

Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso

Large proportion of complex odontoma in mandibular ramus: case report

Willian Ricardo PIRES^a, Joel MOTTA-JUNIOR^a,
Ligia Pozzobon MARTINS^b, Glaykon Alex Vitti STABILE^b

^aCurso de Odontologia, Clínica Odontológica Universitária, UEL – Universidade Estadual de Londrina, 86020-121 Londrina - PR, Brasil

^bDepartamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, UEL – Universidade Estadual de Londrina, 86020-121 Londrina - PR, Brasil

Resumo

Introdução: O odontoma é o tumor odontogênico mais comum, sendo considerado também como hamartoma. Sua classificação é baseada na morfologia apresentada, podendo ser classificado como composto, quando apresenta múltiplos denticulos, ou complexo, no caso de uma massa disforme. São geralmente diagnosticados em exames radiográficos de rotina e associados ao atraso no irrompimento dentário. **Objetivo:** Revisar a literatura acerca desse tipo de tumor odontogênico, bem como relatar o caso clínico de um paciente portador de odontoma complexo de grandes proporções envolvendo a região de ramo mandibular.

Descritores: Anormalidades dentárias; tumores odontogênicos; neoplasias mandibulares.

Abstract

Introduction: The odontoma is the most common of the odontogenic tumor and is considered also by some author as a hamartoma. The classification is based on the morphology shown, may be compound when presenting multiple denticles or complex in the case of an amorphous mass. In most cases are asymptomatic and diagnosed by findings on routine radiographic exam, often associated with delayed tooth eruption. **Objective:** The aim of this article is to review the literature and report a case of a patient with complex odontoma involving the left mandibular ramus region.

Descriptors: Tooth abnormalities; odontogenic tumors; mandibular neoplasms.

INTRODUÇÃO

O termo 'odontoma' foi primeiramente introduzido por Paul Broca, em 1863, para descrever os tumores benignos de origem odontogênica¹. Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde², os odontomas são classificados como tumores odontogênicos benignos mistos, em função da sua origem a partir de células epiteliais e mesenquimais, exibindo diferentes estruturas de tecido dentário³ (esmalte, dentina, cemento e polpa). Por causa de sua lenta progressão, alguns autores⁴⁻⁶ não acreditam nas características de neoplasia verdadeira, uma vez que seguem mecanismos semelhantes aos observados durante a odontogênese, ou seja, na grande maioria das vezes, o seu crescimento cessa quando o processo de mineralização é completado^{4,5}. Sua etiologia ainda é desconhecida. No entanto, estudos apontam que trauma local⁶⁻⁹, infecção⁶⁻⁹, pressão⁹, crescimento e mutações genéticas no mecanismo de controle de um ou mais genes originam distúrbios no desenvolvimento dos dentes⁹, constituindo os prováveis fatores etiológicos dos odontomas.

Os odontomas são os mais comuns dos tumores odontogênicos, correspondendo à cerca de 22%^{10,11}, não apresentando predileção por gênero^{12,13} e sendo diagnosticados principalmente na segunda década de vida. Geralmente, são assintomáticos e identificados em exames rotineiros de imagem, podendo ocasionalmente estar associados a elementos dentários inclusos ou retidos, aumento de volume local e/ou processos infecciosos¹⁴⁻¹⁶.

Quanto à sua classificação, podem ser do tipo composto ou complexo, de acordo com suas características morfológicas^{4,5}. O odontoma composto ocorre da divisão da papila dentária normal em duas ou mais, originando estruturas semelhantes aos elementos dentários, denominadas denticulos, que geralmente estão envoltos por uma matriz fibrosa frouxa; o odontoma do tipo composto apresenta predileção pela região anterior da maxila^{4,5,17,18}. Diversamente, no odontoma complexo, os tecidos odontogênicos estão dispostos de maneira desordenada, constituindo-se de

dentina primária ou imatura como componente predominante; é envolvido por tecido conjuntivo fibroso e apresenta predileção pela região posterior da mandíbula^{5,18}.

Radiograficamente, os odontomas apresentam radiopacidade bem definida, com densidade maior do que a do tecido ósseo adjacente e semelhante à dentária. No odontoma composto, observam-se várias estruturas semelhantes a dentes de tamanho reduzido envolvidos por área radiolúcida, característica considerada por muitos autores^{1,19} como imagem radiográfica patognomônica do odontoma composto. O odontoma complexo, por sua vez, apresenta-se como uma massa radiopaca irregular delimitada por área radiolúcida^{16,19}, promovendo a necessidade do estabelecimento do diagnóstico diferencial.

Ainda, casos de lesões localizadas entre raízes dentárias estão incluídos no diagnóstico diferencial a osteíte focal residual, cementoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor odontogênico adenomatoide, dentes supranumerários, fibroma cementificante ou osteoblastoma benigno. Se a lesão estiver localizada na região pericoronária, o diagnóstico diferencial inclui tumor odontogênico adenomatoide, tumor odontogênico epitelial calcificante, fibrodentinoma ameloblástico ou odontoameloblastoma. Os tumores ósseos que podem se assemelhar radiograficamente com o odontoma complexo são osteoma osteoide, osteoblastoma, cementoblastoma e fibroma cimento-ossificante²⁰.

O tratamento preconizado, tanto para o odontoma complexo quanto para o composto, é a remoção cirúrgica por meio dos princípios de exodontia de elementos dentários inclusos⁹; por serem separados do osso por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso, esses odontomas geralmente são facilmente removidos²⁰.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 59 anos, procurou atendimento com queixa principal de 'dor no lado esquerdo do rosto'. Na história da doença atual (HDA), relatou que havia 11 anos tinha procurado atendimento odontológico, em que foi diagnosticado com odontoma complexo em ramo mandibular esquerdo, tendo como tratamento proposto, na época, a cirurgia cosmética em ramo mandibular; nesta, foram realizados os seguintes procedimentos: osteotomia na região da lesão, exodontia do dente 38, duas plastias do odontoma em ocasiões distintas e curetagem da região. Na avaliação intrabucal, constataram-se aumento de volume e úlcera traumática em região de ramo mandibular esquerdo, além da exposição de tecido duro em cavidade bucal (Figura 1). A realização de radiografia panorâmica demonstrou uma massa radiopaca extensa, delimitada por uma área radiolúcida, acometendo a porção anterior do ramo mandibular esquerdo (Figura 2).

De acordo com os dados clínicos e radiográficos, a hipótese diagnóstica foi de odontoma complexo em ramo mandibular esquerdo. Foi também solicitada tomografia computadorizada para avaliação da extensão do tumor (Figura 3).

O plano de tratamento foi a remoção cirúrgica do tumor em ambiente hospitalar sob anestesia geral, tanto para maior

conforto do paciente quanto pela possibilidade de tratamento imediato de uma eventual fratura mandibular em decorrência da exérese do tumor. No planejamento inicial, propôs-se realizar acesso intrabucal, aproveitando a área de exposição da lesão, e, por meio de instrumentos rotatórios, seccionar o tumor em porções menores, para facilitar sua clivagem e remoção, evitando-se assim osteotomias que aumentariam a fragilidade mandibular e/ou aplicação eventual de forças durante o ato operatório, pois a mandíbula, já fragilizada, poderia não suportar. Ainda foi considerada a realização de osteotomia sagital do ramo mandibular para acesso ao odontoma, caso não se conseguisse removê-lo por meio de seccionamento e clivagem. Para tanto, foi confeccionado guia cirúrgico de resina acrílica para restabelecimento da oclusão dentária bem como a instalação de aparato para bloqueio maxilomandibular transoperatório (barra de Erich), os quais poderiam auxiliar tanto na osteotomia sagital quanto na eventual necessidade de tratamento de uma fratura mandibular trans ou pós-operatória.

O paciente foi submetido à exérese do tumor por meio de seccionamento da lesão em múltiplos fragmentos, que foram facilmente destacados do tecido ósseo adjacente. A ausência de cortical óssea lingual e a presença de cápsula fibrosa recobrindo a massa de tecido duro facilitaram a remoção dos fragmentos sem a necessidade de osteotomias, que poderiam fragilizar o remanescente ósseo (Figuras 4 e 5). A lesão excisada foi enviada ao exame anatomopatológico, que confirmou a hipótese diagnóstica de odontoma complexo. Quanto ao pós-operatório, o quadro evoluiu

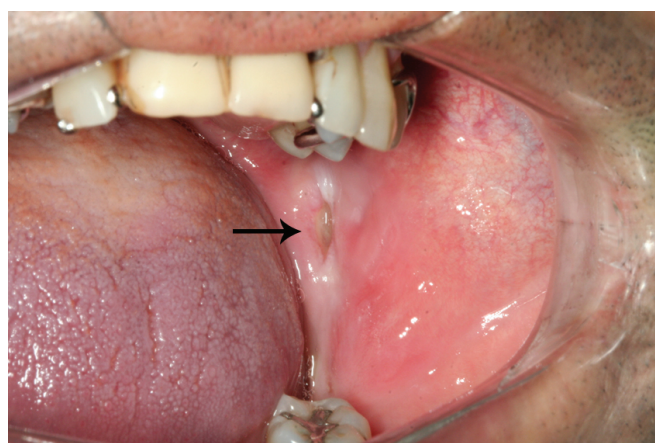


Figura 1. Avaliação intrabucal com exposição de parte da lesão em cavidade bucal (seta).

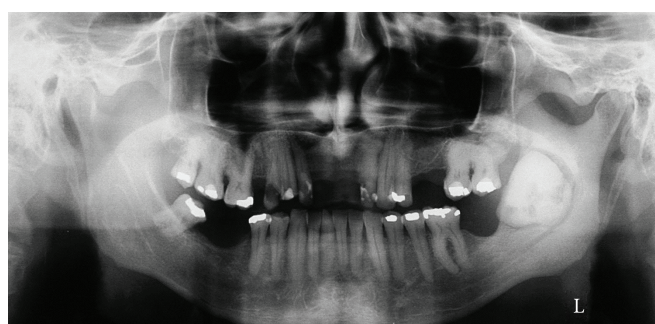


Figura 2. Radiografia panorâmica apresentando imagem radiopaca circunscrita por halo radiolúcido em ramo mandibular à esquerda.

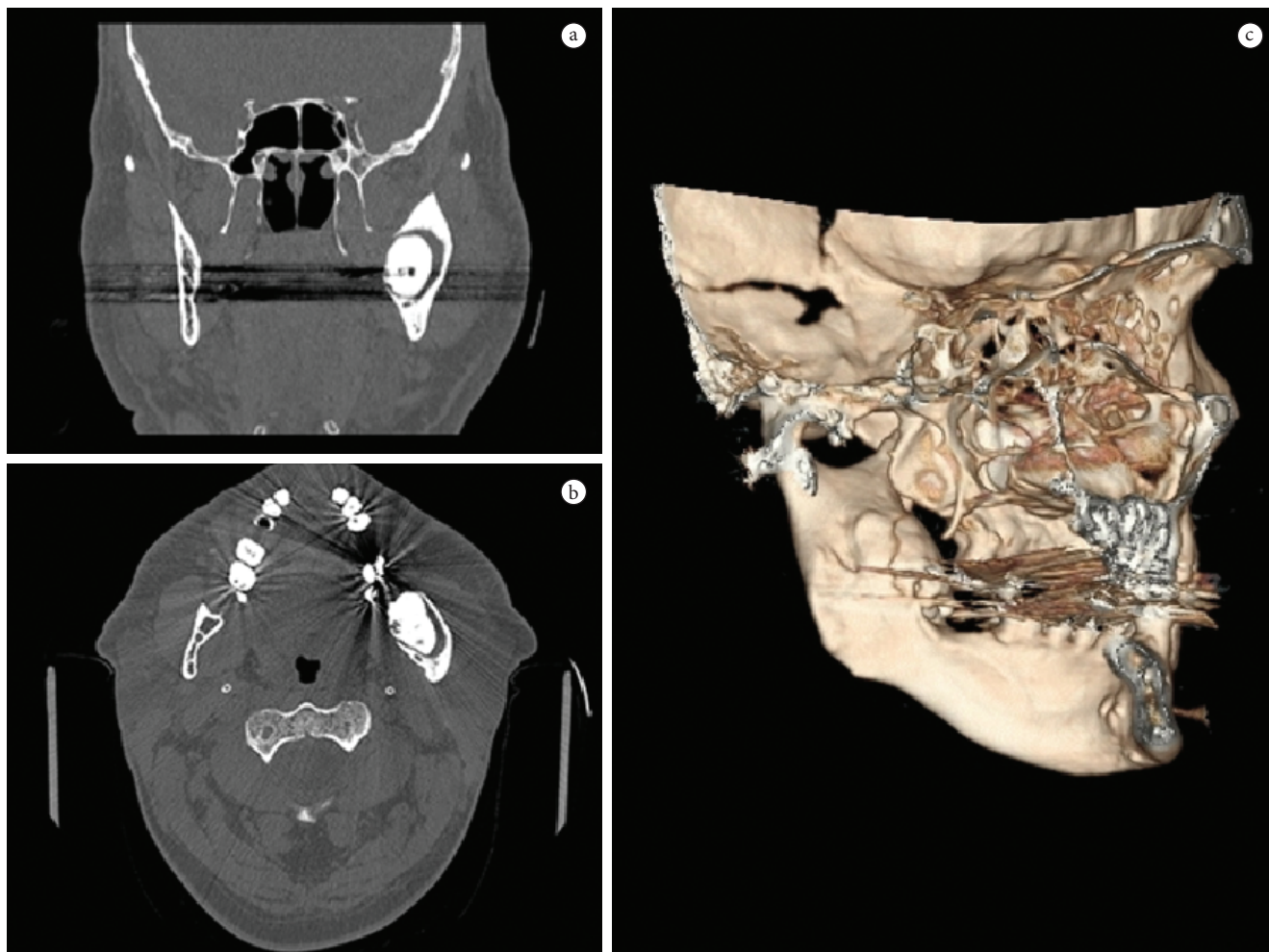


Figura 3. Exame de tomografia computadorizada evidenciando a extensão do tumor nos cortes coronal (a) e axial (b), e reconstrução 3D (c).

sem alterações funcionais ou sensoriais, e a barra de Erich foi mantida durante 30 dias para possível bloqueio maxilomandibular, caso houvesse uma eventual fratura patológica pós-operatória. Após seis dias da cirurgia, houve uma pequena deiscência de sutura na região onde o tecido mucoso foi suturado sem apoio de tecido ósseo, sendo o paciente orientado a realizar irrigações diárias com soro fisiológico 0,9% por meio de seringa Luer e agulha 40×12 sem bisel, até ocorrer a cicatrização por segunda intenção, a qual se deu de maneira gradativa no mês subsequente. A neoformação óssea local foi avaliada no controle pós-operatório por meio de radiografias panorâmicas periódicas (Figura 6).

DISCUSSÃO

O odontoma complexo apresenta predileção pela região posterior da mandíbula (59%)²⁰, assim como no caso descrito, que faz parte de um grupo atípico de odontomas complexos em razão da sua dimensão, cerca de 5 cm de comprimento, sendo que geralmente essas lesões variam de alguns milímetros até, no máximo, 3-4 cm^{5,16}. O paciente relatou ainda ter sido submetido a procedimentos anteriores, aos quais o mesmo se referiu como plastia ou desgaste da massa calcificada. No entanto, tais medidas demonstraram ser meramente paliativas, na medida em que o tumor evoluiu, com exposição parcial na cavidade bucal

seguidas vezes, o que pode ter contribuído para a sintomatologia dolorosa apresentada como queixa, situação incomum em odontomas, uma vez que a maioria permanece assintomática^{4,5}. Medidas paliativas ou preservação podem ser empregadas como forma de tratamento de tumores odontogênicos, a depender do diagnóstico estabelecido, do tamanho, da localização e do estado geral de saúde do paciente. Neste sentido, é fundamental estabelecer uma relação de risco-benefício do tratamento a ser instituído. No caso apresentado, o paciente não possuía contraindicação para ser submetido ao procedimento cirúrgico e a lesão, apesar do tamanho, da localização e dos riscos associados, era passível de remoção. Dessa forma, na opinião dos autores, continuar realizando plastias periódicas da lesão, além de não solucionar a questão da fragilidade mandibular – pois a lesão em si não contribui como estrutura de dissipação de cargas funcionais, pelo contrário, cria uma área considerável de osteólise –, ainda colocaria o paciente em risco de ser acometido por processos infecciosos locais. Há também de se considerar que o correto diagnóstico e o tratamento deste tipo de tumor devem ser realizados o mais precocemente possível, pois, com o desenvolvimento e/ou agravamento de problemas sistêmicos e alterações metabólicas inerentes à senilidade, a realização de medidas mais invasivas se torna mais preocupante.

Os odontomas apresentam crescimento lento^{7,9}, que geralmente cessa uma vez terminado o processo de mineralização das estruturas dentárias⁹. No entanto, o volume do tumor apresentado em idade avançada, o relato de realização de plastias prévias e o reaparecimento do tumor em cavidade bucal deixam algumas dúvidas sobre a cronologia da lesão: Há quanto tempo esta lesão estava presente? Em que momento ela cessou seu

crescimento? Ainda em relação à sua evolução, surgem outras dúvidas: Qual o papel que o trauma local pela mastigação, as alterações morfológicas da anatomia mandibular ou os processos inflamatórios desempenhariam na recidiva do quadro?

O tratamento de escolha foi ao encontro do relatado na literatura, optando-se pela excisão cirúrgica, que é o tratamento mais preconizado para os casos de odontoma^{7,9,20}. É importante

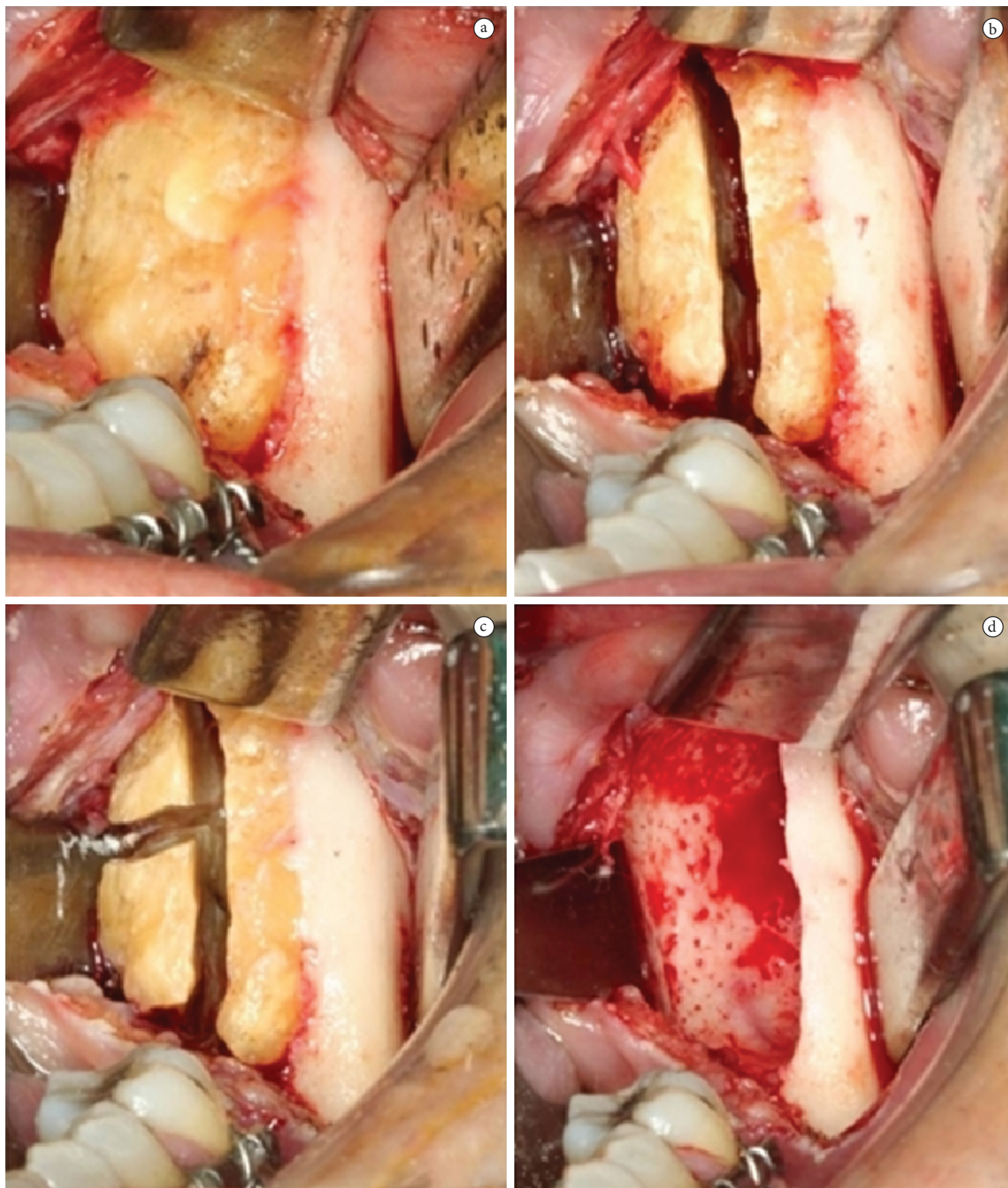


Figura 4. a) - Exposição do sítio cirúrgico. Nota-se a boa delimitação entre tecido ósseo sadio e tumor; b, c) - Apresentação das secções; d) - Loja cirúrgica após a exérese da lesão.

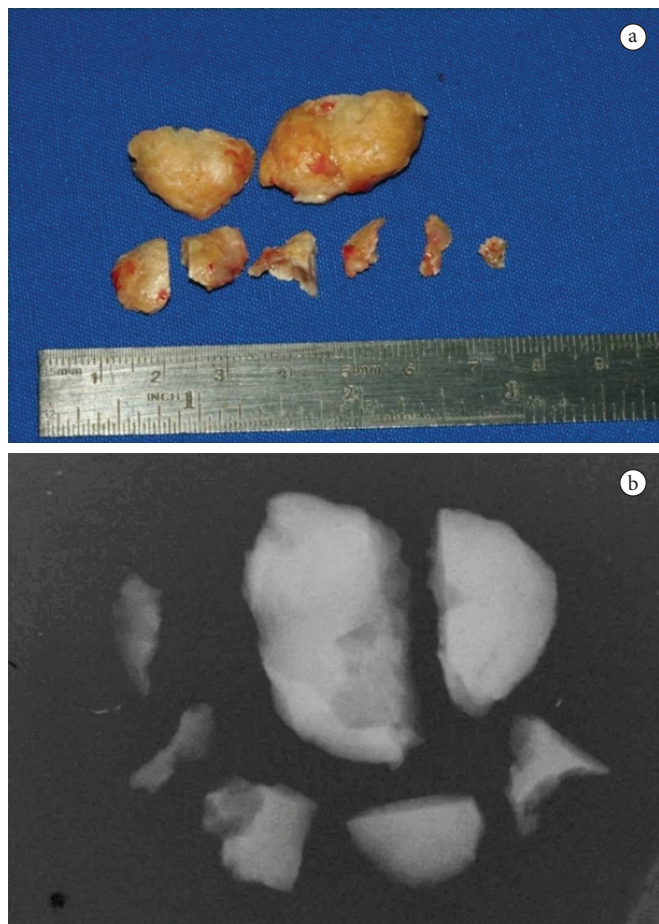


Figura 5. Peça cirúrgica. a) Fragmentos da lesão com coloração característica de dentina. b) Aspecto radiográfico do tumor.

afirmar que, em razão do tamanho e da localização da massa a ser removida, e da sua relação com estruturas nobres adjacentes, como o feixe vasculonervoso do nervo alveolar inferior e do nervo lingual, o paciente foi esclarecido sobre os riscos de lesão a tais estruturas, bem como eventual fratura mandibular trans e pós-operatória, requerendo, então, tratamento adicional.

Apesar de o procedimento relatado também ser de realização viável sob anestesia local em regime ambulatorial, o paciente foi operado em ambiente hospitalar sob anestesia geral, em função da possibilidade de fratura mandibular durante o ato cirúrgico ou no período pós-operatório¹⁵, bem como da possibilidade de realização de osteotomia sagital do ramo mandibular para

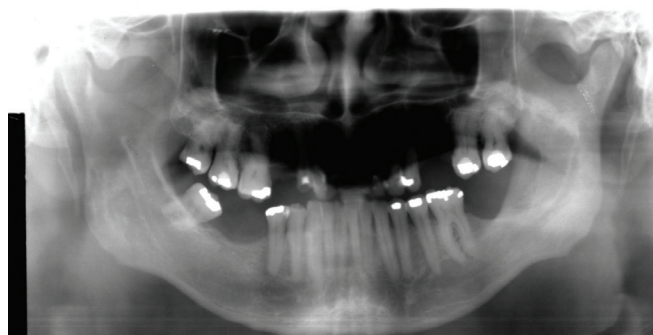


Figura 6. Radiografia panorâmica no controle pós-operatório de 14 meses.

remoção do tumor. O aparelho de contenção dentária foi mantido no pós-operatório por causa do risco de fratura mandibular tardia. Com a boa evolução e a adesão do paciente aos cuidados domiciliares, o mesmo foi removido após 30 dias da excisão do tumor.

Apesar de o ato cirúrgico ter evoluído sem acidentes ou complicações, e o plano de tratamento inicial ter sido suficiente para resolução satisfatória do caso, foi fundamental considerar, planejar e estar efetivamente preparado para abordagens alternativas. Note-se, também, que a equipe se encontrava apta, em ambiente adequado, para contornar eventuais acidentes e complicações. A realização de exames de imagens apropriados foi fundamental para a análise de riscos e benefícios, e para decidir o plano de tratamento e orientação do paciente. O paciente foi devidamente esclarecido sobre a sua condição, o plano de tratamento e os riscos inerentes, previamente à sua internação hospitalar.

Por meio deste caso, observou-se que os odontomas podem atingir grandes proporções. O diagnóstico precoce e o estabelecimento de um correto plano de tratamento podem evitar que o paciente seja submetido a procedimentos múltiplos. Devem-se considerar o estado de saúde geral do paciente, os aspectos locais, os riscos e os benefícios previamente à realização de um ato operatório. Todo paciente deve ser corretamente esclarecido e estar ciente da sua condição, e da possibilidade de acidentes e complicações, passíveis em decorrência do tratamento ou do não tratamento. É fundamental o preparo da equipe, além de o ambiente e os recursos mostrarem-se condizentes com o porte cirúrgico necessário.

REFERÊNCIAS

1. Henriksson CO, Kjellman O. Complex odontoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1964; 18: 64-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(64\)90259-2](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(64)90259-2)
2. Kramer IRH, MDS, Path FRC, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological typing of odontogenic tumours. A commentary on the second edition. *Cancer.* 1992; 70: 2988-94. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19921215\)70:12<2988::AID-CNCR2820701242>3.0.CO;2-V](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19921215)70:12<2988::AID-CNCR2820701242>3.0.CO;2-V)
3. King N, Wu I. The management of impacted teeth due to an odontoma. *Dent Asia.* 2002; 18-23.
4. Neville WB, Damm DD, Allen MC, Bouquot EJ. *Patologia oral & maxilofacial.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.
6. Veis A, Tziafas D, Lambrianidis T. A case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: clinical and microscopic evaluation. *J Endod.* 2000; 26: 477-9. PMID:11199784. <http://dx.doi.org/10.1097/00004770-200008000-00012>

7. Alves PM, Santos PPA, Cavalcanti AL, Queiroz LMG. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. Rev Odontol UNESP. 2008; 37: 357-61.
8. Mendonça JCG, Lima CMC, Böing F, Bento LA, Santos AA. Odontoma complexo gigante em corpo da mandíbula: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2009; 9: 67-72.
9. Cardoso LC, Miyahara GI, Magro Filho O, Garcia Junior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: relato de casos clínicos. Rev Odontol Araçatuba. 2003; 24: 47-51.
10. Bhaskar SN. Patologia bucal. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1976.
11. Kaneko M, Fukuda M, Sano T, Ohnishi T, Hosokawa Y. Micro-radiographic and microscopic investigation of a case of complex odontoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 85: 131-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104\(98\)90163-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104(98)90163-9)
12. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth – an overview of classification, diagnosis and management. J Can Dent Assoc. 1999; 65: 612-6. PMID:10658390.
13. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
14. Kuramochi MM, Vanti LA, Berenguel IA, Pereira WL, Zangrando D. Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. Rev Port Estomatol Medic Dent Cir Maxilofacial. 2006; 47: 35-40.
15. Cé PS, Prazeres C, Santos FE, Woltmann M. Odontoma complexo – relato de caso clínico atípico. RFO UFP. 2009; 14(1): 56-60.
16. Blinder D, Peleg M, Taicher S. Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. Int J Oral Maxillofac Surg. 1993; 22: 163-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0901-5027\(05\)80243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0901-5027(05)80243-7)
17. Vengal M, Arora H, Ghosh S. Large erupting complex odontoma: a case report. J Can Dent Assoc. 2007; 73: 169-72. PMID:17355809.
18. Yoda T, Ishii Y, Honma Y, Sakai E, Enomoto S. Multiple macrodonts with odontoma in a mother and son a variant of Ekman-Westborg-Julin syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 85: 301-3. [http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104\(98\)90012-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104(98)90012-9)
19. Freitas A, Rosa JE, Farias E, Souza I. Radiologia odontológica. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
20. Chrcanovic RB, Jaeger F, Freire-Maya B. Two-stage surgical removal of large complex odontoma. Oral Maxillofac Surg. 2010; 14: 247-52. PMID:20177950. <http://dx.doi.org/10.1007/s10006-010-0206-0>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Glákon Alex Vitti Stabile

Área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, Clínica Odontológica Universitária, Rua Pernambuco, 540, Centro, 86020-121 Londrina - PR, Brasil
e-mail: glaykon@uel.br

Recebido: 27/11/2012

Aprovado: 25/01/2013