



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**GUILHERME FELIPE SILVA DE MATTOS**

**ODONTOMA COMPOSTO EM REGIÃO ANTERIOR DE  
MAXILA: RELATO DE CASO**

**UBERLÂNDIA  
2023**

GUILHERME FELIPE SILVA DE MATTOS

**ODONTOMA COMPOSTO EM REGIÃO ANTERIOR DE  
MAXILA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
a Faculdade de Odontologia da UFU, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Graduado em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Luiz Renato Paranhos  
Coorientador: Dr. Marcelo Dias Moreira de  
Assis Costa

UBERLÂNDIA  
2023

## **DEDICATÓRIA**

**À Deus, pela vida e pelas bênçãos recebidas.**

**Aos meus queridos pais, Paulo e Mariângela, que são meus exemplos e inspiração, e com muito esforço lutaram para minha melhor formação profissional e ética.**

**A minha namorada Pietra.**

**Aos meus avôs Rawerson e Roberto e minhas avós Thereza e Martha.**

**Aos meus irmãos, Paulo, Carolina e André.**

**Aos meus sobrinhos, Miguel, Agatha, Manuela e Gabriel.**

## **AGRADECIMENTO**

À Universidade Federal de Uberlândia no nome do Magnífico Reitor  
Professor Doutor Valder Steffen Júnior.

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de  
Uberlândia, Professor Doutor Sérgio Vitorino Cardoso pelo apoio ao longo  
dessa jornada.

Ao Professor Doutor Luiz Renato Paranhos, meu orientador, que sempre  
me apoiou e acreditou em mim. Além de ser um exemplo profissional, se  
tornou um grande amigo.

Minha eterna gratidão.

Ao meu coorientador Marcelo Dias Moreira de Assis Costa, pelos  
ensinamentos e colaboração neste trabalho.

Aos colegas e amigos que conquistei neste período importante da minha  
vida.

A todos os funcionários da Faculdade de Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal de Uberlândia.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a  
realização deste trabalho.

## RESUMO

A cavidade oral é uma região que pode ser afetada por diversas patologias com diferentes características clínicas e histológicas, incluindo os tumores odontogênicos. Eles podem causar aumentos de volume, dor ou alteração de sensibilidade e, podem ser ou não acompanhados por mobilidade ou deslocamento dentário. Dentre suas diversas classificações, estão o grupo de tumores odontogênicos benignos no qual o odontoma composto, segunda lesão odontogênica mais prevalente, se enquadra. Os odontomas são tumores odontogênicos benignos mistos de tecidos epiteliais e mesenquimais, sendo considerados hamartomas. Possuem uma divisão entre compostos e complexos. A diferença entre ambas as classificações se deve ao fato de que os odontomas compostos possuem uma constituição representada através de dentículos uniloculares e múltiplos em uma distribuição organizada e, os complexos geralmente se apresentam em uma massa desorganizada com a mesma composição estrutural. Por ser uma lesão de grande prevalência, o objetivo do presente estudo foi relatar um caso clínico de odontoma composto em região anterior de maxila discorrendo sobre a avaliação pré-operatória, a conduta e a avaliação pós-operatória. Paciente de 26 anos de idade, do sexo masculino, apresentou-se ao ambulatório de cirurgia oral menor da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) para remoção de terceiros molares. A patologia foi descoberta através de radiografia panorâmica de rotina para exodontia de terceiros molares, onde foi observado uma imagem radiopaca circundada por uma linha radiolúcida entre as raízes dos dentes 11 e 12. Paciente não relatava queixas de dor ou sensibilidade no local e nenhuma alteração foi identificada no exame clínico. Além disso, durante anamnese, não relatou nenhuma comorbidade ou alteração de saúde digna de nota. Após realização de exame de tomografia, a hipótese diagnóstica foi de odontoma composto e o plano de tratamento proposto foi a remoção total da lesão em regime ambulatorial sob anestesia local. A resolução do caso também ocorreu no ambulatório de cirurgia oral da UFU. O caso clínico apresentado destaca a importância da avaliação pré-operatória minuciosa e necessidade de realização de exames complementares para um diagnóstico preciso e proposição de um correto plano de tratamento.

**Palavras-chaves:** Cirurgia Bucal; Odontoma; Tumores Odontogênicos.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A cavidade oral é uma região que pode ser afetada por diversas patologias, incluindo os tumores odontogênicos (DIAS NETO et al., 2012; LOUREDO et al., 2017). Estes tumores constituem um grupo complexo de patologias com diferentes características clínicas e histológicas que surgem a partir dos elementos epiteliais ou mesenquimais dos tecidos de formação dos dentes (SOLUK-TEKKESIN et al., 2022).

Os tumores odontogênicos podem causar aumento de volume, dor ou alteração de sensibilidade na área afetada e, podem ser ou não acompanhados por mobilidade ou deslocamento dentário (MORAES et al., 2014; BUENO et al., 2020; SIRIWARDENA et al., 2022). Eles também podem se apresentar como um achado incidental em radiografias odontológicas de rotina (BUENO et al., 2020), como lesões radiolúcidas, radiopacas ou de radiopacidade mista, dependendo das características histológicas da lesão (SOLUK-TEKKESIN et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica os tumores odontogênicos, pelas características clínicas, histológicas, moleculares e pelo comportamento biológico (SOLUK-TEKKESIN et al., 2022; VERED et al., 2022). Essa classificação permite uma abordagem padronizada para o diagnóstico e tratamento dos tumores odontogênicos (SOLUK-TEKKESIN et al., 2022; VERED et al., 2022). Esta classificação divide os tumores em: Tumores Odontogênicos Benignos, Tumores Odontogênicos Malignos, Lesões de Células Gigantes e Cistos Ósseos, Tumores Ósseos e de Cartilagem (Tumores Fibro-Ósseos e Displasias; Tumores Benignos dos Ossos e Cartilagens Maxilofaciais; Tumores Malignos dos Ossos e Cartilagens Maxilofaciais) (VERED et al., 2022).

Os odontomas são classificados como tumores odontogênicos benignos mistos de tecidos epiteliais e mesenquimais, agora considerados como hamartomas (MALTAGLIATI et al., 2020). Atualmente é a segunda lesão odontogênica mais comum depois do ameloblastoma, embora sua frequência real seja provavelmente maior, pois muitos deles não são relatados (SOLUK-TEKKESIN et al., 2020; MALTAGLIATI et al., 2020). Os odontomas são divididos entre compostos e complexos (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020; BUENO et al., 2020). A diferença entre ambas as classificações se deve ao fato de que os odontomas compostos possuem uma constituição representada através de denticulos uniloculares e múltiplos (LACARBONARA et al., 2017; BUENO et al., 2020) em uma distribuição organizada e os complexos geralmente se apresentam em uma massa desorganizada com a mesma composição estrutural

(LACARBONARA et al., 2017). Sua ocorrência entre os tumores odontogênicos mais diagnosticados está entre 20 e 67%, mais comumente na segunda década de vida (EL-NAGGAR et al., 2017; SIRIWARDENA et al., 2019), sem qualquer predileção por sexo (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008; SOLUK-TEKKESIN et al., 2022). Quanto a sua localização, a prevalência de acometimento nos casos de odontomas compostos é em região anterior da maxila com 81,8% e dos odontomas complexos é em região posterior de mandíbula com 63% (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008; EL-NAGGAR et al., 2017; SIRIWARDENA et al., 2019; SOLUK-TEKKESIN et al., 2022). Clinicamente, apresentam um crescimento lento e assintomático (EL-NAGGAR et al., 2017; SIRIWARDENA et al., 2019; MALTAGLIATI et al., 2020; BUENO et al., 2020), associado na maioria dos casos com dentes permanentes em retenção (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008).

A descoberta do odontoma muitas vezes é feita por exames imaginológicos de rotina podendo estar associada a atrasos em erupção dentária (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020; BUENO et al., 2020). As características radiográficas do odontoma composto são de múltiplas estruturas radiopacas compatíveis com os dentículos compostos por tecidos dentários duros como o esmalte e a dentina (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020). O tratamento dessas lesões tem como protocolo principal a biopsia excisional, ou seja, remoção completa da lesão (MALTAGLIATI et al., 2020; MAZUR et al., 2022). Uma vez que seja definido como plano de tratamento a remoção dos dentículos, a tomografia computadorizada é a opção de escolha mais segura para exame de imagem visto que oferece uma imagem que permite a visualização da relação com as estruturas dentárias e ósseas dos maxilares (MAZUR et al., 2022). Para concluir o diagnóstico definitivo, as informações clínicas devem ser correlacionadas com os achados radiológicos e com a avaliação histopatológica da lesão (MALTAGLIATI et al., 2020; MAZUR et al., 2022). Por ter um baixo índice de recidivas, o seu prognóstico é considerado totalmente favorável (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008; MAZUR et al., 2022).

## **2. OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de odontoma composto em região anterior de maxila discorrendo sobre a avaliação pré-operatória, conduta e acompanhamento pós-operatório.

### 3. DESCRIÇÃO DO CASO

#### **Crítérios Éticos**

Trata-se de um relato de caso, que foi reportado seguindo as orientações do SCARE Checklist (AGHA et al., 2020). O trabalho respeitou a Declaração de Helsinque e um Termo de Consentimento (TC) foi assinado pela responsável legal da paciente.

#### **Informações do Paciente**

Paciente de 26 anos de idade, do sexo masculino, natural de Uberlândia/MG, compareceu ao ambulatório de cirurgia oral da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) para avaliação dos terceiros molares para exodontia. Na anamnese e revisão da história médica o paciente não relatou nada digno de nota. Na realização do exame clínico não foi observado alterações da cor, consistência ou volume da mucosa oral. Durante exame radiográfico panorâmico de rotina para avaliação dos terceiros molares foi observado uma imagem radiopaca de aproximadamente 1,5cm em sua maior extensão, circundada por linha radiolúcida entre as raízes dos dentes 11 e 12 (Figura 01 – radiografia panorâmica pré-operatória). Após observar imagem radiopaca na região entre o dente 11 e 12, foi investigado novamente a área específica das lesões no exame intraoral onde não foi observado nenhuma alteração quanto a cor, consistência ou volume (Figura 02 – Imagem intraoral vestibular e palatina).

O paciente não relatou queixas de alteração de sensibilidade nem dor no local. Diante do aspecto clínico e radiográfico foi levantada a hipótese diagnóstica de odontoma e foi solicitado exame de tomografia realizada para conclusão da hipótese diagnóstica e determinação do plano de tratamento da lesão. No exame de tomografia foi observado múltiplas imagens radiopacas de aspecto semelhante a dentes em proximidade com as raízes dos dentes 11 e 12 sem causar reabsorção das mesmas. Observou-se também fenestração da cortical vestibular na porção média da lesão e da porção palatina na porção coronal (Figura 03 e 04 – Imagem axial, sagital e reconstrução tridimensional da tomografia computadorizada). Diante dos aspectos descritos tivemos como hipótese diagnóstica odontoma composto. O tratamento proposto foi a remoção total da lesão em regime ambulatorial sob anestesia local. Um primeiro procedimento foi agendado para a semana seguinte onde apresentou-se ansioso para o procedimento. Durante o início da aplicação do primeiro tubete do anestésico paciente apresentou tontura, palidez, escurecimento da visão e sudorese excessiva caracterizando um quadro de lipotimia. O

procedimento foi suspenso momentaneamente, foi constatado queda de pressão arterial (90/60 mmHg) e da taxa glicêmica (78mg/dL). Diante do quadro foi optado pelo adiamento do procedimento cirúrgico e indicado sedação consciente por via oral com 7,5 mg de midazolam. Na semana seguinte o paciente recebeu a sedação oral 30 minutos antes do início do procedimento. O procedimento cirúrgico foi iniciado pela antissepsia intra e extraoral, uma anestesia local foi realizada com lidocaína 2% associada a adrenalina 1:100.000 por bloqueio nas técnicas de bloqueio dos nervos infraorbitário direito e nasopalatino e infiltrativa supraperiosteal no ápice do dente 21 com utilização de 2 tubetes anestésicos, sem intercorrências. Após aguardar o tempo de latência do anestésico e hemostasia do vasoconstritor foi realizado um retalho trapezoidal novak peter na vestibular passando pela porção mesial do sulco do dente 13 a mesial do sulco do dente 21, seguido por descolamento mucoperiosteal da região (Figura 05 – Imagem do retalho descolado).



Figura 01 – Radiografia panorâmica pré-operatória: observamos uma imagem radiopaca de aproximadamente 1,5 cm em sua maior extensão, circundada por linha radiolúcida entre as raízes dos dentes 11 e 12.

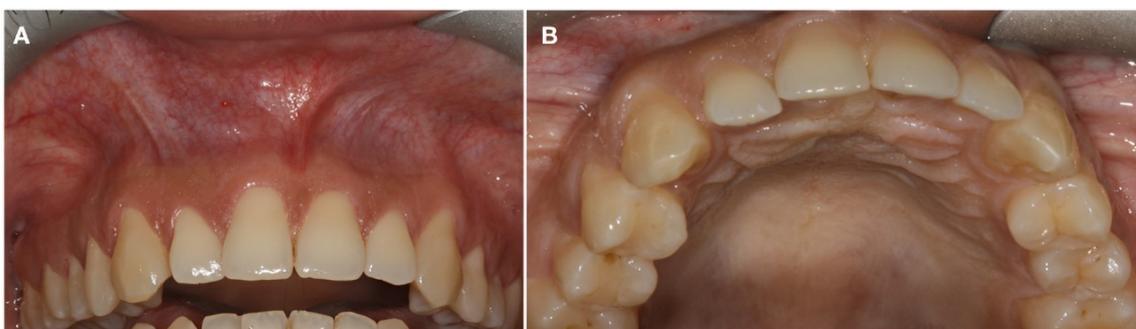


Figura 02 – Aspecto clínico intraoral: (A) aspecto vestibular e (B) palatino não evidenciando aumento de volume ou alteração de cor local.

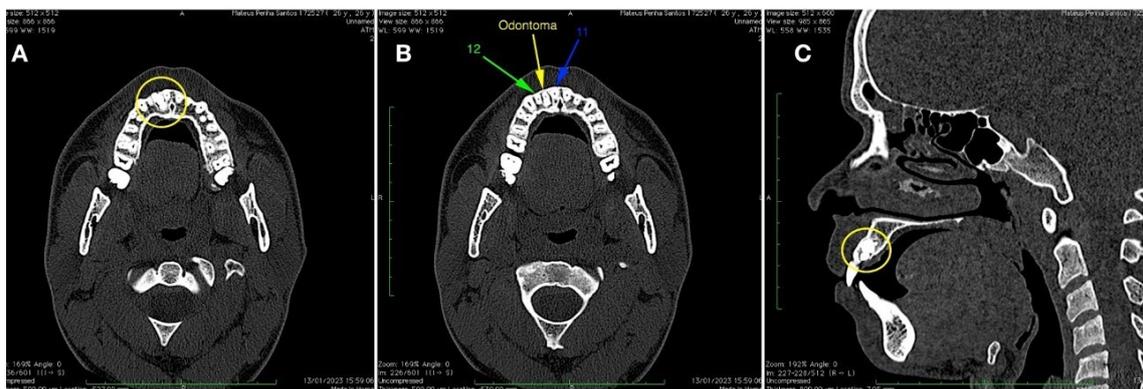


Figura 03 – Tomografia computadorizada: (A) Corte axial com massa radiopaca extendendo-se da porção vestibular até próximo a cortical lingual; (B) evidenciando a proximidade do odontoma e as raízes dos dentes 11 e 12; (C) corte sagital paramediano evidenciando o aspecto vestibulo-lingual e a extensão apical do odontoma.

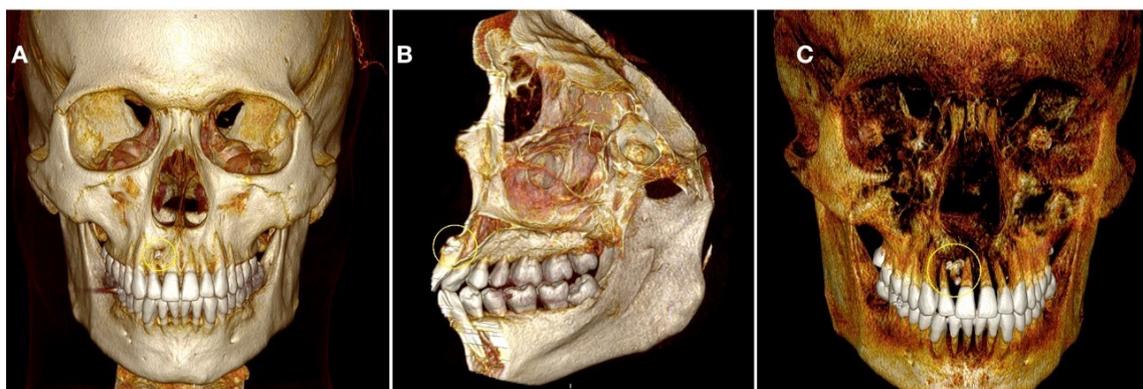


Figura 04 – Reconstrução tridimensional: (A) Reconstrução em vista frontal e (B) em vista sagital com odontoma delimitado pelo círculo amarelo; (C) Subtração parcial do tecido ósseo para visualização da relação do odontoma e as raízes dentárias e o posicionamento tridimensional da lesão.

Com a exposição óssea vestibular realizada, observamos uma pequena fenestração óssea próxima ao terço apical do dente 12. Foi realizada ostectomia vestibular iniciando-se pela fenestração, com broca 702 sob irrigação copiosa, tomando-se o cuidado com as raízes dos dentes vizinhos. Após ampliação da ostectomia, foi exposta a massa radiopaca (Figura 06 – Imagem do início da ostectomia), que foi removida da cavidade com ajuda de alavancas (Figura 07 – Imagem da ostectomia realizada e da cavidade vazia). A massa era composta por 03 fragmentos de aspecto semelhante a pequenos dentes circundada por uma pequena cápsula fibrosa que foram encaminhados para análise histopatológica (Figura 08 – Imagem dos denticulos na gaze). Após toilette e hemostasia da loja cirúrgica

foram realizadas suturas simples (Figura 09 – sutura realizada). O laudo histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de odontoma composto. O paciente continua em acompanhamento clínico sem intercorrências (Figura 10 – radiografia panorâmica imediata).



Figura 05 – Acesso realizado: Retalho trapezoidal com descolamento mucoperiosteal e no círculo amarelo tracejado observamos pequena fenestração da cortical vestibular.



Figura 06 – Osteotomia realizada: Aspecto cirúrgico após início da osteotomia observando tecido com aspecto de esmalte e cimento/dentina.



Figura 07 – Cavidade cirúrgica: Aspecto da cavidade cirúrgica após a exérese da lesão.



Figura 08 – Lesão removida: observamos pequena capsula que revestia a lesão e três fragmentos com aspecto odontóide.



Figura 09 – Aspecto pós-operatório: Suturas realizadas reposicionando o retalho.



Figura 10 – Radiografia panorâmica pós-operatória imediata: observamos aspecto radiolúcido da cavidade cirúrgica após a remoção total da lesão.

Após o envio do material coletado para exame histopatológico, foi confirmado através do laudo o diagnóstico definitivo de odontoma composto (Figura 11 - Resultado do exame histopatológico). Na análise das lâminas produzidas, os cortes histológicos revelam fragmentos de tecido odontogênico mineralizado representados pelas setas pretas e não mineralizado pelas setas brancas. É possível observar que as estruturas mineralizadas assumem forma de estruturas dentárias rudimentares, embora os tecidos

mostrem-se com aspectos característicos (Figura 12 - Os cortes histológicos revelam fragmentos de tecido odontogênico mineralizado em setas pretas e não mineralizado em setas brancas). Em uma visão parcial do tecido biopsiado, o tecido mineralizado mostra, em uma de suas extremidades, um material semelhante à dentina representado pela seta branca e na outra extremidade, semelhante à cemento em seta preta. A topografia dos dois tecidos guarda semelhança com o que se observa na estrutura dentária normal. À direita dessa estrutura, observa-se tecido mole, mostrando-se constituído por tecido conjuntivo denso, não modelado, com aspecto fasciculado, associado a pequenas áreas de tecido mineralizado, aparentemente sem estrutura morfológica definida (Figura 13 - Visão parcial do material biopsiado mostrando área de tecido odontogênico mineralizado e não mineralizado. O tecido mineralizado mostra, em uma das extremidades, um material semelhante a dentina em seta branca e na outra extremidade, semelhante a cemento em seta preta). Ao ampliar a imagem anterior, mostra-se, na área inferior (asterisco preto), a porção do tecido odontogênico mineralizado, reconhecido como dentina, e na região superior (asterisco branco), o tecido cementário. A seta mostra exatamente a região de transição (término da dentina e presença do tecido cementário). Seguindo a ponta da seta, é possível perceber uma linha basófila (azulada) que demarca o início do tecido cementário (Figura 14 - Visão parcial da estrutura mineralizada ilustrada na figura anterior, mostrando, na área inferior em asterisco preto a porção do tecido odontogênico mineralizado reconhecido como dentina, e na região superior em asterisco branco, o tecido cementário. A seta mostra exatamente a região de transição término da dentina e presença do tecido cementário. Seguindo a ponta da seta é possível perceber uma linha basófila azulada que demarca o início do tecido cementário). Ao analisar outra região da lesão biopsiada, observam-se faixas de tecido mole, constituídas por tecido conjuntivo denso não modelado e estruturas mineralizadas amorfas e basófilas aderidas, sugestivas de tecido cementário. Na região central, é possível ver outras estruturas amorfas também, que representam matriz de esmalte (Figura 15 - Outra área da lesão biopsiada, onde observamos faixas de tecido mole, constituídas por tecido conjuntivo denso, não modelado, e estruturas mineralizadas amorfas e basófilas aderidas, sugestivas de tecido cementário. Na região central, é possível ver outras estruturas amorfas também, que representam matriz de esmalte). Nessa lesão, portanto, observa-se tecido odontogênico que, por vezes, se estrutura como denticulos ou material amorfo, sem definição estrutural com a qual possa haver correspondência com a estrutura dentária. Ao ampliar a imagem anterior, é possível ver através da indicação pela seta preta a região de matriz de esmalte

e, pela seta branca, a presença de fragmento de tecido odontogênico mineralizado, sugestiva de material cementário (Figura 16 - Ampliação dos tecidos mostrados na figura anterior: a seta preta indica a região de matriz de esmalte; a seta branca, presença de fragmento de tecido odontogênico mineralizado, sugestiva de material cementário).

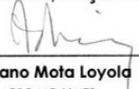
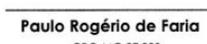
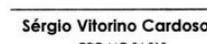
<b>Universidade Federal de Uberlândia</b>			<i>Lauda referente ao exame</i>
Hospital Odontológico Laboratório de Patologia Bucal			<b>20879</b>
Entrega de material: Av. Pará, 1720 - Bloco 2G, sala 9, Campus Umuarama Telefone: (34) 3225-8118 E-mail: patologiabucal@foufu.ufu.br			
Nome: <b>Mateus Penha Santos</b>	Prontuário: <b>172527</b>	CPF: <b>054.559.555-00</b>	
Idade: <b>26</b>	Gênero: <b>Masculino</b>	Procedência: <b>Av Afonso Pena, 5012</b>	
Origem: <b>CTBMF</b>		Solicitante: <b>CTBMF - UFU.</b>	
Material: <b>Histológico</b>			
<b>EXAME MACROSCÓPICO:</b> O material recebido consta de três fragmentos de tecido duro, esbranquiçados, superfície lisa, medindo reunidos 12x11x6mm. Encaminhados para descalcificação e posterior inclusão total – Bloco A. Recebido também um fragmento de tecido mole, pardacento, superfície irregular, consistência borrachóide, medindo 5x4x3mm. Após secção, dois fragmentos foram encaminhados para inclusão total – Bloco B.			
<b>EXAME MICROSCÓPICO:</b>			
<b>CONCLUSÃO APÓS MICROSCOPIA:</b>			
<b>Odontoma composto</b>			
Nota:			
Uberlândia, terça-feira, 2 de maio de 2023			
 <b>Adriano Mota Loyola</b> CRO-MG 11.478	 <b>Paulo Rogério de Faria</b> CRO-MG 37.388	 <b>Sérgio Vitorino Cardoso</b> CRO-MG 24.515	

Figura 11 – Resultado do exame histopatológico.

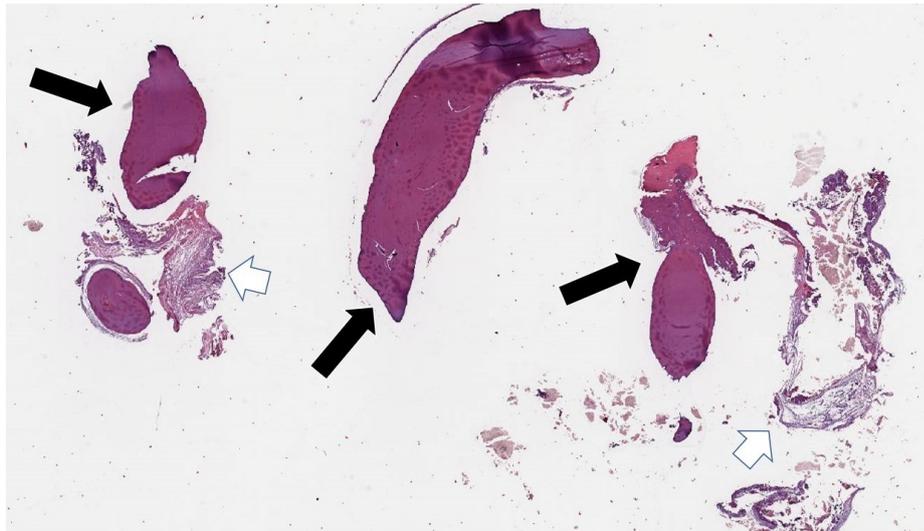


Figura 12 - Os cortes histológicos revelam fragmentos de tecido odontogênico mineralizado em setas pretas e não mineralizado em setas brancas

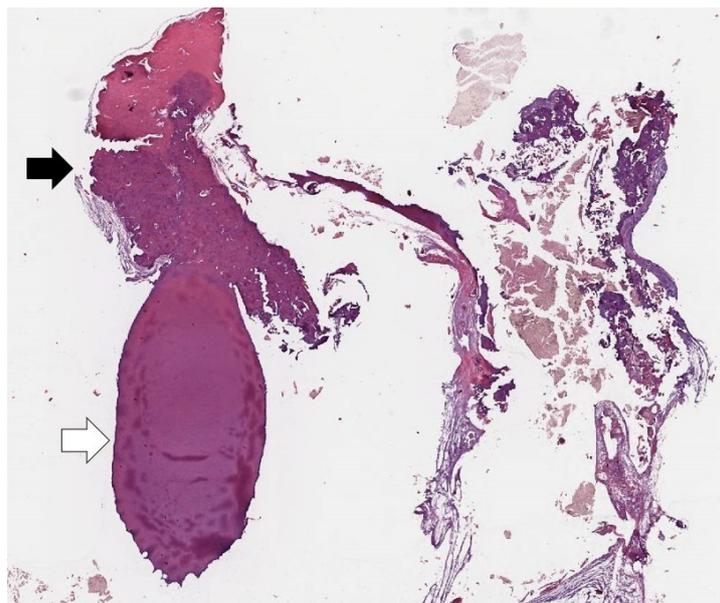


Figura 13 – Visão parcial do material biopsiado mostrando área de tecido odontogênico mineralizado e não mineralizado. O tecido mineralizado mostra, em uma das extremidades, um material semelhante a dentina em seta branca e na outra extremidade, semelhante a cimento em seta preta.

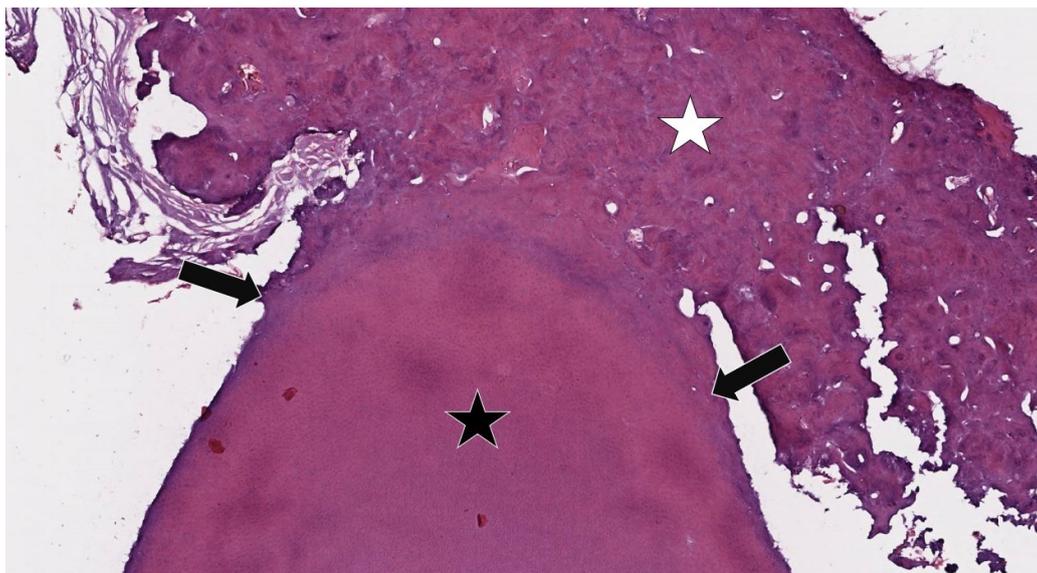


Figura 14 – Visão parcial da estrutura mineralizada ilustrada na figura anterior, mostrando, na área inferior em asterisco preto a porção do tecido odontogênico mineralizado reconhecido como dentina, e na região superior em asterisco branco, o tecido cementário. A seta mostra exatamente a região de transição término da dentina e presença do tecido cementário. Seguindo a ponta da seta é possível perceber uma linha basófila azulada que demarca o início do tecido cementário.

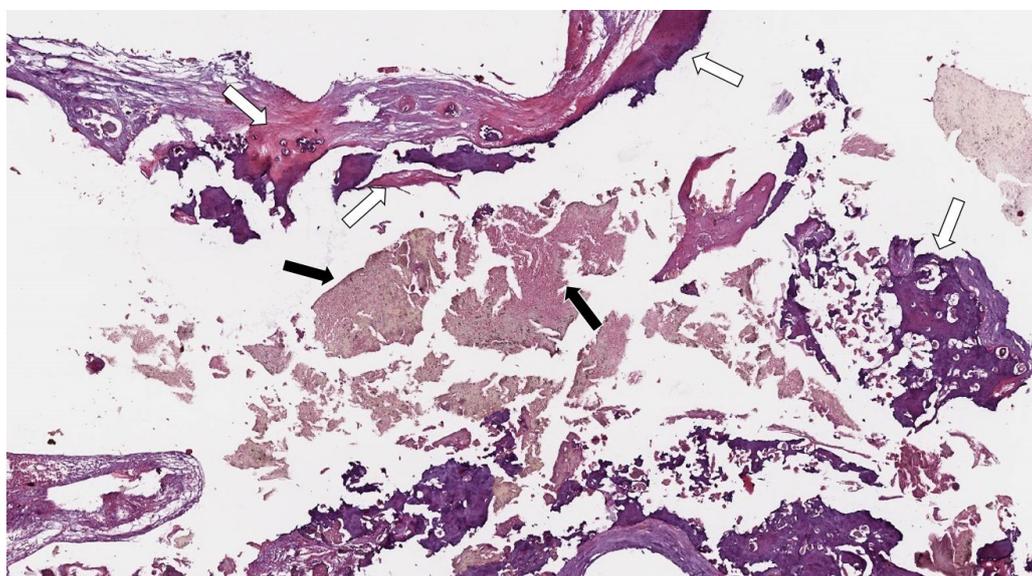


Figura 15 – Outra área da lesão biopsiada, onde observamos faixas de tecido mole, constituídas por tecido conjuntivo denso, não modelado, e estruturas mineralizadas amorfas e basófilas aderidas, sugestivas de tecido cementário. Na região central, é possível ver outras estruturas amorfas também, que representam matriz de esmalte.

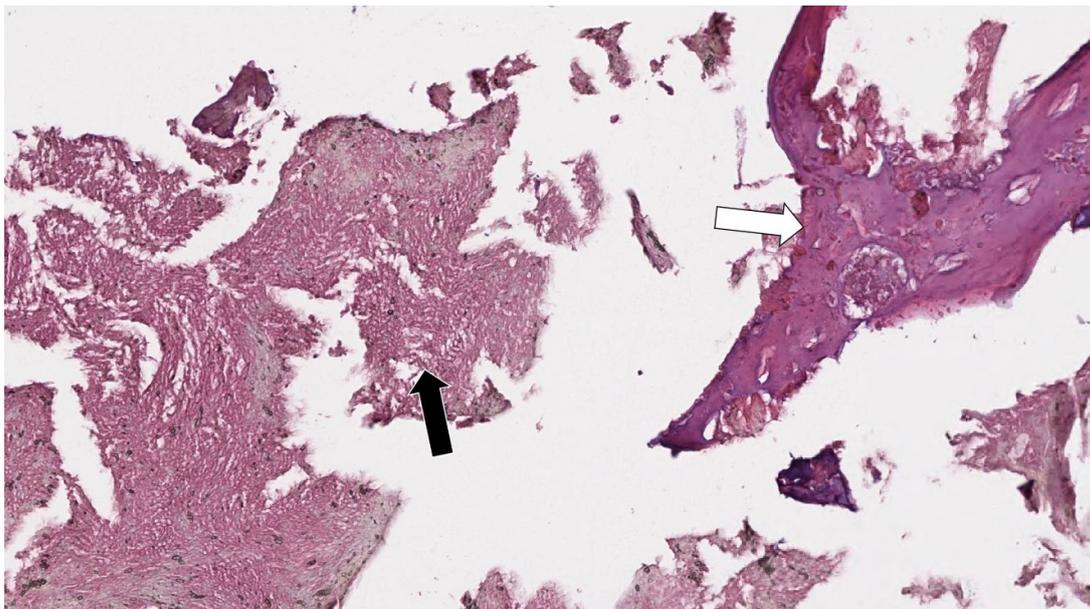


Figura 16 – Ampliação dos tecidos mostrados na figura anterior: a seta preta indica a região de matriz de esmalte; a seta branca, presença de fragmento de tecido odontogênico mineralizado, sugestiva de material cementário.

#### 4. DISCUSSÃO

O odontoma composto constitui parte de um grupo complexo de patologias (tumores odontogênicos mistos) (MALTAGLIATI et al., 2020), sendo a segundo tumor odontogênico mais comum (SOLUK-TEKKESIN et al., 2020; MALTAGLIATI et al., 2020). Comumente ele é descoberto em um exame radiográfico de rotina (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020; BUENO et al., 2020) ou durante a pesquisa de um dente com atraso de erupção (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008). As características imaginológicas são fundamentais para o processo de formação da hipótese diagnóstica (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020). Desta forma, o presente relato descreveu o tratamento de um odontoma composto em região anterior da maxila abrangendo desde o processo diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-operatório, com o objetivo principal de ajudar o clínico na elucidação da melhor conduta para esses casos.

Para o diagnóstico de um caso de odontoma é imprescindível a realização de exame radiográfico (MALTAGLIATI et al., 2020; MAZUR et al., 2022). Sendo uma patologia assintomática (EL-NAGGAR et al., 2017; SIRIWARDENA et al., 2019; MALTAGLIATI et al., 2020; BUENO et al., 2020), na maioria das vezes é um achado radiográfico (BUENO et al., 2020), exceto em situações de impacção de dentes em erupção e aumentos de volume (MORAES et al., 2014; BUENO et al., 2020; SIRIWARDENA et al., 2022). Sua classificação depende do aspecto radiográfico, sendo comum nos odontomas compostos múltiplas estruturas radiopacas semelhantes a dentes variando no tamanho e na forma (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020). Mesmo que para confirmação do diagnóstico seja necessária a remoção cirúrgica por meio de uma biopsia excisional junto ao exame histopatológico (MALTAGLIATI et al., 2020; MAZUR et al., 2022), é importante que o cirurgião-dentista saiba analisar os aspectos radiográficos e ter um conhecimento estomatológico a respeito das patologias que cercam a cavidade oral. Dessa forma, conseguiriam traçar o plano de tratamento correto após realizar o diagnóstico diferencial com outras patologias radiopacas como o odontoma complexo, osteoma, displasia fibrosa, fibroma ossificante (MAZUR et al., 2022) ou até um dente supranumerário (PROTEASA et al., 2018).

O relato de caso corrobora o que é encontrado majoritariamente na literatura no aspecto de o odontoma se apresentar como uma patologia normalmente assintomática (EL-NAGGAR et al., 2017; PROTEASA et al., 2018; SIRIWARDENA et al., 2019;

MALTAGLIATI et al., 2020; BUENO et al., 2020), embora em alguns casos apresente sintomatologia (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008), sendo sua descoberta feita através de avaliações de rotina. Casos em que há atraso na erupção dentária devem ser avaliados através de exames de imagem (PROTEASA et al., 2018). Aumentos de volume e expansão da cortical óssea na região em que a lesão se encontra podem ser vistos (MAZUR et al., 2022), embora o caso não tenha apresentado nenhuma anormalidade nesse quesito, apenas fenestrações das corticais vestibular e palatina apresentadas nos exames de imagem tomográficos e radiográficos. Reabsorções radiculares e deslocamentos dentários não foram observados no caso, embora ser relatado que em uma rara porcentagem de casos pode acometer mau posicionamento dentário (HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008).

O diagnóstico diferencial é de suma importância para traçar a abordagem terapêutica correta (SOLUK-TEKKESIN et al., 2022). Ao visualizar o odontoma composto radiograficamente podemos observar múltiplas radiopacidades de diferentes morfologias podendo as vezes se assemelhar anatomicamente a minidentes, delimitados por um halo radiolúcido (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020). Um odontoma complexo por sua vez revela geralmente uma massa amorfa radiopaca única circunscrita em um halo radiolúcido e com um diâmetro maior (BUENO et al., 2020). Os osteomas geralmente apresentam uma lesão radiopaca com limites bem definidos visualmente nos exames tomográficos (VALENTE et al., 2019). Já as displasias fibrosas também se diferenciam visto que quando vistas radiograficamente são lesões expansivas e mal definidas, visto que se fundem com o osso circundante, dando o aspecto conhecido como vidro fosco (YANG et al., 2022). O fibroma ossificante se apresenta imaginologicamente como lesões bem delimitadas, com um conteúdo misto, a variar da quantidade de calcificação, delimitado também por halo radiolúcido (BHAT et al., 2022). Dessa forma, tendo conhecimento sobre as características radiográficas do odontoma composta e de seus possíveis diagnósticos diferenciais, a hipótese diagnóstica dessa lesão diante de um exame radiográfico deve ser feita pelo cirurgião-dentista sem nenhuma dificuldade.

O protocolo de tratamento traçado para o relato de remoção cirúrgica corrobora o escolhido majoritariamente na literatura (BOFFANO et al., 2012; MALTAGLIATI et al., 2020; MAZUR et al., 2022), realizando a excisão da lesão e posterior exame histopatológico para se ter um diagnóstico definitivo. Sua remoção é considerada simples e o percentual de recidivas é considerado baixo, tendo um prognóstico favorável

(HIDALGO-SANCHEZ et al., 2008; MAZUR et al., 2022). Um fator colaborador é o fato de o odontoma composto ser formado por tecidos duros, compatíveis a elementos dentários (PROTEASA et al., 2018; MALTAGLIATI et al., 2020) e, por conta disso, sua enucleação torna-se mais simples e dificilmente deixa resquícios de tecidos recidivantes (BOFFANO et al., 2012; EL-NAGGAR et al., 2017). Além disso, em casos de atrasos de erupção por impacção, um tratamento adicional pode ser o tracionamento ortodôntico do dente incluso impactado (MALTAGLIATI et al., 2020).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O caso clínico apresentado destaca a importância da avaliação pré-operatória minuciosa e necessidade de realização de exames complementares para um diagnóstico preciso e proposição de um correto plano de tratamento. O tratamento proposto foi a remoção total da lesão e uma preservação corroborando a literatura. Além disso, com o relato de caso, podemos visualizar também a importância de uma definição da hipótese diagnóstica com a realização do exame histopatológico assegurando que a conduta e o plano de tratamento realizado são condizentes com o diagnóstico final.

**REFERÊNCIAS**

BHAT, S. V.; KUMAR, S. P.; PERIASAMY, S.; KRISHNA, V. K. An Uncommon Presentation of Ossifying Fibroma in the Maxilla. **Curēus**. v. 14, n. 3, p. e23638, 2022.

BOFFANO, P.; ZAVATTERO, E.; ROCCIA, F.; GALLESIO, C. Complex and compound odontomas. **The Journal of Craniofacial Surgery**. v. 23, n. 3, p. 685-8, 2012.

BUENO, N. P.; BERGAMINI, M. L.; ELIAS, F. M.; BRAZ-SILVA, P. H.; FERRAZ, E.P. Unusual giant complex odontoma: A case report. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**. v. 121, n. 5, p. 604–607, 2020.

DIAS-NETO, B.; MEDRADO, A. P.; REIS, S. R. A. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial em um período de 10 anos. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 3, n. 1, p. 3-15, 2012.

EI-NAGGAR, A. K.; CHAN, J. K. C.; GRANDIS, J. R.; TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. J. **WHO Classification of Head and Neck Tumours**. IARC: Lyon, 2017; 347 p.

HIDALGO-SÁNCHEZ, O.; LECO-BERROCAL, M. I.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. **Medicina Oral, Patología Oral and Cirugía Bucal**. v. 13, n. 11, p. E730–E734, 2008.

LACARBONARA, M.; LACARBONARA, V.; CAZZOLLA, A. P.; SPINELLI, V.; CRINCOLI, V.; LACAITA, M. G.; CAPOGRECO, M. Odontomas in developmental age: confocal laser scanning microscopy analysis of a case. **European Journal of Paediatric Dentistry**. v. 18, n. 1, p. 77-79, 2017.

LOUREDO, B. V. R.; SANTOS-DE-FREITAS, C. T.; CÂMARA, J.; LIBÓRIO-KIMURA, T. N. Estudo epidemiológico de lesões odontogênicas provenientes do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 2, p. 126-32, 2017.

MALTAGLIATI, A.; UGOLINI, A.; CRIPPA, R.; FARRONATO, M.; PAGLIA, M.; BLASI, S.; ANGIERO, F. Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. **European Journal of Paediatric Dentistry**. v. 21, n. 3, p. 199–202, 2020.

MAZUR, M.; DI GIORGIO, G.; NDOKAJ, A.; JEDLIŃSKI, M.; CORRIDORE, D.; MARASCA, B.; SALUCCI, A.; POLIMENI, A.; OTTOLENGHI, L.; BOSSÙ, M.; GUERRA, F. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. **Children (Basel, Switzerland)**. v.9, n. 10, p.1509, 2022.

MORAES, F. B.; CARDOSO, R. M. N.; RODRIGUES, S. V.; DUTRA, M. V. F.; PEREIRA, U. R.; BORGES, T. R. S. A. Ameloblastoma: a clinical and therapeutic analysis on six cases. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 9, n. 3, p.305–308, 2014.

PREOTEASA, C. T.; PREOTEASA, E. Compound odontoma-morphology, clinical findings and treatment. Case Report. **Romanian Journal of Morphology and Embryology**. v. 59, n. 3, p. 997–1000, 2018.

SIRIWARDENA, B. S. M. S.; CRANE, H.; O'NEILL, N et al. Odontogenic tumors and lesions treated in a single specialist oral and maxillofacial pathology unit in the United Kingdom in 1992–2016. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology**. v. 127, n. 2, p.151- 66, 2019.

SIRIWARDENA, B. S. M. S.; UDAGAMA, M. N. G. P.; TENNAKOON, T. M. P. B.; ATHUKORALA, D. A. A. D. W.; JAYASOORIYA, P.R.; TILAKARATNE, W. M. Clinical and demographic characteristics of adenomatoid odontogenic tumors: analysis of 116 new cases from a single center. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngol**. v. 88, n. 3, p.309-315, 2022.

SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J. M. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. **Turkish Journal of Pathology**, v. 38; n. 2, p.168-184, 2022.

SOLUK-TEKKESIN, M; CAKARER, S.; AKSAKALLI, N.; ALATLI, C.; OLGAC, V.  
New world health organization classification of odontogenic tumours: impact on the prevalence of odontogenic tumours and analysis of 1231 cases from Turkey. **The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**. v.58, n. 8, p. 1017–22, 2020.

VALENTE, L.; TIEGHI, R.; MANDRIOLI, S.; GALIÈ, M. Mandibular Condyle Osteoma. **Annals of Maxillofacial Surgery**. v. 9, n. 2, p. 434-438, 2019.

VERED, M.; WRIGHT, J. M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Head Neck Pathology**. v. 16, n. 1, p.63-75, 2022.

YANG, H. H.; WU, C. H.; TSAI, H. L.; CHANG, J. W. Fibrous dysplasia in maxilla in a patient on hemodialysis with severe secondary hyperparathyroidism. **The Korean Journal of Internal Medicine**. v. 37, n. 3, p. 695-696, 2022.

## ANEXOS

### ANEXO A – Aceite do CEP

PLATBR - Estado de apreciação de Pesquisa Caixa de entrada x



**Equipe Plataforma Brasil** <plataformabrasil@saude.gov.br>

para mim

quarta, 11/10, 22:02 (há 1 dia)



Caro (a) Pesquisador (a) e Assistente(s),

O projeto Odontoma composto em região anterior de maxila: relato de caso foi aceito para análise no CEP. Significa que o CEP concluiu a validação documental de sua última submissão, por favor verifique a situação do projeto de pesquisa e atenda a possíveis pendências documentais, se existirem. Caso contrário aguarde o parecer consubstanciado do CEP, cujo o nome pode ser consultado no campo localização atual do projeto, disponível no item detalhar.

Atenciosamente,

Plataforma Brasil

Siga **Ética em Pesquisa** nas Redes Sociais:

[Instagram](#)

[Facebook](#)

[Twitter](#)

[LinkedIn](#)