



CURSO DE ODONTOLOGIA

AYALA DE OLIVEIRA UCHOA

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ODONTOMA:
revisão de literatura**

**ODONTOMA DIAGNOSIS AND TREATMENT: a literature
review**

SALVADOR

2022.1

AYALA DE OLIVEIRA UCHOA

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ODONTOMA:
revisão de literatura**

**ODONTOMA DIAGNOSIS AND TREATMENT: a literature
review**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Me. Antônio Lucindo Pinto de Campos Sobrinho

Co-orientador: Eduardo Cezar Lima Silva de Miranda

SALVADOR

2022.1

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais por todo o apoio incondicional, dedicação e amor recebido. Vocês foram essenciais nesta etapa da minha vida e serei eternamente grata a vocês por ser quem sou hoje. Obrigada por permitir que esse sonho se tornasse possível! Vocês sempre serão meus maiores exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por dar-me forças e persistência nesta jornada.

Aos meus pais, Ederlinda e Uchoa, pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa.

Ao Arthur, pelo companheirismo e apoio durante toda a minha jornada.

Aos meus irmãos Ruy e Pedro, pela confiança transmitida.

Ao orientador, Prof. Me. Antônio Lucindo, pelos ensinamentos passados, pela paciência, pela amizade e pela compreensão.

Ao co-orientador, Eduardo Miranda, pela amizade, pelo apoio, pelo incentivo e ensinamentos transmitidos desde o início do trabalho e pela brilhante co-orientação.

As professoras de TCC, Viviane, Érica e Andréa pela disponibilidade e atenção com os alunos.

Aos funcionários da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pelo apoio, amizade e orientação na condução dos experimentos.

Às amigas Vitória Lelis, Larissa Bomfim, Luiza Rosa, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

Serei eternamente grata a todos!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 08 |
| 2 | METODOLOGIA | 10 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 11 |
| 3.1 | ASPECTOS CLÍNICOS E ETIOLOGIA | 11 |
| 3.2 | ASPECTOS RADIOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS | 12 |
| 3.3 | DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 13 |
| 3.4 | TRATAMENTO | 15 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 17 |

REFERÊNCIAS

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

Odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos, tratando-se de uma lesão benigna, de tecido mesenquimal e epitelial. São descobertos durante exames radiográficos de rotina ou como fator de atraso na erupção dentária e, frequentemente, encontrados na segunda década de vida. De acordo com a organização mundial de saúde, os odontomas são classificados do tipo composto e complexo, sendo o primeiro formado por múltiplas estruturas pequenas semelhante a dentes, sendo este o mais comum, e o segundo uma massa amorfa de esmalte e dentina que não exibe qualquer semelhança anatômica com um dente. Os odontomas geralmente apresentam ausência de sintomatologia dolorosa e um crescimento lento, sendo mais frequentes em região anterior de maxila e mandíbula. Radiograficamente, os odontomas aparecem circundados por um halo radiotransparente em ambos os tipos. Este trabalho tem como objetivo revisar o diagnóstico e tratamento dos odontomas; identificar possíveis associações entre essa lesão e outras patologias encontradas na cavidade oral, com o intuito de estabelecer um diagnóstico diferencial e descrever as alterações fisiopatológicas geradas. No tratamento cirúrgico dos odontomas, o prognóstico é favorável, sendo raros os casos de recidiva.

Palavras-chave: Odontoma, Tumores odontogênicos, Dente não erupcionado, Anormalidades dentárias.

ABSTRACT

Odontomas are the most common types of odontogenic tumors, being a benign mixed lesion of tissue. They are discovered during the routine radiographic routine or as examinations of delayed tooth eruption and are often found in the second decade of life. According to the World Health Organization, according to the structures according to the second the first as a composite type and according to the small structures, the first being formed by a common amorphous mass, the second the first as a composite type and not the set of structures, the first being formed by a common amorphous mass, the second and the first as a type of mass that is not the most common. exhibits any anatomical resemblance to a tooth. Odontomas usually appear in slow growth, with more frequent symptoms in the anterior region of the maxilla and mandible. Radiographically, odontomas appear surrounded by a radiolucent halo in types. This work aims to review the diagnosis and treatment of odontomas; differential between this lesion and other possibilities of oral diagnosis, in order to establish a diagnosis; description as pathophysiological changes generated. In the surgical treatment of odontomas, the prognosis is, and cases of recurrence are rare. It is necessary to have a differential diagnosis from other tumors for a complete approach.

Keywords: Odontome, Odontogenic Tumors, Unerupted Tooth, Tooth abnormalities.

1 INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos, classificados como uma lesão benigna constituída de tecido epitelial e mesenquimal que possui etiopatogenia desconhecida (1). De acordo com a evolução clínica da lesão, eles são mais denominados como anomalia de desenvolvimento (hamartoma) do que um tumor propriamente dito (2,3).

Segundo a Organização Mundial da Saúde de 2017 (OMS), os odontomas foram subdivididos em dois tipos: composto e complexo de acordo com critérios histológicos. O odontoma composto é formado por múltiplas estruturas pequenas, semelhantes a dentes, sendo este o mais comum, já o odontoma complexo consiste em uma massa amorfa de esmalte e dentina, que não exhibe qualquer semelhança anatômica com um dente (4,5). A distinção entre eles é arbitrária, baseando-se na preponderância de tecidos dentais desorganizados no primeiro, contra uma preponderância de dentículos bem organizados no segundo (6,7,1).

Os odontomas compostos consistem na proliferação exacerbada da lâmina dentária, sendo formado por tecidos dentários semelhantes anatomicamente ao de unidades dentárias unirradiculares, sendo mais frequentes em região anterior de maxila e mandíbula, enquanto os odontomas complexos aparecem em região posterior de mandíbula (8). Sua etiologia não é clara, embora trauma local, infecção e fatores genéticos tenham sido sugeridos como possíveis causas (9). Essas lesões estão principalmente associadas a dentes permanentes inclusos e raramente com dentes decíduos (10).

Os sinais clínicos mais comuns que indicam a presença de um odontoma são evidenciados pela existência de um dente retido, podendo ou não estar associado à presença de tumefação alveolar, fazendo diagnóstico diferencial com dentes supranumerários. Geralmente é uma lesão assintomática de crescimento limitado, que são detectados através de exames radiográficos de rotina (11).

Radiograficamente, os odontomas do tipo composto apresentam-se como dentículos múltiplos claramente distintos circundados por um halo radiotransparente, geralmente situado entre as raízes ou sobre a coroa de um dente impactado. Já os complexos aparecem como massas opacas amorfas, circundadas por um halo radiotransparente (12).

Deve-se observar a importância de ampliar o conhecimento relacionado ao diagnóstico dos odontomas relatados na literatura, amplificando o acesso e possibilitando que outros profissionais de outras áreas da odontologia o utilizem como base para estudos para que assim saibam diagnosticar, sendo uma patologia comum. Este trabalho tem como objetivo revisar o diagnóstico e tratamento dos odontomas, identificar possíveis associações entre essa lesão e outras patologias para que obtenha um diagnóstico diferencial, e descrever as alterações fisiopatológicas tendo a importância de estabelecer um melhor entendimento frente essa patologia.

2 METODOLOGIA

O presente estudo se trata de uma revisão de literatura, que teve como base artigos científicos e livros. Para a busca dos artigos foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), A Scientific Electronic Library Online (Scielo), Pubmed e Google acadêmico. O levantamento foi realizado no período de junho de 2019 a maio de 2022 tendo como critérios de inclusão: artigos completos, escritos em português, inglês e espanhol; e critérios de exclusão: resumos e artigos que não respondem à pergunta de pesquisa (Como é realizado o diagnóstico e tratamento dos odontomas, e suas possíveis associações com outras patologias para obtenção de um diagnóstico diferencial?).

Foi realizada uma busca no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para escolha dos descritores que seriam usados nas bases de dados sendo encontrados: “odontoma”; “anormalidades dentárias”; “tumores odontogênicos”; “dente não erupcionado”, e seus respectivos descritores em inglês: “odontome”; “tooth abnormalities”; “odontogenic tumors” e “unerupted tooth”.

Após uma abrangente coleta de dados, foram selecionados os artigos mais relevantes a respeito do diagnóstico e tratamento dos odontomas. Inicialmente foram buscados apenas estudos dentro do período de 5 anos, o que posteriormente esse espaço temporal veio a ser aumentado para 10 anos. Todavia, alguns trabalhos mais antigos foram utilizados com o intuito de complementação de dados e de promover um aprofundamento na temática.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS CLÍNICOS E ETIOLOGIA

Os odontomas são frequentemente encontrados na segunda década de vida e são descobertos durante exame radiográfico de rotina ou como fator de atraso na erupção dentária (13). White e Pharoah (14), afirmam que a faixa etária de maior incidência de odontomas são dos 10 aos 20 anos de idade. Dentre os tipos de odontomas descritos na literatura, há uma tendência para que o tipo composto seja mais facilmente diagnosticado por suas características (múltiplas estruturas pequenas, semelhantes a dentes).

Há discordância entre autores em relação à incidência por gênero. Ebling (15), Tommasi (16), Hisatomi et al. (17), Nóia et al. (18), White e Pharoah (14), afirmaram não existir predileção por gênero. Já Budnick (13) e Vaskez (19) afirmaram ter ligeira predileção pelo sexo masculino, sendo mais frequentemente diagnosticados na segunda década de vida. O estudo de Monteiro et. al (20) por sua vez, apresentou predileção pelo sexo feminino. Hidalgo-Sanchez (21), afirma que os odontomas compostos são mais prevalentes do que os odontomas complexos e não apresentam predileção quanto ao sexo, idade ou localização anatômica do paciente. Além disso, os odontomas compostos se localizam preferencialmente na maxila, principalmente em região anterior (21). Já Yoda et al (22), aponta que os o odontoma complexo geralmente apresenta uma predileção pela região posterior da mandíbula.

Os odontomas podem causar uma série de problemas que podem interferir de forma direta no processo de erupção/irrompimento dentário, retardando ou impedindo os movimentos de erupção ectópica, e ainda causar possíveis sequelas como: deslocamento e má formação de dentes vizinhos, diastema, anodontia e a pressão exercida pelo odontoma levando a reabsorção dentária (2). A maioria dos pacientes com odontoma são crianças, no entanto a ausência das unidades permanentes pode ser um sinal precoce dessa lesão (3).

De acordo com Zanettini et al. (23), as causas mais comuns da impaction dentária são os odontomas e os dentes impactados geralmente são assintomáticos e descobertos em radiografias de rotina. A impaction é causada por fatores sistêmicos ou etiológicos locais. Os fatores locais associados a dentes anteriores impactados incluem: retenção prolongada do dente decíduo,

dilaceração radicular, odontomas, tumores odontogênicos, anquiloses, traumas, cistos dentígeros, dentre outros. A impactação também pode ser consequência da falta de espaço necessário para a erupção normal do dente.

Cardoso et al. (24) e Pires et al. (25), relatam que, algumas vezes, os odontomas podem atingir grandes volumes, causando expansão das corticais ósseas e sensação dolorosa devido à compressão de estruturas nobres, como por exemplo o nervo alveolar inferior.

A etiopatogenia dos odontomas é alvo de constante investigação, embora ainda se apresente indeterminada. Alguns fatores são levados em consideração quando se fala em etiologia, dentre eles podemos citar: mutações genéticas ou interferência de um gene no controle do desenvolvimento dentário, traumatismo ou infecções locais, restos epiteliais de Malassez, germinação aberrante primitiva da lâmina dentária, anomalias dos elementos formadores dos tecidos dentários, hiperatividade da lâmina dentária, ou pode estar relacionada com doenças sistêmicas. Alguns pesquisadores relatam que os odontomas complexos se desenvolvem a partir do folículo dentário: já os compostos, a partir de proliferações acessórias do epitélio odontogênico (24). De acordo com Tommasi (16), os odontomas são oriundos das células odontogênicas do germe dentário, sendo resultado da interação dos componentes epitelial e mesenquimal (ectomesênquima).

3.2 ASPECTOS RADIOGRÁFICOS E HISTOLÓGICOS

Os odontomas são frequentemente encontrados em radiografias panorâmicas de rotina realizadas por dentistas. Porém a tomografia computadorizada cone beam é um excelente método auxiliar para um diagnóstico mais completo permitindo observar a espessura, anatomia, posição do dente impactado e localização da lesão para que, em um caso de associação a outra patologia, possa definir e delimitar a lesão detalhadamente (23).

As características radiográficas mais comuns consistem em estruturas radiopacas esféricas ou ovaladas. A imagem radiográfica mais frequente é a de estruturas radiopacas bem delimitadas por um halo esclerótico fino. O aspecto radiográfico do odontoma é característico. As radiografias mostram radiopacidades muito densas, claramente ordenadas, frequentemente são

circundadas por uma ligeira área radiolúcida. No odontoma complexo, a radiopacidade não apresenta nenhuma forma específica, mas aparece como uma desorganizada massa de formato irregular (Figura 2). O tipo composto, pode se apresentar como múltiplos dentículos (Figura 1), de tamanhos variáveis (26,15,27,19,1).

Os odontomas podem ser encontrados em três fases de calcificação: radiolúcida (ainda não apresenta qualquer calcificação); mista (onde se observa uma lesão parcialmente calcificada); e radiopaca (observando-se completa calcificação da lesão). Em sua fase radiolúcida, geralmente em crianças, os odontomas podem ser confundidos, principalmente, com os cistos odontogênicos (28).



Figura 1: aspectos imaginológicos dos odontomas compostos.

Fonte: BICALHO, 2016

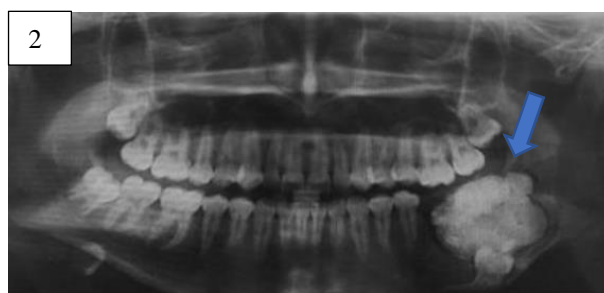


Figura 2: aspectos imaginológicos dos odontomas complexos.

Fonte: LEAL, et al. 2021

Histologicamente, tanto o odontoma composto quanto o complexo apresentam os mesmos tecidos dentários: esmalte, dentina, polpa e cimento, sob a forma de dente ou não. Contidos em um estroma de tecido conjuntivo frouxo, contendo feixes ou ilhotas de tecido odontogênico, envolvido por cápsula fibrosa. Este tecido conjuntivo é sob todos os aspectos, semelhantes ao folículo dentário que envolve o dente normal e igualmente podem ser identificados nestas lesões focos de epitélio ameloblástico (15,19,16,29).

Os odontomas geralmente são diagnosticados ao exame clínico/radiográfico, porém o diagnóstico é confirmado apenas com o exame histopatológico (30). No odontoma composto há quantidades variáveis de matriz de esmalte, que geralmente estão presentes. O tecido pulpar pode ser observado na porção coronal e radicular das estruturas semelhantes a dentes. Em pacientes que apresentam um odontoma em desenvolvimento, há estruturas que lembram os germes dentários. Já os odontomas complexos consistem, em grande parte, de dentina tubular madura, que envolve fendas ou estruturas ocas circulares que costumam conter o esmalte maduro que foi removido durante a descalcificação. Os espaços podem conter quantidades pequenas de matriz de esmalte ou esmalte imaturo (1,31,32).

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Santos et al. (33), em seu estudo de relatos de casos clínicos, confirma que a presença dos odontomas é uma das principais causas de retenção dental, sendo geralmente diagnosticados quando investiga-se a causa da não erupção de um dente permanente.

Segundo Monteiro et al. (20), o odontoma pode ser considerado o segundo tumor odontogênico mais comum, posteriormente ao ameloblastoma. Já Bilodeau (34), relata que na atualidade os odontomas são os tumores odontogênicos mais frequentes. No estudo de Silva et al. (35), o tumor odontogênico ceratocístico foi a lesão mais frequente, seguido por ameloblastoma e odontoma. A frequência e incidência de alguns tumores odontogênicos são controversos e dependem da localização (35).

Os odontomas geralmente estão associados a unidades dentárias inclusas e raramente aparecem em associação a lesões císticas (36). Entretanto, os tumores odontogênicos de forma geral, podem estar associados a cistos

odontogênicos e há relatos que afirmam que o odontoma pode ser encontrado em associação ao cisto dentífero (37,38). Além disso, muitas vezes a associação do cisto dentífero ao odontoma é encontrada no exame histopatológico. Existem relatos que mostram lesões de tecido mole encontradas circundando o odontoma, o que pode evidenciar a presença de associação com o cisto dentífero (39,40).

A quarta edição da classificação dos tumores de cabeça e pescoço da OMS indica que o odontoma e o fibro-odontoma ameloblástico não são consideradas lesões independentes, mas fazem parte de alterações microscópicas presentes em um odontoma em desenvolvimento (41). Todavia, ainda há confusão sobre a natureza dessas lesões, e o conceito do fibro-odontoma ameloblástico ser um estágio de maturação do odontoma não é um consenso.

Diante da dificuldade de distinguir um tumor verdadeiro e um odontoma em desenvolvimento, a natureza real da lesão não pode ser facilmente determinada (42). Mesmo assim, alguns pesquisadores reconhecem que o fibro-odontoma ameloblástico pode atingir um extenso tamanho, e apresentam características de verdadeiras neoplasias (43).

O diagnóstico diferencial dessa lesão deve ser estabelecido com fibroma ameloblástico, odontoameloblastoma e fibro-odontoma ameloblástico. Podem se manifestar também a partir da Síndrome de Gardner, que se trata de uma variante da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), com associação de pólipos intestinais, tumores de partes moles e tumores ósseos (23).

A maioria dos casos dos odontomas são tratados por um dentista em consultório ou em ambulatório de graduação ou pós graduação, sem biópsia prévia por conta do seu fácil diagnóstico. Por este motivo, nos países em desenvolvimento muitos casos não são registrados ou enviados para confirmação histopatológica. Portanto, nesses países a incidência de odontomas provavelmente é subestimada (44).

Os odontomas quando estão em sua fase calcificada ou radiopaca, geralmente são de fácil reconhecimento radiográfico, não gerando grandes preocupações aos profissionais que tratam estes casos, porém o problema surge quando esta lesão é identificada ao acaso na radiografia, em sua fase mista de calcificação. Isto acontece, pois, diversas lesões de caráter mais agressivo e maior risco de recidiva podem fazer parte do diagnóstico diferencial nesta fase,

aumentando significativamente a preocupação do profissional e familiares da criança, destacando-se a displasia fibrosa, mixoma, lesão de células gigantes, fibroma ossificante central e displasia cemento-óssea (28).

3.4 TRATAMENTO

De acordo com estudos, o tratamento indicado para os odontomas é cirúrgico conservador com a excisão total da lesão, devido à zona de clivagem que habitualmente é concedida pelo tecido conjuntivo fibroso, que serve de cápsula, com prognóstico benéfico, sendo raros os casos de recidiva, e a reparação óssea executada com certa facilidade (45-47). A técnica cirúrgica empregada para a remoção do odontoma corresponde aos princípios cirúrgicos básicos utilizados para exodontia de unidades dentárias inclusas (15,49).

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 (18,24,48).

Veis et al. (49), afirmaram que os odontomas compostos são bem circunscritos e encapsulados e podem ser facilmente removidos por meio de cirurgia conservadora. Em muitos casos associados a dentes não irrompidos, a combinação de tratamento cirúrgico e ortodôntico é necessária. A extração do dente permanente acompanhada da remoção de odontomas, às vezes, deixam defeitos nos tecidos ósseos e/ou moles.

Se não tratados corretamente, os odontomas podem gerar complicações, como a formação de cistos (50). Kim et al. (38), preconiza que quando o odontoma acompanha um cisto dentígeno, uma biópsia excisional deve ser realizada para descartar uma possível malignidade.

Como características pós-operatórias, Mendonça et al. (26), abrangeu as parestesias do lábio inferior e mandíbula por conta do contato com o nervo alveolar inferior, hemorragias e infecção secundária. O prognóstico do tratamento do odontoma é favorável, pois a lesão não possui características de malignação, sendo raros os casos de recidiva (35).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão descrita, os odontomas são considerados patologias comuns quando apresentadas isoladamente, porém percebe-se a raridade da associação dessas lesões quando encontradas junto a outros tipos de tumores e/ou cistos odontogênicos, sendo necessários maiores estudos sobre sua etiopatogenia, incidências e prevalências. Por se tratar de lesões comumente assintomáticas, a conduta clínica, acompanhamento e avaliação dos exames de imagem são importantes para o diagnóstico, bem como o seu tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CMBJ. Patologia oral e maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda; 2021. p. 679-741.
2. Jaeger F, Alvarenga RL, Lage FO, Reis IA, Leal RM. Odontoma composto-relato de caso clínico. Rev Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 2012;53(4):252-7.
3. Isola G, Cicciù M, Fiorillo L, Matarese G. Association between odontoma and impacted teeth. J Craniofac Surg. 2017;28(3):755-8.
4. Bianco BCF, Sperandio FF, Hanemann JAC, Pereira AAC. New who odontogenic tumor classification: impact on prevalence in a population. J Appl oral sci, 2020;28:e20190067.
5. Tolentino ES. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? RFO, Passo Fundo, 2018;23(1):119-123.
6. Kramer IRH, Pindborg J, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours: world health organization international histological classification of tumours. 2 ed. Berlin: Springer, 1992. p. 2988-94.
7. Philipsen HP, Reichart PA. Classification of odontogenic tumours. A historical review. J Oral Pathol Med 2006;35:525Y529.
8. Serindere G, Serindere M. Bibliometric analysis of 50 most cited articles on odontomas. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr., 2020;20:e5328. <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.025>
9. Hitchin AD. The aetiology of the calcified composite odontomes. British Dental Journal, 1971;130(11),475-482. doi:10.1038/sj.bdj.4802682
10. Haishima K, Haishima H, Yamada Y, Tomizawa M, Noda T, Suzuki M. Compound odontomes associated with impacted maxillary primary central incisors: report os two cases. IAPD, 1994;4:251-256.
11. Barreira AF, Raggio DP, Trindade CP, Rodrigues CRMD. Odontoma compuesto: reporte de caso. Rev Ibero-am Odontopedia Odontol Bebê 2004;7(36):118-24.

12. Angiero F, Benedecenti S, Parker S, Signore A, Sorrenti E, Giacometti E, Crippa R. Clinical and surgical management of odontoma. *Mary Ann Liebert*, 2014;32(1),47-53. Doi: 10.1089/pho.3013.3587
13. Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1976;42:501–6.
14. White SC, Pharoah MJ. *Radiologia Oral - Fundamentos e Interpretação*. 5. ed. [S.I.]: Elsevier, 2007.
15. Ebling H. *Cistos e Tumores Odontogênicos*. 3. ed. Ed. Da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1977. p. 132-143.
16. Tommasi MH. *Diagnóstico em patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 295-6.
17. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Oral Dis*. 2002;8:100–5.
18. Nóia CF, Oliveira FAC, Pinto JMV, Santos WHM. Odontoma composto. *RGO Revista Gaúcha de Odontologia*. Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 213-217, 2008.
19. Vasquez DJ, Gandini PC, Carbajal E. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y tratamiento de um caso clínico. *Avances en odontoestomatología*. 2008;24(5):308-312.
20. Monteiro L, Santiago C, Do Amaral B, Al-Mossallami A, Albuquerque R, Lopes C. An observational retrospective study of odontogenic cysts and tumours over an 18-year period in a portuguese population according to the new WHO head and neck tumour classification. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal.*, 2021;26(4): e482–93.
21. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Meta-analysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Nov 1;13(11):E730-4.
22. Yoda T, Ishii Y, Honma Y, Sakai E, Enomoto S. Multiple macrodonts with odontoma in a mother and son a variant of Ekman-Westborg-Julin syndrome. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 1998;85(3),301-303. doi:10.1016/s1079-2104(98)90012-9

23. Zanettini LMS, Noronha RA, Andriola FO, Pagnoncelli RM. Odontoma composto associado a incisivo central superior impactado: relato de caso. RFO UPF. 2019;24(1):38-43.
24. Cardoso LM, Miyahara GI, Magro Filho O, Garcia Júnior IR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: Relato de casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba, 2003;24(2):47-51.
25. Pires LD, Krüger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SL. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. Stomatos. 2007 jan-jun;13(24):21-9.
26. Mendonça JCG, Lima CMC, Boing F, Bento LA, Santos AA. Odontoma complexo gigante em corpo de mandíbula: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac. 2009; 9(2):67-72.
27. Avelar RL, Primo BT, Pinheiro-Nogueira CB, Studart-Soares EC, de Oliveira RB, de Medeiros JR, et al. Worldwide incidence of odontogenic tumors. J Craniofac Surg, 2011;22:2118-2123.
28. Bicalho SES, Simukaua ERS, Rezendo JG, Santos JAL, Cuevas RCS, Moraes RB. Diagnóstico diferencial de odontoma em fase mista: relato de caso em criança. BJSCR. 2021; 33(3):40-45.
29. Kignel S. Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral. 3 ed. Rio de Janeiro: Santos; 2020. p. 281-282.
30. Hamada M, Okawa R, Nishiyama K, Nomura R, Uzawa N, Nakano K. Compound odontoma removed by endoscopic intraoral approach: case report. Dent.J. 2021;9:81.
31. Girish G, Bavle R, Singh M, Prasad S. Compound composite odontoma. J Oral Maxillofac Pathol., 2016;20(1):162.
32. Silva OKMR, Silva CCB, Silva LAB, Souza Júnior EF, Morais HHA, Costa MCM. Peripheral compound odontoma: A rare case report and literature review. J Cutan Pathol., 2020;47(8):720-4.
33. Santos MESM, Silva ARBL, Florêncio AG, Silva UH. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe, 2010;10(2):25-30.

34. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic Cysts and Neoplasms. *Surg Pathol Clin.*, 2017;10(1):177–222.
35. Silva L, Serpa M, Tenorio J, Nascimento G, Souza-Andrade E, Veras-Sobral A. Retrospective study of 289 odontogenic tumors in a Brazilian population. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2016:e271–e275. doi:10.4317/medoral.21029
36. Zanon CF, Rodrigues GGN, Cavalcante MA, Coutinho TMC, Ferreira DC. Cisto dentígero atípico asociado a um odontoma composto em uma paciente idosa. *Relatos Casos Cir.*, 2016;(3):1-3.
37. Jayam C, Bandlapalli A, Patel N, Choudhary RSK. A case of impacted central incisor due to dentigerous cyst associated with impacted compound odontome. *BMJ Case Rep.*, 2014;1-4.
38. Kim SG, Lee SH. Mesiodens: a clinical and radiographic study. *J. Dent Child.* 2003; 70:58-60.
39. Wanjari SP, Tekade SA, Parwani RN, Managutti SA. Dentigerous cyst associated with multiple complex composite odontomas. *Contemp Clin Dent.*, 2011;2(3):215.
40. Bansal S, Kaur H, Bansal RN, Goyal P. An idiosyncratic post-traumatic tetrad: Compound odontome, dentigerous cyst, impaction, and double-dilaceration. *Quintessence Int (Berl)*, 2014;45(10):885-9.
41. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T., Slootweg PJ. WHO classification of head and neck tumours. *WHO/IARC Classification of Tumours*, 4th Ed. Lyon: IARC Press; 2017. p. 2-17.
42. Del Río EP, Sir-Mendoza FJ, Carbal-González AC. Odontomas: reporte y serie de casos clínicos. *Revista odontológica mexicana*. 2015; 21(3):214-217.
43. Chrcanovic BR, Gomez RS. Ameloblastic Fibrodentinoma and Ameloblastic Fibro-Odontoma: An Updated Systematic Review of Cases Reported in the Literature. *J Oral Maxillofac Surg.*, Jul 2017;75(7):1425-1437. doi: 10.1016/j.joms.2016.12.038.

44. Fregnani ER, Fillipi RZ, Oliveira CR, Vargas PA, Almeida OP. Odontomas and ameloblastomas: variable prevalences around the world? *Oral Oncol.* 2002;38:807-8.
45. Kaban LB, Troulis MJ. Dentoalveolar surgery. In: Kaban LB, Troulis MJ, editors. *Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: Saunders; 2004. 140p.
46. Serra-Serra G, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Erupted odontomas: A report of three cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*, 2009;14(6):299-303.
47. Wagner Vp, Arrué T, Hilgert E, Arús NA, Silveira HLD, Martins MD, Rodrigues JA. Prevalence and distribution of dental anomalies in a paediatric population based on panoramic radiographs analysis. *European Journal of Paediatric Dentistry.* 2020;21(4):292-298.
48. Amado SC, Gargallo JA, Berini LA. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Med Oral*, 2003; 8:366.
49. 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. *Journal of Endodontics*, 2000;26(8),477-479. doi:10.1097/00004770-200008000-00012
50. Castro AL. *Estomatologia*. 3ed. São Paulo: Santos, 1992. p. 243

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

- 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
- 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
- 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
- 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

- 2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

- 2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.".

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||, **,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Artigos enviados por e-mail.