

UNIVERSIDADE TIRADENTES

BRENA ALMEIDA SANTOS

EVERTON CARLOS SANTANA ARAUJO

**ODONTOMA COMPOSTO ASSOCIADO A CISTO
ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE EM PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

ARACAJU

2019

BRENA ALMEIDA SANTOS

EVERTON CARLOS SANTANA ARAUJO

**ODONTOMA COMPOSTO ASSOCIADO A CISTO
ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE EM PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Prof^a Dr^a Suzana Papile Maciel.

ARACAJU

2019

BRENA ALMEIDA SANTOS

EVERTON CARLOS SANTANA ARAÚJO

**ODONTOMA COMPOSTO ASSOCIADO A CISTO
ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE EM PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Orientadora: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Suzana Papile Maciel, orientadora dos discentes Brena Almeida Santos e Everton Carlos Santana Araújo, atesto que o trabalho intitulado: “ODONTOMA COMPOSTO ASSOCIADO A CISTO ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Suzana Papile Maciel

*“Seu nível de sucesso raramente excederá seu nível de desenvolvimento pessoal,
pois o sucesso é algo que você atrai pela pessoa em quem se torna”*

Hal Elrod

ODONTOMA COMPOSTO ASSOCIADO A CISTO ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

**Brena Almeida Santos^(a), Everton Carlos Santana Araújo^(b), Suzana Papile
Maciel Carvalho^(c)**

*(a) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; (b) Graduando em
Odontologia – Universidade Tiradentes; (c) Msc. Professora Titular do Curso de
Odontologia – Universidade Tiradentes.*

Resumo

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns, classificados pela Organização Mundial da Saúde como hamartoma, consistem em esmalte, dentina, polpa e cimento; sendo o tipo composto com formatos semelhantes a dente. O cisto odontogênico calcificante, na classificação atual da OMS, publicada em 2017, é denominado como neoplasia, sendo uma lesão odontogênica rara, de comportamento clínico variável e pode ser associado a outras lesões. Este artigo descreve um caso de odontoma composto associado a cisto odontogênico calcificante (COC) em uma menina de 8 anos de idade, que se apresentou com queixa na demora de erupção dentária referente ao elemento dentário incisivo central superior direito. Após os exames clínico e radiológico com diagnóstico inicial de odontoma composto, a intervenção odontológica foi a excisão cirúrgica completa e posterior acompanhamento clínico. O exame histológico constatou o diagnóstico de odontoma composto associado a cisto odontogênico calcificante, combinação rara em indivíduos na primeira década de vida e na dentição mista. O tratamento evoluiu positivamente após cinco meses de acompanhamento e a paciente encontra-se sem sinais de recidiva com necessidade de tratamento ortodôntico.

Palavras-chave: odontoma; supranumerário; maxila; dente impactado; cisto odontogênico calcificante.

COMPOUND ODONTOMA ASSOCIATED WITH CALCIFIC ODONTOGENIC CYST IN AN ODONTO-PEDIATRIC PATIENT: A CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

Odontomas are the most common odontogenic tumors, classified by the World Health Organization as hamartoma, they consist of enamel, dentine, pulp and cementum; being the compound type with formats similar to a tooth. The calcifying odontogenic cyst, in the current WHO classification, published in 2017, is called neoplasia, a rare odontogenic lesion with variable clinical behavior and might be associated with other lesions. This paper describes a case of composite odontoma associated with a calcifying odontogenic cyst (COC) in an 8-year-old girl who complained of delayed eruption of the right upper incisor. After the clinical and radiological exams with initial diagnosis of composite odontoma, the dental intervention taken was the complete surgical excision and subsequent clinical follow-up. The histological examination verified the diagnosis of composite odontoma associated with a calcifying odontogenic cyst, a rare combination in individuals in the first decade of life and in the mixed dentition. The treatment evolved positively after five months of follow-up and the patient was without signs of relapse requiring orthodontic treatment.

Keywords: odontoma; supernumerary; jaw; impacted tooth; calcifying odontogenic cyst.

1. INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tipos mais comuns e prevalentes de tumores odontogênicos, porém, mesmo sendo considerados como um tumor, a OMS os classifica como hamartoma. Quando totalmente desenvolvidos, consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de cimento e polpa. Clinicamente, essa formação é detectada em exames de rotina ou na investigação dos atrasos de erupção, não existindo predileção por gênero.

Os odontomas são subdivididos em tipo composto e complexo. O odontoma composto é formado por múltiplas estruturas pequenas semelhantes a dentes, sendo sua localização mais frequente na região anterior da maxila, com envolvimento maior dos caninos. Este tipo aparece com mais frequência, e devem ser obrigatoriamente submetidos a exame microscópico para confirmação do diagnóstico (NEVILLE et al.,2009; 2016).

Sua etiologia ainda é investigada, mas acredita-se que traumas, infecções, mutações ou pressão no local de formação possam causar um distúrbio de malformação (MORAES et al.,2017; MALAYS, 2017). Em relação as mutações, a fatores genéticos como a interferência epigenética nos genes que regulam a histo e morfodiferenciação dentária, herança genética de genes anormais, mutação nos genes: FGF, SHH (hedgehog), WNT, B Catenina, Sema3A (semaforina) (FUJII et.al.,2019).

A retenção prolongada de um elemento dentário decíduo ou a não erupção do dente permanente mesmo após a esfoliação do seu antecessor são características comuns nos casos de odontoma. Assim, a detecção dessa alteração geralmente ocorre nas duas primeiras décadas de vida. O exame radiográfico é determinante para o diagnóstico da alteração, sendo a radiografia panorâmica e periapical as mais utilizadas. Uma vez detectada a alteração, a TCFC (Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico) surge como uma ferramenta importante na localização, extensão e relação com as estruturas adjacentes (PACIFICI et al., 2015).

Pela classificação de 2017 da OMS, lesões anteriormente tumorais como tumor odontogênico cístico calcificante foram enquadradas novamente na categoria de cisto odontogênico (EL-NAGGAR et al.,2017; WRIGHT et al., 2017).

O cisto odontogênico calcificante é relativamente raro e pode estar associado a outras lesões odontogênicas, sendo o odontoma mais comumente associado (MANDÚ et al., 2016).

O tratamento, tanto para o odontoma composto quanto o COC é sua completa enucleação cirúrgica, pelo fato de apresentarem baixos índices de recidiva, e, um excelente prognóstico, não sendo necessária realização de margem de segurança, pois apresentam ótima clivagem (RIBEIRO et al.,2015; MANDÚ et al., 2016).

E, nos casos de intervenção cirúrgica em pacientes odontopediátricos, as técnicas de manejo comportamental podem ser amplamente utilizadas na abordagem da criança no consultório odontológico, possibilitando assim, a otimização do atendimento. Contudo, o profissional deve ter conhecimento e embasamento suficiente para discernir uma técnica da outra, elegendo a mais adequada para cada paciente (SILVA et al. 2016).

O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico no qual a presença do odontoma composto associado a um cisto odontogênico calcificante provocou o atraso na erupção do incisivo central permanente, envolvendo também um supranumerário, sendo necessários a intervenção cirúrgica nessa região e posterior acompanhamento, com todo o cuidado no manejo psicológico, por se tratar de uma paciente odontopediátrica.

2. RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 8 anos de idade, feoderma, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes com queixa principal de demora na erupção após dois anos da perda do dente decíduo, sem histórico de dor ou desconforto local. A responsável pela paciente relatou que ela sofreu trauma por volta dos 2 a 3 anos de idade, quando fraturou a unidade 52. Posteriormente, a criança perdeu a unidade 51 após colidir com a colega no colégio. Ainda segundo o relato da responsável, o atraso na erupção do sucessor dos elementos 51 e 52 foi percebido há dois anos. Na anamnese, a mãe afirmou que a menor não apresenta problema sistêmico, e não faz uso de medicamentos.

Ao exame intrabucal, notou-se ausência do incisivo central superior direito permanente (unidade 11), presença da unidade 52 com retenção prolongada e mordida profunda anterior.



Figura 1. Avaliação inicial do caso

A radiografia periapical mostrou que o incisivo central superior direito estava retido por uma massa radiopaca de proporções pequenas, com forma de dentículos sugestiva de odontoma (figura 2). Por conta disso, também foi solicitado uma tomografia computadorizada para facilitar o diagnóstico (figuras 3-6).

O volume tomográfico obtido da região 11, apresenta imagem hiperdensa com aspecto de dentículos em região coronária e vestibular. Na área mencionada, observa-se também unidade dentária supranumerária em pequenas dimensões com apenas formação coronária na face vestibular.

A unidade 11 encontra-se próximo da cavidade nasal, impactado e incluso em giro-versão com a coroa voltada para vestibular, formação radicular completa e o ápice com íntimo contato com o assoalho da fossa nasal e localiza o odontoma.

Após diagnóstico clínico e radiológico sendo sugestivo de odontoma composto, optou-se pela remoção cirúrgica com retalho rebatido por palatina.



Figura 2 e 3. Radiografia inicial da unidade 11 apresentando imagem radiopaca



Figura 4. Tomografia computadorizada, corte axial, imagem hiperdensa com aspecto de dentículos, unidade supranumerária em pequenas dimensões com apenas formação coronária na face vestibular.

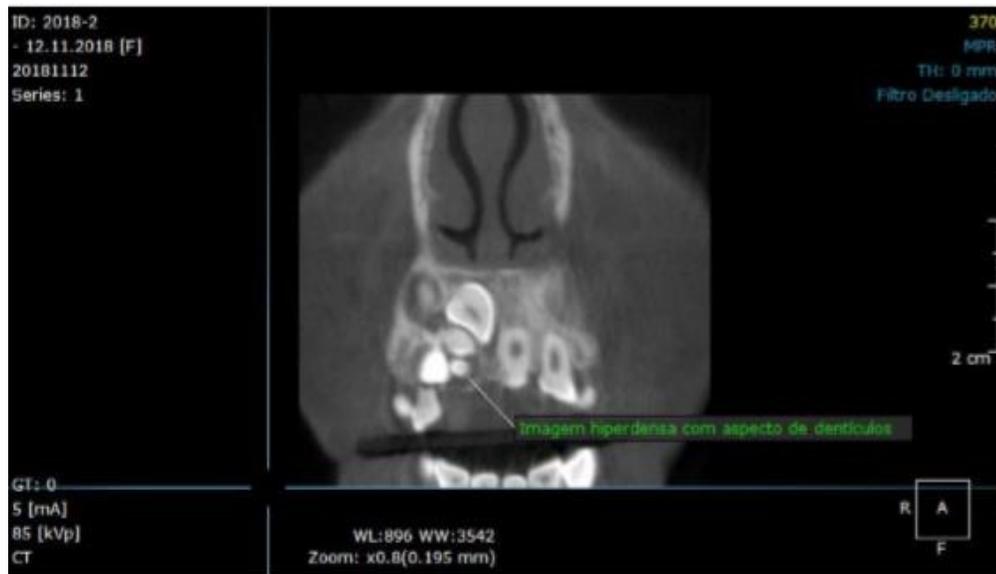


Figura 5. Tomografia computadorizada, corte coronal, imagem hiperdensa com aspecto de dentículos



Figura 6. Tomografia computadorizada, corte sagital, imagem hiperdensa com aspecto de dentículos e unidade 11 com formação radicular completa e o aice com intimo contato com o assoalho d fossa nasal.



Figura 7. Tomografia computadorizada, reconstrução tridimensional, unidade 11 impactado em giroversão, íntimo contato com o assoalho da fossa nasal.

A paciente mostrou-se cooperativa nas etapas que antecederam ao ato cirúrgico e o uso das técnicas de manejo foi de suma importância para a continuidade do tratamento. As técnicas de escolha foram reforço positivo e controle de voz, pois ela apresentou-se nervosa diante do procedimento cirúrgico e a aglomeração de pessoas.

Realizou a antisepsia pré-operatória, seguida da aplicação de anestésico tópico, anestesia local com lidocaína a 2% associado a epinefrina 1:100000 (figuras 7 e 8), seguida da sindesmotomia, remoção da unidade 52 e logo após feita a osteotomia até alcançar a loja óssea, que continha estruturas semelhantes a dentículos nos quais foram removidos, essas estruturas foram armazenadas e encaminhadas para biopsia.

Vale salientar que, a unidade supranumerária presente na região não foi removida pelo seu difícil acesso na loja cirúrgica. Após a irrigação com soro fisiológico, o retalho foi reposicionado e suturado, porém, mesmo após cinco meses da

realização desse procedimento, não foi observada a erupção espontânea das unidades 11 e 12. Assim, foi realizado o encaminhamento para avaliação ortodôntica e posterior tracionamento das unidades.



Figura 8 e 9. Anestesia tópico e Anestesia local, lidocaína 2% associado a epinefrina 1:100000.



Figura 10 e 11. Aspecto da sindestomia e loja óssea durante remoção da unidade 52 e os dentículos.



Figura 11. Pós-operatório imediato

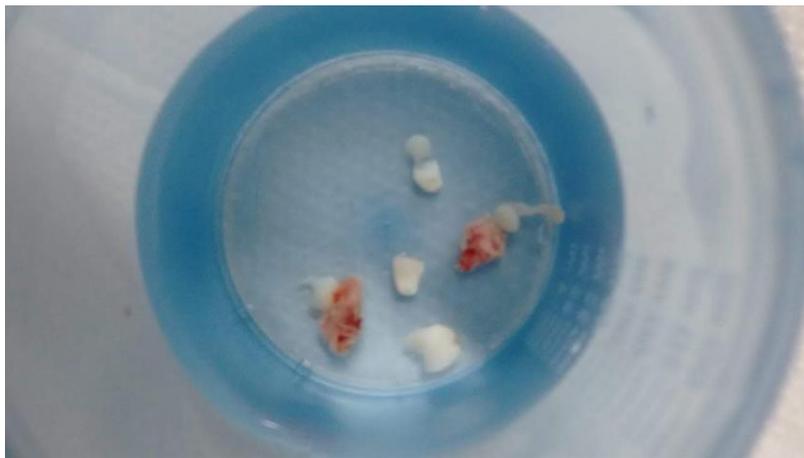


Figura 12. Peça cirúrgica armazenada para biopsia em formol a 10%



Figura 13. Pós-operatório 7 dias

Após procedimento, o diagnóstico histopatológico, segundo laudo obtido, revelou em exame macroscópico de tecido mole: “secções histológicas coradas em HE, com múltiplas cavidades patológicas revestidas por epitélio odontogênico delgado, constituído por uma a três camadas de células cuboides baixas, com núcleos centricos hiper Cromáticos, exibindo extensas áreas de descontinuidade”.

“Em áreas focais são evidenciados discretos espessamentos com formação de células globosas eosinofílicas e anucleadas, por vezes sofrendo calcificação distrófica, compatíveis com células fantasmas. São também observadas numerosas formações em cripta e de estruturas semelhantes a ductos”.

“Circunjacente nota-se tecido conjuntivo fibroso frouxo, de aparência bastante delicada e em tecido duro secções histológicas coradas em HE revelam fragmentos de tecido dentinário de aspecto tubular com morfologia irregular compacta, exibindo na sua porção central tecido conjuntivo frouxo sustentado por delicada rede vascular e limitado por camada de odontoblastos, muitos deles exibindo degeneração vascular adjacente a faixa de formação de material eosinofílico homogêneo compatível com dentinóide”.

“De permeio, nota-se formação de células fantasmas e depósitos de material basofílico matricial compatível com enameloide. O laudo foi conclusivo como odontoma composto associado a cisto odontogênico calcificante”.

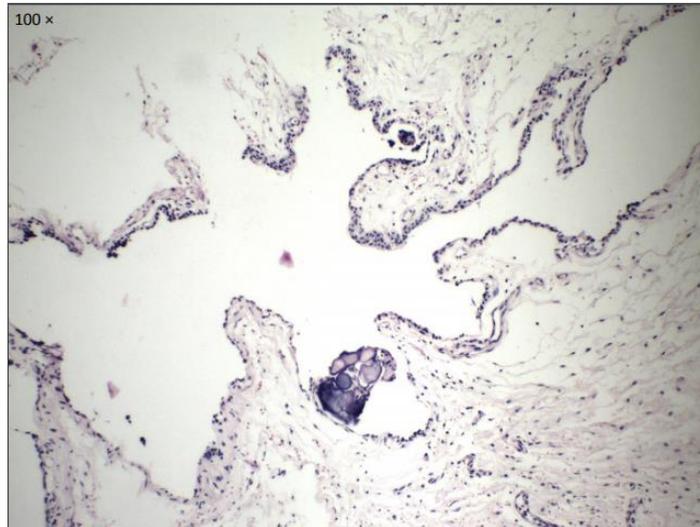


Figura 14. Vista de tecido mole com lente de 100x de aumento, presença de cavidade patológica, epitélio odontogênico delgado, células fantasmas, calcificação distrófica.

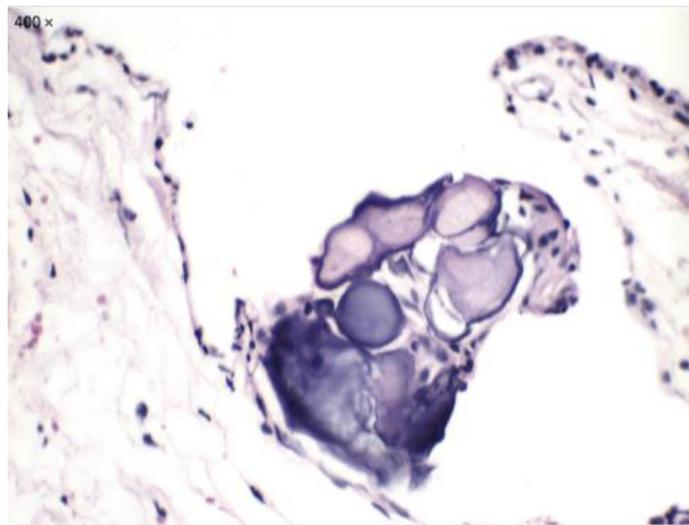


Figura 15. tecido mole vista com lente de 400x aumento, cavidade patológica, epitélio odontogênico simples, células fantasmas, calcificação distrófica.

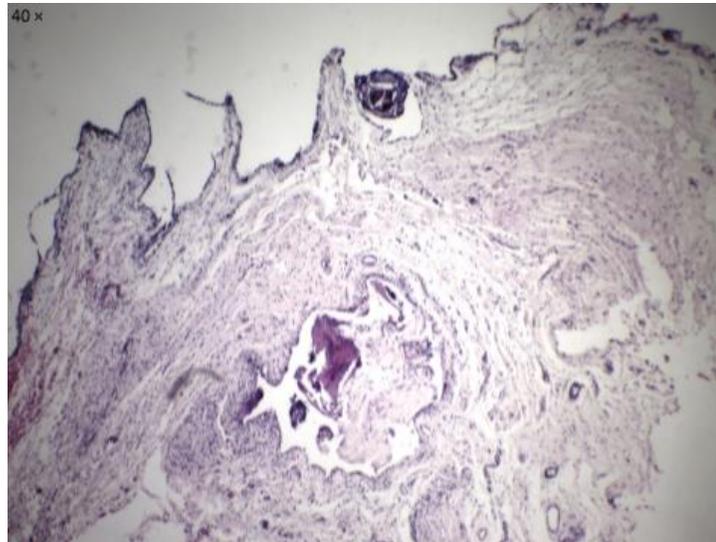


Figura 16. tecido mole vista com lente de 40x de aumento, cavidade patológica, células fantasmas sofrendo calcificação, material mineralizado eosinofílico.

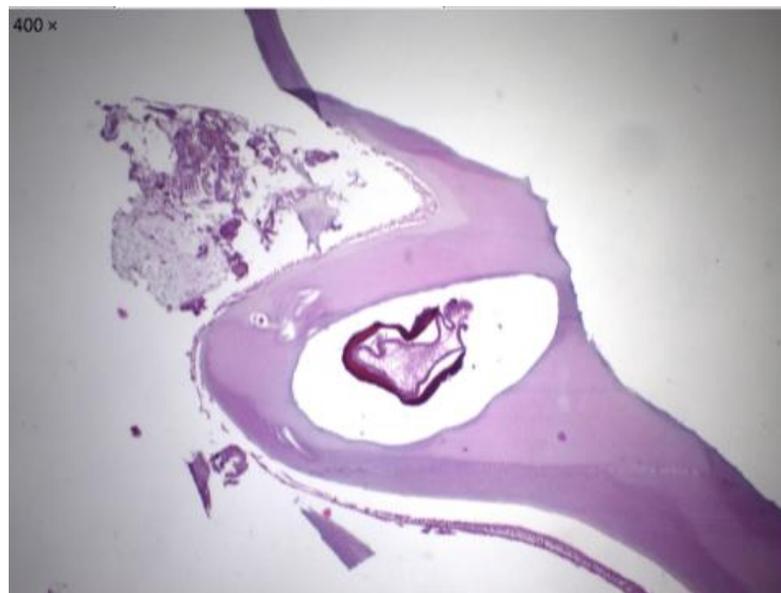


Figura 17. Tecido duro vista com lente de 400x de aumento, células fantasmas, matriz esmaltoide, camada odontoblastica, camada de pré dentina eosinofílica, tecido conjuntivo frouxo e celularizado, matriz dentinaria, tecido mineralizado fortemente basofílico.

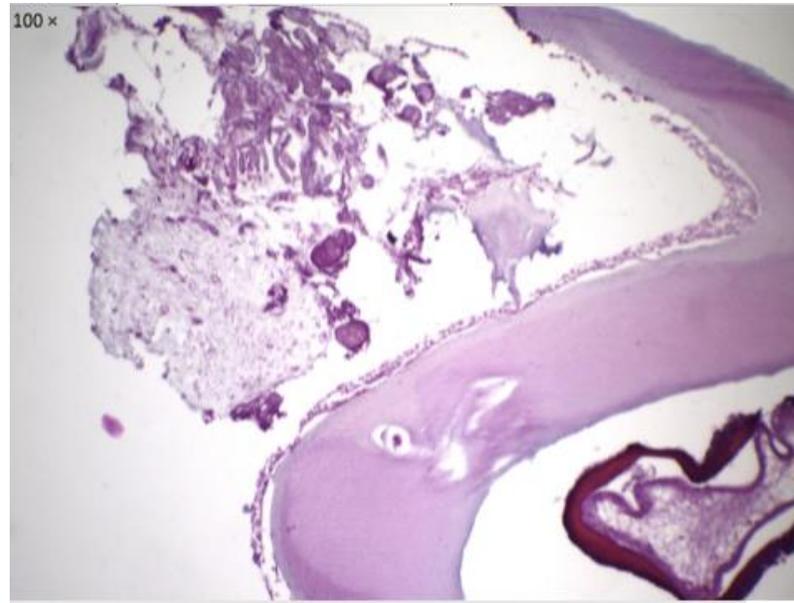


Figura 18. Tecido duro vista com lente de 100x aumento, células fantasmas calcificadas, células fantasmas, camada de pré dentina, camada odontoblastica, tecido conjuntivo frouxo celularizado.

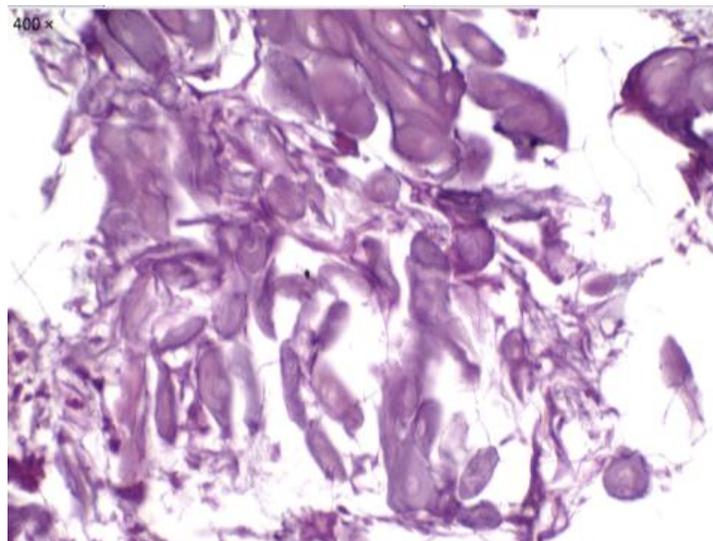


Figura 19. tecido duro vista com lente de 400x aumento, células fantasmas.



Figura 20. radiografia 5 meses pós cirurgia, unidade 11 impactada em giroversão.



Figura 21. Local da intervenção após 5 meses, ainda sem a presença do permanente

4. DISCUSSÃO

O odontoma é caracterizado como uma malformação hamartoma e não uma neoplasia verdadeira, sendo um dos vários motivos que causam retenção dentária, de origem assintomática e detectada em exames radiográficos de rotina. O alvo principal são crianças e adolescentes, ou seja, nas primeiras décadas de vida. No caso relatado, os achados encontrados foram compatíveis com a literatura, pois a paciente continha 8 anos de idade enquadrando-se na primeira década de vida (NEVILLE, 2009; DANELON, 2013; NEVILLE, 2016; MORAES, 2017; GOMES, 2018; ZANETTINI, 2019).

Assim como o odontoma, o COC cisto odontogênico calcificante se manifesta como um tumor indolor, de crescimento lento, que afeta igualmente a maxila e a mandíbula, com predileção pelo segmento anterior (área dos incisivos e caninos). Frequentemente, acomete adultos jovens, na terceira e quarta década de vida, sem preferência por gênero (UTUMI et. al., 2012). No caso em estudo, a patologia foi diagnosticada na primeira década de vida porque provocou retenção prolongada do incisivo lateral superior decíduo e impactação do permanente, o que foi percebido como algo incômodo pela paciente e sua responsável. Essa percepção estética colaborou para o diagnóstico relativamente precoce, o que certamente tornou o prognóstico mais favorável, mesmo com a necessidade da intervenção cirúrgica e posteriormente, ortodôntica.

De acordo com os resultados obtidos em pesquisa por Silva et al., (2015), verificou-se que a incidência de odontoma composto foi maior que a de odontoma complexo; tendo maior predileção pela maxila, particularmente pela região anterossuperior. Além disso, o sexo mais acometido foi o sexo feminino, concordando com o caso relatado e a faixa etária mais afetada foi a segunda década de vida. Os autores ainda observaram que nas leucodermas foram predominantes. De acordo com alguns autores da literatura consultada, relatam que o odontoma composto é o mais comum dos tumores odontogênicos.

Tekkesin et al. (2016) realizaram um estudo no período de 1971 a 2010, no qual 160 odontomas foram diagnosticados. Destes, 80 eram do sexo masculino (50%) e 80 do sexo feminino (50%). A idade média dos pacientes dessa pesquisa foi de 27,9 anos, e os pacientes mais frequentemente possuíam idades entre 10 e 19 anos. No caso estudado, o diagnóstico ocorreu com a paciente aos 8 anos de idade, o que pode ter sido facilitado pela ausência do dente incisivo central superior, provocando um dano estético notório.

Além disso, há outro fator que o destaca como incomum na literatura, pois raramente o COC está associado a outros tumores odontogênicos, como fibroma ameloblástico, odontoma complexo de maturação, tumor de colisão, ou mixofibroma odontogênico. O caso traz uma situação rara de Cisto Odontogênico Calcificante associado a um odontoma (UTUMI et. al.; 2012), o que foi diagnosticado principalmente pelo estudo patológico, pois, clinicamente, pelas condições observadas e considerando-se a literatura, esperava-se apenas o diagnóstico de odontoma. Após a análise histológica em conjunto com as informações clínicas e radiológicas, foi possível a conclusão sobre as duas patologias associadas, caso raro na literatura científica.

O odontoma pode apresentar distúrbios na erupção dos dentes como: impactação ou erupção retardada, retenção de dentes decíduos e permanentes ou anormalidades na posição dos elementos dentários, como inclinação ou deslocamento dos dentes adjacentes (NIHARIKA et al., 2015). Pela localização dos incisivos, na ausência destes, a estética fica comprometida. Segundo os autores, a presença dos odontomas causa uma série de transtornos oclusais, chegando até a erupção ectópica. No caso clínico relatado, a ausência do incisivo central superior direito chamou a atenção da responsável e da própria criança, que estavam incomodadas com o comprometimento estético pela não irrupção da unidade. Dentre os transtornos oclusais causados pelo odontoma, no caso apresentado, foi observado radiograficamente a impactação na erupção do incisivo superior permanente direito por conta do odontoma composto associado ao cisto

odontogênico calcificante, apresentando também uma giroversão e vestibularização da unidade acometida.

Para confirmação da anomalia, os artigos voltam-se à radiografia panorâmica, e tomografia computadorizada, sendo estes necessários para fins de diagnóstico. Para análise do tumor, é caracterizado na radiografia panorâmica como uma lesão radiopaca, enquanto a tomografia computadorizada demonstra uma lesão também radiopaca, porém com halo radiolúcido, sugerindo ambos o odontoma composto. A tomografia computadorizada surgiu como um exame coadjuvante para visualização detalhada de lesões intraósseas maxilofaciais, a exata localização de lesão através de seus cortes tomográficos. Sendo assim, diante do caso relatado, a TCFC foi de suma importância para o diagnóstico radiográfico do odontoma composto e na escolha do tratamento (GOMES, 2018; ZANETTINI, 2019).

De acordo com Jaeger et al. (2012); os odontomas apresentam aspecto radiográfico característico. No odontoma complexo, a radiopacidade não se apresenta especificamente determinada, observando uma massa irregular e desorganizada, circundada por uma estreita zona radiolúcida. No tipo composto, são vistas dezenas de dentículos circundados por uma área radiolúcida. Na tomografia computadorizada da paciente analisada, foi detectada a presença de pequenas estruturas semelhantes a dentículos, circunscritos por uma área radiolúcida.

O COC intraósseo apresenta-se radiograficamente como imagem radiotransparente, geralmente unilocular radiluciente e, ocasionalmente, multilocular, com bordas bem circunscritas, podendo apresentar calcificações internas irregulares e associação com outros tumores odontogênicos como o odontoma e a dentes impactados ou não erupcionados. No caso em estudo, a associação com o odontoma composto foi confirmada após o exame macroscópico e os dentes impactados, por meio do exame radiológico (UTUMI et. al., 2012).

Para a confirmação do diagnóstico é de suma importância o estudo histológico, e foi com este que o diagnóstico de odontoma composto associado a cisto odontogênico calcificante foi possível, identificando o cisto pela nova classificação da OMS 2017 (LOURETO et al., 2017).

A característica microscópica típica do cisto odontogênico calcificante é a presença, em quantidades variáveis, de células epiteliais aberrantes anucleadas, denominadas “células fantasmas”. Nas imagens histológicas também foi possível ver depósitos de dentinoide displásica e material cementário na capsula cística. Diante do laudo do caso relatado, a característica predominante do cisto foram as “células fantasmas” (UMUTI et. al.; 2012).

Segundo Mandú et al., (2016) o COC tem como características histopatológicas: parcial revestimento por epitélio escamoso estratificado com agrupamentos de células fantasmas, por vezes calcificadas, corroborando com o laudo do caso relatado. Com relação à associação com o odontoma, o laudo relata também que na camada superficial folhas de células fantasmas foram observadas em proximidade a dentina tubular e imaturo, tecido pulpar, e em menor extensão da matriz do esmalte e cimento, lembrando a organização de um dente normal.

Em relação ao tratamento, Nascimento et al., (2019) e Zanettini et al. (2019) concordaram que os odontomas devem ser removidos com sua excisão local simples, sem margem de segurança. Sua remoção é considerada simples por possuir facilidade de clivagem. Possui prognóstico excelente por conta de sua rara recidiva. No entanto, Dias et al., (2014); Freire et al., (2018); afirmou que, se estiver associado a outra patologia, o tratamento deve levar em consideração a presença da lesão associada. O odontoma composto junto ao cisto odontogênico calcificante tem como tratamento a excisão simples completa, e, por mais rara que sejam estas lesões, ambas não apresentam riscos de malignização nem recidiva. Portanto, tornou-se a melhor escolha para o caso relatado, já que após cinco meses da remoção cirúrgica a paciente apresenta-se sem recidiva. Ainda, a exérese da

unidade 52 e a enucleação do odontoma com o cisto odontogênico calcificante foi de primeira escolha, mesmo não tendo ainda a confirmação histopatológica da presença conjunta do cisto.

Após cinco meses do procedimento, a paciente apresenta-se sem queixa relacionada a lesão e não apresenta recidiva, porém a queixa estética é persistente pois as unidades acometidas permanecem impactadas, muito provavelmente pelo tempo transcorrido entre o período fisiológico da erupção e a procura por atendimento odontológico pela mãe da paciente. Diante disso foi percebida a necessidade de avaliação e acompanhamento ortodôntico.

5. CONCLUSÃO

De acordo com a literatura e o caso realizado, foi possível observar a importância dos exames complementares clínico, radiológico e histológico para a escolha do tratamento. Diante do exposto, confirma que a associação do odontoma composto a cisto odontogênico calcificante consiste numa patologia rara, principalmente em pacientes odontopediátricos, porém, seu prognóstico é favorável, apresenta baixa taxa de recidiva tornando a excisão cirúrgica completa o procedimento de escolha. Conclui-se que o diagnóstico precoce foi primordial para o sucesso no tratamento, pois a paciente, após cinco meses da intervenção, não apresenta recidiva.

6. REFERÊNCIAS

1. DANELON, M.; MANARELLI, M.M.; CASTRO, L.P.; CUNHA, R.F.; PERCINOTO, C. **Odontoma em paciente odontopediátrico: Diagnóstico e tratamento. Relato de caso clínico.** Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep.v. 23, n. 2, p. 69-74, jul/dez 2013.
2. DIAS, S.L.; et al. Tumor Odontogênico Cístico Calcificante associado a Odontoma. **Rev Cubana Estomatol**, [S.l.], v. 51, n. 1, p. 78-83, mayo 2014. ISSN 1561-297X
3. EI-NAGGAR, A.K.; CHAN, J.K.C.; GRANDIS, J.R.; TAKATA, T.; World Health **Organization Classification of tumors.** Pathology and Genetics of Head and Neck tumors. 4th Lyon: IARC Press; 2017
4. FREIRE, A.R.; DUTRA, L.G.; BARBALHO, R.A.; FARIAS, I.P.S.; NONAKA, C.F.W.; WANDERLEY, Y.C.; Odontoma composto em paciente pediátrico: relato de caso. **Revista de Iniciação Científica em Odontologia.** 2018;16(3):91-99
5. FUJII, S.; NAGATA, K.; MATSUMOTO, S.; KOHASHI, K.; KIKUCHI, A.; ODA, Y.; KIYOSHIMA, T.; WADA, N.; **Wnt/ β -catenin signaling, which is activated in odontomas, reduces Sema3A expression to regulate odontogenic epithelial cell proliferation and tooth germ development.** Scientific reports 9, article number:4257 (2019)
6. GOMES, M.S.O.; NICÁCIO, W.M.P.; RIBEIRO, C.M.B.; NETO, J.A.L.; COSTA, V.S. **Aspectos Tomográficos do Odontoma Composto - Relato de Caso.** Universidade Federal de Alagoas. 2018.
7. JAEGER, F.; ALVARENGA, R.L.;LAGE, F.O.; REIS, I.A.; LEAL, R.M. Odontoma composto- relato de caso clínico. **Rev port estomatol med dentc ir maxilofac.** v. 53, n. 4, p. 252-257, mar./jun., 2012.
8. LOUREDO, B. V. R.; et. al. Estudo epidemiológico de lesões odontogênicas provenientes do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, jun. 2017.
9. MANDÚ, A.L.C; GONZAGA, A.K.G.; LOPES, M.L.D.S; NÓBREGA, L.E.S.C; COSTA, A.L.L. **Calcifying cystic odontogenic tumour associated with odontoma involving mixed dentition- case report;** Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil. doi: 10.14295/bds.2016.v19i3.1224
10. MALAYS, J., Med Sci. **Uma E. Compound odontoma in anterior mandible— a case report.** 2017;24(3):92–95.
11. MORAES, T.M.M.S. & IZOLNI, N.O., Odontomas: Revisão de literatura. **Revista Pró-UniverSUS.** 2017 Jun./Dez.; 08 (2): 62-66.
12. NASCIMENTO, L.H.A. et al. ODONTOMA COMPOSTO EM REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA. **REVISTA UNINGÁ**, [S.l.], v. 56, n. S3, p. 52-57, mar. 2019.
13. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.
14. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN C.M.; CHI, A.C. **Patologia oral e maxilofacial.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

15. NIHARIKA, P.; REDDY B.V. ; KIRAN M.J.; BOYAPATI R.; KEERTI P.S. **Super odontoma – a destructive swarm entity. Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 9, n. 3, p. ZJ01, Mar. 2015.
16. PACIFICI A.; CARBONE D.; MARINIR.; PACIFICI L. **Surgical Management of Compound Odontoma Associated with Unerupted Tooth. Case Reports in Dentistry**. Hindawi Publishing Corporation, Article ID 902618, 6 pages, 2015.
17. RIBEIRO, E.T.; BRIDI, M.P.; PEREIRA, T.C.R.; VELLOSO, T.R.G.; SALIM, M.A.A.; BERTOLLO, R.M.; MAIA, R.M.L.C.; BARROS, L.A.P.; SILVA, D.N.; Dentes inclusos associados a cistos e tumores odontogênicos: condutas terapêuticas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17(2): 78-88, abr-jun, 2015.
18. SILVA, D.J.S.; ALMEIDA, J.J.S.R.A.C; ANDRADE, E.S.S. Estudo Clínico-Patológico de Odontomas Diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.15, n.4, p. 31-36, out./dez. 2015 Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery - BrJOMS
19. SILVA, L.F.P.; FREIRE, N.C.; SANTANA; R.S.; MIASATO, J.M. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. **Rev. Odontol. Univ. Cid**. São Paulo 2016; 28(2): 135-42, mai-ago.
20. TEKKESIN, M.S.; PEHLIVAN, S.; OLGAC, V.; AKSAKALLI, N.; ALATH, C; **Clinical and histopathological investigation of odontomas: Review of the literature and presentation of 160 cases**. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J Oral MaxillofacSurg,p. 1358-1361, 2016
21. UTUMI, E.R.; PEDRON, I.G.; SILVA, L.P.N; MACHADO, G.G., ROCHA, A.C.; **Distintas manifestações do tumor odontogênico cístico calcificante- Relato de caso**. São Paulo (SP),einstein. 2012;10(3):366-70
22. WRIGHT, J.M.; VERED M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization **Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors**. Head and Neck Pathol. 2017;11(1):68-77
23. ZANETTINI, L.M.S.; NORONHA, R.A.; ANDRIOLA, F.O.; PAGNONCELLI, R.M. Odontoma composto associado a incisivo central superior impactado: Relato de caso. **RFO UPE**, Passo Fundo, V. 24, n. 1, p. 38- 43, jan/ abril.2019

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE
IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS)
PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, Anderson Delmonades Evertes Dias Freire RG nº 1173305, residente à rua/avenida Av. Paulo VI, nº —, Bairro Imaculada Conceição, na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Bratuz Maria D.R. Freire, idade 8 anos, RG 8749871-0, CPF —, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil II, sob a responsabilidade dos professores Suzanna Poppe Nacif, Carla G. Queiroz, Alunos: Everton Carlos e Brenno Almeida. Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 14 de NOVEMBRO de 2018.

Anderson Delmonades Dias Freire

Assinatura do responsável pelo paciente.

CPF: 984885205-06

RG: 1173305 SSP/SE

Júlia M. Cavalli

Assinatura do profissional responsável

CPF: 202720148-06

RG: 28173100-F



Clínica odontológica
Serviço de Radiologia e Imaginologia

Paciente:

Data do exame: 26.03.2018

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO

Aparelho: Eagle 3D Dabi Atlante

Fatores de exposição: 25.5 segundos e 0,16 voxel

Solicitação:

Solicitante: Beatriz Maria Delmondes Ribeiro Freire

LAUDO IMAGINOLÓGICO

Baseado no volume tomográfico obtido da região 11, observado imagem hiperdensa com aspecto de dentículos na região coronária e vestibular do dente 11. Na área referida observa-se também unidade dentária supranumerária em pequenas dimensões com apenas formação coronária na face vestibular. Unidade 11 encontra-se próximo da cavidade nasal, impactado e incluso em giro-versão com a coroa voltada para vestibular, com formação radicular completa e o ápice com íntimo contato com o assoalho da fossa nasal.

Impressão Diagnóstica:

- Impacção do dente 11 por vestibular;
- Odontoma composto;
- Supranumerário/microdente por vestibular.

Profª Msc. Sara Vasconcellos
CRO 1520

SEPACServiço de Patologia Cirúrgica Oral e Maxilofacial
Universidade Tiradentes**LAUDO HISTOPATOLÓGICO****Registro nº: 68/18**

Nome: Beatriz Maria Delmondes Ribeiro Freitas	Localização: Rebordo alveolar
Idade:	Diagnóstico presuntivo: Odontoma
Gênero: Feminino	Requisitado por:
Raça: Leucoderma	Tipo de Biópsia:

EXAME MACROSCÓPICO

Recebido frasco coletor contendo formol e 07 fragmentos de tecido mole (4) e duro (3). O maior espécime mede 1,0 x 0,3 x 0,3 cm e apresenta consistência amolecida, formato irregular e superfícies lisas, exibindo coloração ora pardacenta ora enegrecida. O menor fragmento mede 0,2 x 0,1 x 0,1 cm e apresenta consistência resiliente, formato ovoide e superfícies lisas, exibindo coloração brancacenta. Aos cortes, são observadas seções de coloração acastanhada e consistência resiliente.

Inclusão parcial – IK7 – 07 fragmento – 06 seções.

Obs.: Os outros 3 fragmentos foram levados para a descalcificação.

EXAME MICROSCÓPICO

TECIDO MOLE: Seções histológicas coradas em HE revelam múltiplas cavidades patológicas revestidas por epitélio odontogênico delgado constituído por uma a três camadas de células cuboides baixas, com núcleos cêntricos hiper cromáticos, exibindo extensas áreas de descontinuidade. Em áreas focais são evidenciados discretos espessamentos com formação de células globosas eosinofílicas e anucleadas, por vezes sofrendo calcificação distrófica, compatíveis com células fantasmas. São também observadas numerosas formações em cripta e de estruturas semelhantes a ductos. Circunjacente nota-se tecido conjuntivo fibroso frouxo, de aparência bastante delicada.

TECIDO DURO: Seções histológicas coradas em HE revelam fragmentos de tecido dentário de aspecto tubular de morfologia irregular compacta, exibindo, na sua porção central, tecido conjuntivo frouxo sustentado por delicada rede vascular e limitado por camada de odontoblastos, muitos deles exibindo degeneração vacuolar adjacente a faixa de formação de material eosinofílico homogêneo compatível com dentinóide. De permeio, nota-se formação de células fantasmas e depósitos de material basofílico matricial compatível com esmaltoide.

CONCLUSÃO**ODONTOMA COMPOSTO ASSOCIADO A CISTO ODONTOGÊNICO CALCIFICANTE**

Aracaju, 13 de fevereiro de 2019.

Prof. Dr. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior
Coordenador do Serviço de Patologia Oral e Maxilofacial
CRO/SE 2172

Universidade Tiradentes – Clínica Odontológica
Rua Siriri, 263, Centro. Aracaju/SE. CEP 49010-450
Fone: (79) 3218 2313