



DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE ODONTOMA COMPLEXO: relato de caso

Eloisa Piantoni Bononi¹, Alexandro Pontes Gonçalves Barbosa¹ e Giordano Bruno de Oliveira Marson¹

RELATO DE CASO

RESUMO

O odontoma complexo é caracterizado como um hamartoma, tumor de desenvolvimento que possui em sua composição tecido dentário mineralizado, sendo esta patologia a mais comum entre os tumores odontogênicos e é frequentemente diagnosticado na segunda década de vida. As lesões provocadas por ele são assintomáticas, podendo estar relacionadas a distúrbios de erupção dentária, e são diagnosticadas nos exames radiográficos de rotina, nas avaliações de um dente ausente ou planejamentos ortodônticos. O objetivo deste estudo de caso é demonstrar um caso clínico de odontoma complexo em mandíbula que teve seu diagnóstico final encontrado pelos achados radiográficos e resultado do histopatológico, assim como o tratamento cirúrgico conservador. É necessário ressaltar a importância do conhecimento do cirurgião para o correto diagnóstico e manejo na cirurgia, propondo o tratamento mais conservador, assim apresentando uma rara recidiva.

Palavras-chave: Odontoma. Tumores odontogênicos. Cirurgia bucal. Anormalidades dentárias. Neoplasias mandibulares.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLEX ODONTOMA: case report.

ABSTRACT

The complex odontoma is characterized as a hamartoma, a developmental tumor with mineralized dental tissue in its composition. This pathology is the most common among odontogenic tumors and is frequently diagnosed in the second decade of life. These lesions are asymptomatic and may be related to tooth eruption disorders and it can be diagnosed during routine radiographic examinations, evaluations of a missing tooth or orthodontic planning. Case report: The objective of this report is to demonstrate a clinical case of complex odontoma in the mandible in which the final diagnosis was based on radiographic finds and histopathological results, as well as conservative surgical treatment. Highlighting the importance of the surgeon's knowledge for correct diagnosis and management in surgery, therefore, recommending a more conservative treatment as it presents a rare recurrence.

Keywords: Odontoma. Odontogenic tumors. Oral surgery. Dental anomalies. Mandibular neoplasms.

Instituição afiliada– 1- UNIPAR

Dados da publicação: Artigo recebido em 06 de Setembro e publicado em 16 de Outubro de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1080-1097>

Autorcorrespondente: Eloisa Piantoni Bononi - eloisa.bononi@edu.unipar.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A cavidade oral é acometida frequentemente por patologias, tendo origem odontogênica ou resultante de outras alterações sistêmicas, dentre as quais pode-se citar os tumores (Cé et al., 2009). Odontomas são tumores odontogênicos mistos, tendo em sua composição tecido dentário mineralizado, podendo ser de origem mesenquimal ou epitelial (Balález; Avila, 2020). Essa anomalia é resultante de distúrbios que afetam precedentemente o germe dentário, já que o odontoma caracteriza mais uma má-formação hamartomatosa do que uma neoplasia verdadeira (Alves et al., 2022).

O odontoma é o mais comum entre os tumores odontogênicos, não tendo predileção por gênero e sendo diagnosticados, normalmente, na segunda década de vida (Pires et al., 2013). Normalmente essas lesões são assintomáticas, estando relacionadas a distúrbios de erupção dentária, sendo diagnosticadas nos exames radiográficos de rotina, nas avaliações de um dente ausente ou planejamentos ortodônticos (Pereira; Miceli; Louro, 2015).

O odontoma possui uma lenta progressão, sendo assim, conforme argumenta Pires et al. (2013), alguns autores não acreditam no aspecto de neoplasia verdadeira, uma vez que seguem os mecanismos observados durante o processo de odontogênese, ou seja, o crescimento cessa quando o processo de mineralização é completado. Por apresentarem etiologia desconhecida, existem alguns fatores que podem ser considerados como possíveis causas para a formação desta lesão, tais como traumas, infecções e aspectos genéticos possuem a capacidade de provocar esse desequilíbrio do desenvolvimento dentário (Merat et al., 2020).

Essas lesões podem aparecer como dentículos numerosos, rudimentares e pequenos, e por esta razão, essa patologia é conhecida como odontoma composto (Noia et al., 2008). Estes tumores compostos apresentam-se como uma coleção de estruturas similares com as do dente, circundadas por um halo radiolúcido e por conseguinte, na maioria das vezes são dentes unirradiculares no interior de uma matriz fibrosa frouxa (Neto; Capella, 2011).

Para Neto e Capella (2011), os odontomas complexos apresentam-se como massas amorfas radiopacas, envoltas por uma zona radiolúcida, constituídos de grande quantidade de dentina tubular madura. Ainda de acordo com os mesmos autores (2011),

os aspectos radiográficos de um odontoma é característico e dificilmente confundido radiograficamente com outra patologia, entretanto, como salienta Merat et al (2020), a literatura ressalta que, algumas lesões podem apresentar aspectos tanto do tumor complexo quanto do composto.

Para Pires et al. (2013), o tumor tipo composto tem predileção pela região anterior da maxila, enquanto o tumor tipo complexo pela região posterior de mandíbula. Ambos os tumores encontram-se em uma área que suporta dentes, entre as raízes ou sobre a coroa de um dente não irrompido, e suas características clínicas normalmente estão associadas a: retenção de dentes decíduos; dor; expansão da cortical; não-erupção de dentes permanentes e deslocamento dental, podendo ou não incluir anestesia do lábio inferior e edema da área afetada (Cé et al., 2009).

Essas lesões podem se apresentar em três fases: a primeira é caracterizada por radiolucência, devido a falta de calcificação do tecido dental; o segundo estágio, fase mista, mostra a calcificação parcial; enquanto o terceiro exibe a calcificação predominante com o halo radiolúcido circundante à sua volta (Tyagi; Singla, 2010). É preciso frisar que em sua fase radiolúcida, de acordo com Bicalho et al. (2021), geralmente os odontomas nas crianças são confundidos com cistos odontogênicos.

Segundo Barros et al. (2021), quando atingem grandes proporções os odontomas, complexos ou compostos, tendem a expandir as paredes ósseas, podendo se apresentar como manifestações de algumas síndromes, como a síndrome Gardner e na doença de Tangier. Ainda conforme os mesmos autores (2021), o tratamento é obtido por meio da exérese total, pois apresenta uma baixa recidiva e um ótimo prognóstico. Como os tumores podem estar associados, a síndrome de Gardner, possuem também características não cutâneas, nas quais incluem-se os odontomas, dentes impactados, supranumerários, hipodontias e cistos dentigeros (Traiano; Zampieri, 2021).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico descrevendo o tratamento do odontoma complexo em mandíbula, tendo este sido realizado por meio da enucleação com acesso intraoral.

METODOLOGIA

Por se tratar de um caso clínico, seguindo a definições de Pereira et al (2020), esta pesquisa se enquadra como um trabalho do tipo qualitativo e descritivo, concluído por meio da anamnese, história odontológica e imagética. O paciente consentiu e permitiu o uso de suas imagens e informações para este estudo e para que atendesse aos requisitos éticos, o mesmo assinou o termo de assentimento.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, trinta e dois anos, leucoderma, habitante de Umuarama-PR, procurou atendimento odontológico particular para a realização de tratamento ortodôntico. Durante a anamnese foi verificado seu estado de saúde geral, não apresentando nenhuma ocorrência de trauma ou dado médico relevante.

Durante análise radiográfica para planejamento ortodôntico, foi observado a presença de uma massa calcificada, radiopaca, de forma variada com aspecto grumoso envolto por um halo radiolúcido, em região posterior mandibular direito, localizada entre o canino e o segundo pré-molar inferior direito, notando a ausência do primeiro pré-molar inferior. Em seu interior, foram encontradas várias estruturas calcificadas com densidade radiográfica semelhantes às estruturas dentárias (Figura 1).

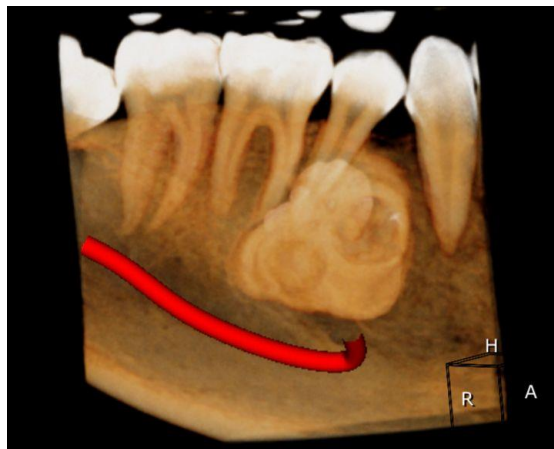
Figura 1 - Imagem da panorâmica mostrando uma massa calcificada radiopaca entre o elemento 33 e 35



Fonte: Autores, 2023

Para melhor delimitação e localização da lesão, foi realizada uma tomografia computadorizada sem contraste da mandíbula em plano axial, na qual foi detectado que a mesma possuía a dimensão de 19mm de largura, 13mm em altura e 5mm na sua profundidade, como pode-se observar na figura seguinte.

Figura 2 - Imagem da tomografia mostrando uma massa calcificada radiopaca entre o elemento 33 e 35



Fonte: Autores, 2023

No exame físico observou-se que o paciente apresentava um leve aumento de volume na área indicada, com coloração da região se apresentando mais esbranquiçada que a mucosa, sendo assintomático (Figura 3)

Figura 3 - Imagem intrabucal



Fonte: Autores, 2023

O diagnóstico inicial teve características sugestivas de um odontoma complexo, porém, com o exame histopatológico por meio de biópsia excisional chegou-se ao diagnóstico definitivo e a partir deste, foi elaborado o plano de tratamento, no qual se propôs a remoção cirúrgica do odontoma, mantendo o segundo pré-molar, sob anestesia local.

Uma hora antes da cirurgia o paciente foi medicado com corticoide e analgésicos - dexametazona 4mg, dose única por via oral e um comprimido de dipirona 500mg por via oral.

Após a antisepsia extra e intraoral com clorexidina, foi feito o bloqueio dos nervos alveolar inferior direito, bucal, lingual e mental utilizando o anestésico Articaine 4% 1:100.000, e nessa etapa foi analisado que o paciente possuía abertura bucal limitada.

Em continuidade foi realizada a incisão intrasulcular, retalho envelope, pela face distal do primeiro molar inferior direito até a mesial do canino. Em seguida foi providenciada uma relaxante para a vestibular (Figura 4)

Figura 4 - Incisão e descolamento mucoperiosteal



Fonte: Autores, 2023

Após o descolamento mucoperiosteal do retalho efetuou-se a osteotomia com peça reta baixa rotação, utilizando a broca 702C com irrigação abundante de soro

fisiológico para a delimitação da lesão, como pode-se observar na figura abaixo.

Figura 5 - Delimitação da lesão com a broca 702C



Fonte: Autores, 2023

Por estar intensamente calcificada, a coloração da lesão e do tecido ósseo se coincidem, por isso, houve um rompimento da cortical óssea vestibular ajudando no contorno. Já a osteotomia foi feita até chegar na tábuia óssea lingual, contornando a raiz vestibular do segundo pré-molar inferior, na tentativa de mantê-lo na cavidade bucal. Desta forma, procedeu-se a ampliação da loja óssea para a remoção total do odontoma, o mesmo foi seccionador para facilitar a sua remoção (ver Figura 6).

Figura 6 - Ampliação da loja óssea



Fonte: Autores, 2023

A enucleação teve o auxílio de extratores (seldin reta) e curetas, finalizando com 8 fragmentos, como apresentado na Figura 7.

Figura 7 - Seccionamento em 8 fragmentos



Fonte: Autores, 2023

As regularizações das bordas ósseas foram feitas com brocas diamantadas esféricas (02 e 03), e com irrigação abundante de soro fisiológico a fim de remover quaisquer resquícios da patologia (Figura 8).

Figura 8 - Regularização das bordas

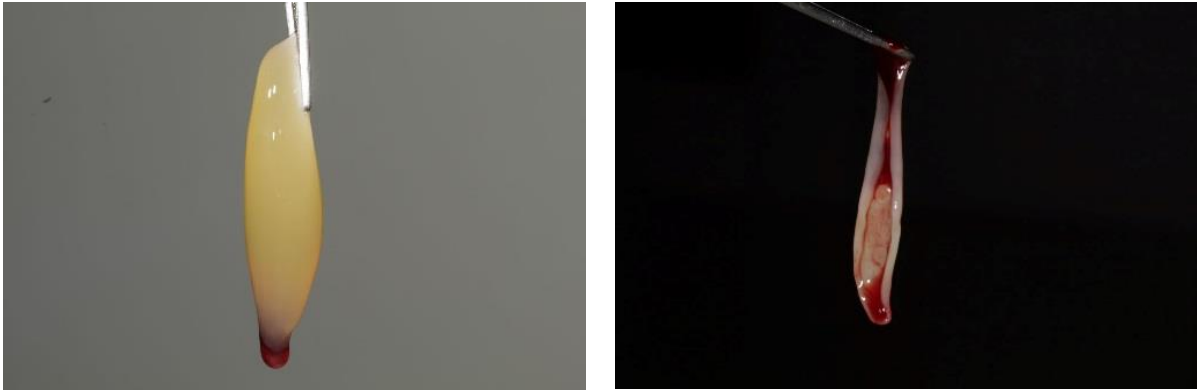


Fonte: Autores, 2023

Para estimular a cicatrização, foi utilizada a membrana L-PRF (Figura 9), material de enxerto ósseo obtido a partir da centrifugação do plasma, após a coleta de sangue do paciente por venopunção, foram retirados 8 tubos, sendo assim, centrifugados por 12 minutos para a separação das células vermelhas e o coágulo de fibrina- L-PRF (Figura 10).

Figura 9 - Membrana L-PRF e Figura 10- Membrana após remoção do coágulo,

respectivamente



Fonte: Autores, 2023

O coágulo foi removido do tubo com o auxílio de uma pinça e as células vermelhas aderidas à fibrina foram retiradas com uma espátula. Dois coágulos de fibrina foram colocados no plug (disponível na caixa de L-PRF). Cinco coágulos de fibrina foram posicionados sobre uma superfície perfurada em uma caixa metálica (PRF box), e com a ajuda da placa metálica foram comprimidos por 5 minutos (Figura 11).

Figura 11 - Membrana após ser comprimida no plug da PRF box



Fonte: Autores, 2023

Um dos tubos não chegou a formar o coágulo de fibrina, utilizando-a na sua forma líquida (injetável) denominada I-PRF, com a ajuda de uma seringa foi retirado o plasma e armazenado em uma cuba de inox, depositando um dos coágulos de fibrina que foi comprimido para assim terminar o seu processo de coagulação.

Os dois plugs foram colocados no interior da cavidade e os outros coágulos de

fibrina depositados externamente para o recobrimento do tecido ósseo, como pode ser observado nas figuras a seguir

Figura 12 - Plugs colocados no interior da cavidade e Figura 13 - Coágulos de fibrina depositados externamente, respectivamente



Fonte: Autores, 2023

O retalho foi suturado com fio de NYLON 5-0 (Figura 14)

Figura 14 - Imagem intraoral frontal com a sutura do retalho



Fonte: Autores, 2023

Além das recomendações pós-operatórias, foram prescritas as medicações Tylex 30mg, Nimesulida 100mg e Amoxicilina 500mg em caso de desconforto ou dor. Após 7 dias, o paciente realizou o retorno para avaliação pós-operatória e na sequência de seu tratamento, removeu os pontos após 15 dias.

Quanto ao material retirado, este foi imerso em formol e encaminhado para o

setor de exame histopatológico no Departamento de Diagnóstico Oral- FOP/UNICAMP.

DISCUSSÃO

Da classificação de tumores odontogênicos benignos, os odontomas são os mais comuns podendo ser subclassificados como do tipo complexo e composto. Conforme argumenta Hamada et al. (2021), a taxa de incidência dos ameloblastomas é de 42% e dos odontomas 24%. Dentre estes últimos, tem maior prevalência a do odontoma composto (15,3%) que a do tipo complexo, que apresenta 9,7% de incidência (Hamada et al., 2021).

Normalmente, como já mencionado, os odontomas são diagnosticados na segunda década de vida, e frequentemente encontrados durante exames radiográficos de rotina. Levando em consideração a variação de odontomas que tem-se na literatura, nota-se a presença de maior número de descrições e estudos relacionados aos casos dos odontomas compostos, por conta das suas características semelhantes a dentes (Uchoa, 2022).

Na maioria das pesquisas, a idade média dos pacientes que tiveram esse hamartoma encontra-se entre 20 e 30 anos e sua predileção por sexo é basicamente igual. Os odontomas do tipo complexo ocorrem preferencialmente na região posterior de mandíbula, em oposição ao odontoma composto, que ocorre comumente na região da maxila (Khalifa et al., 2022).

Khalifa et al. (2022) ainda ressaltam que raramente são encontradas as características do tipo complexo e composto juntas, no entanto, quando ocorrem, a literatura distingue esse tipo de lesão com o nome de “odontoma complexo-composto”

Os odontomas quando estão em sua fase calcificada, normalmente ocorre um reconhecimento radiográfico mais rápido, não gerando grandes preocupações ao cirurgião-dentista, porém, quando esta lesão é diagnosticada nas radiografias de rotina em sua fase mista, aumenta a lista de diagnósticos diferenciais, visto que o padrão radiográfico coincide com lesões de caráter mais agressivo (Bicalho et al., 2021).

Essa neoplasia pode causar alguns problemas que venham a interferir no desenvolvimento da erupção, causando um retardamento ou impedindo a erupção ectópica. Esse processo pode gerar sequelas como o deslocamento de elementos, a má

formação dos dentes antagonistas, além da reabsorção (Jaeger et al., 2012).

Conforme argumenta Zanettini et al., (2019), a etiologia mais comum da impação é ocasionada com a presença dos odontomas, no qual os dentes impactados se apresentam sem sintomatologia dolorosa, podendo ocorrer por fatores etiológicos locais ou sistêmicos.

Na literatura encontra-se casos onde os odontomas podem atingir grandes volumes, causando assim a expansão das corticais ósseas e em alguns casos, a sintomatologia dolorosa, pertencente a compressão de estruturas nobres, como o nervo mentoniano, alveolar inferior, bucal e lingual na parte mandibular (Pires et al., 2007).

Analisando histologicamente, o odontoma complexo e composto apresentam os mesmos tecidos; cimento, polpa, dentina e esmalte, estando ou não na sua forma convencional de dente, o odontoma do tipo complexo é uma malformação em que todos os tecidos dentários estão representados, porém, com um padrão desorganizado (Vázquez; Gandini; Carbajal, 2008).

Os odontoameloblastomas ameloblásticos e o fibroodontoma apresentam características radiográficas parecidas com os odontomas, sendo assim, todo material deve ser encaminhado para patologistas orais e fazer um acompanhamento clínico e radiográfico cauteloso. Na literatura encontra-se que depois da remoção do odontoma, ele não ocorre recidiva, mas em pacientes pediátricos é necessário um monitoramento exigente (Girish et al., 2016).

O tratamento dessa neoplasia é feito através da exérese cirúrgica total, pois normalmente a lesão apresenta um local de clivagem adequado para a sua remoção, quando ela está relacionada a um dente irrompido, o ideal seria manter esse elemento pois assim também permitirá uma reparação óssea adequada. A remodelação óssea é comprovada na maioria dos casos, confirmando assim, um baixo índice de recidiva e sucesso no tratamento final (Merat et al., 2020).

Na etapa de remoção, deve-se manter o mesmo protocolo cirúrgico de dentes inclusos, evitando traumas e futuras lesões nas estruturas nobres, pois assim, o processo de cicatrização terá um bom prognóstico, permitindo que o paciente evite maiores complicações fonéticas, estéticas e oclusais, garantindo a completa restauração da saúde bucal (Silva et al., 2015).



Estes fatos foram importantes para a formulação das hipóteses diagnosticas do caso acima, tanto para avaliar os aspectos imaginologicos como para elaborar um plano de tratamento adequado. Um fator importante para a presunção do diagnóstico final foi o aspecto calcificante e a localização da lesão, pois os odontomas complexos possuem uma predileção pela região posterior de mandíbula. Os diagnósticos diferenciais do caso foram: Mixoma, displasia cemento-óssea e odontoma composto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do odontoma é realizado pela associação dos achados radiográficos e histopatológicos. É de extrema importância observar com cautela o diagnóstico diferencial para excluir outras possíveis hipóteses, como osteoma, displasia cemento óssea, fibro-odontoma ameloblastico e odontoameloblastoma. O diagnóstico definitivo, é confirmado após o exame histopatológico do Departamento de Diagnóstico Oral- FOP/UNICAMP. O tratamento requer um planejamento e consiste em um procedimento cirúrgico para exérese da lesão. O tratamento realizado foi a remoção cirúrgica, não havendo recidiva e complicações pós cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

Alves, A. D. S., Alves, J. C., Dias, M. W. G., Viana, P. A. A., Viera, E. P. A., & de Oliveira Rocha, M. (2022). Remoção de odontoma composto: relato de caso clínico. **Scientia Generalis**, 3(1), 393-401.

Arantes, E. B. R., Merat, B. V. T., de Andrade, L. S., de Assumpção Leite, A. F. S., & Lourenço, S. D. Q. C. (2020). Diagnóstico e tratamento de um caso de odontoma composto-complexo: relato de caso e revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, 30 (1-2), 85-93.

Barros, M. A. N., Teslenko, V. B., de Abreu Cavalcanti, H., Reis, G. N., & Pancini, E. F. (2021).



Odontoma complexo: relato de caso. **Archives of health investigation**, 10 (9), 1382-1385.

Balález, Á. E. B., & Avila, J. (2020). ODONTOMA. Características clínicas, histopatológicas e imagenológicas. Presentación de un inusual Odontoma complejo. **Morfolia**, 12 (1), 75-82.

Bicalho, S. E. S., Simukaua, E. R. S., Rezendo, J. G., Santos, J. A. L., Cuevas, R. C. S., & Moraes, R. B. (2020). Diagnóstico diferencial de odontoma em fase mista: relato de caso em criança. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, 33 (3), 40-45.

Cé, P. D. S., Prazeres, C., Santos, F. E. D., & Woltmann, M. (2009). Odontoma complexo: relato de caso clínico atípico. **Revista Federal de Odontologia**, UPF, 14 (1), 56-60.

da Silva, J. R., Barbosa, P. R., & da Siva, L. F. M. (2015). Odontoma composto: revisão de literatura e relato de caso. **Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José**, 6 (2), 2-11.

dos Santos Pires, L., Krüger, M. L. B., da Silva Viana, E., Kramer, P. F., & Ferreira, S. H. (2007). Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. **Stomatós**, 13 (24), 21-29.

Girish, G., Bavle, R. M., Singh, M. K., & Prasad, S. N. (2016). Compound composite odontoma. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*: **JOMFP**, 20 (1), 162.

Hamada, M., Okawa, R., Nishiyama, K., Nomura, R., Uzawa, N., & Nakano, K. (2021). Compound odontoma removed by endoscopic intraoral approach: Case report. **Dentistry Journal**, 9 (7), 81.

Jaeger, F., Alvarenga, R. L., Lage, F. O., Reis, I. A., & Leal, R. M. (2012). Odontoma composto-relato de caso clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, 53 (4), 252-257.

Khalifa, C., Omami, M., Garma, M., Slim, A., Sioud, S., & Selmi, J. (2022). Compound-complex odontoma: A rare case report. **Clinical Case Reports**, 10 (4), 56-58.

Mazur, M., Di Giorgio, G., Ndokaj, A., Jedliński, M., Corridore, D., Marasca, B., ... & Guerra, F.



(2022). Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. Children. **Multidisciplinar Digital Publishing Institute**, (10), 1509.

Neto, A. E. M., & Capella, D. L. (2011). Tratamento conservador de grande odontoma complexo em mandíbula. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, 16 (3), 307-321.

Nóia, C. F., dos Santos Júnior, J. P., Pinto, J. M. V., & Rodrigues, M. T. V. (2008). Odontoma CompostoComplexo: relato de caso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 10 (4), 59-63.

Pereira, L. D. C., Miceli, A. L. C., & Louro, R. S. (2015). Odontoma complexo extenso em mandíbula-Revisão e Relato. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, 15 (4), 49-52.

Pereira, I. F., Santiago, J. B., Neves, D. D., Dias, O. A. A., Silva, J. D. Â. A., de Paiva Siqueira, M. F., ... & de Araújo, A. C. S. (2020). Odontoma composto em região anterior de mandíbula: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 12 (10), 4527-4527.

Pires, W. R., Motta-Junior, J., Martins, L. P., & Stabile, G. A. V. (2013). Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, 42, 138-143.

Silva, D. J. D. S., Souza, J. J. D., Almeida, R. D. A. C., & Andrade, E. S. D. S. (2015). Estudo clínico-patológico de odontomas diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de PernambucoFOP. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, 15 (4), 31-36.

Tyagi, P., & Singla, S. (2010). Complex composite odontoma. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 3 (2), 117.

Uchoa, A. D. O. (2022). Diagnóstico e tratamento de odontoma: revisão de literatura. **Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana**.



Vázquez Diego, J., Gandini Pablo, C., & Carbajal Eduardo, E. (2008). Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. **Avances en Odontoestomatología**, 24 (5), 307-312

Zanettini, L. M. S., de Araujo Noronha, R., de Oliveira Andriola, F., & Pagnoncelli, R. M. (2019). Odontoma composto associado a incisivo central superior impactado: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, 24 (1), 38-43.