



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GABRIEL DE CARVALHO CASSARO

**ODONTOMA COMPLEXO MANDIBULAR ASSOCIADO A
CANINO INCLUSO, TRATAMENTO CIRÚRGICO COM
ENXERTO ÓSSEO:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

GABRIEL DE CARVALHO CASSARO

**ODONTOMA COMPLEXO MANDIBULAR ASSOCIADO A
CANINO INCLUSO, TRATAMENTO CIRÚRGICO COM
ENXERTO ÓSSEO:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientador: Prof. Lauro Toyoshi Mizuno.

Londrina
2013

GABRIEL DE CARVALHO CASSARO

**ODONTOMA COMPLEXO MANDIBULAR ASSOCIADO A CANINO
INCLUSO, TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ENXERTO ÓSSEO:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Lauro Toyoshi Mizuno
Prof. Orientador
Universidade Estadual de Londrina.

Edna Harue Furukita Mizuno
Prof^a. Componente da Banca
Universidade Estadual de Londrina.

Londrina, 03 de outubro de 2013.

CASSARO, Gabriel de Carvalho. **Odontoma complexo mandibular associado a canino incluído, tratamento cirúrgico com enxerto ósseo**: relato de caso clínico. 2013. 27. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

Os odontomas são tumores odontogênicos formados a partir de tecidos dentários. São divididos em dois grupos: compostos e complexos. Geralmente, apresentam-se com dimensões pequenas e são assintomáticos. Raramente, um odontoma complexo pode se desenvolver e provocar sinais e sintomas clínicos importantes. Muitas vezes são responsáveis pela inclusão de um ou mais dentes. Este trabalho consiste em relatar um caso clínico de odontoma complexo, que estava relacionado à retenção de canino incluído inferior direito, cujo tratamento proposto foi a remoção cirúrgica do odontoma e deste incluído, e colocação de enxerto ósseo associado ao plasma rico em plaquetas na loja cirúrgica.

Palavras-chave: Odontoma/cirurgia. Odontoma/diagnóstico. Dente impactado.

CASSARO, Gabriel de Carvalho. **Complex odontoma mandibular associated with canine included, surgical treatment with bone graft: A case report.**

27. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

Odontomas are odontogenic tumors formed from the dental tissues. There are two groups: compound and complex. Generally they exhibit in small dimension and are asymptomatic. A complex odontoma rarely can develop and cause significant clinical signs and symptoms. They are often responsible for the inclusion of one or more teeth. This work describes a clinical case of complex odontoma, which was related to the retention of the right lower canine included. The treatment of choice was surgical removal of the odontoma and of this included, and the insert of the bone graft associated with platelet-rich plasma in the surgical area.

Key words: Odontoma/surgery. Odontoma/diagnosis. Impacted tooth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	15
Figura 2	15
Figura 3	16
Figura 4	16
Figura 5	17
Figura 6	18
Figura 7	19
Figura 8	20
Figura 9	21
Figura 10	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PRP – Plasma Rico em Plaquetas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 RELATO DE CASO CLÍNICO	12
3 DISCUSSÃO	23
4 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

Em tempos remotos, pela ausência do mecanismo radiográfico, os odontomas não foram motivos de estudos. Porém, como foi relatado por SIDNEY, a existência do odontoma foi comprovada em uma escavação de um túmulo em Lewes, cidade localizada no estado americano de Delaware, na qual detectou um odontoma maxilar de um rapaz, datando de 500 a 1800 antes de Cristo (CARDOSO et al., 2003).

Em 1863, O termo 'odontoma' foi adotado por Paul Broca (PIRES et al., 2007) para relatar os tumores benignos de origem odontogênica (ALVEZ et al., 2008; HENRIKSSON; KJELLMAN, 1964; PIRES et al., 2013). O odontoma é o tipo mais comum entre estes tumores (NEVILLE et al., 2009), representando até 70% dos casos. (CARDOSO et al., 2003; FREITAS et al., 2009; SANTOS et al. 2010) Os odontomas são considerados hamartomas ao invés de neoplasma verdadeira (MENDONÇA et al. 2009), ou seja, são conceituados como malformações de desenvolvimento, em que todos os tecidos dentais totalmente desenvolvidos estão representados (esmalte, dentina, cemento e polpa).(MENDONÇA et al., 2009; NEVILLE et al., 2009; PIRES et al., 2013).

Nos dias de hoje, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)(ALVES et al., 2008; PIRES et al., 2007; PIRES et al., 2013), os odontomas são classificados como tumores benignos mistos, por causa de sua origem mesenquimal e epitelial, apresentando formações estruturais diferentes de tecido dental.(CÉ et al., 2009; PIRES et al., 2013). Podem ser subdivididos como odontoma do tipo composto e do tipo complexo. O odontoma composto é constituído por várias estruturas pequenas, parecidas com o próprio dente, contidas em uma matriz fibrosa frouxa. O tecido pulpar das estruturas semelhantes ao dente pode ser encontrado na

região coronal e radicular. Já o odontoma complexo é uma massa desorganizada principalmente de dentina tubular madura e esmalte, envolvido por tecido conjuntivo frouxo, sem nenhuma semelhança anatômica ao dente (CÉ et al., 2009; NEVILLE et al., 2009; PIRES et al., 2013). Na maioria dos casos, é mais frequente o diagnóstico de odontoma composto do que de odontoma complexo (MENDONÇA et al., 2009; NEVILLE et al., 2009).

Em qualquer idade podem ser encontrados os odontomas, porém cerca de 10% são localizados em pacientes com mais de quarenta anos (CÉ et al., 2009). Geralmente, são assintomáticos e descobertos na segunda década de vida, sendo que na maioria das vezes são detectados em exames radiográficos de rotina ou por motivo de dentes ainda não erupcionados (CÉ et al., 2009; MENDONÇA et al., 2009; NEVILLE et al., 2009; PIRES et al., 2013 12). Também pode ser encontrado ocasionalmente devido ao aumento de volume local e/ou por processos infecciosos (MENDONÇA et al., 2009; PIRES et al., 2013).

Frequentemente, os odontomas são encontrados mais na maxila do que em mandíbula, sendo que o odontoma composto é mais frequente em maxila anterior e o complexo em região posterior de mandíbula. (PIRES et al., 2013).

Radiograficamente, os odontomas apresentam radiopacidade bem definida, com densidade maior do que a do tecido ósseo adjacente e semelhante ao tecido dental (FREITAS et al., 1998; HENRIKSSON; KJELLMAN, 1964; PIRES et al., 2013). No odontoma composto, observa-se uma quantidade variável de pequenas estruturas radiopacas parecidas a dentes, envolvidos por uma linha radiolúcida. Já no odontoma complexo, é verificada uma distribuição irregular dos tecidos dentários formando uma verdadeira massa radiopaca (PIRES et al., 2007).

A etiologia do odontoma é desconhecida, sendo sugerido que o

traumatismo ou a infecção locais (BENGTSON et al., 1993; KURAMOCHI et al. 2006; MENDONÇA et al., 2009; SHAFTER et al., 1983) ou ainda a pressão pode levar a formação desta lesão, causando perturbação no mecanismo genético e controlador devido à mutação de um gen ou genes (BENGTSON et al., 1993; CARDOSO et al., 2003).

O tratamento é a remoção cirurgica da lesão. Geralmente, a técnica empregada para a remoção dos odontomas é a mesma utilizada para a extração de dentes inclusos. Pequenos e médios odontomas, em geral, podem ser facilmente enucleados em razão de serem separados do osso circundante por uma zona de tecido conjuntivo. Porém, o acesso de grandes odontomas pode ser um problema, principalmente para aqueles localizados em áreas mais profundas (MAGNABOSCO NETO; CAPELLA, 2011). Não recidivam. Em raras ocasiões, podem “erupcionar” na cavidade bucal.(MENDONÇA et al., 2009).

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente J.S.B, gênero masculino, 36 anos, foi encaminhado para o consultório odontológico. Na anamnese, não foi relatada nenhuma alteração digna de nota. A queixa principal do paciente era a interrupção do tratamento ortodôntico devido ao odontoma localizado entre o dente 42 e 44.

Ao exame intrabucal, observou-se presença de todos os dentes permanentes com dispositivos ortodônticos (bráquetes, bandas e fio) com exceção do canino inferior direito permanente impactado (elemento 43) (Figura 1). Ao exame tomográfico da mandíbula realizada em tomógrafo computadorizado volumétrico, as imagens tomográficas sugere a presença de área hiperdensa com algumas variações de densidade localizada no interior do rebordo alveolar na região do dente 43 se entendendo até abaixo da raiz do dente 42 estando em uma posição trans alveolar levemente deslocado para a face vestibular sugerindo a presença de um odontoma complexo, apresentando linha hipodensa contornando-o parcialmente sugerindo anquilose parcial do mesmo com o osso alveolar. E também sugere uma imagem hiperdensa referente à coroa do dente 43 incluso localizado por vestibular abaixo da raiz do dente 44 com sua raiz deslocada para baixo e para lingual.(Figura 2).

Com o diagnóstico clínico e radiográfico compatíveis de odontoma complexo e dente impactado pelo mesmo, sugeriu-se a intervenção cirúrgica de ambos e reparo ósseo utilizando enxerto de matriz orgânica de origem bovina associado ao plasma rico em plaquetas (PRP).

Primeiramente, para se obter esse plasma, realizou-se uma coleta de sangue periférico do paciente (Figura 3), logo depois o sangue foi centrifugado, formando-se um concentrado de glóbulos vermelhos (camada inferior), PRP

(camada intermediária) e PPP (plasma pobre em plaquetas na camada superficial). Então, coletou-se somente o PRP, no qual possuem fatores de crescimento que interagem com a superfície a ser reparada, promovendo uma rápida regeneração dos diferentes tipos teciduais.

Em seguida, a conduta cirúrgica utilizada consistiu de: antissepsia extraoral realizada com digluconato de clorexidine a 2% tópico e intraoral com bochecho digluconato de clorexidina a 0,12%, anestesia (articaína – 1:100.000 de epinefrina) por bloqueio dos nervos alveolar inferior, bucal, lingual, mental e incisivo. Dando sequência ao procedimento, foi realizado uma incisão na linha mucogengival por vestibular, estendendo-se dos elementos 41 a 45 (Figura 4). Após o rebatimento do retalho mucoperiosteal, foi realizado osteotomia e ostectomia com a broca de aste longa cirúrgica possibilitando acesso ao dente incluso, o qual foi feito a odontosseção e removido com extratores retos e curvos. Posteriormente, foi executado osteotomia e ostectomia com as mesmas brocas para visualizar o odontoma complexo, que foi realizado a odontosseção e removido com extratores curvos e retos. A loja cirúrgica foi irrigada com soro fisiológico e, no mesmo ato operatório, colocou-se enxerto de matriz orgânica de origem bovina associado ao PRP (Figura 7). Logo após, posicionou-se a membrana reabsorvível de cortical óssea bovina, de fácil manipulação, com aspecto homogêneo e transparente após a hidratação, que tem como finalidade permitir a troca de nutrientes e impedir a invaginação de células não osteogênicas, permitindo a remodelação óssea (Figura 8). O retalho foi posicionado e a sutura realizada com pontos simples isolados. Em seguida, foi utilizado irradiação de laser infra vermelho (660 nm, 90 J/cm³, 40 mW) no retalho posicionado. Ao atingir o laser, ele gera uma vasodilatação no local, onde leva mais sangue para a ferida gerando mais tecidos de granulação e assim

estimulando a reparação (Figura 9). O paciente foi instruído quanto aos cuidados pós-operatórios e medicado com antibiótico, analgésico e antiinflamatório. Não houve complicações importantes nos períodos pós-operatórios que sucederam ao ato cirúrgico, e o paciente foi agendado para proervação clínico e radiográfico e encaminhado ao seu ortodontista para a continuação do tratamento ortodôntico.



Figura 1 - Exame intrabucal. Canino inferior direito impactado.

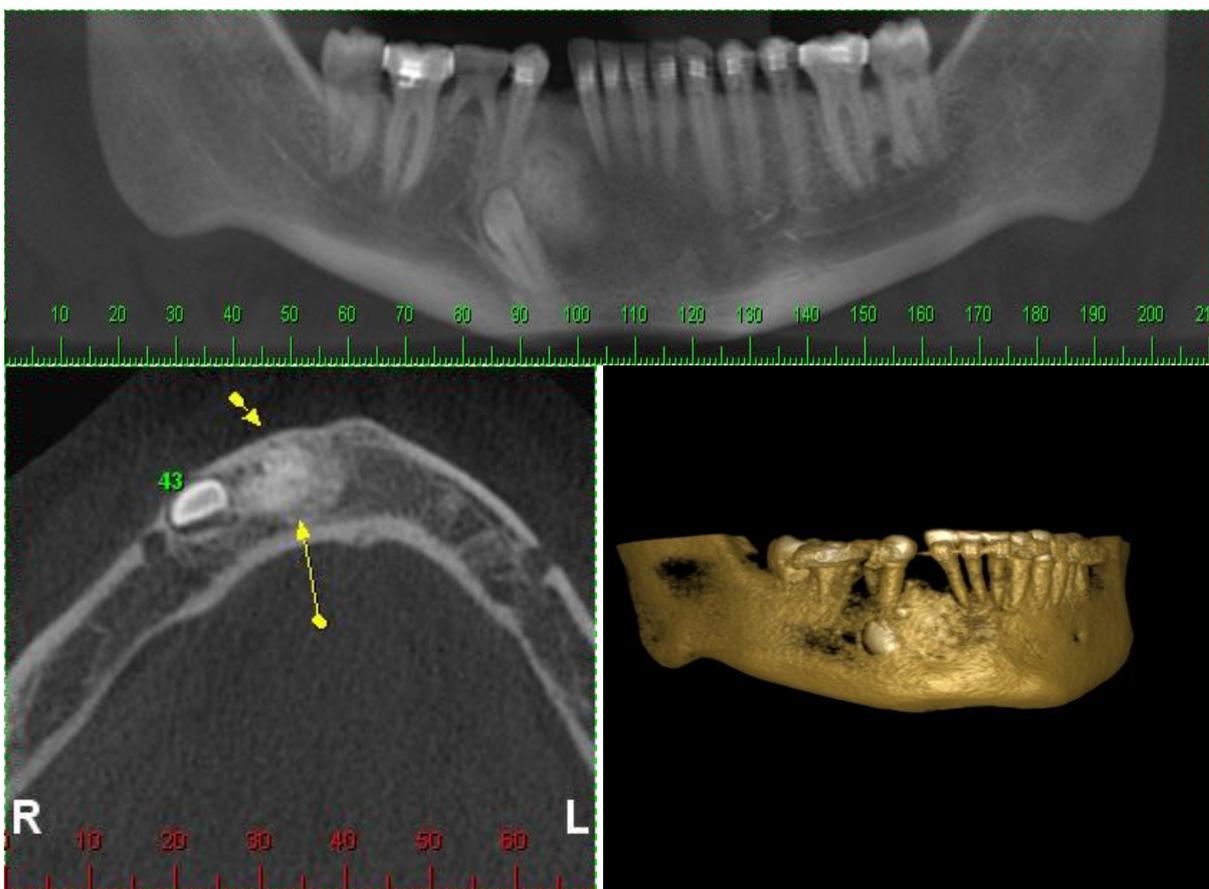


Figura 2 - Imagem da panorâmica pré-operatória. Imagem axial súpero-inferior. Reconstrução tridimensional vista frontal.



Figura 3 – Coleta de sangue periférico do paciente. Em seguida, o sangue foi centrifugado para a coleta do PRP.



Figura 4 – Incisão na linha mucogengival por vestibular, estendendo-se do 41 a 45.



Figura 5 – Acesso e remoção cirúrgica do dente incluído.

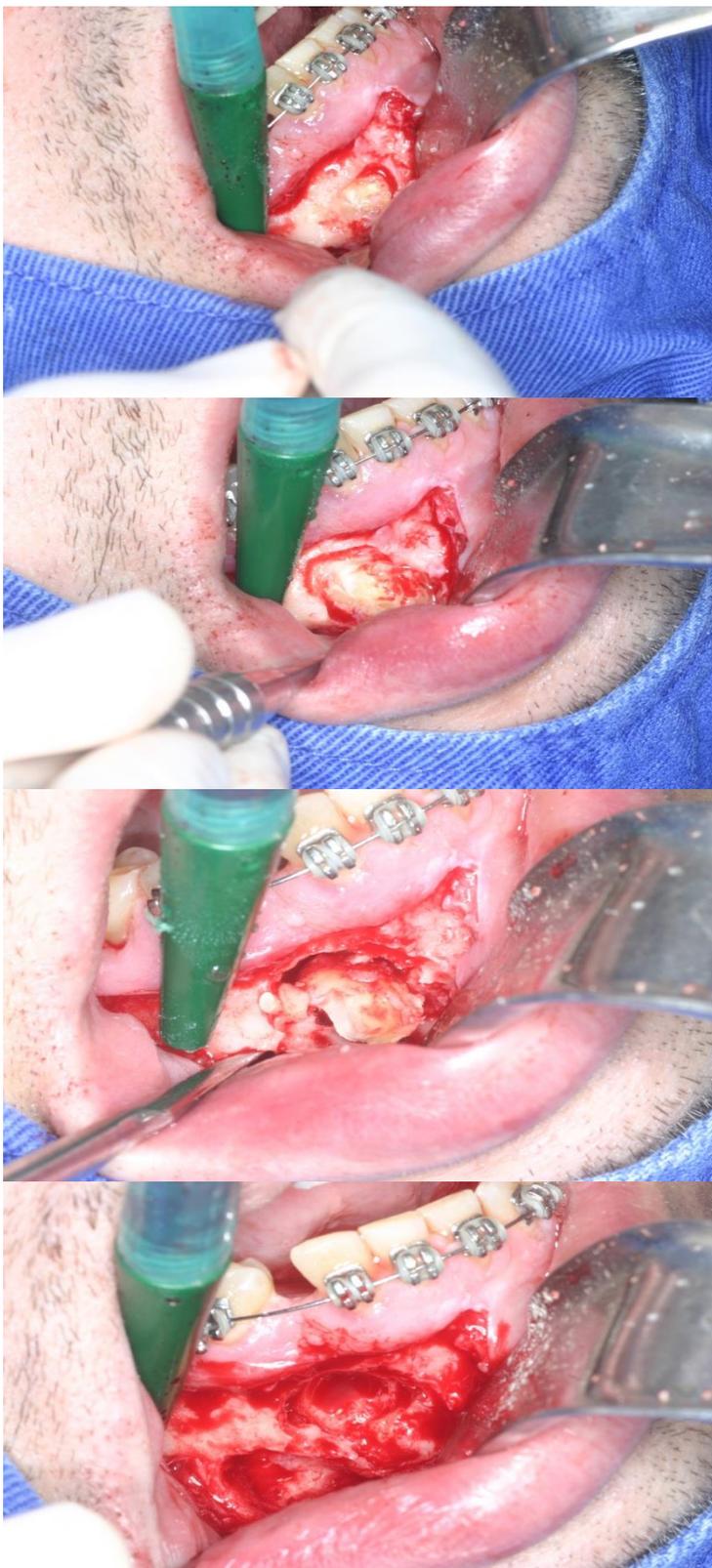


Figura 6 – Acesso e remoção cirúrgica do odontoma complexo.



Figura 7 - enxerto de matriz orgânica de origem bovina associado ao PRP.

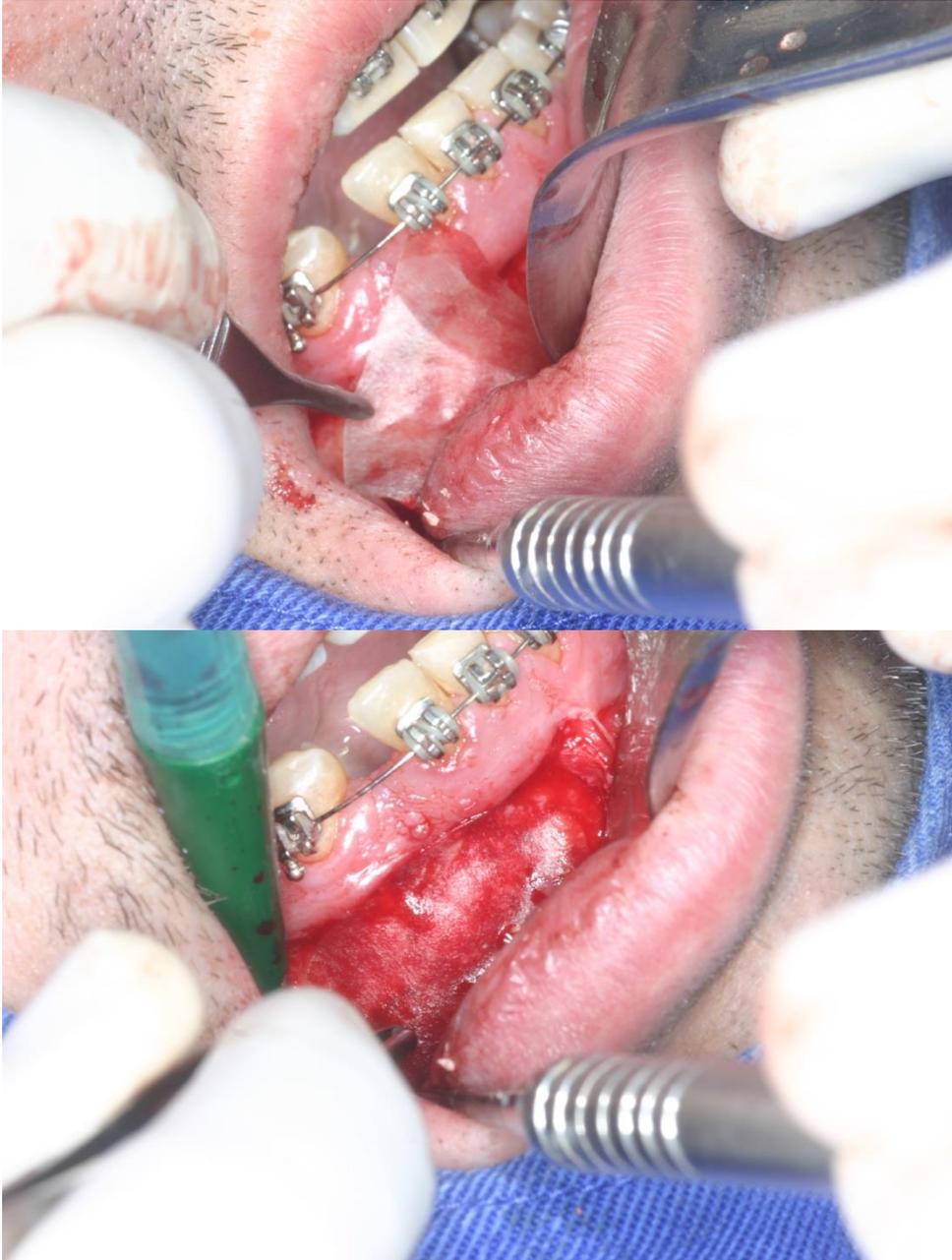


Figura 8 - Posicionou-se a membrana reabsorvível de cortical óssea bovina.



Figura 9 – Sutura simples em locais isolados e em seguida irradiação do laser vermelho durante 5 minutos no retalho posicionado.



Figura 10 – Espécimes cirúrgico do dente impactado e do odontoma complexo.

3. DISCUSSÃO

Os odontomas são lesões assintomáticas, de crescimento lento, atingindo, na maioria dos casos, pequenas proporções. Cardoso et al. descreve que, ocasionalmente, podem atingir grandes proporções, formando expansão das corticais ósseas e sensação dolorosa em razão à compressão de estruturas nobres. No caso clínico relatado, o odontoma complexo mandibular foi de média proporção e totalmente assintomático, tendo sido diagnosticado apenas em exames radiográficos de rotina a partir da verificação da não erupção do canino inferior direito e do tratamento ortodôntico.

Lukes et al. certificam que a ausência ou falha de erupção de dentes permanentes é a manifestação mais comum dos odontomas. A presença dessa patologia é umas das causas mais importantes de retenção dental, geralmente sendo diagnosticados em exames radiográficos de rotina ou quando se procura investigar a causa da não erupção de um dente permanente. Como relatado no nosso caso, Cardoso et al. também verificaram a existência do odontoma, causando problemas oclusais, como deslocamento e má formação dos dentes vizinhos, interferência no processo de erupção do dente e, em alguns casos, erupção ectópica.

O odontoma relatado não é o mais comum, pois é do tipo complexo, e a sua localização na região anterior da mandíbula não corrobora a localização mais frequentemente encontrada nesse tipo de tumor. Segundo Cé et al. ; Nóia et al. ; Pires et al., os odontomas complexos se localizam com mais frequência na região posterior de mandíbula.

Segundo Cé et al. ; Neville et al. ; PIRES et al. geralmente os odontomas complexos estão envolvidos por tecido conjuntivo frouxo, mas neste

caso, o odontoma se encontra parcialmente anquilosado com o osso alveolar identificado por uma linha hipodensa pela tomografia computadorizada.

A retirada cirúrgica efetuada como forma de tratamento para o caso relatado está de acordo com as condutas terapêuticas sugeridas por Cardoso et al. ; Marcucci et al. ; Langlois & Devildos. ; Araújo & Araújo. Além da simples remoção do tumor, foi realizado enxerto ósseo associado ao PRP. Até o último exame radiográfico de proervação realizado, não se observou presença de recidiva e/ou complicações, comprovando o baixo índice de recidiva dessa lesão e o sucesso do correto plano de tratamento realizado.

4. CONCLUSÃO

Os odontomas são tumores de origem odontogênica cujos fatores etiológicos podem envolver traumas e infecções, ou ainda estarem associado com fatores genéticos. Geralmente é uma lesão assintomática, sendo diagnosticada frequentemente através de exames radiográficos de rotina. Indícios como a não erupção de um dente no período normal, diastema persistente sem razões aparentes ou a divergência do longo do eixo de dentes, além de alterações na simetria facial, podem indicar a presença desta patologia.

O tratamento de escolha foi cirúrgico e enxertagem óssea associado a PRP. Na cirurgia teve uma certa dificuldade de clivagem do odontoma complexo pois estava parcialmente anquilosado. Fatores anatômicos, entretanto, podem limitar o acesso á lesão e os riscos devem ser informados ao paciente antes da cirurgia.

O prognóstico é favorável, pois a lesão não possui características de malignização e a recidiva é muito rara. A proervação radiográfica é importante para assegurar o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALVEZ et al. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. **Rev. Odontol UNESP**.2008; 37: 357-61.
- ARAÚJO & ARAÚJO. Patologia bucal. São Paulo: **Artes médicas**, 1984.
- BENGTSON et al. Odontoma em pacientes pediátricos. **Rev Odontopediatr**. 1993; 2(1):25-33.
- CARDOSO et al. Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: relato de casos clínicos. **Rev. Odont**. Araçatuba. 2003 Ago/Dez;24(2):47-51.
- CÉ et al. Odontoma complexo – relato de caso clínico atípico. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 56-60, janeiro/abril 2009.
- FREITAS et al. Elemento dental impactado por odontoma composto. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. 2009 Jul/Ago/Set;38(3):198-99.
- FREITAS et al. **Radiologia odontológica**. 4º ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
- HENRIKSSON CO, KJELLMAN O. **Complex odontoma**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1964; 18: 64-9.
- KURAMOCHI et al. Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo rato em mandíbula. **Rev Port de Estomat, Medic Dent e Cir Maxilofacial**. 2006;47;35-40.
- LANGLOIS & DEVILDOS. Odontoma. In: Cistos e Tumores Odontogênicos. 3 ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 1977. cap. 12.
- LUKES et al. Compound odontoma: a case study. **The Journal of a Dental Hygiene**. 2003;77(1):47-9.
- MARCUCCI et al. Fundamentos de odontologia. **Estomatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MENDONÇA et al. Odontoma complexo gigante em corpo de mandíbula: relato de Caso.**Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe v.9, n.2, p. 67 – 72, abr./jun.2009.
- NEVILLE et al. **Patologia oral & maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- NÓIA et al. Odontoma Composto-Complexo: relato de caso. **UFES Rev Odontol** 2008; 10(4):59-63.
- PIRES, William Ricardo; MOTTA JUNIOR, Joel; MARTINS, Lígia Pozzobon; STABILE, Glaycon Alex Vitti. Odontoma complexo de grande proporção em ramo

mandibular: relato de caso. **Rev. odontol. UNESP** vol.42 no.2 Araraquara Mar./Apr. 2013.

PIRES, Leandro do Santos; KRUGER, Márcio Lofet Bouzouian; VIANA, Elizabete da Silva; KRAMER, Paulo Floriani; FERREIRA, Simone Helena. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. **Stomatol.** Janeiro-junho. Año/vol. 13. Número 024. Universidade Luterana Brasil. Canoas. Brasil. pp 21-29.

SANTOS et al. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.10, n.2, p. 25 – 30, abr./jun. 2010.

SHAFER et al. **Tratado de patologia bucal.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.

SIDNEY apud RIES CENTENO, G. A. **Cirurgia bucal.** 6. El Ateneo, 1964. 666.p.