

Publicado em 04 de setembro de 2023  
REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 6, NÚMERO 1, ANO 2023

## ODONTOMA COMPOSTO E SUA REMOÇÃO CIRÚRGICA: RELATO DE CASO

*Rafaela Santos Silva<sup>1</sup>; Izabela Resende Ferreira Santos<sup>2</sup>; Emílio Henrique Rocha  
Gonçalves Ferreira<sup>3</sup>; Isadora Castro Silva Vieira<sup>4</sup>*

<sup>1,2</sup> Instituição de Ensino Superior da Rede Ânima Educação, Bom Despacho, MG, Brasil.

[rafaelasantossilva16@hotmail.com](mailto:rafaelasantossilva16@hotmail.com)<sup>1</sup>

[izabelamoema@hotmail.com](mailto:izabelamoema@hotmail.com)<sup>2</sup>

<sup>3,4</sup> Centro Universitário UNA, Bom Despacho, Brasil

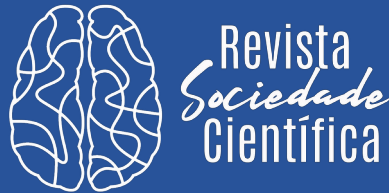
[emiliohenriquerocha@gmail.com](mailto:emiliohenriquerocha@gmail.com)<sup>3</sup>

[cd.isadoracastro@gmail.com](mailto:cd.isadoracastro@gmail.com)<sup>4</sup>

### RESUMO

Os Odontomas são, consideravelmente os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. Eles podem levar a complicações de ordem funcional e estética, embora apresentem crescimento lento e geralmente sejam assintomáticos. Os Odontomas recebem duas classificações, podendo ser complexos ou compostos, e seu diagnóstico ocorre, na maioria das vezes, por achados radiográficos, imprescindível para o determinado caso. O tratamento para esse tipo de lesão é a remoção cirúrgica, com a técnica de enucleação e curetagem, que apresentou um prognóstico satisfatório. O objetivo do presente trabalho é descrever um caso clínico sobre um Odontoma Composto encontrado na região anterior da maxila de um adolescente de 14 anos, totalmente assintomático e sem sinais específicos, detalhando o que é esta lesão e como é feita sua remoção cirúrgica.

**Palavras-chave:** Odontoma. Tumor odontogênico. Remoção cirúrgica.



## 1 INTRODUÇÃO

O Odontoma é o tipo mais comum de tumor odontogênico, e em seres humanos, ele é raro, comparado a outras lesões, compreendendo cerca de 1% de todas as amostras de biópsia oral e maxilo-facial diagnosticadas [1].

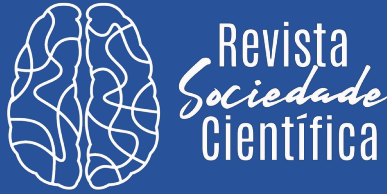
A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou os Odontomas como tumores odontogênicos benignos mistos. Segundo Pires et al. [2], é formado por estruturas dentárias, esmalte e dentina, e em alguns casos cimento e polpa em diferentes graus de desenvolvimento [3].

Em 2005, a OMS estabeleceu uma subdivisão do ponto de vista histopatológico em: Odontoma Composto, formado por múltiplas estruturas pequenas, semelhantes a denticulos com tamanhos e conformações alterados; e Odontoma Complexo, que consiste em uma massa conglomerada de esmalte e dentina que não exhibe semelhança anatômica com um dente [4].

A maioria dos Odontomas é encontrada durante as primeiras duas décadas de vida, e a idade média no momento do diagnóstico é de 14 anos. Geralmente, essas lesões são completamente assintomáticas [4], e em alguns casos, os mínimos sinais também trazem dificuldades para a realização do diagnóstico.

Os Odontomas ocorrem com mais frequência na maxila do que na mandíbula. Mesmo com essa variação de sítio, os Odontomas Compostos são encontrados mais frequentemente em maxila anterior, e os Odontomas Complexos ocorrem mais em regiões de molares de qualquer um dos ossos gnáticos [4].

Os Odontomas, radiograficamente, apresentam radiopacidade bem delimitada, com densidade mais elevada a do tecido ósseo próximo e similar à dentária. No Odontoma Composto, encontram-se inúmeras estruturas semelhantes a dentes, com medidas diversificadas e desordenadas, envoltas por área radiolúcida. Para os autores Henriksson e Kjellman (1964), Freitas et al. (1998) *apud* Wanderley et al. (2019) [5], essas especificidades são indicadas como imagens radiográficas patognomônicas do Odontoma Composto. O Odontoma Complexo, entretanto, apresenta-se como uma



massa radiopaca irregular delimitada por área radiolúcida, propiciando a necessidade do estabelecimento do diagnóstico diferencial [2].

O tratamento preconizado para os Odontomas é a excisão cirúrgica total da lesão, através dos fundamentos de exodontia de elementos dentários inclusos [5]. O procedimento normalmente é realizado sem dificuldades devido à presença de uma cápsula fibrosa semelhante ao folículo dentário [6], e neste caso, ainda há um fator positivo, que é o fato de que pacientes com 18 anos ou menos, apresentam densidade óssea favorável para remoção dentária. Isto é, os ossos são menos densos, mais maleáveis, se expandem e dobram, permitindo a expansão do alvéolo com a ação das alavancas. Além disso, o osso menos denso é mais facilmente cortado por brocas dentais, facilitando a remoção dos dentículos [7]. O prognóstico do tratamento é favorável, pois a lesão não possui características de malignização, sendo raros os casos de recidiva [8]. Na eventualidade de não ser realizada a remoção cirúrgica, a manifestação desse tumor odontogênico traz algumas consequências para o paciente, dentre as quais podemos citar: a retenção de elementos dentários, que podem atrasar ou impedir a erupção de elementos dentários; e a erupção ectópica, que é a alteração do caminho padrão de erupção da dentição permanente. Em alguns casos, a lesão alcança um tamanho grande, que pode evidenciar assimetria facial [8].

Este trabalho tem como objetivo descrever e demonstrar as características clínicas, histopatológicas e radiográficas do Odontoma Composto e relatar como é feita sua remoção cirúrgica.

## 2 CASO CLÍNICO

Um paciente, gênero masculino, com 14 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia da UNA Bom Despacho solicitando apenas uma consulta de rotina, pois não apresentava nenhuma queixa. Durante a anamnese não foi revelado nenhum dado médico relevante e nenhum relato de trauma. No exame clínico intrabucal e a palpação, não foi notada nenhuma alteração relevante (FIGURA 1).



**Figura 1 - Exame clínico intraoral. (Fonte: autores)**

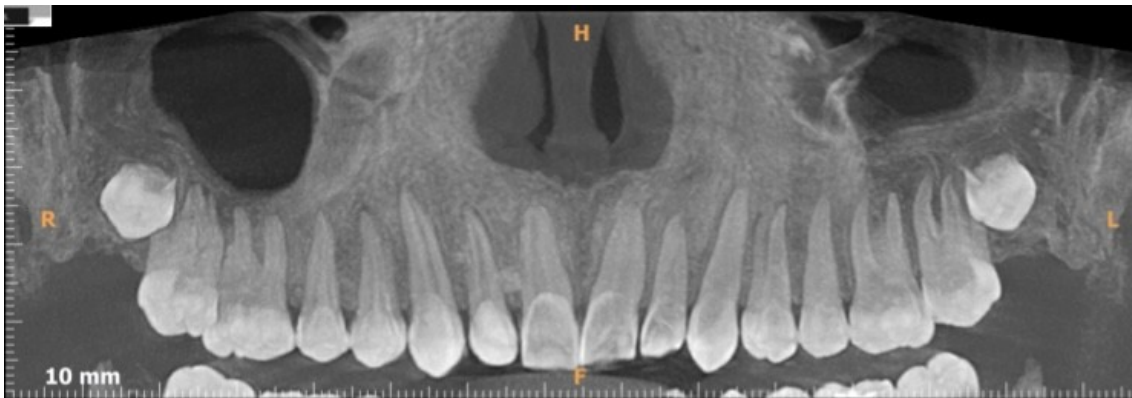
Foi realizada uma radiografia periapical que mostrou a presença de uma massa radiopaca que se assemelha a estruturas dentárias, mais especificamente a dentículos delimitados por uma linha radiolúcida. Para garantir uma melhor visualização e localização da lesão, foi solicitado ao paciente uma Tomografia Computadorizada (FIGURAS 2, 3 e 4). Por meio dela, constatou-se que a lesão se encontrava na parte anterior da maxila, na região palatina (FIGURA 5), entre os incisivos 11 e 12 (FIGURA 6). Não houve consequências a nenhuma das estruturas dentárias próximas à lesão. Foi indicada a remoção cirúrgica (enucleação e curetagem) como forma de tratamento.



**Figura 2 – Tomografia computadorizada de região anterior da maxila. (Fonte:Prontuário do paciente)**



**Figura 3** – Tomografia computadorizada de região anterior da maxila. (Fonte: Prontuário do paciente)



**Figura 4** - Tomografia computadorizada de região anterior da maxila. (Fonte: Prontuário do paciente)

Uma hora antes da cirurgia, o paciente foi medicado com anti-inflamatório esteroidal de longa duração, antibiótico e comprimido analgésico para auxílio na dor.

Ao iniciar o procedimento, o paciente foi orientado a fazer bochecho com Digluconato de Clorexidina a 0,12% durante 1 minuto para antisepsia intraoral, logo após foi feita a extraoral. Em seguida, foi realizada a aplicação de anestesia local, e o anestésico de escolha foi a Lidocaína com vasoconstritor. A técnica utilizada foi do bloqueio do nervo alveolar superior anterior, nasopalatino, palatino menor e palatino maior. Iniciando a cirurgia com o auxílio do bisturi com lâmina 15C, foi realizada uma

incisão intrasulcular iniciada na distal do elemento 14, estendendo-se até a distal do elemento 24, rebatendo o palato para um melhor acesso à lesão (FIGURA 7).



Figura 5 – Corte coronal ampliado. (Fonte: Prontuário do paciente)

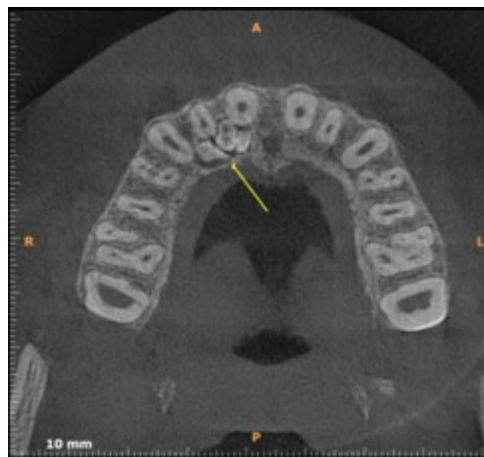
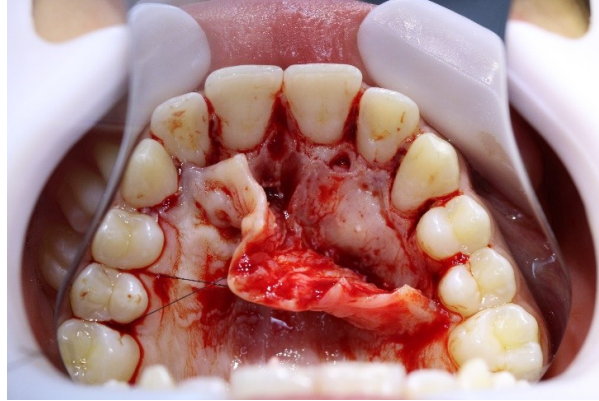


Figura 6 – Corte axial ampliado. (Fonte: Prontuário do paciente)

Após o deslocamento do retalho e do periósteo com descolador de Molt, foi feita a osteotomia com peça reta em baixa rotação com a broca 702, irrigando com soro fisiológico e, em seguida, realizou-se a enucleação da lesão (FIGURA 8).

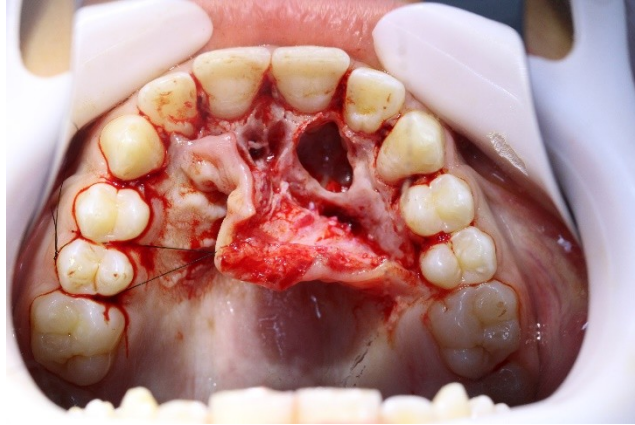


**Figura 7** – Incisão intrasulcular para acesso à lesão. (Fonte: autores)



**Figura 8** – Visualização da lesão. (Fonte: autores)

Com o auxílio de extratores, curetas e alavanca reta, a lesão foi removida. Com a cureta de Lucas foi feita a curetagem para a retirada de qualquer remanescente de folículo dental, caso ainda estivesse presente. A regularização das bordas ósseas foi feita com o auxílio de limas para osso e bastante irrigação com soro fisiológico. A área de onde foi removida a lesão foi comprimida com gaze estéril e não recebeu mais irrigação nem sucção afim de promover a formação de coágulos para uma melhor cicatrização posteriormente (FIGURA 9).



**Figura 9** – Lesão removida. (Fonte: autores)

Por fim, foram feitas várias suturas interrompidas do tipo colchoeiro vertical, com fio de Nylon 6-0 do início ao fim de onde foi feita a incisão (FIGURA 10).



**Figura 10** – Reposicionamento do tecido e sutura. (Fonte: autores)

O material coletado foi incluído em solução formalina 10% e encaminhado para análise histopatológica no Laboratório de Patologia Bucal da PUC Minas (FIGURA 11).

Para um pós-operatório mais confortável e seguro, foram passadas recomendações e algumas medicações como antibiótico, anti-inflamatório e analgésico



para dor. Após o período de 14 dias, o paciente retornou para a retirada dos pontos de sutura e apresentou uma boa cicatrização (FIGURA 12).

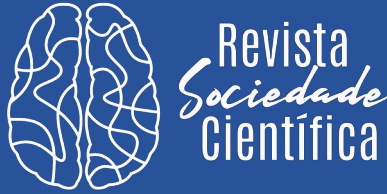


**Figura 11** – Material coletado para análise. (Fonte: autores)



**Figura 12** – Cicatrização do tecido. (Fonte: autores)

Foi solicitado ao paciente que decorrido o período de 2 meses, fosse repetida uma nova tomografia para um controle do processo de reparação do tecido e para a certeza da remoção completa do Odontoma.



### 3 DISCUSSÃO

Os odontomas são definidos como um tipo de tumor odontogênico que, em sua maioria, são assintomáticos, com pequenas proporções que podem levar a alterações dentárias. Entre os dois tipos de odontomas existentes (composto e complexo), o odontoma composto é mais comumente diagnosticado.

Analisando o caso clínico descrito, observa-se que o diagnóstico foi feito por meio de exames radiográficos e comprovado por meio cirúrgico, que a lesão se encontrava na região anterior da maxila entre os incisivos centrais (11 e 12). Essa é a localização mais comum, desse tipo de odontoma (aproximadamente 62%), sendo a retenção de um dente permanente também uma ocorrência frequente [4].

A segunda década de vida é a época em que a maioria dessas lesões são diagnosticadas, [9-10], assim como foi no nosso trabalho. A partir dos nossos conhecimentos adquiridos, isso ocorre devido ao fato de que a maioria dos cirurgiões dentistas não documentam radiograficamente seus pacientes, e a lesão é em grande maioria assintomática. Geralmente, a segunda década de vida é o momento em que esses pacientes procuram atendimento ortodôntico onde é solicitado uma pasta radiográfica.

O tratamento executado foi a remoção cirúrgica, e até a realização do último exame radiográfico, não foi constatado a presença de recidiva, confirmando o sucesso do plano de tratamento executado e a baixa reincidência de recidiva dessa lesão.

### 4 CONCLUSÃO

Embora o tumor odontogênico composto seja caracterizado por uma lesão benigna, foi realizado um exame histopatológico que confirmou o diagnóstico feito e sua consequente benignidade.

Apesar de ter o crescimento lento, seu diagnóstico precoce permite uma intervenção prematura e evita maiores complicações na vida adulta do paciente. É necessário frisar a importância de exames radiográficos de rotina, que foram

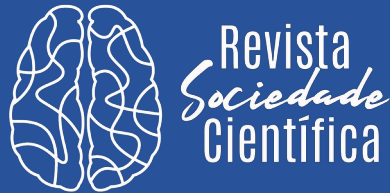


Publicado em 04 de setembro de 2023  
REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 6, NÚMERO 1, ANO 2023

imprescindíveis para a descoberta dessa lesão e, conseqüentemente, realizar o tratamento com um prognóstico satisfatório.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Ahire, M. S.; Tupkari, J. V.; Chettiandy, T. J.; Thakur, A.; Agrawal, R. R. Odontogenic tumors: A 35-year retrospective study of 250 cases in an Indian (Maharashtra) teaching institute. **Indian J Cancer**, v. 55, n. 3, p. 265-272, Jul-Sep 2018. doi: 10.4103/ijc.IJC\_145\_18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30693892/>. Acesso em: 12 set. 2021.
- [2] Pires, W. R.; Júnior, J. M.; Martins, L. P.; et al. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. **Revista de Odontologia da USP** [Internet], p. 138-143, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/L36gq3GFzVnYWQD4zmc7vwx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.
- [3] Nóia, C. F.; de Oliveira, F. A. C.; Pinto, J. M. V.; dos Santos, W. H. M. Odontoma Composto. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 56, n. 2, p. 213-217, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-487238>. Acesso em: 08 out. 2021.
- [4] Neville, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 912 p.
- [5] Wanderley, A. E. C.; Amaral Souto, R. R. F.; Galvão Pimentel, M.; Ferreira Leite, I.; Marques, E. S.; Melo, S. V. J. D.; Franco Áurea V. de M.; Macêdo, L. F. C. de. Odontoma composto como fator de impactação dentária: Relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 34, p. e1794, 14 nov. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1794>. Acesso em: 08 set. 2021.



Publicado em 04 de setembro de 2023  
REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 6, NÚMERO 1, ANO 2023

- [6] Gonçalves, A. K. A.; Almeida, K. G. de; Vasconcelos, A. C. Diagnóstico, tratamento e prognóstico de odontoma composto associado ao folículo pericoronário: relato de caso. **RSM – Revista Saúde Multidisciplinar**, p. 6<sup>a</sup> E, 2019. Disponível em: <https://www.fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Art-7.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.
- [7] Hupp, James R.; Tucker, Myron R.; Ellis, Edward. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 692 p.
- [8] Santos, M. M.; Silva, A. R. B.; et al. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 2, 2010. Disponível em: [http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-52102010000200005](http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102010000200005). Acesso em: 20 set. 2021.
- [9] Lodi, C. S.; Rodrigues, A. M.; Diana, N. de B.; Faria, M. D.; Bordon, A. K. C. B.; Pereira, F. P. Odontoma composto em paciente infantil: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/666>. Acesso em: 5 out. 2021.
- [10] Santos, J. N.; Pereira Pinto, L.; Figueredo, C. R. L. V. de; Souza, L. B. de. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 4, p. 308-313, out./dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pob/a/QzpKwZcQm5ynypWXwN89MGb/?lang=en>. Acesso em: 08 out. 2021.