

Odontoma complexo extenso em mandíbula – Revisão e Relato

Complex odontoma extensive in jaw – Review and Report

RESUMO

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comumente encontrados nos maxilares, formados por esmalte, dentina, cimento e polpa, que podem estar dispostos de forma organizada ou não. Não são considerados neoplasmas verdadeiros, mas sim, anomalias de desenvolvimento - hamartomas. Geralmente são assintomáticos, e o tratamento preconizado na literatura é a sua remoção cirúrgica por enucleação. Porém, casos de odontomas complexos extensos e localizados mais profundamente, como o descrito neste trabalho podem se tornar um tratamento desafiador. Apesar de serem lesões de fácil diagnóstico e bom prognóstico, um correto planejamento e diagnóstico precoce é fundamental para se evitarem complicações, sequelas futuras e condições estigmatizantes, promovendo reabilitação precoce e saúde do paciente.

Palavras-chave: Odontoma; Mandíbula; Tratamento.

ABSTRACT

Odontomas are odontogenic tumors most commonly found in the jaws formed by enamel, dentin, cementum and pulp, which can be arranged in an organized way or not. They are not considered true neoplasms but, developmental abnormalities - hamartomas. They are usually asymptomatic and the recommended treatment is the surgical removal by enucleation. But cases of extensive and complex odontoma located deeper, as described in this article can become a challenging treatment. Although they are easy to diagnose injuries and good prognosis, correct planning and early diagnosis is essential to prevent complications, future sequels and stigmatizing conditions, promoting early rehabilitation and patient health.

Key Words: Odontoma; Mandible; Therapy.

INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comumente encontrados nos maxilares, excedendo em prevalência a soma de todos os outros tumores. Não são considerados neoplasmas verdadeiros, mas sim, anomalias de desenvolvimento -hamartomas.¹

O termo o dontoma foi descrito pela primeira vez por Paul Broca (1866); sendo uma lesão de origem mista, tanto de células epiteliais como mesenquimais.² Esse tumor benigno não agressivo

Recebido em 17/04/15
Aprovado em 17/07/15

Lívia da Costa Pereira

Pós-graduanda pelo Serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brazil. E- mail: livia_costa3@hotmail.com.

Ana Lúcia Carpi Miceli

Pós-graduanda pelo Serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brazil. E- mail: anacarpimiceli@gmail.com

Rafael Seabra Louro

Professor doutor em Cirurgia Buco-maxilo-facial da FO/UFF e coordenador do curso de Pós-graduação/Residência em Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: dr.rafaelseabra@gmail.com.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Francisco Muratori, 15/ 202 – Santa Teresa – Rio de Janeiro – RJ- 20230-080, Brazil.
E-mail: livia_costa3@hotmail.com
Telefone: +5521998639212

contém esmalte, dentina, cemento e polpa, disposto de forma ordenada, semelhante a um dente rudimentar, chamado odontoma, composto ou disposto de forma aleatória chamado odontoma complexo.

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. Entretanto, 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

O tratamento preconizado na literatura é a remoção cirúrgica por enucleação, através de um acesso intraoral e osteotomia como na técnica utilizada para exodontia de elementos dentários inclusos. Por serem lesões envolvidas por uma fina cápsula de tecido conjuntivo frouxo, são facilmente removidas do osso. Entretanto, em casos de odontomas complexos extensos e localizados mais profundamente, a enucleação e o acesso à lesão podem ser tornar um tratamento desafiador, resultando em deformidades faciais, risco de fratura patológica, alterações sensoriais por lesão do nervo alveolar inferior e comprometimento da função mastigatória⁴.

O objetivo deste trabalho é descrever o caso de um odontoma complexo extenso em uma jovem de 17 anos que, apesar do tamanho de aproximadamente de 5 centímetros e localizado em ângulo mandibular esquerdo, fez-se a opção por um acesso intraoral e clivagem da lesão a fim de evitar cicatriz inestética.

Relato do Caso

Uma jovem de 17 anos, leucoderma, procurou o serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Federal dos Servidores do Estado com queixa de aumento de volume na região goníaca de mandíbula do lado esquerdo. A paciente não relatava trauma prévio assim como negava fumo e alcoolismo ou doenças de base.

Ao exame clínico, observava-se assimetria facial pelo abaulamento do lado esquerdo mandibular, lesão endurecida, sem sintomas de dor ao toque, perda de fundo de vestibulo da região dos molares mandibulares esquerdos e ausência do elemento 37.

Foi solicitado exame de imagem, tomografia

computadorizada de mandíbula, cujas imagens demonstravam uma lesão radiopaca, com maior crescimento da direção ântero-posterior, medindo, no seu maior diâmetro, aproximadamente, 5 centímetros, localizada em região retromolar esquerda, com halo radiolúcido em todo contorno da lesão, presença do elemento 37 na basilar mandibular e preservação das paredes ósseas vestibular, lingual, basilar, distal e mesial. (Figura 1).

Após a avaliação dos sinais, sintomas e análise radiográfica, a principal hipótese diagnóstica sugerida foi de Odontoma Complexo.

Observando o halo radiolúcido ao redor da lesão, caracterizando com um ponto estratégico de clivagem do hamartoma, optou-se pela exérese da lesão através de incisão intraoral na região retromolar e fundo de vestibulo, clivagem da lesão com o uso de brocas diamantadas e fechamento primário do retalho cirúrgico (Figura 2). A cirurgia foi realizada no Hospital Federal dos Servidores do Estado sob anestesia geral. O diagnóstico de Odontoma composto foi dado mediante os dados clínicos e confirmado pelo exame histopatológico.

A paciente foi instruída a realizar alimentação líquida e pastosa por 3 meses, a fim de que as paredes ósseas remanescentes pudessem aumentar de espessura, prevenindo depois assim uma fratura mandibular pós-operatória.

A paciente foi acompanhada semanalmente, nos primeiros 2 meses e, depois, trimestralmente, através de radiografias panorâmicas. Atualmente, após 12 meses da cirurgia, apresenta excelente cicatrização óssea, com preenchimento por osso maduro no interior da loja criada pelo tumor odontogênico assim como sucesso no fechamento primário do retalho intraoral (Figura 3- a,b).

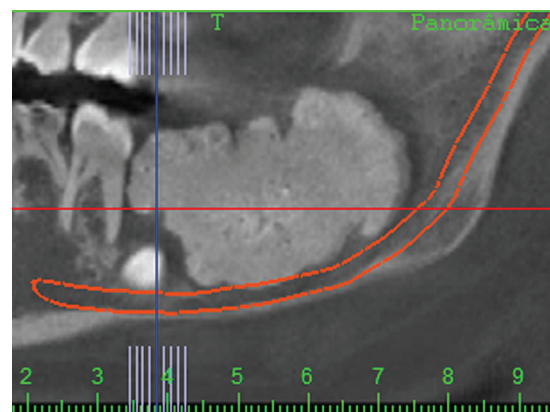


Figura 1 - Tomografia Computadorizada demonstrando lesão radiopaca com aproximadamente 5 centímetros, presença do elemento 37 na basilar mandibular e preservação das paredes ósseas.

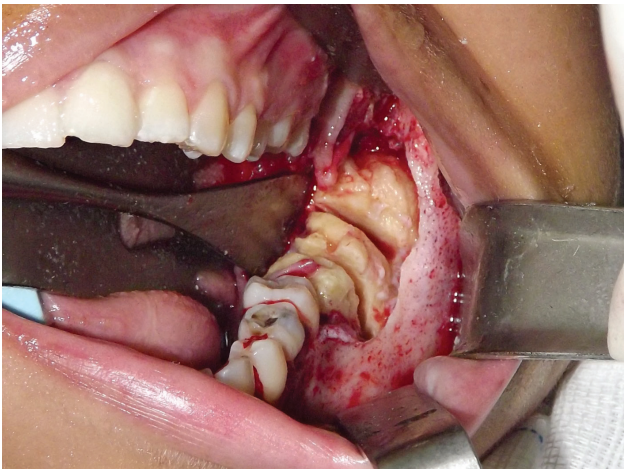


Figura 2 - Aspecto transoperatório da exérese da lesão através de acesso em fundo de vestibulo mandibular e clivagem.

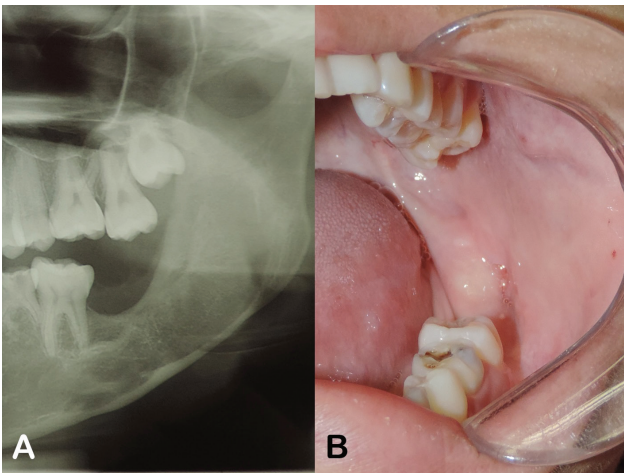


Figura 3 a - Radiografia panorâmica apresentando excelente cicatrização óssea, com preenchimento da loja criada pelo tumor por osso maduro. b - Sucesso no fechamento primário do retalho intraoral após 12 meses.

DISCUSSÃO

Aproximadamente 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 vida⁵. Em um estudo de Angiero et al., dos 35 casos avaliados, 18 consistiam em odontomas compostos localizados na maxila e 7 de odontomas complexos, localizados na mandíbula⁶.

A incidência de odontomas complexos relatada pela literatura é rara, com uma prevalência de 5-30% dos odontomas, geralmente medindo 1 – 2 cm de

diâmetro⁷. Nesse relato de caso, apresentamos um odontoma complexo com 5 cm de diâmetro, localizado na região posterior mandibular, compreendendo a região de corpo e ângulo no lado esquerdo, local mais comumente afetado.

Sua etiologia ainda não é consenso, sugerindo como possíveis causas o trauma, a infecção, anomalias hereditárias e alterações gênicas. Em seu estudo, Hitchin sugeriu que os odontomas são formados após mutações gênicas pós-natal. Em outro estudo experimental, avaliando os efeitos do trauma sobre o desenvolvimento de primeiros molares em ratos, Levy sugeriu como possível consequência a formação de odontomas⁸.

O aumento progressivo do odontoma causa uma força suficiente, capaz de gerar a reabsorção óssea, sendo responsável pelo processo de exposição na cavidade oral, conhecido também como odontoma erupcionado⁹. Nessas circunstâncias, o odontoma pode fazer diagnóstico diferencial com outras lesões como o osteoma sequestrante, cementoma gigantiforme, fibroma ossificante e osteomiliete esclerosante focal, sendo importante a sua diferenciação através de exames histopatológicos e de imagem.¹

No tratamento, além da enucleação e exérese da lesão, a literatura como medidas alternativas uma osteotomia sagital mandibular, osteotomia Le Fort I e corticotomia⁴. No caso ora relatado por nós, por se tratar de uma lesão extensa com localização em região posterior mandibular, o acesso extraoral, seja por meio de incisão submandibular ou cervical ao sítio da lesão, poderia ser uma alternativa para facilitar sua excisão, porém resultaria em uma cicatriz inestética numa paciente jovem, razão por que se optou pela realização de um acesso intraoral, corroborando a literatura.

A excisão cirúrgica das lesões ósseas extensas pode gerar defeitos segmentares dos ossos gnáticos com grande comprometimento da função e estética e fragilidade óssea, podendo ser necessária à realização de procedimentos de reconstrução. Uma diversidade de técnicas está disponível para reparação de defeitos em graus variáveis, podendo ser feita através de enxertos autógenos livres, microvascularizados, particulados e biomateriais. A escolha do tipo de reconstrução a ser utilizada é determinada pelo momento

cirúrgico, em que o paciente será submetido ao procedimento reconstrutivo, condições do sítio cirúrgico, localização do defeito e a quantidade de osso e tecido mole necessários¹⁰. Apesar de extensão da lesão e o risco de fratura trans e pós-operatória existirem a, nosso planejamento não incluiu a realização de reconstrução mandibular devido a sua localização em região não dentada da mandíbula cujo comprometimento funcional e estético não foi observado, além de toda a cortical óssea basilar e lingual terem permanecido íntegras. O procedimento foi realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral, estando toda a equipe cirúrgica caso fosse apta e preparada para qualquer intercorrência possível e abordagens alternativas, necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Odontomas são os tumores odontogênicos mais comumente encontrados nos maxilares, porém odontomas complexos e extensos são raros na literatura. Apesar de serem lesões de fácil diagnóstico por imagem e bom prognóstico, um correto planejamento e diagnóstico precoce é fundamental para evitar complicações, sequelas futuras e condições estigmatizantes, promovendo uma reabilitação precoce e saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

- Perumal CJ, Mohamed A, Singh A, Noffke CE. Sequestering giant complex odontoma: a case report and review of the literature. *J Maxillofac Oral Surg.* 2013 Dec;12(4):480-4.
- Chau E, Daley T, Darling MR, Hamilton D. The expression and immunohistochemical localization of periostin in odontogenic tumors of mixed epithelial/mesenchymal origin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013 Aug;116(2):214-20.
- 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.
- de Oliveira JC, Garcia IR, Jr., de Melo WM, de Matos Barbosa S, Rabelo PM, Jr., Bastos EG. Sagittal mandibular osteotomy for removal of intraosseous lesion. *J Craniofac Surg.* 2014 May;25(3):e237-9.
- 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.
- Angiero F, Benedicenti S, Parker S, Signore A, Sorrenti E, Giacometti E, et al. Clinical and surgical management of odontoma. *Photomed Laser Surg.* 2014 Jan;32(1):47-53.
- Nisha D RK, Ashwarya T, Sukriti M, Gupta, SD. An unusual case of erupted composite complex odontoma. *J Dent Sci Res.* 2011;2:59-61.
- Levy BA. Effects of experimental trauma on developing first molar teeth in rats. *J Dent Res.* 1968 Mar-Apr;47(2):323-7.
- Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai KM. Large erupting complex odontoma: a case report. *J Can Dent Assoc.* 2007 Mar;73(2):169-73.
- Schliephake H, Schmelzeisen R, Husstedt H, Schmidt-Wondera LU. Comparison of the late results of mandibular reconstruction using nonvascularized or vascularized grafts and dental implants. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999 Aug;57(8):944-50.