

Acesso Extra-Oral para Reconstrução Primária em Odontoma Complexo Raro em Mandíbula

Kuramochi MM*, Vanti LA**, Berenguel IA***, Pereira WL****, Zangrando D*****

Resumo: A exérese de odontomas complexos de grandes dimensões em mandíbula, utilizando-se acesso submandibular extra-oral é uma variação de técnica pouco utilizada, das várias descritas na literatura. Neste artigo faz-se uma revisão de literatura sobre odontomas complexos, seguida da apresentação do caso e discussão das opções de técnicas cirúrgicas. Relatam-se também os cuidados com a exérese da lesão e estabilização dos cotos ósseos através de reconstrução primária com placa e parafusos de titânio.

Palavras-Chave: Odontoma complexo; Mandíbula; Tumores odontogênicos; Reconstrução mandibular

Abstract: The excision of large complex odontoma using an extraoral approach is an effective and rare technique in despite of many others described in the literature. This paper makes a review about complex odontomas, followed by the case presentation and discussion about surgical techniques options. It was related cares with the lesion removing and the stabilization of the bone stump with titanium plate and screws.

Key-words: Complex odontoma; Mandible; Odontogenic tumors; Mandibular reconstruction

(Kuramochi MM, Vanti LA, Berenguel IA, Pereira WL, Zangrando D. Acesso Extra-Oral para Reconstrução Primária em Odontoma Complexo Raro em Mandíbula. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2006;47:35-40)

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Regional Sul - São Paulo.

* Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional Sul e Mestre em Cirurgia Buco-maxilo-facial pela Universidade Paulista.

** Membro da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional Sul e Mestrando em Cirurgia Buco-maxilo-facial pela Universidade de São Paulo.

*** Membro da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional Sul e Mestrando em Cirurgia Buco-maxilo-facial pela Universidade de Marília.

**** Membro da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional Sul e Especialista em Cirurgia Buco-maxilo-facial pela Universidade de São Paulo.

***** Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional Sul.

INTRODUÇÃO

Os odontomas são o tipo mais comuns de tumores odontogênicos⁽¹⁾. Estas lesões benignas são definidas como anomalias de desenvolvimento (hamartomas)^(2,3,4), não sendo assim consideradas verdadeiras neoplasias. Os factores etiológicos, embora obscuros, podem relacionar-se ao trauma local, infecção e fator genético⁽⁵⁾. A composição estrutural de um odontoma consiste em tecido dental maduro (esmalte, dentina, cemento e tecido pulpar). Os odontomas podem ser diferenciados segundo suas apre-

sentações anatómicas em: odontoma composto - vários denticulos aglomerados e odontoma complexo - massa tumeriforme bem definida⁽⁶⁾.

Os odontomas complexos são mais raros e normalmente apresentam curso evolutivo assintomático, podendo ocasionar impacção e/ou malposicionamento dentário e aumento de volume local. O diagnóstico pode ser executado por exame radiográfico nas segunda e terceira décadas de vida, parecendo não haver predilecção pela maxila ou mandíbula. As imagens radiográficas apresentam limites bem definidos da lesão, sem forma específica, aspecto radiopaco e aparência de massa irregular desorganizada⁽⁷⁾.

A terapêutica geralmente preconizada inclui exérese completa da lesão sem margem de segurança já que não há relatos de recidivas. Entretanto, deve ser feita avaliação histológica devido à rara possibilidade de se tratar de um odontoma ameloblástico⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO

A paciente S.P.M., 20 anos, sexo feminino, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial do Hospital Regional Sul (SP) relatando dor espontânea, aumento de volume na hemiface esquerda e limitação de abertura bucal. Inicialmente optou-se por exame radiográfico panorâmico no qual observou-se imagem densa, radiopaca, com limites bem definidos e tamanho de aproximadamente 6cmx3cmx4cm na região de corpo-ângulo mandibular esquerdo. Observou-se ausência de elementos dentais (dentes 36, 37 e 38) em região posterior inferior esquerda (Figura 1).

Ao exame clínico intrabucal, constatou-se a existência de contato oclusal directo dos dentes antagonistas (27 e 28) sobre o rebordo inferior. Este factor poderia estar associado à infecção da lesão, já que foi instaurada uma solução de continuidade.

Devido a infecção presente, foi realizada antibioterapia com Cefalosporina (500mg de 6 em 6 horas por 7 dias) associada ao Diclofenaco Sódico (50mg de 8 em 8 horas por 3 dias). A paciente foi instruída a executar termoterapia com calor na região afectada visando amenizar a sintomatologia apresentada (mialgia e trismo).

Após 15 dias, realizou-se tomadas tomográficas computadorizadas (TC helicoidal) com cortes axiais e coronais para orientação da equipe quanto aos limites precisos da lesão e eventuais acometimentos de estruturas nobres (Figuras 2 e 3). Através de biópsia incisional no permeio da lesão e posterior análise histopatológica, constatou-se o diagnóstico nosológico.

Durante o período de aguardo do laudo histopatológico, a paciente apresentou dois episódios de infecção local, havendo necessidade de drenagem extra-oral e antibioterapia. Após a confirmação do diagnóstico programou-se a exérese total da lesão sob anestesia geral em âmbito hospitalar. O primeiro passo cirúrgico realizado foi a estabilização da oclusão mediante bloqueio maxilo-mandibular com auxílio de amarrias tipo Ivy superior e inferior confeccionadas com fios de aço 1-0 (Aciflex®).

O acesso de escolha foi extra-oral submandibular

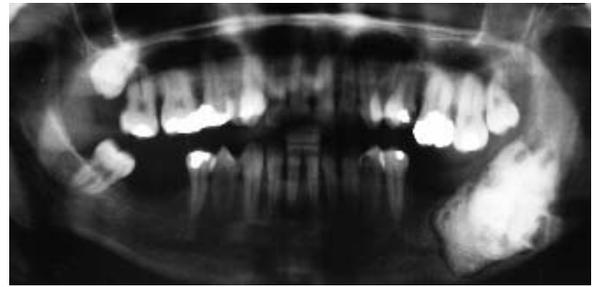


Figura 1 - Radiografia panorâmica inicial

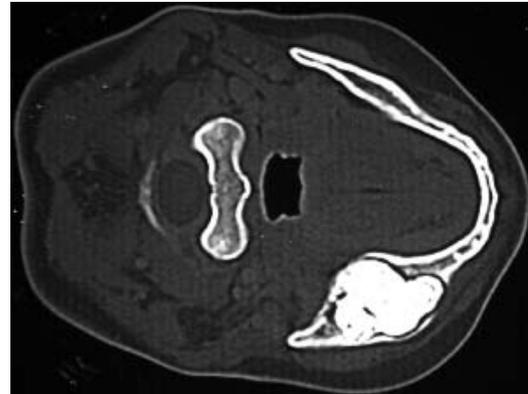


Figura 2 - Tomografia computadorizada (corte axial)

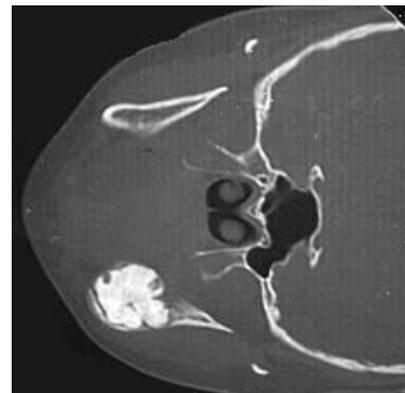


Figura 3 - Tomografia computadorizada (corte coronal)

devido à extensão da lesão e do risco eminente de fratura da basilar mandibular (Figura 4).

Para remoção completa da lesão foi executada osteotomia da tábua vestibular com alveolótomo, pois esta apresentava consistência papirácea. A lesão apresentou fácil clivagem com auxílio do cinzel tipo goiva, sem necessidade de secção da mesma (Figura 5).

Como previsto, houve fratura da basilar mandibular no trans-operatório. Para redução e estabilização da fratura foi utilizada uma placa reconstrutiva de 2.4 mm de diâmetro (OSTEOMED®) associada a 8 parafusos de 2.4 mm de diâmetro (OSTEOMED®). A placa foi preventivamente pré-do-



Figura 4 - Acesso submandibular

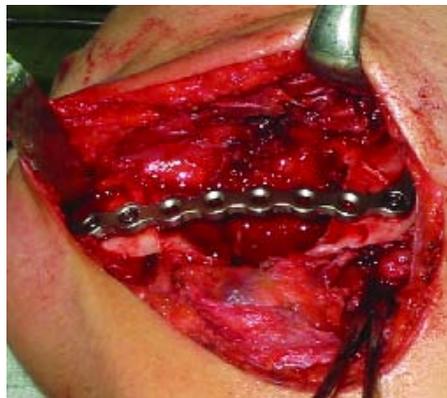


Figura 6 - Placa reconstrutiva de 2,4 mm de diâmetro (OSTEOMED®)

brada no início do procedimento cirúrgico, vislumbrando-se uma possível fractura mandibular. Desta maneira, por meio do bloqueio maxilo-mandibular rígido no trans-operatório, possibilitou-se uma correcta manutenção do perímetro mandibular e oclusão com restabelecimento das funções mastigatórias (Figuras 6 e 7). A sutura foi executada primeiramente com Vicryl 3-0 (ETHICON®) nos planos profundos e utilizou-se nylon 5-0 (ETHICON®) para pele. Após exérese total, a peça foi novamente enviada para análise histopatológica na disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São Paulo (USP) (Figuras 8 e 9). A paciente apresentou parestesia temporária do nervo alveolar inferior do lado esquerdo nos 30 primeiros dias pós-operatórios. O caso está sob controle ambulatorial de um ano, no qual observou-se cicatrização favorável do acesso, manutenção correcta da oclusão e do contorno facial (Figuras 10, 11 e 12). No momento, aguarda-se o término da gravidez para planejamento e execução da segunda intervenção cirúrgica com enxerto autógeno particulado e posterior reabilitação com implantes osteointegrados.

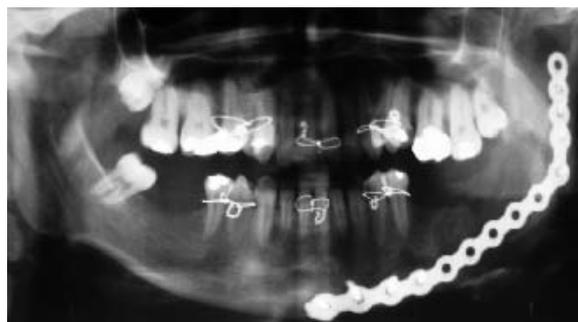


Figura 7 - Radiografia panorâmica evidenciando amarras tipo IVY e placa reconstrutiva.



Figura 8 - Lesão após remoção + fragmentos de tábua óssea vestibular

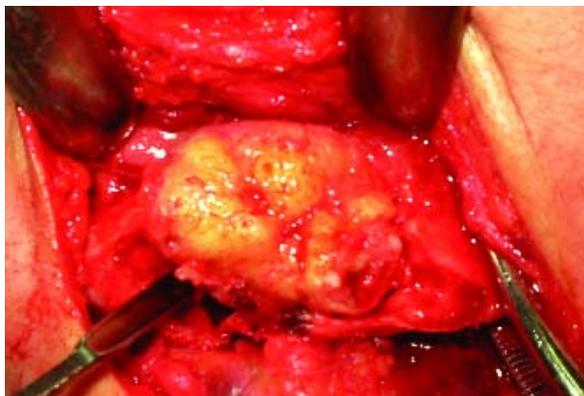


Figura 5 - Exérese da lesão com cinzel tipo Goiva

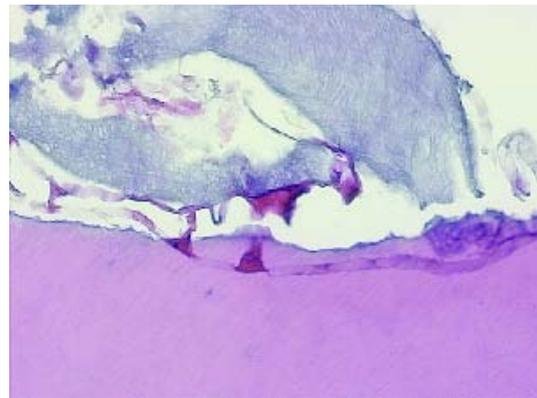


Figura 9 - Aspecto histológico de fotomicrografia do odontoma complexo (aumento de 100X), observa-se estrutura de complexo dentina-esmalte amorfa.



Figura 10 - Aspecto cicatricial após 01 ano



Figura 11 - Contorno facial (vista frontal)



Figura 12 - Oclusão preservada

DISCUSSÃO

Os odontomas complexos correspondem a 25% dos casos de todos os tipos de odontomas e acometem em igual proporção ambos os sexos⁽²⁾. O caso descrito de odontoma complexo nesta paciente do sexo feminino pode ser considerado raro já que apresenta dimensões extensas (6 cm de diâmetro). Estas lesões geralmente atingem diâmetros que variam de milímetros a até 3-4 cm, apresentando

formas variadas⁽⁹⁾.

Segundo Hisatomi *et al*⁽¹⁰⁾, Katz⁽¹¹⁾ e Budnick⁽¹²⁾, o odontoma complexo tem predileção pelo sítio posterior da mandíbula, podendo ou não estar associado a um dente retido ou ausente na região. A presente lesão ocupava a região de transição entre corpo e ângulo mandibular, havendo ausência de dentes na região. Blinder *et al*⁽¹³⁾ relatou quatro possibilidades de acessos para lesões localizadas neste sítio anatómico: extra-oral e intra-oral, sendo a segunda subdividida em três possibilidades: exposição da cortical lingual, exposição da cortical vestibular ou osteotomia unilateral modificada.

Frame⁽¹⁴⁾ e Wong⁽¹⁾ utilizaram a técnica de Barnard⁽¹⁵⁾ para acesso e remoção de odontomas complexos em ângulo mandibular, na qual realizou-se acesso intra-oral associado à execução de osteotomia sagital unilateral modificada. Or & Kisnisci⁽⁶⁾ executaram acesso mucoperiosteal vestibular em lesão que ocupava corpo mandibular. Uma lesão intraóssea na maxila foi reportada por Caton *et al*⁽¹⁶⁾ que optou por um acesso de Partsch de aproximadamente 5cm de extensão na altura da linha de transição da gengiva inserida. Em casos relatados de odontomas complexos no antro maxilar⁽¹⁷⁾ executou-se acesso mucoperiosteal de incisura hamular até região de canino, promovendo bom acesso. Já Currier *et al*⁽¹⁸⁾ utilizaram acesso de Caldwell-Luc associado à pequena osteotomia vestibular. Os autores optaram por este acesso já que um acesso tradicional para terceiros molares com retenção alta resultaria em grande osteotomia em assoalho do seio. Este factor poderia ocasionar uma fístula buco-sinusal ou afectar o crescimento da maxila, pois o paciente apresentava apenas 12 anos de idade⁽¹⁸⁾.

Como outras complicações dos acessos descritos, pode-se relatar a possibilidade de parestesia transitória do nervo mentoniano, disestesia homolateral da língua nos acessos via cortical lingual, possível deiscência de sutura em lesões de grande diâmetro e fractura inesperada com impossibilidade de fixação interna rígida devido a campo restrito. A grande vantagem destes acessos é a ausência de cicatriz.

Devido à localização e tamanho da lesão no presente caso clínico, optou-se por execução de acesso cirúrgico extra-oral do tipo submandibular como descrito por Savitha & Cariappa⁽¹⁹⁾.

Esta técnica justifica-se por gerar ampla visão dos ápices dentários dos elementos circunvizinhos e visão directa do feixe vâsculo-nervoso. Além disso, esta abordagem possibilita acesso suficiente para realização de fixação interna rígida, devolvendo de imediato as condições mastigatórias e psicossociais da paciente⁽¹⁹⁾. Em decorrência dessa

opção cirúrgica, a paciente pode evoluir com neuropraxia transitória do nervo marginal mandibular e possibilidade de cicatrização hipertrófica na região do acesso. Estas complicações podem ser minimizadas, se o cirurgião tiver intimidade com a região anatômica do acesso e ser realizado o histórico médico progresso constando o padrão cicatricial da paciente.

Em casos executados por outros autores que utilizaram acessos intra-orais^(1,14e20), houve necessidade da manutenção de bloqueio maxilo-mandibular rígido pelo período de 3 a 6 semanas no pós-operatório devido a fragilidade mandibular, sendo esta proposta terapêutica nem sempre aceita pelos pacientes.

Em relação à remoção cirúrgica de odontomas complexos intra-ósseos, muitas vezes não se faz necessária a secção da lesão devido a presença de cápsula fibrosa ao redor dos mesmos, facilitando seu destacamento⁽²¹⁾. Este

factor foi observado aquando da remoção da presente lesão, que facilmente se destacou dos tecidos adjacentes.

CONCLUSÕES

Em odontomas complexos de dimensões menores, o acesso de escolha pode ser intra-oral. No entanto, é lícito concluir que abordagens extra-orais como a submandibular descrita, devem ser consideradas devido ao tamanho da lesão, garantia da oclusão e perímetro mandibular, além da devolução imediata das funções mastigatórias com reconstrução primária por placa e parafusos de titânio. Apesar de autores relatarem a possibilidade de enxertia em sítios infectados, decidiu-se por execução de enxertia óssea e colocação de implantes osteointegrados em segundo tempo cirúrgico em virtude de menor morbidade cirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Wong GB. Surgical management of a large, complex mandibular odontoma by unilateral sagittal split osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 179-182.
- 2 - Shafer GW, Hine MK, Levy BM. Cistos e Tumores de Origem Odontogênica. In: *Tratado de Patologia Bucal*. Ed Guanabara Koogan, 2000: 285-287.
- 3 - Waldron CA. Cistos e tumores odontogênicos. In: Neville WB, Damm DD, Allen MC, Bouquot EJ. *Patologia Oral & Maxilofacial*. Ed Guanabara Koogan, 1998: 518-520.
- 4 - Regezi JA, Sciubba JJ. Tumores Odontogênicos. In: *Patologia Bucal: Correlações Clínicopatológicas*. Ed Guanabara Koogan, 2000: 316-317.
- 5 - Rad AS, Reid J. Delayed eruption of a permanent molar associated with a complex odontoma: Report of case. *J Dent Child* 1996; 63: 299-301.
- 6 - Marx RE, Stern D. Odontogenic Tumors: Hamartomas and Neoplasms. In *Oral and Maxillofacial Pathology: A Rational For Diagnosis and Treatment*. Quintessence Publishing Co, 2003:678-679.
- 7 - Kaneko M, Fukuda M, Sano T, Ohnishi T, Hosokawa Y. Microradiographic and microscopic investigation of a rare case of complex odontoma. *Oral Surg Med Pathol* 1998; 86: 131-134.
- 8 - Or S, Kisinisci R. Complex odontoma of the mandible. Report of a case. *Quintessence Int* 1987; 18: 159-161.
- 9 - Fucci G, Ciccarelli R, Volpe A, Mollica V. Odontoma composto ed odontoma complesso. *Considerazioni radiologiche*. *Min Stom* 1984; 33: 957-960.
10. Hisatomi M, Asaumi JJ, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Case reports*. *Oral Dis* 2002; 8: 100-105.
- 11 - Katz WR. An analysis of compound and complex odontomas. *J Dent Child* 1989; 56: 445-449.
- 12 - Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg* 1976; 42: 501-506.
- 13 - Blinder D, Peleg M, Taicher S. Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. *Int. J. Oral Maxillofac Surg*. 1993; 22:163-165

- 
- 14 - Frame JW. Surgical excision of a large complex composite odontome of the mandible. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986; 24: 47-51.
 - 15 - Barnard D. Surgical access to a Complex composite odontome by sagittal splitting of the mandible. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1983; 21: 44-48.
 - 16 - Caton RB, Marble HB, Topazian RG. Complex odontoma in the maxillary sinus. *Oral Surg Med Pathol* 1973; 36:658-662.
 - 17 - Dunn WP, Bollinger TE, Messer EJ, Bass A. Large complex odontoma of the maxilla. *J Oral Surg* 1976; 34: 547-550.
 - 18 - Currier RC, Messer EJ, Abramson AL. Complex odontoma of the maxillary sinus. Report of case. *J Oral Surg* 1975; 33: 45-48.
 - 19 - Savitha K, Cariappa KM. An effective extraoral approach to the mandible. A technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27: 61-62.
 - 20 - Laskin DM, Surgical Management of a large, Complex Mandibular Odontoma by Unilatera Sagittal Split. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:183-184.
 - 21 - Rumel A, Freitas A, Birman EG, Tannous LA, Chacon PTZ, Boraks S. Erupted complex odontoma. Report of case. *Dento-maxillofac Radiol* 1980; 9: 5-9.