

# REMOÇÃO CIRÚRGICA DE ODONTOMA COMPOSTO DE GRANDE PROPORÇÃO SOB ANESTESIA LOCAL: RELATO DE CASO

## SURGICAL REMOVAL OF COMPOUND ODONTOMA OF GREAT PROPORTION DERIVED FROM LOCAL ANESTHESIA CASE REPORT

JEAN FELIPE VASCONCELOS FREIRES<sup>1</sup>, NATHALIA DA CRUZ FLORES<sup>2</sup>, LUKAS NATÃ MENDES FRAGOSO<sup>2</sup>, JUAN FERNANDES DE VASCONCELOS<sup>3</sup>, HYAGO MARX RODRIGUES PESSOA<sup>4</sup>, EDUARDO DIAS RIBEIRO<sup>5</sup>, BÁRBARA VANESSA DE BRITO MONTEIRO<sup>6</sup>, JULIERME FERREIRA ROCHA<sup>7\*</sup>

1. Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-PB, e Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pelo Hospital Batista Memorial, Fortaleza-CE; 2. Acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-PB; 3. Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-PB; 4. Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-PB, e Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pelo Instituto Doutor José Frota (IJF), Fortaleza-CE; 5. Professor Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB; 6. Professora Doutora em Patologia Oral, Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-PB; 7. Professor Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-PB.

\*Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, Km1, Jatobá, Patos, Paraíba, Brasil. CEP: 58700-970. [juliermerocha@hotmail.com](mailto:juliermerocha@hotmail.com)

Recebido em 25/04/2019. Aceito para publicação em 27/05/2019

### RESUMO

A denominação odontoma era utilizada para indicar patologias que estavam relacionadas com cistos e tumores do complexo maxilo-mandibular. Atualmente a Organização Mundial da Saúde classifica-o em dois tipos: composto e complexo, cada um com suas características específicas. É o tumor odontogênico mais comum e seu aspecto histopatológico constitui-se por esmalte, dentina, cemento e polpa, em diferentes proporções e graus de diferenciação. É uma lesão usualmente assintomática, diagnosticada muitas vezes durante exames radiográficos de rotina. O presente estudo objetivou descrever um caso clínico de paciente do gênero feminino, com 17 anos de idade, apresentando odontoma composto de grande extensão na região anterior de mandíbula, tendo como sinais e sintomas clínicos leve desconforto e apinhamento dentário. A enucleação foi o tratamento proposto e realizado. No pós-operatório de um ano, a paciente evoluiu sem sinais de recidiva da lesão. O manejo cirúrgico das patologias maxilo-mandibulares deverá ser realizado de acordo com o comportamento clínico de cada lesão, visando o bem-estar do paciente e minimizando a ocorrência de complicações e sequelas pós-operatórias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontoma, mandíbula, cirurgia bucal.

### ABSTRACT

The denomination odontoma was used to indicate pathologies that were related to cysts and tumors of the maxillo-mandibular complex. Currently the World Health Organization classifies it into two types: compound and complex, each with its specific characteristics. It is the most common odontogenic tumor and its morphological aspect consists of enamel, dentin, cement and pulp, in different proportions and degrees of differentiation. It is a lesion usually asymptomatic, often diagnosed during routine

radiographic examinations. The present study aimed to describe a clinical case of a 17 years old female patient, presenting a composite odontoma of great extension in the anterior region of the mandible, having clinical signs and symptoms pain and crowding of the teeth. The treatment consisted in enucleation of the lesion. In one year of postoperative period, the patient evolved without signs of recurrence of the lesion. The surgical maneuver of maxillo-mandibular pathologies should be performed according to the clinical behavior of each lesion, aiming at the well being of the patient and minimizing the occurrence of complications and postoperative sequelae.

**KEYWORDS:** Odontoma, jaw, oral surgery.

### 1. INTRODUÇÃO

O termo odontoma foi utilizado pela primeira vez em 1869 por Paul Brocca para designar genericamente patologias que incluíam cistos e tumores odontogênicos<sup>1</sup>. São considerados malformações benignas e, devido serem constituídos pelos tecidos dentários (esmalte, dentina, cemento e tecido pulpar) em diferentes proporções e graus de diferenciação, são classificados como hamartomas odontogênicos<sup>2,3</sup>. Sua etiologia é desconhecida, entretanto há a suspeita de que certas patologias, traumatismos e alterações genéticas podem estar associados ao seu desenvolvimento<sup>4</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1992), classificam-se em dois tipos principais: complexo e composto. O odontoma composto é uma malformação na qual os tecidos dentais estão representados em um padrão ordenado, formando estruturas semelhantes a pequenos dentes. Já a variante complexa, por sua vez, apresenta um padrão onde os tecidos dentais representados estão desordenados, sem

que seja possível perceber semelhança com os dentículos<sup>5</sup>. Ambos têm predileção pela região de incisivos e caninos maxilares<sup>6</sup>, sendo o composto o que apresenta uma maior ocorrência na literatura<sup>7</sup>.

O odontoma constitui uma lesão usualmente assintomática, sendo descoberta muitas vezes durante exames radiográficos de rotina. A presença de qualquer sintomatologia normalmente é rara, mas quando presente é de gravidade moderada, desencadeando dor, tumefação e infecção<sup>8</sup>.

Radiograficamente, os odontomas são caracterizados como uma radiopacidade no osso bem definida que apresenta uma linha esclerótica envolvendo um halo radiolúcido. Os compostos apresentam-se como um conjunto de estruturas semelhantes aos dentes, de forma e tamanho variáveis. Já os odontomas complexos apresentam-se na radiografia como um conglomerado de massa radiopaca irregular e desorganizada, que pode ser única ou múltipla<sup>6</sup>.

O odontoma é um tumor odontogênico bastante frequente e, devido a sua alta incidência, merece uma atenção especial do cirurgião-dentista a respeito de todas as suas facetas, desde o diagnóstico, comportamento biológico, até o tratamento<sup>3</sup>. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico referente à eficácia da técnica cirúrgica sob anestesia local na remoção de um odontoma composto extenso na região anterior de mandíbula.

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma, 17 anos de idade, sexo feminino procurou a Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil para avaliação de lesão localizada entre canino e primeiro pré-molar inferior esquerdo, diagnosticada durante uma consulta de rotina.

O presente relato de caso fora autorizado pelo paciente, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encaminhado ao periódico. Durante a anamnese, a paciente relatou sintomatologia dolorosa de baixa intensidade na região e sangramento gengival discreto. Ao exame físico, observou-se abaulamento ósseo lingual recoberto por tecido mole de consistência normal entre os elementos 31 e 35, além de leve apinhamento dental.

A radiografia panorâmica evidenciou estruturas radiopacas circunscritas por um halo esclerótico fino, sugestivo de odontoma composto (Figura 1). A estratégia de tratamento proposta foi a enucleação cirúrgica conservadora.

Uma hora antes da cirurgia a paciente foi medicada com uma dose única de dexametasona 4mg (dois comprimidos, totalizando 8mg).

Foi realizada antisepsia intraoral e extra oral com bochecho de Digluconato de Clorexina 0,12% sem álcool (RioHex<sup>®</sup> - RioQuímica<sup>®</sup> Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil) por 40 segundos e aplicação tópica de Digluconato de Clorexidina 2% (RioHex<sup>®</sup> - RioQuímica<sup>®</sup> Indústria Farmacêutica Ltda, São José do Rio Preto - SP, Brasil)

na região perioral, respectivamente.



**Figura 1.** Radiografia panorâmica evidenciando estruturas radiopacas semelhantes a dentes na região anterior da mandíbula entre os elementos 31 a 35.

O procedimento foi iniciado através do bloqueio do nervo alveolar inferior esquerdo. Primeiramente deve-se colocar o dedo indicador ou polegar da mão esquerda no trígono retromolar fazendo com que os tecidos da região da mucosa sejam afastados lateralmente e com uma seringa carpule com refluxo (DUFLEX<sup>®</sup> - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), introduziu-se a agulha longa de 32mm e 25G de calibre (UNOJECT<sup>®</sup> - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) na mucosa da face medial do ramo da mandíbula na intersecção dos pontos situados a três quartos da distância anteroposterior até a parte mais profunda da rafe pterigomandibular e de seis a dez milímetros acima do plano oclusal. Foi realizada aspiração, apresentando-se negativa, então foi injetado lentamente (cerca de 60 segundos) um tubete de 1,8mL contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE<sup>®</sup> - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil).

Posteriormente, foram realizadas anestésias terminais infiltrativas ao redor da lesão com o auxílio de uma seringa carpule com refluxo (DUFLEX<sup>®</sup> - SSWhite Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) e agulha longa de 32mm e 25G de calibre (UNOJECT<sup>®</sup> - DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), depositando 0,4 ml em três pontos ao redor da área cirúrgica. Essa anestesia busca promover uma melhor hemostasia durante o procedimento cirúrgico e com isso melhorar o campo visual do operador.

Para o acesso ao odontoma, foi feito o tracionamento do tecido mole do lábio inferior com ajuda do afastador Minnesota (GOLGRAN<sup>®</sup> - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) a fim de estabelecer uma melhor visualização do campo cirúrgico. Uma incisão intrasulcular foi realizada desde a papila distal da face lingual do primeiro molar inferior esquerdo até a papila distal da face lingual do canino inferior direito. Logo depois, com o auxílio de um descolador de Molt (GOLGRAN<sup>®</sup> - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) foi feito o descolamento mucoperiosteal da região supracitada (Figura 2).

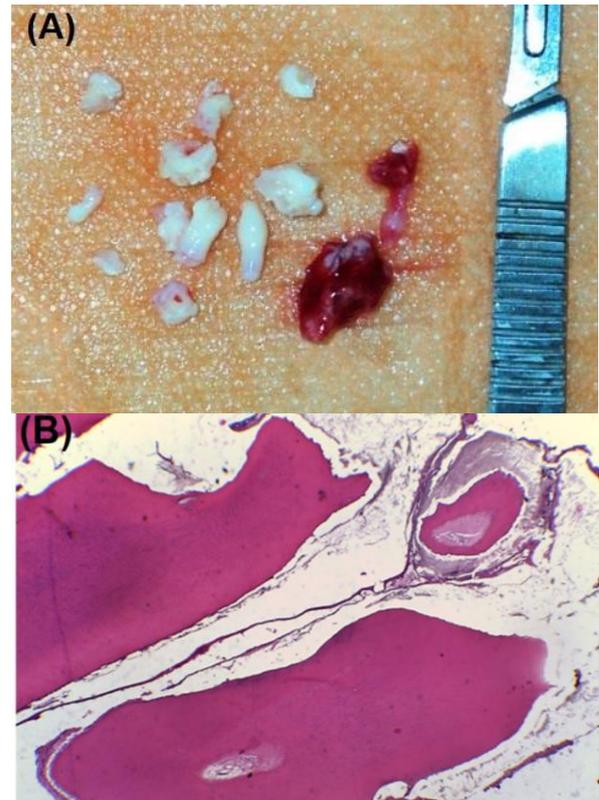


**Figura 2.** Aspecto trans-operatório mostrando a exposição da lesão.

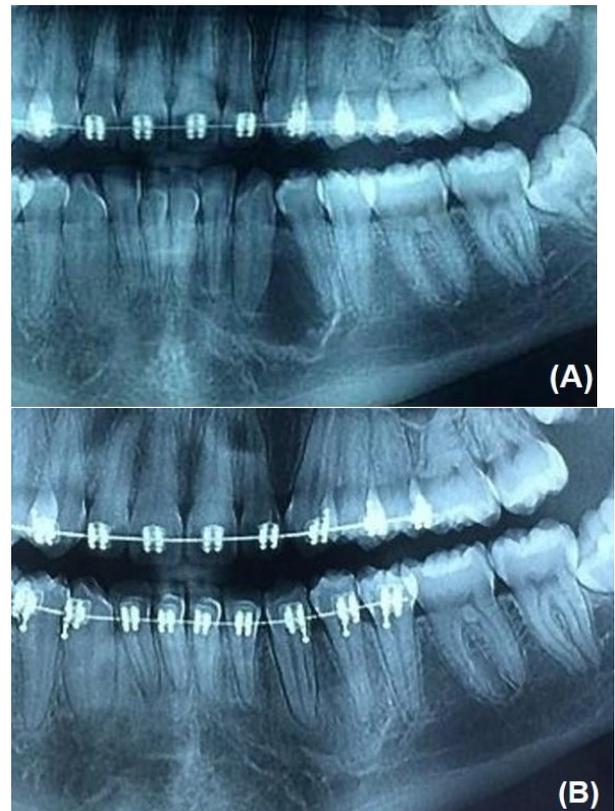
Após o acesso da região lingual do corpo mandibular, foi realizada osteotomia para exposição da lesão e criação da loja cirúrgica com instrumento rotatório de alta velocidade (KAVO® do Brasil Ind. Com. LTDA, Joenville, SC, Brasil) associada à broca cirúrgica número seis (KG SORENSEN®, Cotia, São Paulo, Brasil). Logo depois, realizou-se a fragmentação do hamartoma (odontoma) com o auxílio de uma peça de mão reta adaptada a um micromotor (KAVO® do Brasil Ind. Com. LTDA, Joenville, SC, Brasil) associada à broca cirúrgica 701 (KG SORENSEN®, Cotia, São Paulo, Brasil).

A pinça hemostática (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil) foi utilizada para a remoção dos dentículos, num total de 20, sendo cinco fusionados, juntamente com uma massa disforme. Posteriormente, executou-se a curetagem e regularização da loja óssea com cureta de Lucas e lima para osso, respectivamente (GOLGRAN® - Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul-SP, Brasil).

A lavagem da região foi realizada com soro fisiológico. A síntese da ferida cirúrgica foi estabelecida com o auxílio de um fio de seda 3-0. O paciente foi orientado verbalmente e por escrito sobre os cuidados no período pós-operatório e prescrito analgésico (Dipirona 500mg de 6/6 horas durante três dias) e anti-inflamatório não esteroidal (Ibuprofeno 600mg de 6/6 horas durante três dias) com intuito de um pós-operatório mais confortável e sem complicações. A peça foi enviada para exame histopatológico no laboratório de patologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil, onde foram observadas várias estruturas compatíveis com dentículos, no qual se destaca matriz dentinária, tecido pulpar na região central e tecido conjuntivo de densidade variada circunjacente ao dentículo, sendo confirmado o diagnóstico de odontoma composto (Figura 3). No acompanhamento de um ano, a paciente evoluiu sem queixas clínicas (Figura 4).



**Figura 3.** Espécime cirúrgico dos dentículos do odontoma composto. Num total de 20, sendo 5 fusionados (A). Aspecto histopatológico da lesão. HE - 100x (B).



**Figura 4.** Radiografias panorâmicas pós-operatória imediata (A) e após um ano mostrando o total processo de reparação óssea (B).

### 3. DISCUSSÃO

Os odontomas possuem etiologia bastante complexa visto que tal aspecto não é totalmente esclarecido e diversas hipóteses têm sido levantadas. Hitchin (1971)<sup>9</sup> publicou um estudo no qual explica que a etiologia do odontoma composto advém de uma mutação em um gene que possui controle sobre o desenvolvimento dentário. Enquanto outros estudos mencionaram que, além de diversos fatores genéticos, traumatismos e presença de infecção local poderiam desencadear a formação de um odontoma<sup>2-6,8,10</sup>.

Estudos relatam que os odontomas desenvolvem-se sem apresentar sintomatologia específica, sendo diagnosticados por exames de rotina, atraso de esfoliação dentária, tumefação e posição ectópica de dentes adjacentes. Todavia, quando a lesão apresenta-se em um período de evolução avançada alguns sintomas como sangramento gengival, deslocamento dentário e sensibilidade dolorosa, induzem o paciente a procurar tratamento apropriado, como ocorreu no caso citado<sup>3,8,11</sup>.

Segundo Hidalgo-Sánchez, Leco-Berrocal, Martínez-González (2008)<sup>3</sup> e Ioannis *et al.* (2010)<sup>12</sup> as manifestações clínicas mais presentes são: impaction dos dentes permanentes, edema, distúrbios de erupção dentária, expansão óssea intraoral, infecção, inflamação e mau posicionamento dental. Analisando o caso clínico descrito observou-se abaulamento ósseo e leve deslocamento dentário, corroborando com os autores supracitados.

Amado-Cuesta *et al.* (2003)<sup>13</sup> descreve em sua obra que, mesmo quando a imagem radiográfica é compatível com odontoma, o diagnóstico diferencial nos casos localizados entre raízes deve incluir lesões como: osteíte residual focal, fibroma ossificante, cementoma, fibroma cimentante, osteoblastoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor odontogênico adenomatóide. Também não se deve descartar a hipótese de que são dentes supranumerários.

Observando o caso clínico descrito foi visualizado por meio de radiografia, e confirmado através da cirurgia, que a lesão se encontrava localizada na região anterior de mandíbula ao nível apical de incisivo lateral inferior esquerdo a pré-molares da mesma área. No entanto, de acordo com Gervasoni *et al.* (2017)<sup>14</sup>, a maioria das variantes compostas dos odontomas ocorre na região anterior da maxila e têm predileção pela área de incisivos e caninos, fato que não ocorre no presente estudo.

Em trabalho realizado por Pontes *et al.* (2012)<sup>15</sup> onde foi avaliado a epidemiologia dos cistos e tumores odontogênicos tratados sob anestesia geral, o odontoma apresentou um percentual de 9% dos casos, sendo o quarto tumor odontogênico mais frequente neste estudo, no qual o ameloblastoma (43%) foi a neoplasia mais frequente, seguido do ceratocisto odontogênico (26%) e mixoma odontogênico (10%). A baixa frequência relacionada ao odontoma se dá, possivelmente, devido ao crescimento lento, limitado e assintomático dessa patologia, sendo tratada,

geralmente, em ambiente ambulatorial, sob anestesia local. Logo, observa-se que o manejo anestésico proposto no presente estudo é uma conduta segura e que demonstra excelente resolução do caso, apesar do seu grande diâmetro.

A forma de tratamento realizada foi a enucleação conservadora da lesão para o caso relatado e está de acordo com as condutas terapêuticas propostas na literatura<sup>11,14,16-18</sup>.

### 4. CONCLUSÃO

O manejo cirúrgico das patologias maxilo mandibulares deverá ser realizado de acordo com o comportamento clínico de cada lesão, visando o bem-estar do paciente e minimizando a ocorrência de complicações e sequelas pós-operatórias. O tratamento cirúrgico de remoção do odontoma é um procedimento relativamente simples e de extrema eficácia visto que a evolução pós-operatória do paciente foi excelente e não houve recidiva da lesão.

### REFERÊNCIAS

- [1] Santos TCB, Sampaio RKPL. Aspectos Clínicos, Radiográficos e Histológicos dos Odontomas. *Rev Bras Odontol.* 1981; 38(2):29-36.
- [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 Dec; 48(4):289-293.
- [3] Hidalgo-Sánchez O, Leco -Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 Nov 1; 13(11):E730-4.
- [4] Preoteasa CT, Preoteasa E. Compound odontoma - morphology, clinical findings and treatment. Case report. *Rom J Morphol Embryol.* 2018; 59(3):997-1000.
- [5] Boffano P, Zavattero E, Rocca F, Gallesio C. Complex and compound odontomas. *J Craniofac Surg* 2012;23:685-8
- [6] 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 Nov-Dec; 18(6):726-30. doi: 10.4103/1119-3077.154209.
- [7] Shetty L, Gangwani K, Kulkarni D, Londhe U. Odontome, Cyst, Impacted Tooth, and Space Infection in a Single Patient: All-in-One Diagnostic Dilemma. *Ann Maxillofac Surg.* 2018; 8(1):127-130. doi:10.4103/ams.ams\_211\_17
- [8] Nammalwar RB, Moses J, Jeeva S. Rare case of bilateral complex odontoma associated with mandibular bicuspid. *Dent Res J (Isfahan).* 2018 May-Jun; 15(3):220-223.
- [9] Hitchin AD. The etiology of the calcified composite odontomes. *Br Dent J* 1971; 130:475-82.
- [10] Chrcanovic BR, Jaeger F, Freire-Maia B. Two-stage surgical removal of large complex odontoma. *Oral Maxillofac Surg.* 2010 Dec; 14(4):247-52. doi: 10.1007/s10006-010-0206-0.
- [11] Akerzoul N, Chbicheb S, El Wady W. Giant Complex Odontoma of Mandible: A Spectacular Case

- Report. *Open Dent J.* 2017 Jun 30; 11:413-419. doi: 10.2174/1874210601711010413
- [12] Ioannis I, Emmanouil V, Nadia TL, Minas L. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *Journal of Oral Science. J Oral Sci.* 2010 Sep; 52(3):439-47.
- [13] Amado-Cuesta S, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex Odontoma. *Med. Oral.* 2003; 8:366–373
- [14] Gervasoni C, Tronchet A, Spotti S, Valsecchi S, Palazzolo V, Riccio S, D Aiuto A, Azzi L, Di Francesco A. Odontomas: review of the literature and case reports. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2017 Apr-Jun; 31(2 Suppl 1):119-125.
- [15] Pontes CGC, Neto AIT, Ribeiro ILH, Sarmiento VA, Santos JN, Azevedo RA. Epidemiologia dos cistos e tumores odontogênicos tratados sob anestesia geral, em um hospital filantrópico de Salvador – Bahia. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2012 Mar; 12( 1 ):93-100.
- [16] Uma E. Compound odontoma in anterior mandible—a case report. *Malays J Med Sci.* 2017;24(3):92–95.
- [17] Erdogan Ö, Keceli O, Öztunc H, Evlice B, Altug HA, Günhan Ö\_\_\_\_\_Compound odontoma involving the four quadrants of the jaws: a case report and review of the literature. *Quintessence Int.* 2014 Apr; 45(4):341-4. doi: 10.3290/j.qi.a31331
- [18] Christopher PJ, Periasamy S, Devadoss P, Kumar SP. Surgical Access to \_\_\_\_\_ a Complex Composite Odontoma via Sagittal Split Osteotomy of the Mandible. *Cureus.* 2017 Dec 6; 9(12):e1915. doi: 10.7759/cureus.1915.