

Exérese de odontoma extenso em região mandibular em paciente pediátrico: relato de caso

Extensive odontoma exeresis in mandibular region in a pediatric patient: case report

DOI:10.34117/bjdv7n3-041

Recebimento dos originais: 08/02/2021

Aceitação para publicação: 02/03/2021

Isabelle de Argolo Melo

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
Endereço: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-100
E-mail: argolobmf@gmail.com

Rafael Moreira Daltro

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
Endereço: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-100
E-mail: rafaelmdaltro@gmail.com

Camila Maria Lima de Castro

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
Endereço: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-100
E-mail: camilalc20@gmail.com

Raphael Lobo Blanquet Ribeiro

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
Endereço: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-100
E-mail: 90raphalobo@gmail.com

Matheus Pinheiro Silva

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
Endereço: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-100
E-mail: matheuspinheiro2@hotmail.com

Aline Vilela Dourado Moitinho

Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
Endereço: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-100
E-mail: advmoitinho@gmail.com

Samário Cintra Maranhão

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do hospital geral do estado, Salvador-BA
Instituição: Hospital geral do estado – Salvador -BA
Endereço: Avenida Vasco da Gama, s/n – Brotas. Salvador -BA, 40286-901
E-mail: samarioma@hotmail.com

Danilo Borges Dantas

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do hospital geral do estado, Salvador-BA
Instituição: Hospital geral do estado – Salvador -BA
Endereço: Avenida Vasco da Gama, s/n – Brotas. Salvador -BA, 40286-901
E-mail: dr.danilodantas@hotmail.com

RESUMO

Odontomas são classificados como lesões benignas e são um dos tipos de tumores odontogênicos mais comuns. São formados a partir de um crescimento excessivo de células epiteliais e mesenquimais e dependendo do grau de diferenciação do material dentário e suas semelhanças com as unidades dentárias, são subdivididos em odontomas compostos e complexos. Dentre eles, os odontomas complexos são menos frequentes e geralmente se apresentam como uma pequena massa radiopaca assintomática circundada por um halo radiotransparente, encontrado no exame radiográfico de rotina. Embora sejam tumores benignos, os odontomas podem atingir grandes tamanhos levando à assimetria facial e diminuição da resistência óssea, o que predispõe a fraturas e infecções. O objetivo do presente trabalho é relatar o tratamento cirúrgico de um odontoma complexo extenso de 3,3 cm em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo em paciente pediátrico. Paciente encontra-se em acompanhamento de 7 meses pós-operatório sem sinais de recidiva e com evolução de melhora progressiva do quadro.

Palavras-chave: Odontoma, Hamartoma, Odontoma complexo.

ABSTRACT

Odontomas are classified as benign, which are one of the most common types of odontogenic tumors. They are formed from an excessive growth of epithelial and mesenchymal cells and depending on the degree of differentiation of dental material and its similarities with dental units, they are subdivided into compound and complex odontomas. Among them, complex odontomas are less frequent and generally present as a small asymptomatic radiopaque mass surrounded by a radiotransparent halo, found in the routine radiographic examination. Although they are benign tumors, odontomas can reach large sizes leading to facial asymmetry and decreased bone resistance, which predisposes to fractures and infections. The aim of the present study is to report the surgical treatment of a 3.3 cm extensive complex odontoma in the region of the body and left mandibular branch in a pediatric patient. The patient is being followed up for 6 months postoperatively with no signs of recurrence and progressing to progressive improvement of the condition.

Keywords: Odontoma, Hamartoma, Complex odontoma.

1 INTRODUÇÃO

Odontomas, que são formados a partir de um crescimento excessivo de células epiteliais e mesenquimais, são classificados como benignos e são um dos tipos de tumores

odontogênicos mais comuns (BAGEWADI SB et al., 2015). Dependendo do grau de diferenciação do material dentário e suas semelhanças com os dentes normais em termos de terem coroas e raízes, são subdivididos em odontomas compostos e complexos. Devido às suas características limitadas e de crescimento lento, eles são considerados hamartomas odontogênicos (AN SY et al., 2012). O odontoma complexo é um hamartoma no qual o esmalte e a dentina, às vezes o cemento e a polpa, fazem parte de sua composição. É diagnosticado principalmente em crianças, adolescentes e adultos jovens. Tanto os odontomas compostos quanto os complexos ocorrem principalmente como lesões isoladas na mandíbula. Geralmente, os odontomas não excedem 3 cm de diâmetro. No entanto, em alguns casos raros, podem ser observados grandes odontomas, também conhecidos como odontomas gigantes, que têm diâmetro superior a 3 cm (SPINI PH et al., 2012; BAGEWADI SB et al., 2015; PERUMAL CJ et al., 2013). Apesar das características benignas e do potencial de crescimento limitado, a opção de tratamento é a remoção cirúrgica. A ausência de tratamento pode levar à degeneração do tecido, formação de cistos, distúrbios da erupção dos dentes, fratura do osso associado, principalmente mandibular, exposição da cavidade oral e, muitas vezes, infecção (NP BUENO et al., 2019).

O objetivo do presente trabalho é relatar o tratamento cirúrgico de um odontoma complexo extenso de 3,3 cm em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo em paciente pediátrico.

2 RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 12 anos, melanodérmico, compareceu ao ambulatório do Hospital Geral do Estado acompanhado da genitora que referiu aumento de volume em região mandibular à esquerda com evolução de 05 anos. Negou alergias medicamentosas, uso crônico de medicações e comorbidades sistêmicas. Ao exame físico observou-se aumento de volume extraoral bem delimitado, com consistência endurecida em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo e ausência de sinais flogísticos de inflamação, indolor à palpação da região e sem referências a parestesia ou outras queixas relevantes. O paciente apresentou queiloide em região anterior do pescoço após sofrer ferimento por queda da própria altura previamente. Ao exame intraoral observou-se expansão óssea em cortical lingual e vestibular com mucosa oral normocorada e sem fenestrações (Figura 1).

Ao exame de imagem, Tomografia Cone Beam, observou-se imagem hiperdensa de aproximadamente 35 mm em seu maior diâmetro em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo associada a unidade 3.7 impactada, notou-se também unidade 3.5 impactada. Em corte sagital de tomografia observa-se reabsorção de região apical da unidade 3.4 (Figura 2).

A genitora do paciente referiu não possuir condições financeiras para tratamento ortodôntico e então foi planejada a exodontia da unidade 3.5 impactada no mesmo tempo cirúrgico. Pelo risco de fratura patológica devido à extensão da lesão, o paciente tratamento de escolha foi a exérese da lesão, sob anestesia geral, e instalação de placa de titânio do sistema 2.4. As imagens tomográficas serviram de base para impressão de biomodelo do paciente, o qual foi submetido a desgastes na região de abaulamento vestibular para pré-modelagem e adaptação da placa. Todo o planejamento foi pautado na diminuição da comorbidade cirúrgica, sendo planejado acesso intraoral devido ao histórico de queleide do paciente.

Para o procedimento cirúrgico, foram infiltrados cerca de 5 mL de solução de bupivacaína 0,5% com epinefrina de 1:200.000 em região de fundo de vestibulo mandibular esquerdo, em seguida a incisão do tipo Obwegeser foi realizada para exposição do osso subjacente. Para acesso à lesão foi realizada janela óssea com broca esférica cirúrgica nº 6, permitindo exérese da lesão através de pontos de clivagem. O material de síntese foi adaptado e fixado no leito cirúrgico para evitar fratura patológica e, então, as unidades 3.5 e 3.7 foram removidas. Foi realizada lavagem copiosa com solução fisiológica à 0,9% e síntese com fio vicryl 4-0.

A peça cirúrgica foi encaminhada para análise anatomopatológica, a qual confirmou a hipótese diagnóstica de odontoma complexo. Na tomografia computadorizada da face pós-operatória observou-se sinais de manipulação cirúrgica por resseção de lesão óssea esclerótica no corpo da mandíbula esquerda, com interposição de osteossíntese, sem sinais de soltura. O sítio cirúrgico (corpo da mandíbula) é permeado por conteúdo hipodenso e gasoso, além de alguns diminutos fragmentos ósseos, apresentando remodelamento ósseo, com afilamento e áreas de descontinuidade da cortical (Figura 5).

No pós-operatório imediato o paciente evoluiu com pararestesia do nervo alveolar inferior esquerdo, sendo submetido a tratamento com Etna[®] por 60 dias e realizado encaminhamento para avaliação endodôntica de unidade 3.4. No sétimo mês pós-operatório (MPO), o paciente encontra-se com regressão do edema, ferida cirúrgica bem

cicatrizada e referindo melhora da parestesia na região. Ao exame radiográfico panorâmico do sétimo MPO foi observado material de osteossíntese em posição, sinais sugestivos de neoformação óssea na região do leito cirúrgico e ausência de recidivas (Figura 6).

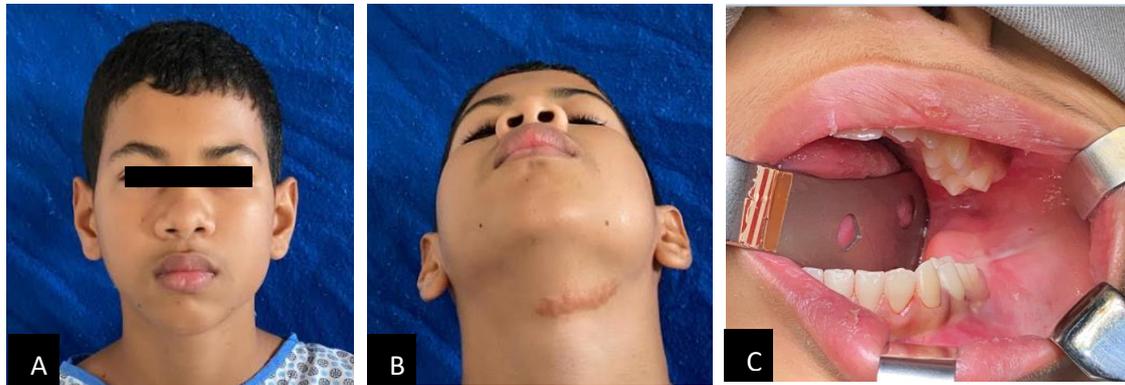


Figura 1 – Imagens extra e intraorais pré-operatórias. A e B – Observa-se discreto aumento de volume em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo e cicatriz queiloide em região anterior do pescoço devido à ferimento por queda da própria altura há cerca de 5 anos. C – Nota-se expansão óssea vestibular e lingual com apagamento de sulco vestibular em mucosa normocorada e íntegra em região mandibular posterior à esquerda.

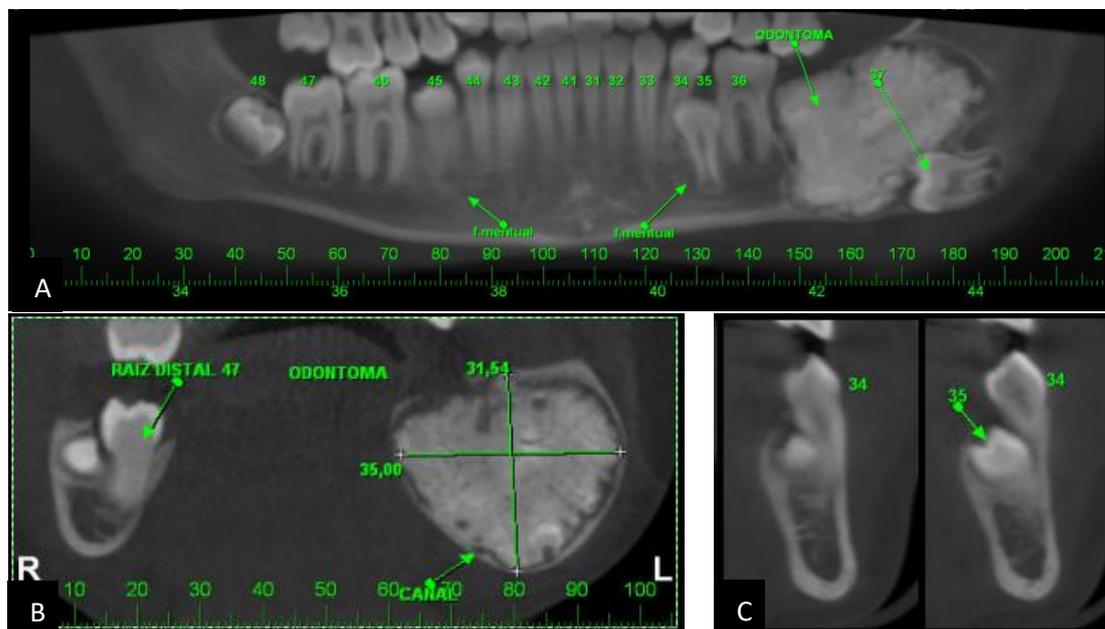


Figura 2 – Tomografia computadorizada Cone Beam pré-operatória. A e B – Observa-se, em vista panorâmica, com inclinação para mandíbula, imagem hiperdensa em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo associada a unidade 3.7 impactada, com dimensão de 35 mm em seu maior diâmetro. C – Observa-se em corte sagital, reabsorção de região apical da unidade dentária 3.4 e unidade dentária 3.5 incluída.

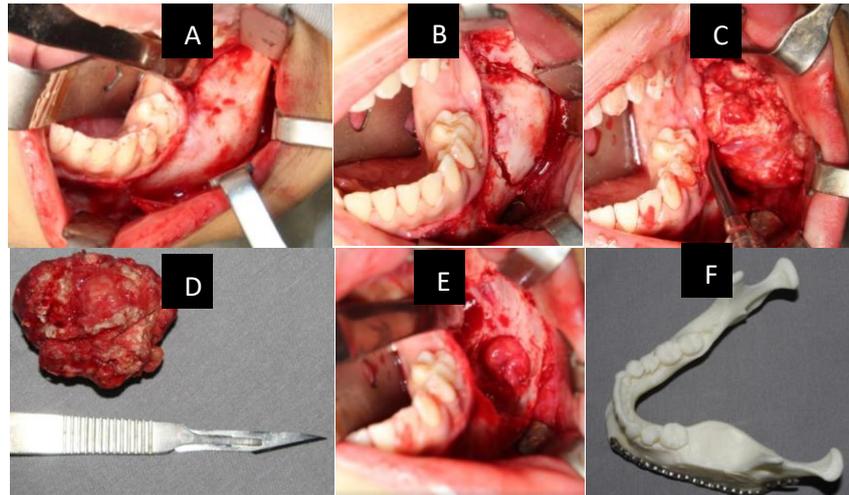


Figura 3 – Imagens transoperatória. A – Incisão intraoral tipo Obwegeser para melhor adaptação da placa de titânio do sistema 2.4. B – Confecção de janela óssea. C e D – Exposição da lesão seguida de exérese a partir de pontos de clivagem. E – Cavidade óssea com nítida exposição de capuz coronário da unidade 3.7 e canal mandibular. F – Placa de titânio do sistema 2.4 previamente modelada e adaptada sobre biomodelo do paciente.

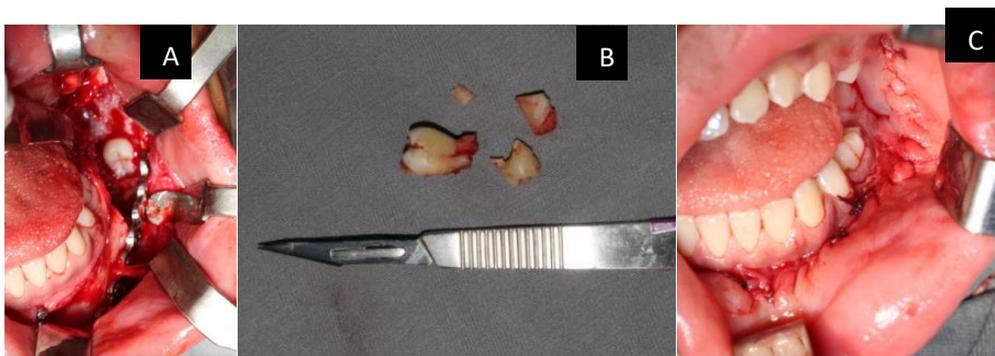


Figura 4 – Imagens transoperatórias. A e B – Instalação de placa de reconstrução, com preservação de nervo mental e posterior exodontias das unidades 3.7 e 3.5. C – Ferida cirúrgica após síntese com fio vicryl 4-0.

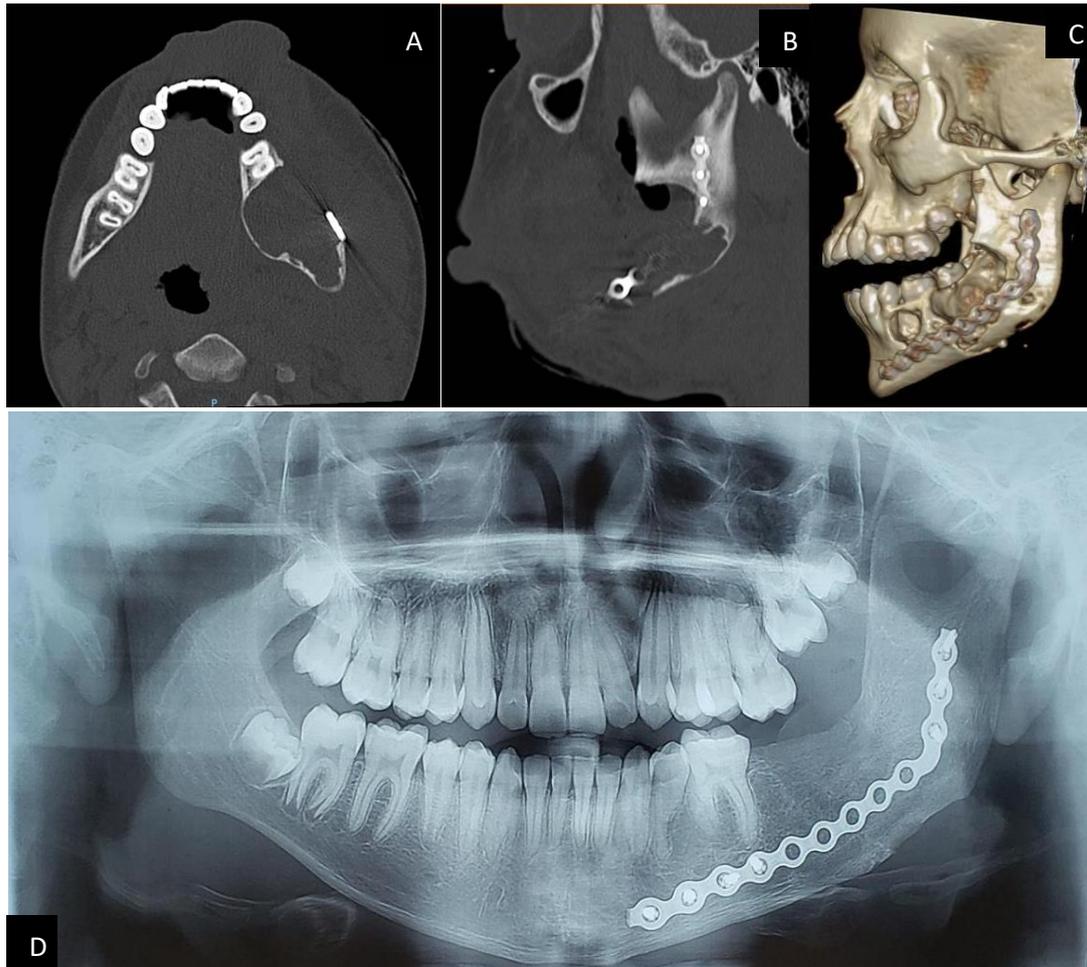


Figura 5 – Tomografia computadorizada de face pós- imediato e radiografia panorâmica em pós-operatório de 7 meses. A, B e C – Observa-se conteúdo hipodenso e gasoso, além de alguns diminutos fragmentos ósseos, com afilamento e áreas de descontinuidade da cortical. Na reconstrução tridimensional observa-se material de síntese em posição, sem sinal de soltura. D – Nota-se material de síntese óssea em posição e cicatrização óssea em região de exérese.

3 DISCUSSÃO

Em geral os odontomas não são associados a quadro álgico, são encontrados principalmente na segunda década de vida e não possuem predileção por gênero (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2009). Os sinais mais prevalentes são impaction do dente permanente, aumento de volume da mandíbula e deslocamento dos dentes adjacentes. (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2009). No presente relato de caso, paciente sexo masculino, 14 anos, com evolução de quadro há cerca de 05 anos, negando quadro álgicos associados. Apresentava aumento de volume endurecido e bem delimitado em região de corpo mandibular esquerdo. Não apresentava alterações de mucosa e nem deslocamentos de unidades dentárias, mas unidade 3.7 estava impactada e associada à lesão.

A etiologia dos odontomas permanece desconhecida. No entanto, eles foram associados a causas ambientais (traumas, infecções ou inflamação) e genéticas (disostose cleidocraniana, síndrome de Gardner, síndrome de Hermann e síndrome de Pierre-Robin). Radiograficamente, os odontomas complexos aparecem como uma radiopacidade esférica ou ovoide com bordas fina, circundada por uma zona radiolúcida, que pode ser mais ampla em um odontoma complexo em desenvolvimento. O diagnóstico diferencial de um odontoma composto ou mesmo de um osteoma pode não ser possível radiograficamente (UTUMI ER et al., 2011). No presente relato de caso a genitora do paciente refere trauma em face há aproximadamente 06 anos, observa-se na foto clínica do paciente (Fig. 1B) cicatriz queiloide referente ao trauma relatado pela genitora. Nega histórico infecciosos ou familiar referente a patologias. Ao exame de imagem (tomografia Cone Beam) observou-se imagem hiperdensa bem delimitada em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo com unidade dentária 3.7 impactada.

Por outro lado, odontomas complexos foram encontrados predominantemente na região posterior da maxila, apresentando tamanho significativamente menor que o tipo composto. A distribuição dos odontomas complexos tem apresentado grande variabilidade, desde preponderância para a região posterior da mandíbula (KAMMERER PW et al., 2016) até a região anterior da maxila (ARORA A et al., 2016). Corroborando com Silva et al., 2019, que observou amostra composta predominantemente por homens brancos com média de idade de 14,5 anos. Odontomas complexos foram comumente encontrados na maxila (83,3%) enquanto o tipo composto localizou-se principalmente na mandíbula (60%). Além disso, os odontomas foram significativamente associados aos dentes impactados. Os dentes retidos mais frequentemente associados ao odontoma foram os caninos inferiores, seguidos pelos incisivos centrais superiores e caninos superiores. Odontomas compostos e complexos apresentaram tamanho médio de 10,5 e 7,25 mm, respectivamente. Nesse relato de caso o odontoma complexo estava localizado em região de corpo e ângulo mandibular esquerdo com sua maior dimensão de 35 mm, associado a impactação da unidade dentária 3.7.

Em relação a distinção radiográfica entre osteomas e odontomas complexos, observa-se que os osteomas são lesões bem demarcadas, ovóides, radiopacas, que podem ser distinguidas dos odontomas complexos pela ausência de halo radiolúcido envolvendo a lesão (BIOCIC J et al., 2010). No presente relato de caso observou-se ao exame de imagem uma borda radiolúcida contornando a lesão. ALTAY MA et al 2016 concordam que a remoção precoce de um odontoma pode resultar na erupção espontânea dos dentes

impactados, se o desenvolvimento incompleto da raiz for observado. No relato de caso apresentado, apesar da raiz da unidade 3.7 apresentar-se no estágio 8 de Nolla, optou-se pela exodontia da unidade, devido à extensão do odontoma complexo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento pré-operatório com exames de imagem precisos, técnica cirúrgica adequada e a colaboração pós-operatória do paciente são essenciais para o sucesso do tratamento. Odontomas gigantes podem causar expansão do osso cortical com assimetria da mandíbula. A indicação de tratamento é a remoção cirúrgica e a recidiva é incomum. A cirurgia precoce reduz a morbidade, evitando complicações como infecções ou dano permanente ao nervo alveolar inferior.

REFERÊNCIAS

1. Bagewadi SB, Kukreja R, Suma GN, Yadav B, Sharma H. Unusually large erupted complex odontoma: a rare case report. *Imaging Sci Dent*. 2015;45:49–54.
2. Spini PH, Spini TH, Servato JP, Faria PR, Cardoso SV, Loyola AM. Giant complex odontoma of the anterior mandible: report of case with long follow up. *Braz Dent J*. 2012;23:597–600.
3. An SY, An CH, Choi KS. Odontoma: a retrospective study of 73 cases. *Imaging Sci Dent*. 2012;42:77–81
4. Perumal CJ, Mohamed A, Singh A, Noffke CE. Sequestering giant complex odontoma: a case report and review of the literature. *J Maxillofac Oral Surg*. 2013;12:480–484.
5. Utumi ER, Cremonini CC, Pedron IG, Zambon CE, Cavalcanti MG, Ceccheti MM. Maxillary reconstruction with particulate bone graft and titanium mesh: a treatment option for large complex odontoma of the maxilla. *J Dent Child (Chic)* 2011;78:124–128.
6. 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;13:E730–4.
7. da Silva VA, Pedreira RP, Sperandio FF, Nogueira DA, de Carli ML, Hanemann JA. Odontomas are associated with impacted permanent teeth in orthodontic patients. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(9):e790-e794. Published 2019 Sep 1. doi:10.4317/jced.56101.
8. Biocic J, Macan D, Brajdic D, Manojlovic S, Butorac-Rakvin L, Hat J. Large erupting complex odontoma in a dentigerous cyst removed by a piecemeal resection. *Pediatr Dent*. 2010;32:255–259.
9. Altay MA, Ozgur B, Cehreli ZC. Management of a Compound Odontoma in the Primary Dentition. *J Dent Child (Chic)* 2016;83:98–101.
10. Arora A, Donald PM. Complex odontomas hindering eruption of maxillary permanent teeth: a radiological perspective. *BMJ Case Rep*. 2016;2016:bcr2016216797.
11. Kammerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, Schneider S, Walter C, Frerich B. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth-a retrospective multicentre study and literature review. *Clin Oral Investig*. 2016;20:1827–1835.
12. Bueno, N. P., Bergamini, M. L., Elias, F. M., Braz-Silva, P. H., & Ferraz, E. P. (2020). *Unusual Giant Complex Odontoma: A Case Report. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*. doi:10.1016/j.jormas.2019.12.009