



ANA CAMILA DE OLIVEIRA CAMPOS
FRANCIELI MARINHO COSTA
GUSTAVO HENRIQUE DALE CRODE DA SILVA

ODONTOMA COMPOSTO EM REGIÃO POSTERIOR EM MANDÍBULA: RELATO
DE CASO

CURITIBA
2023

ANA CAMILA DE OLIVEIRA CAMPOS
FRANCIELI MARINHO COSTA
GUSTAVO HENRIQUE DALE CRODE DA SILVA

ODONTOMA COMPOSTO EM REGIÃO POSTERIOR EM MANDÍBULA: RELATO
DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Centro Universitário
Unicuritiba como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Mse. Flávia Vetter
Coorientador: Prof. Dr. Darlan Rigo Junior

CURITIBA
2023

CENTRO UNIVERSITÁRIO CURITIBA

BANCA EXAMINADORA

Alunos: Ana Camila de Oliveira Campos, Francieli Marinho Costa e Gustavo Henrique Dale Crode da Silva

Orientador: Prof^a. Mse. Flávia Vetter

Coorientador: Prof. Dr. Darlan Rigo Junior

Data: 28 / 06 / 2023

Integrantes da banca:

- 1. Darlan Rigo Junior**
- 2. Flávia Vetter**
- 3. Luiz Eduardo Bagioli Sniecikovski**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	7
4 RELATO DE CASO.....	10
5 DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO 1.....	24
APÊNDICE 1	25
APÊNDICE 2.....	28
APÊNDICE 3.....	29
APÊNDICE 3.....	30
APÊNDICE 4.....	31
APÊNDICE 5.....	32
APÊNDICE 6.....	33
APÊNDICE 7	34
APÊNDICE 8.....	35
APÊNDICE 9.....	36

RESUMO

Introdução: O objetivo deste relato de caso foi abordar as especificidades do tumor odontogênico denominado odontoma composto e o tratamento empregado, embasado através de uma revisão bibliográfica atual do tema. **Metodologia:** A revisão de literatura ocorreu através de um levantamento bibliográfico mais recente acerca do diagnóstico, especificidades e tratamentos do odontoma composto. O relato de caso ocorreu na clínica de odontologia no Centro Universitário UniCuritiba, a lesão foi achada incidentalmente durante a realização de radiografias periapicais de rotina, feito a enucleação cirúrgica foi confirmado o diagnóstico de odontoma composto através do exame histopatológico. Achado incidentalmente durante a realização da radiografias periapicais de rotina. **Relato de caso:** Paciente buscou tratamento odontológico na Clínica de Odontologia do Centro Universitário Curitiba - UNICURITIBA e através de radiografias de rotina foi localizado uma lesão na região posterior de mandíbula sugestivo de odontoma composto. Após exame clínico, exames radiológicos e hipóteses diagnósticas foi então realizada a enucleação da lesão e análise laboratorial com laudo histopatológico de odontoma composto, a paciente segue em preservação. **Conclusão:** A maioria dos tumores classificados como odontomas são assintomáticos e descobertos através de achados radiográficos incidentais. A enucleação cirúrgica da lesão é o tratamento mais indicado e utilizado, sendo infrequente a ocorrência de recidiva.

Palavras-chaves: Tumores odontogênicos, Odontomas, Odontoma Composto, Enucleação cirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this case report was to address the specificities of the odontogenic tumor called compound odontoma and the treatment employed, based on a current bibliographical review of the subject. **Methodology:** A literature review was carried out through a more recent bibliographical survey about the diagnosis, specificities and treatments of compound odontoma. **Case report:** Patient sought dental treatment at Centro Universitário Curitiba - UNICURITIBA Dentistry Clinic, and through routine radiographs, a lesion was located in the posterior region of the mandible, suggestive of compound odontoma. After clinical examination, radiological examinations and diagnostic hypotheses, complete physiological removal of the lesion was performed and laboratory analysis with histopathological report of compound odontoma, the patient is still in preservation. **Conclusion:** Most tumors classified as odontomas are asymptomatic and discovered through radiographic findings, surgical enucleation is the most indicated and most used procedure with infrequent recurrence.

Keywords: Odontogenic tumors, Odontomas, Compound Odontoma, Surgical enucleat.

1 INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais frequentes, superando a prevalência de todos os demais tumores odontogênicos em conjunto. São mais considerados um distúrbio de desenvolvimento, que uma neoplasia verdadeira (NEVILLE *et al.*, 2016). Os odontomas não são considerados neoplasias verdadeiras e estão classificados como hamartomas devido à sua morfodiferenciação mais desorganizada (MERAT *et al.*, 2020; NEVILLE *et al.*, 2016).

A origem dessa patologia é incerta, entretanto, pode estar ligada a traumas, infecções ou desordens no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário (SILVA *et al.*, 2020).

Essas lesões normalmente são assintomáticas e, por isso, muitas vezes são descobertas acidentalmente através de radiografias de rotina ou devido à ausência de algum elemento dentário (SOUSA-NETO *et al.*, 2019). Outros sinais podem ser observados, como expansão óssea, assimetria facial, retenção dos dentes decíduos, ausência dos elementos dentários permanentes ou apinhamento dos mesmos. (CABOV *et al.*, 2021; PREOTEASA *et al.*, 2018).

Os odontomas não são considerados neoplasias verdadeiras e estão classificados como hamartomas devido à sua morfodiferenciação mais desorganizada (MERAT *et al.*, 2020; NEVILLE *et al.*, 2016). De acordo com a classificação de tumores odontogênicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), os odontomas podem ser complexos ou compostos (ZIDANE *et al.*, 2022), embora, em alguns casos, exibam características desses dois tipos (NEVILLE *et al.*, 2016).

Os complexos apresentam massas disformes, sem conformidade exata, com estrutura formada basicamente de esmalte e dentina, entretanto podem apresentar outras estruturas e geralmente são encontrados na região posterior da mandíbula. Os compostos possuem estruturas semelhantes aos dentes, apresentando-se com dentículos múltiplos e até mesmo tecidos semelhantes à polpa dentária e se encontram, comumente, na região anterior de maxila. (OLIVARES *et al.*, 2022; SOUSA-NETO *et al.*, 2019). Os compostos são mais frequentes que os complexos e ambos apresentam maior prevalência nas duas primeiras décadas de vida, sendo diagnosticados, em média, aos 14 anos de idade. (REGEZI *et al.*, 2013; NEVILLE *et al.*, 2016).

O tratamento mais recomendado é a remoção cirúrgica conservadora e a realização do exame anatomopatológico para confirmação do diagnóstico. Em alguns casos é necessária enxertia óssea devido à extensão da lesão remanescente. O tratamento ortodôntico é indicado para situações em que existe impactação de dentes e é preciso tracionamento dentário. As chances de recidiva após a enucleação são baixas, ocorrendo com mais frequência em casos de remoção do odontoma em seus estágios iniciais de formação (ZIDANE *et al.*, 2022; PREOTEASA *et al.*, 2018).

Feitas essas considerações, o objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que procurou a Clínica de Odontologia do Centro Universitário Curitiba apresentando odontoma composto descoberto incidentalmente após a realização de uma radiografia periapical de rotina.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi escrito através de pesquisas em plataformas digitais como: PubMed, Cielo, Google acadêmico e Lilacs. Foram utilizados artigos científicos sobre odontoma composto publicados nos últimos dez anos, assim como livros de referência sobre patologia oral. As informações referentes à paciente foram obtidas mediante anamnese, prontuários, consultas e registros fotográficos. O tratamento proposto foi embasado na atual literatura relacionada ao tema abordado. O relato do caso ocorreu na clínica escola de odontologia no Centro Universitário UniCuritiba. A lesão foi encontrada incidentalmente durante a realização de radiografias periapicais, após a enucleação da lesão foi confirmado o diagnóstico através do exame histopatológico: odontoma composto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os tumores odontogênicos fazem parte de um grande grupo de lesões do complexo maxilofacial na qual apresentam diferentes características histológicas, radiológicas e clínicas, podendo ser categorizados como neoplasias benignas ou malignas (ROBBINS *et al.*, 2021). Apesar de tradicionalmente estarem incluídos na lista de tumores neoplásicos odontogênicos, os odontomas são considerados mais hamartomas que neoplasias (NEVILLE *et al.*, 2016).

São considerados tumores benignos de origem mista, uma vez que são constituídos de tecido dentário mineralizado e podem ter origem tanto epitelial quanto mesenquimal. Esses tecidos completamente diferenciados são uma combinação de esmalte e dentina (REGEZI *et al.*, 2013).

Há dois subtipos de odontomas, os compostos e os complexos. O composto tem todos os seus tecidos tratados de uma maneira arranjada e é caracterizado pela presença de várias estruturas pequenas semelhantes aos dentes, essas estruturas são constituídas de esmalte e dentina e, na região radicular, pode ser encontrado tecido pulpar. Esse conjunto de dentículos encontram-se dentro de uma bolsa fibrosa frouxa. Por outro lado, o complexo é constituído por uma massa amorfa de esmalte e dentina, que não apresenta qualquer semelhança anatômica com o dente. Em alguns casos, podem apresentar características desses dois subtipos, tanto do composto quanto do complexo (NEVILLE *et al.*, 2016).

Alguns estudos apontam uma associação de odontomas compostos com cistos odontogênicos. Como o tecido mole que envolve o odontoma, pode evidenciar um cisto dentígero, em exames histopatológicos geralmente é encontrada tal associação (LEAL *et al.*, 2023).

A sua etiologia é desconhecida, porém algumas condições implicam em sua formação que apontam para o trauma local, processos inflamatórios e crônicos durante o desenvolvimento dos dentes como possíveis fatores contribuintes (CABOV *et al.*, 2021). Em alguns casos esse tumor pode estar localizado entre as raízes de dentes já em oclusão e assim não terá ligação com as alterações na erupção (NEVILLE *et al.*, 2016).

Sua primeira classificação foi realizada em 1868 pelo médico Pierre Paul Broca, o qual utilizou o termo odontoma referindo-se aos tecidos formadores da estrutura dentária (SOUSA-NETO *et al.*, 2019). Quase um século depois, em 1943, Rosoff, publicou um dos primeiros relatos de odontoma, considerado atualmente como hamartoma (MERAT *et al.*, 2020).

Seu crescimento lento e indolor pode fazer com que atinja tamanhos consideráveis, ocasionando expansão das corticais ósseas. Devido a maior parte dessas lesões serem assintomáticas, são diagnosticadas em achados radiográficos de rotina ou por conta de retenções em dentes decíduos (HAYASIDA *et al.*, 2022).

Radiograficamente, o tipo composto se apresenta com várias estruturas de dentes com tamanhos variados é delimitado por uma linha radiolúcida, devido a essa

apresentação dificilmente são diagnosticadas como outra patologia. Em grande parte, são lesões diagnosticadas com maior frequência comparado ao odontoma complexo, com isso em algumas situações os exames clínicos e radiográficos são suficientes para o diagnóstico, não sendo necessário o exame microscópico para todos os casos de odontoma composto (NEVILLE *et al.*, 2016).

Evidencia-se principalmente na população brasileira e americana como o tumor odontogênico mais comum (SOUSA-NETO *et al.*, 2019). Como já relatado, os odontomas tem uma maior prevalência em maxila do que na mandíbula (REGEZI *et al.*, 2013; NEVILLE *et al.*, 2016). Além disso, o maior número de casos se situa entre a primeira e segunda década de vida, sendo o diagnóstico realizado, em média, aos 14 anos de idade. (REGEZI *et al.*, 2013; NEVILLE *et al.*, 2016).

O tratamento pode ser realizado através de remoção cirúrgica, conhecida como enucleação da lesão, sendo o método mais recomendado. O procedimento é realizado sem dificuldades, e a lesão geralmente não possui característica maligna. A que permite uma reparação óssea adequada, com baixa recidiva (SILVA *et al.*, 2020; REGEZI *et al.*, 2013).

Se a lesão não for removida pode causar complicações como: retenção dentária, destruição óssea, formação de lesão cística ou tumores (OLIVARES *et al.*, 2022). O aumento progressivo da lesão do odontoma composto pode causar força suficiente para gerar reabsorção radicular dos dentes adjacentes (FERNANDEZ *et al.*, 2021). Quando o tratamento é postergado, existe o risco de fratura da mandíbula. Nessas situações, a abordagem terapêutica indicada é a utilização de placas de reconstrução e enxerto ósseo, visando um prognóstico mais favorável (SOUZA *et al.*, 2018).

Os odontomas são tratados por excisão local. A técnica padrão mais indicada na literatura e mais utilizada é a enucleação e curetagem da lesão, que apresenta baixa taxa de recidiva, e garante a preservação do elemento dentário relacionado (SILVA *et al.*, 2020). É realizada por meio de acesso intraoral e a osteotomia, por ser uma lesão envolvida por uma fina camada de tecido conjuntivo são facilmente removidas da camada óssea. Em casos de odontomas complexos mais extensos, torna-se mais difícil a enucleação e acesso à lesão (HAYASIDA *et al.*, 2022). A enucleação é curativa, apresentando excelente prognóstico (NEVILLE *et al.*, 2016).

4 RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, com 25 anos de idade, leucoderma, compareceu à Clínica de Odontologia do Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA queixando-se de “queda de restauração do dente pré-molar superior”.

Na anamnese não foi relatado nenhum trauma ou dado médico-odontológico relevante, tampouco parestesias.

Ao exame clínico intrabucal não se observou lesão aparente e foram realizadas radiografias periapicais e interproximal ("bite-wing").

À análise das radiografias foi observada lesão radiopaca envolta por um halo radiolúcido constituído por estruturas semelhantes a dentículos, na região entre os elementos 43 e 44 (**IMAGEM 1**).

Imagem 1- Radiografia periapical da região entre os elementos 43 e 44



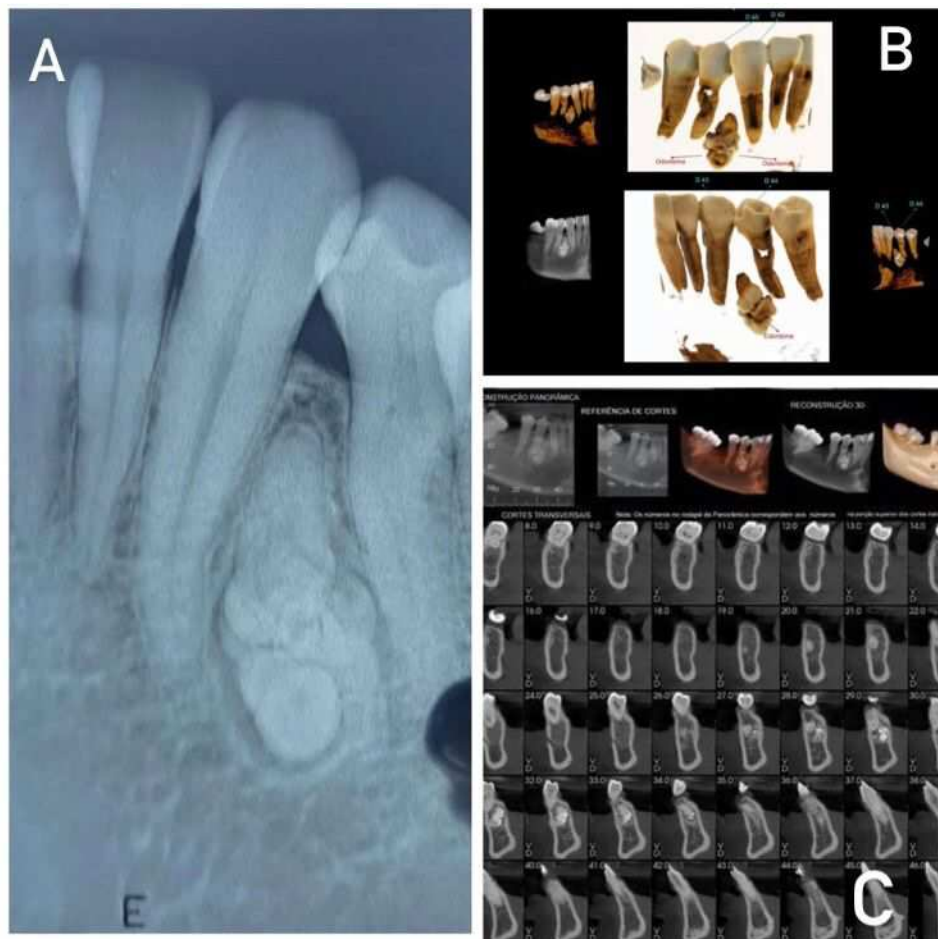
Fonte: Os Autores, 2023.

À paciente, então, solicitou-se a realização de tomografia computadorizada de feixe cônico para melhor análise do achado.

O exame complementar de imagem demonstrou a presença de uma imagem sugestiva de odontoma composto localizado na região dos elementos 43 e 44 **(IMAGEM 2)** Confirmando a principal hipótese diagnóstica de odontoma composto.

Com base na história clínica e após análise dos exames com estabelecimento do diagnóstico de odontoma composto, foi elaborado planejamento para o tratamento da lesão. O tratamento proposto foi a remoção cirúrgica da lesão (enucleação e curetagem) mediante acesso intraoral com anestesia local, opção conservadora com poucas chances de recidiva e que possibilitaria a preservação dos elementos dentários relacionados.

IMAGEM 2 - Radiografia periapical da lesão (A) Reconstrução em 3D (B) Corte tomográfico (C)



Fonte: Os Autores, 2023.

Durante o atendimento, a existência da lesão foi informada à paciente, assim como prestados todos os esclarecimentos pertinentes, apresentadas opções de

tratamento, riscos e benefícios envolvidos, conforme termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por ela assinado (**Apêndice 1**).

Antes da realização do procedimento cirúrgico, procedeu-se ao teste de sensibilidade pulpar (térmico) de todos os elementos do hemiarco inferior direito.

Para realização do teste, os dentes da área (41 ao 48) foram secos com jatos de ar e submetidos ao isolamento relativo com roletes de algodão. Em seguida, com o auxílio de uma pinça clínica e pequena quantidade de algodão borrifada com gás refrigerante Tetrafluoretano Endo-Ice Spray® (Maquira Dental, Maringá, Paraná, Brasil). Durante o teste, todos os elementos responderam positivamente (**Imagem 3**).

Imagem 3- Fotografia realizada durante o teste de sensibilidade pulpar. Aplicação do gás refrigerante Endo Ice Spray® com rolete de algodão com o auxílio de uma pinça clínica.



Fonte: Os Autores,2023.

Após a montagem da mesa cirúrgica (**Imagem 4**), foram realizadas as manobras prévias de assepsia extra e intraoral.

Imagem 4- Montagem da mesa cirúrgica para realização da cirurgia

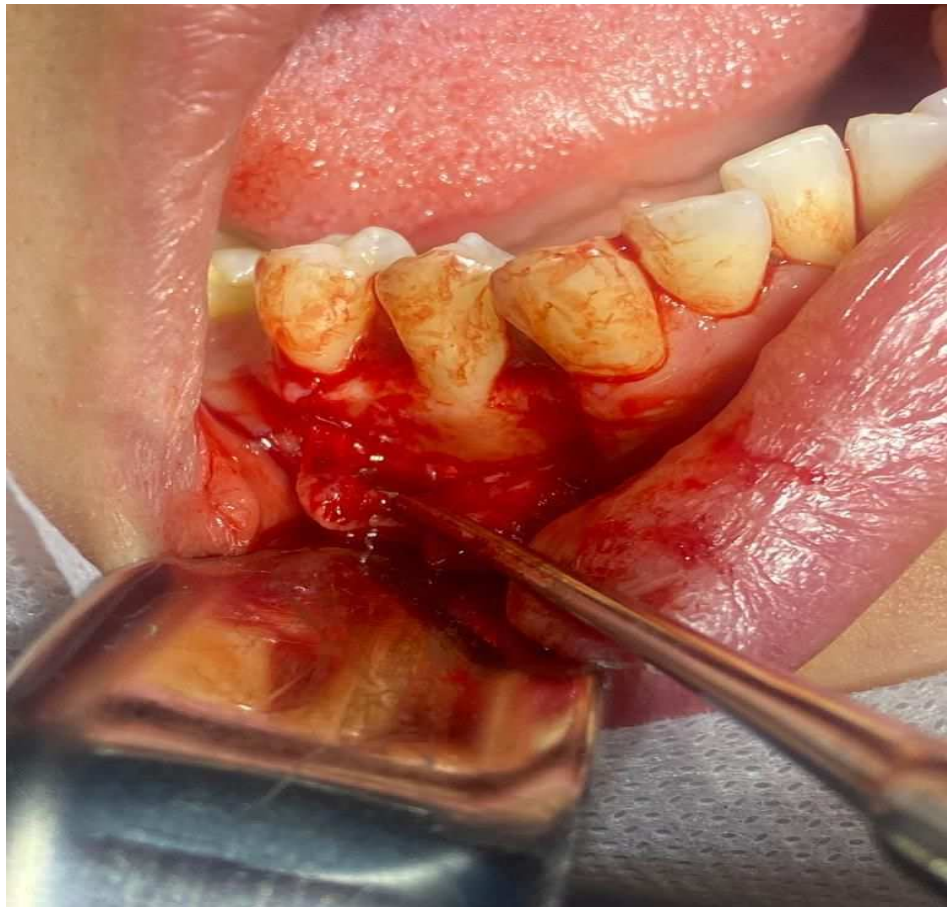


Fonte: Os Autores, 2023.

Para assepsia intraoral foi utilizado digluconato de clorexidina Riohex® 0,02% (Rioquímica, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil), para assepsia extraoral, digluconato de clorexidina Riohex® 2% (Rioquímica, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil), para o campo, digluconato de clorexidina Riohex Gard® 0,12% (Rioquímica, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil).

Após anestesia do nervo alveolar inferior, nervo bucal, nervo lingual e nervo mentoniano com utilização de cloridrato de articaína Articaine® 4% e epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil), foi realizada incisão intrasulcular para a obtenção do retalho em envelope na região vestibular do canino ao segundo pré-molar inferiores direitos com lâmina de bisturi 15C, e a incisão neumann modificada realizando duas relaxantes, seguido de descolamento mucoperiostal com auxílio de descoladores de Molt nº 2-4 e nº 9 (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) (**Imagem 5**).

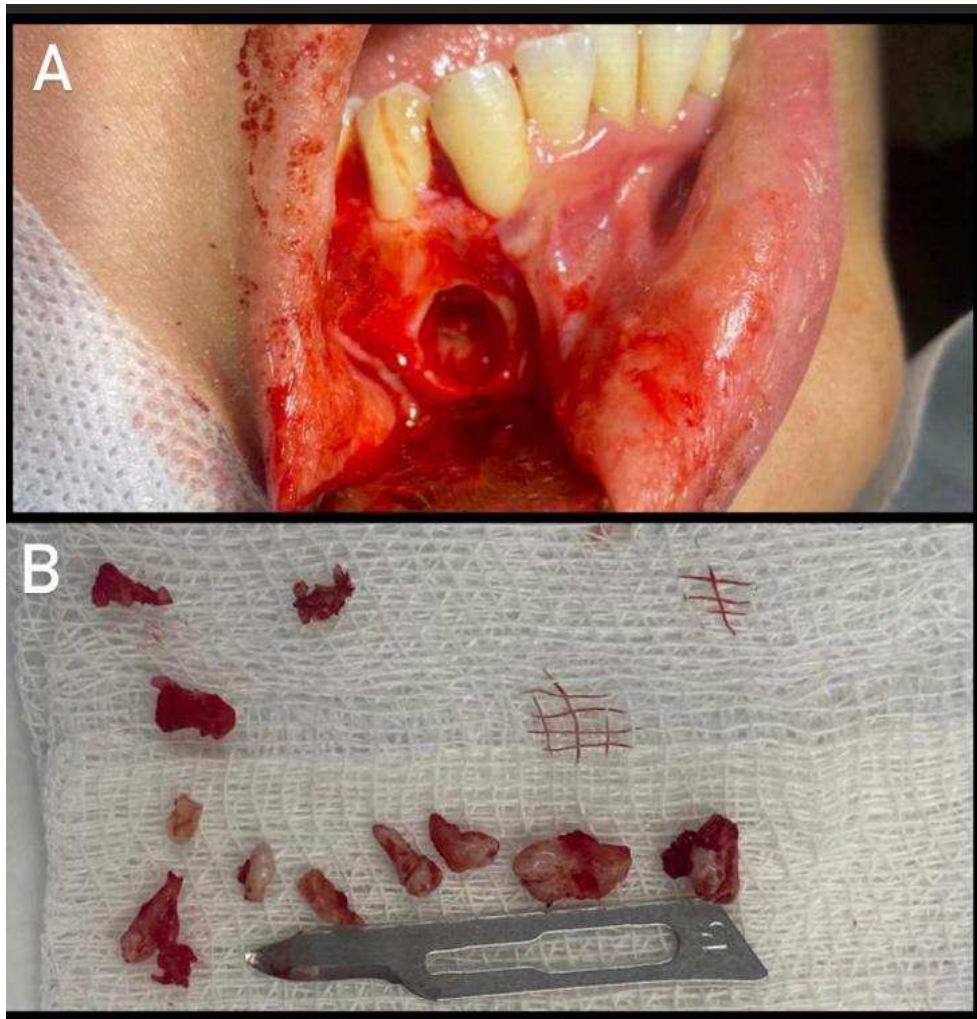
IMAGEM 5: Incisão em envelope e Neumann modificada



Fonte: Os Autores, 2023

Após o descolamento do retalho e exposição total, procedeu-se à osteotomia na região entre o canino e o primeiro pré-molar, com broca esférica 1014 em alta rotação com abundante irrigação possibilitando, assim, visão direta da lesão. Pós a remoção total do tumor, foi realizada curetagem da região com uso de cureta de Lucas nº 87 (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil), irrigação com soro fisiológico 0,9% e aspiração do alvéolo, além de coleta dos fragmentos para biópsia, que foram identificados e acondicionados em recipiente contendo formaldeídos a 10% e posteriormente encaminhados para exame anatomopatológico (**Imagem 6**).

IMAGEM 6—Remoção do tumor e curetagem da lesão (A) Fragmentos e dentículos (B)

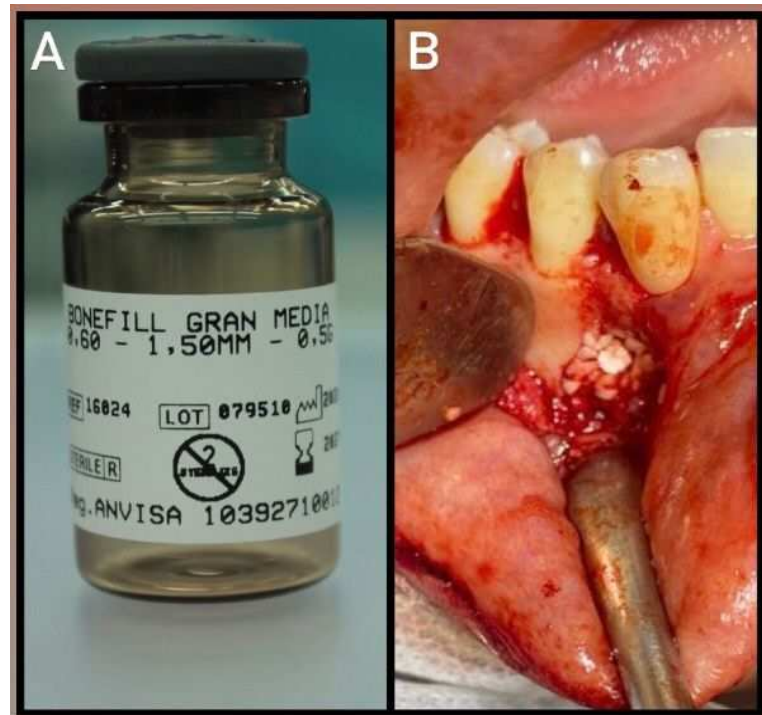


Fonte: Os Autores, 2023.

Em seguida, o sítio cirúrgico foi verificado, evitando permanência de fragmentos em seu interior finalizando com a inserção de enxerto ósseo bovino de granulação média 060-1,50mm Bonefill® Médio 0,5g (Bionnovation, Bauru, São Paulo, Brasil) umedecido com soro fisiológico 0,9% para preenchimento e neoformação óssea local (**Imagem 7**).

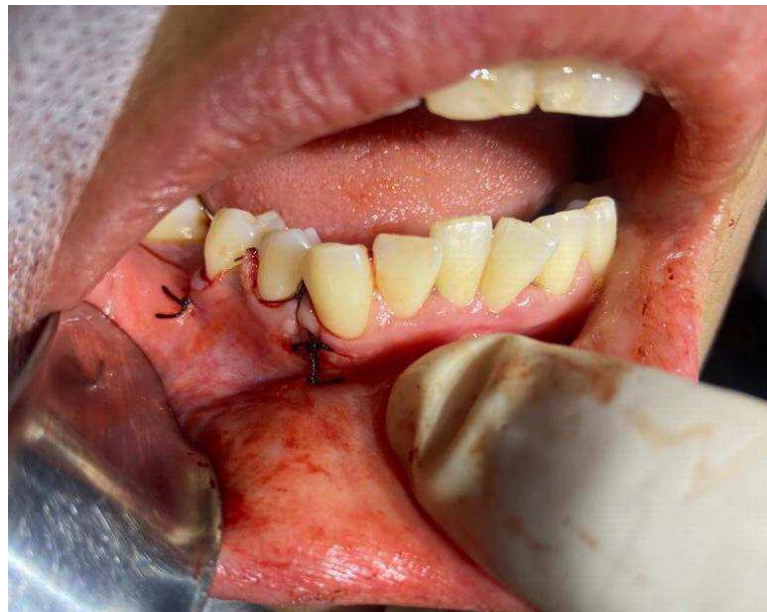
Após enxertia concluída, foram realizados posicionamento do retalho e sutura colchoeiro na região das papilas com o fio de sutura de nylon 4-0, já nas áreas de incisão relaxante utilizou o fio de seda 4-0 com sutura simples(**Imagem 8**).

IMAGEM 7 - Osso Bonefill (A) e Enxerto Ósseo (B)



Fonte: Os Autores, 2023.

IMAGEM 8 - Sutura pós-operatória

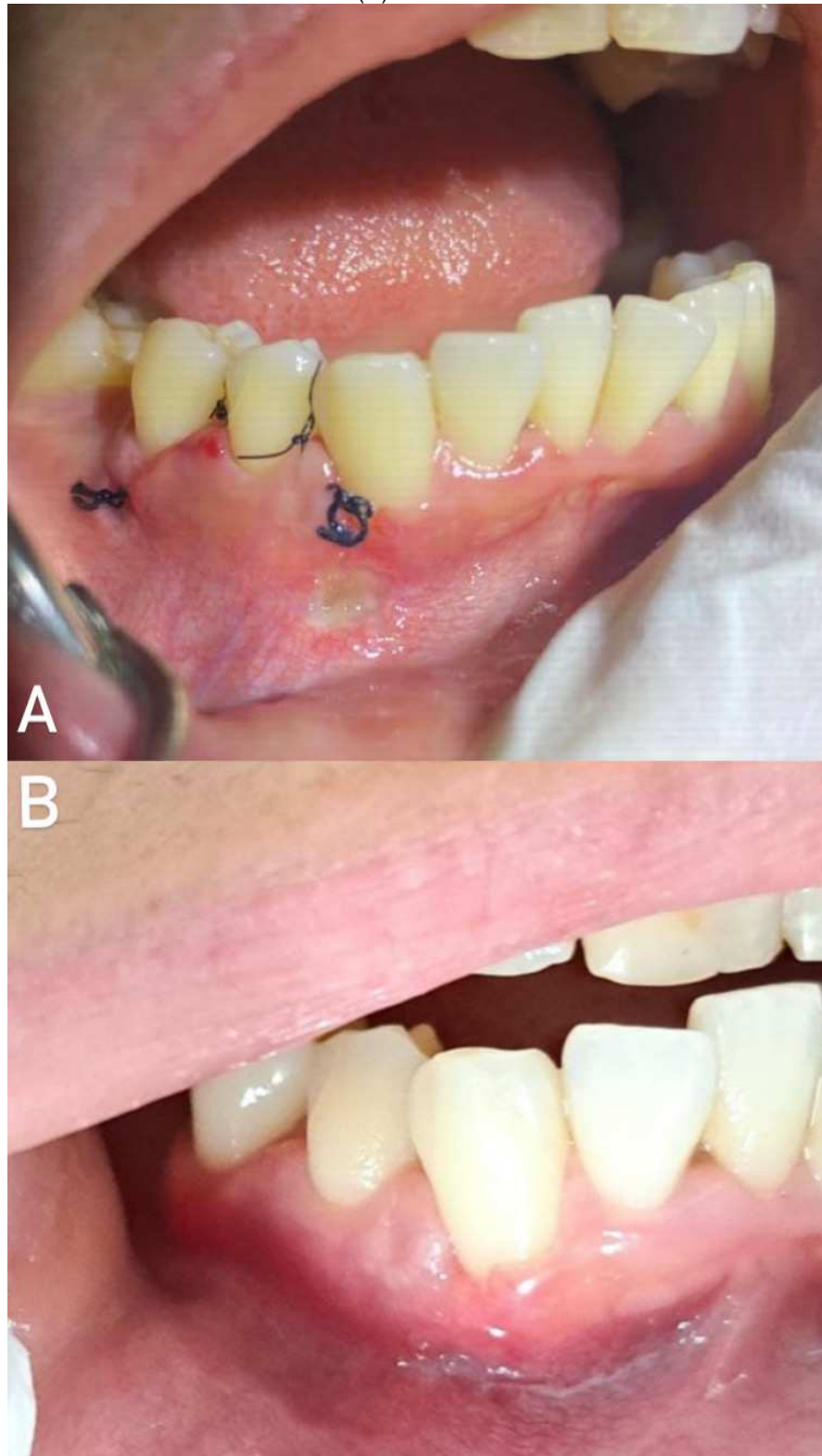


Fonte: Os Autores, 2023.

Após finalização do procedimento foram prestadas orientações pós-operatórias à paciente e prescrição medicamentosa de antibiótico (Amoxicilina 500mg), anti-inflamatório (Nimesulida 100 mg) e analgésico (Dipirona 1g), além de enxague bucal com 10 ml de enxaguatório bucal (Periogard) por um minuto após as principais refeições para higiene local.

A paciente retornou após 07 dias para remoção de sutura (A). Após 15 dias, houve um novo retorno para a preservação e a realização do novo teste de sensibilidade pulpar nos mesmos elementos realizados anteriormente, respondendo positivamente. (B) Boa cicatrização local (**Imagem 9**).

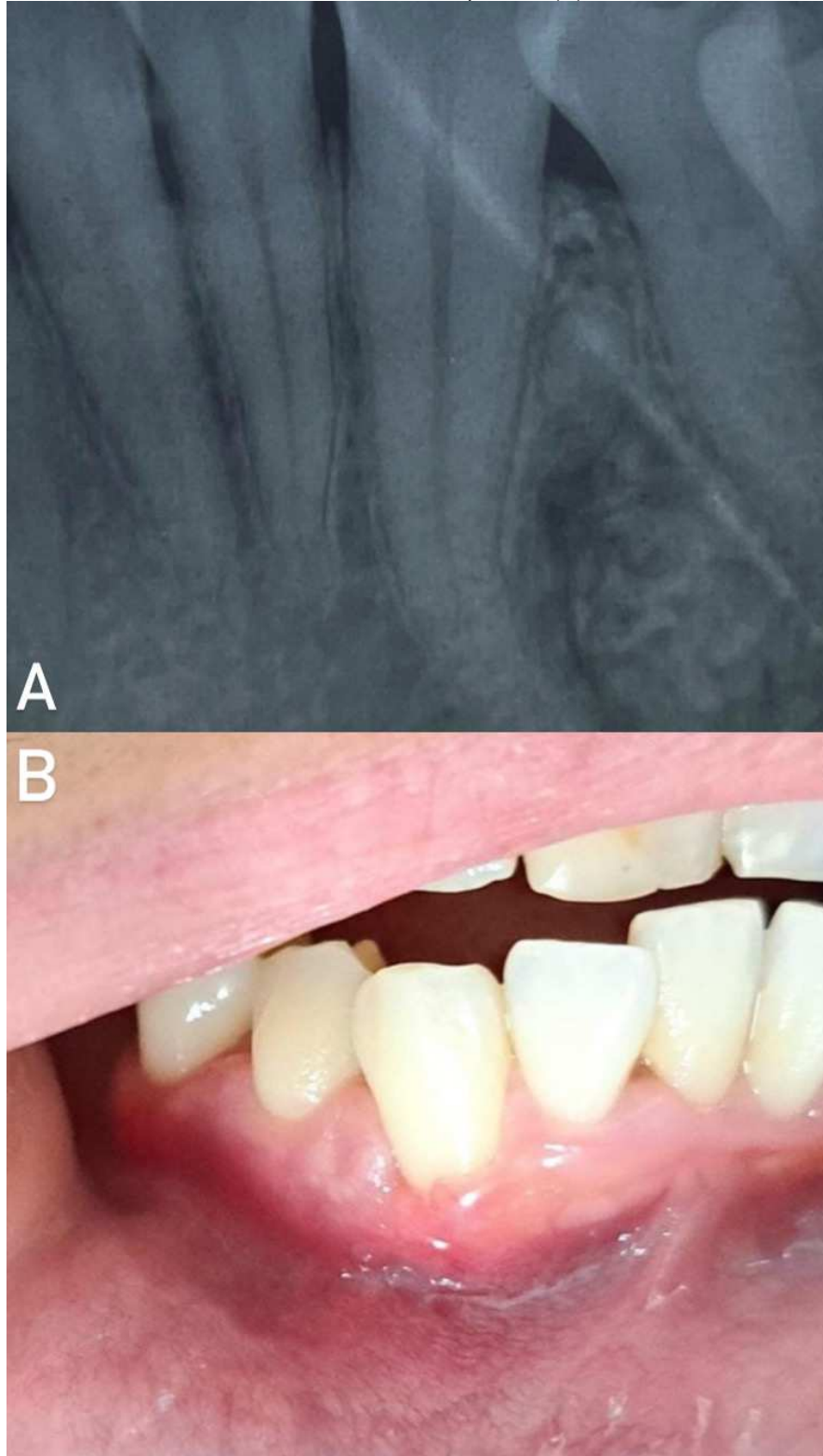
IMAGEM 9 - Cicatrização em 7 dias, ainda com sutura (A) e após 15 dias do pós-operatório (B)



Fonte: Os Autores, 2023.

A paciente retornou após 30 dias para acompanhamento, desse modo foi realizada uma nova radiografia periapical a qual foi observada a neoformação óssea da região onde ocorreu a enxertia óssea. A região de mucosa foi fotografada para preservação. (**Imagem 10**)

IMAGEM 10 Radiografia periapical mostrando a neoformação óssea (A) Cicatrização efetiva de acordo com o esperado (B)



Paciente segue em preservação clínico e radiográfico para o sucesso do tratamento.

O laudo anatomopatológico enviado pelo laboratório confirmou a hipótese diagnóstica de odontoma composto (**Anexo 1**).

5 DISCUSSÃO

Segundo a literatura, o odontoma é mais considerado uma proliferação tecidual benigna hamartosa do que uma neoplasia verdadeira. Histologicamente de origem mista, epitelial e ectomensequimal, formador de estruturas dentárias. (OLIVARES *et al.*, 2022; ROBBINS *et al.*, 2021; RIBEIRO e RIBEIRO, 2017; NEVILLE *et al.*, 2016).

A etiologia dessa lesão ainda é incerta e acredita-se que possam ser desenvolvidas por traumas, inflamações locais ou durante o desenvolvimento da odontogênese (HAYASIDA *et al.*, 2022; CABOV *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2018)., SOUZA-NETO *et al.* (2019) e NEVILLE *et al.* (2016) citam sua prevalência em região de maxila, entretanto no relato de caso abordado, o odontoma estava localizado no corpo da mandíbula, refutando os autores.

NEVILLE *et al.* (2016) ainda afirmam que o diagnóstico do odontoma composto pode ser clínico e radiográfico em apenas alguns casos, entretanto é necessário exames histopatológicos para confirmação do diagnóstico. Em concordância com esse autor e seus colaboradores, durante a primeira consulta já se tinha a hipótese de odontoma composto e após a biópsia, confirmou-se o diagnóstico inicial.

O odontoma composto é mais predominante na segunda a terceira década de vida sem predileção por sexo, segundo alguns autores (NEVILLE *et al.*, 2016; REGEZI *et al.*, 2013). A paciente deste relato encontra-se na mesma faixa etária prevalente, entre segunda e terceira década de vida, 25 anos.

Em relação aos possíveis diagnósticos diferenciais, o odontoma em desenvolvimento pode mostrar pouca evidência de calcificação e aparecer com uma lesão radiolúcida circunscrita. O complexo, entretanto, pode ser confundido nas radiografias com um osteoma ou alguma outra lesão óssea altamente calcificada (NEVILLE *et al.*, 2016). Como os achados radiográficos costumam ser diagnósticos, o odontoma composto raramente é confundido com outra lesão. Assim sendo, pelo

aspecto da lesão observado na radiografia periapical na paciente, a principal hipótese diagnóstica já foi de odontoma composto.

A técnica da enucleação e curetagem de tumores nos ossos gnáticos é indicada para remoção dessas lesões, contudo, procedimentos adicionais, como a secção de grandes massas calcificadas com brocas em odontomas e cementomas, podem ser necessários. Os tumores com baixa taxa de recidiva pode ser tratado com enucleação (HUPP *et al.*,2015). O odontoma pode ser tratado por meio de excisão local (ROBBINS *et al.*, 2021).

No caso relatado foi executada a técnica de enucleação cirúrgica, tendo em vista que, de acordo com a literatura é a técnica padrão ouro.

6 CONCLUSÃO

De acordo com o caso clínico, o odontoma composto é uma lesão assintomática benigna e de crescimento lento. Possui origem epitelial e mesenquimal, sendo considerado o tumor odontogênico mais frequente. O diagnóstico precoce é de extrema importância para melhor prognóstico, pois em longo prazo pode causar lesão nos dentes adjacentes. São comumente descobertos em achados radiográficos incidentais na segunda e terceira década de vida com topografia padrão em região anterior da maxila.

No caso clínico apresentado, a imagem radiográfica periapical foi fortemente sugestiva para o diagnóstico de odontoma composto, o que foi posteriormente confirmado pelo laudo anatomopatológico. A paciente estava na faixa etária de maior prevalência, porém, a localização do odontoma foi em região posterior de corpo de mandíbula. O tratamento de escolha foi a enucleação cirúrgica por ser o padrão ouro. O prognóstico é muito favorável pois a lesão não apresentou características de malignização e casos de recidiva são muito raros. Sugere-se uma preservação radiográfica para avaliação constante do sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

- ĆABOV, T.; FUCHS, P. N.; ZULIJANI, A.; ĆABOV E, L.; MARELIĆ, S. Odontomas: pediatric case report and review of the literature. *Acta Clin Croat*, v. 60, n. 1, p. 146-152, mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34588736/>. Acesso em: 03 abr.2023.
- FERNANDEZ, M. S.; SANTOS, L. A.; BARRETO, R. G. S.; OLIVEIRA, C. C. da C.; VIANA, V. dos S. Impactação de dentes permanentes associado a odontoma composto em paciente infantil: relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 396–401, 2021. DOI: 10.21270/archi.v10i3.4921. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4921>. Acesso em: 21 abr.2023.
- HAYASIDA, B. A. et al. Odontoma composto extenso em paciente pediátrico: relato de caso - Extended compound odontoma in a pediatric patient: case report - Odontoma compuesta ampliada em paciente pediátrico: reporte de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, v. 22, n. 3, p. 22-26, jul.-set. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/biblio-1399756>. Acesso em: 02 jun.2023.
- HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2015. ISBN 978-0-323-09177-0.
- KUMAR, V.; ASTER, J.C.; ABBAS, A.K. *Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças*. 9 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021, 1421 p.
- LEAL, M. G. F; SANTANA, A. M.; AYALA DE OLIVEIRA, ; BRITO, Thainá Araújo Pacheco; SOBRINHO, Antônio Lucindo. TRATAMENTO DE ODONTOMA COMPOSTO E CISTO DENTÍGERO: RELATO DE CASO. *Rev. Odontol. Araçatuba: LILACS, BBO - Odontologia*, 2023. 44(2): 30-37, p. Disponível em: <https://revaracatuba.odo.br/revista/2023/05/trabalho05.pdf> Acesso em: 11 jun. 2023
- MERAT, B. Diagnosis and treatment of a case of complex composite odontoma: case report and literature review. *A Revista da Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*, v. 30, n. 1-2, p. 85-93, jan.-dez. 2020. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/4573/2493>. Acesso em: 05 jun.2023.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia: Oral & Maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- OLIVARES, D. A. D.; SIMONATO, L. E.; TOMO, S. Odontoma composto: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 1179–1199, 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5523>. Acesso em: 09 jun. 2023.
- PREOTEASA, C.T; PREOTEASA, E. Compound odontoma - morphology, clinical findings and treatment. *Case report. Rom J Morphol Embryol*, v. 59, n. 3, p. 997-

1000, 2018. PMID: 30534846. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30534846/>. Acesso: 21 jun.2023.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; JORDAN, R.C.K. Patologia Oral Correlações Clinicopatológicas. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2013. ISBN 978-85-352-6890-4.

RIBEIRO, T.V.B.; RIBEIRO, T.S. Impactação de elemento dentário por odontoma composto em paciente. odontopediátrico: Relato de caso clínico. Aracaju: Universidade Tiradentes, 2017. 15f. Trabalho de conclusão de curso. Curso de graduação em Odontologia da Universidade Tiradentes, 2017. Disponível em:
<https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/1879>. Acesso em: 22 jun.2023

SILVA, C.C.G.; BERNARDO, B.B.B.; NASCIMENTO, V.H.S.; DINIZ, D.; GONÇALVES, K.K.N.; MENDONÇA, T.L.R.; BARROS, A.V.M.; SILVA, P.A.; AVELINO, M.E.L.; LAUREANO, F.J.R. Surgical approach to compound odontoma in the jaw. Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 9, n. 11, pág. e1499119610, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9610. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9610>. Acesso em: 12 abr.2023.

SOUSA-NETO, S. et al. Compound odontoma in adult and its treatment complexity: Clinical case report. Rev Odontol Bras Central 2019; 28(87): 266-269. Disponível em: <https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1362/2790>. Acesso em: 22 jun.2023.

SOUZA, B.B; et al. "Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar da Faculdade São José". 6ª edição, vol. 12, nº 2, 2018. Disponível em:
<https://revista.saojose.br/index.php/cafsj/article/view/261>. Acesso em: 03 abr. 2023.

ZIDANE, F.E.; AZZOUZ, Y.; FAWZI, R. Surgical management of compound odontoma associated with unerupted tooth: a case report. Pan Afr Med J. 2022 Oct 28; 43:108. doi: 10.11604/pamj.2022.43.108.34898. PMID: 36699976; PMCID: PMC9834796. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36699976/>. Acesso em: 24 jun.2023.

ANEXO 1

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

MATERIAL:

CAVIDADE ORAL

Informe clínico: "Suposto Odontoma composto."

40601110 x 1

MACROSCOPIA/DADOS TÉCNICOS:

Vários fragmentos irregulares compatíveis com dentes, medindo o maior 0,7 x 0,3 cm. Constituídos por tecido esbranquiçado, liso, endurecido e com presença de aderências teciduais. 1/v pi

Legenda: 1: cavidade oral (VF);

INTERPRETAÇÃO/RESULTADO:

COMPATÍVEL COM ODONTOMA COMPOSTO

FRAGMENTO FOCAL DE PAREDE DE CISTO DENTÍGERO

AUSÊNCIA DISPLASIA OU MALIGNIDADE NOS CORTES OBSERVADOS

NOTA:

É necessária correlação com dados clínicos e exames de imagem.

Caso visto em conjunto com a Dra. Larissa Luvison Gomes da Silva, CRM-PR 23.885/ CRO-PR 11.442 / RQE 1.555.

CID-10: D10

CID-10: D103



Larissa Uhlmann Wendling
Patologista

CRM-PR 31681 - RQE 22035

Os dados diagnósticos obtidos no exame cito-anatomopatológico devem ser avaliados em conjunto com os dados clínicos, laboratoriais e de imagem, e sua interpretação correlacionada pelo médico solicitante/responsável.

Exame realizado no Laboratório CITOPAR, inscrito sob o nº 1359 no Conselho Regional de Medicina do Paraná.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ana Camila de Oliveira Campos, Francieli Marinho Costa, Gustavo Henrique Dale Crode da Silva. Do curso de graduação de odontologia do centro acadêmico Unicuritiba, estamos solicitando sua autorização para utilizar as informações referentes ao seu caso, imagens, documentação radiológica e prontuários. Para apresentação do mesmo em encontro científico e/ou publicação em revista científica como “Relato de caso”.

a) Objetivo: O objetivo deste relato de caso Tumor Odontogênico, Odontoma Composto é apresentar seu caso como trabalho de conclusão de curso no centro acadêmico Unicuritiba e também possíveis apresentações em Congressos de Patologia, abordando as características da sua doença e o seu diagnóstico e tratamento.

b) Caso o (a) Senhor(a) concorde com a publicação/apresentação do relato de seu caso, será necessário, comparecer em algumas consultas sendo a primeira para explicarmos e orientar sobre seu caso, avaliação de exame e possível diagnóstico, a segunda consulta seria para realização de fotos iniciais/finais.

E o procedimento cirúrgico da região (descrição da cirurgia) e coleta do material para biópsia.

c) Riscos: Considerando que o relato de caso não é isento, podendo ter alguns riscos no procedimento cirúrgico.

d) Alguns riscos relacionados ao procedimento, podem ser:

Parestesia do nervo mentoniano (sendo a perda da sensibilidade do lábio inferior e mucosa da região vestibular), podendo ocorrer a parestesia pelo fato do tumor estar na região entre os pré-molares (elemento 43 e 44).

Será realizado enxerto ósseo devido às medidas do tumor.

Pode durante a cirurgia ocorrer fratura do dente adjacente, pois será utilizado instrumentais de ferro e brocas para remoção do tumor.

Pode devido a proximidade com as raízes dos elementos 43 e 44 ocorrer algum dano aos mesmos, como por exemplo perda de vitalidade pulpar, necessitando futuramente de tratamento endodôntico nos referidos dentes.

e) Benefícios: Será realizado a remoção completa do suposto odontoma composto e realizado biópsia do material coletado, para obter o diagnóstico correto. A cirurgia trará como benefício a remoção total do tumor para não se desenvolver e afetar maiores áreas do corpo da mandíbula.

f) Os responsáveis Ana Camila de Oliveira Campos, Francieli Marinho, Gustavo Henrique Dale Crode da Silva, sob orientação dos professores Darlan Junior Rigo e Flávia Vetter. Contato por e-mail: anacamilaoliveira0@gmail.com, gustavo.dalecrode18@gmail.com, franciely_leeican@hotmail.com e/ou telefone celular e Institucional (41) 3012-1434 em horário comercial das 9h às 18h de segunda à sexta-feira em rua Chile 1678 Rebouças, Curitiba - PR , para esclarecer suas dúvidas.

g) Os pesquisadores tratarão sua identidade com padrões profissionais de sigilo de modo que o (a) Senhor (a). não será identificado(a) a em nenhuma publicação

h) Ressarcimento: Caso haja necessidade de deslocamento para consentir este relato fora da sua rotina familiar/consulta, o(a) senhor. (a) será ressarcido integralmente de suas despesas. O (a) Senhor. (a) tem assegurado o direito à indenização e à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, no caso de eventuais danos ocasionados pelo Relato de Caso

i) A sua autorização para publicação do relato de caso é voluntária mas se o (a) Senhor (a) mudar de idéia e não quiser que seu caso seja divulgado, o (a) Senhor (a) pode solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, desde que em tempo hábil, antes do envio para o Congresso de Patologia. Agora, se não quiser que seu caso seja apresentado, a sua recusa não acarretará em qualquer prejuízo ou penalidade e seu atendimento/tratamento pelos médicos/pesquisadores tampouco sofrerá qualquer modificação ou prejuízo.

j) As informações relacionadas ao seu diagnóstico poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, profissionais da área da saúde. Entretanto, a sua identidade será preservada.

Eu, _____

_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do relato de caso; também estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para retirar a autorização para publicação desde que seja em tempo

hábil, antes da formalização da mesma, sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para o tratamento ou atendimento ordinários, que eu possa receber de forma rotineira na Instituição.

Eu concordo com a publicação/apresentação deste relato de caso.

Nome por extenso, legível do Paciente e/ou Responsável Legal

Assinatura do Paciente e/ou Responsável Legal
(Somente para o responsável do relato de caso)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou seu representante legal para a autorização do relato de caso.

Nome por extenso dos Responsáveis pelo Relato de Caso e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Responsável pelo Relato de Caso e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, _____ de _____ de _____

APÊNDICE 2

ANEXO II

TERMO DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO E CO-ORIENTAÇÃO

Eu, _____ e eu
 _____ na condição de
 Professor(es), aceito (amos) a solicitação de pedido de orientação e coorientação,
 respectivamente, do(s) discente(s):

Nome completo:
Ana Carolina da Oliveira Campos RA: 111820552

Nome completo:
Luciana de Morais RA: 112011563

Nome completo:
Guilherme Henrique Dole Grede da Silva RA: 111820613

Nome completo:
 _____ RA: _____ no
 período letivo do ano de _____, durante o período de realização do Trabalho de
 Conclusão de Curso, como parte das exigências do UNICURITIBA
 _____ para obtenção
 do Título de _____ em _____

Atenciosamente,

Assinatura do (a) Orientador (a): [Assinatura] Assinatura do
 (a) Coorientador (a): _____

E-mail do (a) Orientador (a): flaviavettore@yahoo.com.br

E-mail do (a) Coorientador (a): _____

Curitiba _____, 29 de Junho de 2023

*Elaborar 2 (duas) vias: 1ª via coordenador de curso; 2ª via discente

Scanned with CamScanner

APÊNDICE 3

ANEXO III

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE - TCC

Eu, Anna Carolina Francisco da Silva, acadêmico (a)
matriculado (a) no Curso de Odontologia, sob o RA 11112022
1241563, 11192643, no ano 2023, orientado pelo(a) Professora(a)
Elaine Vieira. CONCORDO com este Termo de Ciência e
Responsabilidade, em consonância com meu (minha) Orientador (a), declarando
conhecimento sobre meus compromissos abaixo listados:

1. Estou ciente que a pesquisa e a escrita do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) devem, necessária e obrigatoriamente, ser acompanhadas pelo meu Orientador e que o envio apenas do produto final, sem a concordância do meu Orientador implicará em reprovação do TCC.
2. Estou ciente de que a existência, em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), de trechos iguais ou parafraseados de livros, artigos ou sites da internet sem a referência da fonte, é considerada plágio, podendo me levar a responder a processo criminal (Código Penal, artigo 184) e civil (Lei 9.610, de 18 de fevereiro de 1998, e artigo 927 do Código Civil de 2002) por violação de direitos autorais e a estar automaticamente reprovado no componente curricular de Trabalho de Conclusão de Curso.
3. Estou ciente de que, se for comprovado, por meio de arguição ou outras formas, que o texto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) não foi elaborado por mim ou é igual a outro já existente, serei automaticamente reprovado no Trabalho de Conclusão de Curso.
4. Estou ciente de que a correção gramatical, formatação e adequação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) às normas utilizadas pelo Curso de Odontologia e pela ABNT, Vancouver ou de acordo com as normas de formatação da revista escolhida, são de minha inteira responsabilidade, cabendo ao Orientador apenas a identificação e orientação de problemas no texto relativos a estes aspectos, mas não sua correção ou alteração.
5. Estou ciente de que se eu não depositar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no prazo estabelecido, não poderei fazer apresentação do artigo científico, estando automaticamente reprovado no componente curricular de TCC.
6. Estou ciente de que, após a defesa, for submetido a uma segunda oportunidade, a nota do TCC será anulada e nova nota será atribuída pela banca após a avaliação da nova versão do TCC, conforme prazo estabelecido pela Coordenação de Curso.

APÊNDICE 3

7. A versão final do Trabalho de Conclusão de Curso, após a apresentação oral, deverá ser entregue no formato eletrônico ao professor responsável e ser postado no Ulife e depositado no RUNA, conforme prazo estabelecido pela Coordenação de Curso.

Quito, 28 de Junho de 2023.

Ana Carolina O. Campos

Assinatura do Acadêmico

[Assinatura]

Assinatura do Acadêmico

Gustavo H. D. Costa S.

Assinatura do Acadêmico

Assinatura do Acadêmico

[Assinatura]

Assinatura do Orientador

APÊNDICE 4

Postura e senso crítico	6,0				
Capacidade de síntese	6,0				
Iniciativa	4,0				
Evolução das competências individuais Obs: orientador deve indicar as competências a serem desenvolvidas	10,0				
TOTAL	50,0				

Considerações _____



APÊNDICE 5

ANEXO VIII

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE ORIENTADOR/PROJETO

Eu _____, n.º _____ de matrícula _____, Eu _____, n.º _____ de matrícula _____,

Eu _____, n.º _____ de matrícula _____,

Eu _____, n.º _____ de matrícula _____, do curso de _____ da _____, viemos solicitar a mudança de orientação do professor _____ para o professor _____.

Justificativa: _____

Estamos cientes das implicações que esta mudança poderá acarretar à conclusão do TCC e na distribuição de pontos.

Assinatura do aluno 1: _____

Assinatura do aluno 2: _____

Assinatura do aluno 3: _____

Assinatura do aluno 4: _____

Eu _____ estou ciente da solicitação dos alunos acima discriminados e, portanto, a partir de hoje, não sou mais responsável por suas orientações.

Assinatura do professor: _____

Eu _____ assumo o compromisso de orientar os alunos acima relacionados, do curso de _____ da _____ no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Assinatura do orientador: _____

_____, de _____ de _____

Scanned with CamScanner

APÊNDICE 6

ANEXO IX

SOLICITAÇÃO DE SEPARAÇÃO CONSENSUAL DE PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

(Somente é aceita a separação do grupo, se o grupo for constituído por no mínimo de 4 alunos, onde, a separação possibilitará a construção de 2 dois grupos, de no mínimo 2 alunos cada)

Eu _____, n.
de matrícula _____, eu _____, n.
de _____ matrícula _____,
eu _____, n. de matrícula _____,
eu _____, n. de matrícula _____, alunos do curso _____ solicitamos a
separação consensual do grupo do projeto de trabalho de conclusão de curso.

Esta separação se justifica:

Estamos cientes da necessidade da apresentação de uma carta de aceite assinada pelo novo orientador e das implicações que esta mudança poderá acarretar à conclusão do TCC e na distribuição de pontos.

Assinatura do aluno 1: _____

Assinatura do aluno 2: _____

Assinatura do aluno 3: _____

Assinatura do aluno 4: _____

Eu _____ estou ciente da solicitação dos alunos acima discriminados e, portanto, a partir de hoje, não sou mais responsável por suas orientações.

Assinatura do professor: _____

Eu _____, professor (a) responsável pelo TCC do curso de _____, estou ciente da solicitação dos alunos acima discriminados.

Assinatura do professor: _____

_____, de _____ de 20____.

APÊNDICE 7

ANEXO X

TERMO DE DESISTÊNCIA DA ORIENTAÇÃO

Eu, FLÁVIA VETTER,
professor(a) orientador(a), declaro para os devidos fins, desistir da orientação do Trabalho
de Conclusão de Curso do(s) aluno(s):

do
curso _____ pelo motivos
descritos abaixo:

Justificativa:

Observação: Esta solicitação somente poderá ser requerida com tempo mínimo de 60 dias antes da banca.

_____ de _____ de _____

Out
Assinatura do(a) Orientador(a)

APÊNDICE 8

ANEXO XI

TERMO DE DEPÓSITO DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO E CONCORDÂNCIA PARA INSERÇÃO EM BASE DE DADOS

Curso: Odontologia Data da defesa: 28 / 06 / 23

Orientador: FLÁVIA VETTER

Título: Odontoma Composto em região posterior em mandíbula.

Discente(s):

1. Anno Camilo de Oliveira Campos

2. Franciele Marinho Costa

3. Gustavo Henrique Dole Gade de Silva

4. _____

Eu (nós), autor(es) do trabalho, atestamos que as correções serão realizadas de acordo com o que foi solicitado pela banca examinadora e dentro das normas e regulamentos institucionais, enviaremos a versão final para o orientador e membros da banca examinadora. Também será feita a inserção no **Repositório on-line (RUNA)**, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de nossa autoria em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Escola Estadual de Santa Catarina a partir desta data.

OBS: Caso parte do trabalho seja de conteúdo restrito, favor comunicar quais partes não terão acesso público. Se em parte, informar quais podem ser disponibilizadas:

(anexo ao e-mail deve conter o arquivo com o trabalho na íntegra e outro com apenas as partes a serem disponibilizadas).

Curitiba, 28 de Junho de 2023.

Anno Camilo de O. Campos
Assinatura do discente

Franciele Marinho Costa
Assinatura do discente

Gustavo Henrique Dole Gade de S.
Assinatura do discente

Assinatura do discente

Flávia Vetter
Assinatura do (a) Orientador (a)

APÊNDICE 9

ANEXO VII

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

ANA CAMILA O. CAMPOS
FRANCIELI M. COSTA
GUSTAVO H. DALE C. da Silva

Existem 2 opções de resultado da avaliação: aprovado ou reprovado.

Em caso de aprovação, os membros da banca deverão expor a nota referente ao trabalho escrito e a nota da apresentação oral. Caso o aluno seja reprovado, a banca deverá justificar a reprovação do trabalho.

APROVADO (escrever a nota no interior do retângulo)

Nota do Orientador: (máximo de 50 pontos): 49,5 (AC); 47,0 (F); 49,5 (G)

Trabalho Escrito (máximo 30 pontos) – Nota atribuída: 26,84 (média 3 avaliadores)

Trabalho Oral (máximo 20 pontos) – Nota atribuída: 18,60 (média 3 avaliadores)

TOTAL: 94,94 (AC)

92,44 (F)

94,94 (G)

Prof. Marco Antonio Diniz Azevedo
CRO/PR - 10.041

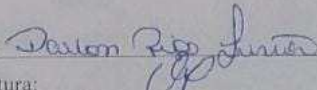
REPROVADO

JUSTIFICATIVA:

BANCA EXAMINADORA:

Nome: FLÁVIA VETTER

Assinatura: 

Nome: 

Assinatura:

Nome: Luiz Eduardo Bogl - Sme Boré

Assinatura: 

Justiça

28 de junho de 2023