

Odontoma complexo – relato de caso clínico atípico

Complex odontoma - atypical clinical case report

Patrícia dos Santos Cé*
Carolina Prazeres*
Felipe Eilert dos Santos**
Marcus Woltmann***

Resumo

Os odontomas constituem-se como os tumores odontogênicos mais comuns. São considerados hamartomas (anomalias do desenvolvimento), sendo compostos por vários tecidos dentários, como esmalte, dentina, cemento e polpa. Podem ser classificados em complexos, quando apresentam desorganização tecidual; ou compostos, quando os tecidos dentários se apresentam de forma organizada. O presente trabalho relata um caso clínico em paciente do gênero feminino, com trinta anos, que procurou atendimento odontológico em virtude de lesão na boca, na região de molares inferiores esquerdos, associada a aumento de volume extrabucal na região. Confrontando-se características clínicas, radiográficas e o relato da paciente sobre a evolução da lesão, esta foi diagnosticada como odontoma do tipo complexo, tido como atípico por se mostrar erupcionado na cavidade bucal. A remoção da lesão ocorreu de forma cirúrgica, tendo-se obtido sucesso no tratamento.

Palavras-chave: Odontoma. Odontoma erupcionado. Tumores odontogênicos.

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 sistêmicas. O odontoma é o tipo mais comum de tumor odontogênico, cuja prevalência é maior do que a de todos os outros tumores odontogênicos somados¹.

Os odontomas são considerados anomalias de desenvolvimento – hamartomas –, podendo ser classificados como “compostos”, formados por muitas estruturas pequenas, semelhantes a dentes², e “complexos”, que correspondem a uma massa aglomerada de esmalte e dentina, distanciando-se da morfologia dental. Na maioria das séries relatadas, os odontomas compostos são diagnosticados com mais frequência do que os complexos².

Os odontomas são conhecidos como tumores odontogênicos mistos, pois possuem em sua composição tecidos de origem epitelial e mesenquimal, os quais se diferenciam, gerando, conseqüentemente, a deposição de esmalte pelos ameloblastos e de dentina pelos odontoblastos. No entanto, embora essas células pareçam normais, a arquitetura do tecido formado é defeituosa³.

Histopatologicamente, o odontoma composto consiste em formações que se assemelham a pequenos dentes unirradiculares no interior de uma matriz fibrosa frouxa. Já os odontomas complexos são constituídos de grande quantidade de dentina tubular madura, a qual circunda fendas ou cavidades circulares que continham esmalte maduro, removido durante a descalcificação². A ceratinização, chamada de “células-fantasma”, é observada nas

* Acadêmicas do curso de Odontologia (FURB - SC), estagiárias da disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB - SC).

** Especialista e mestra em Cirurgia Bucomaxilofacial (UFPEL - RS), professor de Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB - SC).

*** Especialista em Anatomia Cirúrgica da Face (USP - SP), especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial (Santa Casa - São Paulo - SP), aluno do curso de mestrado em Implantodontia (SL Mandic - SP), professor de Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB - SC).

células epiteliais do esmalte de alguns odontomas, indicando seu potencial de ceratinização³.

Quanto a suas características clínicas, os odontomas normalmente são assintomáticos, estando associados a retenção de dentes decíduos, não-erupção de dentes permanentes, dor, expansão da cortical óssea e a deslocamento dental. Outros sintomas incluem anestesia do lábio inferior e edema da área afetada⁴.

Os odontomas podem ser descobertos em qualquer idade, embora menos de 10% sejam encontrados em pacientes com mais de quarenta anos^{1,5}. Geralmente, são detectados nas duas primeiras décadas de vida, sendo quase sempre descobertos em exames radiográficos de rotina ou em radiografias realizadas a fim de detectar o motivo da falha de erupção de um dente².

Em relação à prevalência, parece haver discordância entre autores. Regezzi e Sciubba³ (2000) dizem não haver predominância em nenhum dos sexos, ao passo que Philipsen et al.⁶ (1997) afirmam haver predileção pelo sexo masculino, na proporção de 1,5:1, para o odontoma complexo, e de 1,2:1, do odontoma composto.

Em relação à localização, o odontoma composto geralmente é observado na região anterior da maxila, ao passo que o complexo ocorre mais frequentemente na região dos molares, em ambos os maxilares². Normalmente, os odontomas são pequenos, raramente excedendo o tamanho de um dente na área onde estão localizados¹. Tanto o odontoma composto quanto o complexo situam-se tipicamente numa área que suporta dentes, entre raízes ou sobre a coroa de um dente impactado³.

Radiograficamente, o odontoma apresenta radiopacidade bem definida, com densidade maior que a do osso e igual ou maior que a dental; há focos de densidade variável; um halo radiolúcido tipicamente circundado por uma fina linha esclerótica contorna a radiopacidade; a zona radiolúcida é conectada ao tecido capsular do folículo dental normal; a fina linha esclerótica assemelha-se à borda cortical vista num folículo dental normal^{7,8}.

O odontoma composto apresenta-se como uma coleção de estruturas semelhantes ao dente, de forma e tamanho variáveis, circundadas por uma estreita zona radiotransparente. O odontoma complexo, por sua vez, caracteriza-se por uma massa calcificada, com radiodensidade de estrutura dentária, envolvida também por uma estreita margem radiotransparente². O odontoma composto dificilmente é confundido radiograficamente com outra lesão, por ter aspecto mais ou menos definido. Um odontoma em desenvolvimento pode apresentar pouca evidência de calcificação e mostrar-se como uma lesão radiotransparente circunscrita⁹. Por sua vez o odontoma complexo pode ser confundido radiograficamente com um osteoma ou outra lesão óssea muito calcificada². Os odontomas são tratados por excisão local simples, sendo o prognóstico favorável¹.

O objetivo do presente estudo é apresentar um caso clínico atípico de odontoma complexo na região mandibular posterior esquerda.

Relato do caso clínico

Paciente do sexo feminino, trinta anos, procurou atendimento odontológico em razão de aumento de volume na região dos molares inferiores esquerdos. Na anamnese foi constatado estado de saúde geral ASA I. Segundo relato da paciente, havia aumento de volume extrabucal de aproximadamente três anos e a lesão intrabucal havia surgido há cerca de um ano.

Ao exame extrabucal, foi possível constatar aumento de volume na região posterior de mandíbula esquerda; intrabucalmente, observou-se uma lesão de aproximadamente 7 cm, ulcerando na mucosa da região de trígono retromolar, indolor durante a palpação e sem referências a parestesia ou outras queixas relevantes (Fig. 1 e 2).



Figura 1 - Exame extrabucal: aumento de volume na região posterior da mandíbula esquerda



Figura 2 - Exame intrabucal: lesão (aproximadamente 7 cm) ulcerativa na região de trígono retromolar

Radiograficamente, observou-se imagem radiopaca bem definida envolvendo o ângulo mandibular esquerdo, bem como parte do corpo e ramo da mandíbula (Fig. 3 e 4).

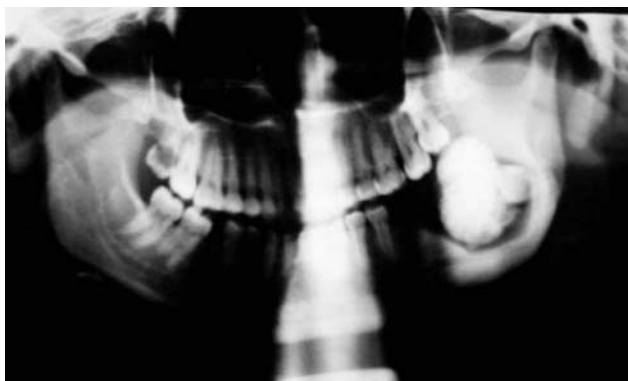


Figura 3 - Radiografia panorâmica: imagem radiopaca envolvendo o ângulo, parte do corpo e ramo mandibular



Figura 4 - Telerradiografia de perfil: imagem radiopaca bem definida na região da lesão

Diante dos aspectos clínico e radiográfico, a hipótese diagnóstica foi de odontoma complexo. Programaram-se a excisão da lesão por um acesso intrabucal e a instalação de barras de Erich, com o objetivo de manter a fixação intermaxilar e evitar possível fratura de ângulo mandibular no pós-operatório (Fig. 5). A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico sob anestesia geral, pois, caso ocorresse fratura patológica, seria reduzida e fixada no mesmo ato. A lesão foi removida sem intercorrências, sendo a peça (Fig. 6) encaminhada ao exame anatomopatológico, o qual confirmou o diagnóstico de odontoma complexo. O período pós-operatório transcorreu sem problemas (Fig. 7 e 8), mantendo-se a barra associada a elásticos por trinta dias para diminuir as chances de fratura.



Figura 5 - Instalação de barras de Erich e remoção do dente incluído



Figura 6 - Lesão removida e encaminhada para exame anatomopatológico

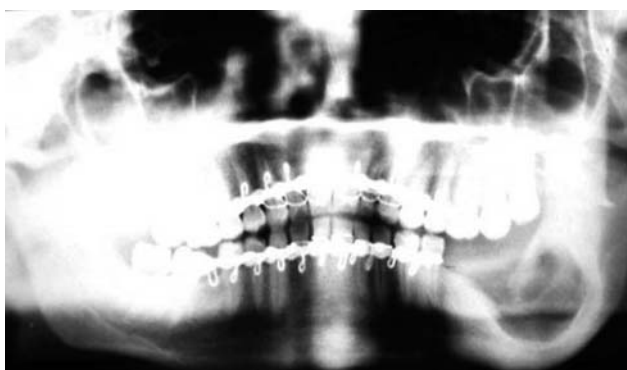


Figura 7 - Pós-operatório: barra associada a elásticos por trinta dias



Figura 8 - Pós-operatório: evolução sem recorrências

A paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a publicação do presente trabalho.

Discussão

Neste relato, a lesão foi encontrada em paciente do sexo feminino, com trinta anos, dado que difere da literatura, já que parece haver uma predileção maior de odontomas complexos pelo sexo masculino⁹. Da mesma forma, em relação à época de vida, a literatura afirma que os odontomas podem acometer qualquer idade, no entanto apenas 10% dos casos aparecem em pacientes com mais de quarenta anos⁹.

A região mais comumente afetada pelos odontomas complexos é a posterior de mandíbula, ao passo que os odontomas compostos são mais diagnosticados na região anterior de maxila⁵. Esta afirmação é compatível com o caso apresentado, já que a enfermidade estava situada em corpo mandibular, estendendo-se à região de ângulo.

De acordo com relato da paciente, que procurou atendimento odontológico em razão da expansão óssea causada pela lesão, o desenvolvimento era de aproximadamente três anos. Essa informação difere da literatura, que afirma que os odontomas são tumores benignos de crescimento autolimitante, geralmente diagnosticados em exames radiográficos de rotina, ou para verificar a causa da não-erupção de um dente¹.

O odontoma ora estudado apresentou tamanho médio de 7 cm, podendo, dessa maneira, ser considerado grande, uma vez que geralmente são pequenos, segundo a literatura, e raramente excedem o

tamanho de um dente na área onde estão localizados¹. Ocasionalmente, porém, odontomas com mais de 6 cm de diâmetro são observados e podem causar a expansão dos maxilares².

O mecanismo de erupção dos odontomas parece ser diferente da erupção dentária em virtude da ausência de ligamento periodontal no odontoma. Desse modo, a força requerida para mover um odontoma não é dada pela contração dos fibroblastos, como no caso dos dentes. Embora não ocorra formação de raiz no odontoma, este cresce progressivamente, podendo causar sequestro do osso subjacente e, então, erupção oclusal. O aumento do tamanho do odontoma algumas vezes produz força suficiente para causar reabsorção óssea¹⁰.

A literatura corrente relata apenas 12 casos de odontomas erupcionados¹¹. No presente estudo, foi possível visualizar clinicamente o odontoma por ter erupcionado. Esta característica permite classificá-lo como "odontoma complexo atípico".

A radiografia panorâmica mostrou imagem radiopaca bem delimitada estendendo-se à região de ângulo mandibular. Achados literários^{3,12} relatam que o estágio de desenvolvimento do odontoma pode ser identificado na radiografia. O primeiro estágio é caracterizado por radiolucidez semelhante ao tecido dental calcificado; o segundo, ou intermediário, exibe calcificação parcial; o terceiro estágio mostra, predominantemente, tecido calcificado circunscrito por halo radiolúcido^{4,13}.

O diagnóstico diferencial dos odontomas complexos inclui cementoblastoma, osteoma osteóide e lesões fibro-ósseas, como fibroma cemento-ossificante^{4,10,13}, embora, quando bem caracterizado, o seu diagnóstico seja quase inconfundível.

O tratamento planejado para o caso foi a remoção cirúrgica (exérese) da lesão, é unânime na literatura^{2,14}. O acompanhamento do caso foi feito pelo período de um ano, durante o qual não se notaram indícios de recidiva, fato que concorda com relatos anteriores².

Considerações finais

O caso clínico em questão permite as seguintes afirmações:

- a região mais comumente afetada pelos odontomas complexos é a posterior de mandíbula;
- os odontomas complexos geralmente apresentam um aspecto radiográfico típico em razão de sua opacificação sólida em relação aos dentes;
- se não removidos, os odontomas podem aflorar na cavidade bucal;
- o aspecto clínico de erupção identifica a lesão apresentada como atípica;
- o tratamento para os odontomas é a exérese, sendo o prognóstico favorável.

Abstract

Odontomas are the most common odontogenic tumors. They are considered hamartomas (development anomaly), comprised of many dental tissues such as enamel, dentin, cementum, and pulp. Odontomas can be classified as complexes when they present tissue disorganization; or compounds, when the dental tissues are organized. The present report describes a case of a 30-year-old female who looked for dental care because of a mouth lesion, involving the mandible left molar region, related to a volume increase on the extra-oral region. By confronting clinical and radiological characteristics and the patient's report on the lesion evolution, it was possible to diagnose it as a type of complex odontoma. The same lesion was defined as atypical because it was erupted in the oral cavity. The lesion was surgically removed, and the treatment successful.

Key words: Odontoma. Erupted odontoma. Odontogenic tumors.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JF. Patologia Oral & Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Pasler FA, Visser H. Radiologia Odontológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.
3. Regezzi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal – correlações clínico patológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
4. Wood NK, Goaz PW, Lehnert J. Mixed radiolucent – radiopaque lesions associated with teeth. In: Wood NK, Goaz PW, editors. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. Singapore: Harcourt Brace & Company Asia Pte Ltd; 1998. p. 289-314.
5. Cohen DM, Bhattacharyya I. Ameloblastic fibroma, ameloblastic fibroodontoma, and odontoma. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2004; 16(3):375-84.
6. Philipsen HP, Reichart PA, Prateorius F. Mixed odontogenic tumors and odontomas. Considerations on interrater agreement. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 1997; 33:86-9.
7. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J. Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features. Quintessence Int 2004; 35(8):641-5.
8. Worth HM. Odontomes and cysts of the jaws. In: Principles and practice of oral radiographic interpretation. Chicago: Year Book Medical; 1963. p. 420-4.
9. Buchner A. The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: an analysis of 215 cases. J Oral Maxillofac Surg 1996; 49:330.
10. Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai MK. Large erupting complex odontoma: a case report. JCDA 2007; 73(2):169-72.
11. Junquera L, De Vincente JC, Roig P, Olay S, Rodriguez-Recio O. Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: an unusual pathology. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10(3):248-51.
12. Guinza JL, Kaplan MA. Peripheral soft tissue odontomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 69(3):406-11.
13. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytes L, Gay Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. Med Oral 2003; 8(5):366-73.
14. Boraks S. Diagnóstico Bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

Endereço para correspondência

Patrícia dos Santos Cé
Rua Theodoro Holtrup, 89 / 507
89035-300 Blumenau - SC
Fone: (47) 3035-7092
E-mail: patysce@gmail.com

Recebido: 08/01/2008 Aceito: 15/05/2008