

ODONTOMA COMPOSTO: DESLOCAMENTO DE INCISIVO CENTRAL PARA ÁREA ECTÓPICA E CONSEQUÊNCIAS NO PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

COMPOUND ODONTOMA: DISPLACEMENT OF CENTRAL INCISOR TO THE ECTOPIC AREA AND CONSEQUENCES IN THE PEDIATRIC PATIENT: CASE REPORT

THIAGO LOPES DE ALMEIDA¹, ANGELA ALVES AGUIAR GOTO², FRANCISCO ROGERIO MENEZES AGUIAR³, LEONARDO RODRIGUES DA SILVA⁴, CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMAN TORRES⁵, HELOISA FONSECA MARÃO⁵, ANGELICA CASTRO PIMENTEL⁵, GUSTAVO ANTONIO CORREA MOMESSO^{5*}

1. Dentista. Aluno de Doutorado do Departamento de Implantodontia, Universidade Santo Amaro, UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 2. Dentista. Doutor do Curso de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Faculdade IBECO, São Paulo, SP, Brasil; 3. Dentista. Mestre do Curso de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Faculdade IBECO, São Paulo, SP, Brasil; 4. Dentista. Graduado em Odontologia pela Universidade Santo Amaro, UNISA, São Paulo, SP, Brasil; 5. Dentista. Doutor do Departamento de Implantodontia, Universidade Santo Amaro, UNISA, São Paulo, SP, Brasil

* Departamento de implantodontia, Universidade Santo Amaro - Prof. Eneas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 04829-300. gustavomomesso@gmail.com

Recebido em 09/12/2025. Aceito para publicação em 29/12/2025

RESUMO

Odontomas são hamartomas odontogênicos comuns que podem causar distúrbios significativos na erupção dentária. Este relato de caso descreve uma paciente de 8 anos com odontoma composto na maxila anterior, resultando no deslocamento de um incisivo central permanente para a fossa nasal e erupção ectópica do incisivo lateral. A intervenção cirúrgica sob anestesia geral foi necessária para a remoção da lesão e exodontia do incisivo central devido ao prognóstico desfavorável para tracionamento. Discute-se a influência da perda precoce de um dente permanente, a necessidade de anestesia geral em pacientes pediátricos, as potenciais sequelas físicas e psicológicas, e o planejamento para reabilitação protética futura com implantes, destacando a importância do diagnóstico precoce e do manejo multidisciplinar para minimizar impactos no desenvolvimento e bem-estar do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Odontoma composto; Dente impactado; Anestesia geral pediátrica; Reabilitação Oral; Sequela Psicossocial

ABSTRACT

Odontomas are common odontogenic hamartomas that can cause significant disturbances in tooth eruption. This case report describes an 8-year-old female patient with a compound odontoma in the anterior maxilla, resulting in the displacement of a permanent central incisor into the nasal cavity and ectopic eruption of the lateral incisor. Surgical intervention under general anesthesia was necessary for lesion removal and central incisor extraction due to an unfavorable prognosis for orthodontic traction. The discussion addresses the impact of early permanent tooth loss, the necessity of general anesthesia in pediatric patients, potential physical and psychological sequelae, and future

prosthetic rehabilitation planning with implants, emphasizing the importance of early diagnosis and multidisciplinary management to minimize developmental and patient well-being impacts.

KEYWORDS: Compound odontoma; Impacted tooth; Pediatric general anesthesia; Oral rehabilitation; Psychosocial sequelae

1. INTRODUÇÃO

Odontomas são as lesões odontogênicas mais frequentemente encontradas na cavidade oral, sendo classificados como hamartomas em vez de neoplasias verdadeiras, devido ao seu crescimento limitado e benigno¹⁻⁵. Eles são compostos por tecidos dentários maduros, como esmalte, dentina, cemento e tecido pulpar, dispostos de maneira organizada no odontoma composto ou desorganizada no odontoma complexo^{1-3,5}. O odontoma composto, objeto deste relato, caracteriza-se pela presença de múltiplas estruturas semelhantes a dentes em miniatura (denticulos) e é mais comumente localizado na região anterior da maxila^{1-4,6}.

A etiologia dos odontomas ainda não é completamente elucidada, mas fatores como traumas na dentição decídua, processos inflamatórios e infecciosos, anomalias hereditárias e mutações genéticas são frequentemente associados ao seu desenvolvimento^{2-4,7}. Essas lesões são geralmente assintomáticas e de crescimento lento, sendo descobertas incidentalmente durante exames radiográficos de rotina, especialmente na primeira e segunda décadas de vida^{2,3,8-10}.

As manifestações clínicas mais comuns dos

odontomas incluem o atraso ou a impação de dentes permanentes, a retenção prolongada de dentes decíduos e o deslocamento de dentes adjacentes, o que pode levar a problemas estéticos, funcionais e psicológicos^{1-3,8,9,11-13}. A importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica é fundamental para minimizar essas complicações e garantir um desenvolvimento odontológico adequado^{1,2,8-10}.

Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso de odontoma composto que resultou no deslocamento e contato íntimo do incisivo central permanente com a fossa nasal em uma paciente pediátrica. Além de descrever o manejo cirúrgico, o trabalho discute as implicações da perda precoce de um dente permanente em crianças, a necessidade de anestesia geral em procedimentos odontológicos complexos, as potenciais sequelas físicas e psicológicas e as considerações para a reabilitação protética futura, com base na literatura científica atual.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 8 anos, encaminhada ao ortodontista para investigação da falta de erupção do incisivo central esquerdo permanente. Não foi relatado histórico de dor, trauma ou qualquer evento na região anterior da maxila, nos dentes decíduos ou permanentes.

Ao exame intraoral observou-se que a paciente apresentava dentição mista, ausência do incisivo central superior esquerdo permanente e vestibularização com retenção do incisivo lateral superior esquerdo permanente. Em palpação, não foi constatado abaulamento das corticais.

Ao exame imaginológico verificou-se na maxila uma imagem de lesão radiopaca com halo radiolúcido bem delimitado, semelhante à dente, ocasionando deslocamento do incisivo central superior esquerdo para região da fossa nasal e erupção ectópica do incisivo lateral esquerdo, visando avaliação mais minuciosa da área acometida, foi solicitado exame de tomografia computadorizada em cone beam da maxila (Figura 1).

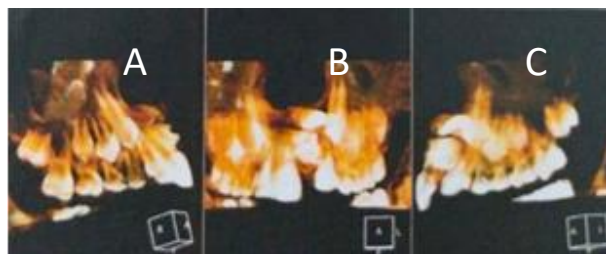


Figura 1. Reconstrução 3D de tomografia computadorizada de maxila. **1A.** Corte sagital do lado direito da maxila. **1B.** Corte coronal da região anterior da maxila. **1C.** Corte sagital do lado esquerdo da maxila.

Localizava-se entre o incisivo central permanente direito e o incisivo lateral permanente esquerdo. Considerando os achados clínicos e radiológicos, foi feito um diagnóstico preliminar de odontoma

composto.

Foi optado por realizar a exérese da lesão e exodontia do incisivo central superior esquerdo devido má prognóstico para tracionamento. O procedimento foi realizado sob regime de anestesia geral com entubação nasal, anestesia infiltrativa local com lidocaína 2% + epinefrina 1:50000 (Xylestesin®, Cristalia – Brasil) na região anterior de maxila, incisão com lâmina de bisturi número 15 (Med Blade® – Brasil) com relaxantes nas distais dos incisivos laterais superiores, descolamento mucoperiosteal com destaca-periosteio do tipo molt nº 9 (Quinelato® – Brasil), com a utilização do afastador de Minessota (Quinelato® – Brasil) (Figura 2A), osteotomia com broca carbide cirúrgica esférica (Angelus® – Brasil) montada em peça reta 500 (Kavo® – Brasil), somada a irrigação abundante com soro fisiológico de NaCl 0,9% estéril (Sanobiol® – Brasil) para exposição da lesão e do dente deslocado para fossa nasal com posterior luxação (Figura 2B), exérese dental foi concluída com extratores curvos e retos do tipo Seldin (nº 2, 1R ou 1L) (Quinelato® – Brasil) e curetagem com cureta de Lucas (Quinelato® – Brasil) da área (Figura 3C). Irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% durante todo o procedimento e sutura com fio de ácido poliglicólico 4-0 (Ethicon®, Johnson & Johnson – Brasil) (Figura 2D).

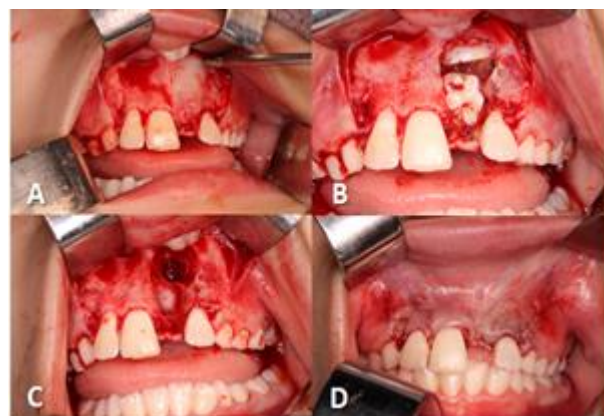


Figura 2A. Incisão envelope e descolamento mucoperiosteal **2B.** Osteotomia e exposição do odontoma e do incisivo central incluído **2C.** Alvéolo dentário após remoção do odontoma e do incisivo central **2D.** Aspecto pós-operatório imediato.



Figura 3A. Acompanhamento pós-operatório imediato à instalação da prótese **3B.** Acompanhamento pós-operatório de 2 anos após instalação da prótese.

O acompanhamento de 2 anos pós-operatório vem sendo satisfatório, sem ocorrência de infecções complicações ou queixas da paciente. Foi confeccionado uma prótese como mantenedor de

espaço local para suprir o déficit estético e funcional da região até a paciente ter idade indicada para reabilitação com implantes (Figura 3).

3. DISCUSSÃO

Os odontomas, embora classificados como hamartomas e não como neoplasias malignas, representam uma das patologias odontogênicas mais comuns e clinicamente relevantes, especialmente em pacientes pediátricos^{1,2,3,4,5,14}. A natureza assintomática e o crescimento lento dessas lesões frequentemente resultam em seu diagnóstico tardio, geralmente quando já causaram distúrbios significativos no processo de erupção dentária^{2,3,8,9,10,15}. O caso apresentado ilustra de forma contundente as complicações que um odontoma composto pode acarretar, como o deslocamento de um incisivo central permanente para a fossa nasal e a erupção ectópica de um incisivo lateral, exigindo uma intervenção cirúrgica complexa.

A idade da paciente no momento do diagnóstico e tratamento é um fator crítico. A perda precoce de um incisivo central permanente em uma criança dessa idade tem implicações multifacetadas. Funcionalmente, a ausência de um dente anterior pode comprometer a mastigação e a fonação, especialmente na articulação de certos sons².

Esteticamente, a lacuna na região anterior da maxila pode afetar significativamente a imagem corporal da criança, levando a problemas de autoestima, constrangimento social e, em alguns casos, isolamento. Estudos indicam que a estética do sorriso é um componente importante da autoimagem e da interação social, e sua alteração em idades precoces pode gerar sequelas psicológicas duradouras^{2,8,12}. Além disso, a ausência de um dente pode levar a sequelas físicas como a migração dos dentes adjacentes, extrusão do antagonista e perda óssea na região, complicando futuras reabilitações^{2,6,10}.

A necessidade de abordagem com anestesia geral para a remoção do odontoma e exodontia do incisivo central, como no caso relatado, é uma consideração importante em odontopediatria. Procedimentos cirúrgicos complexos e prolongados em crianças, especialmente na região maxilofacial, frequentemente exigem anestesia geral para garantir a segurança do paciente, o controle da dor, a imobilidade e a cooperação, que são difíceis de obter apenas com anestesia local^{8,9}. Embora a anestesia geral envolva riscos inerentes, os benefícios de um procedimento bem-sucedido e sem trauma psicológico para a criança superam os riscos quando bem indicada e conduzida por uma equipe experiente⁹.

A decisão pela exodontia do incisivo central, em vez do tracionamento ortodôntico, foi baseada no prognóstico desfavorável devido ao extenso deslocamento do dente para a fossa nasal. Em situações onde o dente impactado apresenta anomalias severas de posição, dilaceração radicular ou reabsorção, a extração pode ser a opção mais prudente para evitar tratamentos prolongados e com resultados incertos^{1,2,11}. A literatura

sugere que, após a remoção do odontoma, a erupção espontânea do dente impactado pode ocorrer em muitos casos, mas a necessidade de tracionamento ortodôntico é comum, e a exodontia é considerada quando o prognóstico é desfavorável^{2,8,10,14}.

Em relação ao tempo de espera para colocar um implante, a reabilitação protética com implantes dentários é a opção mais moderna e esteticamente satisfatória para substituir dentes perdidos. No entanto, em pacientes pediátricos, a colocação de implantes é contraindicada antes da conclusão do crescimento e desenvolvimento ósseo maxilofacial. A idade ideal para a instalação de implantes varia, mas geralmente é recomendada após os 18-20 anos de idade, quando a maturação esquelética está completa^{2,10}. A colocação precoce de implantes pode resultar em anquilose e infraoclusão do implante à medida que o osso adjacente continua a crescer, levando a problemas estéticos e funcionais a longo prazo. Portanto, a paciente enfrentará um período de espera de aproximadamente 10 a 12 anos até que possa receber um implante, durante o qual dependerá de soluções protéticas provisórias, como a prótese mantenedora de espaço já confeccionada. Este longo período de espera reforça a importância do suporte psicológico e do acompanhamento odontológico contínuo para mitigar as sequelas físicas e psicológicas e preparar a paciente para a reabilitação definitiva^{2,8,10,12}.

O caso também destaca a importância do diagnóstico precoce. Zidane *et al.* (2022)⁹ e Preoteasa & Preoteasa (2018)¹ enfatizam que o diagnóstico e a remoção cirúrgica precoces são cruciais para prevenir distúrbios de erupção e minimizar a necessidade de tratamentos corretivos extensos. A detecção em fases iniciais pode permitir uma abordagem mais conservadora e um melhor prognóstico para os dentes impactados, reduzindo a complexidade do tratamento e o impacto na qualidade de vida do paciente.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a vigilância odontológica, o diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica integrada são essenciais para minimizar as consequências adversas dos odontomas e promover o bem-estar geral dos pacientes pediátricos.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Preoteasa CT, Preoteasa E. Compound odontoma – morphology, clinical findings and treatment. Case report. Rom J Morphol Embryol. 2018;59(3):997–1000. Available from: <https://www.rjme.ro/RJME/resources/files/5903189971000.pdf>
- [2] Machado CV, Knop LAH, Siquara da Rocha MCB, Telles PD da S. Impacted permanent incisors associated with compound odontoma. BMJ Case Rep. 2015. Available from: <https://casereports.bmj.com/content/2015/bcr-2014-208201.full.pdf>
- [3] Nelson BL, Thompson LDR. Compound Odontoma. Head Neck Pathol. 2010;4(4):290–1. Available from:

- <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12105-010-0186-2.pdf>
- [4] Silva Rocha OKM da, Barros CC da S, Silva LAB da, Souza Júnior EF de, Morais HHA de, Miguel MC da C. Peripheral compound odontoma: A rare case report and literature review. *Clin Case Rep.* 2020;8(6):1147–51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ccr3.2809>
- [5] Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Türk Patoloji Derg.* 2022;38(2):168-184. doi: 10.5146/tjpath.2022.01573. PMID: 35578902; PMCID: PMC9999699. Available from: <https://www.turkpatolojiderg.org/eng/makale/2157/168-184>
- [6] Uma E. Compound odontoma in anterior mandible – a casereport. *Malays J Med Sci.* 2017;24(3):92–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574677/>
- [7] Pippi R. Odontomas and supernumerary teeth: is there a common origin? *Int J Med Sci.* 2014;11(12):1282–97. Available from: <https://www.medsci.org/v11p1282.htm>
- [8] Jeevarathan J, Jananivinodhini NC, Ponnudurai A, VijayaKumar M, Chidambaranathan KA. Management of compound odontoma with 70 denticles and impacted lateral incisor over an 8-year follow-up. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2022;40(2):208–12. Available from: <https://www.jisppd.com/article.asp?issn=0973-029X;year=2022;volume=40;issue=2;spage=208;epage=212;aulast=Jeevarathan>
- [9] Zidane FE, Azzouz Y, Fawzi R. Surgical management of compound odontoma associated with unerupted tooth: a case report. *Pan Afr Med J.* 2022;43(108). Available from: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/43/108/full>
- [10] Kämmerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, Schneider S, Walter C, Frerich B, Kunkel M. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth – a retrospective multicentre study and literature. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-015-1569-2>
- [11] Yeung KH, Cheung RCT, Tsang MMH. Compound odontoma associated with an unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13(3):208–12. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-263X.2003.00448.x>
- [12] Das UM, Viswanath D, Azher U. A compound composite odontoma associated with unerupted permanent incisor: a case report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2009;2:50–5. Available from: <https://www.ijcpd.com/article.asp?issn=0974-7060;year=2009;volume=2;issue=1;spage=50;epage=55;aulast=Das>
- [13] Gururaju CR, Rathva VJ, Usha C, Sundaresh KJ. A compound odontoma in the path of an erupting incisor. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013200825. Available from: <https://casereports.bmj.com/content/2013/bcr-2013-200825.full.pdf>
- [14] An SY, An CH, Choi KS. Odontoma: A retrospective study of 73 cases. *Imaging Sci Dent.* 2012;42:77-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319043/>
- [15] Boffano P, Zavattero E, Rocchia F, et al. Complex and compound odontomas. *J Craniofac Surg.* 2012;23:685–8. Available from: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2012/05000/Complex_and_Compound_Odontomas.27.aspx