

UNIVERSIDADE TIRADENTES

LAÍS ALMEIDA SANTOS

RAYZA GABRIELLE SANTOS BARRETO

**IMPACTAÇÃO DE DENTES PERMANENTES
ASSOCIADO A ODONTOMA COMPOSTO EM
PACIENTE INFANTIL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

ARACAJU

2019

LAÍS ALMEIDA SANTOS
RAYZA GABRIELLE SANTOS BARRETO

**IMPACTAÇÃO DE DENTES PERMANENTES
ASSOCIADO A ODONTOMA COMPOSTO EM
PACIENTE INFANTIL: 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.

ORIENTADORA: Prof^ª Msc
VANESSA DOS SANTOS VIANA

ARACAJU

2019

LAÍS ALMEIDA SANTOS
RAYZA GABRIELLE SANTOS BARRETO

**IMPACTAÇÃO DE DENTES PERMANENTES
ASSOCIADO A ODONTOMA COMPOSTO EM
PACIENTE INFANTIL: 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

Professor Orientador: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana, orientadora das discentes Laís Almeida Santos e Rayza Gabrielle Santos Barreto atesto que o trabalho intitulado: “IMPACTAÇÃO DE DENTES PERMANENTES ASSOCIADO A ODONTOMA COMPOSTO EM PACIENTE INFANTIL: 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,

Vanessa dos Santos Viana

*“O sucesso não consiste em não errar, mas em não cometer os
mesmos equívocos mais de uma vez.”*

George Bernard Shaw

IMPACTAÇÃO DE DENTES PERMANENTES ASSOCIADO A ODONTOMA COMPOSTO EM PACIENTE INFANTIL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Laís Almeida Santos ^a, Rayza Gabrielle Santos Barreto ^a, Vanessa dos Santos Viana ^b

(^a) Graduandas em Odontologia – Universidade Tiradentes; (^b) Professora Msc. do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

RESUMO

Odontomas são os tumores odontogênicos benignos mais comuns. Eles são divididos em dois subtipos: odontomas compostos, contendo tecidos dentários normais e formados por múltiplas estruturas calcificadas, algumas assemelhando-se a mini-dentes; e odontomas complexos, que também são formados por tecidos dentais, mas rodeados por tecido desorganizado. Como são assintomáticos, muitas vezes são diagnosticados durante o exame odontológico de rotina, ou durante investigação para detectar causa de não erupção dentária. Um caso de um paciente infantil com odontoma composto é relatado, destacando aspectos da morfologia do odontoma, achados clínicos, radiográficos e tratamento. O tumor, encontrado em região anterior, possui várias estruturas calcificadas, algumas delas assemelhando-se a dentículos, apresentando coroa e a raiz, causando impactação de dentes permanentes, o tratamento de escolha para o tumor foi a excisão cirúrgica. Conclui-se, que como consenso na literatura o tratamento de escolha para os odontomas compostos é sua exérese total de forma conservadora, por se tratar de um tumor com pontencial de crescimento lento. Quando houver a presença de dentes retidos próximos a lesão, deve-se avaliar a possibilidade da erupção espontânea ou tracionamento ortodôntico.

PALAVRAS CHAVE

Odontoma composto, dente impactado, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Odontomas are the most common benign odontogenic tumors. They are divided into two subtypes: composite odontomas, containing normal dental tissues and formed by multiple calcified structures, some resembling mini-teeth; and complex odontomas, which are also formed by dental tissues, but surrounded by disorganized tissue. As they are asymptomatic, they are often diagnosed during routine dental examination, or during research to detect cause of non-eruption. A case of a child patient with composite odontoma is reported, highlighting aspects of odontoma morphology, clinical, radiographic findings and treatment. The tumor, found in the anterior region, has several calcified structures, some of them resembling denticles, with crown and root, causing permanent teeth impaction. The treatment of choice for the tumor was surgical excision. It is concluded that, as consensus in the literature, the treatment of choice for compound odontomas is its total exercise in a conservative manner, since it is a tumor with slow growing pontencial. When there are teeth retained near the lesion, the possibility of spontaneous eruption or orthodontic traction should be evaluated.

KEYWORDS

Composite odontoma, impacted tooth, diagnosis, treatment

1 INTRODUÇÃO

Odontoma é um tumor benigno de origem odontogênica, pertencente ao grupo dos tumores epiteliais odontogênicos com a formação de tecidos mineralizados. Apesar disso, são clinicamente consideradas como formações tumorais semelhantes (hamartomas de tecidos dentais) ou anomalias de desenvolvimento, em vez de verdadeiras neoplasias odontogênicas. Quando totalmente desenvolvidos, consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de polpa e cimento. Nos estágios iniciais do desenvolvimento, estão presentes quantidades variáveis de epitélio odontogênico em proliferação e mesênquima (NEVILLE et al., 2016).

A etiologia dos odontomas ainda não está totalmente esclarecida, mas muitos estudos sugerem que o traumatismo, as infecções locais e os fatores genéticos podem levar à formação desses tumores (ALVES et al., 2008; HIDALGO-SÁNCHEZ et al., 2008; NÓIA et al., 2008; NEVILLE et al., 2009; QUEIRÓZ et al., 2011; QUINTANA et al., 2012; ZIEBART, et al., 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os odontomas em dois tipos distintos: odontoma composto e complexo (NEVILLE et al., 2008). Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação exagerada da lâmina dentária na qual todos os tecidos dentais estão presentes e representados em um padrão ordenado, formando estruturas semelhantes a pequenos dentes. Os odontomas complexos, por sua vez, surgem de uma invaginação do epitélio no germe em desenvolvimento em um padrão onde os tecidos dentais representados estão desordenados, ou seja, morfológicamente não remetem à forma de dentes (LUKES e WACHTER, 2003; NEVILLE et al., 2008).

Segundo Neville et al. (2016), os odontomas compostos apresentam maior frequência que os complexos, não existindo predileção por raça e nem por sexo. A segunda década de vida é a época de maior acometimento desse tumor. Quanto à localização, os odontomas complexos são frequentemente encontrados na região posterior da mandíbula, enquanto que os compostos são mais comuns região anterior da maxila.

Odontomas são anomalias patológicas raras que podem ocorrer em qualquer idade, são assintomáticos, de crescimento lento e podem levar a malformação de dentes adjacentes em desenvolvimento e má oclusão (SONI, BUTCH, KOTSANE, 2019). São descobertas durante o exame radiográfico de rotina ou quando são realizadas

radiografias para determinar o motivo pelo qual um dente ainda não erupcionou (NEVILLE et al., 2009).

Os odontomas são lesões relativamente pequenas, sendo raro excederem o tamanho de um dente da região onde eles estão localizados. Entretanto, odontomas maiores, de até 6 cm ou mais de diâmetro, são por vezes observados. Esses odontomas maiores podem levar à expansão dos ossos gnáticos (NEVILLE et al., 2016).

Radiograficamente, o odontoma composto aparece como uma coleção de estruturas semelhantes a dentes de variados tamanhos e formas, cercados por uma delgada zona radiolúcida. O odontoma complexo aparece como uma massa calcificada com a radiodensidade da estrutura dentária, que também está cercada por uma delgada margem radiolúcida. Um dente não erupcionado em geral se mostra associado ao odontoma, evitando a erupção desse dente. Os achados radiográficos costumam ser diagnósticos. Já o composto raramente é confundido com outra lesão. Um odontoma em desenvolvimento pode mostrar pouca evidência de calcificação e aparecer como uma lesão radiolúcida circunscrita. Um odontoma complexo, contudo, pode ser confundido radiograficamente com um osteoma ou alguma outra lesão óssea altamente calcificada. (NEVILLE et al., 2016)

Histologicamente nos odontomas podem ser encontrados esmalte ou matriz do esmalte, dentina, cemento e polpa, que podem estar em sua relação normal ou não (SERRA-SERRA et al., 2009). Quando existe semelhança morfológica com os dentes, como nos odontomas compostos, os dentículos encontrados geralmente são pequenos e uniradiculares, envoltos numa matriz fibrosa frouxa (TERUHISA et al., 2009). Já os odontomas complexos são constituídos de grande quantidade de dentina tubular madura, a qual circunda fendas ou cavidades circulares que contém esmalte maduro, removido durante a descalcificação (BARNERS et al., 2005; NEVILLE et al., 2008).

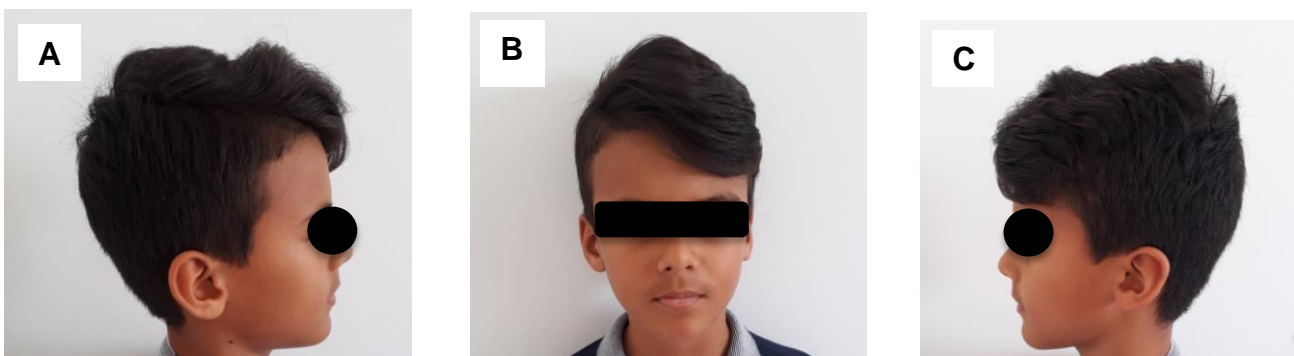
O tratamento mais empregado para os odontomas é a remoção cirúrgica da lesão em sua totalidade, podendo ser de forma conservadora, já que este tipo de patologia apresenta um baixo potencial de crescimento e a sua enucleação em geral não traz evidência de recorrência (GOMES et al., 2014).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um odontoma composto na região anterior de maxila do lado esquerdo em paciente infantil associado a não erupção dos incisivos central e lateral permanentes.

2 RELATO DE CASO

Paciente G.G.S.B. gênero masculino, 08 anos, feoderma, residente no município de Aracaju-SE, procurou a clínica odontológica da UNIT em 11/10/2018 acompanhado de sua responsável legal, queixando-se de “dois dentes de leite da frente do meu filho tem mais de um ano que foi extraído e os permanentes não nasceram ainda, SIC”. Durante a anamnese não foi relatado doença de base, foi questionado à mãe se a criança tinha sofrido algum tipo de trauma e a mesma disse que não lembrava. Ao exame clínico o paciente apresentava-se com a pressão arterial de 120/70 mmHg, temperatura corporal de 36,5 °C e pesando 35Kg, não foi observado nenhuma assimetria facial ou aumento de volume na região dos maxilares durante o exame extraoral (Figura 1A, B e C). Ao exame intraoral foi observado que o paciente estava em fase de dentição mista. No espaço edêntulo, na região dos incisivos central e lateral superior esquerdo, à palpação a gengiva apresentava-se espessa, fibrosa e com um leve aumento de volume (Figura 2).

Figura 1- Aspecto extraoral do paciente



Fonte: Acervo próprio

Figura 2- Aspecto intraoral do paciente



Fonte: Acervo próprio

Em seguida foi realizada uma radiografia periapical digital da região, onde foi observada uma área radiopaca na região de borda incisal dos incisivos central e lateral superior esquerdo que se encontravam impactados e sobrepostos, sugestivo de odontoma composto. Ambas as unidades estavam em estágio de Nolla avançado e sem espaço na arcada dentária para irrupção (Figura 3). Foi proposto como plano de tratamento uma biópsia excisional para confirmação do diagnóstico e exodontia da unidade 63 a fim de ter espaço para ambas as unidades erupcionarem na cavidade oral.

Figura 3 - Radiografia digital da região das unidades 21 e 22



Fonte: Acervo próprio

Foi realizada a cirurgia para biópsia excisional da lesão fazendo uso da técnica de manejo do reforço positivo por se tratar de um paciente infantil e de um procedimento invasivo. Foi realizada anestesia tópica em fundo de sulco, em seguida anestesia local dos nervos alveolar superior anterior e nervo nasopalatino com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000, em seguida foi feita uma incisão sulcular em volta da unidade 63, se estendendo até a mesial unidade 11, com o auxílio da alavanca reta foi realizado a luxação da unidade 63 e com o fórceps número 1 foi feito movimentos de lateralidade e tração (Figura 4A). Em seguida foi rebatido um retalho envelope até a papila mesial da unidade 11 e feita remoção do osso alveolar com o molt n° 9 até ter acesso a lesão. Foram removidos 07 fragmentos de tamanhos variados, semelhantes a pequenos dentes (Figura 4B).

Figura 4 - Exodontia da unidade 63 e biópsia excisional



Fonte: Acervo próprio

A sutura realizada foi em “x” na região de canino, a fim de reter o coágulo e ter uma melhor cicatrização, e sutura do tipo simples na região da papila mesial da unidade 11, deixando a região da unidade 21 e 22, sem sutura na tentativa de ajudar as unidades impactadas a erupcionarem. Ao fim da cirurgia foi prescrito ibuprofeno 100 mg/mL - 20 gotas de 6/6horas e orientou-se o paciente a permanecer em repouso, ingerir alimentos frios/gelados e marcado o retorno para remoção da sutura 8 dias após. Foram armazenados 05 fragmentos em um frasco coletor contendo formol e encaminhados ao Serviço de Patologia Cirúrgica Oral e Maxilofacial da Universidade Tiradentes (SEPAO) para análise histopatológica.

Ao exame macroscópico foi observado que o maior espécime era de 0,2 x 0,2 x 0,2 cm e apresentava consistência pétrea, formato ovoide e superfícies lisas, exibindo coloração brancacenta. O menor fragmento era de 0,1 x 0,1 x 0,1 cm e apresentava

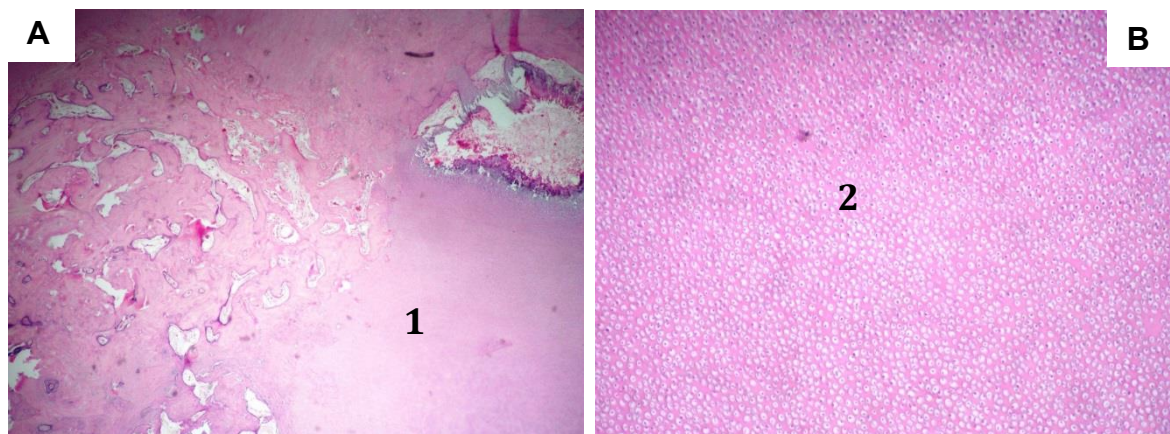
consistência pétrea, formato redondo e superfícies lisas, exibindo coloração brancacenta (Figura 5). Aos cortes, foram observados secções de coloração brancacenta e consistência. Já ao exame microscópico foi observada secções histológicas coradas em HE que revelaram fragmentos de tecido dentinário tubular compacto encerrando tecido conjuntivo fibroso hialino moderadamente celularizado e bem vascularizado, a dentina tubular mostrando presença de corpo odontoblástico em seu interior (Figura 6A, número 1 e Figura 6B, número 2). Apresentava uma área central de formação de tecido conjuntivo fibroso delicado semelhante a polpa dentária (Figura 6C, número 3). Observava-se ainda detalhe da camada odontoblástica na área da polpa exibindo calcificação distrófica em toda sua extensão (Figura 6D, número 4). A análise histopatológica confirmou a hipótese diagnóstica de odontoma composto.

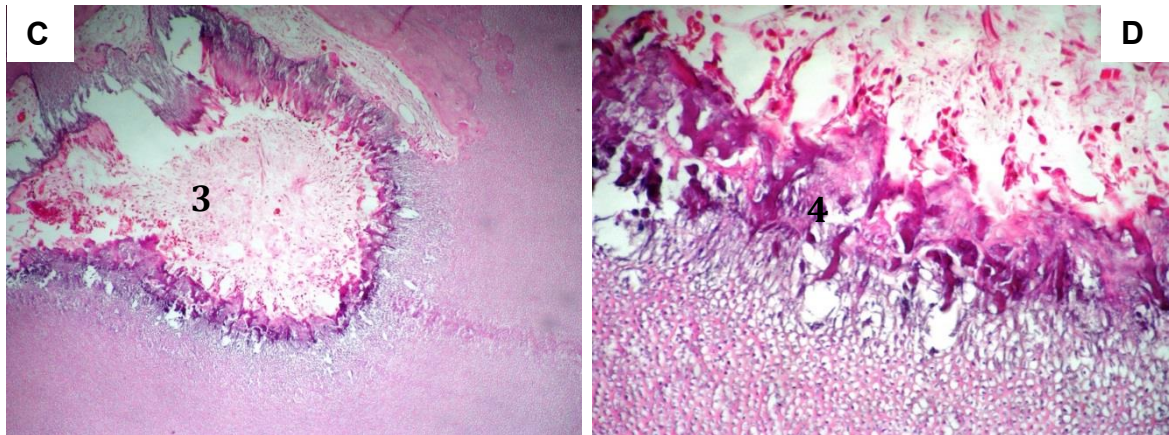
Figura 5 - Fragmentos da lesão



Fonte: Acervo próprio

6 - Corte histológico

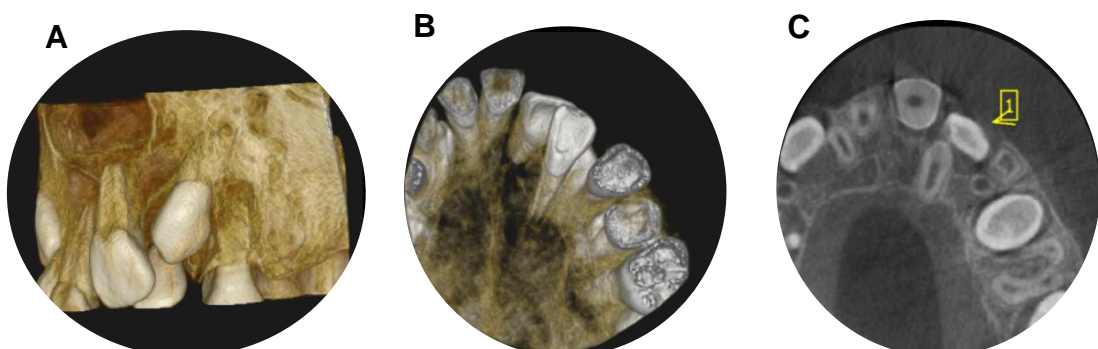


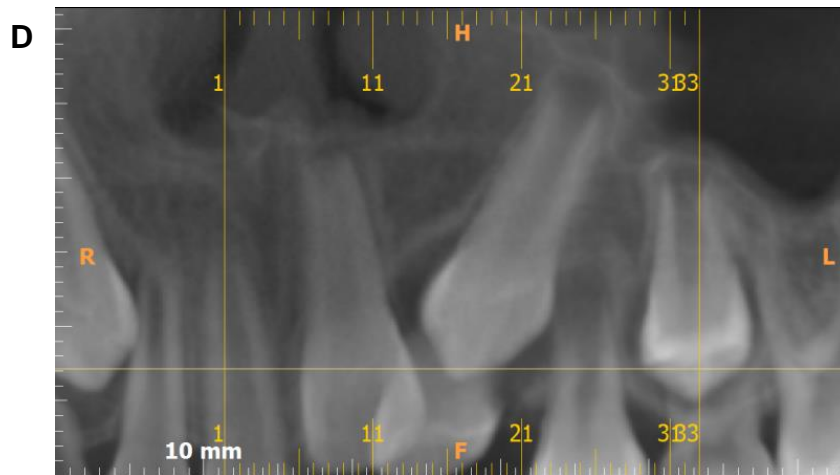


Fonte: Serviço de Patologia Cirúrgica Oral e Maxilofacial da Universidade Tiradentes (SEPAAC)

O paciente foi acompanhado por 06 meses e não havia indícios dos dentes erupcionarem, sendo assim foi solicitado uma Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) a fim de avaliar se as unidades dentárias estavam anquilosadas. A TCFC mostrou que a unidade 21 encontra-se incluída em posição vertical, com rizogênese incompleta, relação com a cortical óssea vestibular e observa-se aumento do folículo pericoronário. A unidade 22 encontra-se incluída com eixo de inclinação para vestibular, a coroa localizada por palatina em relação a coroa do dente 21 (incluído) e dente 23, apresentando relação de proximidade com as mesmas, a raiz apresentando relação com a cortical óssea palatina e rizogênese incompleta. Unidade 23 encontra-se em formação com alteração no eixo de erupção, a coroa está localizada por vestibular em relação a coroa do dente 22, apresentando relação de proximidade com a mesma, observa-se aumento do folículo pericoronário. (Figuras 7 A, B, C e D).

Figura 7 - Tomografia de Feixe Cônico das unidades 21, 22 e 23





Fonte: Acervo próprio

A TCFC foi avaliada por um cirurgião-dentista ortodontista, no qual observou que as unidades 21 e 22 não se encontravam anquilosadas, mas por estarem em um estágio de Nolla avançado as mesmas não teriam mais força eruptiva para conseguir irromper na cavidade oral de forma espontânea. O tratamento ideal neste caso seria tracionamento ortodôntico. O paciente foi encaminhado à um ortodontista para conclusão do tratamento.

3 DISCUSSÃO

O odontoma é caracterizado mais como uma malformação hamartosa do que um neoplasma verdadeiro, sendo um dos vários motivos que causam retenção dentária, de origem assintomática e detectada em exames radiográficos de rotina (ARAÚJO et al., 2014; GOMES et al., 2014; LODI et al., 2014; SILVA et al., 2015; MORAES et al., 2016; NEVILLE et al., 2016). Esses mesmos autores concordam que, histologicamente, as lesões apresentam todas as estruturas dentárias: matriz de esmalte, dentina, polpa e cemento em um estroma de tecido conjuntivo fibroso, sendo toda a massa envolta por uma cápsula fibrosa. O Odontoma composto é considerado por muitos autores como o tumor odontogênico mais comum e não tem predileção por gênero (BORGHES et al., 2017). Uma pesquisa feita por Silva et al. (2015) verificou-se uma maior prevalência dos odontomas no sexo feminino. No caso clínico citado o paciente era do sexo masculino.

Os odontomas interferem significativamente no processo de irrompimento das unidades permanentes. Sendo o incisivo central e lateral os dentes superiores mais frequentemente envolvidos. Lodi et al. (2014) relataram um caso de uma criança de nove anos de idade que não apresentava sinais de erupção das unidades 21 e 22, e nenhum sinal clínico de esfoliação das unidade 51 e 52. Ao exame radiográfico foi detectada uma lesão radiopaca sugestiva de odontoma composto, o que impedia tanto a esfoliação das unidades decíduas quanto a erupção das unidades permanentes. No caso em questão as unidades 62 e 63 já havia passado pelo processo e esfoliação, porem as unidades permanentes não apresentavam indícios de irrompimento na cavidade oral. Sendo, o comprometimento estético e funcional a queixa principal relatado pela responsável do paciente.

Segundo Silva et al. (2015) há uma prevalência da idade entre 10 e 19 anos, com a média de idade dos pacientes entre 20 e 39 anos, o que corrobora com Neville et al. (2016) que relata que a maioria dos odontomas são detectados durante as primeiras duas décadas de vida e a idade média no momento do diagnóstico é de 14 anos. Já no caso relatado o paciente possuía 8 anos de idade quando foi realizado o diagnóstico e tratamento.

De acordo com Iatrou et al. (2010); Lodi et al. (2014) e Neville et al. (2016), embora esses tumores possam ser encontrados em qualquer região dos maxilares, ocorrem com maior frequência na maxila do que na mandíbula, como observado no caso exposto, no qual a lesão aparecia entre os incisivos central e lateral permanente superiores do lado esquerdo.

Sua etiologia é desconhecida, porem algumas associações são feitas à traumas de dentes decíduos, origem inflamatória e processos infecciosos, anomalias hereditárias e mutações genética (PIPPI, 2014; KAMMERER et al., 2016.). No caso em questão a responsável relatou não recordar se o paciente havia sofrido algum tipo de trauma anteriormente.

No presente caso, a responsável procurou o atendimento odontológico devido à não erupção dos incisivos central e lateral esquerdo, relatou que o paciente não apresentava sintomatologia dolorosa. Essa descrição corrobora com os achados onde a maioria dessas lesões são completamente assintomáticas, sendo descobertas durante o exame radiográfico de rotina ou quando são realizadas radiografias para

determinar o motivo pelo qual um dente ainda não erupcionou (NEVILLE et al., 2016). Porém, Shetty, et al. (2018) relata que às vezes, pode apresentar expansão óssea, dor, e deslocamento de dentes. Concordando assim com Pires, et al. (2007) onde relata que algumas vezes, os odontomas podem causar expansão das corticais ósseas ao atingirem grandes proporções, causando sensação dolorosa devido à compressão de estruturas nobres.

Radiograficamente o odontoma composto possui múltiplos dentículos, claramente distintos rodeadas por um halo radiotransparente (ANGIERO et al., 2014). Os achados radiográficos costumam ser diagnósticos e o odontoma composto raramente é confundido com outra lesão (NEVILLE et al., 2016). No caso apresentado o diagnóstico foi realizado mediante ao exame radiográfico, ainda assim a lesão foi encaminhada ao centro de histopatologia para confirmação do mesmo.

Os sinais mais comuns são atrasos na erupção dentária e persistência de dentes temporários (SALGADO e MESQUITA, 2013). Segundo Guedes-Pinto e Mello-Moura (2017) dentes adjacentes podem ser deslocados, mas nunca reabsorvidos, o que não corrobora com Kämmerer et al. (2016) que relata o odontoma pode ser associado à reabsorção radicular dos dentes adjacentes. No caso clínico exposto, as unidades dentárias adjacentes se encontravam em sua posição normal, sem apresentar reabsorção e sem contato da raiz com a lesão, já que a mesma se encontrava na porção incisal dos incisivos central e lateral superior esquerdo, fazendo com que estes permanecessem impactados.

O odontoma composto consiste em múltiplas estruturas lembrando pequenos dentes unirradiculares, contidos em uma matriz fibrosa frouxa. O tecido pulpar pode ser observado na porção coronal e radicular das estruturas semelhantes a dentes. (NEVILLE et al., 2016). Foi encaminhado ao laboratório 5 dentículos de formas e tamanhos diferentes, onde ao exame histopatológico foi observado tecido semelhante aos dentários e confirmado a suspeita diagnóstica.

É consenso na literatura que os odontomas compostos devem ser tratados por excisão local simples por se tratarem de lesões pequenas e de fácil remoção (NEVILLE et al., 2016). No presente caso o tratamento empregado foi a retirada total da lesão através da biópsia excisional. Embora a literatura relate que a remoção do odontoma é seguida por uma rápida erupção espontânea do dente correspondente

impactado (VEIS, TZIAFAS, LAMBRIANIDIS, 2000; KAMMERER et al., 2016.), neste trabalho o paciente apresentava-se com as unidades inclusas e impactadas, desta forma, terá que submeter-se ao tracionamento ortodôntico, devido a não resposta eruptiva dos dentes após a remoção da lesão. O fato dos dentes permanentes não erupcionarem pode ter relação com o estágio de Nolla avançado que as unidades dentárias se encontram.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se a importância de um diagnóstico precoce, para que se defina um plano de tratamento adequado e eficaz. Conclui-se, que como consenso na literatura o tratamento de escolha para os odontomas compostos é sua exérese total de forma conservadora. Quando houver a presença de dentes retidos próximos a lesão, deve-se avaliar a possibilidade da erupção espontânea ou tracionamento ortodôntico, sempre avaliando o seu custo-benefício.

5 REFERÊNCIAS

1. ALVES, P. M., SANTOS, P. P. A., CAVALCANTI, A. L., QUEIROZ, L. M. G., SOUZA, L. B. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. **Rev Odontol UNESP**. v.37, n.4, p.357-61, 2008.
2. ANGIERO, F., BENEDICENTI, S., PARKER, S., SIGNORE, A., SORRENTI, E., GIACOMETTI, E., CRIPPA, R. Clinical and surgical management of odontoma. *Photomed. Laser Surg.*, v.32, n.1, p.47-53, 2014.
3. ARAÚJO, K. M. **Odontoma dos ossos gnáticos: Estudo clinicopatológico de 115 casos**. Natal, RN, 2014. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
4. BARNERS, L., EVESON, J. W., REICHART, P., SIDRANSKY, D. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. **WHO/IARC** Press: Lyon, 2005.
5. BORGHES, A., TONNI, I., PEZZOTTI, S., MAROLDI, R. Peripheral osteoma, compound odontoma, focal cemento-osseous dysplasia, and cemento-ossifying fibroma in the same hemimandible: CBCT findings of an unusual case. **Radiology Case Reports**. v.12, n.4, p.756-59, Dec., 2017.
6. GOMES, F. V., ROSA, C. V., GOMES, E. V., GOMES, I. A. odontoma composto associado a retenções dentárias – uma realidade clínica: Relato de caso. **Rev da ACBO**. v.3, n.1, jan. 2014.
7. GUEDES-PINTO, A. C., MELLO-MOURA, A. C. V. Radiologia e Imaginologia. Cap. 19. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, p. 836, 2017.
8. HIDALGO-SÁNCHEZ, O., LECO-BERROCAL, M. I., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v.13, n.11, p.:730-4, 2008.
9. IATROU, I., VARDAS, E., THEOLOGIE-LYGIDAKIS, N., LEVENTIS, M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. **J Oral Sci**. v.52, p.439-47. 2010.
10. KÄMMERER, P. W., SCHNEIDER, D., SCHIEGNITZ, E., SCHNEIDER, S., WALTER, C., FRERICH, B., KUNKEL, M. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth – a retrospective multicentre study and literature review. **Clin Oral Investig**. v.20, n.7, p.1827-35, 2016.

11. LODI, C. S., RODRIGUES, A. M., DIANA, N. B., FARIA, M. D., BORDON, A. K. C. B., PEREIRA, F. P. Odontoma composto em paciente infantil: relato de caso. **Arch Health Invest.** v.3, n.2, p.26-33, 2014.
12. LUKES, S. M., WACHTER, K. M. Compound odontoma: a case study. **The Journal of a Dental Hygiene.** v.77, n.1, p.47-9, 2003.
13. NEVILLE, B. W., DAMM D. D., BOUQUOT, J. E. **Patologia oral & maxilofacial.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
14. NEVILLE, B. W., DAMM D. D., ALLEN, C. M., CHI, A. C. Cistos e Tumores Odontogênicos. Cap.15. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1200-322, 2016.
15. NÓIA, C. F., SANTOS JÚNIOR, J. P., PINTO, J. M. V., RODRIGUES, M. T. V. Odontoma compostocomplexo: relato de caso. **UFES Rev Odontol.** v.10, n.4, p.59-63, 2008.
16. PIPPI, R. Odontomas and supernumerary teeth: is there a common origin. **Int J Med Sci.** v.11, n.12, p.1282-97, 2014.
17. PIRES, L. S., KRÜGER, M. L. B. VIANA, E. S., KRAMER, P. F., FERREIRA, S. H. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. **Stomatos.** v.13, n.24, p.21-29, jan./jun. 2007.
18. QUEIRÓZ, I. V., STARLING, C. R., SILVA, D. T., CRUSÓE-REBELLO, L. M., AILBUQUERQUE, D. P., LAGO, C. A. P. Odontoma complexo atípico: relato de caso. **Rev Cir Traumatol Buco-MaxiloFac.** v.11 n.3, p.43-8, 2011.
19. SALGADO, H., MESQUITA, P. Compound odontoma-Case report. **Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.** v.54, n.3, p.161-5, 2013.
20. SERRA-SERRA, G., BERINI-AYTÉS, L., GAY-ESCODA, C. Erupted odontomas: a report of three cases and review of the literature. **Med Oral Patol Cir Bucal.** v.14, n.6, p.299-303. 2009.
21. SHETTY, L., GANGWANI, K., KULKARNI, D., LONDHE, U. Odontome, Cyst, Impacted Tooth, and Space Infection in a Single Patient: All- in- One Diagnostic Dilemma. **Annals of Maxillofacial Surgery.** v.8, n.1, p.127-30, Jan./Jun., 2018.
22. SILVA, D. J. S., SOUSA, J. J., ALMEIDA, 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.

23. SONI, V., BUCH, B., KOTSANE, D. Radiographic assessment of multiple pathoses and dental malocclusion: a case study. **SADJ**. v.74, N.3, p.123 - 25, April 2019.
24. TERUHISA, U., MURAKAMI, J., HISATOMI, M., YANAGI, Y., ASAUMI, J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. **The Open Dentistry Journal**. v.3, p.173-76, 2009.
25. VEIS, A., TZIAFAS, D., LAMBRIANIDIS, T. A case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: clinical and microscopic evaluation. **J Endod**. v.26, n.8, p.477-79. 2000.
26. ZIEBART, T., DRAENERT, F. G., GALETZKA, D., BABARYKA, G. SCHMDESEDER, R., WAGNER, W., BARTSCH, O. The original family revisited after 37 years: odontoma–dysphagia syndrome is most likely caused by a microduplication of chromosome 11q13. 3, including the fgf3 and fgf4 genes. **Clinical oral investigations**. v.17, n.1, p.123-30, 2013.

6 ANEXO- TERMO DE CONSENTIMENTO

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, Neelma dos Santos, RG nº 1199.432, residente à rua/avenida Luiz de Brito Porto, nº 344, Bairro Santo Antonio, na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSINTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Justino G. dos Santos idade 8 anos, RG 4.107.805-5, CPF 532.915-88 que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Vanessa dos Santos Vianna.

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, 11 de outubro de 2018.

Neelma dos Santos
Assinatura do responsável pelo paciente.
CPF: 661.917.635-20
RG: 1199.432

Vanessa dos Santos Vianna
Assinatura do profissional responsável
CPF: 006.026.345-80
RG: 1304975