

# Odontoma Composto: Relato de Caso

## Odontoma Compuesto: Reporte de Caso

### Compound Odontoma: Case Report

Andréia Fernandes Barreira\*  
 Daniela Prócida Raggio\*\*  
 Cláudia Perez Trindade\*\*\*  
 Célia Regina Martins Delgado Rodrigues\*\*\*\*

Barreira AF, Raggio DP, Trindade CP, Rodrigues CRMD. Odontoma composto: relato de caso. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004; 7(36):118-24.

O odontoma é um tipo de tumor odontogênico de origem ectomesenquimal, de etiologia desconhecida, podendo estar relacionado a dentes não irrompidos, traumatismos e infecções locais. Embora possua crescimento lento, se não for diagnosticado e removido em tempo pode ocasionar vários transtornos de ordem funcional e estética às crianças e adolescentes que apresentem esta anomalia, entre eles a retenção prolongada e não-erupção de elementos dentais, erupção ectópica e mal-posicionamento de outros elementos no arco, transtornos oclusais, estéticos e fonéticos. O odontoma pode ser classificado como composto e complexo, sendo que o primeiro constitui-se de vários elementos com semelhança anatômica aos dentes normais e o segundo compõe-se de massa tumoral irregular, formada por esmalte, dentina, cemento e polpa, sem forma semelhante à dos dentes. O tratamento invariavelmente é a remoção cirúrgica em momento oportuno. O presente artigo discute esta formação e apresenta um caso clínico, bem como seu tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias/dente; Odontomas; Tumores odontogênicos.

#### INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA/INTRODUCCI-

#### ÓN Y REVISIÓN DE LITERATURA

O odontoma é um tumor de origem ectomesenquimal de etiologia desconhecida, podendo estar relacionado à presença de dentes não-irrompidos, traumatismos e infecções locais (Santos, Sampaio, 1981; Araújo, Araújo, 1984).

Histologicamente, o odontoma revela a presença de estruturas dentárias completamente diferenciadas (Pindborg *et al.*, 1971), ou seja, existe a formação de esmalte, dentina, tecido pulpar e cemento, que podem ou não exibir relação normal entre si (Bhaskar, 1981). Dois tipos de odontomas são conhecidos: compostos e complexos.

Dá-se o nome de odontoma composto à massa tumeriforme constituída por elementos com semelhança anatômica superficial com os dentes normais; são como miniaturas múltiplas ou dentes rudimentares. O odontoma do tipo complexo consiste numa massa irregular formada por esmalte, dentina, cemento e tecido pulpar, sem qualquer semelhança morfológica com os dentes

El odontoma es un tipo de tumor odontogénico de origen ectomesenquimal, de etiología desconocida, que puede estar relacionado a: dientes no erupcionados, traumatismos e infecciones locales. Aún cuando su crecimiento es lento, de no ser diagnosticado y retirado oportunamente, puede ocasionar diversos trastornos de orden funcional y estético a los niños y adolescentes portadores de esta anomalía, entre ellos: retención prolongada y falta de erupción de piezas dentarias, erupción ectópica y malposición de otras piezas dentarias en la arcada, trastornos oclusales, estéticos y fonéticos. El odontoma puede ser de dos tipos: el compuesto, que se halla constituido de diversos elementos anatómicamente semejantes a los dientes normales, y el complejo, que se caracteriza por una masa tumoral irregular formada por esmalte, dentina, cemento y pulpa, cuya forma no guarda semejanza con la de los dientes. Su tratamiento, invariablemente, consiste en la remoción quirúrgica en el momento oportuno. El presente artículo discute esta formación y presenta un caso clínico y su tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Neoplasmas/diente; Odontomas; Tumores odontogênicos.

El odontoma es un tumor de origen ectomesenquimal de etiología desconocida, que puede guardar relación con: presencia de dientes no erupcionados, traumatismos e infecciones locales (Santos *et al.*, 1981; Araújo, Araújo, 1984).

Histológicamente el odontoma revela la presencia de estructuras dentarias completamente diferenciadas (Pindborg *et al.*, 1970), es decir que se observa la formación de esmalte, dentina, tejido pulpar y cemento, cuya relación entre si puede ser normal o no (Bhaskar, 1981). Se conocen dos tipos de odontomas: los compuestos y los complejos.

Se da el nombre de odontoma compuesto a la masa tumefacta constituída por elementos que guardan semejanza anatômica superficial con los dientes normales, a modo de miniaturas múltiplas o dientes rudimentarios.

\*Cirurgiã-dentista; Av. Júlio Bueno, 1111, Vila Gustavo – CEP 02201-000, São Paulo, SP; e-mail: deiabarreira@originet.com.br

\*\*Professora Adjunta I de Odontopediatria – UNIP/SP e Campinas; Professora dos Cursos de Especialização em Odontopediatria – ACDC, CEO São Leopoldo Mandic e UNIP/SP; Doutoranda em Odontopediatria – FOU SP

\*\*\* Doutoranda em Odontopediatria – FOU SP; Professora Assistente da Disciplina de Odontopediatria – UMC

\*\*\*\* Professora Doutora – Departamento de Ortodontia e Odontopediatria – FOU SP

rudimentares (Araújo, Araújo, 1984; Guedes-Pinto, Varolli, 1997).

Segundo Budnick (1976), os odontomas são frequentemente encontrados na segunda década de vida, durante exame radiográfico de rotina ou como fator de atraso na erupção dentária.

O odontoma do tipo composto é o mais comum (Shafer *et al.*, 1985), tendo maior ocorrência na maxila, na região de incisivos e caninos, enquanto o odontoma complexo é mais freqüente na região de pré-molares e molares, nos maxilares, ocorrendo preferencialmente na mandíbula (Pindborg *et al.*, 1971).

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 (Santos, Sampaio, 1981). Radiograficamente, o tipo composto aparece como dezenas de dentes envoltos por suas cápsulas císticas, geralmente situado entre as raízes ou sobre a coroa de um dente impactado. Já os complexos aparecem como massas opacas amorfas (Cerri *et al.*, 1995; Guedes-Pinto, Varolli, 1997).

O tratamento do tumor em questão consiste na exérese cirúrgica, devendo preservar as unidades dentárias a ele relacionadas. De acordo com Santos, Sampaio (1981), a ocorrência de recidiva é muito remota. A falha no diagnóstico e tratamento, bem como o atraso na remoção desta patologia, podem levar a problemas de ordem estética, fonética e, principalmente, a alterações oclusais importantes, implicando na associação ao tratamento corretivo ortopédico e ortodôntico (Stajcid, 1988; Veis *et al.*, 2000).

#### RELATO DO CASO/REPORTE DEL CASO

Paciente do sexo masculino, 10 anos, leucoderma, compareceu ao Serviço de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOU SP, queixando-se de ausência do incisivo central superior direito permanente, com o homólogo já irrompido.

na tumefação na região de incisivo central superior direito (Figura 1). O responsável pelo paciente não relatou a ocorrência de qualquer experiência de trauma na região.

Ao exame radiográfico, observou-se área radiolúcida na região incisal do dente retido, com presença de estrutura radiopaca em seu interior, semelhante a um denticulo (Figura 2).

O tratamento proposto foi a exérese cirúrgica. Realizou-se tomada radiográfica pela técnica de Clark, para determinar em que região estaria a lesão (Guedes-Pinto, Duarte, 1999). O cone de raios-x foi mesializado, indicando que a lesão estava por vestibular. O paciente foi submetido a anestesia local infiltrativa terminal. Realizou-se incisão com auxílio do bisturi no rebordo alveolar, onde se notava a ausência do elemento dentário (Figura 3); deslocou-se o retalho, de modo a mantê-lo afastado (Figura 4) e efetuou-se osteotomia (Figura 5) para a remoção do tumor. O primeiro fragmento retirado foi uma massa tumoral mole (Figura 6) e o segundo fragmento foi de tecido duro (Figura 7). A seguir, foi promovida a limpeza da cavidade com soro fisiológico, a regularização

El odontoma de tipo complejo consiste en una masa irregular formada por: esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, morfológicamente disímil respecto a los dientes rudimentarios (Araújo, Araújo, 1984; Guedes-Pinto, Varolli, 1997).

Según Budnick (1976), los odontomas, frecuentemente, se hallan en la segunda década de vida, durante exámenes radiográficos de rutina o causa factor de atraso en la erupción dentaria.

El odontoma del tipo compuesto es el más común (Shafer *et al.*, 1985), siendo más frecuente en el maxilar superior en la región de incisivos y caninos. El odontoma complejo se presenta más en la región de premolares y molares de los maxilares, preferentemente en la mandíbula (Pindborg *et al.*, 1971).

El signo más común que lleva a la sospecha de un odontoma es la presencia de un diente retenido, no necesariamente relacionado a una tumefacción alveolar, lo cual dificulta su diagnóstico diferencial con los dientes supernumerarios. Generalmente es una lesión asintomática de crecimiento limitado (Santos, Sampaio, 1981). Radiograficamente, el odontoma compuesto, generalmente situado entre las raíces o sobre la corona de un diente impactado, aparece como decenas de dientes, envueltos por sus cápsulas quísticas; mientras que los complejos se observan como masas opacas amorfas (Cerri *et al.*, 1995; Guedes-Pinto, Varolli, 1997).

El tratamiento del tumor en cuestión consiste en la exéresis quirúrgica, la cual debe preservar las piezas dentarias relacionadas. De acuerdo con Santos *et al.*, 1981, la aparición de recidiva es muy remota. Las deficiencias en el diagnóstico y el tratamiento, así como el atraso en la remoción de esta patologia, pueden acarrear problemas de orden: estético, fonético y principalmente alteraciones oclusales importantes, con eventuales implicancias de tratamiento correctivo ortopédico y ortodôntico (Stajcid, 1988; Veis *et al.*, 2000).

Paciente de sexo masculino, 10 años, leucoderma, que acudió al servicio de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo – FOU SP, acusando la ausencia del incisivo central superior dere-

cho permanente, con el homólogo ya erupcionado.

Al examen clínico se observó la presencia de una pequeña tumefacción en la región del incisivo central superior derecho (Figura 1). La persona responsable del paciente no reportó experiencia alguna de trauma en la región.

Al examen radiográfico se observó un área radiolúcida en la región incisal del diente retenido, con presencia de una estructura radiopaca en su interior, semejante a un denticulo (Figura 2).

El tratamiento propuesto fue la exéresis quirúrgica. La toma radiográfica se efectuó utilizando la técnica de Clark, para determinar la región en la cual se localizaba la lesión (Guedes-Pinto, Duarte, 1999). La imagen radiográfica mesioangular indicó que la lesión se encontraba hacia vestibular. Se le aplicó anestesia local infiltrativa terminal al paciente. Se realizó la incisión con un bisturí en el rebordo alveolar del área correspondiente a

das bordas com lima para osso e reposicionamento do retalho com a sutura (Figura 8). A remoção da sutura foi realizada após período de uma semana (Figura 9), executando-se também uma radiografia periapical de controle para acompanhamento da erupção do incisivo incluído (Figura 10).

O material recolhido foi imerso em solução de formalina a 10%, imediatamente após sua remoção do alvéolo dental e encaminhado para exame histopatológico. O fragmento apresentava-se como uma massa de tecido mole, de forma arredondada, superfície lisa e coloração amarelada de consistência friável. Em associação com esta massa tecidual, estava presente um fragmento de tecido duro, com coloração esbranquiçada, formato arredondado e superfície lisa, que também foi removido e imediatamente colocado na formalina a 10%, para análise anatomopatológica no laboratório da Disciplina de Patologia Bucal da FOU SP.

O resultado da biópsia estava de acordo com a

la ausencia de la pieza dentaria (Figura 3); se decoló el colgajo manteniéndose separado (Figura 4) y se realizó la osteotomia (Figura 5) para efectuar la remoción del tumor. El primer fragmento que se retiró fue una masa tumoral blanda (Figura 6), y el segundo fue de tejido duro (Figura 7). Enseguida se limpió la cavidad con suero fisiológico, se regularizaron los bordes con lima para hueso y se reposicionó del colgajo con sutura (Figura 8). Luego de una semana se retiró la sutura (Figura 9), y se tomó una radiografía periapical para el monitoreo de la erupción del incisivo incluído (Figura 10).

El material recogido fue sumergido en solución de formalina al 10% inmediatamente después de su retiro del alveolo dental y se envió al laboratorio histopatológico para que fuese sometido a examen. El fragmento se presentaba como una masa de tejido blando, de forma redondeada, superficie lisa, coloración amarilla y de consistencia deleznable. Asociado a esta masa de tejido, se encontraba presente un fragmento de tejido duro, coloración blanque-



**FIGURA 1:** Aspecto inicial da região de incisivos centrais superiores, com presença de tumefação na área do incisivo central direito./Aspecto inicial de la región de incisivos centrales superiores con tumefacción en el área del incisivo central derecho.



**FIGURA 2:** Radiografia periapical da região dos incisivos centrais superiores./Radiografía periapical de la región de los incisivos centrales superiores.



**FIGURA 3:** Incisão na região de rebordo alveolar./Incisión en la región del reborde alveolar.



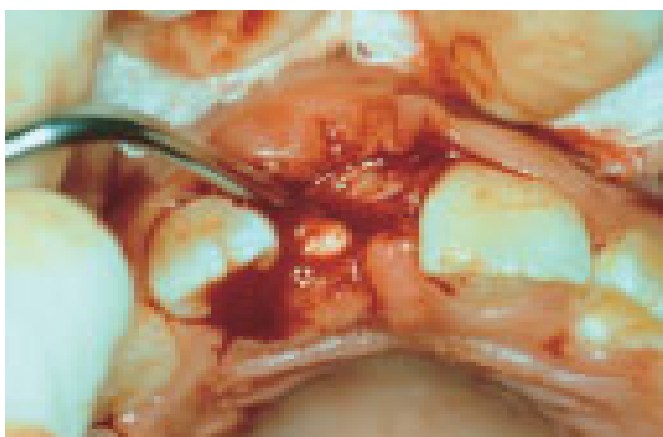
**FIGURA 4:** Descolamento do retalho da região vestibular./Descolado del colgajo en la región vestibular.



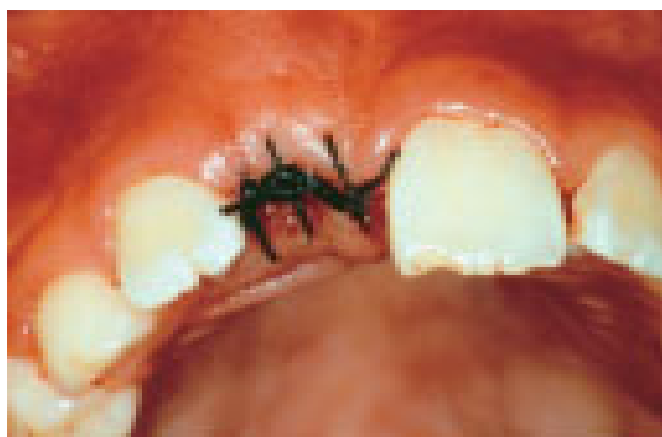
**FIGURA 5:** Osteotomia com cinzel meia-cana./*Osteotomía con cincel en media caña.*



**FIGURA 6:** Remoção do primeiro fragmento do odontoma (tecido mole)./*Retiro del primer fragmento del odontoma (tejido blando).*



**FIGURA 7:** Remoção do segundo fragmento (tecido duro)./*Retiro del segundo fragmento (tejido duro).*



**FIGURA 8:** Sutura da região./*Sutura de la región.*



**FIGURA 9:** Pós-operatório de uma semana, após remoção de sutura./*Posoperatorio una semana después del retiro de la sutura.*

**FIGURA 10:** Radiografia periapical da região de incisivo superior direito após uma semana da cirurgia./*Radiografía periapical de la región del incisivo superior derecho, al cabo de de una semana de la cirugía.*



hipótese diagnóstica de odontoma, apresentando um fragmento de tecido conjuntivo frouxo, onde se observaram fibroblastos com núcleos ovalados, fusiformes, compatível com papila dentária e fragmento de tecido mineralizado e matriz de esmalte.

#### DISCUSSÃO/DISCUSSION

Foram removidos dois fragmentos, embora radiograficamente somente um fosse observado. Isso ocorreu porque o primeiro fragmento retirado era composto por uma massa tumoral de tecido mole, portanto radiolúcida.

Os resultados do exame histopatológico do caso exposto, bem como sua relação com dentes não-irrompidos, confirmam a hipótese de odontoma composto, conforme os achados de Santos, Sampaio (1981).

De acordo com Shafer *et al.* (1985), o local de predileção para ocorrência do odontoma composto é a maxila na região de incisivos, o que também pode ser verificado no caso relatado.

A idade para diagnóstico, neste relato de caso, concorda com os achados de Budnick (1976), embora de acordo com nossa visão, este diagnóstico deva ser estabelecido numa idade mais precoce para facilitar a correção dos prováveis problemas de oclusão, com a utilização de recursos ortodônticos mais simples. Além disso, vale salientar que os transtornos estéticos e de fonação que esse paciente apresentou, pela ausência do incisivo central no arco durante esse período, também poderiam ter sido atenuados, caso o diagnóstico e tratamento tivessem sido estabelecidos em idade anterior. Na prática clínica, vale ressaltar que não é raro – aliás, torna-se cada dia mais comum – o diagnóstico ou a descoberta desta patologia ocorrer quando o paciente está providenciando sua documentação para realização de tratamento ortodôntico e/ou ortopédico, pela ocorrência da análise da radiografia panorâmica. Por isso, muitas vezes, esses tumores odontogênicos são diagnosticados primeiramente pelos Ortodontistas. Assim, torna-se importante chamar a atenção desses profissionais para a ocorrência dessas patologias, pois, nesses casos, não só serão eles os primeiros profissionais a realizarem o diagnóstico, como, certamente, também deverão orientar o Cirurgião-dentista ou o Odontopediatra quanto ao momento mais oportuno para a intervenção cirúrgica.

Como, apesar da idade, o ápice do incisivo central superior direito ainda não havia fechado – e, portanto, ainda existia potencial eruptivo –, optou-se por preservar o caso e não utilizar, de imediato, tracionamento ortodôntico, aguardando a erupção espontânea, uma vez que existia o espaço disponível no arco. Se, durante o controle, a erupção não se der por si só, o tracionamento ortodôntico deverá ser executado (Stajcid, 1988; Veis *et al.*, 2000).

As características clínicas e radiográficas do odontoma em questão também podem ser encontradas nos relatos de Cerri *et al.* (1995), que associam o tumor com tumefação alveolar e cápsula cística situada sobre a coroa de um dente impactado.

O tratamento desse tumor através da remoção cirúrgica foi ao encontro das medidas sugeridas por Santos, Sampaio (1981) e Araújo, Araújo (1984).

Ressaltamos que é de fundamental importância a realização do exame complementar anatomopatológico para o completo estabelecimento do diagnóstico defi-

cina, forma arredondada e superfície lisa, que também se retirou e se colocou imediatamente em formalina a 10% para seu análise anatomopatológico em o laboratório de a Disciplina de Patologia Bucal de a FOUSP.

El resultado de a biopsia se ajustaba a a hipótesis diagnóstica de odontoma. Constaba de un fragmento de tejido conjuntivo laxo, en el cual se observaban fibroblastos con núcleos ovalados, fusiformes, compatibles con papila dentaria, y un fragmento de tejido mineralizado y matriz de esmalte.

Se retiraron dos fragmentos, aunque radiográficamente, solamente se había observado uno de ellos. Esto debido a que el primer fragmento retirado estaba compuesto por una masa tumoral de tejido blando, y por lo tanto radiolúcida.

Los resultados del examen histopatológico del caso expuesto, así como su relación con dientes no erupcionados, concuerda con los hallazgos de Budnick (1976), aunque de acuerdo con nuestra visión, este diagnóstico deva ser establecido en una edad más temprana para facilitar a corrección de los probables problemas de oclusión mediante el empleo de recursos ortodônticos más simples. Además, debe distinguirse que los trastornos estéticos y de fonación que este paciente presentó, por la ausencia del incisivo central en la arcada durante este período, también podrían haberse atenuado, si el diagnóstico y el tratamiento se hubieran realizado antes. Vale resaltar que en la práctica clínica no es poco frecuente, mas bien se hace cada día más común, que el diagnóstico o el descubrimiento de esta patologia se dé en el momento que se analiza la radiografia panorámica, que se obtiene cuando el paciente va a someterse al tratamiento ortodôntico y/o ortopédico. Por ello, muchas veces, los primeros en diagnosticar estos tumores odontogênicos son los Ortodoncistas. Es importante que estos profesionales estén atentos a la ocurrencia de estas patologias, ya que en estos casos no sólo serán ellos los primeros profesionales en realizar el diagnóstico, sino también serán quienes orienten al Cirujano-dentista o al Odontopediatra respecto al momento más oportuno para la intervención quirúrgica.

De acuerdo con Shafer *et al.* (1985), la localización más frecuente del odontoma compuesto es el maxilar superior en la región de incisivos, lo cual asimismo pudo corroborarse en el caso reportado.

La edad para el diagnóstico, en este reporte de caso, concuerda con los hallazgos de Budnick (1976), aunque según nuestro punto de vista, debería establecerse en una edad más temprana, para facilitar la corrección de los probables problemas de oclusión mediante el empleo de recursos ortodônticos más simples. Además, debe distinguirse que los trastornos estéticos y de fonación que este paciente presentó, por la ausencia del incisivo central en la arcada durante este período, también podrían haberse atenuado, si el diagnóstico y el tratamiento se hubieran realizado antes. Vale resaltar que en la práctica clínica no es poco frecuente, mas bien se hace cada día más común, que el diagnóstico o el descubrimiento de esta patologia se dé en el momento que se analiza la radiografia panorámica, que se obtiene cuando el paciente va a someterse al tratamiento ortodôntico y/o ortopédico. Por ello, muchas veces, los primeros en diagnosticar estos tumores odontogênicos son los Ortodoncistas. Es importante que estos profesionales estén atentos a la ocurrencia de estas patologias, ya que en estos casos no sólo serán ellos los primeros profesionales en realizar el diagnóstico, sino también serán quienes orienten al Cirujano-dentista o al Odontopediatra respecto al momento más oportuno para la intervención quirúrgica.

No obstante la edad, en virtud de que aún se mantenía el potencial eruptivo -debido a que el ápice del incisivo central superior derecho aún no había cerrado- se optó por observar el caso y no utilizar inmediatamente la tracción ortodôntica, esperando la erupción espontánea, ya que existía espacio disponible en la arcada dentaria. Si durante el control, la erupción no se diera por sí sola, deberá realizarse la tracción ortodôntica (Stajcid, 1988; Veis *et al.*, 2000).

Las características clínicas y radiográficas del odontoma en cuestión también pueden encontrarse en los reportes de Cerri *et al.* (1995), que asocian el tumor con una tumefacción alveolar y una cápsula quística situada

nitivo e segurança do tratamento, uma vez que esta patologia pode confundir-se, clínica e radiograficamente, com outras patologias com as quais faz diagnóstico diferencial, como dentes supranumerários ou odontoma ameloblástico, sendo que, neste último caso, a intervenção cirúrgica deve englobar uma pequena margem de segurança, devido ao comportamento ligeiramente infiltrativo deste tumor (Araújo, Araújo, 1984).

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONSIDERACIONES FINALES

O odontoma, embora seja um tumor odontogênico de crescimento lento, se não for diagnosticado e removido a tempo, pode levar a vários problemas com relação à saúde bucal de crianças e adolescentes. Entre eles, temos a retenção prolongada e não-erupção de elementos da dentição permanente, a erupção ectópica, transtornos oclusais, estéticos e fonéticos. O procedimento para a resolução clínica destas ocorrências é, normalmente, a remoção cirúrgica, preservação e eventual correção das alterações decorrentes desta patologia. Para tanto, o Cirurgião-dentista que realiza atendimento infantil, o Ortodontista e, principalmente, o Odontopediatra, precisam estar atentos, conscientes de suas responsabilidades com relação à atenção integral, prevenção e promoção da saúde bucal de seus pacientes. Isso deve incluir especial atenção à anamnese e exame clínico minucioso, quando podem ser detectadas alterações importantes da normalidade, como a descrita neste trabalho. O diagnóstico realizado precocemente e o plano de tratamento executado no momento por um

sobre la corona de un diente impactado.

El tratamiento de este tumor mediante la extirpación quirúrgica coincide con las medidas propuestas por Santos *et al.* (1981) y Araújo, Araújo (1984).

Debe considerarse de fundamental importancia realizar exámenes complementarios anátomo-patológicos para establecer completamente el diagnóstico definitivo, y así la seguridad del tratamiento, ya que esta patologia puede confundirse clínica y radiográficamente con otras patologías con las cuales se establece el diagnóstico diferencial, tales como: dientes supernumerarios u odontoma ameloblástico, particularmente con este último, ya que en tal caso es preciso que la intervención quirúrgica abarque un pequeño margen adicional de seguridad, debido al comportamiento ligeramente infiltrativo de este tumor (Araújo, Araújo, 1984).

En caso de que no fuese diagnosticado y extirpado a tiempo, el odontoma –no obstante ser un tumor odontogénico de crecimiento lento– podría acarrear una serie de problemas relacionados a la salud bucal de niños y adolescentes. Entre ellos se cuentan: retención prolongada y falta de erupción de piezas dentarias permanentes, erupción ectópica, trastornos oclusales, estéticos y fonéticos. El procedimiento para la resolución clínica de estas contingencias generalmente son: la remoción quirúrgica, el seguimiento y la eventual corrección de las alteraciones producidas como consecuencia de esta patologia. Por lo tanto, el Cirujano-dentista que realiza atención infantil, el Ortodontista y, principalmente, el Odontopediatra, deben estar atentos y conscientes de sus responsabilidades respecto a la atención integral, prevención y promoción de la salud bucal de sus pacientes. Esto debe incluir una especial atención a la anamnesis y un examen clínico minucioso, momento en el pueden detectarse importantes alteraciones de la normalidad, como la descrita en este trabajo. El diagnóstico precoz y el plan de tratamiento ejecutado en el momento oportuno, ciertamente llevarán a que el paciente tenga un mejor pronóstico.

Bergreira AF, Raggio DP, Trindade CP, Rodrigues CRMD. Compound odontoma: case report. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(36):118-24.

Odontoma is a type of odontogenic tumor from ectomesenchymal origin. Its etiology is still unknown; however, it can be related to trauma, local infection, and non-erupted teeth. If it is not diagnosed and treated in the appropriate time, it can cause several disturbances in the child and adolescent, such as non-eruption or ectopic eruption of teeth and abnormal positioning of the other teeth, besides occlusal, aesthetic, and phonetic alterations. They can be classified as compound or complex. The first type exhibits many structures anatomically similar to teeth, and the second one shows a tumoral irregular mass, with tissues similar to teeth enamel, dentin, cementum, and pulp. The treatment is the surgical removal. This paper discusses this alteration and reports a case and its treatment.

**KEYWORDS:** Neoplasms/tooth; Odontoma; Odontogenic tumors.

#### REFERÊNCIAS/REFERENCIAS

- Araujo NS, Araujo VC. Tumores odontogênicos. Patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1984.
- Bhaskar SN. Tumores odontogênicos. Synopsis of oral pathology. 4ª ed. Trad. José Barbosa. St. Louis: Mosby; 1981.
- Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 42(4):501-6.
- Cerri A, Silva SS, Bordini PJ, Innocencio LFR. Odontoma composto. Caso clínico. *Rev ABO Nac* 1995; (3)5:328-9.
- Guedes-Pinto AC, Duarte DA. Técnica radiográfica em odontopediatria e interpretação das principais anomalias de desenvolvimento dentário. In: Guedes-Pinto AC *et al.* Reabilitação bucal em odontopediatria. São Paulo: Santos; 1999. p.15-31.
- Guedes-Pinto AC, Varolli OJ. Radiologia. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 1997. p.255-84.
- Pindborg JJ, Hjorting-Hansen H. Atlas of disease of the jaws. Munksgaard: Philadelphia Saunders; 1974.

Pindborg JJ, Krammer IR, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cyst, and allied lesions. International histological classification of tumours. Geneva: WHO; 1971.

Santos CRB, Sampaio RKPL. Aspectos clínicos, radiográficos e histológicos dos odontomas. Rev Bras Odontol 1981; 38(2):29-36.

Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Cistos e tumores de origem odontogênica. In: Tratado de patologia bucal. 4ª ed. Trad. Sylvio Bevilacqua. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985. p.285-8.

Stajcid ZZ. Odontoma associated with a primary tooth. J Pedod 1988; 12(4):415-20.

Veis A, Tzioufas D, Lambrianidis T. A case report of a compound odontoma causing delayed eruption of a central maxillary incisor: clinical and microscopic evaluation. J Endod 2006; 26(5):477-9.

Recebido para publicação em/Recibido para publicación en: 9/10/2003

Enviado para reformulação em/Enviado para reformulación en: 20/11/2003

Aceito para publicação em/Acepto para publicación en: 28/11/2003