

Exérese de um Odontoma Composto através de cirurgia conservadora: Caso clínico

28



Claudia Gomes* Nuno M. Silva** Nuno M. Carvalho*** e Ana B. Martins****

*Médica dentista do Hospital das Forças Armadas
** Chefe de Serviço de Medicina Dentária do Hospital das Forças Armadas
***Médico Dentista, Especialista em Ortodontia pela OMD
****Médica Dentista, pós-graduada em Medicina Aeronáutica e Fisiologia de voo do Hospital das Forças Armadas



Introdução

Em 1863, Paul Broca, introduziu o termo 'odontoma' para caracterizar os tumores benignos de origem odontogénica. ⁽¹⁾ Hoje em dia, a Organização Mundial de Saúde classifica o odontoma como pertencendo ao grupo dos tumores odontogénicos constituídos por epitélio e ectomesenquima odontogénico podendo ter na sua constituição tecido dentário mineralizado. ⁽²⁾ Os odontomas são dos tumores odontogénicos que surgem com maior frequência, cerca de 22% e não apresentam correlação com o género. São frequentemente diagnosticados na segunda década de vida, sendo, normalmente assintomáticos. ⁽¹⁾ É uma patologia de crescimento lento, com origem ectomesenquimal, idiopática e que pode ter correlação com dentes impactados, traumas e/ou infeções, sendo diagnosticada através de exames radiográficos. ⁽³⁾

Descrição do caso

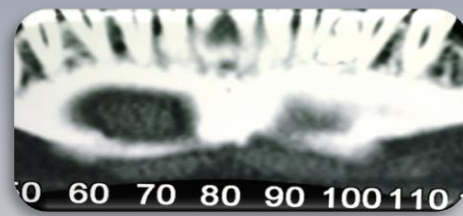
Paciente de 26 anos, do sexo feminino, fumadora e sem patologias sistémicas, surgiu na consulta com queixas de pressão ao nível dos dentes 3.3. e 3.4. apresentando, na ortopantomografia, uma lesão na zona do 3º quadrante. Foi requisitada a TAC através da qual se confirmou a existência de um odontoma composto entre as raízes do 3.3. e 3.4.. Procedeu-se à remoção do mesmo através de tratamento cirúrgico conservador com regeneração óssea da zona afetada. Após 3 meses foi efetuado a *follow-up* e a paciente encontrava-se sem sintomatologia e com prognóstico de regeneração favorável.



Ortopantomografia inicial



Corte da TAC



Corte da TAC



Retalho de Newman modificado:
Bisturi lâmina nº 15
Cabo de bisturi



Exposição da lesão:
Descolador Molt nº 9
Afastador de Pritchard



Remoção da lesão:
Motor cirúrgico com peça de mão 1:1
Alavanca luxator nº 3
Sindesmótomo curvo



Regeneração óssea:
Xeno enxerto Gen-Os®



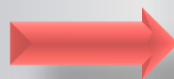
Membrana:
Membrana Evolution®



Sutura simples:
Fio de sutura seda 3-0

Discussão

Em 67% dos diagnósticos, os odontomas compostos são os casos mais comumente diagnosticados. A localização mais frequente, é ao nível da região anterior da maxila, seguida pela região anterior da mandíbula e por último pela região posterior da mesma. ⁽³⁾ É possível verificar que neste estudo a paciente apresentava uma lesão compatível com odontoma composto ao nível do 3.3. (região anterior da mandíbula) e encontrava-se na 2ª década de vida, conforme também é relatado na literatura por Lee & Park. ⁽⁴⁾ A nível radiográfico o odontoma é frequentemente ovoide e circular podendo variar o seu formato de acordo com o tipo de lesão. ⁽³⁾ Apresenta contornos radiopacos, irregulares, com um rebordo envolvente radiotransparente e uma configuração semelhante a um dente. É possível identificar três estágios de acordo com o seu grau de calcificação sendo visível um grau de opacidade crescente entre eles. ⁽²⁾ As características radiográficas observadas nos cortes da TAC da paciente estão de acordo com a descrição de Mendonça *et al.*, o qual descreve que o odontoma composto a nível radiográfico apresenta denticulos de diversos tamanhos compactados e delimitados por um halo radiotransparente. ⁽⁵⁾ O tratamento desta patologia consiste na eliminação completa da cápsula de tecido conjuntivo, que rodeia o odontoma, através de uma cirurgia conservadora. Devido ao seu carácter benigno este método é exequível apresentando um prognóstico favorável e uma reduzida probabilidade de recidiva sobretudo, quando realizada no primeiro estágio de calcificação. ⁽²⁾



No caso relatado, foi efetuado exérese total conservadora do odontoma com regeneração óssea.

Follow up após 3 meses sem alterações funcionais ou sintomatologia dolorosa e uma boa estabilidade e consolidação do xenoenxerto.

Conclusão

O presente caso clínico permite-nos confirmar as evidências presentes na literatura em relação a este grupo de alterações. A idade da paciente, as características radiográficas, a localização da lesão e o aspeto cirúrgico subscrevem o descrito pelos diversos autores. Por fim, conclui-se que a exérese total da lesão através de uma abordagem cirúrgica conservadora acompanhada de curetagem e regeneração com enxerto ósseo mostrou ser a abordagem terapêutica mais adequada, tal como, o demonstrado na literatura como tratamento de eleição.

Referências

- (1) Pires WR et al (2013). Rev Odontol UNESP,42(2):138-143.
- (2) Barba LT et al (2016). Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura, 20(4), pp272-276.
- (3) Matos A et al (2012). Oral Sci, 4 (2):54-58.
- (4) Lee CH, Park GJ (2008). Complex and compound odontoma are clinico-pathological entities. Basic Appl Pathol; 1:30-33.
- (5) Mendonça JCG et al (2009). Odontoma complexo gigante em corpo de mandíbula: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac; 9:67-72.