



ODONTOMA COMPOSTO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Autora: Kelly Ferreira de Amorim

Orientador: Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: O odontoma é o tumor odontogênico mais comum. Pode ser classificado como composto, quando apresenta múltiplos dentículos, ou complexo, no caso de uma massa disforme. São geralmente diagnosticados em exames de imagem de rotina e associados ao atraso no irrompimento dentário. **Objetivo:** Revisar a literatura acerca desse tipo de tumor odontogênico, bem como relatar o caso clínico de um paciente portador de odontoma composto em região posterior de mandíbula, realizado na clínica do UNIFACIG. O tratamento envolveu a remoção cirúrgica conservadora e posteriormente foi enviada para análise histopatológica para confirmação diagnóstica. O controle pós-operatório indica que a paciente encontra-se bem e sem ausência de sinais de recidiva ou complicações cirúrgicas. **Metodologia:** O presente artigo é do tipo relato de caso. **Conclusão:** A partir dos resultados encontrados conclui-se que o diagnóstico precoce do odontoma é de extrema importância para prevenir maiores danos à oclusão e estética do paciente. Os exames radiográficos são decisivos para um exato diagnóstico, planejamento e acompanhamento dos casos.

Palavras-chave: Odontoma. Tumores Odontogênicos. Anormalidades Dentárias.

1. INTRODUÇÃO

Odontoma é classificado como tumor odontogênico neoplásico misto, pois apresenta tecidos de origem epitelial e mesenquimal. Contudo, muitos patologistas não o consideram como neoplasma verdadeiro, mas, sim, uma má formação de desenvolvimento – hamartomas. Por essa classificação, o odontoma torna-se o tipo mais comum de tumor odontogênico (QUEIROZ *et al.*, 2011).

Sua etiologia ainda é desconhecida. No entanto, estudos apontam que trauma local, infecção, pressão, crescimento e mutações genéticas no mecanismo de controle de um ou mais genes originam distúrbios no desenvolvimento dos dentes, constituindo os prováveis fatores etiológicos dos odontomas (PIRES *et al.*, 2013).

Quando totalmente desenvolvidos, os odontomas consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de polpa e cimento. Os odontomas são ainda subdivididos em tipo composto e tipo complexo. O odontoma composto é formado por múltiplas estruturas pequenas, semelhantes a dentes. O odontoma complexo consiste em uma massa conglomerada de esmalte e dentina, que não exhibe semelhança anatômica com um dente (NEVILLE *et al.*, 2009).

Embora os odontomas possam surgir em qualquer idade, usualmente estão associados à dentição permanente em adolescentes e jovens adultos. A segunda década de vida é a época em que a maioria destas lesões são diagnosticadas, e a maior parte dos casos são assintomáticos, sendo detectados em exames radiográficos de rotina ou quando radiografias são feitas para determinar o motivo da falha na erupção de um dente permanente (NÓIA *et al.*, 2008a). Porém, o odontoma composto pode também apresentar sinais e sintomas clínicos importantes, como: infecção, assimetria facial, e dor decorrente da compressão de estruturas nobres, além de comprometimento estético e funcional (NEVILLE *et al.*, 2004). Não existe predileção por gênero (SANTOS *et al.*, 2010).

Radiograficamente, os odontomas demonstram radiopacidade bem delimitada, com densidade mais elevada que a do tecido ósseo próximo e similar à dentária. No odontoma composto, analisam-se inúmeras estruturas semelhantes a dentes com medidas diversificadas e desordenadas envoltas por área radiolúcida. O odontoma complexo, todavia, apresenta-se como uma massa radiopaca irregular demarcada por área radiolúcida possibilitando a necessidade de formação do diagnóstico diferencial (WANDERLEY *et al.*, 2019).

O tratamento para os odontomas é sua total excisão cirúrgica, com prognóstico bastante favorável, sendo raros os casos de recidiva, e a reparação óssea, realizada com certa facilidade. O tratamento deve ser cirúrgico conservador, sendo considerado de fácil remoção devido à facilidade de clivagem. Quando ocorre retenção dentária causada pela lesão, deve-se realizar todo o empenho para preservar o elemento dentário incluso, oferecendo possibilidades para a sua posterior erupção (SANTOS *et al.*, 2010). O irrompimento do odontoma na cavidade oral é raro, cujo mecanismo de irrupção parece ser diferente da erupção dentária devido à falta de ligamento periodontal no odontoma (QUEIROZ *et al.*, 2011). O presente estudo tem como objetivo relatar um caso incomum de um odontoma composto em mandíbula exposto em cavidade bucal.

2. DESENVOLVIMENTO

Referencial teórico

Segundo Ahire *et al.* (2018), citado por Wanderley *et al.* (2019):

“os tumores odontogênicos são lesões heterogêneas derivadas dos tecidos epiteliais ou ectomesenquimais. Vão desde proliferações não neoplásicas até neoplasias malignas com capacidade metastática. Nos seres humanos os tumores odontogênicos são comparativamente raros, compreendendo cerca de 1% de todas as amostras de biópsia oral e maxilofacial diagnosticadas.”

Estudos relatam que dentre os principais tumores odontogênicos a lesão mais comumente diagnosticada é o odontoma, seguido de ameloblastoma, tumor odontogênico adenomatóide e mixoma odontogênico (SANTOS *et al.*, 2010). Para Ebling (1977) citado por Wanderley *et al.* (2019),

“o termo odontoma foi introduzido por Broca, em 1863, com uma conotação muito genérica que incluía cistos e tumores odontogênicos de um modo geral. Em uma revisão de arquivos do departamento de patologia da Universidade de Indiana, constou que os odontomas constituíam 54% de 511 casos de tumores odontogênicos, e de 287 casos revisados de odontomas 64% foram de odontomas compostos, e 36% de odontomas complexos. Os aspectos clínicos dos odontomas são que eles geralmente apresentam um crescimento limitado, são detectados em radiografias de rotina e comumente associados a dentes inclusos. Os odontomas apresentam um pequeno volume, e raramente quando associados a cistos dentígeros podem determinar expansão e assimetria facial, podem erupcionar e causar uma infecção com sintomatologia semelhante de uma pericoronarite. Os odontomas ocorrem com igual frequência em ambos os sexos, na maioria dos casos são encontrados em pacientes jovens.”

A etiologia da lesão é desconhecida, mas acredita-se na associação de alguns fatores como trauma em dentes decíduos, processo inflamatório, anomalias hereditárias e mutações genéticas, em conformidade com Pippi (2014) e Kämmerer *et al.* (2016), distúrbios de erupção, incluindo impactação, erupção retardada ou retenção de dentes decíduos ou permanentes (ISOLA *et al.*, 2017). Geralmente são indolores e não agressivos, onde após a excisão, apresentam raríssimos casos recidivantes, exceto em casos onde a lesão foi removida nos estágios iniciais de sua formação (PREOTEASA; PREOTEASA, 2018).

Os odontomas ocorrem com uma frequência maior na maxila do que na mandíbula. O tipo composto é geralmente encontrado na região anterior da maxila; já os odontomas complexos ocorrem mais frequentemente na região de molares, em ambos os maxilares. No geral são tumores pequenos e raramente expandem os maxilares (NÓIA *et al.*, 2008a).

Neville *et al.* (2009) citam, ainda, que “odontomas pequenos podem se localizar entre as raízes de dentes irrompidos, não estando associados com distúrbios na erupção.”

Radiograficamente, os odontomas apresentam radiopacidade bem definida, com densidade maior do que a do tecido ósseo adjacente e semelhante à dentária. No odontoma composto, observam-se várias estruturas semelhantes a dentes de tamanho reduzido envolvidos por área radiolúcida, característica considerada por muitos autores como Henriksson e Kjellman (1964) e Freitas *et al.* (1998), é apontada como imagem radiográfica patognomônica do odontoma composto. O odontoma complexo, por sua vez, apresenta-se como uma massa radiopaca irregular delimitada por área radiolúcida, promovendo a necessidade do estabelecimento do diagnóstico diferencial (PIRES *et al.*, 2013).

A retenção prolongada de um elemento dentário decíduo ou a não erupção do dente permanente mesmo após a exfoliação do seu antecessor são características comuns nos casos de odontoma. Por essa razão, a detecção dessa alteração costuma ocorrer 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. (QUEIROZ *et al.*, 2011). Uma vez detectada a alteração, a tomografia computadorizada de feixe cônico surge como uma ferramenta importante na localização, extensão e relação com as estruturas adjacentes. Em muitos casos, o dente permanente impactado erupcionar normalmente após a remoção da lesão, enquanto em outros o tracionamento ortodôntico é necessário. Ainda, em alguns poucos casos, o dente permanente impactado também é removido no momento da cirurgia devido ao seu mau posicionamento na arcada dentária (NÓIA *et al.*, 2008b). Histologicamente, o odontoma composto consiste em múltiplas estruturas representadas por esmalte maduro contidas em uma matriz fibrosa frouxa. O tecido pulpar pode ser encontrado na porção radicular e coronal das estruturas semelhantes a dentes. O odontoma complexo consiste em dentina tubular madura (SILVA *et al.*, 2015).

A análise histopatológica deve ser realizada devido à semelhança com o odontoma ameloblástico e com o fibriodontoma ameloblástico. O prognóstico é bom, a reparação óssea realizada com certa facilidade e não se espera recidiva. Complicações como o aparecimento de fístula eventualmente podem ocorrer quando o tamanho da lesão é grande e localizado próximo à mucosa e sujeito a trauma constante. A falha no diagnóstico e tratamento, bem como o atraso na remoção desta patologia, pode levar a problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, alterações oclusais importantes, implicando na necessidade de tratamento corretivo ortopédico e/ou ortodôntico. Quando ocorre retenção dentária causada pela lesão, deve-se realizar todo o procedimento cirúrgico com cuidado para preservar o elemento dentário incluso, oferecendo possibilidades para a sua posterior erupção (LODI *et al.*, 2014).

De acordo com o diagnóstico diferencial de lesões situadas entre raízes dentárias, considera-se a osteíte focal residual, cementoma, tumor odontogênico epitelial calcificante, tumor odontogênico adenomatóide, dentes supranumerários, fibroma cementificante ou osteoblastoma benigno. Caso a lesão esteja situada na região pericoronária, o diagnóstico diferencial engloba tumor odontogênico adenomatóide, tumor odontogênico epitelial calcificante, fibrodentinoma ameloblástico ou odontoameloblastoma (CHRCANOVIC *et al.*, 2010).

O tratamento proposto para o odontoma composto, assim como para o complexo, é a remoção cirúrgica através dos fundamentos de exodontia de elementos dentários inclusos, conforme Cardoso *et al.* (2003). Para Chrcanovic *et al.* (2010) citado por Silva *et al.* (2015)

“a cirurgia é realizada de forma menos traumática possível, no momento mais oportuno e com adequado planejamento, evitando futuras lesões a estruturas nobres, permitindo assim um processo de cicatrização adequado e uma completa restauração da saúde bucal do paciente, seguida de envio do espécime ao exame anatomopatológico.”

E por serem desmembrados do osso por uma película de tecido conjuntivo fibroso, essas lesões normalmente são de fácil remoção (CARDOSO *et al.*, 2003). Apesar de incomuns, complicações pós-operatórias poderão ocorrer: parestesia do

lábio inferior, hemorragias e infecção secundária são outros aspectos que podem ser observados (KURAMOCHI *et al.*, 2006).

O tratamento cirúrgico de remoção do odontoma é um procedimento relativamente simples e de extrema eficácia, visto que a evolução pós-operatória do paciente é excelente e raramente há recidiva da lesão. (FREIRES *et al.*, 2019).

Metodologia

Trata-se de um relato de caso clínico de odontoma composto exposto em mandíbula esquerda exposto em cavidade bucal. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UNIFACIG através do parecer 4.629.211.

Relato do caso

Paciente feminina M. A. S., 57 anos, parda, compareceu a clínica odontológica do UNIFACIG, com a queixa principal: “Sinto um gosto ruim na boca e tem um pedaço de dente”. Paciente referiu que havia a presença de tal lesão há aproximadamente 2 anos, sem queixas álgicas. Na história médica pregressa refere ser hipertensa, em uso de losartana e hidroclorotiazida. Negou alergias medicamentosas.

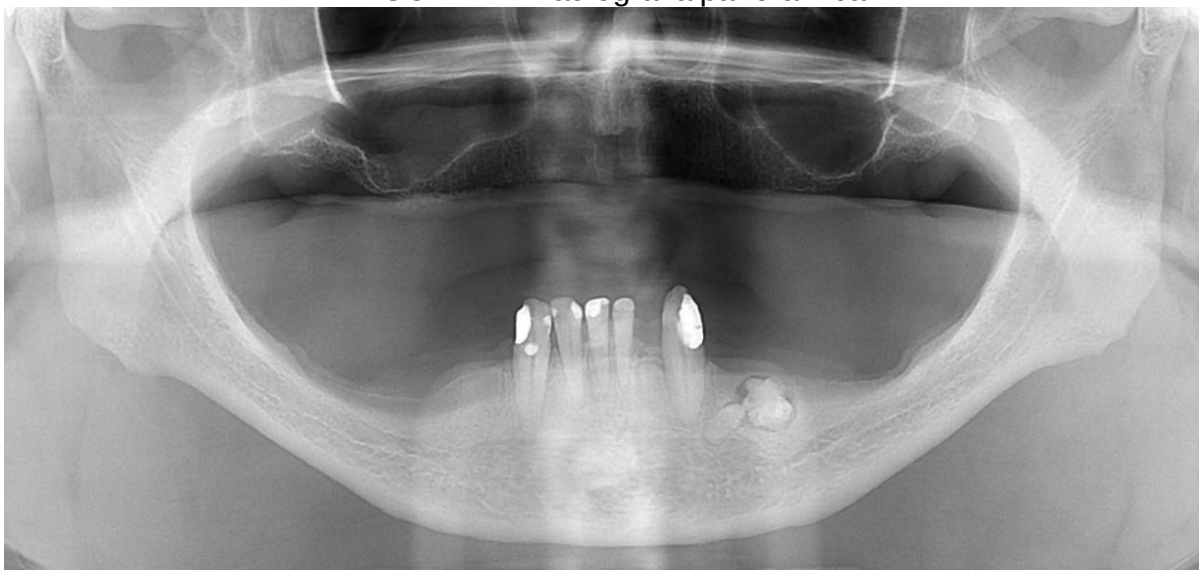
Ao exame físico extraoral paciente apresenta-se com face simétrica, pele hígida e hidratada, estruturas faciais dentro da normalidade. Ao exame físico intraoral apresenta edentulismo total superior e parcial inferior. Observou-se um nódulo em região de corpo de mandíbula esquerda, consistência endurecida a palpação, indolor e não sangrante ao toque, limites definidos, medindo aproximadamente 15 mm de diâmetro, na superfície apresenta mucosa de coloração rosa pálida e lisa interrompida parcialmente por tecido duro de coloração amarronzado exposto na cavidade bucal (Fig. 1). Ao exame imaginológico, observou-se através de uma radiografia panorâmica imagens radiopacas, com limites e contornos bem definidos em região de corpo de mandíbula esquerda (Fig. 2). Diante da história clínica, exames físico e imaginológico a hipótese diagnóstica para o quadro é de um odontoma composto exposto em cavidade bucal.

FIGURA 1 – Lesão nodular em corpo de mandíbula esquerda



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

FIGURA 2 – Radiografia panorâmica



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

Paciente então foi submetida ao procedimento cirúrgico de excisão cirúrgica da lesão e curetagem da loja cirúrgica. O tratamento cirúrgico foi realizado mediante a antisepsia da face com clorexidina 0,12%, foi utilizado bochecho antisséptico com clorexidina 0,12%, bloqueio do nervo alveolar inferior, mental e lingual, esquerdos. Realizou-se um retalho trapezoidal (Fig. 3), descolamento mucoperiosteal para realização de osteomia vestibular com caneta de alta rotação com broca esférica número 8 mediante a abundante irrigação com soro fisiológico 0,9% (Fig. 4.). Observou-se a presença de tecido semelhante a pequenas estruturas dentárias mal formadas (Fig. 5). Após a excisão cirúrgica da lesão, foi realizada regularização óssea, com remoção de espículas, limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9%, hemostasia local, reposicionamento do retalho e sutura com fio de *nylon* 4.0.

FIGURA 3 – Desenho do retalho trapezoidal



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

FIGURA 4 – Lesão exposta após osteotomia vestibular



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

FIGURA 5 – Lesão excisada (estruturas semelhantes a dentes malformados)



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

Foi prescrito anti-inflamatório não esteroidal e analgésicos durante 3 dias visando controle do edema e analgesia pós-operatória. Além disso prescreve-se enxague bucal com clorexidina 0,12% durante 7 dias. O material coletado foi condicionado em um frasco contendo solução de formol a 10% e foi enviado para realização do exame histopatológico que confirmou o diagnóstico de Odontoma composto (Fig. 6).

FIGURA 6 – Laudo histopatológico compatível com odontoma

Microscopia:

Os cortes histológicos em diferentes níveis do espécime demonstram dentina preservada ao lado de tecido conjuntivo frouxo.

Diagnóstico:

Consistente com odontoma.

Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

No pós-operatório de 7 dias, apresentou-se com ferida em bom aspecto cicatricial, sem sinas de infecção, suturas em posição. Paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 1 ano e 6 meses, sem queixas, apresentando-se com ferida cirúrgica totalmente cicatrizada (Fig. 7). Na radiografia panorâmica, a região operada apresenta imagens dentro da normalidade (Fig. 8).

FIGURA 7 – Pós-operatório de 1 ano e 6 meses



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

FIGURA 8 – Radiografia panorâmica de 1 anos e 6 meses pós-operatório



Fonte: Disciplina de Cirurgia I do UNIFACIG (2020).

Discussão dos resultados

O odontoma é uma lesão caracterizada como tumor odontogênico, muito embora diversos autores a considerem mais como uma malformação hamartomatosa do que como um neoplasma verdadeira. Apesar de a Organização Mundial da Saúde classificar essa entidade como um tumor, os casos relatados se assemelham a alterações de desenvolvimento diagnosticadas após exames de rotina realizados pela não erupção dos dentes permanentes (SANTOS *et al.*, 2010).

Segundo os autores, o odontoma composto é formado por muitos dentes rudimentares e malformados. Durante a sua formação ocorre a divisão do órgão do esmalte normal em pequenas partes, que dão forma a vários denticulos (WANDERLEY *et al.*, 2019).

Para Weismann *et al.* (2006) e Sánchez *et al.* (2008), este tipo de tumor geralmente é assintomático, o que coincide com os nossos achados, já que a paciente não apresentou nenhuma queixa de dor. Cardoso *et al.* (2003) afirmam que ambos os tipos de odontoma atingem mais o sexo feminino, enquanto Shafer *et al.* (1987) citam uma ligeira predileção para a ocorrência no sexo masculino. No caso clínico citado acima, a paciente era do sexo feminino e se encontrava na quinta década de vida.

Os odontomas geralmente vêm associados a dentes não irrompidos ou discreto aumento de volume (BARNES *et al.* 2005). Em muitos casos, portanto, a lesão é descoberta durante exame radiológico como parte de um planejamento odontológico, como visto no relato do caso, em que o paciente estava ciente do aumento de volume na região dos dentes 34 e 35, e afirmou ainda nunca ter sofrido trauma no sítio de localização da patologia, divergindo do encontrado por Kämmerer *et al.* (2016) e Pippi (2014) que afirmam como possível causa, traumas e outras injúrias aos tecidos próximos à lesão.

De acordo com Jain *et al.* (2018) o odontoma relatado é o mais frequente e comum na literatura, sendo ele do tipo composto, porém a sua localização na região posterior da mandíbula como o do presente caso, não corrobora com a localização mais frequentemente encontrada nesse tipo de tumor. Segundo Neville *et al.* (2009), Lukes e Wachter (2003), Nóia *et al.* (2008a) e Serra-Serra *et al.* (2009), os odontomas compostos se localizam com mais frequência, na região anterior da maxila.

Os odontomas são patologias assintomáticas, de evolução lenta, atingindo, na maioria dos casos, pequenas proporções. Cardoso *et al.* (2003) e Pires *et al.* (2013) relatam que, algumas vezes, podem atingir grandes volumes, causando expansão das corticais ósseas e sensação dolorosa devido à compressão de estruturas nobres. No caso relatado, o odontoma foi de pequenas proporções e totalmente assintomáticos, tendo sido diagnosticados apenas em exames radiográficos de rotina.

A escolha do tratamento cirúrgico conservador no presente estudo corrobora com as condutas adotadas em outros relatos, segundo Freires *et al.* (2019) e Lodi *et al.* (2014), se preconiza a remoção completa da lesão com posterior encaminhamento do tecido excisado para estudo histopatológico e confirmação do diagnóstico, além do acompanhamento pós operatório com exame clínico e radiográfico para controle do caso e garantia de não recidivar. Recorrências esporádicas foram atribuídas em alguns casos relatados por Kumar *et al.* (2014), no entanto, estes estavam associados a remoção cirúrgica inadequada e com a lesão ainda em desenvolvimento. Alguns outros estudos demonstraram que uma enucleação conservadora é o suficiente.

Em relação à classificação histológica dos tumores odontogênicos, Abrahams e McClure (2016) afirmam que podem ser classificados de acordo com seu tecido de origem em epitelial, mesenquimal e misto, mesma classificação pode ser observada no estudo de Bernardes *et al.* (2008) e Silva *et al.* (2015).

A aparência radiográfica é determinada pelo estágio de desenvolvimento e pelo grau de mineralização, segundo os autores. O diagnóstico diferencial inclui: cementoblastoma, osteomaostóide e lesões fibro-ósseas, como fibroma cemento-ossificante; todas essas condições podem ser distinguidas dos odontomas devido à sua distinta aparência radiográfica (JAIN *et al.*, 2018).

Serra-Serra *et al.* (2009) descrevem que aproximadamente 70% dos casos dos odontomas estão associados a dentes impactados ou mal posicionados, má formação, reabsorções e desvitalização dos dentes adjacentes. A relação de prevalência é de 2:1 entre odontoma composto e odontoma complexo. No estudo de Angiero *et al.* (2014) foram avaliados 35 casos, sendo que 18 consistiam em odontomas compostos localizados na maxila e 7 de odontomas complexos localizados na mandíbula.

Até o último exame radiográfico de preservação realizado do presente caso, não se observou presença de complicações e/ou recidiva, corroborando o baixo índice de recidiva dessa lesão e o sucesso do correto plano de tratamento realizado de acordo com Santos *et al.* (2010).

De modo geral, a literatura aponta que o prognóstico é favorável, pois a lesão não possui características de malignização e a recidiva é rara (CÉ *et al.*, 2009; PIRES *et al.*, 2007).

3. CONCLUSÃO

De acordo com a literatura e diante do caso clínico apresentado, pode-se concluir que os odontomas são tumores de origem odontogênica cujos fatores etiológicos podem envolver traumas e infecções, ou ainda estarem associados com fatores genéticos. São relativamente comuns e de fácil diagnóstico clínico e por imagens.

Embora seja descrito como um tumor odontogênico benigno de crescimento lento e assintomático, o diagnóstico precoce do odontoma, bem como uma possível intervenção cirúrgica permitem ao paciente evitar maiores complicações na vida adulta (transtornos fonéticos, estéticos, oclusais, erupção ectópica, não erupção de elementos da dentição permanente, e a desvitalização de dentes adjacentes).

Existe unanimidade que a melhor forma de tratamento é a remoção cirúrgica da lesão com excisão local simples, e com base nos princípios de exodontia de dentes inclusos, sendo o prognóstico favorável.

Sendo assim, é de extrema importância que os cirurgiões dentistas realizem um exame físico minucioso, radiografias complementares dos maxilares e estejam aptos ao diagnóstico e tratamento ou encaminhamento do paciente para a realização da excisão cirúrgica da lesão e seu devido acompanhamento.

4. REFERÊNCIAS

ABRAHAMS, J. M.; MCCLURE, S. A. Pediatric Odontogenic Tumors. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics North America**, v.28, n.1, p. 45-58, 2016.

AHIRE, M. S. *et al.* Odontogenic tumors: A 35-year retrospective study of 250 cases in an Indian (Maharashtra) teaching institute. **Indian Journal of Cancer**, v.55, n.3, p. 265-272, 2018.

ANGIERO, F. *et al.* Clinical and surgical management of odontoma. **Photomedicine and Laser Surgery**, v.32, n.1, p. 47-53, 2014.

BARNES, L. *et al.* **Pathology and genetics of head and neck tumours**. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon: IARC Press, 2005.

BERNARDES, V. F. *et al.* Gingival peripheral odontoma in child: Case report of an uncommon lesion. **Brazilian Journal of Oral Science**, v.13, n.26, p. 1624-1626, 2008.

CARDOSO, L. C. *et al.* Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: Relato de casos clínicos. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.24, n.2, p. 47-51, 2003.

CÉ, P. S. *et al.* Odontoma complexo—relato de caso clínico atípico. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v.14, n.1, p. 56-60, 2009.

CHRCANOVIC, B. R. *et al.* Two-stage surgical removal of large complex odontoma. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.14, n.4, p. 247-252, 2010.

EBLING, H. **Cistos e Tumores Odontogênicos**. Porto Alegre: Editora da URGs, 1977.

FREIRES, J. F. V. *et al.* Remoção cirúrgica de odontoma composto de grande proporção sob anestesia local: Relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.27, n.2, p. 47-51, 2019.

FREITAS, A. *et al.* **Radiologia odontológica**. São Paulo: Artes Médicas; 1998.

HENRIKSSON, C. O.; KJELLMAN, O. Complex odontoma. **Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology**, v.18, n.1, p. 64-69, 1964.

ISOLA, G. *et al.* Association between odontoma and impacted teeth. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v.28, n.3, p. 755-758, 2017.

JAIN, A. *et al.* Surgical management of complex odontoma associated with agenesis of a molar. **Contemporary clinical dentistry**, v.9, n.2, p. S388-390, 2018.

KÄMMERER, P. W. *et al.* Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth – A retrospective multicenter study and literature review. **Clinical Oral Investigation**, v.20, n.7, p. 1827-1835, 2016.

KUMAR, L. K. S. *et al.* Ameloblastic fibro-odontoma. **International Journal of Surgery Case Reports**, v.5, n.12, p. 1142-1144, 2014.

KURAMOCHI, M. M. *et al.* Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v.47, n.1, p. 35-40, 2006.

LODI, C. S. *et al.* Odontoma composto em paciente infantil: Relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v.3, n.2, p. 26-33, 2014.

LUKES, S. M.; WACHTER, K. M. Compound odontoma: A case study. **Journal of a Dental Hygiene**, v.77, n.1, p. 47-49, 2003.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NÓIA, C. F. *et al.* Odontoma composto. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.56, n.2, p. 213-217, 2008a.

NÓIA, C. F. *et al.* Odontoma composto-complexo: Relato de caso. **UFES Revista de Odontologia**, v.10, n.4, p. 59-63, 2008b.

PIPPI, R. Odontomas and supernumerary teeth: is there a common origin? **International Journal of Medical Science**, v.12, n.11, p. 1282-1297, 2014.

PIRES, L. S. *et al.* Odontoma: Estado da arte e relato de caso clínico. **Stomatos**, v.13, n.24, p. 21-29, 2007.

PIRES, W. R. *et al.* Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: Relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.42, n.2, p. 138-143, 2013.

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

QUEIROZ, I. V. *et al.* Odontoma complexo atípico: Relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.11, n.3, p. 43-47, 2011.

SÁNCHEZ, O. H. *et al.* Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v.13, n.11, p. E730-734, 2008.

SANTOS, M. E. S. M. *et al.* Odontoma como fator de retenção dentária: Relato de casos clínicos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.10, n.2, p. 25-30, 2010.

SERRA-SERRA, G. *et al.* Erupted odontomas: A report of three cases and review of the literature. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v.14, n.6, p. E299-303, 2009.



SHAFER, W. G. *et al.* **Tratado de patologia bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

SILVA, A. R. *et al.* Peripheral developing odontoma in newborn. Report of two cases and literature review. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v.14, n.11, p. e612-615, 2009.

SILVA, D. J. S. *et al.* Estudo clínico-patológico de odontomas diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.15, n.4, p. 31-36, 2015.

SILVA, J. R. *et al.* Odontoma composto: revisão de literatura e relato de caso. **Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, v.6, n.2, p. 2-11, 2015.

WANDERLEY, A. E. C. *et al.* Odontoma composto como fator de impactação dentária: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.34, e1794, 2019.

WEISMANN, R. *et al.* Odontoma complexo: Relato de caso clínico com 12 anos de acompanhamento. **Revista ABO Nacional**, v.14, n.2, p. 105-107, 2006.