UNIVERSIDADE TIRADENTES

TAMIZIA VILANOVA BRANDÃO RIBEIRO
THAYANE SOUZA RIBEIRO

IMPACTAÇÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO POR ODONTOMA COMPOSTO EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Aracaju
2017

TAMIZIA VILANOVA BRANDÃO RIBEIRO
THAYANE SOUZA RIBEIRO

IMPACTAÇÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO POR ODONTOMA COMPOSTO EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

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

Suzana Papile Maciel Carvalho

Aracaju
2017

TAMIZIA VILANOVA BRANDÃO RIBEIRO
THAYANE SOUZA RIBEIRO

IMPACTAÇÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO POR ODONTOMA COMPOSTO EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

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

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

_____

Prof. Orientador:_____

_____

1º Examinador: _____

_____

2º Examinador:_____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, _____ orientador(a) do(a) discente _____ atesto que o trabalho intitulado: "_____" 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,

_____

Orientador(a)

"*O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo*."

Winston Churchill

IMPACTAÇÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO POR ODONTOMA COMPOSTO EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Tamizia Vilanova Brandão Ribeiro[(a)], Thayane Souza Ribeiro[(b)], Suzana Papile Maciel Carvalho[(c)]

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

Resumo

Os Odontomas constituem-se como os tumores odontogênicos mais comuns, sendo definidos como uma má formação benigna (hamartoma) que contém as mesmas estruturas de um dente: esmalte, dentina, polpa e cemento. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas é comumente associada à traumas, fatores genéticos e infecções. Classificam-se em complexo ou composto de acordo com as suas características histomorfológicas.Normalmente, são assintomáticos e diagnosticados por meio do exame radiográfico de rotina. Podem estar associados à retenções dentárias. Radiograficamente os odontomas apresentam-se como estruturas semelhantes à dentículos, ou como um aglomerado de tecidos dentários sem morfologia definida.O tratamento para este tipo de lesão é a exérese cirúrgica e o prognóstico é excelente. Este trabalho traz o relato de um caso clínico de uma paciente do gênero feminino, de 9 anos de idade, com impactação do incisivo central superior por conta de um odontoma do tipo composto. A conduta realizada foi uma abordagem cirúrgica para remoção da lesão e, como após o ato não houve a erupção espontânea da unidade, realizou-se então um tracionamento ortodôntico para auxiliar na irrupção do mesmo.

*Palavras-chave:*odontoma; retenção;hamartoma.

Abstract

Odontomas arethe most common odontogenic tumors and can be defined as a benign malformation (hamartoma) which has the same structures of a tooth, such as enamel, dentin, pulp and cementum. Their etiology is still unknown, but it's mostly associated with trauma, genetic factors and infections. They can be classified as complex and compound, depending on the histomorphological characteristics. These lesions are usually asymptomatic; therefore, they're normally diagnosed by a routine radiographic test. Odontomas can also be associated with retained teeth.Its radiographic aspects may presenttooth-like structures or a cluster of dental tissues with no specific morphology. The treatment for this kind of

lesion is the surgical excision and it has an excellent prognosis. This article presents a case of a 9-year-oldfeminine gender patient who had an impaction of amaxillary central incisor because of a compound odontoma. The chosen conduct was a surgical treatment to remove the lesion, but even after the surgical removal, there wasn't a spontaneous eruption of the tooth,thus an orthodontic traction to help itsirruption was done.

*Keywords:*odontoma; retention; hamartoma.

1. Introdução

O Odontoma é o tipo mais comum de tumor odontogênico, porém, apesar de ser considerado como um tumor, alguns autores o classificam como uma malformação benigna (hamartoma) com formação de esmalte, cemento e dentina em seu interior. Clinicamente, essa formação é detectada mais comumente nas duas primeiras décadas de vida, geralmente em exames de rotina ou na investigação dos atrasos de erupção, não existindo predileção por gênero. A localização mais frequente do odontoma composto ocorre na região anterior da maxila, sendo o dente canino o mais envolvido. Já o odontoma complexo possui predileção pela região posterior da mandíbula. (Neville et al. 2009)

Dois principais tipos de odontoma são mais reconhecidos: o composto e o complexo. Os odontomas compostos consistem de pequenas estruturas semelhantes apequenos dentes malformados. Já os odontomas complexos consistem de massas tumorais de tecido dentário duro e mole sem morfologia definida.(Freitas et al. 2009)

Sua etiologia ainda é investigada, mas acredita-se que traumas, infecções, mutações genéticas ou pressão no local de formação possam causar um distúrbio de malformação. (Lodi et al. 2014)

Radiograficamente, os odontomas compostos se caracterizam como um conjunto de estruturas semelhantes a dentes, com formas e tamanhos variáveis, envolvidos por um halo radiolúcido. Os odontomas complexos aparecem como um aumento de volume calcificado com a radiodensidade da estrutura dentária, que também está cercada por uma delgada margem radiolúcida. (Jaeger et al. 2012)

O tratamento para ambas as variantes é sua completa enucleação cirúrgica, pelo fato de apresentarem baixos índices de recidiva, e também, um excelente prognóstico, não sendo necessária realização de margem de segurança, pois apresentam ótima clivagem. Quando ocorre retenção dentária causada pela presença do odontoma, deve-se realizar todo o empenho para preservar o elemento incluso, oferecendo possibilidades para a sua posterior erupção. (Danelon et al. 2013)

Nas situações de retardo na erupção dentária, o cirurgião-dentista poderá fazer uso da técnica de ulotomia como opção terapêutica devido à simplicidade do procedimento e ao pós-operatório favorável. Assim, quando existe a ausência ou o atraso na erupção de um elemento dentário, deve-se procurar a causa, a fim de planejar corretamente a época e o tipo de tratamento a ser adotado. (Arnauld et al. 2014)

A impactação dos caninos ocorre com mais freqüência que os incisivos superiores, porém esses últimos chamam a atenção dos pais devido à sua localização. Funcionalmente, a ausência de um incisivo central superior, além da estética, traz uma deficiência no movimento protrusivo com negativas consequências para a articulação têmporo-mandibular e trauma oclusal no incisivo adjacente. Se mesmo após a realização de uma ulotomia ou ulectomia

não ocorrer a irrupção do mesmo, pode se realizar um tracionamento ortodôntico. (Cardoso et al. 2003)

O objetivo desse trabalho foi discutir um caso clínico no qual um odontoma provocou o atraso na erupção do incisivo central permanente e, após a remoção do odontoma não houve erupção espontânea da unidade, sendo necessário tracionamento ortodôntico desse elemento dentário.

2. Relato de Caso

Paciente R.V.S.S, gênero feminino, 9 anos de idade, compareceu à Clinica Odontológica da Universidade Tiradentes com queixa principal de delonga na erupção do permanente. Não foi relatada queixa de dor ou desconforto local. A responsável relatou que a paciente sofreu um trauma há 2 anos e após esse episódio notou atraso na erupção do sucessor. Na anamnese, a mãe relatou que a criança é portadora de asma e faz uso esporádico de corticóide (Prednisolona). Ao exame intra- bucal, notou-se ausência do incisivo central superior esquerdo permanente.

Figura 1. Avaliação inicial do caso

Ao exame radiográfico, a radiografia panorâmica revelou o incisivo central superior retido por uma massa radiopaca, de proporções pequenas, sugestiva de odontoma. Feito diagnóstico clínico e radiográfico optou-se pela remoção cirúrgica do odontoma, com retalho rebatido por vestibular.

Figura 2. Radiografia inicial da unidade 21 apresentando imagem radiopaca sugestiva de odontoma composto.

Figura3. Radiografia panorâmica do caso.

Foi realizada osteotomia até alcançar a loja óssea, que continha estruturas semelhantes a dentículos, a loja cirúrgica foi irrigada com soro fisiológico, as peças foram devidamente acondicionadas em formol e enviadas para exame histopatológico. O retalho foi reposicionado e suturado. O resultado do exame histopatológico foi compatível com odontoma do tipo composto. Após a realização da cirurgia não foi observada a erupção da unidade, sendo observada a necessidade de realização da ulotomia.

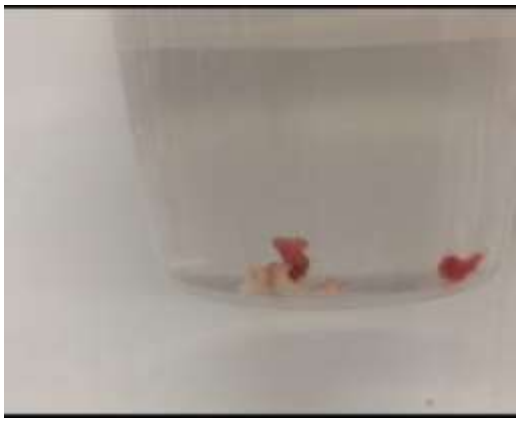

Figura 4. Odontomas removidos da cavidade.

Figura 5. Aspecto da loja óssea após remoção do odontoma

Porém, mesmo após a realização desse procedimento, não foi observada a erupção espontânea do dente, sendo necessária a realização de um tracionamento ortodôntico do incisivo central permanente utilizando um procedimento mecânico que facilitou a erupção do dente retido. A unidade impactada foi cirurgicamente exposta eum botão foi colado no dente com elastic corrente tamanho médio na face vestibular do dente, liberando uma força de 50 mg/força O retalho cirúrgico foi reposicionado e suturado e somente o elastic era visualizado.

Figura 6. Confecção de retalho cirúrgico para instalação do botão para permitir o tracionamento da unidade.

Figura 7. Botão ortoôntico fixado na coroa da unidade.

Figura 8. Botão ortodôntico instalado na unidade com o fio de *elastic* inserido.

O tracionamento ortodôntico começou no dia 22 de março após a cirurgia por meio da instalação uma placa

de Hawley modificada. A cada 2 semanas o elastic era tracionado e o excesso era cortado, mantendo a força de 50 mg até a sua exposição.Após isso a paciente será encaminhada para ortodontia corretiva por conta do posicionamento do dente no arco. Até a data atual a unidade já havia ultrapassado a barreira óssea e encontrava-se submucosa.

Figura 9. Paciente com o aparelho do tipo placa de Hawley e fio de *elastic* posicionado para permitir o tracionamento do dente.

Figura 10. Um mês após o tracionamento ortodôntico.

Figura 11. Radiografia periapical um mês após o início do tracionamento ortodôntico.

3.Discussão

De acordo com Neville, et al. (2009); Teruhisa, et al. (2009); Santos, et al. (2009);Lukes, et al. (2003); Danelon, et al. (2013); Vieira, et al (1997) e Freitas, et al. (2009), 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. 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.

Segundo Lodi, et.al (2014);Pacifice, et al. (2015) e Virk et al (2012), a etiologia mais aceita está relacionada a traumas, infecção ou pressão no local da formação,restos epiteliais de Malassez, germinação aberrante primitiva ou hiperatividade da lâmina dentária, anomalias dos elementos formadores dos tecidos dentários, ou pode estar relacionada com doenças sistêmicas, causando perturbação no mecanismo genético e controlador do

desenvolvimento dentário. Santos et al. (2016), Neville et al. (2009) e Silva et al. (2009) concordam que essas lesões são geralmente assintomáticas, sendo identificadas em exames radiográficos de rotina. Achados clínicos, como impactacão, atraso na erupção, malformacão e desvitalizacão de dentes adjacentes podem estar associados aos odontomas. No caso em questão, a responsável relatou que a criança havia sofrido um trauma há dois anos e, após este episódio, a mesma observou um atraso na erupção de seu sucessor permanente. Clinicamente, foi confirmada a ausência do incisivo central superior do lado esquerdo. Após exames complementares, o diagnóstico foi sugestivo de odontoma do tipo composto, que causava a impactação na unidade em questão.

Segundo Pires, et al. (2007) e Cardoso, et al. (2003), algumas vezes, os odontomas podem causar expansão das corticais ósseas ao atingirem grandes proporções, causando sensação dolorosa devido à compressão de estruturas nobres. No caso relatado, o odontoma era de pequenas proporções e a paciente não relatava nenhum tipo de sintomatologia. Além disso, tratava-se de uma criança do sexo feminino, na primeira década de vida, o que concorda com Gomes et al. (2014) e Nóia et al. (2008),os quais relatam que os odontomas geralmente são diagnosticados entre a segunda e a terceira décadas de vida, não encontrando prevalência quanto aos sexos.

Quanto à sua localização, de acordo com Pillai, et al. (2013) e Serra-Serra (2009),os odontomas complexos são geralmente localizados na primeira e segunda áreas molares da mandíbula, enquanto os compostos mostram uma predileção para o setor anterior da maxila superior, assim como foi encontrado nesse caso, no qual o odontoma era do tipo composto e estava localizado na região anterior da maxila.

Arora e Donald (2016) relataram um caso de uma criança de 12 anos que não apresentava sinais de erupção das unidades 22,23 e 24. Ao exame radiográfico,detectaram-se múltiplas lesões radiopacas irregulares na região anterior rodeada por uma fina camada radiolúcida, diagnosticado como um odontoma do tipo complexo. O mesmo impedia a erupção das unidades permanentes. No caso clínico exposto, um odontoma do tipo composto impedia a erupção da unidade.

Isola et al. (2016) realizaram um estudo retrospectivo, no qual foram avaliados 45 pacientes que apresentavam odontomas com média de idade de 14.2 anos, sendo que 29 desses odontomas eram do tipo complexo, enquanto 16 eram do tipo composto. Do total analisado, 25 causaram atraso na erupção do permanente, 6 provocaram dor, 4 causaram edema e 10 não apresentaram sintomatologia. Dados esses semelhantes aos encontrados por Tekkesin et al. (2016) em um estudo realizado no período de 1971 a 2010, no qual 160 odontomas foram diagnosticados. Destes, 80 eram do sexo masculino (50%) e 80 do sexo feminino(50%). A idade média dos pacientes dessa pesquisa foi de 27,9 anos, e os pacientes mais freqüentemente possuíam idades entre 10 e 19 anos.

Dutta et al. (2016), relataram um caso no qual uma criança de 13 anos foi diagnosticada com um odontoma do tipo complexo irrompendo na cavidade oral, localizado na região anterior da maxila. Junquera et al. (2004) também documentaram um caso em que um rapaz de 23 anos possuía considerável aumento de volume assintomático na região posterior da maxila próximo à tuberosidade, e a mesma irrompeu na cavidade oral. Após exame radiográfico e histológico, foi confirmado o diagnóstico de odontoma composto.

De acordo com Jaeger et al. (2012); Nóia et al. (2008) e Freitas et al. (2009), os odontomas apresentam aspecto radiográfico característico. Nos odontomas complexos, a radiopacidade não se apresenta especificamente

determinada, mostrando-se como uma massa irregular e desorganizada, circundada por uma estreita zona radiolúcida. No tipo composto, pode-se observar dezenas de dentículos circundados por uma área radiolúcida. Na radiografia panorâmica da paciente analisada, foi detectada a presença de pequenas estruturas semelhantes a dentículos, circunscritos por uma área radiolúcida.

Em relação ao tratamento, Danelon et al. (2013) e Nóia et al. (2008) concordam que os odontomas devem ser removidos com sua excisão local simples, sem margem de segurança. Sua remoção é considerada simples por possuir facilidade de clivagem. Possui prognóstico excelente por conta de sua rara recidiva. De acordo com o preconizado pela literatura acima referenciada, o odontoma presente foi removido por excisão total, sem margem de segurança.

Kokich e Mathews (2001); Pires et al. (2007); Vianna et al.(2012); Lukes et al. (2003) e Suri e Gagari (2004) concordam que a ausência ou falha de erupção de dentes permanentes é a manifestação clínica mais comum dessa patologia e, em casos em que mesmo depois de removido o agente etiológico local, a irrupção da unidade dentária retida não acontecer,há a indicação do tracionamento da unidade, desde sua localização intraóssea, até seu adequado posicionamento no arco.Como já discutido anteriormente, o odontoma relatado causou a impactação da unidade permanente e, mesmo com sua remoção, foi necessário um tracionamento ortodôntico para que o mesmo pudesse erupcionar.

De acordo com Machado et al. (2007) e Cardoso et al. (2003),a impactação de incisivos superiores é uma anomalia e a freqüência com que os incisivos superiores encontram-se impactados varia de 0,06% a 0,2%,porém são os mais facilmente diagnosticados pelos pais e pelas próprias crianças na fase da dentadura mista. Além disso, devido à localização dos incisivos, quando impactados, a ausência destes representa um fator determinante na deterioração da estética. Segundo os autores, a presença dos odontomas causa uma série de transtornos oclusais, como interferência no processo de erupção do dente, deslocamento e má formação dedentes vizinhos e, em alguns casos, erupção ectópica. No caso clínico relatado, a ausência do incisivo central superior chamou a atenção da responsável e da própria criança, que estavam incomodadas com o comprometimento estético causado pela não irrupção da unidade. Dentre os transtornos oclusais causados pelo odontoma, no caso apresentado foi observado radiograficamente apenas a impactação na erupção do incisivo superior permanente por conta do odontoma.

Maia et al. (2015); Noronha et al. (2002) e Vianna et al. (2012) obtiveram sucesso no tratamento de incisivos impactados pela exposição adequada da coroa associada ao tracionamento ortodôntico. Os autores relataram que o tracionamento ortodôntico pode ser realizado por meio de aparelhos ortodônticos fixos ou removíveis. O uso dos aparelhos fixos está indicado nos casos de pacientes com dentadura permanente completa e que apresentam outros problemas ortodônticos que podem ser corrigidos. Já os aparelhos removíveis só são indicados quando há espaço suficiente no arco para o tracionamento do elemento impactado e quando o elemento a ser tracionado estiver bem posicionado verticalmente.

No caso descrito, optou-se pela utilização deaparelho removível que, embora dependa da colaboraçãodo paciente, mostra-se vantajoso por ser um método relativamente simples e de baixo custo,mas que, normalmente, apresenta resultados satisfatórios e de curto prazo.

4.Conclusão

O odontoma é uma das causas da não erupção dentária, causando retenção do mesmo. Se não houver a irrupção espontânea da unidade, mesmo após a remoção do odontoma, o tratamento ortodôntico é uma alternativa viável, pois atinge resultados satisfatórios, desde que seguidos os princípios biomecânicos básicos. Conclui-se que a opção de tratamento selecionada para o caso, incluindo a remoção do odontoma, realização de ulectomia e posterior tracionamento para irrupção do elemento dentário impactado foi efetiva conforme o resultado obtido e já relatado.

Referências

1. ARNAUD, R.R., DOS SANTOS, M.G.C., VALENÇA, A.M.G., FORTE, F.D.S., LIMA, K.J.R.S., BELTRÃO, R.T.S. Ulotomia: Tratamento da má oclusão.**RFO**., v. 19, n. 2, p. 234-238, maio/ago. 2014.
2. ARORA, A., DONALD, P.M. Complex Odontomas hindering of maxillary permanent teeth: a radiological percective. **BMJ Case Rep**. Jul 2016.
3. CARDOSO, L.C., MIYAHARA, G.I., MAGRO FILHO, O., GARCIA JÚNIOR, I.R., SOUBHIA, A.M.P. Odontoma combinado associado a dentes não irrompidos: relato de caso clínico. **Rev. Odont. Araçatuba**. v. 24, n. 2, p. 47-51,ago./dez., 2003.
4. DANELON, M., MANARELLI, M.M., CASTRO, L.P., CUNHA, R.F., PERCINOTO, C. Odontoma em paciente odontopediátrico: Diagnóstico e tratamento. Relato de caso clínico**. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep.**v. 23, n. 2, p. 69-74, jul/dez 2013.
5. DUTTA, S.R., PASSI, D., SHARMA, S., SINGH, P., AHMED, M. Complex odontoma: A rare dental hamartoma.**Journal of Clinical and Diagnostic Research.** v. 10, n. 9, p. 01-02, mar./sep., 2016.
6. FREITAS, D.A., FREITAS, V.A., MOL, V.C., MANA NETO, L.. Elemento dental impactado por odontoma composto. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.** v. 38, n. 3, p. 198-9, jul/set 2009.
7. GOMES, F.V., DA ROSA, C.V., GOMES, E.V., GOMES, I.A. Odontoma Composto associado a Retenções Dentárias – uma realidade clínica: Relato de caso. **Academia Brasileira de Odontologia.** v. 3, n. 1, jan 2014.
8. ISOLA, G., CICCIÚ, M., FIORILLO,L.; MATARESE, G. Association between odontoma and impacted teeth. **The Journalof Craniofacial Surgery.** v. 00, n.00,p. 1-4,month 2016.
9. JAEGER, F., ALVARENGA, R.L., LAGE, F.O., REIS, I.A., LEAL, R.M. Odontoma composto- relato de caso clínico. **verportestomatolmeddentcirmaxilofac.** v. 53, n. 4, p. 252-257, mar./jun., 2012.
10. JUNQUERA, L., VICENTE, J.C., ROIG, P., OLAY, S., RECIO, O.R.Odontoma intrósseo erupcionado: Uma infrecuente patologia. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 10, p.248-51,jan./jun., 2004.
11. KOKICH, V.G., MATHEWS, D.A. Impacted Teeth: Surgical and Orthodontic

Considerations. In: McNamara Jr JA, **ed. Orthodontics and Dentofacial Orthopedics,** 2001.

12. 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.
13. LUKES, S.M., WATCHER, K.M. Compound odontoma: a case study. **The Journal of a dental Hygiene.**v. 77, n. 1, p. 47-49, 2003.
14. MACHADO, A.W., LORIATO, L.B., SOUKI, B.Q., PEREIRA, T.J. Erupção espontânea de incisivos centrais superiores impactados após a abertura ortodôntica de espaço. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press.** v. 5, n. 6, dez. 2006/jan. 2007.
15. MAIA, A.C.D.S.A., SANTOS, M.O., SIMÕES, F.X.P.C., RODRIGUES, C.; NOVAES, T.F., IMPARATO, J.C.P. Tracionamento de incisivo central superior permanente impactado pela presença de um mesiodente: Relato de caso. **RFO.** v. 20, n. 1, p. 93-100, jan./abr. 2015.
16. NEVILLE, B.W. **Patologia oral e maxilofacial.** 6, tirag. Rio de Janeiro,RJ: Elsevier, c2009, 872p.
17. NÓIA, C.F., OLIVEIRA, F.A.C., PINTO, J.M.V., SANTOS, W.H.M. Odontoma composto. **RGO**.v. 56, n.2,p.13-17. abr/jun, 2008.
18. NORONHA, M. de P., STUANI, A.S., STUANI, M.B.S., SANT'ANNA, E.F. Tracionamento ortodôntico do incisivo central superior: relato de caso clínico. **J Bras Ortodon Ortop Facial**. v.7, n.40, p. 339-343, jul./ago. 2002.
19. PACIFICI, A., CARBONE, D., MARINI, R., PACIFICI, L. Surgical Management of Compound Odontoma Associated with Unerupted Tooth .**Hindawi Publishing Corporation,** v. 2015 p. 1-6. may/jun. 2015.
20. PILLAI, A., MOGHE, S., GUPTA, M.K., PATHAK, A. A complex odontoma of the anterior maxilla associated with an erupting canine. **BMJ Case Rep,** 2013.
21. PIRES, L.D., KRÜGER, M.L.B., VIANA, E.S., KRAMER, P.F., FERREIRA, S.L.Odontoma: Estado da arte e relato de caso clínico.**Stomatos.** v. 13, n. 24. p. 21-29, jan/jun 2007.
22. SANTOS, M.E.S.M.; SILVA, A.R.B.L.; FLORÊNCIO, A.G.; DA SILVA, U.H. Odontoma como fatos de retenção dentária: relato de casos clínicos.**Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**., v.10, n.2, p. 25 - 30, abr./jun. 2009.
23. SANTOS, L.A.N., LOPES, L.J., ROQUE-TORRES, G.D., OLIVEIRA, V.F., FREITAS, D.Q .Complex Odontoma: A Case Report with Micro-Computed Tomography Findings. **Hindawi Publishing Corporation.** 2016.
24. 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.4 n. 6, p. 299-303, jun 2009.
25. SILVA, L.F., DAVID, L., RIBEIRO, D., FELINO, A. Odontomas: a clinico pathologic study in a portuguese population.

Quintensensse Int. v. 40, n. 1, p. 61-72. Jan 2009.

26. SURI, L., GAGARI, E., VASTARDIS, H. Delayed tooth eruption: pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review. **Am J Orthod Dento facial Orthop.**v.126, n. 4, p.432-45, 2004.
27. TEKKESIN, M.S., PEHLIVAN, S., OLGAC, V., AKSAKALLI, N., ALATH, C. Clinical and histhopatological investigation of odontomas: Review of the literature and presentation of 160 cases. **American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J Oral Maxillofac Surg,**p. 1358-1361, 2016.
28. 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.173-176. 2009.
29. VIANNA, A.P., MONINI, A.C., MACHADO, A.W., JÚNIOR, L.G.G. Alternativa de Tratamento Simplificado e Integrado da Retenção Intraóssea de Incisivo Central Superior, Associada a Odontoma: Relato de Caso. **Ver Odontol Bras Central.** v. 21,n. 56, p. 484-488. 2012.
30. VIEIRA, E.H., HEBLING, J., BASSI, P.C. Tracionamento de incisivo central retido por odontoma. **Ver Assoc Paul Cir Dent,** v. 51, n. 2, p. 160-164, mar./abr. 1997.
31. VIRK, P.K.S., Sharma, U., Rajput, J.S. Intraosseous and erupted compound odontoma: A report of two cases. **Indian Journal of Dentistry,** v. 3, n. 4, p. 243-246, oct./dec. 2012.