

ODONTOMA COMBINADO ASSOCIADO A DENTES NÃO-IRRROMPIDOS: RELATO DE CASOS CLÍNICOS

COMPOUND ODONTOMA ASSOCIATED TO IMPACTED TEETH: REPORT OF A CLINICAL CASES

Leandro de Carvalho **CARDOSO**¹
 Glauco Issamu **MIYAHARA**²
 Osvaldo **MAGRO FILHO**³
 Idelmo Rangel **GARCIA JUNIOR**³
 Ana Maria Pires **SOUBHIA**⁴

RESUMO

Os odontomas são considerados malformações benignas dos tecidos dentários, que podem causar alguns transtornos, como a não erupção de dente permanente. Neste trabalho serão abordados os aspectos clínicos, radiográficos e cirúrgicos do odontoma combinado e dois casos clínicos de dentes anteriores retidos pelos mesmos.

UNITERMOS: Odontoma; tratamento.

INTRODUÇÃO

Os odontomas não foram motivo de estudo em tempos remotos, provavelmente, pela inexistência da prática radiográfica. Entretanto, a história comprova a existência de odontoma, como foi relatado por SIDNEY¹⁹ (1964), quando em escavação em um túmulo em Lewes, identificou um odontoma na maxilar de um jovem, datando de 500 a 1800 anos antes de Cristo.

Segundo HENRIKSSON e KJELLMAN¹¹ (1964) o termo odontoma foi introduzido por Broca, pelos idos de 1863 e foram conceituados e classificados como tumores odontogênicos benignos representando 20% a 50% destes (BLAND-SUTTON,⁵ 1922; BHASKAR,⁴ 1976; NOGUEIRA,¹⁵ 1990; BENGTON et al.,² 1993; COSTA et al.,⁸ 1993; SANTOS et al.,¹⁸ 2001). Apesar desta classificação são malformações nos quais todos os tecidos dentários estão representados (TOMMASI,²⁰ 1998).

No que concerne à histogênese, a lesão é atualmente considerada um distúrbio de desenvolvimento e, como tal, possível de ocorrer sob

efeito de uma série de agentes causais (TOMMASI,²⁰ 1998). Por apresentar evolução lenta, há quem negue suas características tumorais pois o odontoma segue os mecanismos análogos aos da odontogênese, isto é, cessa seu crescimento uma vez terminado o processo de calcificação (MADEIRA e MINATTI,¹² 1985).

A etiopatogenia constitui um aspecto bastante investigado, embora ainda se apresente muito indeterminada. A etiologia mais aceita relaciona-se a traumas, infecção ou pressão, causando perturbação no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário devido à mutação de um gen ou genes (BENGTON et al.,² 1993).

Histologicamente, as lesões apresentam todas as estruturas dentárias: matriz de esmalte; dentina; polpa e cimento em um estroma de tecido conjuntivo fibroso, sendo toda a massa envolta por uma cápsula fibrosa (TOMMASI,²⁰ 1998).

Os odontomas são assintomáticos, podendo ser identificados pela falta de erupção, desvio da posição normal dos dentes ou em exames

¹Cirurgião Dentista Graduado pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

²Prof. Dr. das Disciplinas de Estomatologia e Peridontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

³Prof. Dr. da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buço-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

⁴Prof. Dr. da Disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

radiográficos de rotina (GESCHICKTER e COPELAND,¹⁰ 1949; TOMMASI,²⁰ 1998). Não há um consenso quanto a classificação dos odontomas. Segundo ROBBINS¹⁶ (1963) o odontoma se classifica como: complexo ou combinado.

O complexo é formado por uma massa esférica ou ovalada e os tecidos dentários são distribuídos irregularmente. O odontoma combinado se caracteriza por um conglomerado de dentes ou dentículos e partículas calcificadas cujo número, forma e disposição são variáveis, encerrados numa cápsula fibrosa (MEHTA,¹⁴ 1985; MADEIRA et al.,¹³ 1987).

A incidência do odontoma combinado corresponde a 67% dos casos, enquanto que o complexo a 33% (SANTOS et al.,¹⁸ 2001). Ambos acometem mais o sexo feminino, crianças e adolescentes (ROQUE,¹⁷ 1982; BODIN et al.,⁶ 1983; BENGTON et al.,² 1993;). A má-formação dentária do tipo combinado se localiza com maior frequência na região anterior da maxila envolvendo incisivo central, lateral e, principalmente, canino (NOGUEIRA,¹⁵ 1990). O complexo se localiza preferencialmente nas regiões de pré-molares e molares (BUDNICK,⁷ 1976; ROQUE,¹⁷ 1982).

A imagem radiográfica patognomônica do odontoma combinado é constituída de 2 ou mais dentículos que simulam dentes de pequeno tamanho (FREITAS et al.,⁹ 1998) e apresenta-se como um conglomerado desordenado de zonas radiopacas, intermediadas de zonas radiolúcidas sendo o conjunto circundado por uma área radiolúcida (HENRIKSSON e KJELLMAN,¹¹ 1964; BUDNICK,⁷ 1976; MADEIRA et al.,¹³ 1987).

A presença de odontoma pode causar uma série de transtornos, sendo destacados os problemas relacionados com a interferência no processo de irrompimento do dente, retardando ou impedindo os movimentos de erupção e em alguns casos provocando erupção ectópica (BENGTON et al.,² 1993). BODIN et al.⁶ (1983) ainda relata como possíveis seqüelas: o deslocamento e má formação dos dentes vizinhos, diastema, anodontia e a pressão exercida pelo odontoma que pode causar dor, desvitalização e reabsorções dentárias. Por isso, a maioria dos autores preconiza que, uma vez detectado o odontoma, este deve ser removido cirurgicamente (BENGTON et al.,² 1993).

A técnica cirúrgica empregada para a remoção dos odontomas consiste, de modo geral, na observância dos princípios cirúrgicos básicos para extração de dentes inclusos (MADEIRA et al.,¹³ 1987). A cirurgia do odontoma combinado é tecnicamente simples pois o processo é formado por dentículos que são removidos através de uma pequena fenestração óssea. Já o odontoma complexo é formado por único bloco, que alcança, algumas vezes,

grandes volumes, o que pode ser um obstáculo à sua remoção (MADEIRA et al.,¹³ 1987).

No caso de ocorrer inclusão dentária causada pela lesão, deve-se fazer todo o empenho para preservar o elemento incluído e oferecer condições para a sua erupção (MADEIRA et al.,¹³ 1987). Estes são os casos a serem relatados adiante: incisivo lateral e canino retido por odontoma (caso clínico 1) e incisivo central retido pela mesma lesão (caso clínico 2).

CASO CLÍNICO 1:

Paciente P.H.N.T, 10 anos de idade, sexo feminino, foi encaminhado para Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Na anamnese, não foi relatada nenhuma alteração digna de nota. A queixa principal da paciente era a não erupção do dente permanente.

Ao exame intra-bucal (Figura 1) nota-se a presença dos elementos decíduos 52 e 53 e ausência dos sucessores permanentes, sendo que, no lado oposto, estes já encontravam-se em oclusão. Ao exame radiográfico, a panorâmica revelou o incisivo lateral e canino esquerdo retidos por uma massa radiopaca sugestiva de odontoma (Figura 2).



Figura 1 – Aspecto clínico intra-bucal.(Caso 1)

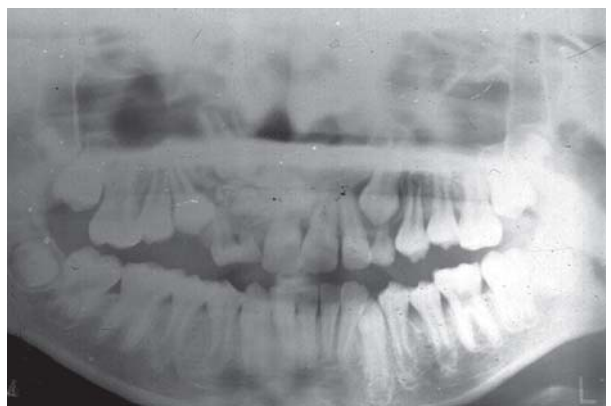


Figura 2 – Aspecto radiográfico pré-operatório. (Caso 1)

Com o diagnóstico clínico e radiográfico compatíveis de odontoma, sugeriu-se a intervenção cirúrgica para a paciente. A conduta cirúrgica utilizada consistiu de: anti-sepsia do campo operatório, anestesia troncular infra-orbitária e do nervo nasopalatino. Os elementos decíduos foram extraídos e a incisão foi realizada por vestibular, do tipo Newman, englobando a região entre os elementos 11 e 14. Após o rebatimento do retalho, foi realizado osteotomia com brocas e cinzéis alcançando a loja óssea que continha partículas calcificadas e dentículos como mostra a Figura 3, os quais foram removidos (Figura 4). A loja cirúrgica foi curetada e irrigada com soro fisiológico. O retalho foi reposicionado e suturado. O paciente foi instruído em relação aos cuidados pós-operatórios e medicado com antibiótico, antiinflamatório, analgésico e colutório bucal. A sutura foi removida após uma semana. As partículas calcificadas e dentículos foram encaminhados para o serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, o qual comprovou o diagnóstico clínico de odontoma combinado (Figura 5).

No pós-operatório de 6 meses, notou-se na radiografia panorâmica (Figura 6) a formação óssea completa da área antes preenchida pelo odontoma, e a presença intra-óssea dos elementos 12 e 13, que necessitam de um planejamento ortodôntico-cirúrgico.



Figura 3 - Após a extração dos dentes decíduos, retalho rebatido e exposição do conglomerado de partículas calcificadas e dentículos. (Caso 1)

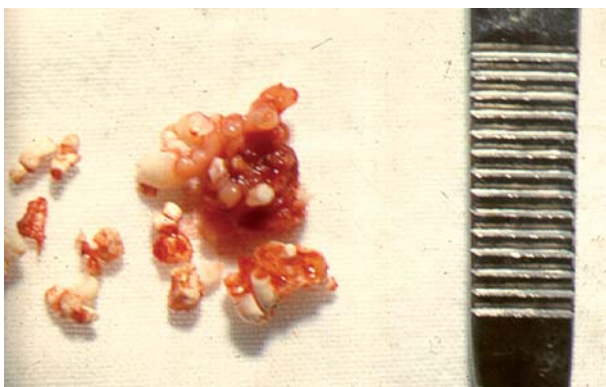


Figura 4 - Partículas calcificadas e dentículos removidos. (Caso 1)

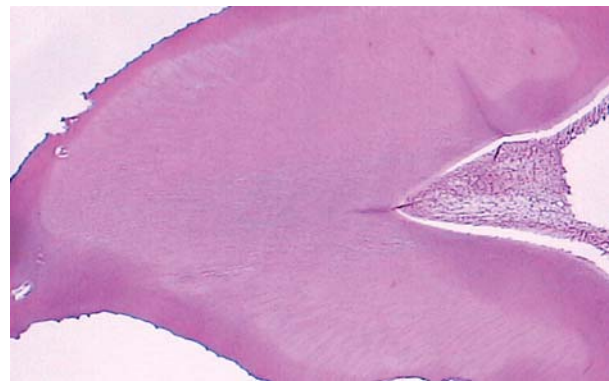


Figura 5 – Aspecto histopatológico, evidenciando a disposição ordenada dos tecidos dentários: polpa, pré-dentina e dentina. HE – 5x. (Caso 1)

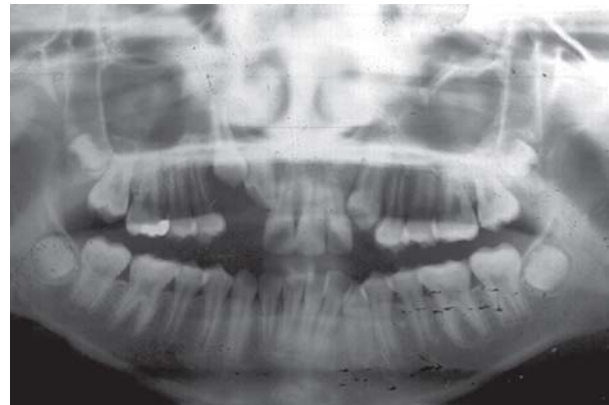


Figura 6 – Aspecto radiográfico do pós-operatório de 6 meses. (Caso 1)

CASO CLÍNICO 2:

Paciente F.P.S.L, 14 anos de idade, sexo masculino, foi encaminhado para a Clínica de Cirurgia da FOA – UNESP. Na anamnese, o histórico médico apresentou-se normal. A queixa principal do paciente era a ausência do dente 21.

Ao exame intra-bucal (Figura 7) observou-se ausência do incisivo central esquerdo e aumento volumétrico na região do dente não erupcionado. Ao exame radiográfico, a panorâmica revelou o incisivo central retido associado à lesão radiopaca sugestiva de odontoma, além da dilaceração radicular apical do elemento 22. (Figura 8)



Figura 7 – Aspecto clínico intra-bucal.(Caso 2)



Figura 8 – Aspecto radiográfico pré-operatório. (Caso 2)

A conduta cirúrgica foi semelhante à adotada no caso clínico anterior (Figura 9), acrescentando no mesmo ato operatório a perfuração e passagem do fio ortodôntico 0.25 para posterior tração (Figura 10). Cinquenta e cinco dentículos foram removidos, como mostra a Figura 11. O exame histopatológico comprovou as evidências clínicas e radiográficas de odontoma combinado (Figura 12).

No pós-operatório de 1 ano, o esperado era o correto posicionamento do elemento 21, porém, devido ao abandono do tratamento ortodôntico por parte do paciente, não se observou qualquer mudança da posição do dente incluído (Figura 13).

Explicou-se novamente para ambos pacientes e responsáveis, a importância e a necessidade do tratamento ortodôntico.



Figura 11 – Dentículos removidos, num total de 55, sendo 9 fusionados. (Caso 2)

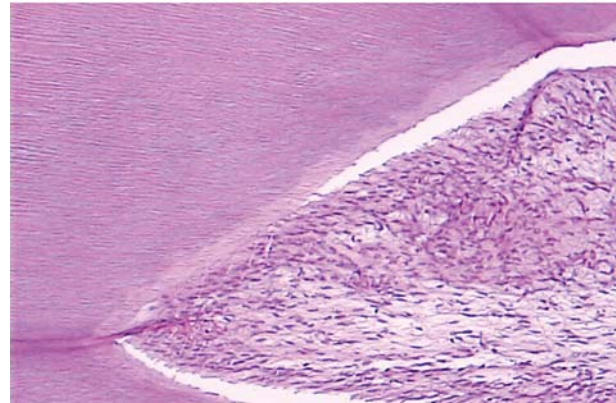


Figura 12 - Aspecto histopatológico evidenciando a polpa, camada de odontoblastos, pré-dentina e dentina. HE – 20x. (Caso 2)

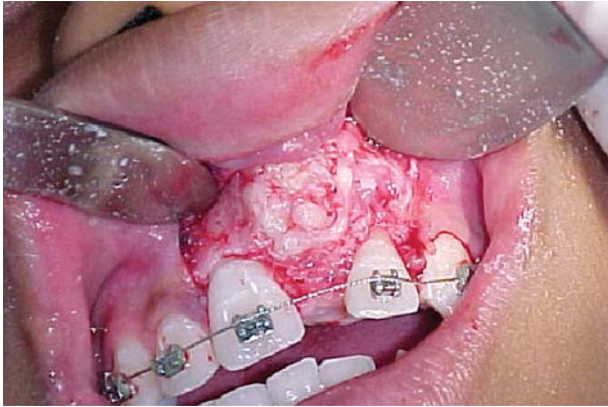


Figura 9 - Exposição do conglomerado de dentículos. (Caso 2)



Figura 10 – Exposição do dente 21, para perfuração e amarração de fio ortodôntico. (Caso 2)



Figura 13 – Aspecto radiográfico do pós-operatório de 1 ano. (Caso 2)

DISCUSSÃO

O odontoma é uma patologia assintomática, de evolução lenta e que pode passar despercebido e trazer prejuízos para o paciente tanto nas estruturas ósseas e dentárias, como provocando alterações na oclusão. Segundo VIEIRA et al.²² (1997), a presença dos odontomas se destaca entre os vários motivos que causam retenção dental.

O clínico geral, e não só o especialista, deve estar atento ao diagnóstico desta lesão, uma vez que o diagnóstico é basicamente clínico e radiográfico.

Contudo, é importante o diagnóstico definitivo através da análise histo-patológica da lesão.

Quanto mais precoce for o diagnóstico e a intervenção cirúrgica, menores serão as seqüelas. No caso 2, observa-se além da retenção do elemento 21, a dilaceração radicular apical do 22 e isto se deve à pressão exercida pelo odontoma durante a fase de rizogênese do dente 22.

Os odontomas relatados são os mais comuns da literatura, pois são do tipo combinado e localizado na parte anterior da maxila (TORETTI et al.,²¹ 1984). No caso clínico 1, encontrava-se na região do dente mais acometido, o canino.

O número de dentículos retirados também é citado na literatura. APRILE¹ (1940) registrou um caso com 79 dentículos livres e 7 aderidos, BERCHER³ (1935) encontrou 50. Neste estudo removeu-se 55 dentículos no caso clínico 2, sendo 9 fusionados. No caso clínico 1 não se realizou contagem, pois as partículas calcificadas e os dentículos encontravam-se fusionados.

CONCLUSÃO

O odontoma não é uma lesão rara, de fácil diagnóstico e que, conhecendo os princípios básicos cirúrgicos e os devidos cuidados pré-operatórios, pode ser removido sem grandes dificuldades. É de grande importância o diagnóstico e o tratamento precoce da lesão, para que não haja seqüela futura.

ABSTRACT

Povidone-iodine (PVP-I) is a topic antimicrobial agent widely used in medicine but still scarcely in periodontal therapy. It has a wide spectrum of action and favorable pharmacological characteristics for being used in mouth washes and subgingival irrigation. The objective of this paper is to give a review of the literature about PVP-I and its pharmacological aspects, its utilization in the prevention of bacteremias and in the treatment of gingivitis and periodontitis.

UNITERMS: *Odontoma; treatment.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - APRILE, E. C. Contribución al estudio de los odontomas compuestos. **Rev Odontol**, v. 28, n. 556, 1940. apud MADEIRA, A. A.; FONSECA, S.; MINATTI, E. J. Odontoma combinado: tratamento cirúrgico. **Odontol Mod**, v. 14, n. 10, p. 25-32, nov./dez. 1987.
- 2 - BENGTON, A. L.; BENGTON, N. G.; BENASSI, L. R. Odontoma em pacientes pediátricos. **Rev Odontopediatr**, v. 2, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 1993.
- 3 - BERCHER, J. L. **Pathologie dentaire**. Paris: Masson, 1935. apud MADEIRA, A. A.; FONSECA, S.; MINATTI, E. J. Odontoma combinado: tratamento cirúrgico. **Odontol Mod**, v. 14, n. 10, p. 25-32, nov./dez. 1987.
- 4 - BHASKAR, S. N. **Patologia bucal**. 4.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1976. p.276
- 5 - BLAND-SUTTON, J. **Tumors innocent and malignant**. 7.ed. London: Cassell, 1922. apud MADEIRA, A. A.; FONSECA, S.; MINATTI, E. J. Odontoma combinado: tratamento cirúrgico. **Odontol Mod**, v. 14, n. 10, p. 25-32, nov./dez. 1987.
- 6 - BODIN, I.; JULIN, P.; THOMSSON, M. Odontomas and their pathological sequels. **Dentomaxillofac Radiol**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 1983.
- 7 - BUDNICK, S. D. Compound and complex odontomas. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 42, n. 4, p. 501-506, Oct, 1976.
- 8 - COSTA, C. et al. Aspectos radiográficos de um caso de odontoma complexo na maxila. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, p. 83-85, jul./dez. 1993.
- 9 - FREITAS, A.; ROSA, J. E.; FARIAS E SOUZA, I. **Radiologia odontologica**. 4.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998. 703p.
- 10 - GESCHICKTER, C. F.; COPELAND, M.M. **Tumors of bone**. 3rd.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1949.
- 11 - HENRIKSSON, C. O.; KJELLMAN, O. Complex odontoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 18, n. 1, p. 64-69, Jul. 1964.
- 12 - MADEIRA, A. A.; MINATTI, E. J. Odontoma complexo e combinado. **Odontol Mod**, v. 12, n. 5, p. 32-38, jun. 1985.
- 13 - MADEIRA, A. A.; FONSECA, S.; MINATTI, E. J. Odontoma combinado: tratamento cirúrgico. **Odontol Mod**, v. 14, n. 10, p. 25-32, nov./dez. 1987.
- 14 - MEHTA, D. S. Complex odontoma: a case report. **J Indian Dent Assoc**, v. 57, n. 5, p. 187-190, May. 1985.
- 15 - NOGUEIRA, C. J. M. Odontoma e dentes retidos associados. **Odontol Mod**, v. 17, n. 7, p. 13-16, jul. 1990.
- 16 - ROBBINS, S. L. **Tratado de patologia con aplicacion clínica**. 2.ed. México: Interamericana, 1963, p.611-651.
- 17 - ROQUE, M. L. R. Tumores odontogênicos. **Rev Port Estomat Cir Max**, v.23, n. 2, p.245-271, abr./jun. 1982.
- 18 - SANTOS, J. N. et al. Odontogenic tumors: analysis of 127 casos. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 4, p. 308-313, out./dez. 2001.
- 19 - SIDNEY apud RIES CENTENO, G.A. **Cirurgia bucal**. 6.ed, Buenos Aires: El Ateneo, 1964. 666p.
- 20 - TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 3.ed. São Paulo: Pancast, 1998. 664p.
- 21 - TORETTI, E. F.; MILLER, A. S.; PEEZICK, B. Odontomas: an analysis of 167 cases. **J Pedodont**, v. 8, n. 3, p. 282-284, 1984.
- 22 - VIEIRA, E. H.; HEBLING, J.; BASSI, P. C. Tracionamento de incisivo central retido por odontoma. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 51, n. 2, p.160-164, mar./abr. 1997.