

Odontoma composto: apresentação de caso clínico cirúrgico

Compound Odontoma: surgical case report

Resumo

Os autores apresentam breve revisão da literatura e relatam um caso clínico-cirúrgico de retenção dentária do segundo pré-molar inferior direito (45), em razão da anquilose alveolodentária do segundo molar inferior decíduo direito (85) e da presença de um odontoma composto. O tratamento cirúrgico consistiu de exodontia complexa do 85, remoção da lesão tumoral e liberação do 45 para erupção livre. Após dois anos de acompanhamento clínico, observou-se o correto posicionamento do dente 45 no arco dental.

Palavras-chave: odontoma, odontoma composto, tumor de origem odontogênica.

Revisão da literatura

De acordo com a Classificação Internacional de Tumores da Organização Mundial de Saúde, os odontomas são conceituados como malformações em que as células apresentam completa diferenciação, sendo atingido o estágio de formação de esmalte e dentina (Pindborg et al., 1971).

A revisão da literatura indica que a imensa maioria dos autores classifica o odontoma como “tumor” odontogênico, no sentido genérico do termo, mas não como neoplasia. É considerado pelos autores um distúrbio do desenvolvimento, ou seja, uma malformação ou hamartoma de tecidos dentários (Pindborg et al., 1971; Langlois e Devildos, 1977; Shafer et al., 1985; Tommasi, 1985; Coleman e Nelson, 1996).

Bouquot e Lense (1994) encontraram registros sobre odontoma composto e complexo anteriores a 1860, em levantamento a respeito dos primeiros relatos escritos sobre patologia oral.

A investigação de Daley et al. (1994), sobre a incidência de tumores odontogênicos em população canadense, mostrou o odontoma como sendo o tumor mais freqüente (51,53 %). Devildos (1974) já encontrara

Taís Weber Furlanetto de Azambuja¹
Francesca Bercini²
Andrea Perrone³

percentual semelhante (54%) de odontomas num total de 511 casos de tumores odontogênicos, nos arquivos da Universidade de Indiana (USA).

López-Areal et al. (1996) citaram que a etiologia do odontoma é desconhecida e que o trauma ou uma infecção local podem estar associados com o seu desenvolvimento.

A formação de odontomas em ratos foi experimentalmente induzida por Levy, através de injúria traumática, e por Ebling e colaboradores, através da administração de carcinógeno químico (Langlois e Devildos, 1977).

Cavalcanti e Varoli (1996) afirmaram que o odontoma encontra-se freqüentemente associado a dentes inclusos, ou germes dentários, ou dentes supranumerários. Bacetti (1995) ressalta que a presença do odontoma pode interferir na erupção dos dentes adjacentes, provocando impacção ou desalinhamento desses.

Quando os tecidos dentários calcificados formam apenas uma massa irregular, sem semelhança morfológica nem mesmo com dentes rudimentares, classifica-

¹ Professora Adjunta das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da FO/Ufrgs, especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e mestre em Educação.

² Professora Assistente das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da FO/Ufrgs, mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

³ Professora Substituta das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia I da FO/Ufrgs.

se o odontoma como *complexo*; já, quando as estruturas depositadas apresentam, pelo menos, semelhança anatômica superficial com dentes normais, exceto pelo fato de muitas vezes serem menores do que os dentes típicos, denomina-se odontoma *composto* (Shafer, 1985).

O odontoma tem crescimento limitado, raramente excedendo o tamanho normal de um dente. Pode tornar-se grande e produzir expansão óssea e assimetria facial se estiver associado a um cisto dentígero, conforme apontam Langlois e Devildos (1977).

Toledo et al. (1992) concordam em que o odontoma é assintomático, razão pela qual muitas vezes só é descoberto no exame radiográfico de rotina.

Segundo Scardovi (1993), bem como a maioria dos autores, o aspecto radiográfico do odontoma é característico. É encontrado, na maior parte das vezes, entre as raízes dos dentes, como massa irregular de material calcificado, ou com um número variável de estruturas radiopacas semelhantes a dentes, circundado por um halo radiolúcido com periferia regular.

Shafer (1985) descreve como achados histológicos a presença de esmalte ou matriz de esmalte de aspecto normal, dentina, polpa e cimento, que podem estar ou não em relação normal entre si. A cápsula de tecido conjuntivo que envolve o odontoma é semelhante em tudo ao folículo que circunda um dente normal. Pode ser encontrada também a presença de células “fantasmas”, semelhantes às encontradas nos cistos odontogênicos calcificantes.

Devildos (1974) encontrou, entre 287 casos de odontomas analisados histologicamente, 5,2% associados ao cisto odontogênico calcificante. Além desses, 13,6% dos odontomas continham células “fantasmas”. Hirshberg et al. (1994) apontaram que o odontoma pode estar associado ao cisto odontogênico calcificante em 24% dos casos.

O tratamento indicado para

os odontomas consiste na remoção cirúrgica, os quais são facilmente enucleados uma vez que são separados do osso adjacente por cápsula de tecido conjuntivo; dessa forma, não é esperada a recidiva. López-Areal (1992), no entanto, relataram caso de um paciente com 12 anos de idade que apresentou recidiva; por isso, ressaltam a importância da remoção total da lesão.

Owens et al. (1995) salientaram que, uma vez removidos, todos os odontomas devem ser enviados para exame microscópico para um diagnóstico definitivo, visto que seu aspecto radiográfico pode ser semelhante ao de outras lesões, císticas ou neoplásicas, cuja evolução e comportamento clínico podem ser bem diferentes.

Neste trabalho, relata-se um caso clínico-cirúrgico de paciente com impacção dentária associada à presença de um odontoma, chamando a atenção para a importância da determinação de um cuidadoso plano de tratamento e, nesse caso, do acompanhamento clínico e radiográfico periódico até que o dente retido se encontrasse em condição normal de oclusão.

Caso clínico

Paciente com 13 anos, do gênero feminino, foi encaminhada para avaliação do segundo molar inferior decíduo direito (85), que

apresentava retardo na exfoliação. Foram realizados a anamnese e o exame clínico, no qual se confirmou a presença do 85 e a ausência do segundo pré-molar inferior direito (45) na cavidade bucal. O exame radiográfico da região consistiu de extra-oral panorâmica (Fig. 1) e incidência intra-oral periapical (Fig. 2). Identificaram-se anquilose alveolodentária do 85, lesão tumoral sugestiva de odontoma composto e a retenção do 45 com aumento do folículo pericoronário.

Com base nas avaliações clínica e radiográfica, foi determinado o plano de tratamento, que compreendeu abordagem cirúrgica com exodontia complexa do 85, remoção da lesão tumoral, liberação do 45 para erupção livre, conforme proposta ortodôntica, uma vez que esse dente apresentava rizogênese incompleta e eixo favorável para erupção.

Técnica cirúrgica

Após a anti-sepsia da face e da cavidade bucal do paciente, procedeu-se às anestésias regionais dos nervos dentário inferior, lingual e bucinador. A incisão utilizada foi em “L” aberto. Para a exodontia do 85, realizaram-se osteotomia e odontosseção; para acessar a região do tumor, foi realizada ostectomia e, uma vez identificado, esse foi removido

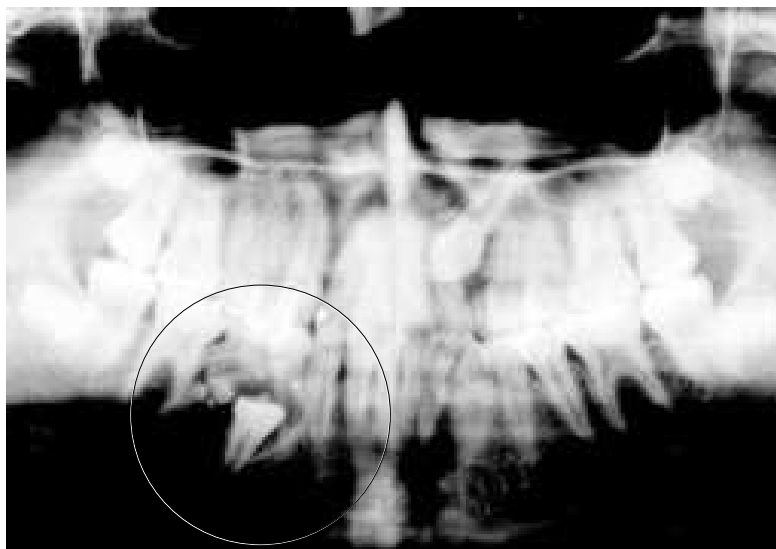


Figura 1. Incidência radiográfica panorâmica.

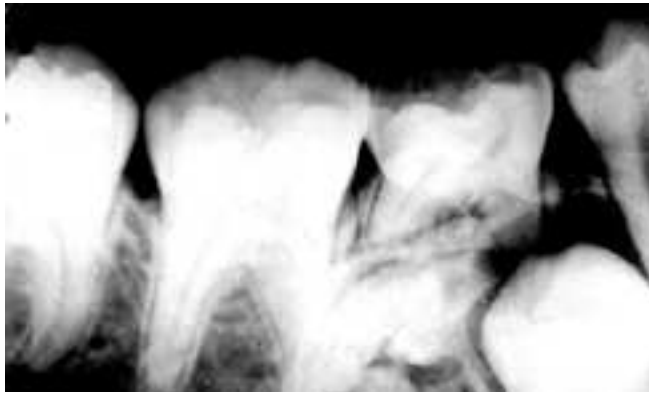


Figura 2. Incidência radiográfica periapical.

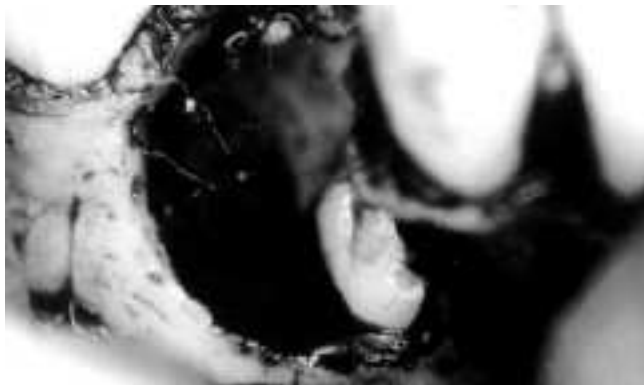


Figura 3. Aspecto clínico transoperatório: remoção do odontoma e liberação do 45 retido.



Figura 4. Peça operatória: odontoma composto.



Figura 5. Aspecto clínico pós-operatório: dente 45 posicionado.

em sua totalidade (Fig. 3). O tumor era formado por vários dentes de tamanho reduzido (Fig. 4). Seguiu-se a liberação do 45 para sua erupção livre, conforme planejamento ortodôntico (Fig. 5).

Cuidados com a cavidade óssea, especialmente o alisamento das bordas e remoção de esquirolas ósseas, foram realizados. Procedeu-se à sutura, sendo estabelecidas as recomendações pós-operatórias de rotina, que incluíram medicação analgésica e antibiótica. O exame patológico confirmou o diagnóstico presuntivo de odontoma composto. Controles clínicos e radiográficos pós-operatórios de rotina foram realizados, tendo sido observado o correto posicionamento do dente 45 no arco dental após erupção livre ao final de 24 meses.

Discussão

Segundo White e Rogers (1992), raramente o odontoma composto consegue erupcionar na cavidade bucal, tornando-se, assim, difícil o seu diagnóstico clínico sem exames radiográficos.

Conforme Duarte et al. (1999), parece razoável admitir-se que o único recurso preventivo é, sobretudo, na dentição mista, o exame radiográfico, evitando-se terapêuticas complexas numa fase futura do desenvolvimento da maloclusão.

Como ocorreu no caso relatado, em crianças e adolescentes, freqüentemente, são as alterações nos padrões normais de erupção dentária que indicam ao clínico a necessidade do exame radiográfico, o que levará à detecção de um odontoma.

Conforme encontrou Devildos (1974) no estudo de uma grande série de odontomas, essa entidade ocorreu com freqüência semelhante em ambos os sexos. Podem ser diagnosticados em qualquer idade, mas, na maioria dos casos, odontomas compostos e complexos são encontrados na faixa etária dos 11 aos 20 anos ou na primeira década de vida (um - dez anos). Na mesma pesquisa, foi constatada a maior incidência de odontomas compostos na zona de incisivos e caninos, especialmente no maxilar superior; já os odontomas complexos ocorrem mais na mandíbula, preponderantemente na área de molares.

Na zona de pré-molares inferiores, como no caso ora descrito, é bastante incomum a ocorrência de odontomas. De qualquer forma, neste caso, não houve

dificuldade no diagnóstico porque o exame radiográfico indicado para investigar a causa do retardo na exfoliação de um dente decíduo mostrou a imagem característica de um odontoma, localizado entre as raízes do molar decíduo e causando a impação do pré-molar.

Conclusões

Uma boa análise radiográfica é fundamental na determinação dos fatores etiológicos implicados no retardo na exfoliação de dentes decíduos e/ou na erupção de dentes permanentes. Os odontomas, facilmente detectados em radiografias, constituem causa relativamente freqüente das citadas alterações na dentadura mista.

O diagnóstico precoce do odontoma e a imediata instituição do tratamento terão importante alcance preventivo não só de futuras cirurgias mais complexas como de maloclusões, as quais irão requerer tratamento mais difícil e demorado.

Abstract

The authors present a brief literature review and report a case of impaction of the right mandibular second premolar (45) due to the ankylosis of the deciduous mandibular second molar (85) and to the presence of a compound odontoma. The surgical treatment consisted of extraction of the an-

kylosed 85, removal of the tumor and liberation of the 45 for free eruption. After a two-years follow-up period, the correct position of the tooth 45 in the dental arch was observed.

Key words: odontoma, compound odontoma, odontogenic tumor.

Referências bibliográficas

- BACETTI, T. Interceptive approach to tooth eruption abnormalities: 10 year follow-up of case. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, v.19, n.4, p.297 - 300, 1995.
- BOUQUOT, J. E. ; LENSE, E. C. The beginning of oral pathology. Part I. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 78, n.3, p. 343 - 350, Sep. 1994.
- CAVALCANTI, M. G. P.; VAROLI, O. J. Odontoma composto. Relato de caso. *Rev ABO Nac*, v.3, n.6, p. 374 - 376, 1995/ 1996.
- COLEMAN, G. C.; NELSON, J. F. Diagnóstico diferencial das alterações radiográficas. In: COLEMAN, G. C. *Princípios de diagnóstico bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.262.
- DALEY, T. D.; WYSOCKI, G. P.; PRINGLE, G. A. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 77, n. 3, p. 276 - 280, 1994
- DEVILDOS, L.R. The calcifying odontogenic cyst: a clinicopathologic study. Thesis (MS degree), Indiana University School of Dentistry (USA), 1974.
- DUARTE, C. A.; DUARTE, L. P. C. M.; IIMURO C. I.; PAIVA, J. B. O odontoma como fator etiológico da não-erupção dentária. Relato de caso. *J. Bras. Odontol. Clin.*, v.3, n.13, p. 91 - 93, 1999.
- HIRSHBERG, A.; KAPLAN, I.; BUCHNER, A. Calcifying odontogenic cyst associated with odontoma: a possible separate entity (odontocalcifying odontogenic cyst). *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 52, n. 6, p. 555 - 558, 1994.
- LANGLOIS, C. C.; DEVILDOS, L. R. Odontoma. In: EBLING, H. *Cistos e tumores odontogênicos*. 3. ed. Porto Alegre: Ufrgs, 1977. p.132-144.
- LÓPEZ-AREAL, L.; SIVESTRE, D. F.; LOZANO, G. F. Compound odontoma erupting in the mouth: 4 year follow-up of a clinical case. *J. Oral Pathol. Med.*, v.21, n.6, p.285-288, 1992.
- OWENS, B. M.; SCHUMANN, N. J.; PLISKE, T. A.; CULLEY, W. L. Compound composite odontoma associated with an impacted cuspid. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, v.19, p.293-295, 1995.
- PONDBORG, J.J.; KRAMER, I.R.H.; TORLONI, H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. Geneva, World Health Organization, 1971, p.30.
- SCARDOVI, S. Consideraciones sobre los odontomas a proposito de varios casos clínicos. *Odontologia Uruguay*, v. 41, n.1, p. 24-32, 1993.
- SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. *Tratado de patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. p. 285 - 287.
- TOLEDO, O. A.; BORMANN, E. P.; BEZERRA, A. C. B. Odontomas-Report of 3 cases. *Braz. Dent. J.* v.3, n.1, p.59 - 66, 1992.
- TOMMASI, A. F. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Pancast, 1989. p. 279 - 300.
- WHITE, C. S.; ROGERS, J. Erupted compound odontoma: review and case report. *Gen. Dent.*, v.40, n.1, p.43 - 44, 1992.

Endereço para correspondência:

Profa. Taís Weber Furlanetto de Azambuja
Avenida Taquara, 572, sala 203
Bairro Petrópolis
CEP 90460-210 - Porto Alegre - RS
Fones (0**51) 330-3697
330-3384