

Odontoma Composto: relato de caso clínico

Lúcia de Fátima Paixão Emery FERREIRA¹
Denise Maria Kroeff de Souza CAMPOS²
José Luiz Tarsia ZEFERINO³
Willian Grassi BAUTZ³

RESUMO

O odontoma composto é um tumor odontogênico que se caracteriza por um alto grau de histodiferenciação e morfodiferenciação, originando estruturas semelhantes a dentes rudimentares. A provável etiologia é o traumatismo ou infecção no local com predileção na região anterior da maxila em crianças ou adultos jovens. Clinicamente, o odontoma composto é assintomático, sendo diagnosticado frequentemente por exames radiográficos de rotina. O paciente R. M. V., do sexo masculino, doze anos, procurou a disciplina de Clínica Integrada Infantil do curso de Odontologia da UFES, devido à ausência dos dentes 11 e 12. Após exames clínico e radiográfico detalhados, constatou-se odontoma composto. O tratamento realizado foi a remoção cirúrgica da lesão e tracionamento ortodôntico do elemento 11 com aparelho removível.



Palavras-chave:

Odontoma composto, tumor odontogênico, dentes impactados.

¹Professora do Departamento de Clínica Odontológica CBM/UFES. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela PUC-RS

²Professora do Departamento de Clínica Odontológica CBM/UFES. Mestre em Ortodontia pela UNICAMP

³Acadêmicos do Curso de Odontologia da UFES.

INTRODUÇÃO

O termo odontoma foi introduzido por Brocca, em 1866, como uma designação genérica que incluía cistos e tumores odontogênicos. A classificação de Thoma e Goldman restringiu o significado da palavra odontoma de forma que abrangesse apenas aqueles tumores que contêm tecidos dentários maduros (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

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 (AZAMBUJA et al. 2000).

Cerri et al. (1995) definiram o odontoma composto como uma alteração benigna, composto de tecido de origem epitelial e mesenquimal, diferenciando-se completamente, dando, em consequência, a deposição de esmalte pelos ameloblastos e dentina pelos odontoblastos.

O odontoma é provavelmente o tumor odontogênico mais comum. Sua prevalência é maior do que a de todos os outros tumores odontogênicos somados (WANDRON, 1998), representando 67% de todos esses tumores, segundo Regezzi e Sciubba (1991), apud Cerri et al. (1995). Daley et al. (1994), apud Azambuja et al. (2000), ao investigar a incidência de tumores odontogênicos, mostraram o odontoma como o tumor mais frequente (51,53%). Devildos (1974) já encontrara percentual semelhante (54%) de odontomas num total de 511 casos de tumores odontogênicos, nos arquivos da Universidade de Indiana (USA).

Bhaskar (1976) relatou que os odontomas compreendem cerca de 22% dos tumores odontogênicos dos maxilares.

O odontoma pode ser classificado em composto, que apresenta um alto grau de histodiferenciação e morfodiferenciação e semelhança anatômica superficial com os dentes normais, no entanto são como miniaturas múltiplas ou dentes rudimentares; e do tipo complexo, quando se nota que os tecidos dentais formam uma massa irregular, sem qualquer semelhança morfológica com os dentes rudimentares (SANTOS; SAMPAIO, 1981). Segundo Shafer (1984), o odontoma do tipo complexo é menos comum do que o composto.

O grau de morfodiferenciação é variável e, por vezes, pode ser difícil decidir se um odontoma é composto ou complexo. O diagnóstico é feito geralmente baseado no predomínio de denticulos bem organizados ou massa de tecidos dentários desorganizados (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

Ambas as variedades são formações de crescimento autolimitante que alcançam as etapas finais de diferenciação odontogênica e, portanto, amadurecem totalmente, tornando-se inativas. Podem ser, portanto, classificadas como alterações de nenhuma ou mínima agressividade e sem capacidade de recidiva (SANTOS; SAMPAIO, 1981). Apesar de rara, a malignização poderá ocorrer, podendo dar origem ao odontoma ameloblástico (CAVALCANTI; VAROLI, 1996).

Wood e Goaz (1983), apud Cerri et al (1995) descreveram ainda o tipo composto-complexo no qual se nota massas calcificadas de tecidos dentais, além de múltiplas estruturas semelhantes

aos dentes; e o odontoma ameloblástico que é incomum e, na verdade, representa o que o próprio nome sugere.

Freqüentemente, são associados a dentes inclusos e, ocasionalmente, podem se apresentar associados a cistos (SANTOS; SAMPAIO, 1981). Hirshberg et al. (1994), apud Cavalcanti e Varoli (1996), relataram o caso de associação do odontoma composto com cisto odontogênico em 24% dos casos estudados. Esse cisto geralmente é forrado por epitélio escamoso estratificado e se desenvolve a partir do órgão, ou órgãos, de esmalte que deu origem ao odontoma.

Etiologia

A formação de odontomas em ratos foi experimentalmente induzida por Levy, por agrsão traumática, e por Ebling e colaboradores, através da administração intragástrica de um carcinogênio químico (AZAMBUJA et al., 2000; SANTOS; SAMPAIO, 1981).

Para muitos autores, a etiologia ainda é desconhecida. Tem sido sugerido que o trauma, assim como infecções locais, é fator etiológico, bem como tem sido apontada uma influência genética no desenvolvimento dos odontomas, sendo encontrados freqüentemente associados a dentes inclusos ou germes dentários em desenvolvimento ou dentes supranumerários (CAVALCANTI; VAROLI, 1996)

Incidência

Os odontomas podem ser descobertos em qualquer idade, em qualquer região das arcadas dentárias, superior ou inferior.

Porém, são diagnosticados com mais freqüência entre a primeira e a segunda década de vida, quando a média de idade do diagnóstico é de 14,8 anos (CERRI et al., 1995; WANDRON, 1998) sendo também encontrados na terceira década de vida, podendo prejudicar a erupção do dente envolvido (CAVALCANTI; VAROLI, 1996).

A maioria dos odontomas ocorre na maxila. Os odontomas compostos são mais freqüentes na região anterior da maxila, enquanto os odontomas complexos ocorrem mais freqüentemente na região posterior da mandíbula. Aparecem com igual freqüência em ambos os sexos (WANDRON, 1998).

Características Clínicas

Quanto aos aspectos clínicos, os odontomas apresentam crescimento limitado e são geralmente assintomáticos, sendo detectados em radiografias de rotina. Comumente, encontram-se associados a dentes inclusos. Localizando-se entre as raízes dos dentes decíduos, os odontomas podem impedir a erupção dos dentes permanentes correspondentes (WANDRON, 1998).

Certos sinais e sintomas ocorrem com freqüência suficiente. O sinal clínico mais comumente apresentado é a impação de dente ou retenção de dente decíduo. Podem ser encontrados, ainda, aumento de volume intra-oral e extra-oral, deslocamento de dentes erupcionados e, mais raramente, febre, dor e supuração (SANTOS; SAMPAIO, 1981). Às vezes, o odontoma atinge grande volume, podendo causar expansão do osso com a consequente assimetria facial. Isso é

particularmente verdadeiro, quando um cisto dentífero se desenvolve em torno do odontoma (ARAUJO, 1977; VIEIRA et al., 1997). Em raras ocasiões, podem "erupcionar" na cavidade bucal (BHASKAR, 1976).

Características Radiográficas

O aspecto radiográfico dos odontomas é, muitas vezes, característico, porém nem sempre o diagnóstico definitivo pode ser estabelecido apenas pelo estudo radiológico. Na maioria das vezes, os odontomas são assintomáticos e descobertos por meio de radiografias dentárias de rotina (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

No odontoma composto, observa-se um número variável de pequenas estruturas radiopacas, relativamente semelhantes aos dentes, rodeadas por uma linha radiolúcida. Alguns odontomas podem conter apenas três ou quatro dentículos envolvidos na cápsula fibrosa, mas esse número é muito variável, podendo atingir dezenas de dentículos (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

A interpretação radiográfica dos odontomas em desenvolvimento torna-se mais difícil, devido à ausência parcial ou completa de sua calcificação, apresentando-se basicamente radiotransparente (CERRI et al., 1995).

Ocasionalmente, podem estar associados a cistos dentíferos. Essas lesões se caracterizam por área radiolúcida de tamanho variável e contornos bem definidos, com formações radiopacas intimamente relacionada com a imagem cística no seu interior (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

Os aspectos radiográficos são suficientes para o diagnóstico e

raramente um odontoma composto é confundido com uma outra lesão (WANDRON, 1998). As tomadas radiográficas periapicais mostram com mais detalhe a relação dessas estruturas com os tecidos adjacentes. Corrêa et al. (1989), apud Cavalcanti e Varoli (1996), ressaltaram a validade do exame radiográfico na localização e extensão do odontoma composto. Utilizando-se de radiografias oclusal e periapical, os autores salientaram a facilidade de identificar a presença do odontoma, avaliando sua extensão e relações anatômicas.

López-Areal et al. (1992), apud Cavalcanti e Varoli (1996), descreveram um caso em que um odontoma composto dificultava a erupção de um incisivo lateral superior. Estudos radiográficos mostraram uma pequena área radiolúcida contornando a lesão e uma massa radiopaca semelhante a dentes, por meio das técnicas periapical, oclusal e pantomográfica, impedindo a erupção do dente.

Características Histopatológicas

O odontoma composto consiste em múltiplas formações, lembrando pequenos dentes unirradiculares, no interior de uma matriz frouxa. São encontrados esmalte ou matriz de esmalte de aspecto normal, dentina, tecido pulpar e cemento que podem ou não exibir uma relação normal entre si (VIEIRA et al., 1997). A parte mineralizada do esmalte das estruturas semelhantes a dentes é perdida durante a descalcificação para o preparo das lâminas a serem examinadas no microscópio, porém uma quantidade variada de matriz de

esmalte, muitas vezes, está presente. Tecido pulpar pode ser visto na coroa e raiz das estruturas semelhante ao dente (WANDRON, 1998).

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 (AZAMBUJA et al., 2000). Em pacientes com odontomas em desenvolvimento, encontram-se presentes estruturas que lembram germes dentários; por outro lado, pode não ser tão simples. Na fase de desenvolvimento dos odontomas, pode ser difícil o diagnóstico diferencial com o fibroma ameloblástico e com o fibrodontoma ameloblástico (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

Tratamento e Prognóstico

O tratamento indicado para os odontomas consiste na excisão cirúrgica conservadora. Esses tumores são facilmente enucleados, uma vez que são separados do osso adjacente por cápsula de tecido conjuntivo. Dessa forma, não é esperada a recidiva, sendo o prognóstico excelente (SASAKI et al., 2002; WANDRON, 1998). López-Areal (1992), apud Azambuja (2000), no entanto, relataram caso de um paciente com doze anos de idade que apresentou recidiva. Por isso ressaltaram a importância da remoção total da lesão. Como o odontoma ameloblástico e o fibrodontoma ameloblástico apresentam grande semelhança com o odontoma comum, particularmente na radiografia, sugere-se que todos os odontomas sejam

enviados a um patologista bucal qualificado, para exame microscópico (VIEIRA et al., 1997). Porém, na maioria, dos casos não é enviado para exame histopatológico (SANTOS; SAMPAIO, 1981).

Caso Clínico

O paciente R.M.V, onze anos, estudante, raça branca, procurou a Disciplina de Clínica Integrada Infantil do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo em março de 2002, queixando-se de “ausência dos dentes 11 e 12”. A história bucal revelou boas condições de higiene. A anamnese médica não apresentou dados significativos, relatando apenas doenças comuns na infância. A mãe acrescentou que, aos quatro anos de idade, o paciente sofreu um atro-

pelamento que fraturou a clavícula e traumatizou a região dos incisivos superiores, ficando com a boca bastante edemaciada e com fratura coronária no dente 51. Logo diminuiu o edema e não houve procura de um cirurgião-dentista. Aproximadamente aos sete anos, o dente 61 esfoliou, entretanto, o 51 ficou retido, sendo removido aos dez anos pelo próprio paciente.

No momento da consulta, o paciente apresentava clinicamente condições sistêmicas satisfatórias.

Ao exame intrabucal, realizado através de luz artificial, notamos a ausência do dentes 11 e 12 e a presença da raiz residual correspondente ao dente 52. A região anterior da maxila apresentava mucosa alveolar com aspecto de normalidade, ausência de tumefação, coloração rósea e indolor ao toque (Fig. 1).



Fig. 1 - Aspecto clínico pré-operatório

Foram solicitados os exames radiográficos periapical com mudança de ângulo horizontal (Técnica de Clarck), panorâmico e oclusal (Fig. 2 A-C), revelando massas radiopacas circunscritas, mescladas com áreas radiolúcidas, envolvendo a região afetada, sugerindo odontoma composto.

No pré-operatório, foi prescri-

ta ao paciente profilaxia antibiótica com 2,0g de Amoxicilina (500mg) uma hora antes da cirurgia, terapia antiinflamatória com Profenid 50mg, doze horas antes da cirurgia, e mantendo de seis em seis horas, por três dias; e Paracetamol 500mg de quatro em quatro horas por três dias.

No dia 4 de dezembro de 2002, o paciente foi submetido à cirur-



Fig. 2-A - Radiografia Periapical

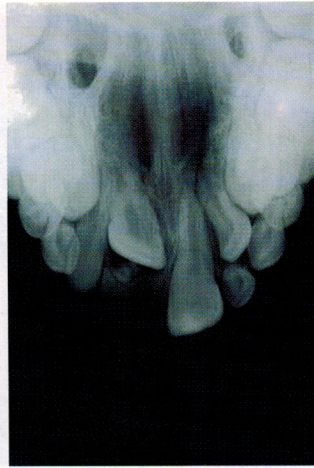


Fig. 2-B - Radiografia Oclusal

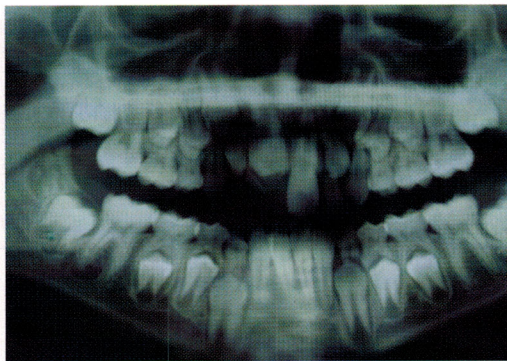


Fig. 2-C - Radiografia Panorâmica

Fig. 2 - Radiografias pré-operatórias

gia excisional com deslocamento mucoperiósteo de espessura total e remoção da lesão (Figuras 3 e 4). O espécime removido foi fixado em formol 10% e foi encaminhado para análise histopatológica, confirmando o diagnóstico de odontoma composto (Figura 5).

O paciente retornou após uma semana para controle pós-operatório (Fig. 6) e está sendo acompa-

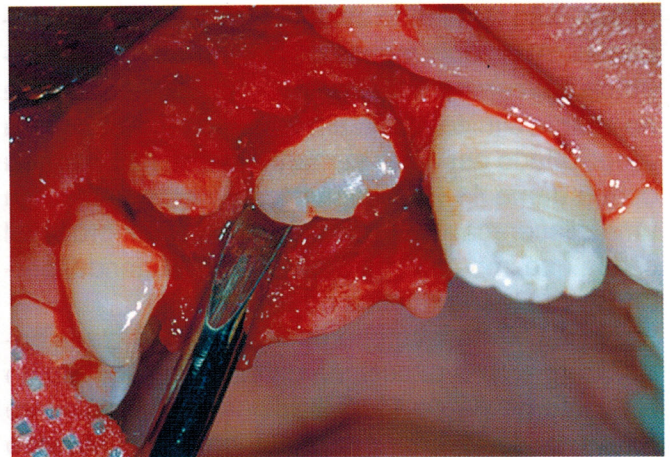


Fig. 4 - Subluxação do elemento 11 com alavanca reta



Fig. 5 - Raiz residual do 52 e dois dentículos removidos

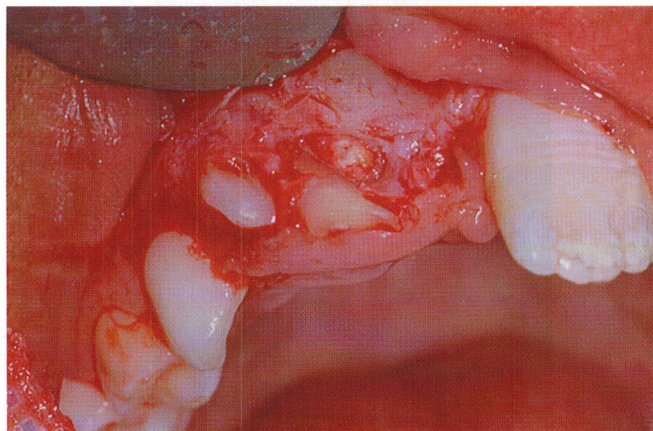


Fig. 3 - Exposição cirúrgica onde nota-se a presença do odontoma e a raiz residual do elemento 52

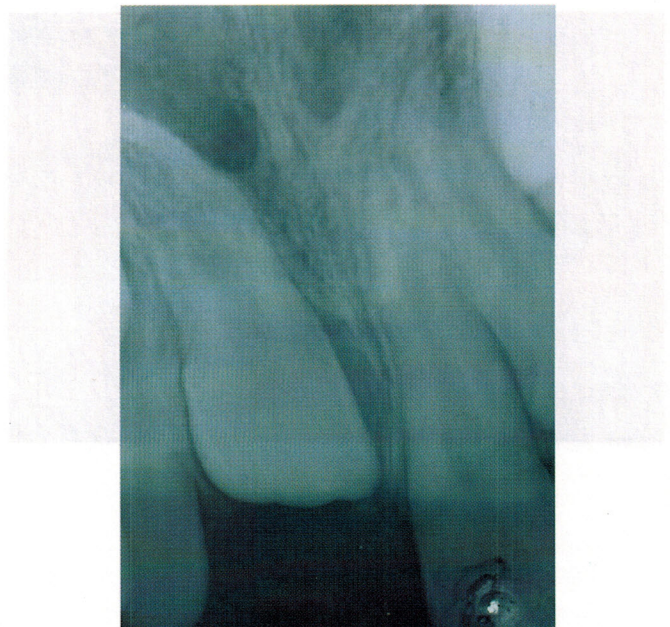


Fig. 6 - Radiografia periapical pós-operatória após uma semana

nhado, não revelando evidências de recidiva ou seqüelas. Após dois meses de proervação, baseando-se em comparações radiográficas periapicais e no exame clínico, verificamos que o dente 12 havia erupcionado espontaneamente, o que não ocorreu com o dente 11 (Fig. 7), visto que este apresenta uma dilaceração no terço médio radicular, provável causa que impediu sua erupção. Foi sugerida, portanto, tração ortodôntica no elemento.

No dia 12 de fevereiro de 2003, foi realizada outra cirurgia para exposição da coroa e colagem do braquete no dente 11. O tracionamento iniciou-se no dia 19 de fevereiro de 2002, após a confecção de um aparelho removível com grampos de retenção e uma alça confeccionada com fio 0,7mm para tração do dente. A tração foi realizada inicialmente com elásticos 3/16, 4,8mm de força leve, durante uma semana, sendo orientada sua troca de dois em dois dias (Figs. 8 e 9). No dia 26 de fevereiro de 2003, verificamos clinicamente que o elemento 11 havia erupcionado cerca de 1,5mm, o que foi confirmado radiograficamente (Figura 10). Nesse mesmo dia, removemos a alça de tração do aparelho e a posicionamos mais posteriormente, a fim de empregar uma maior tensão no elástico. O paciente foi orientado a realizar a troca do elástico e está sendo acompanhado semanalmente.

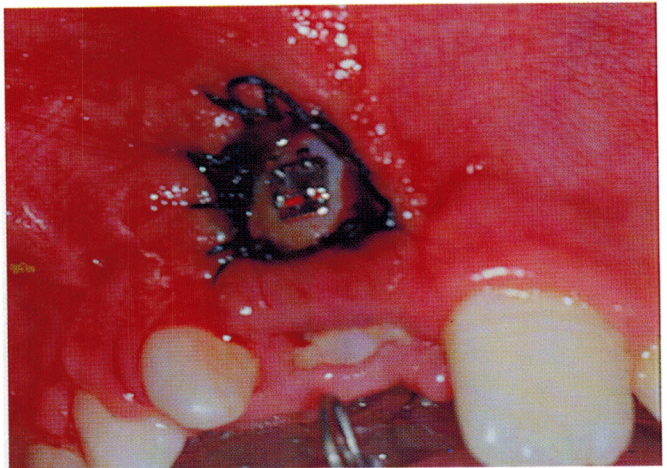


Fig. 8 - Exposição cirúrgica da coroa com colagem do braquete

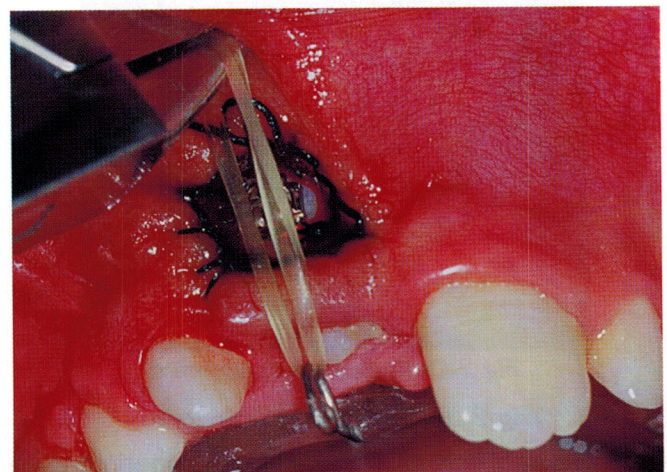


Figura 9 - Instalação do aparelho com colocação do elástico

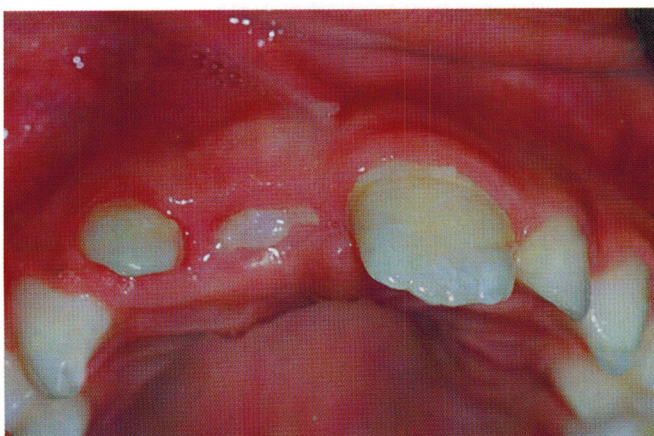


Fig. 7 - Pós-operatório de 2 meses

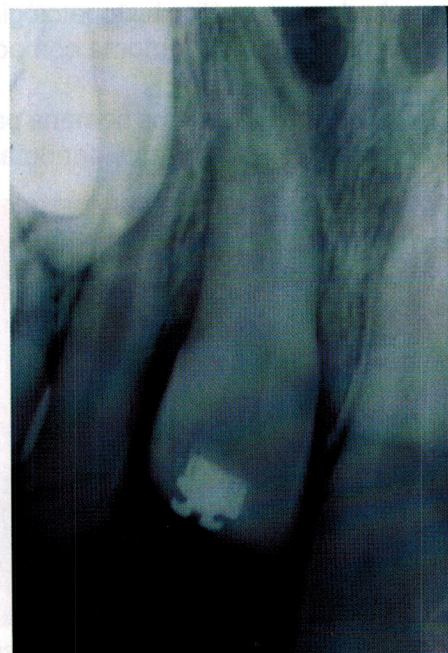


Fig. 10 - Radiografia periapical de uma semana pós-tração.

DISCUSSÃO

Ao analisarmos a prevalência desse tumor, concordamos com Cerri et al. (1995) que relataram uma maior frequência de diagnóstico durante as duas primeiras décadas de vida, o que não coincide com os achados de Cavalcante e Varoli (1996) os quais sugeriram a terceira década como a mais freqüente.

Wandron (1998) e Bengston et al. (1993) salientaram que a região anterior da maxila é o local mais envolvido, coincidindo com o observado no caso relatado. Esse fato, possivelmente, está relacionado com a maior frequência de traumas nessa região.

Araújo (1977) considera o odontoma como um distúrbio de desenvolvimento passível de ocorrer sob a ação de agentes traumáticos, o que nos leva a acreditar que o trauma sofrido pelo paciente, aos quatro anos de idade, tenha sido responsável pela formação do tumor.

Em relação aos aspectos clínicos, notamos a ausência dos dentes 11 e 12, sendo esse o sinal mais comumente encontrado, segundo Santos e Sampaio (1981). Observamos também ausência de tumefação e local indolor à palpação confirmando os relatos de Wandron (1998) e Sasaki et al. (2002).

Araújo (1977) e Vieira et al. (1997) relataram casos em que a lesão promoveu expansão da cortical óssea, principalmente quando o tumor está associado a um cisto dentífero. Santos e Sampaio (1981) descreveram casos em que ocorreu, além do aumento de volume, deslocamento de dentes erupcionados, febre, dor e supuração. Esses achados clínicos não são muito

comuns e não foram observados neste caso.

Ao exame radiográfico, evidenciamos duas pequenas estruturas semelhantes a dentículos de aspecto radiopaco mesclados com áreas radiolúcidas, envolvendo a região afetada, associada à presença dos dentes 11 e 12 inclusos, havendo concordância com os achados de Cerri et al. (1995); Santos e Sampaio (1981); Shafer (1974) e Vieira et al. (1997).

Wandron (1998) e Azambuja et al. (2000) citaram que os odontomas geralmente são detectados por meio de exames radiográficos de rotina, uma vez que, raramente, eles conseguem erupcionar na cavidade bucal. Portanto, são os distúrbios nos padrões normais de erupção dentária que indicam a necessidade de exames radiográficos e conseqüentemente, o diagnóstico de odontoma.

Wandron (1998) relatou que o aspecto radiográfico é suficiente para o diagnóstico, porém, apesar de rara, a malignização pode ocorrer (CAVALCANTI; VAROLI, 1996). No caso relatado, mesmo com uma imagem radiográfica sugerindo o odontoma composto, concluímos ser indispensável o exame histopatológico.

O tratamento de escolha no caso foi a excisão cirúrgica conservadora da lesão, visto que raramente ocorre recidiva desses tumores. A opção de tracionamento com aparelho removível do dente 11 foi realizada devido às condições socioeconômicas e idade do paciente.

CONCLUSÃO

O odontoma composto é descoberto quando o paciente é sub-

metido a exames radiográficos de rotina ou queixa-se da ausência de elementos dentários, visto que essas lesões são assintomáticas.

A etiologia ainda é desconhecida, porém sugere-se que a infecção local e o trauma estão relacionados com sua causa, portanto é necessário que seja realizada uma boa anamnese.

O tratamento é a remoção cirúrgica completa do tumor e a recidiva não é esperada.

O diagnóstico precoce e imediato tratamento do odontoma é importante para evitarmos maloclusões, alterações estéticas e cirurgias mais complexas. Daí salientamos a necessidade do acompanhamento clínico e radiográfico dos pacientes de risco.

ABSTRACT

COMPOUND ODONTOMA: A CLINICAL REPORT

The compound odontoma is a odontogenic tumor that characterize by a high degree of morphology and histology differentiations, forming structures like rudimentaries teeth. The probably etiology is due to a trauma or a local infection that happens more frequently in the anterior area of maxilla in children or young people. Clinically, the compound odontoma is assymptomatic, often diagnosed in routine radiographic exam. The patient R.M.V, male, 12 years old, was attended in Espírito Santo Federal University, complained the absence of elements 11 and 12. After clinic and radiographic detailed exams the suggestive diagnoses was compound odontoma. The realized treatment

was, remove the lesion surgically and then orthodontic traction of 11 element with removable appliance.

KeyWords: Odontogenic tumors, Compound odontoma, Impacted teeth.

REFERÊNCIAS

- 1 ARAÚJO, N. S. Tumores Odontogênicos. In: TOMMASI, A. F. **Diagnóstico Bucal**, 1ª ed, São Paulo: Medisa Editora, 1977, cap.15, p. 361-362.
- 2 AZAMBUJA, T. W. F.; BERCINI, F.; PERRONE, A. Odontoma Composto: Apresentação de Caso Clínico Cirúrgico. **RFO**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p 07-10. jan./jun. 2000.
- 3 BENGTON, A. L. et al. Odontomas em pacientes pediátricos. **Rev. Odontop.**, v. 2, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 1993.
- 4 BHASKAR, S. N. Tumores Odontogênicos dos Maxilares. In: _____. **Patologia Bucal**. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1976. cap. 10, p. 275-280.
- 5 CAVALCANTI, M. G. P.; VAROLI, O. J. Odontoma composto: Relato de um caso. **Rev ABO**, Porto Alegre, v. 3, n. 6, p.374-376. 1996.
- 6 CERRI, A.; SILVA, S. S.; BORDINI, P. J.; INNOCENCIO, L. F. R. Odontoma Composto: Caso Clínico. **Rev. ABO**, Porto Alegre, v. 3, n. 5, p 328-330. out./ nov. 1995.
- 7 SANTOS, T. C. R. B.; SAMPAIO, R. K. P. L. Aspectos Clínicos, Radiográficos e Histopatológicos dos Odontomas. **RBO**, Passo Fundo, v. 38, n. 2, p. 29-37. mar./abr. 1981.
- 8 SASAKI, P. S.; BIANCALANA, H.; DUARTE, D. A. Odontoma em pacientes odontopediátricos: Repercussões clínicas e proposição de tratamento. **Rev APCD**, v. 56, n. 5, p. 382-386. set./out. 2002.
- 9 SHAFER, W. G.; HINE, M.; LEVY, B. M. Cistos e Tumores de Origem Odontogênica. In: _____. **Patologia bucal**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974. cap. 4, p. 240-242.
- 10 VIEIRA, E.H; HEBLING, J; BASSI, A.P.F, Tracionamento de incisivo central superior retido por odontoma. **Rev APCD**, v. 51, n. 2, p. 160-163. mar./abr. 1997.
- 11 WALDRON, C. A.. Cistos e Tumores Odontogênicos. In: NEVILLE, B. W. et al **Patologia oral e maxilofacial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 15, p. 518-520.

Correspondência para/Reprint requests to:

José Luiz Tarsia Zeferino

Rua Moacyr Avidos, 184/702

Praia do Canto - Vitória - ES - 29057-230