

ODONTOMA COMPOSTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

COMPOUND ODONTOMA: A LITERATURE REVIEW

Deborah Aparecida Domingues Olivares¹

Luciana Estevam Simonato²

Saygo Tomo³

RESUMO: Os odontomas são tumores benignos da mandíbula compostos por derivados do epitélio odontogênico e ectomesênquima. Eles são divididos histologicamente em dois grupos: odontoma composto e odontoma complexo. O composto é formado por muitos dentes, pequenos, agrupados em um saco cuja parede conjuntiva é idêntica à do folículo dentário normal. A etiologia do odontoma é desconhecida, podem aparecer após um trauma antigo. A maioria dessas lesões são assintomáticas e são frequentemente detectadas em radiografias de rotina. O tratamento consiste na extração cirúrgica de o odontoma sozinho ou seguido de tratamento ortodôntico no caso de inclusão de um dente.

Palavras-chave: Odontoma. Anormalidades Dentárias. Tumor Odontogênico Escamoso.

1179

ABSTRACT: Odontomas are benign tumors of the mandible composed of derivatives of odontogenic epithelium and ectomesenchyme. They are histologically divided into two groups: compound odontoma and complex odontoma. The compound is formed by many teeth, small, grouped in a sac whose conjunctival wall is identical to that of the normal dental follicle. The etiology of odontoma is unknown, it may appear after an old trauma. Most of these lesions are asymptomatic and are often detected on routine radiographs. The treatment consists of the surgical extraction of the odontoma alone or followed by orthodontic treatment in the case of inclusion of a tooth.

Keywords: Odontoma. Dental Abnormalities. Squamous Odontogenic Tumor.

¹ Estudante de Odontologia Instituição: Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, Brasil. E-mail: deborah-1371@hotmail.com.com.

² Cirurgião-dentista e Mestre em Estomatologia pela UNESP, Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil.

Instituição: Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, Brasil. E-mail: lucianasimonato@gmail.com.

³ Residente do departamento de Estomatologia Instituição: A. C. Camargo Cancer Center. E-mail:saygotomo@hotmail.com.

I INTRODUÇÃO

Odontomas são tumores benignos dos maxilares composto por derivados do epitélio odontogênico e o ectomesênquima. Eles resultam de anormalidades do desenvolvimento e, portanto, não constituem tumores autênticos. Igualmente dividido entre os sexos, e apresentado usualmente na região anterior dos maxilares, durante exame radiográfico fundamentado por anomalias dentárias. De acordo com a literatura os odontomas possuem prevalência alta correspondendo a 34,6 a 44,7% em relação aos outros tumores odontogênicos (MAGNABOSCO NETO e CAPELLA, 2011).

A maioria dos odontomas que estão localizados na região anterior da maxila são compostos, enquanto a grande maioria dos odontomas localizados nas áreas posteriores, especialmente na mandíbula, são dos tipos complexos. Eles podem ser considerados como "hamartomas dentários" com a lesão composta por vários componentes dentários (SILVA et al., 2021).

O odontoma composto consiste em muitos dentes rudimentares, de pequeno tamanho, agrupados em um saco cuja parede conjuntiva é idêntica à do folículo dental normal. O tratamento usual é a enucleação cirúrgica. Esse o tumor geralmente não se repete quando a curetagem da parede está completa (JAEGER et al., 2012).

Odontomas são considerados por vários autores como os tumores dentários mais frequentes, relatados na literatura, é preferencialmente na área anterior da maxila ou mandíbula, o que é confirmado com os achados literários. A maioria dos autores concorda que a idade média do diagnóstico está na segunda e terceira década de vida, propondo o que os odontomas compostos são geralmente diagnosticados em idades mais jovens do que as complexas, com tamanhos limitados podendo ser de diferentes tamanhos. É por isso que eles geralmente evoluem assintomaticamente, e seu diagnóstico requer estudo de imagem, principalmente radiográficos (RIBEIRO e RIBEIRO, 2017).

Qualquer odontoma composto ou complexo deve ser removido cirurgicamente, pois pode gerar complicações locais como: retenção dentária, deslocamento de dentes, destruição óssea, formação de lesões císticas ou tumores do tipo ameloblastoma, entre outros. Conseqüentemente, seu diagnóstico e tratamento oportunos evitarão possíveis sequelas e o não aparecimento de recidivas (MICHALISZYN, 2016).

Em muitos casos, o odontoma compromete a erupção dentária e, embora não se repita após sua enucleação, o tratamento cirúrgico-ortodôntico é necessário para o reposicionamento no arco do dente que foi retido. O rigoroso vínculo da ortodontia e da cirurgia maxilofacial como equipe multidisciplinar é necessário para o sucesso integral do tratamento (TREVISAN et al., 2015).

2 OBJETIVOS

O principal objetivo é realizar uma revisão de literatura elencando as principais características clínicas, imaginológicas, histológicas e manejo do odontoma composto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O termo "odontoma" foi introduzido em 1867 por Paul Broca e foi originalmente usado para designar qualquer tipo de neoplasia de origem odontogênica. É uma neoplasia benigna mista de origem odontogênica, ou seja, é uma lesão de células odontogênicas epiteliais e mesenquimais, completamente diferenciadas e formando esmalte, dentina e cimento. No entanto, foi proposto que eles podem ser causados por dois infecções ou traumas (JAEGER et al., 2012).

1181

Odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns das mandíbulas, caracterizados pelo seu crescimento lento e comportamento não agressivo. A patogênese está associada ao trauma na dentição temporal, doenças herdadas como a síndrome de Gardner e Hermann, hiperatividade odontoblástica ou alterações do componente genético responsável pelo controle do desenvolvimento dentário. Esse tipo de tumor geralmente pode aparecer em qualquer idade; eles são mais comumente encontrados na dentição permanente e podem ser responsáveis pela retenção dentária. Geralmente é assintomático, embora às vezes possa expandir os corticais ósseos, causar dor quando relacionado a uma importante estrutura anatômica (RIBEIRO e RIBEIRO, 2017).

Os odontomas são considerados anomalias de desenvolvimento resultantes do crescimento de células epiteliais e mesenquimais completamente diferenciadas que dão origem a ameloblastos e odontoblastos. São formados de esmalte e dentina, mas também podem conter quantidades variáveis de tecido cementado e polpa. Acredita-se que os

odontomas sejam hamartomas e não neoplasias verdadeiras porque as células epiteliais e mesenquimais e tecidos de um odontoma podem parecer normais, mas são deficientes em arranjo estrutural. O fundamento do odontoma ainda não está claro. Traumas ou infecções locais podem causar odontomas. Radiograficamente, os odontomas aparecem como lesões radiopaca, densas com margens externas proeminentes cercadas por uma fina zona radiolúcida (SILVA et al., 2015).

A causa do odontoma composto ainda é desconhecida, todavia estudos e pesquisas apontam uma relação com infecções, anomalias hereditárias, hiperatividade odontoblástica e trauma tem sido explorada. Como esses tumores são assintomáticos, a maioria de todos os casos são diagnosticados antes da segunda década de vida, devido a um atraso na erupção dos dentes permanentes (SILVA et al., 2019).

Odontomas são os tumores odontogênicos mais frequentes e são responsáveis por 51% de todos os tumores odontogênicos. Vários autores classificaram odontomas de formas diferentes. Assim, descobrimos que eles os dividiram em odontoma ameloblástico, composto e complexo. O odontoma composto é uma malformação na qual todos os tecidos dentários são representados com um padrão mais ordenado do que um odontoma complexo, de modo que a lesão consiste em muitas estruturas semelhantes a dentes. A maioria não mantém a estrutura da dentição normal, mas em cada um o esmalte, a dentina, o cimento e a polpa são dispostos como no dente normal. O odontoma complexo é uma malformação na qual todos os tecidos dentários são representados, geralmente bem formados individualmente, mas organizados de acordo com um padrão mais ou menos desordenado. O odontoma ameloblástico é uma neoplasia, com as características gerais do fibroma ameloblástico, mas contendo dentina e esmalte em sua estrutura (ARAÚJO et al., 2021).

O odontoma composto ocorre frequentemente na segunda década de vida. Há uma leve predileção pelo sexo masculino. Sua localização é maior na mandíbula superior, setor anterior, lado direito. O composto é mais frequente que o complexo. O odontoma composto tem polpa, dentina primária, esmalte hipocalcificado, cimento primário e uma trabeculada óssea entre as dentículas. Existem formas mistas com morfologia intermediária. O odontoma composto é apresentado como uma imagem mista (radiográfica e radiolúcida), adotando uma configuração semelhante aos dentes (dentículas cercada por um halo

radiolúcido. A maioria dos casos é assintomática, embora possam aparecer sinais e sintomas relacionados à sua presença, como supranumerário, impactado, dentes retidos, inflamação e infecção (SANTOS et al., 2010).

3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Na literatura, são reconhecidas três apresentações clínicas de odontomas: intraósseos, extraósseos e em erupção, sendo intraósseos os mais frequentes. A localização mais comumente relatada é a área incisivo-canina da mandíbula superior, seguida pelas áreas anteroinferiores e pósterio inferior da mandíbula, claramente ocorre com mais frequência do que odontomas complexos. O odontoma composto aparece mais frequentemente na parte anterior da maxila acima da coroa de um dente não rompido ou entre as raízes dos dentes em erupção, enquanto o complexo o faz na parte de trás da mandíbula. Alguns casos isolados foram relatados em locais menos comuns, como seios maxilares, cavidade nasal e piso orbital (NASCIMENTO et al., 2019).

Ao falar das características clínicas do odontoma composto, o primeiro conceito é de que essa patologia é assintomática, facilmente detectada através de exames radiográficos ou de imagens, que são solicitados devido a falhas de erupção de um dente, os sinais e sintomas são decorrentes da sua presença. Na maioria dos casos descritos os odontomas consistem na retenção de dentes decíduos, no impedimento da erupção de dentes permanentes, dor, expansão da cortical óssea e deslocamento dental. Outros sintomas incluídos são: anestesia do lábio inferior e edema da área afetada (MAGNABOSCO NETO e CAPELLA, 2011).

Odontomas são tumores benignos levemente agressivos que geralmente não causam sintomas e mais da metade dos casos são identificados como achados radiográficos. Diferentes estudos relatam associação com dentes impactados variando de 16 a 61%. A maioria dos odontomas são intraósseos, no entanto, há casos relatados de odontomas que eclodiram na cavidade oral.

No ano de 2017 a Organização Mundial de Saúde (OMS) que atualizou a classificação dos tumores de cabeça e pescoço a partir de um consenso entre especialistas de todo o mundo, profissionais de saúde com vasta experiência em cistos e tumores odontogênicos, assim como em patologias ósseas. Diversas mudanças foram consideradas incorporadas com base

nos princípios de simplicidade, relevância clínica, validade científica e utilidade para clínicos. as atualizações tem como objetivo fornecer à comunidade de clínicos, patologistas e estomatologistas um novo protocolo para diagnóstico de patologias de cabeça e pescoço. visto que a classificação de 2005 foi eu modificada, trazendo Repercussões relacionadas ao diagnóstico isso dos tumores odontogênicos (TOLENTINO, 2018).

Na tabela 1 é possível visualizar a reclassificação de cistos e tumores odontogênicos isso de acordo com a OMS em 2017.

Tabela 1. Classificação atual da OMS para tumores e cistos odontogênicos.

Tumores odontogênicos malignos	Carcinoma ameloblástico
	Carcinoma intraósseo primário
	Carcinoma odontogênico esclerosante
	Carcinoma odontogênico de células claras
	Carcinoma odontogênico de células fantasmas
	Carcinossarcoma odontogênico Sarcomas odontogênicos
Tumores odontogênicos benignos	Epiteliais
	Ameloblastoma unicístico
	Ameloblastoma extraósseo/periférico
	Tumor odontogênico escamoso
	Tumor odontogênico epitelial calcificante
	Tumor odontogênico adenomatoide
	Fibroma ameloblástico
	Mistos
	Tumor odontogênico primordial
	Odontoma composto Odontoma complexo
	Tumor dentinogênico de células fantasmas
	Mesenquimais/Ectomesenquimais
	Fibroma odontogênico
	Mixoma odontogênico/Mixofibroma
	Cementoblastoma
Fibroma cimento-ossificante	
Cisto dentífero	

Cistos odontogênicos de desenvolvimento	Queratocisto odontogênico
	Cisto periodontal lateral e cisto odontogênico botrioide
	Cisto gengival
	Cisto odontogênico glandular
	Cisto odontogênico ortoqueratinizado

Fonte: Tolentino, 2018.

Uma das alterações que chamam a atenção reside no fato de que as lesões morfológicamente císticas, como o tumor odontogênico queracístico e o tumor odontogênico cístico calcificante, foram omitidos da classificação de tumores e reincorporados na seção de cistos, além disso, alguns subtipos histopatológicos foram removidos e lesões recentemente descobertas foram incluídas (TOLENTINO, 2018). Na tabela 2 é possível identificar as principais alterações reclassificadoras traçando um paralelo entre os anos de 2005 e 2017.

Tabela 2. Alterações nas classificações da OMS de 2005 e de 2017.

OMS 2005	OMS 2017
Tumores do epitélio odontogênico com estroma fibroso maduro sem ecto-mesênquima	Tumores odontogênicos epiteliais
Tumores do epitélio odontogênico com ectomesênquima odontogênico, com ou sem formação de tecidos duros	Tumores odontogênicos mistos
Tumores mesenquimais e/ou ecto- mesenquimais com ou sem epitélio odontogênico	Tumores odontogênicos mesenquimais/ ectomesenquimais
Carcinoma ameloblástico intraósseo primário Carcinoma ameloblástico intraósseo secundário Carcinoma ameloblástico periférico secundário	Carcinoma ameloblástico
	Adicionados Carcinoma odontogênico esclerosante Carcinossarcoma odontogênico
Ameloblastoma sólido/multicístico	Ameloblastoma
Ameloblastoma desmopásico e ontoameloblastoma	
	Removidos
Tumor odontogênico queratocístico	Queratocisto odontogênico
Tumor odontogênico cístico calcificante	Cisto odontogênico calcificante
	Novas entidades Tumor odontogênico primordial
Fibroodontoma ameloblástico Fibrodentínoma ameloblástico (entidades distintas)	Subtipos do odontoma

<p>Fibroma odontogênico simples ou pobre em epitélio Fibroma odontogênico rico em epitélio</p>	<p>Fibroma odontogênico</p>
	<p>Adicionado Fibroma cemento-ossificante</p>

Fonte: Tolentino, 2018.

É importante destacar que há novos achados genéticos e moleculares te possui relação com as neoplasias odontogênicas e não odontogênicas dos maxilares encontram-se descritos na nova classificação da OMS (TOLENTINO, 2018).

Segundo França (2022), os odontomas são tumores ectomesenquimais mistos como a composição de tecidos moles e tecidos duros dentários. Também são conhecidos como hamartomas, isso são tumores odontogênicos benignos com maior frequência. O fibroma ameloblástico é uma neoplasia odontogênica mista rara composta de ectomesênquima odontogênico semelhante à papila dentária. O fibrodentinoma ameloblástico é a denominação nos casos e que não há formação de dentina. O fibroodontoma ameloblástico era a terminologia utilizada quando a dentina e o esmalte estavam presentes, baseada na classificação da OMS de 2005. Todavia com as mudanças trazidas pela nova classificação é constantemente enfatizado que o aparecimento da formação de tecido duro é classificado como primeiro estágio na maturação sendo o mais compatível com o desenvolvimento do odontoma (FRANÇA, 2022).

1186

3.2 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS E DE EXAMES DE IMAGEM

Analisado radiograficamente o odontoma se apresenta com a radiopacidade bem definida, com densidade maior a do osso e igual ou maior que a dental; é possível identificar também focos de densidade variáveis; muitas vezes, são circundadas por um delgado halo radiolúcido (MAGNABOSCO NETO e CAPELLA, 2011).

Alguns autores apresentam o odontoma composto como uma coleção de estruturas semelhantes as estruturas dentárias, incluindo sua forma e tamanhos variáveis, circundadas por uma estreita zona radiolúcida, entretanto pode-se afirmar que esta patologia é caracterizada por uma massa calcificada de forma irregular, simples ou múltipla, com

radiodensidade de estrutura dentária, também envolvida por uma margem radiolúcida estreita (Figura 1). Sua radiografia é raramente confundida com outras lesões, todavia, odontoma complexo pode ser confundido com um osteoma ou outra lesão óssea muito calcificada. Os odontomas complexos mostram uma radiopacidade única (RIBEIRO e RIBEIRO, 2017).

Figura 1. Odontoma impedindo a erupção do dente 21.



Fonte: Trevisan et al., 2015.

Dependendo do grau de calcificação do odontoma, três estágios de desenvolvimento podem ser identificados, no primeiro a lesão aparece radiolúcida (devido à falta de calcificação dos tecidos dentários), no intermediário caracteriza-se por uma calcificação parcial e no final o odontoma aparece radiopaco, cercado por um halo radiolúcido.

A maioria dos profissionais da área afirmam que o exame radiográfico (Radiografias panorâmica e periapical) tornou-se determinante para o diagnóstico dos odontomas compostos. Após a detecção da alteração o que o profissional pode também recorrer a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), que atua como ferramenta é

importante na localização, extensão em relação com as estruturas adjacentes (MICHALISZYN, 2016).

Nos dias de hoje a Odontologia conta com diversos meios para diagnósticos precisos, entre eles pode-se destacar os exames radiográficos, um exame de imagem preciso no diagnóstico de doenças que são impossíveis de ser detectadas somente de forma clínica (GONLÇALVES et al., 2019).

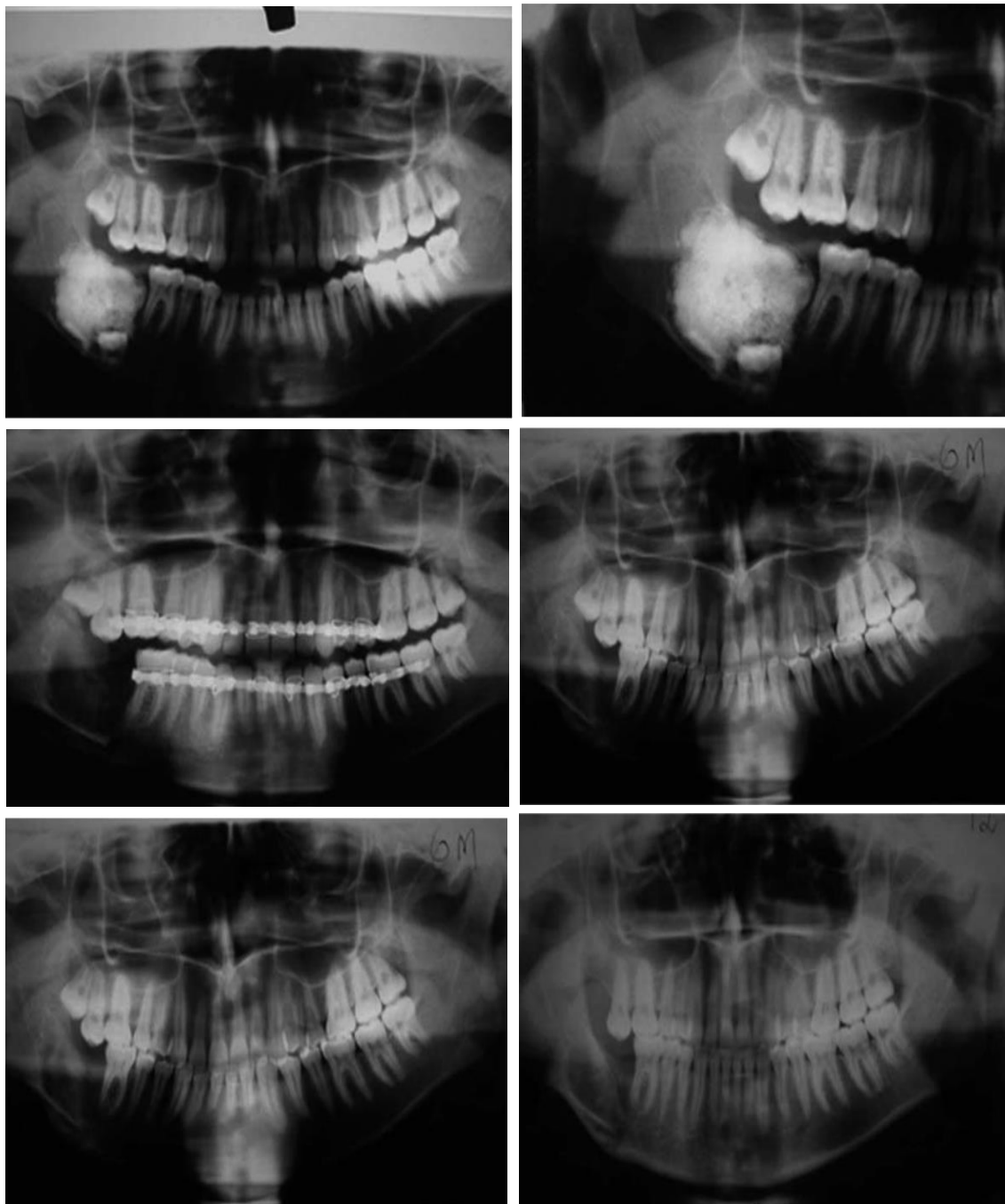
Segundo Andrade et al. (2011), o cirurgião-dentista tem se tornado cada vez mais exigente principalmente em relação aos seus diagnósticos, aumentando assim os pedidos de exames complementares baseados no aumento da dificuldade dos procedimentos e das técnicas e inovadoras para tais situações. No ano de 2011 a tomografia computadorizada surgia como um exame inovador, na busca constante de novos exames que pudessem ser precisos auxiliando na terapêutica de cada paciente, ou seja a tomografia computadorizada de feixe cônico tornava-se uma técnica promissora na área.

Nos dias de hoje sabe-se que a utilização da tomografia computadorizada traz inúmeros pontos positivos e tem se tornando um exame ideal de ótima qualidade de imagem, pois permite visualizar de vários ângulos, e através destes o cirurgião-dentista planeja juntamente com o paciente procedimentos confiáveis e satisfatórios para ambos (DOURADO, 2021).

Teixeira (2013) realizou um estudo sobre a importância da ortopantomografia para diagnóstico precoce dos odontomas. Isso através deste estudo foi possível verificar que vários exames requeridos não tiveram como causa principal, os odontomas, sendo eles diagnosticados de forma eventual. No caso do estudo foram solicitadas radiografias, devido à retenção prolongada do elemento 52, pois, este clinicamente não apresentava alterações, foi quando se observou então imagens sugestivas de odontoma composto.

Estudos e pesquisas comprovam que os exames de imagens são imprescindíveis para auxiliar no diagnóstico e tratamento das lesões intraorais. Dentre os exames de imagem, as radiografias panorâmicas são consideradas exames imagiológicos complementares que tem por objetivo a detecção de anomalias e patologias ósseas e dentárias (Figura 2). As radiografias são de extrema importância já que muitas vezes os odontomas são encontrados em exames de rotina por serem assintomáticos (SOUZA et al., 2018).

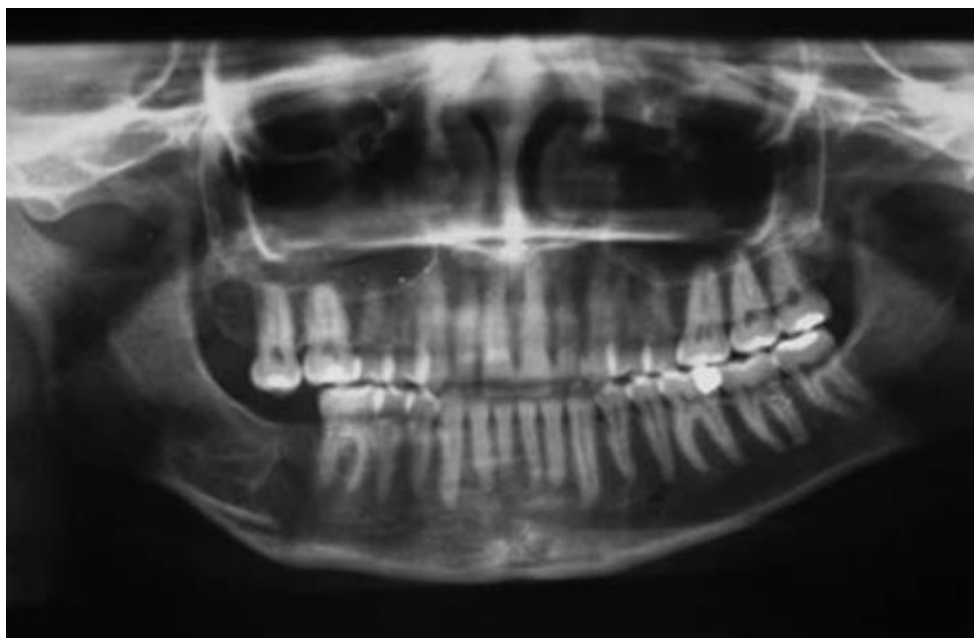
Figura 2. A) Panorâmica revelando massa radiopaca extensa. B) Diante dos aspectos clínicos e radiográficos, a hipótese de odontoma complexo foi estabelecida. C) Pós-operatório de três meses. D) Pós-operatório de seis meses. E) Pós-operatório de 12 meses.



Fonte: Magnabosco Neto e Capella, 2011.

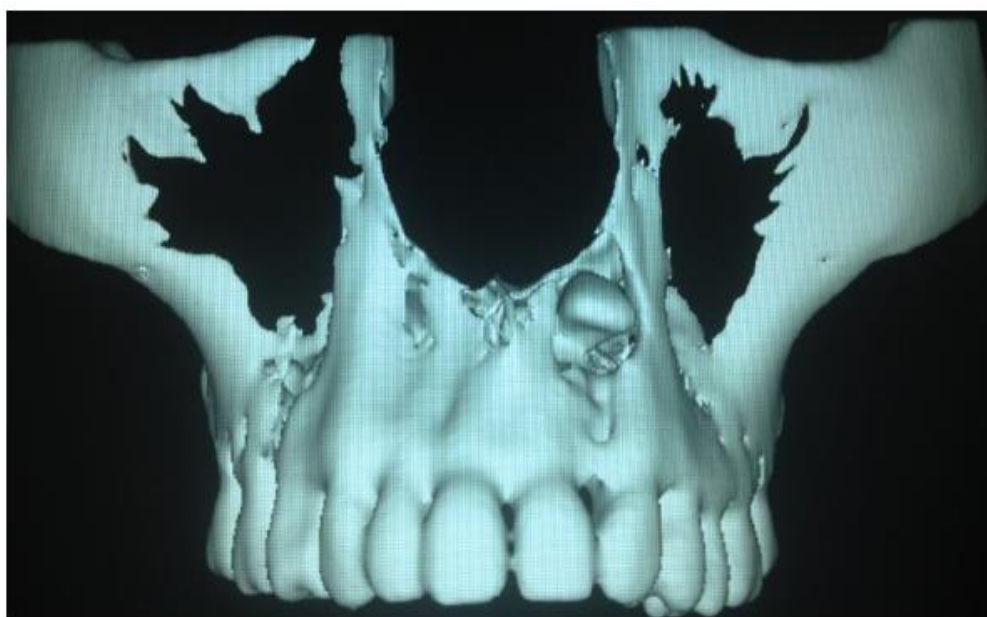
O tratamento iniciou-se em 2003 em 2009 a paciente retornou para reavaliação do caso, que se apresentou completamente curada e sem evidências de recidiva (Figura 3).

Figura 3. Acompanhamento de seis anos sem recidiva.



Fonte: Magnabosco Neto e Capella, 2011.

Figura 4. Reconstrução 3D gerada durante o exame tomográfico para facilitar a planejamento cirúrgico e a proximidade da lesão e do dente retido com estruturas anatômicas importantes.



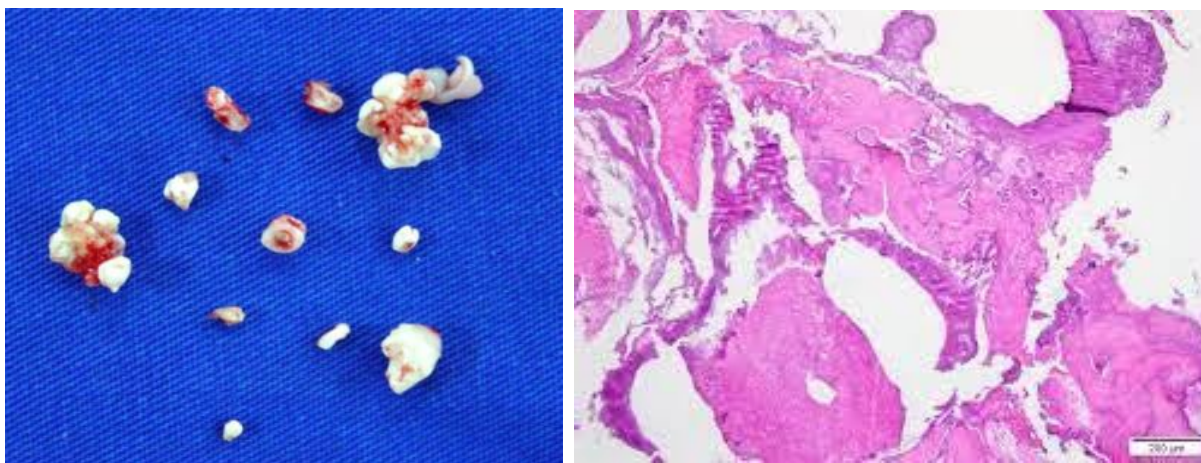
Fonte: Gomes et al., 2022.

A tomografia computadorizada consiste em um exame imagiológico complementar, tridimensional e preciso, que possibilita ao cirurgião-dentista uma melhor visualização das estruturas anatômicas circunjacentes, ajudando no planejamento e segurança na remoção cirúrgica da lesão. Entretanto, a confirmação do diagnóstico se dá através do exame histopatológico. Em geral não ocorrem recidivas e o paciente apresenta um bom prognóstico (DOURADO, 2021).

3.3 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Histologicamente no odontoma composto, estruturas dentículos estão dispostos em um padrão ordenado, cada dentículo é separado por uma fina faixa de tecido conjuntivo folicular. O odontoma complexo é constituído por uma massa nodosa e dentina, esmalte e polpa desorganizados sem forma de dente reconhecível. em ambos os sentidos também pode conter epitélio reduzido do esmalte, ameloblastos secretores e odontoblastos funcional. Calcificações esféricas e detritos odontogenos são abundantes no tecido conjuntivo (BIANCO, 2018).

Figura 5. Aspecto macroscópico e histológico da lesão.



Fonte: Longo et al., 2020.

Esses tumores podem estar associados a outros tumores odontogênicos, como ameloblastoma, fibroodontoma ameloblástico, odontoameloblastoma, tumor odontogênico calcificante, tumor odontogênico adenomatoide e cisto dentário, por isso é sempre recomendado realizar seu estudo histopatológico. Estudos, avaliaram as características

histológicas e, dentro de seus resultados mencionam que a presença de epitélio ameloblástico foi observada com mais frequência em odontomas complexos, enquanto o tecido odontogênico mesenquimal foi observado principalmente em odontomas compostos, por outro lado relatam que células fantasmas foram observadas em até 20% das amostras examinadas (SILVA et al., 2015).

3.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O odontoma complexo em seu estágio intermediário, se assemelha a outras lesões como lesões fibrosas, tumor odontogênico cístico calcificante, displasias fibrosas e osteomielite crônica. O odontoma é o tumor odontogênico que é mais frequentemente associado ao tumor odontogênico cístico calcificante (RIBEIRO e RIBEIRO, 2017).

O diagnóstico diferencial também deve ser feito com fibroma ameloblástico, fibroodontoma ameloblástico e odontoameloblastoma. Se uma imagem radiológica semelhante à do odontoma for observada e localizada na área inter radicular, o diagnóstico diferencial será estabelecido com lesões como osteíte residual focal, um cementoma, um tumor odontogênico epitelial calcificante, um tumor odontogênico adenomatoide, um dente supranumerário, um mioma cimentício ou um osteoblastoma benigno e se for encontrado no nível peri-coronal deve ser diferenciado com um tumor odontogênico adenomatoide, um tumor odontogênico epitelial calcificante, um fibrodentinoma ameloblástico, ou um odontoameloblastoma (BIANCO, 2018).

No seio maxilar pode ser confundido com sinusite, uma infecção periapical com pólipos antais, uma micose antral, um dente ou raiz deslocada, um corpo estranho, um osteoma periférico, uma neoplasia mesenquimal benigna, um papiloma invertido ou um carcinoma antral ou sarcoma (RIBEIRO e RIBEIRO, 2017).

3.5 PROGNÓSTICO

Algumas das complicações que podem ocorrer são: dentes impactados, obstrução nasal, síndrome otodental. Dentes e odontomas supranumerários são a principal causa do impacto dos incisivos permanentes, devido a uma obstrução direta para sua erupção. Em casos excepcionais, ocorre erupção espontânea do odontoma na cavidade oral, com

possibilidade de manifestação de dor, infamação de tecidos moles adjacentes ou infecção associada à supuração. Odontomas eclodidos podem apresentar cavidades e levar à formação de abscessos (ARAUJO et al., 2021).

Geralmente o prognóstico do odontoma composto é positivo e não se espera recidiva. Em alguns casos podem ocorrer complicações, como fístula com exsudato purulento, quando seu tamanho é grande e localizado próximo à mucosa e sujeito a trauma. A presença de falhas tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, como nos casos de atraso da remoção do odontoma podem ocasionar problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, a alterações oclusais importantes, provocando tratamento corretivo, ortopédico e ortodôntico (MAGNABOSCO NETO e CAPELLA, 2011).

3.6 TRATAMENTO

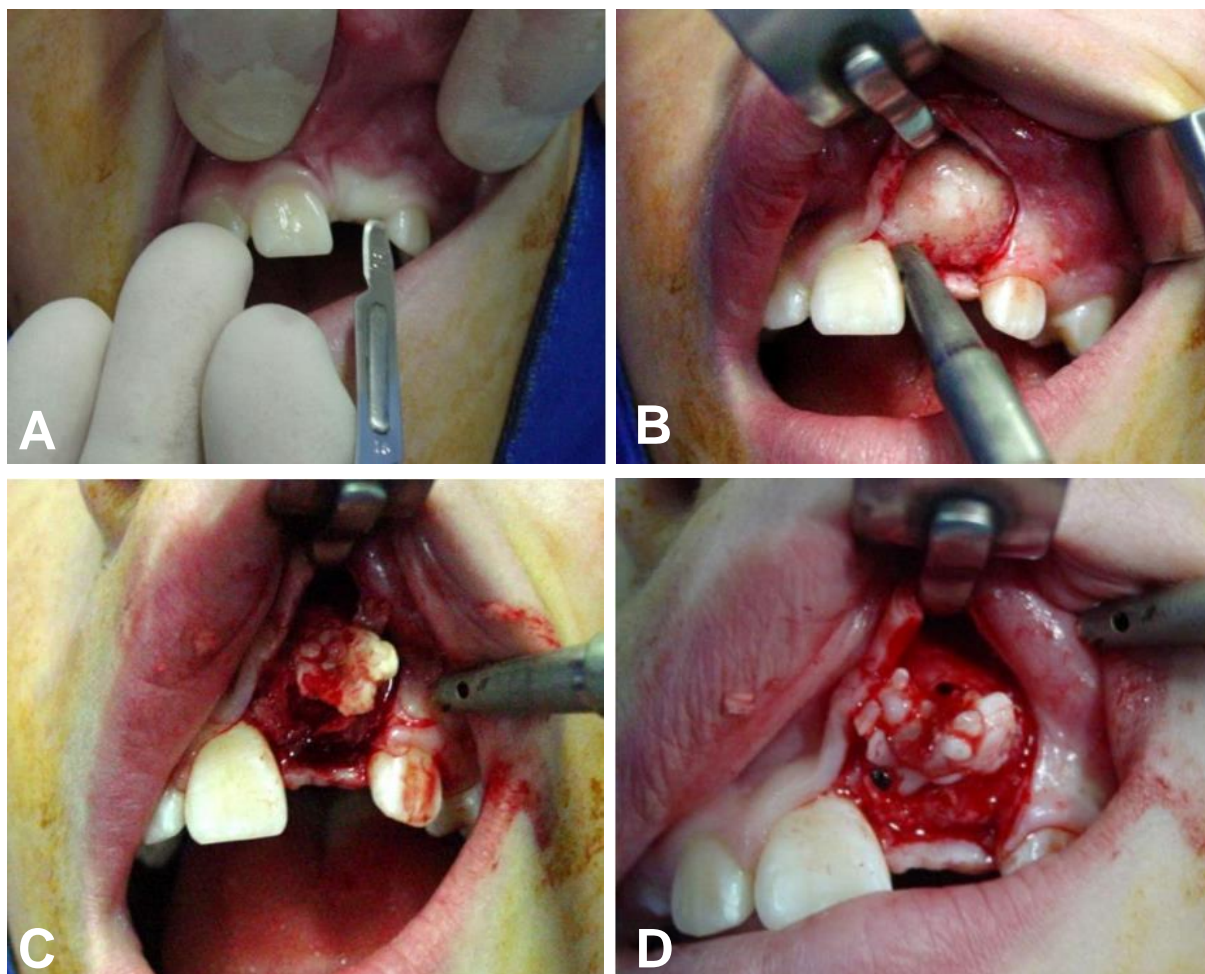
O tratamento de escolha consiste na enucleação cirúrgica conservadora, removendo a cápsula do tecido conjuntivo que a circunda, preparando adequadamente a amostra para estudo histopatológico, o que contribui para o diagnóstico preciso. Às vezes, é necessário tratamento ortodôntico para reposicionamento na arcada do órgão dentário retido. O prognóstico é geralmente favorável, com baixa taxa de recorrência, aumentando essa probabilidade quando a enucleação é realizada na primeira fase da calcificação (NASCIMENTO et al., 2019).

Geralmente o tratamento de escolha para odontomas compostos é a remoção cirúrgica, seguida de análise histopatológica para confirmar o diagnóstico. De acordo com a literatura, o manejo ideal do dente impactado deve permitir sua conservação e reposicionamento no arco. Por outro lado, os dentes impactados são frequentemente relatados para serem extraídos simultaneamente com o odontoma. A dificuldade cirúrgica é determinada pela necessidade de adotar uma técnica o mais conservadora possível na previsão da subsequente intervenção da inserção do implante. Assim, minimiza-se a remoção do tecido ósseo ao redor da ferida, tornando mais complicadas as etapas cirúrgicas da lesão e remoção dos dentes (MERAT et al., 2020).

Com o intuito de demonstrar um exemplo de cirurgia para odontoma composto será feito uma análise do trabalho dos autores Longo et al. (2020), quem será descrito algumas etapas do processo cirúrgico imagens demonstrativas.

O primeiro fato a ser compreendido no tratamento cirúrgico tem sido evidenciado como a melhor opção de tratamento do odontoma composto. A primeira etapa acontece com as manobras prévias e assepsia do local, sequencialmente realiza se uma anestesia regional do nervo nasopalatino, sendo reforçada na região dos centrais por vestibular, a cisão é realizada no fundo do suco na região dos dentes, ocasionando o descolamento total do retalho para localização da loja óssea (Figuras 6A a 6D). Após a remoção total da massa tumoral, a cápsula fibrosa da lesão (LONGO et al., 2020).

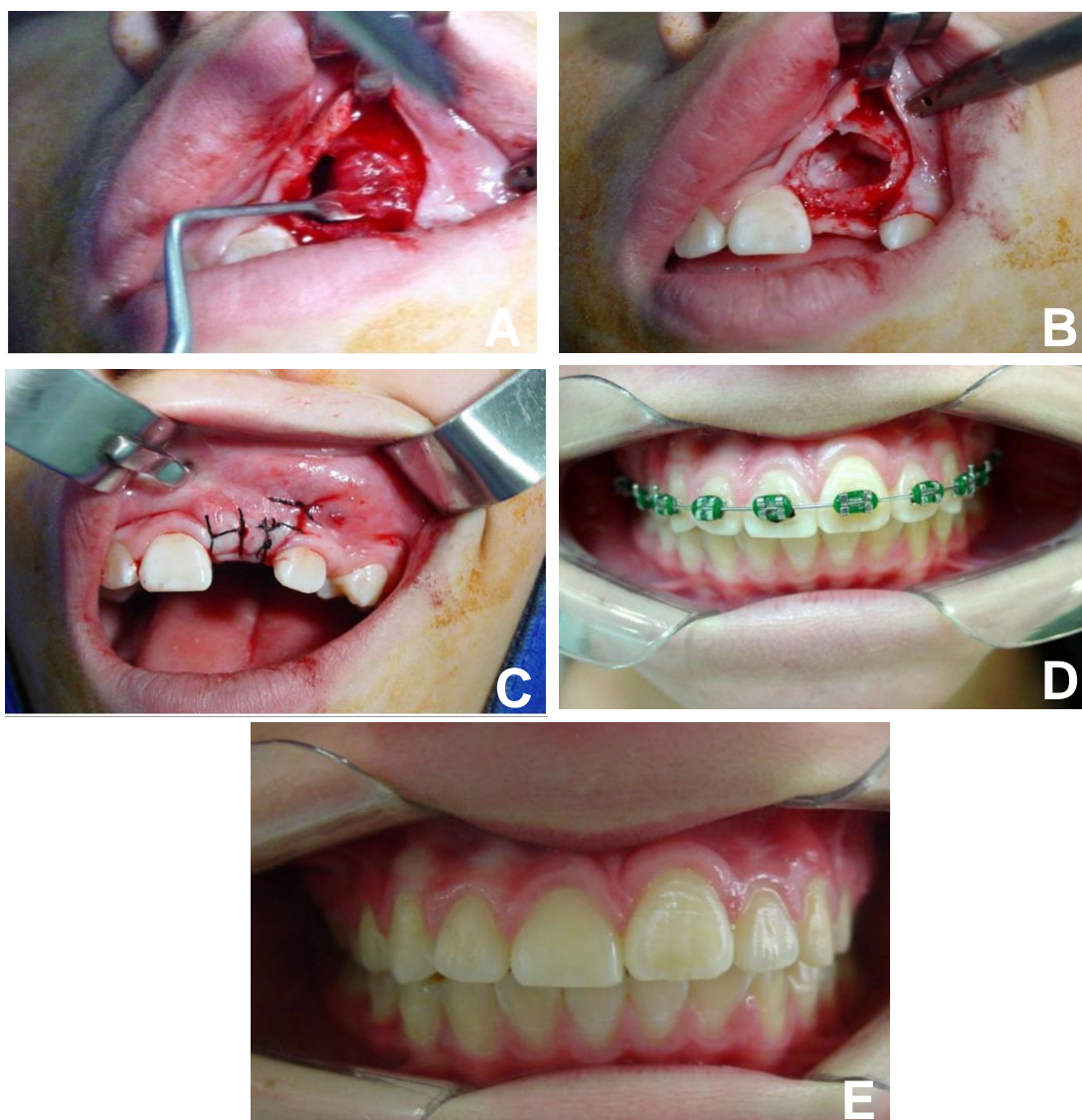
Figura 6. Remoção cirúrgica.



Fonte: Longo et al., 2020.

O tecido proliferativo-inflamatório remanescente na loja óssea foram curetados; em seguida, foram feitos toailete com irrigação e aspiração (Figuras 7A, 7B), sendo confirmada a remoção total da lesão. Ao oitavo dia de pós-operatório, a sutura (fio de seda 4-0 em pontos isolados) foi removida (7C). Macroscopicamente, a lesão compreendia massas calcificadas de coloração branca semelhante a massas de tecidos dentais, mas sem características anatômicas de um dente, cujo diagnóstico de odontoma complexo confirmado por exame.

Figura 7. Sequência da cirurgia.



Fonte: Longo et al., 2020.

Após a cicatrização da ferida cirúrgica, tratamento ortodôntico foi iniciado. Aparelhagem fixa foi instalada no arco superior com o objetivo inicial de alinhar e nivelar, bem como obter o paralelismo das raízes dos dentes adjacentes no espaço do dente incluso (7D e 7E) (LONGO et al., 2020).

Uma avaliação cuidadosa com radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada revelam a posição permanente ao odontoma. Por essa razão, escolhe-se duplo acesso, criando pequenas lacunas ósseas com o uso de broca de mão dentária de baixa velocidade e broca de carboneto de tungstênio para extrair os componentes de pequenos locais diferentes em vez de um único grande. Essa abordagem conservadora permitiu salvar o precioso cume ósseo e evitar a formação de defeitos teciduais; portanto, não é necessário utilizar materiais de enchimento ou realizar procedimentos de regeneração óssea guiados ao contrário de outros casos relatados na literatura. A análise histológica deve ser confirmada para o diagnóstico do odontoma (MERAT et al., 2020).

Um conhecimento cuidadoso e uma excelente avaliação dos exames de imagem são essenciais para resolver adequadamente cada caso clínico. A adoção de uma abordagem cirúrgica conservadora é aconselhável, a fim de preservar os tecidos dentários e obter a cura ideal do tecido. Devido ao seu baixo potencial de crescimento e rara recorrência, o tratamento é cirúrgico conservador realizando uma enucleação e deve ser feito com muito cuidado para não ferir dentes não irrompidos tratando de preservar o dente permanente, que exigirá tratamento ortodôntico cirúrgico, no entanto, se a raiz do dente impactado tiver metade a dois terços formados, o dente entrará em erupção normalmente, embora uma vez formação radicular completa perderá sua potencial erupção. remoção é relativamente fácil, pois é separado do dente adjacente ao osso septal (WANDERLEY et al., 2019).

É importante verificar a cavidade óssea e extrair toda a membrana circundante para evitar recorrências, embora sua chance de recorrência seja baixa, o risco aumenta quando a enucleação é realizada no primeiro estágio de calcificação (GONÇALVES et al., 2019).

A remoção cirúrgica de massas geralmente realizada sob anestesia local, embora existam condições que requerem anestesia geral. Embora o odontoma tenha potencial de crescimento limitado, deve ser removido devido à presença dos vários componentes

dentários que podem predispor alterações císticas, interferir erupção do dente permanente e causar considerável destruição óssea (SOUSA e ANDRADE, 2019).

CONCLUSÃO

Em relação aos aspectos descritivos do odontoma, a revisão da literatura mostra um amplo panorama dessa entidade, sendo um dos tumores odontogênicos que ocorre com mais frequência, o que é detectado pelo exame radiográfico de rotina principalmente na segunda década de vida. É, portanto, aconselhável fazer um diagnóstico oportuno e preciso para evitar maiores complicações. Recomenda-se também realizar análises histopatológicas a fim de descartar a possibilidade de associação com algum outro tipo de tumor odontogênico.

Os odontomas são geralmente tumores assintomáticos não agressivos, de crescimento lento, cuja origem pode estar relacionada a alterações da erupção, e em menos frequentemente com infecção local e lesões císticas. Seu tratamento deve visar a exérese, erupção do dente impactado associado, bem como a recuperação do contorno ósseo alterado pela remoção da lesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.B. **Tomografia computadorizada de feixe cônico na odontologia**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. 78 f. Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia, Faculdade de Odontologia da UFRGS, 2011.

ARAÚJO, A.A. et al. Odontoma composto: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 9, p. 90280-9, 2021.

BIANCO, B.C.F. **Revisão e considerações sobre a classificação dos tumores odontogênicos e levantamento epidemiológico do laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Alfenas**. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas, 2018. 70f. Dissertação de Mestrado em Ciências Odontológicas, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, 2018.

DOURADO, A.C.R. **Odontoma complexo de grande proporção em maxila: relato de caso**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2021. 29f. Graduação em Odontologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2021.

FRANÇA, G.M. **O papel de proteínas das vias WNT/ β -CATENINA, TGF- β /BMP4 e SHH na odontogênese e odontomas**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2022. 113f. Graduação em Odontologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2022.

GOMES, F.V. et al. Odontoma composto associado a retenções dentárias – uma realidade clínica: Relato de caso. **Revista da ACBO**. v. 3, n. 1, p. 1-16, 2014.

GONÇALVES, A.K.A. et al. Diagnóstico, tratamento e prognóstico de odontoma composto associado ao folículo pericoronário: Relato de caso. **RSM – Revista Saúde Multidisciplinar**. v. 2, n. 6, p. 1-5, 2019.

JAEGER, F. et al. Odontoma composto: Relato de caso clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia Médica Dentária Cirúrgica Maxilofacial**. v. 53, n. 4, p. 252-7, 2012.

LONGO, B.C. et al. Tratamento cirúrgico e ortodôntico de odontoma complexo em região anterior de maxila. **J Bras Patol Med Lab**. v. 56, n. 1, p. 56: 1-6, 2020.

MAGNABOSCO NETO, A.E. CAPELLA, D.L. Tratamento conservador de grande odontoma complexo em mandíbula. **RFO**. v. 16, n. 3, p. 317-21, 2011.

MERAT, B.V.T. et al. Diagnóstico e tratamento de um caso de odontoma composto-complexo: relato de caso e revisão da literatura. **FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**. v. 30, n. 1-2, p. 85-93, 2020.

MICHALISZYN, G.F. **Odontoma composto: relato de caso**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. 28f. Monografia,

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

NASCIMENTO, F.B. et al. Dente impactado associado a odontoma composto: Relato de caso clínico. **Rev. UNINGÁ**. v. 56, n. S7, p. 180-6, 2019.

RIBEIRO, T.V.B.; RIBEIRO, T.S. **Impactação de elemento dentário por odontoma composto em paciente odontopediátrico: Relato de caso clínico**. Aracaju: Universidade Tiradentes, 2017. 15f. Trabalho de conclusão de curso. Curso de graduação em Odontologia da Universidade Tiradentes, 2017.

SANTOS, M.E.S. et al. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**. v. 10, n. 2, p. 25-30, 2010.

SILVA, N.P. et al. Odontoma composto em região anterior de maxila: relato de caso. **BJHR**. v. 2, n. 5, p. 4454-64, 2019.

SILVA, D.J.S. et al. Estudo clínico-patológico de odontomas diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**. v. 15, n. 4, p. 31-36, 2015.

SILVA, K.B. et al. Tratamento de odontoma composto: diagnóstico e abordagem cirúrgica. **Rev. Odontol. UNESP**. v. 57, n. N Especial, p. 0, 2021.

SOUZA B. B. et al. Importância do exame radiográfico na rotina diagnóstica do odontoma: relato de caso. **Ciência Atual - Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**. v. 12, n. 2, p. 0, 2018.

SOUSA, H.; ANDRADE, R.P. **Relato de caso clínico: Odontoma Complexo**. Uberaba: Universidade de Uberaba, 2019. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Uberaba, 2019.

TEIXEIRA, E.C.F. **O papel da Ortopantomografia na detecção de lesões precoces de Odontomas em Medicina Dentária**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2012. 60f. Mestrado em Medicina Dentária, 2012.

TOLENTINO, E.S. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? **RFO**. v. 23, n. 1, p. 119-23, 2018.

TREVISAN, M. et al. Radiografia panorâmica na detecção precoce de odontomas e suas vantagens para o paciente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, n. 2, p.1952-67, 2015.

WANDERLEY, A.E.C. et al. Odontoma composto como fator de impactação dentária: Relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 34, n. 1, p. e1794, 2019.