

Odontoma complexo extenso causando assimetria facial: relato de caso

Large complex odontoma with facial asymmetry: a case report

Danila Lorena Nunes-dos-Santos ^I | Neusa Barros Dantas-Neta ^I | Luana Carmem Lino Gomes ^I | Samuel de Souza Moraes ^{II} | Maria Cândida de Almeida Lopes ^{III} | Simone Souza Lobão Veras Barros ^{III}

RESUMO

Odontoma é um tumor de malformação, em que esmalte e dentina e, às vezes, o cimento estão presentes. É o tumor odontogênico mais comum, representando 67% de todos os tumores odontogênicos. Ocorre em crianças, adolescentes e adultos jovens. Clinicamente, são frequentemente associados a lesões assintomáticas e a alterações na erupção da dentição decídua ou permanente. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de odontoma complexo na região posterior de maxila que atingiu grande extensão, tendo como consequência assimetria facial. Paciente de iniciais JLD, gênero masculino, 25 anos de idade, procurou atendimento no serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Getúlio Vargas em Teresina - PI, apresentando queixa de assimetria facial no lado esquerdo. Ao exame clínico observou-se uma massa gengival hiperplasiada de consistência endurecida, com coloração normal. A radiografia panorâmica mostrou uma área mista radiolúcida – radiopaca, de forma oval, provocando reabsorções de raízes dos 2º e 3º molares esquerdos superiores. Na tomografia computadorizada, observou-se lesão mista de contorno parcialmente delimitado. A exérese da lesão foi realizada por meio da biópsia excisional. Os cortes histológicos revelaram fragmentos de neoplasia benigna odontogênica, confirmando o diagnóstico como Odontoma complexo. A obtenção do resultado cirúrgico satisfatório com o mínimo de complicações é o objetivo.

Descritores: Patologia; Odontoma; Maxila; Terapêutica; Cirurgia bucal.

ABSTRACT

The odontoma is a tumor of malformation in which enamel, dentin, and sometimes cementum are present. It is the most common odontogenic tumor, accounting for 67% of all odontogenic tumors. It occurs in children, adolescents and young adults. Clinically, these lesions are often asymptomatic and associated with changes in the eruption of the deciduous or permanent teeth. The objective of this study was to report a case of a complex odontoma of substantial proportions in the posterior maxilla with the resulting facial asymmetry. JLD, a 25-year-old male sought treatment in the Department of Traumatology and Maxillofacial Surgery at Getulio Vargas Hospital in Teresina-PI, complaining of facial asymmetry on the left side. The clinical examination revealed a hardened gingival hyperplastic mass with a normal color. The panoramic radiograph showed an oval mixed radiolucent/radiopaque area, causing resorption of roots of the second and third upper left molars. Computed tomography revealed a mixed lesion with partially defined contours.

I. Estudante de mestrado em Odontologia da Universidade Federal do Piauí – UFPI/ Teresina – PI.

II. Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal do Piauí – UFPI/ Teresina - PI.

III. Professora do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da Universidade Federal do Piauí - UFPI/ Teresina – PI.

The removal of the tumor was performed by excision biopsy. The histological sections revealed fragments of a benign odontogenic neoplasia, confirming the diagnosis of complex odontoma. The goal is to obtain a satisfactory surgical result with a minimum of complications.

Descriptors: Pathology; odontoma; maxilla; therapeutics; surgery oral.

INTRODUÇÃO

Paul Broca foi o primeiro a descrever o odontoma em 1867, originalmente utilizado como um descritivo geral para qualquer tumor de origem odontogênica¹. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o odontoma é um tumor de malformação (hamartoma), em que esmalte e dentina e, às vezes, o cimento estão presentes².

É o tumor odontogênico mais comum, representando 67% de todos os tumores odontogênicos³. Ocorre em crianças, adolescentes e adultos jovens, sem haver predileção por gênero². Clinicamente, estes são frequentemente associados a lesões assintomáticas e a alterações na erupção da dentição decídua ou permanente⁴.

A sua patogênese está associada com trauma durante a dentição decídua, anomalias hereditárias (Síndrome de Gardner, síndrome de Hermann, síndrome das células basais nervosas), hiperatividade odontoblástica ou alterações genéticas nos componentes responsáveis pelo desenvolvimento dental^{2,4,5,6}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os odontomas do ponto de vista histopatológico, como: (a) odontomas complexo, em que os tecidos dentários são bem formados, mas exibem um arranjo mais ou menos desordenado, e (b) odontomas compostos, em que os tecidos dentários são normais, mas seu tamanho e sua conformação são alterados – originando múltiplos dentes pequenos semelhantes a estruturas chamadas dentículos. Em geral, os odontomas compostos são mais frequentes do que odontomas complexos^{1,2}.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de odontoma complexo extenso na região posterior de maxila que causou assimetria facial.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de iniciais J. L. D., gênero masculino, 25 anos de idade procurou atendimento no serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Getúlio Vargas em Teresina- PI, apresentando queixa de assimetria facial no lado esquerdo (figura 1). Ao exame clínico, observou-se uma massa gengival hiperplasiada de consistência endurecida, com coloração normal, estendendo-se da região de canino a 3º molar superior esquerdo que se expandiu para vestibular e palatina (figura 1).

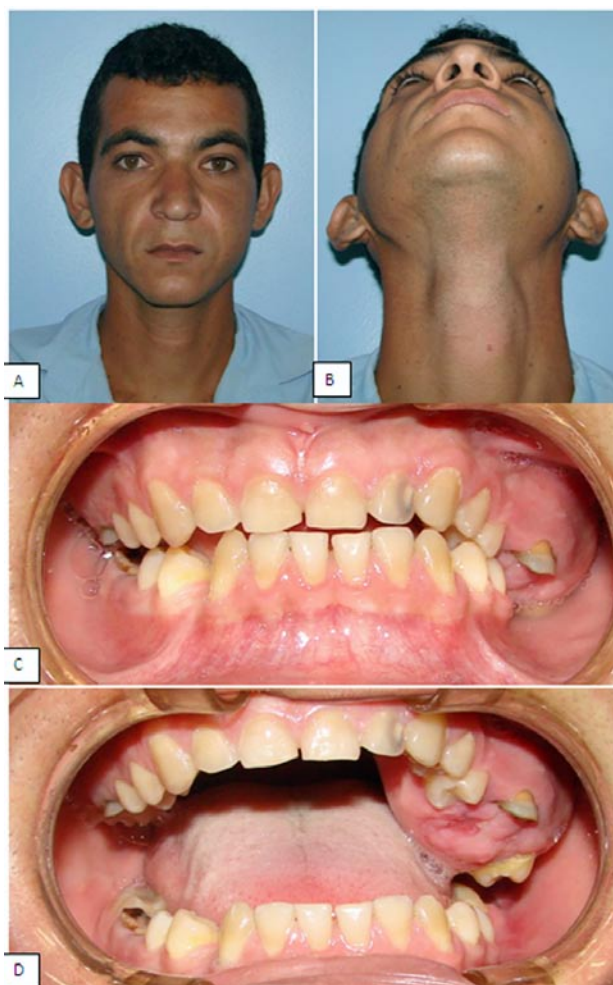


Figura 1: Pré-operatório (A) e (B) visão extraoral demonstrando assimetria facial no lado esquerdo. (C) e (D) visão intraoral demonstrando massa gengival hiperplasiada de coloração normal.

Essa tumefação era acompanhada de episódios de drenagem de secreção purulenta e mau cheiro. O paciente apresentava lesões cáries nos 1^{os} molares, no incisivo lateral esquerdo, 2^o pré-molar direito, sendo mais avançada nos primeiros molares.

A radiografia panorâmica mostrou uma área mista radiolúcida – radiopaca, de forma oval, provocando reabsorções de raízes dos 2^o e 3^o molares esquerdos superiores. As prováveis hipóteses diagnósticas foram fibroma ossificante, odontoma composto/ complexo, incluindo a possibilidade de sarcoma osteogênico (Figura 2). Para uma melhor delimitação da área envolvida, foi necessário exame de tomografia computadorizada. Nele observou-se lesão mista de contorno parcialmente delimitado, apresentando envolvimento das corticais vestibular e palatina, provocando reabsorção das raízes dos molares e levantamento do assoalho do seio maxilar esquerdo, além de espessamento do revestimento mucoso (figura 2).

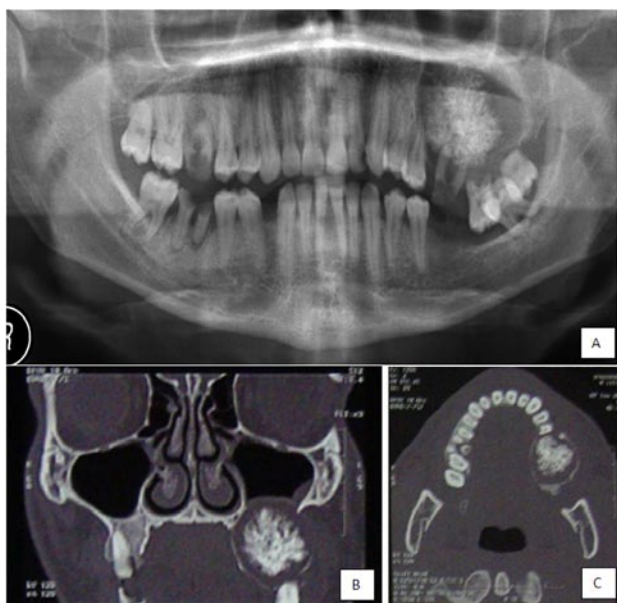


Figura 2. Exames complementares: (A) Radiografia panorâmica pré-operatória mostrando área mista (radiolúcida/radiopaca) no lado esquerdo da maxila. (B) Tomografia computadorizada mostrando levantamento do assoalho do seio maxilar esquerdo (corte coronal). (C) Tomografia computadorizada mostrando envolvimento dos molares e proximidade com os pré-molares esquerdos (corte axial).

A biópsia excisional foi escolhida, e o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico sob anestesia geral para exérese da lesão. Infiltrou-se anestésico local com vasoconstrictor no sítio cirúrgico (Xilocaína 2% com epinefrina 1:100.000) com a finalidade de reduzir a resposta ao trauma cirúrgico e sangramento. Foi feito retalho muco periosteal de espessura total, estendendo-se de incisivo central ao 3^o molar esquerdo onde a lesão foi totalmente exposta. A lesão se apresentava macroscopicamente, como massa calcificada. Ela foi removida, e após a enucleação, observou-se o envolvimento dos pré-molares adjacentes que ficaram sem suporte ósseo, sendo, removidos (Figura 3). A peça cirúrgica foi acomodada em recipiente adequado contendo formaldeído 10% e encaminhada para exame histopatológico.



Figura 3. (A) Transoperatório. (B) Aspecto após a retirada da lesão. (C) Sutura. (D) Vista macroscópica da lesão e dos dentes envolvidos.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de neoplasia benigna odontogênica, caracterizada por proliferação desordenada de tecidos dentários, confirmando o diagnóstico como Odontoma complexo.

DISCUSSÃO

Os odontomas são tumores comuns, com fácil diagnóstico e tratamento, no entanto, não devem ser subestimados, uma vez que têm possibilidade de mostrar raras características agressivas, que podem levar a distúrbios graves no paciente⁷.

Em uma revisão de literatura com 86 casos de odontomas, o odontoma complexo representou 33,7% dos casos. A idade média dos pacientes no momento do diagnóstico foi de 30,5 anos (variando de 8 a 71 anos), havendo um pico de incidência na segunda década de vida. A região mais comum foi a posterior da mandíbula representando (41,4%), seguida da região posterior do osso maxilar (27,6%)⁸.

As manifestações clínicas mais frequentes em odontomas complexos são: retenção dos dentes permanentes, inchaço, persistência de dentes decíduos na boca, agenesia de dentes permanentes, dor, infecção ou inflamação; mau posicionamento dental e outras manifestações não especificadas^{6,9}. No caso clínico apresentado, pode ser observado inchaço, deslocamento dos pré-molares esquerdos e extrusão dos molares esquerdos.

Os odontomas complexos são lesões indolores, que crescem lentamente. O diagnóstico pode ser estabelecido em radiografias de rotina (panorâmica e / ou intraoral) ou na investigação de possíveis causas de retardado da erupção dentária². Entretanto, quando a lesão se apresenta em estágio avançado, alguns sintomas, como o inchaço e o deslocamento dentário, induzem o paciente a procurar tratamento adequado, como ocorreu no caso citado.

Radiograficamente pode se apresentar como massa radiopaca, com limites mal definidos, circunscritos por um halo radiolúcido, com deslocamento dos dentes adjacentes. A tomografia computadorizada (TC) pode revelar uma lesão hiperdensa^{5,9}. Isso pode ser observado no caso clínico apresentado (Figura 2). O diagnóstico diferencial com odontoma composto ou osteoma não é possível radiograficamente², necessitando de um

exame histológico.

Histologicamente, os odontomas complexos são compostos de diferentes tecidos dentais, incluindo esmalte, dentina, cemento e, em alguns casos, tecido pulpar. A OMS descreve-os histologicamente como possuidores de uma cápsula madura de tecido macio envolvido de tecido conjuntivo frouxo contendo ilhas de epitélio odontogênico. Quando eles estão maiores, seu exterior consiste de zona de célula rica em tecido mole com formação de dentina e esmalte, não se assemelhando à morfologia do dente^{2,7}.

Dependendo do grau de calcificação do odontoma, três diferentes estádios de desenvolvimento podem ser identificados radiograficamente: uma primeira fase em que a lesão aparece radiotransparente (devido à falta de calcificação dos tecidos dentários), uma fase intermédia caracterizada por calcificação parcial e uma fase final na qual o odontoma aparece radiodenso e está rodeado por um halo fino radiotransparente⁶.

Terapias com antibiótico, como a amoxicilina e ácido clavulânico, podem ser utilizadas no tratamento inicial assim como descongestionante nasal tópico. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica da lesão em todos os casos, seguido de estudo histopatológico para confirmar o diagnóstico^{2,7}.

Dependendo do tamanho do tumor e associado a alterações patológicas, o procedimento cirúrgico pode ser devidamente alterado para um melhor resultado. Ressecções após grandes tumores podem resultar em perda significativa de osso ou tecido mole e alterações pós-operatórias da anatomia normal. Enxertia tem sido recomendada para prevenir ou minimizar tais alterações na anatomia normal. Independentemente do processo escolhido, a obtenção do resultado cirúrgico satisfatório com o mínimo de complicações é o objetivo¹⁰.

Após o tratamento, o prognóstico é favorável com pouca incidência de recidiva, pois o odontoma complexo não possui potencial de malignidade⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O odontoma é um tumor, que pode ter fácil diagnóstico e tratamento, entretanto, pode causar problemas, como inchaço, deslocamento dentário, levantamento do seio maxilar, como ocorreu nesse caso. Independentemente do processo escolhido, a obtenção do resultado cirúrgico satisfatório com o mínimo de complicações é o objetivo.

REFERÊNCIAS

1. Kodali RM, Suresh BV, Raju PR, Vora SK. An Unusual Complex Odontoma. *J. Maxillofac. Oral Surg.* 2010; 9(3):314–317.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (Eds): *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours.* IARC Press: Lyon 2005.
3. Singh V, Dhasmana S, Mohammad S, Singh N. The odontomes: Report of five cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2010;1(2): 157–160.
4. Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *Journal of Oral Science.* 2010; 52(3): 439-447.
5. Patil S, Rahman F, Tipu SR, Kaswan S. Odontomas: review of literature and report of a case. *Oral & Maxillofacial Pathology Journal [OMPJ]*2012; 3(1):224-227.
6. Sánchez OH, Berrocal MIL, González JMM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral P Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(11):E730-4.
7. Carvalho CHP, Costa DA, Queiroz LMG, Amaral JIQ, Germano AR. Extensive complex odontoma in the maxillary sinus: An uncommon presentation as a cause of chronic sinusitis. *Rev OdontoCienc* 2011;26(1):92-95.
8. González-Alva P , Inoue H , Y Miyazaki , Tsuchiya H , Y Noguchi , Kikuchi K, et al. Podoplanin expression in odontomas: clinicopathological study and immunohistochemical analysis of 86 cases. *Journal of Oral Science* 2011; 53(1): 67-75.
9. Utumi ER, Cremonini CC, Pedron IG, Zambon CE, Cavalcanti MGP, Ceccheti MM. Maxillary Reconstruction with Particulate Bone Graft and Titanium Mesh: A Treatment Option for Large Complex Odontoma of the Maxilla *J Dent Child* 2011;78:(2)124-8.
10. Sreelakshmi N, Suresh kumar M, Visalakshi, Reddy S. Removal of large complex odontoma- closure of defect with buccal Pad of fat. *Annals & Essences of Dentistry* 2012; 4(2) : 45 – 48.

