FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS

DAÍSA GUERREIRO BERNARDES

ERUPÇÃO ESPONTÂNEA DE DENTE RETIDO POR ODONTOMA COMPOSTO: RELATO DE CASO

Bauru

2017

ERUPÇÃO ESPONTÂNEA DE DENTE RETIDO POR ODONTOMA COMPOSTO: RELATO DE CASO

Artigo científico apresentado ao curso de Especialização *Latu sensu* da FACSETE como requisito parcial para obtenção do título de Ortodontista, sob orientação do Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli.

Bauru

2017

Bernardes, Daísa Guerreiro.
Erupção espontânea de dente retido por odontoma composto: relato de caso / Daísa Guerreiro Bernardes. 2017
_____f.; il.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli.
Monografia (Especialização) – Faculdade Sete Lagoas, 2017

1.Odontoma Composto. 2. Dilaceração Radicular.
I. . II. Fabrício Pinelli Valarelli

Monografia intitulada " Erupção espontânea de dente retido por odontoma composto: relato de caso" de autoria da aluna Daísa Guerreiro Bernardes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Prof.

_____

Prof.

_____

Prof.

Bauru

2017

RESUMO:

O tratamento ortodôntico envolve a abordagem das alterações da oclusão desde a dentadura decídua até a permanente. No período de transição da dentadura mista para a permanente poderão ocorrer problemas de impacções dentárias. O diagnóstico diferencial determina o protocolo de tratamento efetivo e quando não diagnosticadas, ou tratadas inadequadamente podem resultar no desenvolvimento de problemas, tais como: más oclusões, reabsorções de dentes adjacentes e formações císticas. Este trabalho tem como objetivo mostrar as dificuldades encontradas no tratamento ortodôntico onde houve um atraso de erupção e impacção de um primeiro molar inferior e como foi atingido o sucesso, apesar de todas as peculiaridades do caso.

Palavras-chave: Odontoma, dente impactado, erupção dentária.

ABSTRACT:

Orthodontic treatment involves the approach of occlusion changes from the deciduous to permanent dentition. In the transition period from the mixed to the permanent dentition, problems of dental impactions may occur. Differential diagnosis determines the protocol of effective treatment and when undiagnosed or inadequately treated may result in the development of problems such as: malocclusions, resorptions of adjacent teeth and cystic formations. This study aims to show the difficulties encountered in orthodontic treatment where there was a delay of eruption and impaction of a lower first molar and how success was achieved, despite all the peculiarities of the case.

KEYWORDS: Odontoma, Impacted Tooth, Tooth Eruption.

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Fotografias extrabucais ao início do tratamento 9
Figura 2: Fotografias intrabucais ao início do tratamento 9
Figura 3: Radiografias iniciais 10
Figura 4: Cortes da tomografia 11
Figura 5: vista frontal, lateral e oclusal com aparelho fixo após a cirurgia de remoção do odontoma 12
Figura 6: vista frontal, lateral e oclusal com aparelho fixo após inclusão do 46 no arco 13
Figura 7: periapical de acompanhamento 13
Figura 8: vista frontal, lateral e oclusal com uso de mola aberta entre o 45 e 46 e caninos e molares em Classe I 14
Figura 9: vista frontal, lateral e oclusal com uso de elástico de intercuspidação 14
Figura 10: Fotografias extrabucais finais 15
Figura 11: Fotografias intrabucais finais 15
Figura 12: Radiografias finais 16

Sumário

INTRODUÇÃO 8
1.0 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO 8
2a- Opções de tratamento: 11
2b- Tratamento: 12
3.0 DISCUSSÃO 17
4.0 CONCLUSÃO 20
REFERÊNCIAS: 21

INTRODUÇÃO

Os atrasos de erupção dos dentes permanentes são corriqueiros na odontologia atual e podem ter vários fatores etiológicos. Por esse motivo o ortodontista deve estar atento aos sinais e fazer o diagnóstico correto para elaborar um plano de tratamento efetivo e promover uma boa oclusão, evitando outros problemas secundários.

Os odontomas são tumores benignos de grande ocorrência e comumente estão associados aos atrasos de erupção por bloquearem o trajeto de irrompimento dos dentes.

Nesses casos, o mais recomendado na literatura como opção terapêutica é a remoção cirúrgica do odontoma e colagem do acessório para tracionamento do dente retido, pois o irrompimento espontâneo pode ser dificultado[3,12,16].

Os dentes que possuem um bloqueio no trajeto de erupção durante a rizogênese podem desenvolver anomalias de desenvolvimento como as dilacerações radiculares, onde a raiz se forma com uma curvatura acentuada em relação a coroa do dente.

O sucesso do irrompimento do dente impactado dependerá do grau de dilaceração, da posição do dente e do estágio de formação radicular. [6]

Por isso, este trabalho tem o objetivo de apresentar o tratamento de um paciente que teve atraso da erupção do primeiro molar permanente inferior devido a um odontoma composto e a formação da raiz ocorreu em contato com a cortical mandibular inferior e com o canal mandibular, formando uma séria dilaceração radicular. Ao final do tratamento houve o alinhamento do dente no arco com restabelecimento da função e oclusão, sem a necessidade de tracionamento cirúrgico ou erupção guiada cirurgicamente.

1.0 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente G. M. L., 11 anos de idade, procurou a clínica ortodôntica queixando-se do atraso na erupção do primeiro molar inferior direito.

Analisando o perfil inicial do paciente observou-se boas proporções entre os terços faciais, um perfil reto com pequena alteração da linha média dentária em relação a linha média da face e selamento labial satisfatório. (Figura 1).



Figura 1: Fotografias extrabucais ao início do tratamento

Na análise intrabucal observou-se que o paciente estava no segundo período transitório com erupção dos pré-molares, apresentando alguns dentes com mordida cruzada. Na região do primeiro molar inferior direito a gengiva estava hiperplasiada e parte da coroa visível. (Figura 2).



Figura 2: Fotografias intrabucais ao início do tratamento

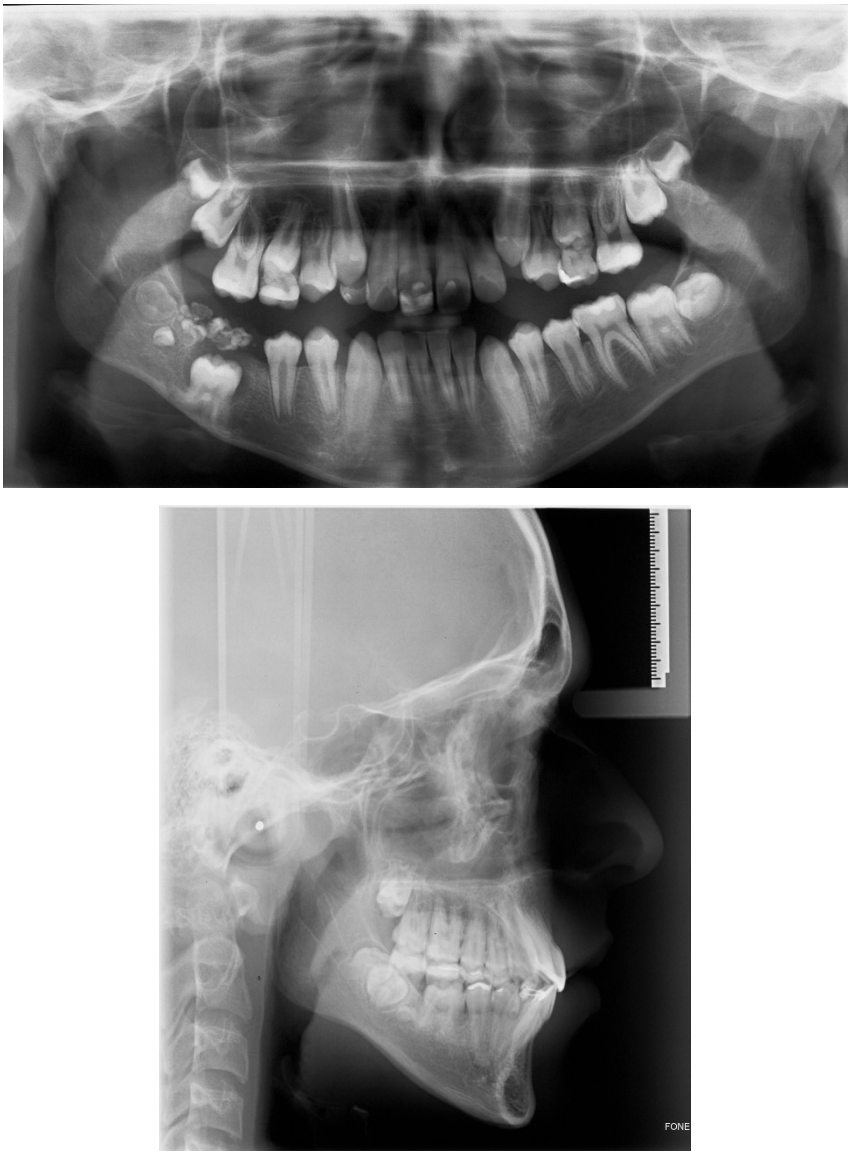


Figura 3: Radiografias iniciais

Na análise da documentação foi observado ausência do dente 47 e uma estrutura anormal bloqueando a erupção do dente 46 e pela sua localização próxima ao nervo mandibular foi pedido um exame tomográfico da região em questão para melhor diagnóstico e planejamento (Figuras 3 e 4).

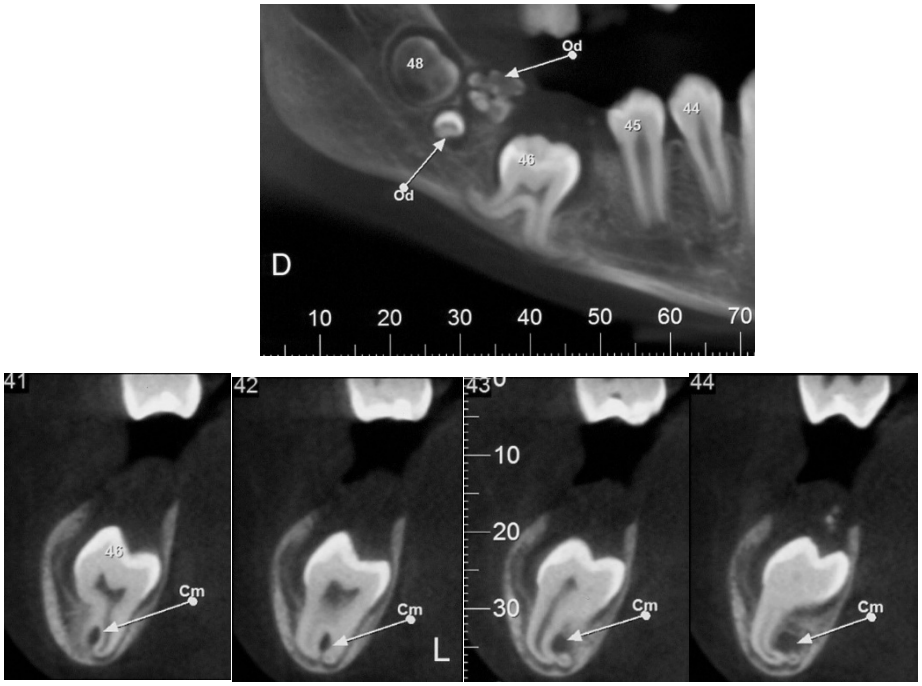


Figura 4: Cortes da tomografia

Após análise das imagens o diagnóstico feito foi de um odontoma composto na região, bloqueando o trajeto do dente 46, que se apresentava próximo a cortical mandibular inferior. Pela posição prejudicada do dente durante sua formação, houve uma dilaceração radicular em contato com o canal do nervo mandibular, contornando-o (Figura 4).

2a- Opções de tratamento:

O paciente foi encaminhado para realizar a cirurgia de remoção do odontoma e quanto ao dente 46, as opções de tratamento propostas eram: Exodontia do 46 seguido de colocação de implante na região, manutenção do dente no local ou por último, tentativa de tracionamento do dente.

Devido a sua relação com o canal do nervo mandibular, a opção de extração do dente foi excluída para evitar o risco de parestesia. A manutenção do dente no local também foi excluída por não possibilitar a posterior reabilitação com implantes na área.

Por fim, o tratamento escolhido foi a realização da cirurgia de remoção do odontoma e colagem de acessório para tentativa de tracionamento.

2b- Tratamento:

Foi feita a cirurgia de remoção do odontoma, durante a qual houve complicações locais que impossibilitaram a colagem do acessório, sendo planejado, portanto, um novo acesso cirúrgico futuramente.

Após a remoção do odontoma foram feitas as extrações dos dentes decíduos e colagem do aparelho fixo pré-ajustado da marca Morelli prescrição Roth 0.022x 0.028” com início do alinhamento e nivelamento.

Após 4 meses da remoção do odontoma foi observado a erupção espontânea do dente 46 sem a necessidade do acesso para colagem do acessório de tracionamento, sendo possível dar continuidade ao caso.

O tratamento ocorreu com a evolução dos fios, começando com 0.014” de Nitinol com mola aberta para obtenção de espaço para a erupção dos caninos superiores mantendo este fio até a inclusão dos dentes no arco e seguindo o alinhamento com 0.016” e 0.018” NiTi (Figura 5). A partir do fio 0.018” aço deu-se início a acentuação e reversão da curva de Spee até alcançar o fio 0.017x 0.025” de aço com curva.



Figura 5: vista frontal, lateral e oclusal com aparelho fixo após a cirurgia de remoção do odontoma

Com 18 meses de tratamento a vestibular do dente 46 foi exposta, possibilitando a colagem do tubo para início do seu alinhamento e nivelamento com realização de um levante oclusal do lado esquerdo e fio 0.014” NiTi. Seguiu-se com o

alinhamento com 0.016” e 0.018” NiTi, enquanto no superior foi mantido o fio de 0.017x0.025” de aço (figura 6).

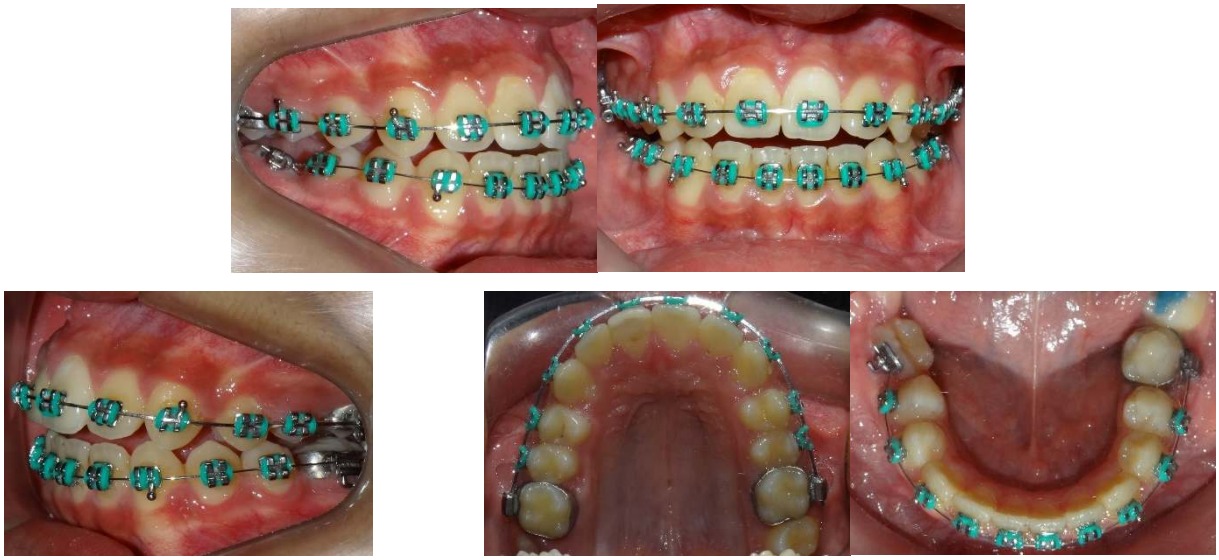


Figura 6: vista frontal, lateral e oclusal com aparelho fixo após inclusão do 46 no arco

Após a inclusão do dente 46 no arco foi pedido um o raio X periapical de acompanhamento onde nota-se uma parte residual do odontoma na distal do dente optando-se por sua manutenção até o fim do tratamento para posterior remoção (Figuras 7).



Figura 7: periapical de acompanhamento

Foi colocado mola aberta entre os dentes 45 e 46 para melhorar a posição do dente 46 causando o giro para distal e aumentando a distância entre eles, possibilitando uma recolagem do tubo em uma posição mais favorável (Figura 8).

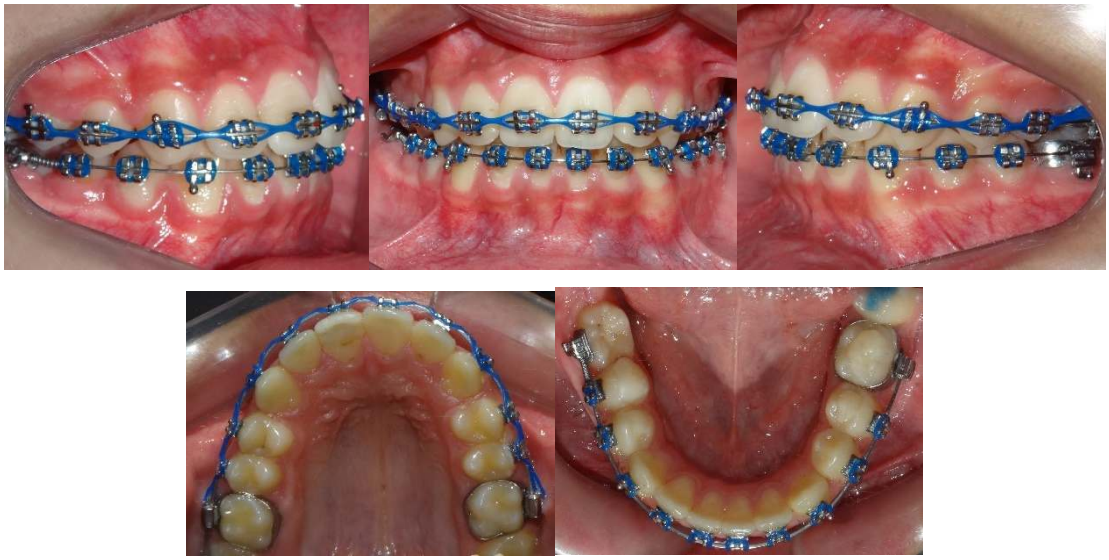


Figura 8: vista frontal, lateral e oclusal com uso de mola aberta entre o 45 e 46 e caninos e molares em Classe I

Ao fim do alinhamento e nivelamento no fio .019x.025” de aço, foi iniciado o uso de elástico 3/16” para correção da Classe II esquerda (de canino superior a molar inferior) e Classe III direita (do canino inferior ao molar superior).

O caso foi finalizado com desgaste do levante oclusal, molar (46) ocluindo com o antagonista e o uso de elásticos 1/8” para intercuspidação (Figura 9).

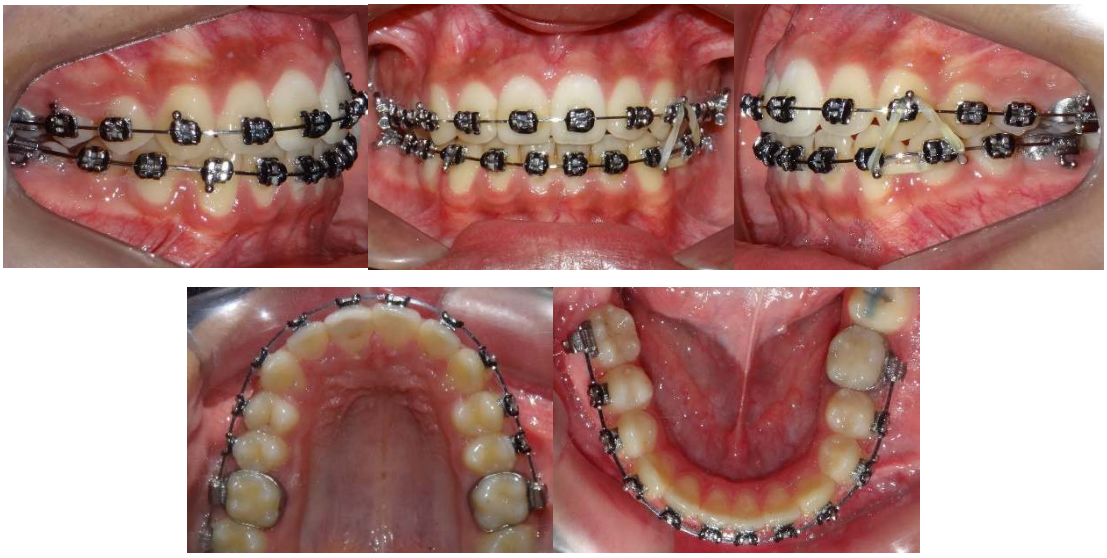


Figura 9: vista frontal, lateral e oclusal com uso de elástico de intercuspidação

Após a remoção do aparelho observou-se que apesar da dilaceração radicular severa o dente atingiu a posição desejada sem danos ao nervo mandibular, mostrando o sucesso do tratamento (Figuras 10, 11 E 12).



Figura 10: Fotografias extrabucais finais



Figura 11: Fotografias intrabucais finais

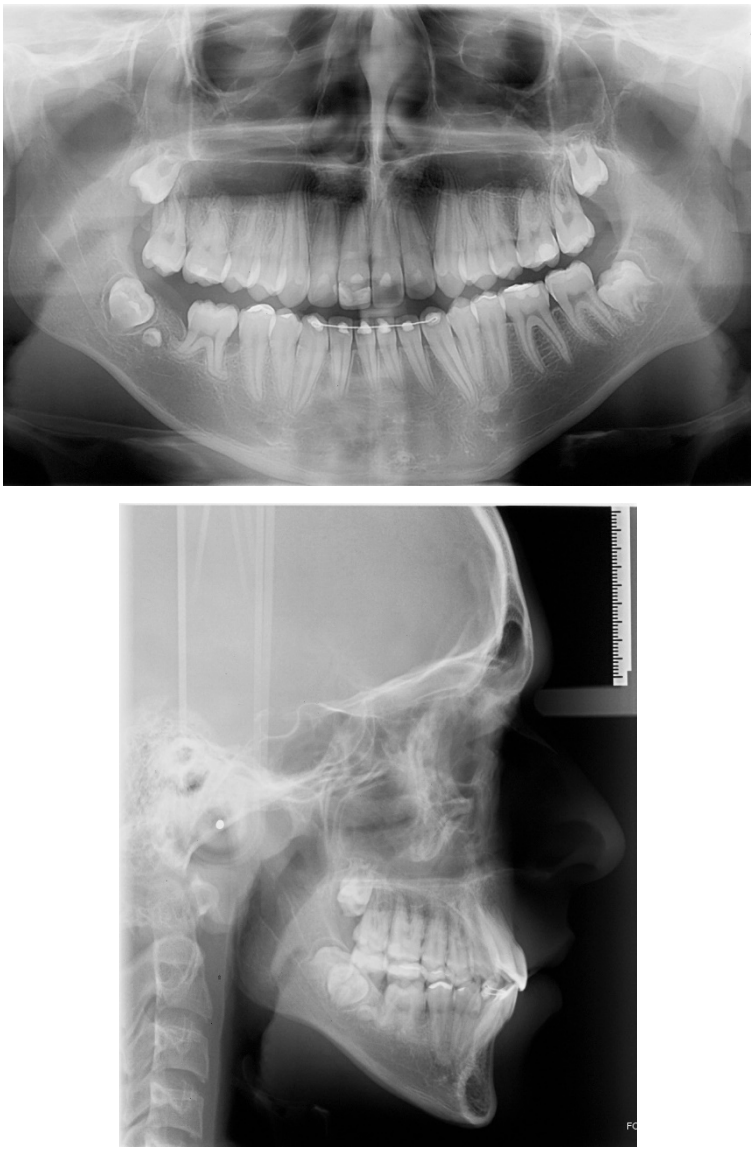


Figura 12: Radiografias finais

3.0 DISCUSSÃO

Durante um longo período do desenvolvimento da criança ocorre a transição da dentadura decídua para a permanente, onde temos uma grande suscetibilidade aos mais variados tipos de problemas que podem causar atrasos de erupção.

O acompanhamento clínico e radiográfico neste período pode evitar complicações decorrentes e proporcionar um controle para oclusão correta.

Os primeiros molares permanentes são dentes que geralmente possuem um desenvolvimento e erupção estáveis com rara ocorrência de agenesias ou atrasos. [14]

Apesar de raro, o atraso de erupção dos primeiros molares pode ter como etiologia: falta de espaço no arco dentário, angulação para distal dos segundos molares decíduos, cistos, tumores e dentes supranumerários.

No caso citado neste artigo, o atraso de erupção ocorreu devido a um tumor odontogênico diagnosticado como Odontoma Composto, com aparecimento do mesmo na cavidade oral. Segundo a literatura atual,[20] [10,13] são raras as circunstâncias que um odontoma irrompe na cavidade oral.

Os odontomas são conhecidos como o tipo mais encontrado de tumor odontogênico, presentes em 70% dos casos e estão amplamente ligados aos atrasos de erupção. [5,7,11].

Histologicamente são caracterizados por uma proliferação exagerada da lâmina dentária, possuindo todos os tecidos dentários representados ou não de forma organizada. Quando tem a morfologia que remete aos dentes são chamados odontomas compostos e quando possuem uma massa dentária com tecidos desorganizados, são chamados odontomas complexos.[4,11]

Os odontomas possuem um crescimento lento, de forma benigna e geralmente assintomático (exceto em casos que causam compressão dos tecidos e feixes nervosos), e, portanto, a melhor forma de diagnóstico é a associação do exame clínico e radiográfico.[13]

O tratamento indicado para odontomas é o cirúrgico conservador, com remoção total do tumor. Possui prognóstico bom, com boa neoformação óssea e baixa taxa de recidiva.[13,18]

O odontoma citado, encontrava-se distalmente a coroa do segundo pré-molar inferior, uma localização não comumente citada. Na maioria dos casos (62%) os odontomas compostos são encontrados na região anterior da maxila.[3,8,11] [9,15,19]

Neste caso, a retenção prolongada do primeiro molar permanente inferior causou uma séria dilaceração radicular no dente pela proximidade com a cortical mandibular inferior e com o canal mandibular durante a rizogênese.

As dilacerações radiculares são anomalias dentárias caracterizadas por uma curvatura anormal da raiz em relação a coroa do dente, geralmente com etiologia traumática ou por fatores que causam um desenvolvimento anormal da raiz como dentes supranumerários, cistos, tumores, falta de espaço, doenças ósseas, fenda palatina, entre outros.[2]

Os dentes que possuem dilaceração radicular podem ser submetidos ao tracionamento ortodôntico, mas o seu sucesso vai depender do grau de severidade. Deve-se aplicar forças suaves evitando problemas na vitalidade do dente e perda óssea na região cervical. Em alguns casos, quando a intensidade da dilaceração for muito acentuada e não for possível um tracionamento saudável, é necessário optar pela extração e reabilitação do espaço. [2]

A extração do dente deste paciente foi descartada pela sua localização e dificuldade de reabilitação. A opção mais viável foi a tentativa de tracionamento do dente após a remoção cirúrgica do odontoma.

Apesar de ser fortemente recomendado na literatura a remoção cirúrgica e a colagem do acessório em um mesmo momento, complicações locais durante o procedimento, impossibilitaram o início do tracionamento. [3,12,16]

Um replanejamento do caso foi feito, que consistia em um novo acesso cirúrgico após 6 meses de cicatrização para remoção do odontoma residual e colagem do acessório. Entretanto, no quarto mês pós cirúrgico houve erupção espontânea do dente, apesar das dificuldades de localização e dilaceração radicular.

An et al [1], em um estudo retrospectivo, avaliou 73 casos de dentes permanentes impactados por odontomas e mostrou que 23 dentes foram salvos através de tratamento ortodôntico, reposicionamento cirúrgico ou erupção normal, sendo apenas 7% destes casos com erupção espontânea.

Tomizawa em seu estudo[17] encontrou que apenas 8 de 25 dentes impactados erupcionaram espontaneamente após a remoção do odontoma. Esses pacientes foram observados durante três meses pós-cirúrgico e quando não houve erupção foi feita exposição cirúrgica da coroa com ou sem tracionamento ortodôntico.

Não foram encontrados estudos que relatassem a erupção espontânea de dentes retidos por odontomas que possuíam dilaceração radicular severa.

Como houveram dificuldades durante a exérese, radiograficamente é possível constatar que há uma parte residual do odontoma e futuramente será necessário acompanhamento e remoção para evitar outros problemas.

Há ainda a necessidade de acompanhar o desenvolvimento do terceiro molar (48) devendo decidir sobre a sua extração ou mesialização para ocupar a posição do segundo molar (47) com retratamento ortodôntico.

4.0 CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar das dificuldades apresentadas, o diagnóstico e planejamento adequado favoreceram a resolução do caso sem causar perda dentária nem funcional no local.

REFERÊNCIAS:

Primary Sources

Secondary Sources

Uncategorized References

1. AN, S.Y.; AN, C.H.; CHOI, K.S. Odontoma: a retrospective study of 73 cases. **Imaging Sci Dent**, v. 42, n. 2, p. 77-81, Jun 2012.
2. AZEVEDO CDB, R.B., PEREIRA JLC, SOUZA PS, IZAR BRS, MANZI FR. Dilaceração Radicular: Relato de caso clínico. **Rev. bras. odontol.**, v. 72, n. 1/2, p. 118-121, 2015.
3. BALDAWA, R.S.; KHANTE, K.C.; KALBURGE, J.V.; KASAT, V.O. Orthodontic management of an impacted maxillary incisor due to odontoma. **Contemp Clin Dent**, v. 2, n. 1, p. 37-40, Jan 2011.
4. CASSARO, G.D.C. **Odontoma Complexo mandibular associado a canino incluso, tratamento cirúrgico com enxerto ósseo: Relato de caso clínico**. In: LONDRINA, U. E. D., editor.; 2013.
5. DE OLIVEIRA, B.H.; CAMPOS, V.; MARCAL, S. Compound odontoma--diagnosis and treatment: three case reports. **Pediatr Dent**, v. 23, n. 2, p. 151-157, Mar-Apr 2001.
6. DUTRA SR, C.K., LAGES EMB, DRUMMOND AF, FIGUEIRA AMS. Dentes com dilaceração radicular: Revisão de literatura e apresentação de um caso clínico/ Tooth with root dilaceration: literature review and a case report. **Rev ortodontia SPO**, v. 40, n. 3, p. 216-221, 2007.
7. LUKES, S.M.; WACHTER, K.M. Compound odontoma: a case study. **J Dent Hyg**, v. 77, n. 1, p. 47-49, Winter 2003.
8. MACHADO CDE, V.; KNOP, L.A.; DA ROCHA, M.C.; TELLES, P.D. Impacted permanent incisors associated with compound odontoma. **BMJ Case Rep**, v. 2015, n., p., Jan 12 2015.
9. MEHRA, P.; SINGH, H. Complex composite odontoma associated with impacted tooth: A case report. **N Y State Dent J**, v. 73, n. 2, p. 38-40, Mar 2007.
10. MICHALISZYN, G.F. **Odontoma Composto: Relato de caso**. In: SUL, U. F. D. R. G. D., editor. Porto Alegre, BR-RS; 2016.
11. NEVILLE BW, D.D., ALLEN CM, BOUQUOT JE. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 3th edition ed: Saunders Elsevier, 1995.
12. SALGADO H, M.P. Compound Odontoma: case report. **Rev Port Estomatol Cir MAxilofac**, v. 54, n. 5, p. 161, 2013.
13. SERRA-SERRA, G.; BERINI-AYTES, L.; GAY-ESCODA, C. Erupted odontomas: a report of three cases and review of the literature. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 14, n. 6, p. E299-303, Jun 01 2009.
14. SILVA FILHO OG, G.D., LARA TS. Artes Médicas, 2013.
15. SINGER, S.R.; MUPPARAPU, M.; MILLES, M.; RINAGGIO, J.; PISANO, D.; QUARANTA, P. Unusually large complex odontoma in maxillary sinus associated with unerupted tooth. Report of case and review of literature. **N Y State Dent J**, v. 73, n. 4, p. 51-53, Jun-Jul 2007.
16. SREEDHARAN, S.; KRISHNAN, I.S. Compound odontoma associated with impacted maxillary incisors. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v. 30, n. 3, p. 275-278, Jul-Sep 2012.
17. TOMIZAWA, M.; OTSUKA, Y.; NODA, T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. **Int J Paediatr Dent**, v. 15, n. 1, p. 37-43, Jan 2005.
18. TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 2 edição ed. São Paulo: Pancast, 1998.

19. TROELTZSCH, M.; LIEDTKE, J.; TROELTZSCH, V.; FRANKENBERGER, R.; STEINER, T.; TROELTZSCH, M. Odontoma-associated tooth impaction: accurate diagnosis with simple methods? Case report and literature review. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 70, n. 10, p. e516-520, Oct 2012.
20. WHITE SC, P.M. **Radiologia Oral - Fundamentos e Interpretação**. 5 edição ed: Elsevier, 2007.