

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**HERMANO DE SOUSA
RAFAEL PEREIRA DE ANDRADE**

RELATO DE CASO CLÍNICO: ODONTOMA COMPLEXO.

UBERABA - MG
2019

**HERMANO DE SOUSA
RAFAEL PEREIRA DE ANDRADE**

RELATO DE CASO CLÍNICO: ODONTOMA COMPLEXO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Christiano Marino Correia.

UBERABA - MG
2019

S85r Sousa, Hermano de.
 Relato de caso clínico: odontoma complexo / Hermano de
 Sousa, Rafael Pereira de Andrade. – Uberaba, 2019.
 23 f. : il. color.

 Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
 Curso de Odontologia, 2019.

 Orientador: Prof. Dr. Christiano Marinho Correia.

 1. Odontologia. 2. Tumores odontogênicos. I. Andrade, Rafael
 Pereira de. II. Correia, Christiano Marinho. III. Universidade de
 Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

**HERMANO DE SOUSA
RAFAEL PEREIRA DE ANDRADE**

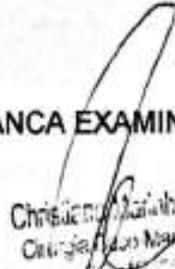
RELATO DE CASO CLÍNICO: ODONTOMA COMPLEXO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Odontologia da Universidade de
Uberaba como parte das exigências para a
obtenção do título de Cirurgião-dentista.

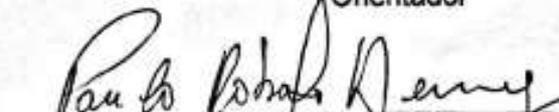
Orientador: Prof. Dr. Christiano Marino Correia.

Aprovado em: 27/10/19

BANCA EXAMINADORA


Christiano Marino Correia
Cirurgião Dentista - Maxilo-Facial

Prof. Dr. Christiano Marino Correia.
Orientador


Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique
Banca Examinadora

RESUMO

O Odontoma é uma patologia oral oriunda durante a odontogênese que, por diversos fatores, ocorre uma má formação dos tecidos dentários. O odontoma é composto por dentina, esmalte, cimento e polpa. Sua classificação consiste em odontoma composto ou complexo, sendo uma nomenclatura para as diferentes formas de organização dos tecidos. O odontoma composto possui como principal característica a presença de vários dentículos em seu interior, já o odontoma complexo é marcado por uma massa tecidual. O diagnóstico é feito através de exame clínico, radiográfico e podendo ser confirmado por exame histológico. O objetivo deste trabalho é, portanto, apresentar um caso clínico, de um tratamento cirúrgico do odontoma complexo. Para a confecção deste trabalho, utilizamos técnicas cirúrgicas e referências bibliográficas. Ao final dos procedimentos, pôde-se concluir que o tratamento cirúrgico do odontoma complexo com a remoção total da lesão e encaminhado para o exame anatomo-patológico é a melhor opção para intervenção do caso clínico.

Palavras-chave: Odontoma, dentículos, massa tecidual.

ABSTRACT

Odontoma is an oral pathology originated during odontogenesis, which, by several factors, occurs a poor formation of dental tissues. The Odontoma is composed of dentin, enamel, cemento and pulp. Its classification consists of compound or complex odontoma, being a nomenclature for the different forms of tissue organization. The compound Odontoma has as its main characteristic the presence of several denticles inside, already the complex Odontoma is marked by a tissue mass. The diagnosis is made through clinical examination, radiographic and can be confirmed by histological examination. The objective of this work is, therefore, to present a clinical case of a surgical treatment of the complex odontoma. For the preparation of this work, we used surgical techniques and bibliographical references. At the end of the procedures, it was concluded that the surgical treatment of the complex odontoma with the total removal of the lesion and forwarded to the Anatomico-pathological examination is the best option for intervention of the clinical case.

Keywords: Odontoma, denticles, tissue mass.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO GERAL	09
3 MATERIAIS E MÉTODOS	10
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O Odontoma é classificado como um tumor odontogênico originado das malformações durante a odontogênese. Porém, de acordo com a evolução clínica da lesão, ela é mais denominada anomalia de desenvolvimento (hamartoma) do que um tumor propriamente dito (JAEGER, 2012).

Sua etiologia é multifatorial, sendo um conjunto de perturbações tais como traumas, infecções, mutações genéticas, desordens no ritmo celular dentário ou alterações em genes controladores do desenvolvimento dentário (DEL RÍO; SIRMENDOZA; CARBAL-GONZÁLEZ, 2017).

Segundo Martinovic-Guzmán (2017), o odontoma é uma malformação local cuja prevalência é de 20% entre os tumores de origem dentária.

Geralmente são lesões assintomáticas, sem predileção por gênero, acometendo preferencialmente indivíduos entre 20 e 30 anos, podendo estar associado com elementos dentários inclusos, casos de anodontia, deslocamento dentário, expansão da cortical, aumento de volume local e/ou processos infecciosos. Outros sintomas incluem parestesia do lábio inferior e edema da área afetada (CÉ et al., 2013).

O odontoma composto advém dos brotos epiteliais que formarão um número de folículos dentários que darão origem à formação dos dentes. Portanto, o resultado será vários denticulos mal formados, tendo um tecido conjuntivo fibroso unindo os componentes epiteliais e mesenquimais. Sua localização mais frequente ocorre na região anterior da maxila (TOMMASI, 2013).

O odontoma complexo, localizado com maior frequência na região posterior da maxila e mandíbula, são peculiar a dentina primária e esmalte inalterado ou com pouca calcificação. Há uma organização celular epitelial deficiente, de modo que não reproduzem a morfologia dentária e uma membrana fibrosa, oriunda dos componentes mesenquimais que envolve toda a massa tecidual (DIEGO; PABLO; EDUARDO, 2009).

Além das classificações quanto às suas alterações morfo-histológica, o odontoma pode ser catalogado quanto à sua localização, isto é, central quando se encontra no interior do osso ou periférico quando se localiza no interior dos tecidos moles que cobrem os dentes e tendem a esfoliar (PATIL, RAMESH e KALLA, 2012).

Histologicamente, encontra-se no odontoma composto múltiplos dentículos, sendo esmalte, dentina, polpa e cimento envoltos por um tecido fibroso. No odontoma complexo, sua composição envolve todos os tecidos dentários, com prevalência em dentina, tendo pequenas quantidades de esmalte (NEVILLE, 2009).

O exame radiográfico é uma das principais formas de diagnóstico, sendo o odontoma composto evidenciado por uma imagem radiopaca de diversos dentículos de tamanhos e formas diferentes, circunscrito por uma halo radiolúcido, sendo raramente confundido durante o diagnóstico diferencial. Já o odontoma complexo apresenta-se como uma massa radiopaca amorfa envolvida também por uma margem radiolúcida. (PRADO, 2004).

O diagnóstico diferencial baseia quanto a localização da lesão, tendo a osteíte focal residual, cementoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor odontogênico adenomatoide, dentes supranumerários, fibroma cementificante ou osteoblastoma benigno quando a lesão está localizada entre as raízes. Se a lesão estiver localizada na região pericoronária, o diagnóstico diferencial inclui tumor odontogênico adenomatoide, tumor odontogênico epitelial calcificante, fibrodentinoma ameloblástico ou odontoameloblastoma (PIRES et al., 2013).

Tumores ósseos como o osteoma osteoide, osteoblastoma, cementoblastoma e fibroma cimento-ossificante podem se assemelhar radiograficamente aos odontomas, devendo estes serem avaliados durante o diagnóstico diferencial (PIRES et al., 2013).

2 OBJETIVO GERAL

Apresentar um caso clínico de um odontoma complexo que foi tratado no Hospital Universitário Mário Palmério da Universidade de Uberaba, com foco no diagnóstico precoce e formas de tratamento.

3 MATÉRIAS E MÉTODOS

Paciente J.O.P., gênero feminino, 20 anos de idade, habitante de Frutal –MG. A paciente apresentava queixa de “ uma massa branca, rugosa na boca do lado direito em baixo”.

Durante o exame clínico observamos a presença de um aparelho ortodôntico fixo e na região pósterio-inferior mandibular direito uma lesão assintomática esbranquiçada, com aspecto grumoso, exposta na cavidade oral, medindo em média de 1 cm de largura, havendo leve secreção purulenta e firme à palpação, sendo características sugestivas de odontoma (Figura 1).

Na anamnese foi constatado que a lesão já estava presente no início do tratamento ortodôntico.

Portanto, a paciente foi encaminhada para avaliação via Sistema Único de Saúde (SUS) no Hospital Universitário Mário Palmério da Universidade Uberaba.



Fig. 1 Imagem inicial do caso (lesão esbranquiçada em região posterior mandibular).

Foi solicitado exame radiográfico panorâmico pelo o qual foi possível observar uma massa intensamente radiopaca, medindo 3 cm x 3 cm, delimitada por um halo radiolúcido, estendendo desde a distal do 2º pré-molar até região de ângulo e corpo mandibular, desviando a erupção de um molar permanente para a região basilar da mandíbula. Em seu interior, há várias estruturas calcificadas com densidade

radiográfica semelhante as estruturas dentárias, sendo imagem sugestiva de odontoma complexo (Figura 2).

Constatou a ausência de 2 molares permanentes no 4º quadrante, levando a hipótese de estarem envolvidos com a formação da lesão durante a odontogênese. Observou-se a presença de aparelho ortodôntico fixo no arco superior e inferior (Figura 2).

As hipóteses de diagnóstico diferencial são de osteoma, displasia cemento-óssea, fibro-odontoma ameloblástico e odontoameloblastoma. Porém, o osteoma possui morfologia ovóide e não há presença de halo radiolúcido, a displasia cemento-óssea está mais relacionada com raízes, já o fibro-odontoma ameloblástico apresenta lesões multi-loculares radiolúcidas com áreas radiopacadas e o ameloblastoma possui rápido crescimento e causa reabsorção radicular dos dentes adjacentes.



Fig. 2 Imagem inicial do caso (radiografia panorâmica).

Para melhor localização e delimitação da lesão foi realizado uma tomografia computadorizada sem contraste da mandíbula em plano axial, tal lesão mensurando aproximadamente 3,19cm x 2,07cm (Figura 3).



Fig.3 Imagem inicial do caso (tomografia computadorizada – corte axial).

Procedeu-se inicialmente, sob anestesia geral com intubação naso-endotraqueal uma incisão linear da região retromolar à região de 1º pré-molar, sendo feita a exérese por meio intra-oral (Figura 4).



Fig.4 Imagem cirúrgica (exposição da lesão).

A lesão foi segmentada com broca cirúrgica para facilitar sua remoção, bem como controlar a força extratora e um possível transoperatório de fratura mandibular

(Figura 5 e 6). Após a remoção da lesão por completa, foi extraído o dente impactado, porém houve uma fratura radicular, no qual impossibilitou o acesso e sua remoção, sendo, neste caso, indicado o sepultamento radicular (Figura 7).

Em seguida, foi feita a regularização das espículas ósseas com as limas para osso, a curetagem da loja óssea com cureta de Lucas, a fim de remover quaisquer resquícios da patologia e a utilização de soro fisiológico para a lavagem e remoção de equírolas ósseas.

Realizou-se a síntese do tipo contínua na incisão retilínea e do tipo simples na incisão relaxante, ambos com o porta-agulha e fio nylon 5-0 (ETHICON®).



Fig.5 Imagem cirúrgica (divisão da lesão).



Fig.6 Imagem cirúrgica (remoção da lesão e localização de um elemento dental).



Fig.7 Imagem cirúrgica (exodontia do elemento dental).

O material retirado foi imerso em formol e encaminhado para o setor de exame histopatológico da Universidade de Uberaba, no qual confirmou o diagnóstico de odontoma complexo (Figura 8).



Fig.8 Imagem cirúrgica (odontoma complexo).

A paciente retornou ao ambulatório do serviço após 30 dias de pós operatório com radiografia panorâmica e, clinicamente, não houve assimetria facial, queixa de dor ou desconforto na região (Figura 9). A mucosa da região apresentava-se com aspecto saudável e sem alteração de cor (Figura 10).



Fig.9 Imagem pós-operatória de 30 dias.



Fig.10 Imagem pós-operatória de 30 dias.

Com 6 meses de pós operatório, foi solicitado o retorno do paciente ao ambulatório do serviço munido de radiografia panorâmica para controle, podendo ser observado na imagem a neo-formação óssea (Figura 11). No aspecto intra-oral, houve uma cicatrização favorável, sem quaisquer intercorrências (Figura 12).



Fig.11 Imagem pós-operatória de 6 meses.



Fig.12 Imagem pós-operatória de 6 meses.

4 RESULTADO

Por meio deste caso, pode-se constatar que o diagnóstico e tratamento precoce evitaria um tratamento mais complexo, com riscos de intercorrências no trans e pós operatório, como exemplo as fraturas mandibulares, o uso de placas e barras rígidas, as amarras interdentais e além de maior preservação de estruturas orais.

5 DISCUSSÃO

O odontoma complexo relatado tem um prognóstico favorável, devido a lesão não possuir um risco de malignização bem como sua recidiva que é praticamente nula (CÉ et al., 2009). O aumento progressivo do odontoma causa uma força suficiente, capaz de gerar a reabsorção óssea (VENGAL et al., 2007).

Com riscos presentes no transoperatório e pós-operatório de fratura patológica da mandíbula, o tratamento em ambiente hospitalar sob anestesia geral, pode-se ter uma segurança maior, visando que neste momento a equipe encontra-se preparada para reparo de fratura (PIRES et al., 2013).

O plano de tratamento dos odontomas complexos envolvem fatores como a extensão e local da lesão, bem como o remanescente ósseo. O tratamento proposto foi a remoção total da lesão (Neville, 2016).

Apesar de o tratamento do odontoma ser conservador cirúrgico e relativamente simples a sua remoção pela facilidade de clivagem, pode haver a necessidade, em alguns casos, de reparação da área óssea operada (JAEGER et al., 2012).

A necessidade de acesso extra ou intraoral em lesões que cuja localização é em região mais posterior e extensas, sendo, o acesso extraoral obter um transoperatório mais satisfatório cujo o risco de fratura ser eminente, com uma redução e fixação facilitada da fratura (CASAP et al., 2006).

No entanto, acesso extraoral pode-se ter um procedimento mais invasivo com o riscos mais evidentes de cicatrizes antiestéticas indesejáveis ao paciente, ocasionando uma grande limitação por parte do paciente em relação a esta opção de tratamento (NETO; CAPELLA, 2011). Por isso, foi utilizado o acesso intra-oral

Além disso, avaliou-se as opções de tratamento, como colocação de barra de Erich e elástico para bloqueio maxilo-mandibular por um período de 30 dias, devido a fragilidade desse remanescente ósseo (MENDONÇA et al., 2009).

De acordo com Kuramochi et al., (2006), havendo a necessidade de bloqueio maxilo-mandibular nas grandes reconstituições ósseas, no período de 3 a 6

semanas, pode haver, resistência por parte do paciente em relação a proposta terapêutica.

Em casos com lesões extensas opta-se pelo procedimento de segmentação da lesão em fragmentos menores, desta forma, controlando a força no momento da exérese com isso reduzir significativamente o risco de fratura patológica da mandíbula (MENDONÇA et al., 2009).

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 mastigatória (PEREIRA; MICELI; LOURO, 2015).

Em casos de grande destruição óssea é necessário o uso de enxertos ou retalhos com tecido ósseo além de implantes e sofisticadas técnicas cirúrgicas com equipes multidisciplinares (MONTORO et al., 2008). Porém, este não foi o tratamento de escolha devido ao local estar infectado, elevando o índice de rejeição do enxerto (ROCHA, et al., 2015).

A exérese cirúrgica da patologia é o tratamento de eleição para o odontoma, no entanto, em alguns casos pode ser mais complexo, necessitando de enxertos ósseos ou até mesmo colocação de placas e barras fixadoras em casos de fraturas mandibulares (TURVEY; COSTELLO; RUIZ, 2014).

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a partir do caso apresentado, o odontoma complexo pode chegar a grandes dimensões na região maxilofacial. Portanto, o diagnóstico precoce da lesão patológica relacionado a um plano de tratamento efetivo pode evitar o paciente a submeter a procedimentos múltiplos, com maior índice de insucesso.

REFERÊNCIAS

- CASAP, N. *et al.* Removal of odontoma of by sagittal Split osteotomy. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 64, n. 12, 2006.
- CÉ, Patrícia dos Santos *et al.* Odontoma complexo – relato de caso clínico atípico. **RFO.** v. 14, n. 1, 2009.
- JAEGER, Filipe *et al.* Odontoma composto – relato de caso clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 53, n. 4, 2012.
- MARTINOVIC-GUZMAN, Gonzalo *et al.* Odontoma Compuesto: Diagnóstico y Tratamiento Reporte de Casos & Revisión de la Literatura. **Int. J. Odontostomat.** Temuco, v. 11, n. 4, 2017.
- MONTORO, José Raphael de Moura Campos *et al.* Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 74, n. 1, 2008.
- NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia oral & maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elseiver, 2016.
- PATIL, Santosh; RAMESH, D. N. S. V; KALLA, A. R. Complex odontoma: report of two unusual cases. **Braz. J. Oral Sci.** Piracicaba, v. 11, n. 4, 2012.
- PEREIRA, L. C.; MICELI, A. L. C.; LOURO, R. S. Odontoma complexo extenso em mandíbula – Revisão e Relato. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** Camaragibe, v.15, n.4, 2015.
- PIRES, Willian Ricardo *et al.* Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. **Rev. odontol. UNESP.** Araraquara, v. 42, n. 2, 2013.
- PRADO, Roberto; SALIM, Martha. **Cirurgia Bucomaxilofacial.** 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.
- PUELLO DEL RIO, Edwin; SIR-MENDOZA, Francisco Javier; CARBAL-GONZALEZ, Adriana Cristina. Odontomas: reporte y serie de casos clínicos. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena 2010-2015. **Rev. Odont. Mex.** México, v. 21, n. 3, 2017.
- ROCHA, Julierme Ferreira *et al.* Enxerto ósseo mandibular, complicações associadas às áreas doadoras e receptoras, e sobrevivência de implantes dentários um estudo retrospectivo. **Rev. Odontol UNESP**, 2015, Nov-Dec; 44(6):340-344.
- TOMMASI, Maria Helena. **Diagnóstico em Patologia Bucal.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elseiver, 2013.

VAZQUEZ, J. D; GANDINI, C. P.; CARBAJAL, E. E. Odontoma localizado dentro del conducto dentario inferior: diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. **Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.** Barcelona, v. 31, n. 4, 2009.

VENGAL, M. *et al.* Large erupting complex odontoma: a case report. **J Can Dent Assoc.** v. 73, n. 2, 2007.