

# Ocorrência simultânea de cisto dentífero e odontoma composto-complexo causando impacção dentária

Marco Tullio Brazao-Silva<sup>1</sup> , Douglas Magno Guimarães<sup>2</sup> , Anamaria de Lima Laranjeira<sup>1</sup> , Valdir Cabral Andrade<sup>3</sup> , Danillo Costa Rodrigues<sup>1</sup> 

## RESUMO

O presente trabalho ilustra e discute essa doença que representa o tumor odontogênico mais comum da prática clínica, o Odontoma. Para tal, apresenta um caso clínico com imagens clínicas e radiográficas esclarecedoras dos aspectos dessa doença, bem como discussão a partir de revisão narrativa de literatura direcionada para a caracterização da doença. Relata-se o caso de um odontoma composto-complexo, uma forma incomum de odontoma, mas que mantém os demais aspectos usuais, sendo uma mulher de 21 anos com lesão radiopaca em maxila detectada devido à não erupção do 23. A remoção cirúrgica seguiu a partir de acesso anterior na maxila e o exame histopatológico mostrou os aspectos típicos de um Odontoma composto e complexo juntos. Independentemente da variante, nota-se que o Odontoma é quase sempre indolente, porém requer cuidados de remoção precoce devido à possibilidade de crescimento, de desenvolvimento de cistos e comprometimento de estruturas adjacentes devido a sua localização e possibilidade de crescimento.

**Palavras-chave:** Odontoma composto-complexo, Cisto dentífero, Diagnóstico diferencial, Tumores odontogênicos.

## INTRODUÇÃO

Os odontomas podem ser classificados como os tumores odontogênicos benignos mais comuns, perfazendo entre 39-51% de todos esses tumores<sup>1</sup>. A doença envolve uma desregulação em células de potencial odontogênico tanto de origem ectodérmica quanto ectomesenquimal, criando, assim, tecidos dentários em sua composição, como esmalte, dentina e cemento. Nesse sentido, quando no interior da massa lesional identificam-se estruturas dentárias, dá-se o nome de odontoma composto, enquanto nas situações onde os tecidos se organizam aleatoriamente sem formação de dentículos nem que sejam anômalos, o termo reservado é odontoma complexo. O odontoma composto é o subtipo mais comum, radiograficamente caracterizado como uma área radiolúcida bem delimitada preenchida por corpos radiopacos semelhantes a dentes, com tamanhos e formas variadas<sup>2</sup>. A variante complexa se apresenta como uma massa irregular com radiodensidades variando de acordo com a região de estruturas dentárias presentes

na massa lesi<sup>3</sup>. Uma margem radiolúcida em torno dos odontomas representa um tecido similar ao folículo dentário.

Odontomas são frequentemente assintomáticos, de forma que quase sempre são descobertos em exames radiográficos de rotina, muitas vezes associado à impacção dentária, mau posicionamento e anodontia. A enucleação total da lesão deve ser realizada para evitar complicações como o surgimento de cistos associados ao odontoma, além de ser a única maneira de garantir o diagnóstico conclusivo, podendo ainda permitir a erupção de um dente impactado próximo, caso haja<sup>4</sup>. No entanto, há situações em que a remoção da lesão possa gerar fragilidade estrutural óssea, ou em casos de lesões maiores, de forma que abordagens cirúrgicas mais avançadas e um planejamento complexo poderão ser necessários<sup>5</sup>.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso típico de odontoma, ilustrando uma abordagem conservadora, e oportunamente revendo a prática de diagnóstico e condução terapêutica mediante essa lesão que não é incomum na prática clínica odontológica.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Montes Claros. Departamento de Odontologia, Montes Claros, (MG), Brasil

<sup>2</sup> Centro Universitário do Pará, Belém, (PA), Brasil

<sup>3</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Odontologia, Governador Valadares, (MG), Brasil



Para apresentação do caso, houve apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob o parecer 4.416.065.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 21 anos, feoderma, queixava insatisfação estética devido à ausência do dente 23. No exame físico foi observada ausência do dente 23 e pequeno aumento de volume de consistência endurecida na região dos dentes 22 e 24. Na radiografia panorâmica foi identificada uma massa radiopaca rodeada por halo radiolúcido, com pequenas estruturas de densidade semelhante a material dentário estendendo da mesial do 22 até a distal do 24, além da presença do dente 23 incluso próximo à lesão (Figura 1). Para melhor avaliação da extensão da lesão e planejamento cirúrgico, foi solicitada a tomografia computadorizada de feixe cônico com cortes de 1mm e reconstrução 3D (Figura 2), em que foi possível observar aumento do folículo pericoronário associado ao dente 23, sugestivo de cisto dentífero (Figura 3). Com base nos dados clínicos e imagiológicos, a hipótese diagnóstica foi de odontoma composto em região anterior esquerda

de maxila e cisto dentífero associado ao dente 23. O plano de tratamento foi a remoção cirúrgica das lesões e do dente 23 sob anestesia local.

Através do retalho de Neumann, o osso sob a lesão foi removido para facilitar o acesso, em seguida o tumor foi completamente separado do osso e removido juntamente com o dente 23 e o cisto associado mantendo a continuidade óssea (Figura 4). Durante a remoção, foram encontrados dentículos que caracterizam o odontoma composto e uma massa amorfa maior, característica de odontoma complexo, que, após a avaliação anatomopatológica, mostrou a presença de todos os tecidos dentários importantes para concluir o diagnóstico de odontoma, incluindo matriz de esmalte imaturo.

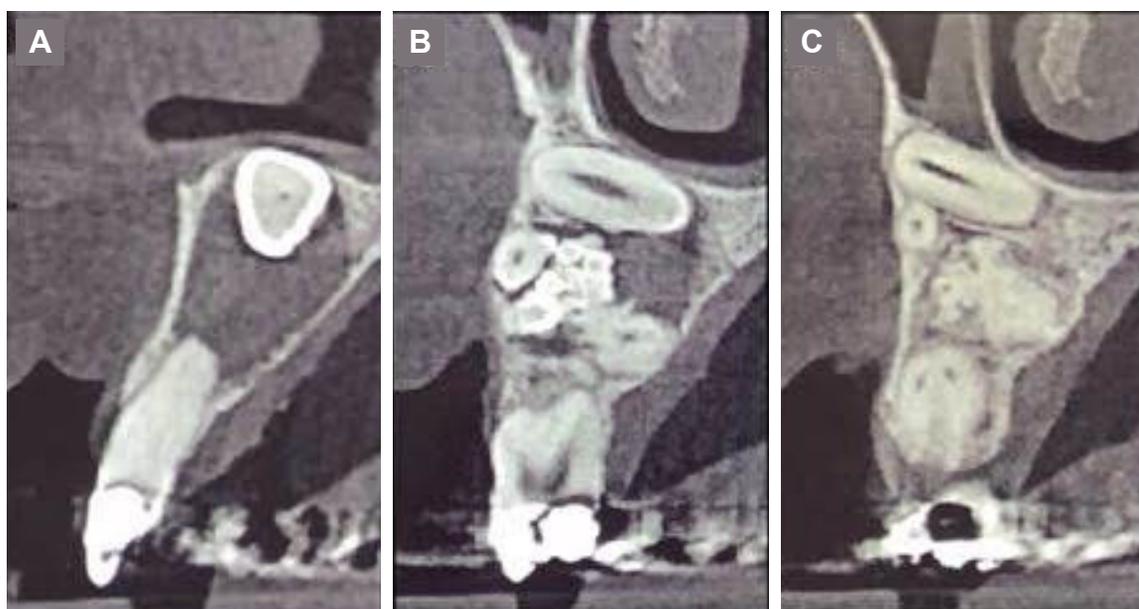
A correlação entre achados imagiológicos mostrando estruturas em forma de dentículos e estrutura amorfa adjacentes, espaço hipodenso amplo envolvendo os tecidos mineralizados (Figura 3A) confirmado pelo aspecto cístico transcirúrgico (Figura 4B), e exame histopatológico complementar confirmando tratar-se de odontoma, levaram à conclusão de que o caso se trata de odontoma composto-complexo com cisto dentífero associado. O paciente seguiu em acompanhamento na clínica de Estomatologia com evolução satisfatória e sem recidivas após um ano.



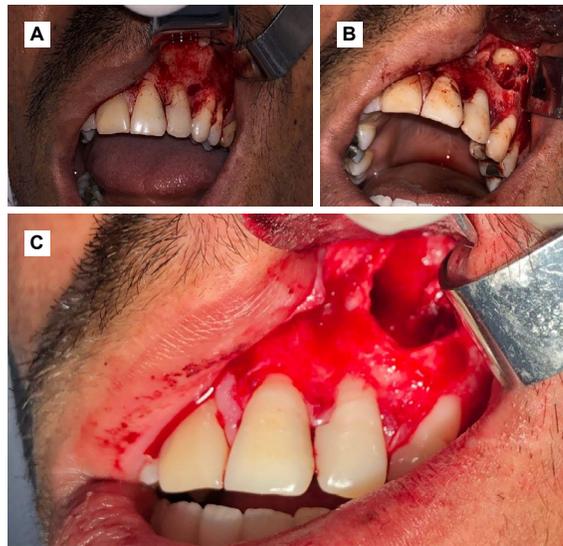
**Figura 1:** Aspecto em radiografia panorâmica da lesão, mostrando-se radiomista, com estruturas similares a dentículos e microfragmentos radiopacos, envoltos por linha radiolúcida, causando impacção do dente 23 e desvio das raízes do 22 e 24 erupcionados.



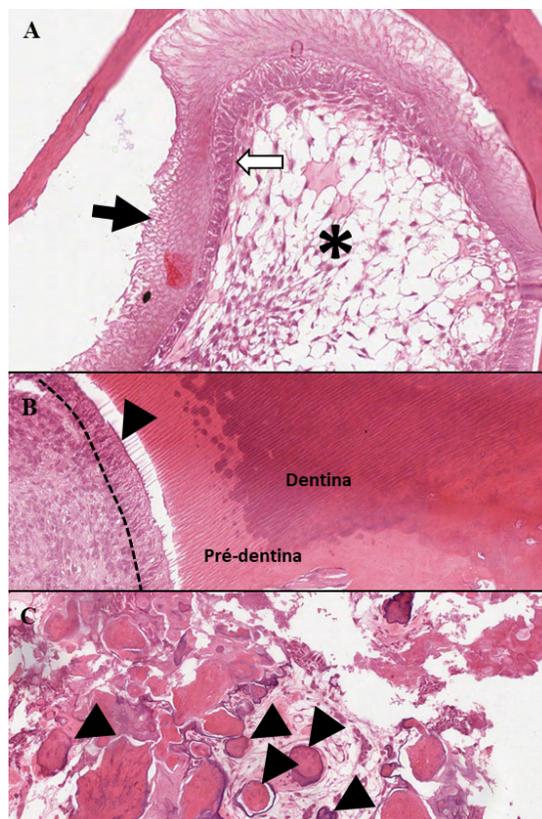
**Figura 2:** Reconstrução tridimensional da lesão por tomografia computadorizada, mostrando uma massa sólida com densidade similar à de esmalte dentário, com superfície mostrando irregularidades, e na proximidade com área cística e elemento dentário impactado.



**Figura 3:** Cortes sagitais pela tomografia computadorizada. A) Nota-se área hipodensa ampla e parte coronária do dente 23 impactado. B) Observa-se a presença de parte radicular do 23 e conteúdo hiperdenso no interior da região hipodensa, alguns em forma de microdentes em corte transversal, com área central hipodensa mimetizando polpa dentária, ao lado de massa amorfa com regiões de densidade semelhante a esmalte. C) Nota-se massa hiperdensa em densidade semelhante ao tecido dentinário, amorfa e envolta por fina linha hipodensa, o conjunto envolvendo quase toda a espessura do rebordo ósseo maxilar.



**Figura 4:** A. Rebateamento do retalho, evidenciando tumefação óssea. B. Remoção dos dentículos e exposição da coroa do canino incluído. C. Aspecto da cavidade óssea após extração cirúrgica do odontoma e canino incluído.



**Figura 5:** Cortes histológicos do odontoma corados em Hematoxilina-Eosina. A. Matriz acelular que lembra escamas de peixe indicando esmalte dentário (seta preta) e fileira de células colunares margeando essa matriz de forma semelhante a ameloblastos (seta branca), seguidas por células achatadas que abruptamente se afastam mantendo pontes intercelulares, frouxamente dispostas, indicando o retículo estrelado de um órgão do esmalte como na odontogênese. B. Células odontoblásticas (cabeça de seta e delineadas por tracejado preto) margeando área artefactual de fenda histológica que encontra com uma matriz eosinofílica tubular indicando pré-dentina. C. Área mostrando material mineralizado basofílico que forma estruturas esféricas chamadas de cementículos, caracterizando uma formação de tecido cementoide desorganizado.

## DISCUSSÃO

A etiopatogenia do odontoma, como de tantas outras doenças bucais, é desconhecida, havendo debate de teorias que envolvem possibilidade traumática, hereditariedade (síndrome de Gardner, síndrome de Herрман, síndrome nevoide basal) e mutações<sup>2,6</sup>. Sabe-se que há nessa doença uma grande ativação de genes, como os da via Wnt-1 e  $\beta$ -catenina, que são relacionados à iniciação e ao desenvolvimento de germes dentários<sup>6</sup>. Todavia, o odontoma é atualmente conceituado como um hamartoma ao invés de uma neoplasia verdadeira, ainda que permaneça classificado dentro do grupo de neoplasias odontogênicas benignas, conforme a classificação de tumores de cabeça e pescoço mais recente da Organização Mundial de Saúde<sup>7</sup>.

Clinicamente essas lesões podem passar despercebidas; usualmente não provocam aumento de volume<sup>8</sup>. Assim como foi demonstrado no caso relatado, o tumor não apresentou significativas alterações clínicas. O odontoma pode ter crescimento lento e não apresentar sintomatologia sendo de difícil percepção pelo paciente, desse modo é comumente diagnosticado em exames radiográficos de rotina ou comumente para avaliar ausências dentárias, podendo ser causa de impacção dentária<sup>2,3</sup>. No entanto, há casos de odontomas que fazem erupção gengival espontânea ou até mesmo aumentos de volume ósseo, sendo este o sinal de alerta para o paciente procurar por diagnóstico<sup>9,10</sup>. Por fim, há casos de odontomas mais agressivos, atípicos, principalmente da variante odontoma complexo, que exigem uma abordagem cirúrgica de maior risco devido à amplitude da cirurgia de remoção e à necessidade de estabilização das estruturas anatômicas periféricas<sup>10</sup>.

Alves e colaboradores<sup>11</sup> demonstraram em seu estudo retrospectivo que a faixa etária mais acometida por esse tumor foi de 21 a 40 anos, colaborando com o caso aqui relatado em que o paciente apresentava 21 anos. Nesse mesmo estudo foi observado maior prevalência de casos de odontoma complexo, entretanto, Silva e colaboradores<sup>12</sup> encontraram maior prevalência do odontoma composto em relação a sua forma complexa com maior frequência no sexo feminino, não relatando

a presença dessa variação de odontoma contendo simultaneamente áreas de odontoma composto e áreas de odontoma complexo<sup>11,12</sup>. Assim, há uma tendência de odontomas, principalmente os compostos pela maxila anterior, com predileção pelo sexo feminino, enquanto algumas casuísticas mostram uma variação para os odontomas complexos, que podem envolver com mais frequência a mandíbula posterior, com leve predileção masculina<sup>8,11,12</sup>. O caso em questão representou uma variante incomum do odontoma, podendo ser chamada odontoma composto-complexo, em região anterior de maxila, assim como relatado por outros autores<sup>2,13,14</sup>.

O exame radiográfico é indispensável para auxiliar no correto diagnóstico e para elaboração do plano de tratamento. A variante odontoma composto aparece como uma coleção de estruturas de radiodensidade semelhante a dentes de vários tamanhos e formas; já a forma odontoma complexo apresenta como uma massa radiopaca cercada por uma delgada margem radiolúcida, muitas vezes confundido com um osteoma. Outras lesões que poderiam ser incluídas no diagnóstico diferencial radiográfico, principalmente com relação a odontomas complexos, seriam a osteomielite esclerosante focal, a displasia cementária periapical, o fibroma cemento-ossificante e cementoblastoma<sup>15</sup>. No caso em questão, a lesão se apresentava radiograficamente com características de ambas as variantes, levantando a hipótese diagnóstica de odontoma composto-complexo<sup>7,12,15,16,17</sup>.

Diversos autores concordam que, assim como o diagnóstico, a remoção cirúrgica dos odontomas é indicada precocemente para prevenir maiores complicações para o paciente, uma vez que essas lesões podem estar associadas a outros tumores e cistos odontogênicos, e ainda podem atingir grandes dimensões<sup>10</sup>. Com base na técnica descrita por Gold e colaboradores<sup>18</sup>, foi realizada a enucleação do tumor precocemente e o material foi encaminhado para avaliação anatomopatológica. Quando há dente impactado pelo odontoma, a remoção completa do odontoma pode permitir a erupção dentária normal desse dente impactado, muitas vezes tornando as extrações evitáveis, principalmente em pacientes mais jovens e quando é possível o tracionamento ortodôntico, dado o posicionamento e forma das raízes do dente impactado<sup>4</sup>. No entanto, há situações onde o odonto-

ma pode se fundir à raiz do elemento dentário ou provocar alterações que justificam sua remoção, ou estar associado a uma ampla área radiolúcida representando um cisto dentígero formado no tecido capsular do odontoma<sup>19,20</sup>. Casos de odontomas associados a tumor odontogênico calcificante cístico também podem justificar um comportamento clínico distinto, expansivo. Alguns autores indicam que a tomografia computadorizada pode ajudar nessa distinção devido à formação de massas irregulares e áreas hipodensas contíguas<sup>17</sup>. No entanto, não deve esse exame ser suficiente para distinguir um odontoma composto-complexo, de forma que a TC é útil em interpretar limites de uma lesão ou lesões combinadas, mas o histopatológico é que realmente definirá a conclusão diagnóstica.

Em um aspecto microscópico, o Odontoma pode ou não exibir uma organização típica de dentes, porém, sempre mostrando áreas de matriz imatura de esmalte, tecido conjuntivo mineralizado tubular compatível com dentina, além de áreas de mineralização basofílica correspondentes a cemento dentário e tecido conjuntivo frouxo que pode mostrar área de odontoblastos margeando dentina, como ilhotas de epitélio odontogênico e estruturas em início de formação que lembram o órgão do esmalte<sup>1,2,7,11</sup>. No presente caso, houve áreas contribuindo com a visão imagiológica mostrando a organização de estrutura semelhante a dente, devido à disposição sequencial de matriz de esmalte, dentina e tecido conjuntivo contendo células odontoblásticas, porém, contendo muitas áreas com tecidos mineralizados aleatórios principalmente cementoide. Não houve achados que pudessem classificar a doença como qualquer outro tumor odontogênico, similar ao caso de odontoma composto-complexo relatado por Merat e colaboradores<sup>13</sup>. Assim, o presente caso vem somar aos relatos da literatura mais um caso de odontoma composto-complexo, que aparentemente não oferece nenhuma alteração em relação ao comportamento clínico e abordagem terapêutica, porém, nesse caso associado a uma dilatação cística do folículo do odontoma que foi interpretada como um cisto dentígero devido às suas dimensões e ao conteúdo.

Finalmente, ressalta-se o ponto-chave de aprendizado clínico que é o fato do odontoma ser o tumor benigno mais comum dos ossos gnáticos e possuir duas variantes comumente descritas, com-

posta e complexo. O presente trabalho mostrou a possibilidade da combinação composto-complexa, o que pode gerar a combinação de aspectos radiográficos das duas variantes, mas não acarreta nenhuma outra peculiaridade clínica ou terapêutica. A conduta inequívoca é a remoção completa da lesão seguida da obrigatoriedade de análise histopatológica para concluir o diagnóstico de odontoma ou ainda determinar existência de doenças híbridas, como visto pela possibilidade de associação entre odontoma e cisto odontogênico calcificante, cisto dentígero, dentre outras que poderiam alterar a conduta clínica e a preservação.

## REFERÊNCIAS

1. Silveira FM, Macedo CCS, Borges CMV, Mauramo M, Vasconcelos ACU, Soares AB, et al. Odontogenic tumors: An 11-year international multicenter study. *Oral Dis.* 2021; 27:320-4.
2. Silva FBM. Odontoma composto complexo em maxila: relato de caso. *Int j sci dent.* 2013; 1:19:9-20.
3. Jaeger F, Alvarenga RL, Lage FO, Reis IG, Leal RM. Odontoma composto - relato de caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2012; 53:252-7.
4. Kämmerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, Schneider S, Walter C, Frerich B, et al. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth—a retrospective multicentre study and literature review. *Clin Oral Invest.* 2016; 20:1827-35.
5. Sousa-Neto SS, Pereira GB, Lemes WD, Silva VHC, Felga CSF, Martins AFL. odontoma composto em adulto e sua complexidade de tratamento: relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central.* 2019; 28:266-9.
6. Song, JS, Stefanik D, Damek-Poprawa M, Alawi F, Akin-toye SO. Differentiation and Regenerative Capacities of Human Odontoma-Derived Mesenchymal Cells. *Differentiation.* 2009; 77: 29-37.
7. Vered M, Fowler CB, Neville BW, Soluk TM. Odontoma. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. *WHO classification of head and neck tumours.* 4th ed. Lyon, IARC, 2017. p. 224-226.
8. Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *J Oral Sci.* 2010; 52: 439-47.
9. Hanemann JA, Oliveira DT, Garcia NG, Santos MR, Pereira AA. Peripheral compound odontoma erupting in the gingiva. *Head Face Med.* 2013;9:1-4.
10. Bueno NP, Bergamini ML, Elias FM, Braz-Silva PH, Ferraz EP. Unusual giant complex odontoma: A case report. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2020;121;604-7.

11. Alves PM, Santos PPA, Cavalcanti AL, Queiroz LMG, Souza LB. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. *Rev Odontol Unesp.* 2008;37:357-361, 2008.
12. Silva DJS, Souza JJ, Almeida RAC, Andrade ESS. Estudo Clínico-Patológico de Odontomas Diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2015; 5:31-6.
13. Merat BVT, De Andrade LS, Arantes ER, Leite AFSA, Lourenço SDQC. Diagnóstico e tratamento de um caso de odontoma composto-complexo: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Fac Odontol Lins.* 2020; 30:85-93.
14. Torul D, Keskin M, Gun S, Odabasi D. Complex-compound odontoma: A rare clinical presentation. *Odovtos Int J Dental Sci.* 2020; 22:23-8.
15. Soluk MT, Pehlivan S, Olgac V, Aksakalli N, Alatli C. Clinical and histopathological investigation of odontomas: Review of the literature and presentation of 160 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70:1358-61.
16. Mahl CRW, Lemos VP, Fontanella V, Miguens Jr SAQ. Odontoma Composto diagnosticado como achado radiográfico em exame interproximal: relato de caso. *R Fac Odonto Porto Alegre.* 2005;46:70-3.
17. Marques YMFS, Botelho TDL, Xavier FCDA, Rangel AL, Rege ICC, Mantesso A. Importance of cone beam computed tomography for diagnosis of calcifying cystic odontogenic tumour associated to odontoma: report of a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 18: 490-3.
18. Gold L, Upton GW, Marx RE. Standardized Surgical Terminology for the Excision of Lesions in Bone: an argument for accuracy in reporting. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49: 1214-7.
19. Talari BH, Ananda D, Prince CN, Annaporna CS. Fusion of complex odontome with permanent mandibular molar. *J Pharm Bioal Sci.* 2012; 4:146.
20. Dagrus K, Purohit S, Manjunatha BS. Dentigerous cyst arising from a complex odontoma: an unusual presentation. *Case Reports.* 2016:bcr2016214936. doi: 10.1136/bcr-2016-214936.

#### Requisitos de autoria

1. Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados (MTBS, DCR)
2. Participação na redação da versão preliminar (MTBS, DCR);
3. Participação na revisão e aprovação da versão final (MTBS, DMG, ALL, VCA, DCR);
4. Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo (MTBS, DMG, ALL, VCA, DCR).

---

Autor Correspondente:  
marcotullio@gmail.com  
Marco Tullio Brazão-Silva

Editor:  
Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 19/09/2021  
Aprovado: 23/02/2022

---