent e Cir Maxilofacial*. 2006; 47:45-40.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

R. Prof. Isaías Alves de Almeida, 136/104 - Cond. Colina do Mar - Costa Azul - Salvador/Bahia
 Telefone: (71) 3245-4389, Fax: (71) 3213-3665
 Email: isaacvq@yahoo.com.br

