



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

NATÁLIA PELISSON NERY

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E RELATO DE CASO:
ERUPÇÃO TARDIA DEVIDO A PRESENÇA DE ODONTOMA**

**Londrina
2013**

NATÁLIA PELISSON NERY

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E RELATO DE CASO:
ERUPÇÃO TARDIA DEVIDO A PRESENÇA DE ODONTOMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção de diploma de graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Marília Franco Punhagui

**Londrina
2013**

NATÁLIA PELISSON NERY

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E RELATO DE CASO:

ERUPÇÃO TARDIA DEVIDO A PRESENÇA DE ODONTOMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção de diploma de graduação em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Marília Franco Punhagui
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Ms. Ligia Pozzobon Martins
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, ____ de _____ de ____.

Dedico este trabalho ao meu querido pai, Nelson (*in memoriam*) que partiu para casa de Deus há nove anos. Sinto que hoje ele está orgulhoso e sei que em nenhum momento ele deixou de me apoiar e me dar forças para continuar minha jornada acadêmica. Sei que hoje estou realizando um sonho seu. Saudades.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus que sempre iluminou os meus passos e tomou conta dos meus sonhos, por ter me dado os dons necessários a essa profissão, por me guiar durante toda a minha jornada acadêmica e por me tornar, cada dia mais, uma pessoa melhor.

Agradeço também a minha mãe, Vania, que batalhou muito para que eu pudesse alcançar mais esse sonho em minha vida, pelo apoio, pelas palavras de incentivo e por ensinar-me que para conseguir aquilo que desejo, tudo depende do próprio esforço, que sempre torceu por mim, e nunca deixou que eu me desviasse dos meus caminhos e dos meus objetivos.

Ao meu querido e admirado pai, Nelson (*in memorian*), que mesmo com pouco tempo, me ensinou a importância do estudo e da profissão, me ensinou a ser perseverante e, assim, nunca desistir, e, junto com minha mãe, me ensinaram a amar e a valorizar tudo que tenho. Sei que hoje seu coração se enche de orgulho de mim.

A minha eterna e querida avó materna, Elsa (*in memorian*), que há pouco partiu para a casa do Pai, que, como professora que foi, fez parte da minha formação pessoal durante vinte e um anos, onde com seu carinho e amor se fez essencial em minha vida. Sei que hoje está zelando e intercedendo por mim com muito orgulho.

A todas minhas amigas que sempre torceram por mim, acompanharam e apoiaram minha jornada acadêmica.

A minha orientadora, professora Marília Franco Punhagui que se dispôs á realização deste trabalho, com muita determinação, apoio e conhecimento.

**“Em todas as coisas porém somos
mais que vencedores por meio
daquele que nos amou.”**

(Rm 8:31)

NERY, Natalia Pellison. **Revisão Bibliográfica e Relato de Caso: erupção tardia devido a presença de odontoma.** 2013. p. xx. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

A erupção dentária está geneticamente programada e diretamente relacionada com a reabsorção fisiológica. Diferentes são os fatores que alteram a cronologia normal de erupção, entre eles os de ordem local, sistêmico ou relativo ao ambiente. Controlar a erupção e o desenvolvimento da dentição é parte integrante de uma boa saúde oral. A etiologia do retardo eruptivo nem sempre é evidente, sendo necessários exames clínicos e radiográficos para avaliação de cada caso. Um odontoma, geralmente é descoberto a partir da falha da erupção de algum dente, ao exame radiográfico. Odontoma é um tumor odontogênico misto, constituído por esmalte, dentina, cimento e polpa em quantidades variáveis, geralmente descoberto antes da segunda década de vida, sem predileção por gênero, geralmente assintomático, sendo seu tratamento a remoção cirúrgica. O método empregado foi de pesquisa bibliográfica e relato de caso de falha na erupção do canino decíduo esquerdo e retardo eruptivo do seu sucessor permanente devido a um odontoma localizado na região referente a esses dentes.

Palavras-chave: Erupção. Dentadura Decídua e Mista. Odontoma.

NERY, N. P. **Literature review and case report: Delayed eruption due presence of odontoma**. 2013. p. xx. Work conclusion of undergraduated course in dentistry. - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

The dentary eruption is genetically scheduled and direct related with the physiological reabsorption. Different are the factors that changes the normal cronology of eruption, among them those of local order, systemic or related to the environment. Control the eruption and the dentist development is a integrant part of a good oral health. The eruptive retard of etiology not always is evident, being necessary clinical exams and radiographics for evaluation of each case. An odontoma, usually is discovered from a failure of some tooth eruption, on a radiography exam. Odontoma is a mixed odontogenic tumor, constituted by enamel, dentine, cement and pulp in various amount, usually discovered before the second decade of life, with no predilection for gender, usually asymptomatic, being your treatment a surgical removal. The employed method was a literature and case relate on eruption of left deciduous canine and eruptive retard of your permanent successor due a odontoma located in the region of these teeth.

Key words: Eruption. Deciduous and Mixed Denture. Odontoma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – radiografia inicial, observa-se imagem radiopaca na região do dente 73.	16
Figura 2 – radiografia oclusal, observa-se imagem radiopaca circunscrita entre os dentes 72 e 74.....	17
Figura 3 – nessa radiografia observamos a presença de uma imagem radiopaca sugestiva de odontoma, na região do dente 73.....	17
Figura 4 – radiografia panorâmica, observamos massa radiopaca na região do dente 73	18
Figura 5 – tomografia computadorizada, imagens seccionadas estão em 1:1 e representam o tamanho real; nos cortes 104 e 106 conseguimos observar o tamanho do odontoma e sua relação com o dente 32	19
Figura 6 – cortes 104 e 106 mostram a relação do odontoma com o dente 32 e a crista óssea vestibular	19
Figura 7 – tomografia em vista panorâmica da mandíbula, observamos o odontoma e sua relação com os dentes 73 e 33	20
Figura 8 – tomografia computadorizada, em corte axial, observa-se a posição do odontoma em relação aos dentes 71, 72, 74, 31, 32, 33 e 34	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores locais e sistêmicos associados à alterações na cronologia de erupção dentária	13
Tabela 2 – Principais características dos Odontomas Composto e Complexo	15

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1	Erupção Dentária.....	12
2.2	Falha na Erupção Dentária	12
2.3	Odontoma	14
3	CASO CLÍNICO	16
4	CONCLUSÃO	21
5	REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

O termo odontoma surgiu em 1867 com Paul Broca, e, desde então, ficou definido como tumores formados pelo crescimento excessivo de tecidos dentais transitórios ou completos. (4, 13, 20)

É um tumor odontogênico misto, formado por esmalte, dentina, cimento e polpa. O tipo mais comum, corresponde a 22% de todos os tumores odontogênicos, não tem predileção por sexo, sendo freqüentemente diagnosticado na segunda década de vida. Sua incidência é maior na região de incisivos e caninos superiores, e na região dos molares inferiores. (2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 23, 14, 16, 17, 18, 19, 20)

A erupção dentária ocorre devido a movimentação de um dente, desde o interior do alvéolo até atingir a cavidade bucal. A presença de um odontoma pode causar atraso na erupção devido a obstrução da via de erupção de um ou mais dentes.

Faz-se, então, imprescindível o controle eruptivo, por meio de exame clínico e radiográfico, da dentição decídua e permanente para indicar alguma alteração nesse processo.

Para este trabalho empregou-se a pesquisa bibliográfica por consulta de referências em livros na biblioteca da Clínica Odontológica Universitária (COU) da Universidade Estadual de Londrina (UEL); e em artigos nas bases de dados: Scielo, Pubmed, Lilacs, Bireme e Medline; onde utilizou-se como descritores: erupção tardia, delayed tooth eruption, odontoma e odontoma associado a erupção tardia. No período de Outubro de 2012 a Agosto 2013.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Erupção Dentária

A reabsorção dentária fisiológica está geneticamente programada, sendo temporária e caracterizada pela perda gradativa dos tecidos mineralizados (cimento e dentina) e não mineralizados (polpa e ligamento periodontal). Nesse processo estão envolvidos fatores anatômicos, bioquímicos, mecânicos e genéticos. A erupção dentária está diretamente relacionada com a reabsorção fisiológica do seu predecessor decíduo e é um processo de desenvolvimento que ocorre devido à movimentação de um dente, desde a sua posição na cripta óssea, no interior do alvéolo, até atingir a cavidade bucal e entrar em oclusão com seu antagonista. ^(6, 10)

A erupção dentária ativa começa em um ambiente intra-ósseo, exige a formação de uma via de erupção por osteoclastos, e, inicialmente, a direção em que esta via é formada irá determinar a direção de erupção da coroa. A formação do caminho de erupção requer a reabsorção óssea que é regulada pelo folículo dental, e a bem-sucedida erupção dentária depende de sua oportuna ocorrência bilateral. Os eventos celulares no folículo relacionados com a reabsorção ocorrerem depois que a coroa é formada e envolvem alguns sinais a partir do epitélio do esmalte. Prováveis mediadores da erupção podem ser: metaloproteinases de matriz, interleucina-1, o fator-1 de crescimento epidérmico, e proteínas no órgão do esmalte e folículo dental. A erupção dentária é basicamente a translocação do dente em desenvolvimento, coordenada pela reabsorção óssea na direção da erupção, e formação na direção oposta. ^(5, 15)

2.2 Falha na Erupção Dentária

Diversos fatores alteram a cronologia normal de erupção, podendo ser estes de ordem local, sistêmicos ou relativos ao ambiente. A época de erupção dos dentes decíduos e permanentes pode apresentar variações para mais ou para menos de seis meses, se ocorrer um atraso de mais de seis meses, pode-se estar diante de um caso de retenção prolongada do dente decíduo ou erupção retardada. ^(10, 15)

Controlar a erupção e o desenvolvimento da dentição decídua, mista e permanente é parte integrante de uma boa saúde bucal. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado das alterações de desenvolvimento que se instalam, são essenciais para que se consiga uma harmonia oclusal, funcional e estética. ⁽¹¹⁾

A etiologia do retardo eruptivo nem sempre é evidente na ausência de um fator obstrutivo ou antecedente traumático. Fatores locais e sistêmicos podem influenciar o processo de esfoliação dos dentes decíduos e erupção dos dentes permanentes. ⁽¹⁰⁾

A tabela a seguir cita alguns fatores locais e sistêmicos associados a alteração na cronologia eruptiva.

Tabela 1 – Fatores locais e sistêmicos associados a alterações na cronologia de erupção dentária

Fatores locais	Fatores sistêmicos
Supranumerário;	Deficiências hormonais;
Anquilose;	Displasia do ectoderma;
Odontoma;	Disostose cleidocraniana;
Dilaceração;	Hipofosfatasia;
Perda precoce;	Baixo peso ao nascimento;
Falta de espaço;	Síndrome de Down;
Erupção ectópica do permanente;	Deficiências nutricionais;
Cárie;	
Hematoma de erupção;	
Fibrose gengival;	

Fonte: PIRES CORRÊA, F.N. et al. Retenção prolongada de segundos molares decíduos inferiores: relato de caso. **Conscientiae Saúde**, Brasil, v.9, n.1, p.125-130, 2010.

A erupção dos dentes é normalmente simétrica, tanto na dentição decídua como na permanente. Quando existe uma assimetria eruptiva durante um determinado período de tempo, deve-se suspeitar da presença de algum fator etiológico condicionando a alteração. Um atraso na erupção pode refletir uma alteração local ou sistêmica, e, pode ser causado por diversas situações, como, uma obstrução física, anquilose, fibromatose gengival, perda precoce de dentes, entre outras. Pode também estar relacionado com patologias sindrômicas ou desordens

hormonais e nutricionais. Várias anomalias craniofaciais ou síndromes podem apresentar distúrbios de erupção e alterações dentárias. ^(1, 11)

As radiografias desempenham um papel importante no diagnóstico, manuseio e interceptação das anomalias e patologias das estruturas orais e dos problemas de desenvolvimento da dentição. ⁽¹¹⁾

2.3 Odontoma

Em 1867, Paul Broca foi o primeiro a usar o termo odontoma. Definiu como odontoma os tumores formados pelo crescimento excessivo de tecidos dentais transitórios ou completos. ^(4, 13, 20)

Em geral, odontoma é classificado como tumor odontogênico misto consistindo, quando totalmente desenvolvido, esmalte e dentina, com quantidades variáveis de polpa e cimento. É o tipo mais comum, respondendo por 22% de todos os tumores odontogênicos. Não apresenta predileção por gênero, sendo que é mais frequentemente diagnosticado na segunda década de vida. ^(3, 4, 8, 12,13, 14, 16, 18, 20) Sua incidência é maior na região de incisivos e caninos maxilares, e na região dos molares mandibulares. ^(2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 17,19, 20)

Existem dois tipos de odontoma: odontoma composto e o odontoma complexo. O odontoma composto é usualmente unilocular e contém múltiplas estruturas pequenas, radiopacas, parecidas com dentes e calcificadas, geralmente presentes na parte anterior da maxila. O odontoma complexo é caracterizado por uma forma sem diferenciação estrutural, ou seja, não exibe semelhança anatômica com um dente. É, desorganizado e calcificado, uma massa sólida radiopaca, pode conter elementos nodulares circundados por uma linha radiolúcida. Mais encontrado na parte posterior da mandíbula. ^(1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20)

A tabela a seguir mostra as principais características dos odontomas compostos e complexos:

Tabela 2 – Principais características dos Odontomas Composto e Complexo

Principais Características	Odontoma Composto	Odontoma Complexo
Frequência	A frequência relativa entre tumores odontogênicos varia entre 9% e 37%. É considerado o mais comum dos tumores odontogênicos.	A frequência relativa entre os tumores odontogênicos varia entre 5% e 30%.
Idade	Na maioria dos casos aparecem antes dos 20 anos, fazendo desta uma lesão da infância/adolescência.	A maioria dos casos ocorre antes dos 30 anos, com um pico na segunda década de vida.
Gênero	Homens e mulheres são igualmente afetados.	Homens e mulheres são igualmente afetados.
Região	Região anterior da maxila é a mais frequente.	Região posterior da mandíbula seguida pela região anterior da maxila são as mais frequentes.
Apresentação Clínica	Ausência de dor, assintomática, com um limitado crescimento comparado ao odontoma complexo. Pode estar associado a um dente permanente não irrompido.	Ausência de dor, crescimento lento e expansivo. Pode estar associado a um dente permanente não irrompido.
Achados Radiográficos	Massa radiopaca com múltiplas estruturas calcificadas semelhantes a dentes, circundada por um alo radiolúcido.	Massa radiopaca, calcificada, sem semelhança anatômica com dentes, circundadas por um alo radiolúcido.
Tratamento	Cirurgia enucleativa conservativa.	Cirurgia enucleativa conservativa.

Fonte: OLIVEIRA, B.H.; CAMPOS, V.; MARÇAL, S. Compound odontoma – diagnosis and treatment: three case reports. *American Academy of Pediatric Dentistry*, v.23, n.2, p.151-157, nov. 2001.

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 capsula fibrosa. ⁽³⁾

A origem do odontoma não é clara, mas a literatura sugere algumas teorias: trauma no local, infecção e fatores genéticos. ^(2, 4, 9, 13, 14, 16, 17, 20)

Os odontomas são lesões geralmente assintomáticas, sendo quase sempre descobertos em exames radiográficos de rotina ou em radiografias realizadas para detectar o motivo da falha de erupção de algum dente. Ocasionalmente podem surgir sinais e sintomas, como, retenção prolongada de dentes decíduos, não erupção de dentes permanentes, dor, expansão da cortical

óssea e deslocamento dental, em casos mais avançados, podem ocorrer parestesia do lábio inferior e edema da área afetada. (2, 4, 7, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 20)

O tratamento dos odontomas é a remoção cirúrgica da lesão, que é unânime na literatura. O prognóstico é bom e não se espera recidiva. A falha no diagnóstico e tratamento, bem como o atraso na remoção desta patologia, pode levar a problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, a alterações oclusais importantes. ⁽⁷⁾ Um dente não erupcionado frequentemente se mostra associado ao odontoma, e o odontoma impede a erupção desse dente. ⁽⁸⁾

3. CASO CLÍNICO

Paciente M. F. H. M., gênero feminino, 4 anos e 1 mês, foi encaminhada a Bebe-Clínica UEL/FINEP, através da unidade básica de saúde (UBS) em novembro de 2010 para avaliação e conduta quanto a ausência do dente 73. A paciente referia sensibilidade dolorosa na região dos dentes 53 e 63. Ao exame radiográfico notou-se imagem radiopaca no local do dente 73, com o 73 ao lado (figura 1, 2 e 3).

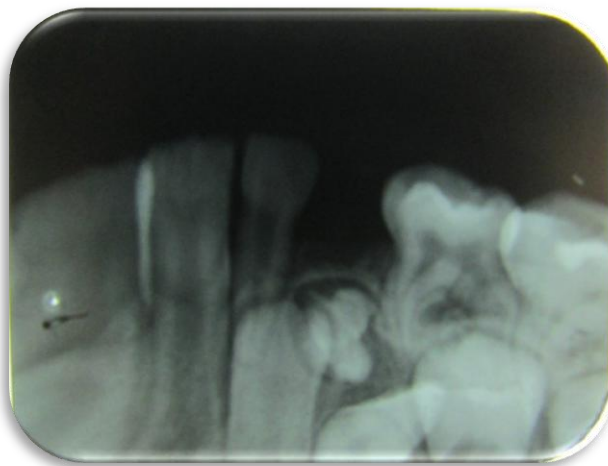


Figura 1: radiografia inicial, observa-se imagem radiopaca na região do dente 73.

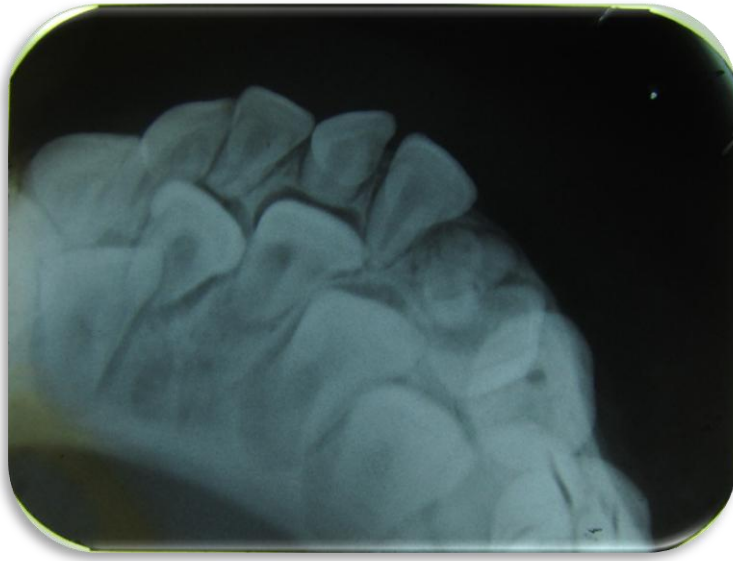


Figura 2: radiografia oclusal, observa-se imagem radiopaca circunscrita entre os dentes 72 e 74.



Figura 3: nessa radiografia observamos a presença de uma imagem radiopaca sugestiva de odontoma, na região do dente 73.

Após avaliação foi diagnosticado que a imagem radiográfica radiopaca era referente a um odontoma. Foi solicitado uma radiografia panorâmica (figura 4).

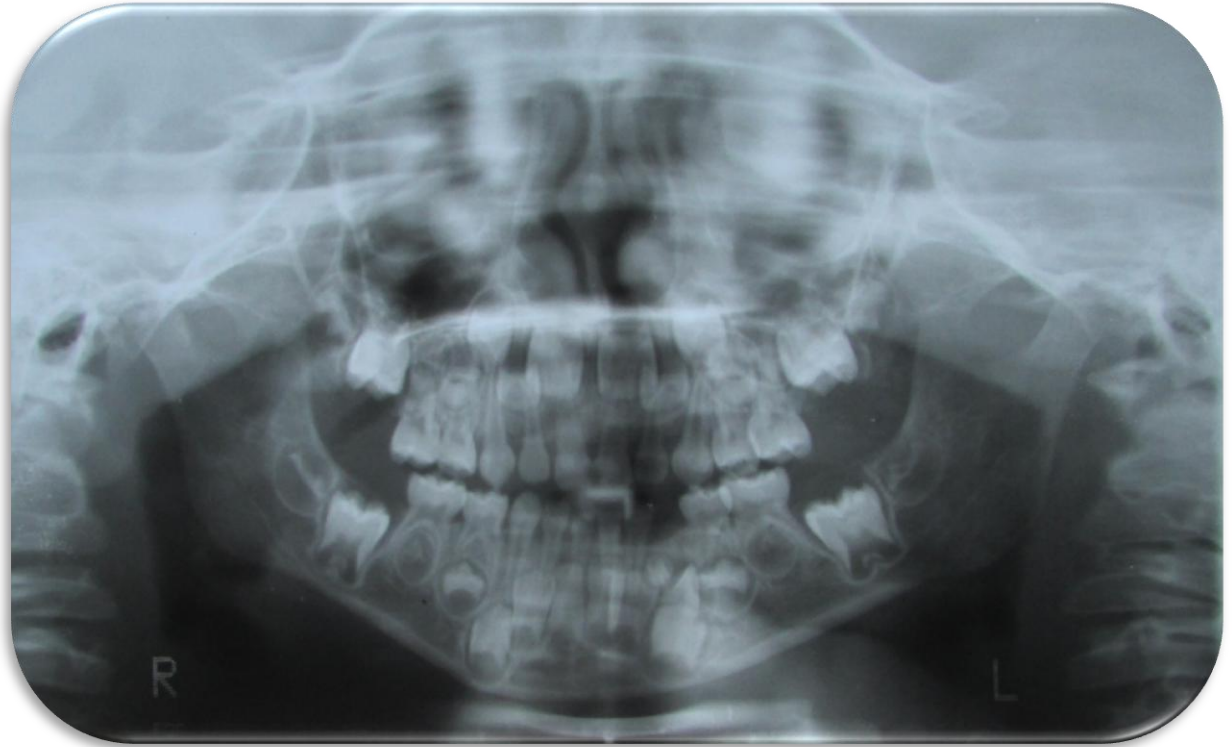


Figura 4: radiografia panorâmica, observamos massa radiopaca na região do dente 73.

E tomografia computadorizada a fim de planejamento operatório (figuras 5, 6, 7 e 8), o odontoma estava localizado por vestibular em relação ao dente 32 em formação, dente 73 localizado abaixo em relação ao odontoma estando por vestibular em relação ao dente 33 em formação e presença de imagem hipodensa circunscrita ao redor da coroa de dente 73, sugestiva de folículo pericoronário aumentado.

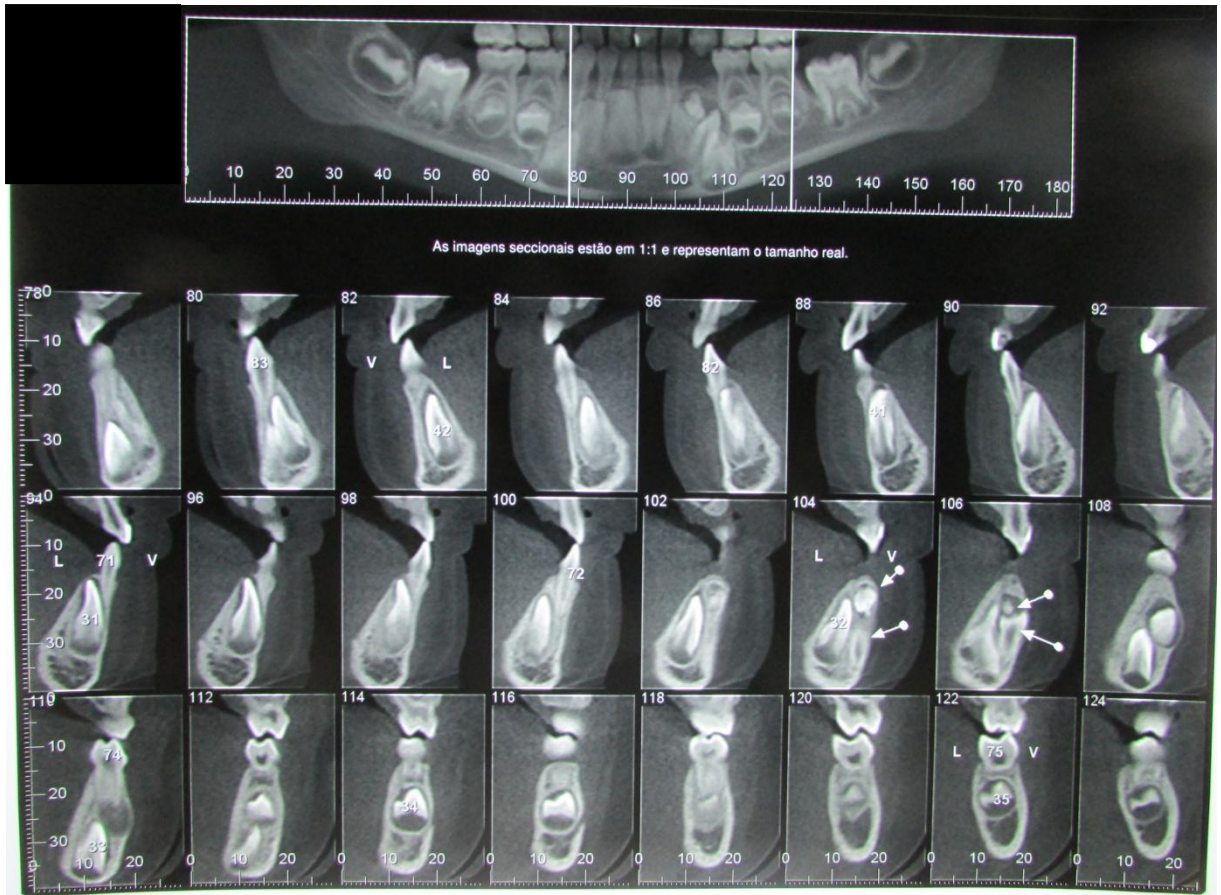


Figura 5: tomografia computadorizada, imagens seccionadas estão em 1:1 e representam o tamanho real; nos cortes 104 e 106 conseguimos observar o tamanho do odontoma e sua relação com o dente 32.

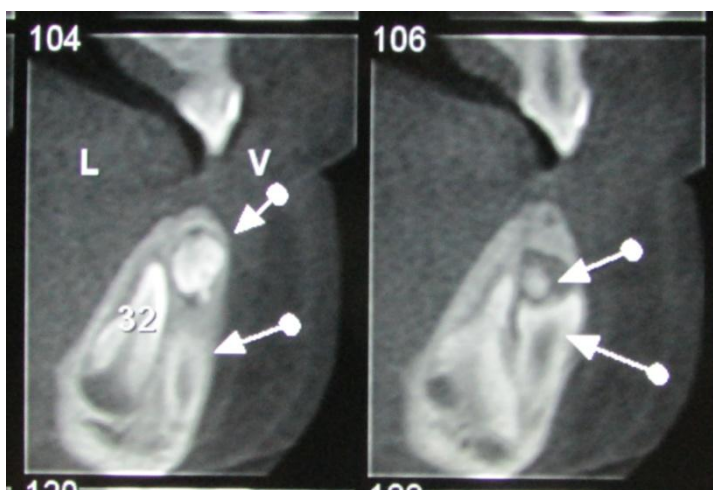


Figura 6: cortes 104 e 106 mostram a relação do odontoma com o dente 32 e a crista óssea vestibular.

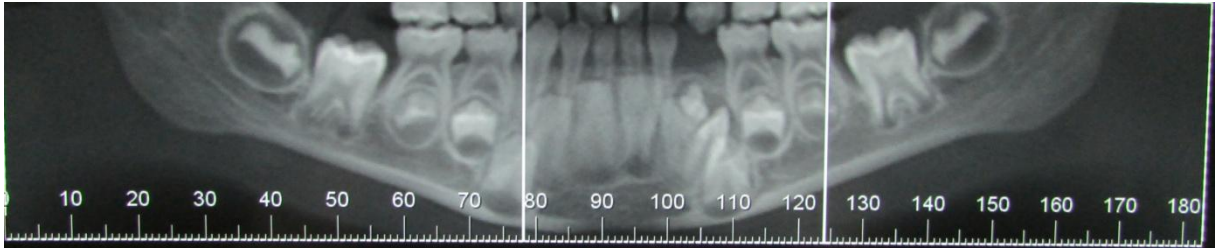


Figura 7: tomografia em vista panorâmica da mandíbula, observamos o odontoma e sua relação com os dentes 73 e 33.

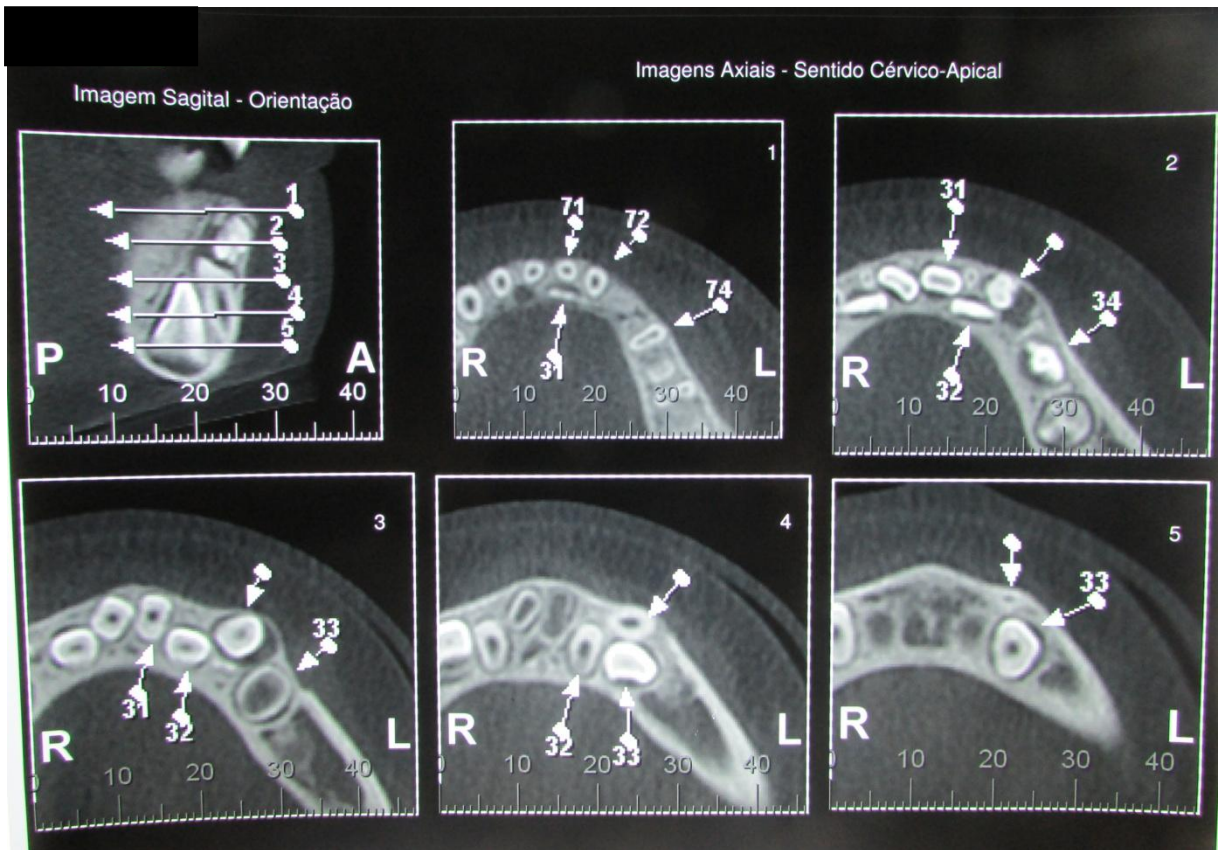


Figura 8: tomografia computadorizada, em corte axial, observa-se a posição do odontoma em relação aos dentes 71, 72, 74, 31, 32, 33 e 34.

Foi realizada cirurgia sob anestesia geral para exodontia do dente 73 e remoção do odontoma. No pós-operatório de 7 dias a paciente não apresentava queixa e as suturas foram removidas. Após 06 meses será realizado controle radiográfico.

4. CONCLUSÃO

Com base nos dados colhidos, podemos concluir que:

- Odontoma, sendo um tumor assintomático, torna difícil seu diagnóstico precoce sem que sejam feitos exames clínicos e radiográficos de rotina associados à erupções tardias.
- No caso clínico: o odontoma foi descoberto a partir da queixa da falha na erupção do dente 73 com o exame radiográfico periapical e oclusal. A radiografia panorâmica e a tomografia tiveram suma importância para a localização exata do tumor e sua relação com as estruturas circunvizinhas, como a crista óssea vestibular e os germes dos dentes permanentes, assim como seus predecessores decíduos e o próprio dente 73. Também, pela tomografia computadorizada pode-se ter o tamanho exato do odontoma em milímetros e, assim, uma cirurgia mais precisa e menos invasiva.
- O caso clínico descrito não se enquadra na maior incidência do odontoma, tornando-se, assim, um caso raro, pois a maior incidência de odontomas em mandíbula é na região posterior e esta paciente apresenta o tumor na região anterior.
- O acompanhamento rotineiro da erupção, o diagnóstico precoce e a remoção cirúrgica do odontoma são peças fundamentais para o desenvolvimento harmônico da dentição.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DAS, U. M.; NAGAEATHNA; ARATHI. Unerupted maxillary primary canine associated with compound composite odontoma: A case report. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.20, n.3, p.98-101, 2002.
2. DE BIASE et al. Rare compound odontoma of the mandible in a 7-year-old child: case report. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v.4, p.211-213, 2003.
3. FREITAS, D. A. et al. Elemento dental impactado por odontoma composto. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v.38, n.3, p.198-199, jul/ago/set 2009.
4. KULKARNI, V. K.; VANKA, A.; SHASHIKIRAN, N. D. Compound odontoma associated with na unerupted rotated and dilacerated maxillary central incisor. **Contemporary Clinical Dentistry**, v.2, n.3, p.218-221, jul-sep 2011.
5. MARKS, S. C.; SCHROEDER, H. E.; Tooth Eruption: Theories and Facts. **The Anatomical Record**, v.245, p.374-393, 1996.
6. McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
7. NETO, A. E. M.; CAPELLA, D. L. Tratamento conservador de grande odontoma complexo em mandíbula. **RFO**, Passo Fundo, v.16, n.3, p.317-321, set/dez 2011.
8. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
9. OLIVEIRA, B. H. de; CAMPOS, V.; MARÇAL, S. Compound odontoma – diagnosis and treatment: three case reports. **American Academy of Pediatric Dentistry**, v.23, n.2, p.151-157, nov. 2001.

10. PIRES CORRÊA, F. N. et al. Retenção prolongada de segundos molares decíduos inferiores: relato de caso. **Conscientiae Saúde**, Brasil, v.9, n.1, p.125-130, 2010.
11. SEABRA, M. et al. A Importância das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v.39, n.5, p.195-200, out. 2008.
12. 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**, v.14, n.6, p.E299-E303, jun 2009.
13. SINGER, S. R. et al. Unusually Large Complex Odontoma in Maxillary Sinus Associated with Unerupted Tooth: Report of Case and Review of Literature. **N Y State Dent J**, v.73, n.4, p.51-53, jun-jul. 2007.
14. SREEDHARAN, S; KRISHNAN, I. S. Compound odontoma associated with impacted maxillary incisors. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.30, n.3, p.275-278, jul. 2012.
15. SURI, L.; GAGARI, E.; VASTARDIS, H. Delayed tooth eruption: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.126, n.4, p.432-445, 2004.
16. TERUHISA, U. et al. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. **Open Dent J**, v.3, p.173-176, aug 2009.
17. TROELTZSCH, M. et al. Odontoma-Associated tooth impaction: Accurate diagnosis with simple methods? Case report and Literature review. **American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v.70, p.e516-e520, 2012.
18. UTUMI et al. Complex odontoma: report of five-year follow-up case. **Journal of Dentistry for Children**, v.77, n.3, p.183-186, 2010.

19. YEUNG, K. H.; CHEUNG, R. C. T.; TSANG, M. M. H. Compound odontoma associated with a unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v. 13, p.208-212, 2003.

20. ZOREMCHHINGI et al. A compound composite odontoma associated with unerupted permanent incisor – A case report. **J Indian Soc Ped Prev Dent**, v.22, n.3, p.114-117, sep 2004.