

Odontoma composto em paciente infantil: relato de caso

Compound odontoma in child patient: case report

Odontoma compuesto en el paciente del niño: informe de un caso

Carolina Simonetti **Lodi**¹
 Amanda Magio **Rodrigues**¹
 Natália de Brito **Diana**¹
 Max Douglas **Faria**¹
 Ana Keila Costa Barreira **Bordon**¹
 Flávia Priscila **Pereira**²

¹*Departamento de Odontopediatria, Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, FUNEC, 15775-000 Santa Fé do Sul-SP, Brasil.*

²*Departamento de Cirurgia, Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, FUNEC, 15775-000 Santa Fé do Sul-SP, Brasil.*

Resumo

A cavidade bucal é frequentemente acometida por enfermidades sendo o odontoma o mais frequente tumor odontogênico. Esta patologia pode ser classificada em dois tipos: odontoma composto e odontoma complexo. Várias hipóteses têm sido sugeridas para explicar a etiologia desta patologia como traumas, infecção local ou fatores genéticos. Normalmente, os odontomas são assintomáticos e diagnosticados através de exames radiográficos de rotina por estarem associados à falta de erupção de um dente permanente. O tratamento para os odontomas é usualmente a sua excisão cirúrgica, com preservação do elemento dentário retido promovendo condições para sua erupção. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de odontoma composto, em que a lesão estava relacionada com a impacção dentária de elemento permanente e retenção prolongada do dente decíduo. Paciente, 9 anos de idade, gênero masculino, procurou a clínica de Odontopediatria encaminhando por um cirurgião dentista que havia detectado imagem de uma massa radiopaca sugestiva de odontoma na região anterior superior. Diante do diagnóstico, o tratamento proposto foi a remoção cirúrgica (enucleação e curetagem) da lesão. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de odontoma composto. Os dados foram apresentados na forma descritiva. O tratamento cirúrgico possibilitou a remoção da lesão que não mostrou recidiva no pós-operatório. O acompanhamento do caso é importante para avaliar a posterior necessidade de tracionamento cirúrgico do dente retido pela lesão.

Descritores: Odontoma; Tumores Odontogênicos; Anormalidades Dentárias.

Abstract

The oral cavity is frequently affected by diseases odontoma being the most frequent odontogenic tumor. This pathology could be classified into two groups: compound and complex odontoma. Several hypotheses have been suggested to explain the etiology of this condition such as trauma, local infection or genetic factors. Typically, odontomas are asymptomatic, diagnosed by routine radiographic examination and associated with a permanent tooth lack eruption. Odontoma's treatment is usually surgical excision, with tooth retained preservation promoting conditions for its eruption. This paper aims to report a case of compound odontoma in which the injury was related to tooth impaction of permanent tooth and prolonged retention of deciduous tooth. Patient, 9 years old, male, attended the Pediatric Dentistry Clinic forwarding by a dentist who had detected an image suggestive of a odontoma radiopaque mass in the upper anterior region. Before diagnosis, the treatment was lesion surgical removal (enucleation and curettage). Histopathological examination confirmed the clinical diagnosis of compound odontoma. Data was presented in a descriptive way. Surgical treatment allowed the lesion's removal and showed no recurrence postoperatively. Case's monitoring is important for assess further needs for surgical traction tooth retained by the injury.

Descriptors: Odontoma; Odontogenic Tumors; Tooth Abnormalities.

Resumen

La cavidad oral es frecuentemente afectado por enfermedades siendo odontoma el tumor odontogénico más frecuente. Esta condición se puede clasificar en dos tipos: odontoma compuestos y odontoma complejos. Varias hipótesis se han propuesto para explicar la etiología de esta enfermedad como traumatismo, infección local o factores genéticos. Típicamente, odontomas son asintomáticos y diagnosticados mediante examen radiográfico de rutina que se asocia con la falta de erupción de un diente permanente. El tratamiento es por lo general para odontomas su extirpación quirúrgica, con la preservación del diente retenido y promover las condiciones para su erupción. Este documento tiene por objeto informar de un caso de odontoma compuesto, en el que la lesión estaba relacionada con la impactación del diente del elemento permanente y la retención prolongada de los dientes de leche. Paciente, de 9 años, varones, buscó el Clínica Pediátrica Odontología reenvió por un dentista que había detectado una imagen de masa radiopaca sugestiva de odontoma en la región anterior superior. Antes de que el diagnóstico, el tratamiento fue la extirpación quirúrgica (enucleación y curetaje) de la lesión. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico clínico de odontoma compuesto. Los datos se presentan de manera descriptiva. El tratamiento quirúrgico permite la eliminación de la lesión no mostró recurrencia después de la cirugía. El estudio de seguimiento es importante para evaluar la necesidad de una mayor tracción de dientes retenidos quirúrgica por la lesión.

Descritores: Odontoma, Tumores Odontogénicos, Anomalías Dentarias.

INTRODUÇÃO

A cavidade bucal é frequentemente acometida por enfermidades, dentre as quais se podem citar os tumores, que têm origem odontogênica ou são decorrentes de outras alterações sistêmicas¹. O odontoma é o tipo mais comum de tumor odontogênico, representando até 70% de todos os tumores odontogênicos encontrados².

Apesar de tradicionalmente classificados como tumores odontogênicos, alguns autores os consideram como malformações de desenvolvimento conhecidas como hamartomas. Nesses tumores todos os tecidos dentais (esmalte, dentina, cemento e tecido pulpar) estão representados e, como distúrbios de formação, são passíveis de ocorrer sob uma série de fatores³.

Embora ainda não haja um consenso, várias hipóteses têm sido sugeridas para explicar a etiologia desta patologia. A etiologia mais aceita está relacionada a traumas, infecção ou pressão no local da formação, causando perturbação no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário^{3,4,5}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os odontomas em dois tipos distintos: odontoma composto e complexo⁶. Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação exagerada da lâmina dentária na qual os todos tecidos dentais estão presentes e representados em um padrão ordenado, formando estruturas semelhantes a pequenos dentes. Os odontomas complexos, por sua vez, surgem de uma invaginação do epitélio no germe em desenvolvimento em um padrão onde os tecidos dentais representados estão desordenados, ou seja, morfológicamente não remetem à forma de dentes^{6,7}.

A frequência de odontomas compostos é maior que de odontomas complexos⁶, não havendo predileção por sexo^{8,9,10} ou raça¹¹. Embora possam ser encontrados em qualquer região dos maxilares, estes tumores ocorrem com maior frequência na maxila do que na mandíbula. Os odontomas complexos se

desenvolvem mais frequentemente na região dos molares em ambos os maxilares e os odontomas compostos são geralmente encontrados na região anterior da maxila⁶.

Histologicamente nos odontomas podem ser encontrado esmalte ou matriz do esmalte, dentina, cemento e polpa, que podem estar em sua relação normal ou não¹². Quando existe semelhança morfológica com os dentes, como nos odontomas compostos, os dentículos encontrados geralmente são pequenos e uniradiculares, envoltos numa matriz fibrosa frouxa^{3,6}. Já os odontomas complexos são constituídos de grande quantidade de dentina tubular madura, a qual circunda fendas ou cavidades circulares que contém esmalte maduro, removido durante a descalcificação^{6,10}.

Pode-se verificar também a presença de células fantasmas em odontomas. Estudos imunohistoquímicos mostram que a incidência de células fantasmas em odontomas compostos é maior do que em odontomas complexos, sugerindo que a presença de células fantasmas se relacione com o grau de diferenciação destas lesões¹³.

O odontoma é uma patologia geralmente assintomática, diagnosticada clinicamente através de exames radiográficos de rotina ou quando se investiga outros eventos como o atraso na esfoliação de dentes decíduos ou posição ectópica de dentes permanentes^{3,6}. Apresentam capacidade de crescimento limitado, embora possam causar expansões ósseas consideráveis⁸.

Os odontomas apresentam aspecto radiográfico característico. No odontoma composto verifica-se um número variável de pequenas estruturas radiopacas semelhantes a dentes, de forma e tamanho variáveis, envolvidos por uma linha radiolúcida^{6,7}. Já, no odontoma complexo é observada uma distribuição irregular dos tecidos dentários formando uma verdadeira massa bem delimitada circundada por um halo radiolúcido^{6,9,10}.

No que concerne ao tratamento dessa patologia, o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica conservadora, sendo sua remoção relativamente simples devido à facilidade de clivagem¹⁴. A análise histopatológica deve ser realizada devido à semelhança com o odontoma ameloblástico e com o fibriodontoma ameloblástico. O prognóstico é bom, a reparação óssea realizada com certa facilidade e não se espera recidiva^{8,12,14}. Complicações como o aparecimento de fístula eventualmente podem ocorrer quando o tamanho da lesão é grande e localizado próximo à mucosa e sujeito a trauma constante^{15,16}. A falha no diagnóstico e tratamento, bem como o atraso na remoção desta patologia, pode levar a problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, alterações oclusais importantes, implicando na necessidade de tratamento corretivo ortopédico e/ou ortodôntico^{17,18}. Quando ocorre retenção dentária causada pela lesão, deve-se realizar todo o procedimento cirúrgico com cuidado para preservar o elemento dentário incluso, oferecendo possibilidades para a sua posterior erupção¹⁹.

O objetivo deste estudo será apresentar um caso clínico típico de odontoma composto em paciente infantil relacionado com a não erupção do dente permanente e retenção prolongada do dente decíduo.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente, 9 anos de idade, gênero masculino, procurou a clínica de Odontopediatria da Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul (FUNEC) encaminhado por um cirurgião dentista que havia detectado uma imagem de uma massa radiopaca sugestiva de odontoma na região anterior. A responsável pelo paciente relatou, que a queixa principal ao procurar o profissional era a persistência dos dentes 51 e 52, pois os respectivos homólogos 61 e 62 já haviam esfoliado e os sucessores permanentes (21 e 22) já se encontravam irrompidos na cavidade bucal.

Durante a anamnese, a responsável relatou não ter tido nenhum problema no período gestacional e a

criança não apresentava nenhum dado médico relevante e nem história prévia de trauma na região. Ao exame clínico intrabucal, observou-se que o paciente se encontrava na fase de dentição mista, com os dentes 21 e 22 irrompidos e retenção prolongada dos dentes 51 e 52 que não apresentavam nenhum sinal clínico de que a exfoliação estivesse próxima a ocorrer. Nessa região pode-se observar uma tumefação, sendo esta assintomática à palpação (Figura 1). Foi realizado um exame radiográfico periapical e oclusal (Figura 2), que analisados em conjunto com a radiografia panorâmica (Figura 2) trazida pelo paciente mostravam uma lesão radiopaca, situada entre a coroa do dente 12 e abaixo da coroa do dente 11 ainda não irrompidos, sugestiva de odontoma composto impedindo a erupção desses elementos. Diante do diagnóstico, o tratamento proposto foi a remoção cirúrgica (enucleação e curetagem) da lesão. Durante o planejamento cirúrgico, foi solicitado duas radiografias periapicais pela técnica de Clark para localizar a posição do odontoma e definir o acesso cirúrgico. Esse exame mostrou que a lesão se encontrava por vestibular.



Figura 1. Aspecto clínico intrabucal, mostrando a retenção prolongada dos dentes 51 e 52 e a presença dos dentes 21 e 22. Presença de abaulamento da tábua óssea vestibular.

Ao iniciar a cirurgia, foi realizada a antissepsia intra e extrabucal, seguida da aplicação do anestésico tópico e anestesia local terminal infiltrativa e transpapilar (Figura 3). Inicialmente foi realizada a exodontia dos dentes 51 e 52 (Figura 4) e na sequência

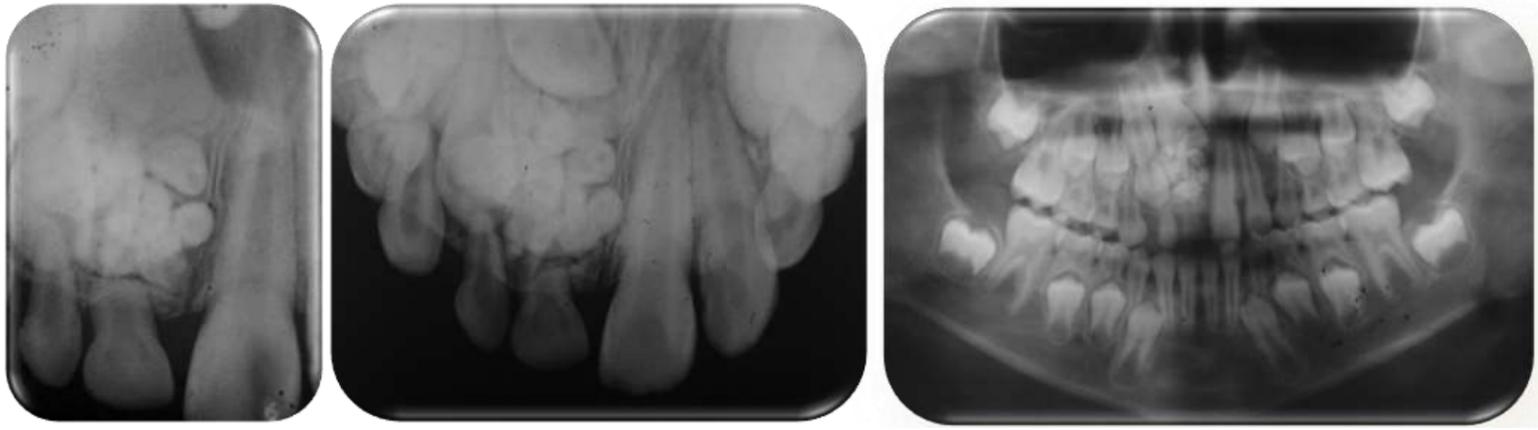


Figura 2. Radiografias periapical, panorâmica e oclusal, mostrando a presença de uma lesão radiopaca, situada entre a coroa do dente 12 e abaixo da coroa do dente 11 ainda não irrompidos, sugestiva de odontoma composto impedindo a erupção desses elementos dentais.



Figura 3. Anestesia com anestésico tópico seguida de anestesia local pela técnica terminal infiltrativa e complementação com anestesia transpapilar.

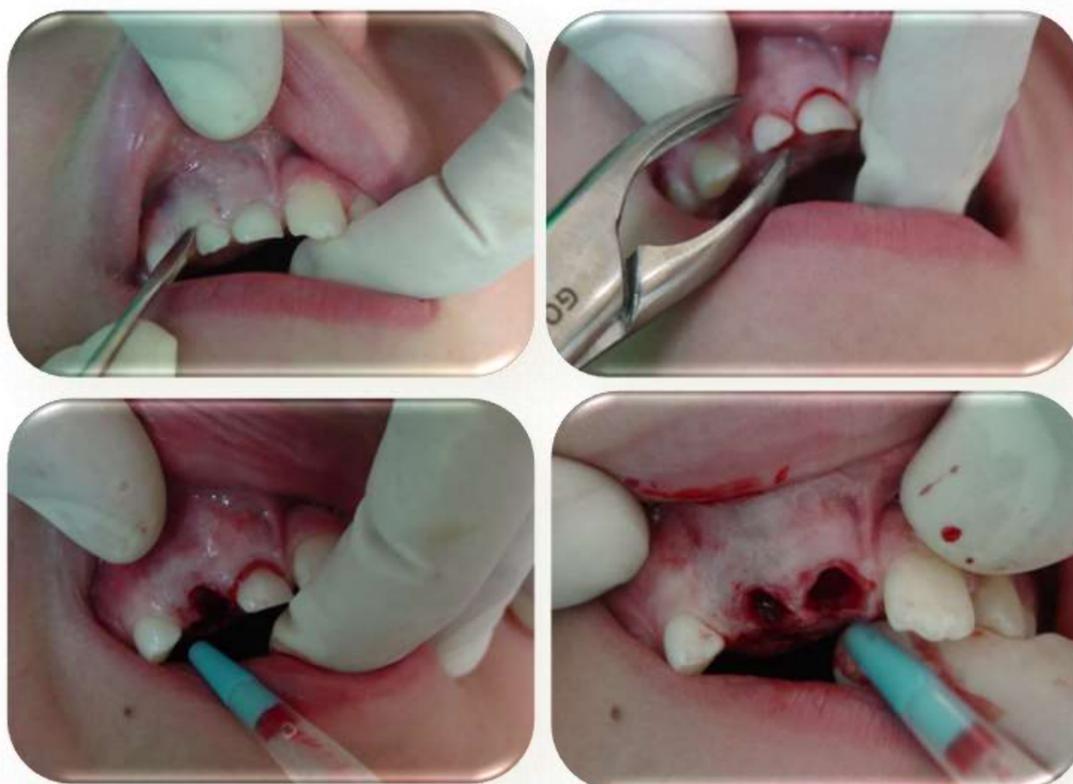


Figura 4. Descolamento do tecido gengival e exodontia dos dentes 52 e 51.

foi realizado a incisão com bisturi e descolamento do tecido sem que fosse possível a visualização da lesão. Como o procedimento cirúrgico era o primeiro atendimento odontológico do paciente e devido à falta de colaboração foi realizada a sutura do retalho e a remoção da lesão foi programada para uma segunda sessão.

Na segunda sessão, com o paciente mais tranquilo, realizou-se a antissepsia intra e extrabucal, seguida da aplicação do anestésico tópico e anestesia local terminal infiltrativa e transpapilar com o intuito de se anestésiar todo o tecido gengival por vestibular e palatino. Na sequência, foi realizada a incisão com lâmina de bisturi, o descolamento do retalho, a osteotomia para alcançar a loja cirúrgica (Figura 5) e remoção dos dentículos característicos do odontoma composto (Figura 6). Foi realizada a curetagem para remoção da cápsula e irrigação da cavidade com solução fisiológica. Antes da realização da sutura foi

realizada uma tomada radiográfica periapical para verificar se toda a lesão havia sido removida. O exame radiográfico mostrou ainda a presença de um dentículo que foi então removido antes da sutura do retalho (Figura 7). O retalho foi reposicionado e realizado a sutura com fio de seda número 4.0.

Decorrido o período de 7 dias o paciente retornou para remoção da sutura. O pós-operatório foi acompanhado por exames clínicos e radiográficos, objetivando o controle progressivo do processo de erupção dos dentes permanentes impactados e do processo de cicatrização. O material coletado foi incluído em solução formalina a 10%, identificadas e encaminhada para análise histopatológica. As recomendações pós-operatórias foram dadas e prescrito antibiótico (amoxicilina), anti-inflamatório (diclofenaco de potássio) e analgésico (paracetamol) com o intuito de se garantir um pós-operatório tranquilo e sem complicações.



Figura 5. Incisão com Lâmina de bisturi, osteotomia e exposição da loja cirúrgica.



Figura 6. Aspecto da loja cirúrgica após a remoção dos dentículos e material coletado e enviado para exame histopatológico.



Figura 7: Exame radiográfico realizado antes da sutura mostrando ainda a presença de um dentículo.

O laudo histopatológico mostrou macroscopicamente a presença de 20 formações

dentárias rudimentares com tamanho variando entre 0,4 e 0,9 cm, brancas, com área levemente amareladas macroscopicamente a presença de 20 formações e bastante firmes. Microscopicamente o exame confirmou a lesão do tipo odontoma composto.

No pós-operatório de 3 meses foi constatada a erupção do dente 12, mas o dente 11 ainda não havia erupcionado (Figura 8). O ortodontista foi consultado e sugeriu aguardar mais 3 meses para verificar se ocorrerá a erupção espontânea do dente. Caso ela não aconteça o tracionamento cirúrgico do dente 11 está indicado.



Figura 8. Aspecto clínico e exame radiográfico do pós-operatório de 3 meses indicando a erupção do dente 12 e ausência clínica do dente 11. O exame radiográfico mostra a posição alta do dente 11.

DISCUSSÃO

Os odontomas são definidos como o tipo de tumor odontogênico mais comumente encontrado na população em várias partes do mundo²⁰. Acometem principalmente crianças e adultos jovens de ambos os gêneros e costumam ser diagnosticados por exames radiográficos de rotina. São considerados anomalias de desenvolvimento de caráter benigno, auto limitante e assintomático^{2,21,22}.

No caso clínico relatado, o diagnóstico foi realizado em exame radiográfico de rotina e em criança concordando com os achados descritos na literatura.

Embora os odontomas sejam patologias assintomáticas, de evolução lenta, atingindo, na maioria dos casos, pequenas proporções, alguns autores^{4,19} relatam que, algumas vezes, podem atingir

grandes volumes, causando expansão das corticais ósseas e sensação dolorosa devido à compressão de estruturas nobres. No paciente tratado pode ser observado clinicamente expansão das corticais ósseas, no entanto na ausência de sintomatologia dolorosa.

Quanto à sua localização, de acordo com NEVILLE et al. (2008)⁶, LUKES et al. (2003)⁷, SERRA-SERRA et al. (2009)¹² e NÓIA et al. (2008)²⁰, os odontomas compostos se localizam com maior frequência na região anterior da maxila, como observado no caso exposto, no qual a lesão aparecia entre os incisivos central e lateral permanente superiores do lado direito.

Apesar de seu caráter benigno e assintomático, os odontomas interferem significativamente no

processo de irrupção das unidades dentárias permanentes^{2,22,23,24}, sendo o incisivo central o dente superior mais frequentemente envolvido². A interferência no processo de erupção dos dentes permanentes foi o motivo relatado pela responsável do paciente pela procura do profissional cirurgião dentista.

O diagnóstico precoce, seguido do tratamento adequado, pode minimizar os possíveis prejuízos estéticos e funcionais por ele gerados, sobretudo quando envolvem dentes anteriores²⁵. Uma vez que se manifestam ainda na fase da dentadura mista, condutas simples como a avaliação radiográfica podem ser determinantes para que o diagnóstico seja estabelecido a tempo, e para que medidas adequadas sejam tomadas a fim de permitir a irrupção fisiológica das unidades retidas, sem prejuízos ao desenvolvimento da oclusão²⁶.

Nos casos em que mesmo depois de removido o agente etiológico local, a irrupção da unidade dentária retida não acontecer, estará indicado o tracionamento do elemento dental envolvido, desde sua localização intraóssea, até seu adequado posicionamento no arco²⁵.

No presente caso, pode ser observada a erupção do dente 12, sendo constada a necessidade de realização do tracionamento cirúrgico-ortodôntico para permitir a erupção do dente 11.

CONCLUSÃO

O odontoma composto é uma malformação benigna relativamente comum e de fácil diagnóstico clínico e radiográfico. São lesões geralmente assintomáticas com evolução lenta, mas podem causar retenção prolongada de dentes decíduos e impacção de dentes permanentes adjacentes. O tratamento de escolha consiste na excisão cirúrgica, realizando-se a completa remoção e curetagem tão logo seja diagnosticada a lesão, a fim de promover a reabilitação precoce e/ou evitar futuras sequelas, tanto oclusais quanto da formação de outras lesões associadas.

REFERÊNCIAS

1. Cé OS, Prazeres C, Santos FE, Woltmann M. Odontoma complexo – relato de caso clínico atípico. RFO 2009;14(1):56-60.
2. Silva LF, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a Portuguese population. Quintessence Int. 2009;40(1):61-72.
3. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asaumi J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. The Open Dentistry Journal 2009;3:173-176.
4. Pires LD, Krüger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SL. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. Stomatos 2007;13(24):21-9.
5. 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;15(2):e398-400.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
7. Lukes SM, Wachter KM. Compound odontoma: a case study. The Journal of a Dental Hygiene 2003;77(1):47-9.
8. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000.
9. 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. Oral Dis 2002;8:100-5.
10. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization. Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. WHO/IARC Press: Lyon; 2005.
11. Owens BM, Schuman NJ, Pliske TA, Culley WL. Compound composite odontoma associated with an impacted cuspid. J Clin Pediatr Dent 1995;19:293-5.
12. 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;14(6):299-303.

13. Tanaka A, Okamoto M, Yoshizawa D, Ito S, Alva PG, Ide F, et al. Presence of ghost cells and the Wnt signaling pathway in odontomas. *J Oral Pathol Med* 2007;36:400-4.
14. Shafer WG, HINE MK, LEVY BM. Tratado de Patologia Bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
15. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3.ed. São Paulo: Pancast, 1989.
16. Castro AL, Moraes NP, Furuse TA. Estomatologia. São Paulo: Santos. 1992.
17. Stajcid ZZ. Odontoma associated with a primary tooth. *J Pedod*, n.12, v.4, p.415-420, 1988.
18. Veis ATD, Lambrianidis TA. case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: clinical and microscopic evaluation. *J Endod* 2000;26(8):477-479.
19. 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;24(2):47-51.
20. Nóia CF, Oliveira FAC, Pinto JMV, Santos WHM. Odontoma composto. *RGO*. 2008;56(2):213-7.
21. Batra P, Duggal R, Kharbanda OP, Parkash H. Orthodontic treatment of impacted anterior teeth due to odontomas: a report of two cases. *J Clin Pediatric Dent*. 2004;28(4):289-94.
22. Tyagi P, Singla S. Complex Composite Odontoma. *Int J Clin Pediatric Dent*. 2010;3(2):117-20.
23. Sato K, Mitani H. Unerupted maxillary central and lateral incisors and canine with crossbite and asymmetry. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003;123(1):87-92.
24. Nelson BL, Thompson LD. Compound odontoma. *Head Neck Pathol*. 2010;4(4):290-1.
25. Suri L, Gagari E, Vastardis H. Delayed tooth eruption: pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004;126(4):432-45.
26. Vianna AP, Monini AC, Machado AW, Gandini Júnior LG. Alternativa de tratamento simplificado e integrado da retenção intraóssea de incisivo central superior, associada a odontoma: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central* 2012;21(56):484-8.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Carolina Simonetti Lodi

Departamento de Odontopediatria
Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, FUNEC
carol_lodi@yahoo.com.br

Submetido em 11/03/2014

Aceito em 30/03/2014