

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA

GÉSSICA FIGUEIREDO MICHALISZYN

ODONTOMA COMPOSTO: RELATO DE CASO

Porto Alegre, 2016

GÉSSICA FIGUEIREDO MICHALISZYN

## ODONTOMA COMPOSTO: RELATO DE CASO

Monografia apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a conclusão do Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Heraldo Luis Dias da Silveira

Porto Alegre, 2016

CIP - Catalogação na Publicação

Michaliszyn, Gêssica Figueiredo  
Odontoma Composto: Relato de caso / Gêssica  
Figueiredo Michaliszyn. -- 2016.  
27 f.

Orientador: Heraldo Luis da Silveira .

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Radiologia e Imaginologia  
Odontológica , Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. odontoma. 2. tumores odontogênicos . I. da  
Silveira , Heraldo Luis, orient. II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente á Deus, por proporcionar mais esse momento em minha vida.

Minha eterna gratidão á minha mãe Marlene Alves Figueiredo, pelo amor, educação e por ter sido minha mãe e meu pai, por tudo que fez e faz por mim e pela nossa família. Obrigada ao meu noivo Manoel Bitencourt, que me apoiou em todos os momentos, e faz parte de mais esta conquista, e a minha sogra Anna Paula Xerri .

Ao meu orientador, Professor Dr. Heraldo Luis da Silveira que com muita dedicação e competência, contribuiu para realização deste trabalho.

Aos demais professores, Dra.Heloísa Emília Dias da Silveira, Dra. Mariana Boessio Vizzotto e Dra. Nádia Assen Arús por compartilharem seus conhecimentos, e por contribuírem para minha formação.

## **RESUMO**

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos, são considerados anomalias do desenvolvimento e não neoplasias verdadeiras, sua constituição se dá principalmente de esmalte e dentina, com quantidade variável de cimento e polpa. O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica e descrever um caso clínico de odontoma composto analisando seus sinais, a sua região de localização, a idade e gênero do paciente. A partir dos resultados encontrados conclui-se que o diagnóstico precoce é de extrema importância para prevenir maiores danos á oclusão e estética do paciente. E ainda, os exames por imagem são decisivos para um correto diagnóstico, planejamento e acompanhamento dos casos.

**Palavras-chave:** odontoma, tumores odontogênicos.

## **ABSTRACT**

Odontomas are the most common types of odontogenic tumors. They are considered abnormalities of developing and is formed mainly by enamel and dentin, with variable amount of cementum and pulp. The aim of this study was to conduct a literature review and describe a case of compound odontoma analyzing its signs, location, age and gender of the patient. From the results found we could conclude that early diagnosis is extremely important to prevent major damage to occlusion and aesthetics of the patient. Also, the imaging tests are crucial for a correct diagnosis, planning and monitoring of cases.

**Keywords:** odontoma, odontogenic tumors.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1	IMAGEM DO EXAME FÍSICO INICIAL.....	18
FIGURA 2	RADIOGRAFIA PERIAPICAL E PANORÂMICO.....	18
FIGURA 3	RECONSTRUÇÃO MULTIPLANAR NA TCFC.....	19
FIGURA 4	REMOÇÃO CIRÚRGICA E COLAGEM DE BOTÃO.....	20
FIGURA 5	FOTOGRAFIA E RADIOGRAFIAS DE CONTROLE.....	20

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	9
2.1 Definição .....	9
2.2 Relatos descritos na literatura.....	10
3. RELATO DE CASO .....	17
4. DISCUSSÃO .....	20
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23
ANEXOS .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. A sua prevalência excede a de todos os tumores odontogênicos combinados. Quando totalmente desenvolvidos os odontomas consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de cimento e polpa. Os odontomas são subdivididos em tipo composto e complexo. O odontoma composto é formado por múltiplas estruturas pequenas semelhantes a dentes, e o odontoma complexo consiste em uma massa conglomerada de esmalte e dentina, que não exhibe semelhança anatômica com um dente. Os odontomas compostos são os que aparecem com mais frequência, e em alguns casos é possível que não sejam submetidos a exame microscópico por que o clínico se sente confiante com o diagnóstico clínico e radiográfico. (NEVILLE et al.,2009).

Quanto a localização dos odontomas compostos, 62% ocorrem na região ântero-superior em associação com caninos não irrompidos. Já os odontomas complexos, 70% são encontrados na mandíbula em região de primeiros e segundos molares. Com relação ao diagnóstico diferencial, a aparência de estruturas radiopacas semelhantes a dentes no interior de uma lesão bem definida leva a um fácil diagnóstico de odontoma composto. Os odontomas complexos diferem dos fibromas cemento-ossificantes, por sua tendência de estarem associados a molares não irrompidos e por serem geralmente mais radiopacos. A displasia cementária periapical também pode lembrar um odontoma complexo, porém geralmente é múltipla e centralizada nas regiões periapicais e o com o limite cortical menos definido. O tratamento mais indicado para odontomas compostos e complexos é a remoção cirúrgica, e geralmente não apresentam recorrência. (WHITE e PHAROAH, 2007).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Definição

O termo odontoma foi introduzido por Broca, em 1866, com uma conotação muito genérica que incluía cistos e tumores odontogênicos de um modo geral. Em uma revisão de arquivos do departamento de patologia da Universidade de Indiana, constou que os odontomas constituíam 54% de 511 casos de tumores odontogênicos, e de 287 casos revisados de odontomas 64% foram de odontomas compostos, e 36% de odontomas complexos. Os aspectos clínicos dos odontomas são que eles geralmente apresentam um crescimento limitado, são detectados em radiografias de rotina e comumente associados a dentes inclusos. Os odontomas apresentam um pequeno volume, e raramente quando associados a cistos dentígeros podem determinar expansão e assimetria facial, podem erupcionar e causar uma infecção com sintomatologia semelhante de uma pericoronarite. Os odontomas ocorrem com igual frequência em ambos os sexos, na maioria dos casos são encontrados em pacientes jovens (EBLING, 1977).

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. Sua prevalência excede a de todos os outros tumores odontogênicos combinados. Os odontomas são considerados como anomalias do desenvolvimento, em vez de neoplasias verdadeiras. Quando totalmente desenvolvidos os odontomas consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de polpa e cemento. Os odontomas são ainda subdivididos em tipo composto e complexo. O odontoma composto é formado por múltiplas estruturas pequenas, semelhantes a dentes. O odontoma complexo consiste em uma massa conglomerada de esmalte e dentina, que não exhibe semelhança anatômica com um dente. Na maioria dos casos, os odontomas compostos são diagnosticados com maior frequência do que os odontomas complexos, e é possível que alguns odontomas compostos não sejam submetidos a exame microscópico porque o clínico se sente confiante com o diagnóstico clínico e radiográfico. (NEVILLE et al, 2009)

A maioria dos odontomas, são detectados na 2ª década de vida e muitas vezes são descobertos durante a investigação de erupção atrasada de dentes

adjacentes ou retenção prolongada de dentes decíduos. Em raras circunstâncias um odontoma composto pode vir a irromper na cavidade oral de uma criança. (WHITE e PHAROAH, 2007)

A maioria dos odontomas compostos (62%) ocorre na região anterior da maxila em associação com a coroa de um canino não-irrompido. Em contraste, (70%) dos odontomas complexos são encontrados na mandíbula em região dos primeiros e segundos molares. Periferia: as bordas dos odontomas são bem definidas e podem ser suaves ou irregulares. Essas lesões possuem um limite cortical e imediatamente adjacente a ele e no seu interior apresentam uma cápsula fibrosa, que aparece como um halo radiolúcido na radiografia. Estrutura interna: odontomas compostos possuem variadas estruturas semelhantes a dentes ou dentículos que se assemelham a dentes deformados. Odontomas complexos contêm massa irregular de tecido calcificado. O grau de radiopacidade é equivalente ou excede o de estruturas dentárias vizinhas e pode variar de uma região para outra. Um odontoma dilatado que é uma forma menos comum de um odontoma complexo possui somente uma estrutura calcificada com uma porção central mais radiolúcida que em geral apresenta uma forma anelar. Diagnóstico diferencial: o aparecimento de estruturas radiopacas no interior de uma lesão bem definida que se assemelham a dentes leva a um fácil reconhecimento de um odontoma composto. Tratamento: odontomas compostos e complexos são geralmente removidos por uma excisão simples. Eles não apresentam recorrência e não são localmente invasivos. (WHITE e PHAROAH, 2007).

## **2.2 Relatos descritos na literatura**

A retenção prolongada de um elemento dentário decíduo ou a não erupção do dente permanente mesmo após a exfoliação do seu antecessor são características comuns nos casos de odontoma. Por essa razão, a detecção dessa alteração costuma ocorrer nas duas primeiras décadas de vida. O exame radiográfico é determinante para o diagnóstico da alteração sendo a

radiografia panorâmica e periapical as mais utilizadas. Uma vez detectada a alteração, a TCFC (Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico) surge como uma ferramenta importante na localização, extensão e relação com as estruturas adjacentes. O tratamento consiste na remoção cirúrgica do odontoma. Em muitos casos, o dente permanente impactado erupcionar normalmente após a remoção da lesão, enquanto em outros o tracionamento ortodôntico é necessário. Ainda, em alguns poucos casos, o dente permanente impactado também é removido no momento da cirurgia devido ao seu mau posicionamento na arcada dentária (QUEIROZ et al., 2005; NÓIA et al., 2008a; NÓIA et al., 2008b; VISWANATH E AZHER, 2009; FREITAS et al., 2009; SHASHIKIRAN, 2011; RASHAD E ABDUL , 2013; MACHADO et al., 2014; KULKARNI, VANKA E; NAMMALWAR E MOSES, 2014; KANNAN et al., 2014; PACIFICI et al., 2015).

As radiografias de rotina são de extrema importância em casos de erupção atrasada, pois o diagnóstico precoce pode evitar algumas possíveis complicações. Khan et al. (2014) relatam um caso de uma menina de 16 anos de idade, com um odontoma composto na região anterior da maxila associada com incisivo decíduo retido, o que também resultou em fracasso da erupção do incisivo superior permanente direito central.

Os odontoma complexos são notados predominantemente na segunda e terceira décadas de vida e a maioria surge na região molar da mandíbula. Eles são frequentemente estão associados com coroas de dentes inclusos e ocasionalmente podem tomar o lugar de um dente. Por estas razões, podem ser descobertos como achados ao investigar um paciente com um dente em falta. Geralmente não apresentam sintomatologia, seu crescimento é lento e pode ter pouca expansão. Baldawa et al. (2011) apresentaram um caso de um paciente 14 anos de idade, do sexo feminino com a queixa principal de um dente superior não irrompido. No exame intrabucal revelou incisivo central superior direito não irrompido associado com um leve inchaço assintomático. Nas radiografias periapical, oclusal e panorâmica revelou a presença de uma massa radiopaca próxima da região incisal do incisivo central direito, fazendo a

retenção do elemento. Com base nos achados clínicos e radiográficos, um diagnóstico provisório de odontoma foi estabelecido, e o diagnóstico foi confirmado histopatologicamente. Em geral, o prognóstico destes tumores é muito favorável, sem tendência de recidiva.

Bereket et al. (2015), analisaram 69 casos diagnosticados como odontomas no departamento de cirurgia oral e maxilofacial (2000 a 2011), na Faculdade de Odontologia de Ondokuzmayis. Sendo 24 homens e 45 mulheres com idades entre 8 a 70 anos. Os parâmetros usados foram: idade, sexo, localização, impacção de dentes, características radiográficas e histopatológicas, tratamentos e protocolos. Os resultados mostraram que 20 (28,9%) foram odontomas complexos e 49 (71%) odontomas compostos, 35 (50,7%) localizados na maxila e 34 (49,3%) estavam localizados na mandíbula. A idade média de diagnóstico dos odontomas complexos foi de 35,5 anos. A distribuição por sexo foi de 12 (60%) do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino. Houve 11 (55%) casos de odontomas complexos localizado na mandíbula e 9 (45%) na maxila. Foram detectados 10 (50%) casos de odontoma complexo associados a dentes inclusos, a maior parte dos casos 9 (45%) era localizados na região de segundo e terceiros molares inferiores. Radiograficamente nos odontomas complexos foram observadas lesões complexas com uma massa desorganizada simples ou múltipla de material radiopaco. A idade média do odontoma composto foi de 23,1 anos, a distribuição por sexo foi de 33 (67,3%) feminino e 16 (32,7%) masculino. Houve 23 (46,9%) casos localizados na mandíbula e 26 (53,1%) na maxila. Em relação a associação com dentes inclusos foram detectados 34 (69,4%), a maioria estava localizada na região anterior. Radiograficamente os odontomas compostos mostraram uma imagem radiopaca irregular composta por múltiplos denticulos, envoltos por um halo radiolucido. Não houve estatisticamente significância entre os sexos, arcada, localização e complicações. Foi concluído que os odontomas compostos raramente erupcionam e geralmente estão associados a dentes impactados. Em casos de odontomas associados a dentes impactados, os dentes devem ser preservados na espera de erupção

espontânea, ou ser feito o tracionamento ortodôntico. E que o acompanhamento regular é crucial para avaliar o prognóstico desses dentes.

Aizenbud e Front (2008) relataram um caso de um menino de 5,5 anos de idade foi encaminhado para a clínica odontológica pediátrica do centro médico Rambam, Haifa – Israel, devido a não erupção de um incisivo central decíduo superior. O paciente tinha todos os dentes decíduos, exceto o incisivo central decíduo esquerdo, pode se observar um leve inchaço gengival na área do incisivo incluso. O espaço para erupção do elemento 61 foi naturalmente mantido na arcada dentária e nenhum desvio de linha média foi observado em comparação com arcada inferior. Foram feitas radiografias periapicais que revelou uma massa aglomerada semelhante a um dente envolvendo parcialmente a raiz em desenvolvimento e uma coroa mal formada na região do dente não irrompido, mesmo com o atraso de desenvolvimento do dente decíduo, o incisivo central permanente ficou na posição correta para erupção em comparação com o incisivo central direito. Com base no exame clínico e radiográfico, foi feito um diagnóstico de um incisivo central esquerdo decíduo impactado e malformado, e foi indicado á remoção cirúrgica do elemento. A amostra extraída foi enviada para análise histológica, e avaliaram uma estrutura com características dos tecidos de um odontoma composto. No acompanhamento do caso houve recuperação da região, que não afetou o incisivo central permanente, que teve seu desenvolvimento e erupção normal. Um fator patológico local desconhecido pode ter retardado a erupção e alterado o desenvolvimento da raiz do incisivo central decíduo que levou ao desenvolvimento de um odontoma. A ocorrência de um odontoma juntamente com o germe de um dente decíduo malformado como deste incisivo central decíduo ainda não tinha sido previamente relatado na literatura, uma vez que são geralmente odontomas encontrados na área circundante de um dente incluso.

Apesar de ser raro, Hanemann et al. (2013) mostraram um caso de uma menina de 15 anos de idade com queixa de “dentículos na gengiva”. A

paciente relatou que quanto tinha 12 anos ela percebeu o surgimento de uma pequena massa assintomática na região da maxila e um ano depois vários dentículos entraram em erupção no local da lesão. Durante o exame intra-oral pode-se observar a raiz residual de um dente decíduo que foi destruído por uma lesão cariada, e seis micro dentes expostos na gengiva do lado esquerdo entre o incisivo lateral e o canino superior permanente. No exame radiográfico observaram estruturas dentárias irregulares compostas de coroa, raiz e de polpa sem envolvimento ósseo, e também a ausência do primeiro pré-molar permanente superior esquerdo. Um diagnóstico clínico de odontoma composto com erupção periférica na gengiva foi feito. A lesão foi removida cirurgicamente, e não foi observada nenhuma erosão óssea abaixo do tumor. As amostras foram enviadas para análise histopatológica que confirmou o diagnóstico de odontoma composto. Assim concluíram que devido à rara ocorrência de odontomas com erupção periférica, o presente caso é o primeiro relato de um odontoma que entrou em erupção. No entanto, é necessário que os dentistas estejam cientes de que odontomas com erupção periférica, se não forem removidos mais cedo, pode aumentar ao longo do tempo e eventualmente, erupcionar na cavidade bucal, o que compromete a saúde periodontal e estética. Além disso, é importante notar que o aumento da mobilidade dos dentes causada por estas lesões podem resultar na esfoliação espontânea destes dentículos, correndo o risco do paciente engoli-los.

Teruhisa et al. (2009) citam um caso raro de uma menina com ausência de erupção do segundo molar inferior decíduo. No exame intra-oral revelou uma dentição mista, com todos os dentes decíduos exceto o 85. As radiografias periapicais e panorâmica mostraram que uma pequena estrutura radiopaca única estava presente acima da coroa do dente 85, e essa massa era circundada por um halo fino radiolúcido, a formação da raiz do dente 85 estava completa. Foram observados os germes dentários dos sucessores exceto do elemento 45, que parecia estar ausente. O plano de tratamento foi a remoção cirúrgica, e comprovação histopatológica de uma suspeita de um odontoma composto que foi confirmado. Assim, concluíram que neste caso, havia pouca chance de erupção espontânea do segundo molar inferior direito

primário por causa da formação da raiz completa no momento do diagnóstico. O caso deve ser submetido a ortodontia.

Embora o odontoma composto envolva frequentemente um único local e são encontrados frequentemente na região anterior de maxila, eles podem ser multiplus e ter envolvimento bi-maxilar. Gujjar et al.( 2015) citam um caso de um paciente de 45 anos do sexo masculino que procurou atendimento com a queixa principal de dificuldade de mastigação devido a falta de dentes em ambas arcadas desde os 20 anos. No exame físico o homem era aparentemente saudável, e no exame intra-oral notou-se vários dentes perdidos e varios restos radiculares. Foi observado na região anterior e posterior da maxila e da mandíbula um inchaço ósseo, e o paciente não relatou qualquer dor ou parestesia intra-oral, bem como extra-oral. Foi observado uma pigmentação predominante na mucosa na região anterior de ambos maxilares. A radiografia panorâmica mostrou várias estruturas com radiopacidade semelhante a dentes tanto na maxila quanto na mandíbula, particularmente os da mandíbula eram envoltos por um halo radiolucido. Com base nas características clínicas e radiográficas foi feito um diagnóstico inicial de vários odontomas e foi indicado o tratamento cirúrgico. Foram removidos onze estruturas. O diagnóstico foi confirmado, e o paciente foi acompanhado por um ano sem recorrência. Os autores concluíram que os odontomas são geralmente revelados na radiografia panorâmica de rotina, que o deslocamento de dentes pode estar relacionado a um odontoma, e também complicações prováveis como transformação cística relacionadas. O presente caso mostra 11 odontomas compostos envolvendo todos os quadrantes. O tratamento deve ser a remoção cirurgica, e o acompanhamento do caso dever ser feito para prevenir qualquer re incidência.

Alves et al. (2008), fizeram um estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. Foram analisados 2.278 laudos histopatológicos existentes em arquivos do serviço de Anatomia Patológica do departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foram analisados

todos os prontuário com diagnóstico de odontomas (composto e complexo), de pacientes atendidos no período de janeiro de 2002 a julho de 2007. As variáveis estudadas foram tipo de odontoma (composto e complexo), faixa etária, sexo e raça dos pacientes, localização anatômica dos tumores e sintomatologia. Segundo os resultados foram diagnosticados 38 casos (1,7%) de pacientes com odontomas, sendo 21 do tipo complexo (55,3%) e 17 do tipo composto (44,7%). A faixa etária mais acometida foi de 21-40 anos (87%), com média de idade dos pacientes de 32,3 anos. Com relação à distribuição segundo o sexo, 52,6% dos casos de odontomas acometeram o sexo masculino e 47%, o sexo feminino. Para o sexo masculino, odontoma complexo foi o mais frequente, enquanto para o feminino, o tipo composto foi o mais comum, não existindo diferenças estatisticamente significantes. Quanto a raça, verificou-se que a raça branca foi a mais acometida, com 63,0% dos casos, seguida pelos pardo (29,0%) e negros (8,0%). Em relação à sintomatologia, 42,0% dos paciente não relataram sintomatologia, 26,0% referiram algum tipo de sintomatologia e em 32,0% dos prontuários não havia esta informação registrada. Segundo a localização nos maxilares, verificou-se que, no tipo composto, 69,0% estavam localizados na mandíbula, sendo 41,0% em região pósterio-inferior, 12,0% em região antero-inferior e 6% em região antero-pósterio-inferior. No tipo complexo, 62,0% dos casos ocorreram na mandíbula e 38,0% em maxila, dos quais 33,0% em região pósterio-superior e 5,0% em região antero-superior. A conclusão foi que a incidência de odontoma complexo foi maior que a de odontoma composto, com o primeiro ocorrendo com maior frequência no sexo masculino e o segundo no sexo feminino, e verificou-se maior predileção pela mandíbula, mais especificamente pela região pósterio-inferior.

Além dessa revisão de literatura o objetivo foi também apresentar um caso clínico de uma paciente atendida em uma clínica de radiologia odontológica na cidade de Nova Prata-RS.

### 3. RELATO DE CASO

Paciente K.D.B.R., leucoderma, 10 anos de idade do gênero feminino, foi encaminhada à clínica Ser Odonto (Serviço especializado em radiografia odontológica) em Nova Prata-RS, com uma queixa principal que de que seu incisivo central direito permanente ainda não tinha erupcionado. Durante a anamnese a paciente não relatou nenhuma ocorrência de trauma ou dado médico relevante.

No exame físico observou-se a ausência clínica do incisivo central permanente direito, e retenção do incisivo central decíduo direito. Notou-se tumefação acima do dente retido e do incisivo lateral permanente direito, sendo assintomático à palpação (figura 1). Foram realizadas radiografias, Panorâmica e periapical da paciente (figura 2).

Figura 1. Imagem do exame físico inicial.



Figura 2. Radiografia periapical e Panorâmica.



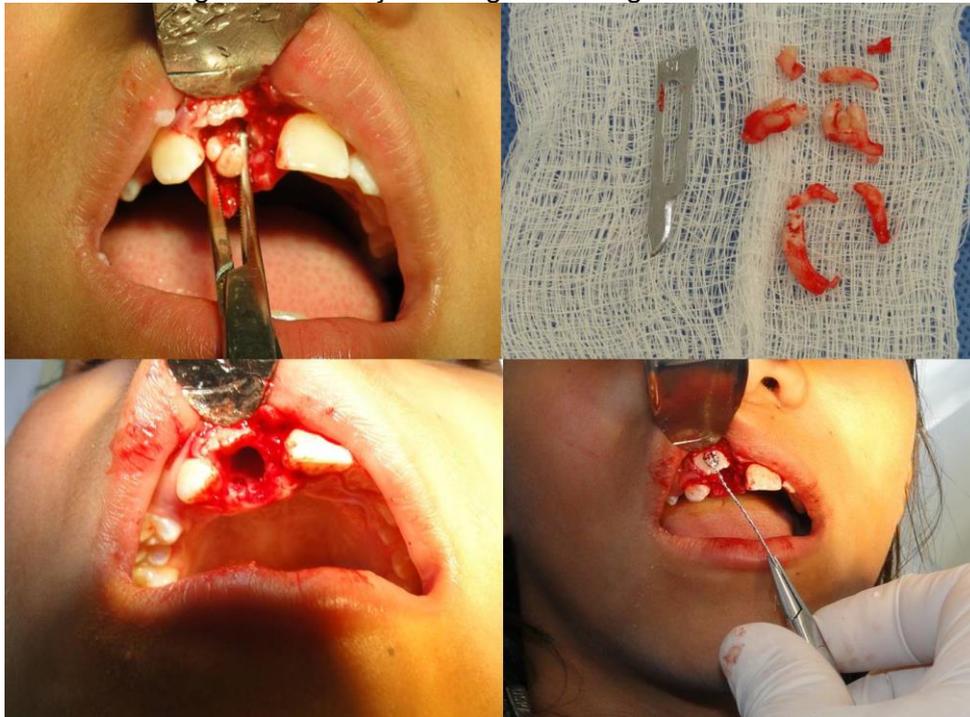
Na interpretação dos exames pode se observar uma massa radiopaca com halo radiolúcido, semelhante a múltiplos dentículos, localizados entre a coroa e região radicular por mesial do incisivo central permanente direito, impedindo a sua erupção sugestivo de odontoma composto (figura 2). Foi realizada uma TCFC para melhor avaliação da real localização da lesão e da relação com estruturas anatômicas. Onde pode-se observar que a lesão encontrava-se por palatina, entre os elementos 12, 11 e 21, apresentando proximidade com o canal do forame incisivo e com a cortical palatina do alvéolo. TCFC mostrou-se superior aos outros exames por imagem para a finalidade de planejamento cirúrgico (figura 3).

Figura 3. Reconstrução multiplanar na TCFC



O plano de tratamento proposto foi a remoção cirúrgica do odontoma e do dente retido sob anestesia local. No momento da cirurgia foi feita a colagem do botão para tracionamento do incisivo central permanente direito, pois como já estava com a rizogênese completa, dificilmente teria uma erupção espontânea. Foram removidos 8 fragmentos do odontoma e a paciente foi encaminhada para tratamento ortodôntico (Figura 4).

Figura 4. Remoção cirúrgica e colagem de botão.



Dois anos após, a paciente encontra-se em tratamento ortodôntico com o incisivo central já posicionado no arco dentário. Na radiografia de controle foi observada uma dilaceração da raiz do incisivo central direito permanente, provavelmente relacionada à formação dos odontomas (figura 5).

Figura 5. Fotografia e radiografias de controle após dois anos.



#### 4. DISCUSSÃO

Os odontomas não têm uma etiologia totalmente esclarecida, e a maioria dos autores consideram uma anomalia do desenvolvimento, em vez de neoplasias verdadeiras (NEVILLE et al., 2009). Atualmente a OMS classifica os odontomas como uma neoplasia benigna.

No presente estudo foi apresentado um caso de odontoma composto na região anterior da maxila promovendo a retenção do incisivo central. De acordo com a literatura esta é a localização mais comum, desse tipo de odontoma (aproximadamente 62%), sendo a retenção de um dente permanente também uma ocorrência frequente. (NEVILLE et al., 2009; KHAN et al., 2014; BALDAWA et al., 2011; KULKARNI, VANKA e SHASHIKIRAN, 2011; MACHADO et al., 2014; VISWANATH e AZHER, 2009; KANNAN et al., 2014; QUEIROZ et al., 2005; ALVES et al., 2008).

Enquanto os odontomas compostos são mais comuns na região anterior de maxila, os odontomas complexos aparecem com mais frequência na região posterior de mandíbula (aproximadamente 70%) (WHITE e PHAROAH, 2007).

Entretanto, Gujjar a et al. (2015) mostraram um caso de odontoma composto localizado tanto na mandíbula quanto na maxila. Nóia et al. (2008) citam um caso de odontoma composto na região de pré-molares superiores.

Hardy Ebling (1977) e White e Pharoah, (2007) citam que os odontomas estão relacionados a retenção de dentes permanentes, já Teruhisa et al. (2009) relataram um caso de odontoma composto provocou a retenção de um segundo molar inferior direito decíduo.

Em raras circunstâncias, um odontoma composto pode vir a irromper na cavidade oral de uma criança (WHITE e PHAROAH, 2007). Hanemann et al. (2013) mostraram um caso de uma menina de 15 anos em que um odontoma composto veio erupcionar na cavidade oral na região de incisivo lateral e canino, sendo diagnosticado como odontoma composto periférico.

A maioria dos casos relatados na literatura ressalta a importância dos exames por imagem como radiografia panorâmica, periapical e oclusal no diagnóstico e localização dos odontomas, sendo a TCFC um auxiliar importante em muitos casos onde o diagnóstico é duvidoso e também para o planejamento cirúrgico. (ALVES et al.,2008; BALDAWA et al., 2001; BERKET et al., 2015; EBLING et al., 1977; FREITAS et al., 2013; RASHAD e ABDUL , 2013; IZENBUD e FRONT, 2008; KANNAN et al., 2013; KHAN N. et al., 2014; KULKARNI V, VANKA e SHASHIKIRAN, 2011; MACHADO et al., 2015; MOHAN, VISWANATH e AZHER, 2009; NAMMALWAR e MOSES, 2014; NEVILLE et al., 2009; NÓIA et al., 2008; PACIFICI A. et al., 2015; PAVAN et al., 2015; QUEIROZ et al., 2007; ERUHISA et al., 2009; WHITE e PHAROAH, 2005).

No presente caso o plano de tratamento foi a remoção cirúrgica da lesão junto com o tracionamento do dente impactado, essa abordagem também foi adotada por muitos dos relatos encontrados na literatura. (DAS, VISWANATH E AZHER, 2009; FREITAS et al., 2009; NAMMALWAR E MOSES, 2014).

## **5 CONCLUSÃO**

Uma das características dos odontomas é causar a impacção de dentes nos maxilares. Apesar de ser uma lesão benigna de crescimento lento o diagnóstico precoce é de extrema importância para um melhor prognóstico, pois a impacção dos dentes permanentes pode causar danos á oclusão, estética e o bem estar do paciente. Os exames por imagem ocupam um papel decisivo para o diagnóstico, planejamento e acompanhamento dos casos de odontomas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES. P. M. et al. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. **Rev. de Odontologia da UNESP**. v.37, n.4, p.357-361, 2008.

BAGEWADI S. B. et al. Unusually large erupted complex odontoma: A rare case report. **Imaging Science in Dentistry**. n.45, v.1, p. 49-54, Mar. 2015.  
<http://dx.doi.org/10.5624/isd.2015.45.1.49>

BALDAWA, R. S. et al. Ortodontic management of an impacted maxillary incisor due to odontoma. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 2, p.37-40, Jan./Mar. 2001. doi: [10.4103/0976-237X.79312](https://doi.org/10.4103/0976-237X.79312)

BEREKET, C; et al. Complex and compound odontomas: Analysis of 69 cases and a rare case of erupted compound odontoma. **Nigerian Journal Of Clinical Practice**. India, 18, 6, 726-730, Nov. 2015. ISSN: 1119-3077.

EBLING, H. Cistos e Tumores Odontogênicos. 3. ed. Porto Alegre: Editora da URS, 1977.

FREITAS D. A et al . Elemento dental impactado por odontoma composto. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço**. v.38, n.03, p. 198-199, Jul./Ago./Set. 2009.

HANEMANN J. A. et al. Peripheral compound odontoma erupting in the gingiva. **Head & Face Medicin**, v.9, Jun. 2013.

RASHAD I.; ABDUL A. A. R. Compound Odontomas In Saudi Child – A Case Report. **Inter. Jour. of Health Sciences, Qassim University**, v.7, n.2, Jun. 2013.

IZENBUD, D; FRONT, YP. An impacted malformed primary maxillary central incisor diagnosed as a compound odontoma. **The Journal Of Clinical Pediatric Dentistry**. United States, 33, 2, 161-165, 2008. ISSN: 1053-4628.

KANNAN K.S. et al. Composite Compound Odontoma- A case Report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. v.7, n.10, p. 2406-2407, October 2013. DOI: 10.7860/JCDR/2013/7432.3540

KHAN N. et al.. An unusual case of compound odontome associated with maxillary impacted central incisor. **National Journal Maxillofacial Surgery** , v.5, p. 192-194, Jul./Dec. 2014. doi: [10.4103/0975-5950.154834](https://doi.org/10.4103/0975-5950.154834)

KULKARNI V. K.; VANKA A.; SHASHIKIRAN N. D. Compound odontoma associated with an unerupted rotated and dilacerated maxillary central incisor. **Contemporary Clinical Dentistry**. v.2, n.3, p. 218-221, Jul./Set. 2011. doi:10.4103/0976-237X.86466.

MACHADO, CV; et al. Impacted permanent incisors associated with compound odontoma. **BMJ Case Reports**. England, 2015, Jan. 12, 2015. ISSN: 1757-790X.

MOHAN U.; VISWANATH D.; AZHER U. A Compound Composite Odontoma Associated with Unerupted Permanent Incisor: A Case Report. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. v.2, n.2 p. 50-55, May-August 2009.

NAMMALWAR R.B.; MOSES J. A Rare Association of Compound Odontome with Missing Lateral Incisor. **Int J Clin Pediatr Dent** v.7, n.1: p.50-53 Jan./Apr. 2014.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NÓIA C. F. et al. Odontoma Composto-Complexo: relato de caso. **UFES Rev. de Odontologia**. v.10, n.4, p. 59-63, 2008a.

NÓIA C. F. et al. Odontoma composto. **Rev.Gaúcha de Odontologia**., Porto Alegre, v.56, n.2, p. 213-217, abr./jun. 2008b.

PACIFICI A. et al. Surgical Management of Compound Odontoma Associated with Unerupted Tooth. **Case Reports in Dentistry**. Hindawi Publishing Corporation, Article ID 902618, 6 pages, 2015. doi:10.1155/2015/902618

PAVAN K. G. .Multiple Compound Odontomas in the jaws: a Rare Case Report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v.9, n.12, Dec. 2015. Available from [www.jcdr.net//back\\_issues.asp](http://www.jcdr.net//back_issues.asp).

QUEIROZ A. M. et al. Odontoma composto em paciente odontopediátrico: diagnóstico e tratamento. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. v.23, n.2, p. 163-168, Abr./Jun. 2005.

TERUHISA U. A Case of Unerupted Lower Primary Second Molar Associated with Compound Odontoma. **The Open Dentistry Journal**. v.3 p.173-176. Aug. 2009. doi:10.2174/1874210600903010173.

WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. Radiologia Oral - Fundamentos e Interpretação. 5. ed. [S.l.]: Elsevier, 2007.

**ANEXOS**

Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido para publicação de caso clínico e autorização para divulgação dos dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PUBLICAÇÃO DE CASO CLÍNICO**

Título: Odontoma composto: Relato de caso

Pesquisador Responsável: Giúscia J. Micholiszyn

Orientador: Heraldo Luiz Dias da Silveira

Instituição: UFRGS

Telefones para contato: (54) 85490703 - (51) 3308 5199

Nome do paciente: Karen Delyona Barco Ruiz

Idade: 12 anos

**AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DOS DADOS**

Eu, Karen Delyona Barco Ruiz portador do documento RNE: 968974-T, dou plenos direitos para que todas as radiografias, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático e/ou de divulgação científica (jornais, revistas, periódicos, congressos, seminários, etc.), tendo minha privacidade resguardada e respeitados os respectivos códigos de ética.

Nova Prata, 06 de Fevereiro de 2016

Jose Antonio Barco C.  
Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

**Informações relevantes ao pesquisador responsável:**

**Res. 196/96 – item IV.2:** O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo orientador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a divulgação do caso clínico;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos pacientes ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo paciente ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

**Res. 196/96 – item IV.3:**

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Casos especiais de consentimento:**

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.