

Tratamento cirúrgico e ortodôntico de odontoma complexo em região anterior de maxila

Surgical-orthodontic therapy of compound odontoma in the anterior maxilla

Bruna Cristina Longo; Lais Kuhn; Maria de Fátima M. Tomasin; Amadeu Tomasin Neto; Geraldo Grizza; Maria Daniela B. Souza

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

RESUMO

Odontomas são tumores odontogênicos subdivididos em tipo complexo (comum em região posterior de mandíbula) e tipo composto. Essas lesões geralmente são assintomáticas e diagnosticadas em exames de rotina; são mais frequentes na segunda década de vida. O objetivo deste caso é relatar o tratamento de um paciente com odontoma complexo na infância em região anterior de maxila. Paciente de 9 anos procurou a clínica odontológica devido a não erupção de um dente permanente anterior. Após exame clínico e análise radiográfica, a hipótese diagnóstica de odontoma foi confirmada. Remoção cirúrgica da lesão e uso de aparelho ortodôntico foram indicados. Após o protocolo terapêutico foi realizada resolução completa do caso. Devido à ausência de sintomas, muitos casos de odontomas são negligenciados. Entretanto, quanto antes diagnosticado, melhor será o prognóstico do paciente.

Unitermos: maxila; odontoma; criança.

ABSTRACT

Odontomas are odontogenic tumors subdivided into complex type (common in the posterior mandible region) and compound type. These lesions are usually asymptomatic and diagnosed in routine examinations, are more frequent in the second decade of life. The objective of this case is to report the treatment of a patient with complex odontoma in childhood in the anterior maxilla. A nine-year-old patient sought dental care due to non-eruption of an anterior permanent tooth. After clinical examination and radiographic analysis, the diagnostic hypothesis of odontoma was confirmed. Surgical removal of the lesion and use of orthodontic appliances were indicated. After the therapeutic protocol, the case was completely resolved. Due to the absence of symptoms, many cases of odontomas are neglected. However, it is evident that the sooner diagnosed, the better the prognosis of the patient.

Key words: maxilla; odontoma; child.

RESUMEN

Los odontomas son tumores odontogénicos subdivididos en tipo complejo (común en región posterior de mandíbula) y tipo compuesto. Esas lesiones generalmente son asintomáticas y diagnosticadas en pruebas de rutina; son más frecuentes en la segunda década de vida. El objetivo de este caso es el de reportar el tratamiento de un paciente con odontoma complejo de la infancia en región anterior de maxilar. Niño de 9 años acudió a la clínica odontológica a causa de la no erupción de un diente permanente anterior. Tras examen clínico y análisis radiográfico, se estableció la hipótesis diagnóstica de odontoma. Remoción quirúrgica de la lesión y uso de aparato dental fueron indicados. Después del protocolo terapéutico se hizo la resolución completa del caso. Debido a la ausencia de síntomas, muchos casos de odontomas son ignorados. Sin embargo, cuanto antes sea diagnosticado, mejor será el pronóstico del paciente.

Palabras clave: maxilar; odontoma; niño.

INTRODUÇÃO

Os odontomas são tumores odontogênicos benignos de crescimento lento e sem comportamento agressivo. Por serem frequentemente assintomáticos, levam a um diagnóstico tardio (investigações radiográficas de rotina); dessa forma, podem causar sérias complicações no desenvolvimento da dentição e da oclusão de um indivíduo⁽¹⁻⁵⁾.

Em geral, essas lesões são diagnosticadas na segunda década de vida⁽⁶⁾ e compreendem células epiteliais e ectomesenquimais normais com organização estrutural defeituosa (hamartoma). De acordo com sua organização, subdividem-se em complexas e compostas. As primeiras manifestam-se como uma massa desorganizada de esmalte, dentina e cimento e são mais encontradas na região posterior da mandíbula⁽⁷⁾. As segundas são elementos semelhantes a dentes⁽¹⁾, comumente observadas na região anterior da maxila⁽⁸⁾.

Entre os fatores etiológicos, destacam-se: trauma na dentição decídua, anomalias hereditárias, como a síndrome de Gardner, hiperatividade dos odontoblastos ou alterações nos componentes genéticos responsáveis pelo desenvolvimento dentário⁽¹⁾.

Diferentemente do descrito na literatura sobre a localização mais frequente⁽⁷⁾, este artigo relata o caso clínico de uma criança de 9 anos de idade que apresentava odontoma complexo na região anterior de maxila. Os autores ressaltam as complicações ortodônticas decorrentes e apresentam a completa resolução do caso, bem como o acompanhamento do paciente a longo prazo.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 9 anos de idade, leucoderma, compareceu ao atendimento odontológico sem um dente incisivo. Na anamnese, a mãe relatou traumatismo dentário aos 2 anos de idade, sem atendimento odontológico adequado.

Os exames de ordem geral e extrabucal não mostraram alterações. Ao exame intrabucal, foi constatada ausência do dente 21 (cronologicamente atrasado quando comparado com os dentes 11, 12 e 22, já irrompidos). Nessa região, foi também observado um abaulamento de coloração pálida e consistência endurecida (englobando a gengiva inserida e a mucosa alveolar), sem sensibilidade dolorosa espontânea ou provocada (**Figura 1**).

A radiografia periapical evidenciou impacção e giroversão do dente 21, além de lesão intraóssea localizada na área entre as raízes dos dentes 11 e 21, próxima ao rebordo alveolar. Esta era uma massa irregular, desorganizada e radiopaca, de aspecto nodular, circundada

por um halo radiolúcido (**Figura 2**). A hipótese diagnóstica de odontoma foi baseada nas características radiográficas e na história clínica de traumatismo na primeira infância.

O tratamento indicado foi remoção cirúrgica. Após as manobras prévias de assepsia do campo, foi realizada anestesia regional do nervo nasopalatino e complementação anestésica na região dos incisivos centrais por vestibular. A incisão foi feita no fundo de sulco na região dos dentes 11 e 12, com descolamento total do retalho para localização da loja óssea (**Figuras 3 a 6**). Após a remoção total da massa tumoral, a cápsula fibrosa da lesão



FIGURA 1 – Exame intraoral



FIGURA 2 – Radiografia periapical



FIGURA 3 – Procedimento cirúrgico

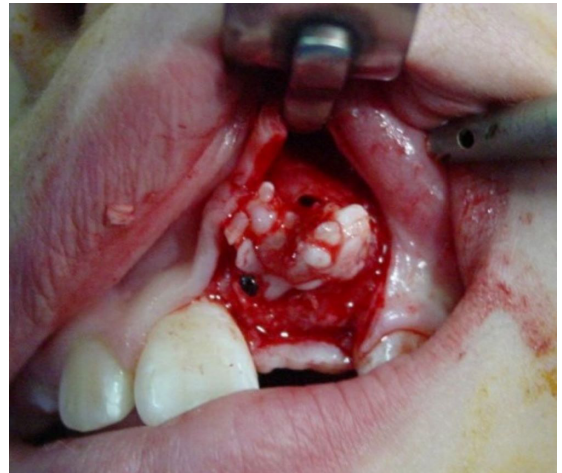


FIGURA 6 – Procedimento cirúrgico



FIGURA 4 – Procedimento cirúrgico

e o tecido proliferativo-inflamatório remanescente na loja óssea foram curetados; em seguida, foram feitos toaletes com irrigação e aspiração (**Figuras 7 e 8**), sendo confirmada a remoção total da lesão. Ao oitavo dia de pós-operatório, a sutura (fio de seda 4-0 em pontos isolados) foi removida (**Figura 9**).



FIGURA 7 – Procedimento cirúrgico

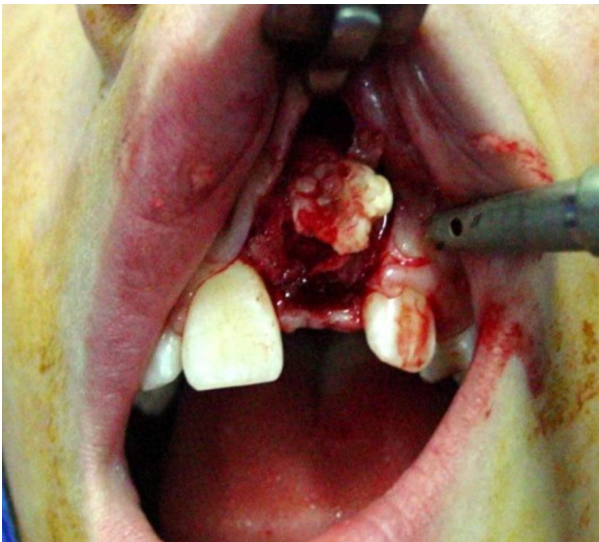


FIGURA 5 – Procedimento cirúrgico



FIGURA 8 – Procedimento cirúrgico

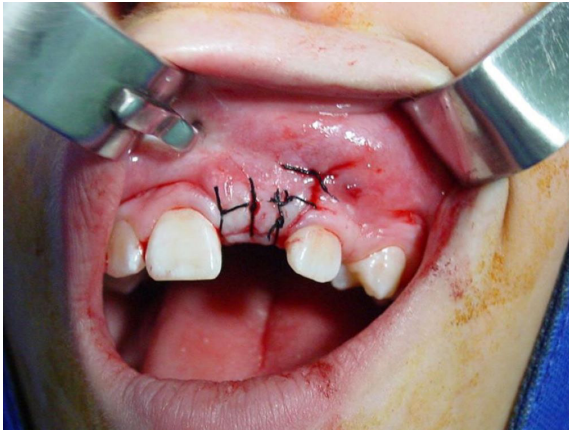


FIGURA 9 – Sutura

Macroscopicamente, a lesão compreendia massas calcificadas de coloração branca semelhante a massas de tecidos dentais, mas sem características anatômicas de um dente, cujo diagnóstico de odontoma complexo (Figura 10) foi confirmado por exame histopatológico.



FIGURA 10 – Aspecto macroscópico da lesão

Após a cicatrização da ferida cirúrgica, tratamento ortodôntico foi iniciado. Aparelhagem fixa tipo *straight wire* foi instalada no arco superior com o objetivo inicial de alinhar e nivelar, bem como obter o paralelismo das raízes dos dentes adjacentes no espaço do dente 21 incluso^(9, 10). O nivelamento foi iniciado com fio de níquel titânio 0,14 (NiTi). A cada 30 dias, a paciente era avaliada para verificarmos a evolução do alinhamento e do nivelamento com fios 0,16', 0,18', 0,20' de aço redondos, finalizando com fio 17 × 25 de aço retangular. Após o uso desse fio, uma mola aberta de NiTi criou espaço (depois de 60 dias) para a erupção do dente 21 (após nove meses) e foi mantida passiva por quatro meses até a completa erupção desse dente. A aplicação de forças desse tipo em fios de menor calibre pode ocasionar a deflexão dos fios e transmitir momentos inadequados de força aos dentes adjacentes,

causando inclinação convergente de suas raízes.

Na sequência, braquete ortodôntico foi colado no centro da face vestibular. A mecânica sobre o fio Niti 0.14' (apoiado no fio 18 × 25 de aço) corrigiu a inclinação e a giroversão do dente 21, com efeito colateral mínimo – a perda de inserção de gengiva marginal causou pequena diferença de altura da gengiva cervical. O tratamento ortodôntico fixo foi concluído quando a paciente completou 12 anos de idade (Figuras 11 e 12), sem recidiva da lesão.



FIGURA 11 – Instalação do aparelho ortodôntico



FIGURA 12 – Aspecto intraoral final

DISCUSSÃO

Estudos recentes demonstram que, entre os tumores odontogênicos, o odontoma é o segundo mais prevalente. Siriwardena *et al.* (2019)⁽¹¹⁾ e da Silva *et al.* (2018)⁽¹²⁾ observaram essas lesões em 25,5% e 36,1% dos casos analisados, respectivamente. Esses tumores ficam atrás apenas dos ameloblastomas.

O caso de odontoma complexo deste relato está em consonância com a literatura sobre: i) gênero do paciente⁽¹³⁾; ii) história de traumatismo dental prévio⁽¹⁾; e iii) associação ao atraso de erupção dental permanente⁽¹⁴⁾. Entretanto, discorda quanto: i) a idade, visto que o tumor foi diagnosticado em uma paciente de 9 anos e a literatura relata que aproximadamente 88% dos casos são diagnosticados na segunda década de vida⁽⁶⁾; ii) ao local de ocorrência, ao invés da região mandibular posterior (local de maior ocorrência), a lesão se localizava na região anterior de maxila, onde o composto prevalece^(8,15).

O gênero feminino é o mais afetado, mas a razão ainda é desconhecida⁽¹³⁾. Quanto a etiologia, entre as teorias disponíveis, acredita-se que infecção local, influência hereditária e traumatismo podem induzir o desenvolvimento dos odontomas^(1,16). O presente caso clínico corrobora a associação positiva, já reportada na literatura⁽¹⁴⁾, mas não determinante, entre odontoma, além do atraso na erupção dentária, que é o sinal inicial mais prevalente⁽³⁾. Assim, ao existir incompatibilidade entre a cronologia de desenvolvimento e a erupção dental, associada ou não a tumefação do alvéolo e mau posicionamento dos dentes, exige-se exame radiográfico imediato para a pesquisa de anomalias. Esse fato também pode ter contribuído para o diagnóstico antes da segunda década de vida, visto que a responsável pela paciente, ao notar a não erupção do dente, procurou o serviço odontológico.

O diagnóstico precoce pode ter contribuído para o prognóstico favorável, pois a detecção da lesão no período da troca da dentição (fase de dentadura mista) minimiza ou evita complicações ortodônticas mais complexas⁽¹⁾. No presente relato, apesar de não ter havido reabsorção ectópica das raízes dos dentes adjacentes e desenvolvimento de cistos, entre outros problemas, o tempo decorrido até o diagnóstico foi suficiente para desviar o trajeto de erupção do dente 21 e causar migração dentária (perda de espaço) e problemas oclusais, prejudicando a estética do paciente, a qual foi restabelecida após a utilização de aparelho

ortodôntico. À época, a observação criteriosa das características radiográficas^(16,17), essenciais para o planejamento cirúrgico, era o meio mais utilizado para o diagnóstico, mas, atualmente, a tomografia computadorizada é um método complementar indiscutível. Em acréscimo, a confirmação histopatológica do diagnóstico clínico macroscópico da peça após excisão cirúrgica – tratamento de eleição, independente da distinção entre complexo e composto – parece ser um método não essencial.

Quanto ao tratamento cirúrgico, recomenda-se que envolva a excisão total da lesão e da cápsula fibrosa em momento oportuno, evitando lesões em estruturas nobres⁽⁷⁾. O tratamento ortodôntico, quando iniciado precocemente – mediante comprovação da cicatrização –, possibilita uma mecânica menos complexa (de menor custo) e a melhora o prognóstico. Apesar de o dente retido irromper após a remoção da lesão em 45% dos casos⁽¹⁸⁾, esse processo depende muito de morfologia dental, formação radicular, localização, idade do paciente e espaço disponível na arcada dentária – neste caso, obtido pela ativação da mola aberta. No presente caso, o tracionamento dentário não foi necessário, pois havia potencial para a erupção espontânea do dente 21, pois ao diagnóstico viu-se um terço da raiz em formação. Por fim, o paralelismo associado à oclusão e ao período de contenção adequado reduz a tendência de recidiva da má-oclusão.

CONCLUSÃO

O diagnóstico e o tratamento cirúrgico ortodôntico realizado ainda na fase de excelente potencial de erupção do dente 21 promoveram sua erupção espontânea, favorecendo o prognóstico. A mecânica ortodôntica empregada permitiu a conclusão do caso com sucesso. Fica evidente que, quanto mais cedo diagnosticado o tumor, melhor o prognóstico e menor as sequelas causadas pela lesão.

REFERÊNCIAS

1. Eswara UMA. Compound odontoma in anterior mandible — a case report. *Malays J Med Sci*. 2017; 24(3): 92. PubMed PMID: 28814937.
2. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: a case report and literature review. *Imaging Sci Dent*. 2018; 48(4): 289-93. PubMed PMID: 30607354.
3. Isola G, Ciccù M, Fiorillo L, Matarese G. Association between odontoma and impacted teeth. *J Craniofac Surg*. 2017; 28(3): 755-8. PubMed PMID: 28468159.
4. Kumar D, Singh G, Kapoor S, Sethi S, Bajaj P, Mittal S. Compound and complex odontoma associated with eruption disturbances and its

management: report of two cases. *Dental J Advance Studies*. 2017; 5(1): 51-7.

5. Kim KS, Lee HG, Hwang JH, Lee SY. Incidentally detected odontoma within a dentigerous cyst. *Arch Craniofac Surg*. 2019; 20(1): 62. PubMed PMID: 30840819.
6. Bhagwat A, Barpande S, Bhavthankar J, Mandale M, Humbe J, Singh P. Odontogenic tumors: Review of 127 cases in Marathwada region of Maharashtra. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2017; 21(3): 457. PubMed PMID: 29391730.
7. Giustina JCD, Cesa TS, Silva AF, Dissenha JL, Sassi LM. Odontoma complexo associado a cisto dentífero: relato de dois casos clínicos. *Rev Cir Traumatol Bucocomaxilofac [Internet]*. 2012; 12(3): 61-6. Disponível

- em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102012000300011.
8. Preoteasa CT, Preoteasa E. Compound odontoma—morphology, clinical findings and treatment. Case report. *Rom J Morphol Embryol*. 2018; 59(3): 997-1000. PubMed PMID: 30534846.
 9. Ruellas ACO, Pithon MM, Santos RL. Maxillary incisor retraction: evaluation of different mechanisms. *Dental Press J Orthod [Internet]*. 2013; 18(2): 101-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512013000200021
 10. Baccetti T, Mucedero M, Leonardi M, Cozza P. Interceptive treatment of palatal impaction of maxillary canines with rapid maxillary expansion: a randomized clinical trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009; 136(5): 657-61. PubMed PMID: 19892281.
 11. Siriwardena BSMS, Crane H, O'Neill N, et al. Odontogenic tumors and lesions treated in a single specialist oral and maxillofacial pathology unit in the United Kingdom in 1992-2016. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2019; 127(2): 151-66. PubMed PMID: 30448231.
 12. de Medeiros WK, da Silva LP, Santos PP, Pinto LP, de Souza LB. Clinicopathological analysis of odontogenic tumors over 22 years period: experience of a single center in northeastern Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 23(6): e664. PubMed PMID: 30341267.
 13. Bereket C, Çakır-Özkan N, Şener İ, Bulut E, Tek M. Complex and compound odontomas: Analysis of 69 cases and a rare case of erupted compound odontoma. *Niger J Clin Pract*. 2015; 18(6): 726-30. PubMed PMID: 26289508.
 14. da Silva NP, Rodrigues RD, Barboza ADA, dos Santos LCC, Fialho PV, Padilha WSM. Odontoma composto em região anterior de maxila: relato de caso/Anterior maxillary compound odontoma: case report [Internet]. *BJHR*. 2019; 2(5): 4454-64. Disponível em: <http://www.brijd.com.br/index.php/BJHR/article/view/3948>.
 15. Jain A, Karuna YM, Baliga M, Suprabha BS, Natarajan S. Surgical management of complex odontoma associated with agenesis of a molar. *Contemp Clin Dent*. 2018; 9(Suppl 2): S388-s90. PubMed PMID: 30294179.
 16. Jaeger F, Alvarenga RL, Lage FO, Reis IA, Leal RM. Odontoma composto-relato de caso clínico. *Rev Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2012; 53(4): 252-7. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-330-articulo-odontoma-composto-relato-caso-S1646289012000623>.
 17. Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976; 42(4): 501-6. PubMed PMID: 1067549.
 18. Kodali RM, Raju PR, Vora SK. An unusual complex odontoma. *J Maxillofac Oral Surg*. 2010; 9(3): 314-7. PubMed PMID: 22190814.

AUTOR CORRESPONDENTE

Bruna Cristina Longo  0000-0002-9498-3743
e-mail: bclongo@hotmail.com



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.