

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ODONTOMA EM FASE MISTA: RELATO DE CASO EM CRIANÇA

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ODONTOMA ON MIXED PHASE: CASE REPORT IN CHILD

SAMUEL EVANGELISTA DA SILVA **BICALHO**^{1*}, EWERTON RAPHAEL DE SOUZA **SIMUKAUA**¹, JULIANA GERHEIM E **REZENDE**¹, JAINY ANGELA LINS **SANTOS**², ROSE ANNE CRISTINA DA SILVA **CUEVAS**², ROGÉRIO BONFANTE **MORAES**³

1. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial no Hospital Regional de Cacoal; 2. Aluno do curso de graduação na Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal; 3. Professor Mestre; Docente da disciplina de cirurgia do curso de Odontologia da UniFacimed; Coordenador do programa de residência em CTBMF do Hospital Regional de Cacoal/RO.

* Rua Rui Barbosa, 1694, Centro, Cacoal, Rondônia, Brasil. CEP: 76963-770. sam-evangelista@hotmail.com

Recebido em 25/11/2020. Aceito para publicação em 04/01/2021

RESUMO

O odontoma é um tumor odontogênico composto pelos tecidos que formam um dente, porém dispersos de forma desorganizada e de formato amorfo. Ao avaliar o exame radiográfico da lesão em fase mista, o profissional deve levantar outras hipóteses diagnósticas que incluem lesões de caráter mais agressivo. O presente trabalho teve como objetivo relatar o caso de uma criança, 9 anos de idade, diagnosticada com odontoma, na fase mista de calcificação, assim como discutir as possíveis lesões que poderiam ser incluídas como diagnóstico diferencial. O exame radiográfico mostrou uma pequena lesão radiolúcida, com áreas radiopacas em seu interior, entre as raízes dos dentes anteriores 42 e 83, sendo bem delimitada por um halo radiopaco e formato ovalado. As principais lesões incluídas no diagnóstico diferencial do odontoma foram: dente supranumerário, lesão central de células gigantes, displasia fibrosa dos maxilares, fibroma ossificante, displasia cemento-óssea e mixoma. O diagnóstico final foi obtido através do exame anátomo-patológico da peça retirada na biópsia excisional da lesão. Concluiu-se que o profundo conhecimento das características clínicas, radiográficas e prognóstico das lesões no diagnóstico diferencial permitiu a realização de um único procedimento cirúrgico, o que resultou em menor trauma ao paciente e bom reparo ósseo.

PALAVRAS-CHAVE: Odontoma; Patologia bucal; Neoplasias bucais; Criança.

ABSTRACT

Odontoma is an odontogenic tumor composed of the tissues that form a tooth, but dispersed in an unorganized and amorphous shape. When evaluating the radiographic exam of the lesion in mixed phase, the professional must raise other diagnostic hypotheses that include more aggressive lesions. The present study aimed to report the case of a child, 9 years old, diagnosed with odontoma, in the mixed phase of calcification, as well as to discuss the possible injuries that could be included as a differential diagnosis. The radiographic examination showed a small radiolucent lesion, with radiopaque areas inside, between the roots of the anterior teeth 42 and 83, being well delimited by a radiopaque halo and oval shape. The main injuries included in the differential diagnosis of odontoma

were supernumerary tooth, central lesion of giant cells, fibrous dysplasia of the jaws, ossifying fibroma, cemento-osseous dysplasia and myxoma. We get the final diagnosis through the anatomopathological examination of the part removed in the excisional biopsy of the lesion. We concluded that the deep knowledge of the clinical, radiographic characteristics and prognosis of the lesions in the differential diagnosis allowed the performance of a single surgical procedure, which resulted in less trauma to the patient and good bone repair.

KEYWORDS: Odontoma; Oral Pathology; Mouth Neoplasms; Child.

1. INTRODUÇÃO

Diversas lesões podem ser diagnosticadas em crianças na odontologia, sendo as mais comuns: cisto dentígero, dente supranumerário, lesão periférica ou central de células gigantes e o odontoma¹.

Os odontomas são os tipos mais comuns dos tumores odontogênicos. Clinicamente estes tumores não apresentam sintomatologia, podendo evoluir lentamente, sendo descobertos em exames de rotina por falha ou atraso em erupção dentária, sendo comumente detectado nas duas primeiras décadas de vida. Tipicamente, os odontomas são lesões relativamente pequenas que raramente excedem o tamanho de um dente da região onde estão localizados. Contudo, odontomas maiores, de até 6 cm ou mais, são ocasionalmente observados². Trata-se de uma lesão mais frequente em maxila do que em mandíbula.

Os odontomas são classificados em composto (múltiplos dentículos) ou complexo (massa radiopaca irregular), sendo o composto de maior prevalência. O odontoma composto raramente é confundido com qualquer outra lesão, no entanto, algumas lesões compõem o diagnóstico diferencial dependendo da sua fase de calcificação³.

Radiograficamente, os odontomas podem ser encontrados em três fases de calcificação, sendo a fase radiolúcida aquela em que ainda não há qualquer calcificação, a fase mista onde se observa uma lesão

parcialmente calcificada e a fase radiopaca, em que a lesão já evoluiu até sua completa calcificação. Em sua fase radiolúcida, geralmente em crianças, os odontomas podem ser confundidos, principalmente, com os cistos odontogênicos. Um exemplo é o cisto dentígero, considerado o cisto odontogênico mais frequente nos maxilares das crianças. Este cisto é uma lesão benigna, derivada do epitélio odontogênico da coroa de um dente não erupcionado, porém de etiopatogenia incerta⁴.

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 em uma 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 gigantes⁶, fibroma ossificante central e displasia cemento-óssea.

Desta forma, este trabalho pretende relatar um caso de odontoma localizado na mandíbula de uma criança, em sua fase mista de calcificação, descrevendo toda a conduta de diagnóstico e tratamento, assim como abordar as principais lesões, que podem fazer parte do seu diagnóstico diferencial.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, com 9 anos de idade, procurou a clínica-escola de odontologia da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal/RO (FACIMED), para realizar procedimentos de rotina. Durante a anamnese, não havia história de doenças sistêmicas relevantes.

No exame intraoral, não foi observado qualquer alteração na sequência de erupção dos dentes permanentes (Figura 1), porém na avaliação radiográfica panorâmica observou-se uma lesão intraóssea, do tipo mista, no rebordo alveolar da região anterior da mandíbula, entre os dentes 42 e 44, medindo aproximadamente 9 milímetros de diâmetro.



Figura 1. Aspecto intraoral, com a presença de dentes decíduos e permanentes, dentro do padrão de normalidade, quanto à época da erupção.

O dente 43 encontrava-se incluído e moderadamente deslocado para a base mandibular, demonstrando claramente a interferência da lesão em seu processo de

erupção. O canino decíduo (dente 83) estava presente, íntegro e sem mobilidade (Figura 2).

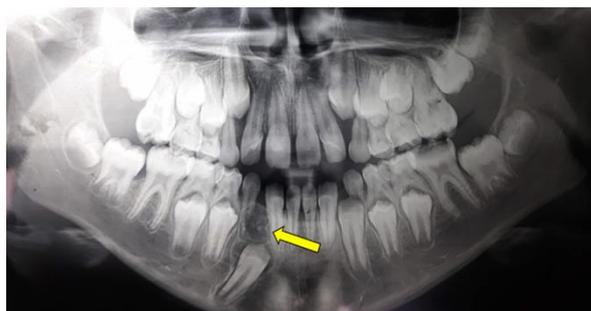


Figura 2. Radiografia panorâmica demonstrando uma lesão do tipo mista (radiolúcida com áreas de calcificação em seu interior), formato circular, na região do dente 43 incluído.

Foi solicitada uma tomografia computadorizada da mandíbula (Figura 3, 4 e 5), onde detectou-se uma lesão mista, com predominância de imagem hipodensa e áreas dispersas de calcificações hiperdensas. Ao redor da lesão, notou-se um halo hiperdenso delimitando-a. Não foi observada qualquer reabsorção radicular dos dentes adjacentes, apesar da grande proximidade com a raiz do dente 42.

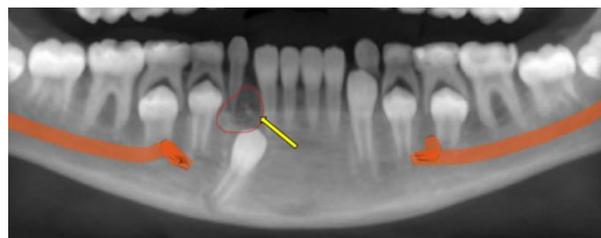


Figura 3. Tomografia computadorizada, reconstruída em formato de panorâmica, demonstrando a área da lesão (círculo vermelho) e as calcificações internas (seta amarela).



Figura 4. Tomografia computadorizada (axial), demonstrando a região da lesão e sua relação com as raízes dos dentes vizinhos. Nota-se áreas de calcificação no interior da lesão.

As principais hipóteses diagnósticas foram de elemento supranumerário em calcificação, ou de tumor odontogênico do tipo odontoma, também em calcificação. De forma mais rara, também foi levantada as hipóteses de lesão central de células gigantes, displasia fibrosa dos maxilares, fibroma ossificante central, displasia cemento-óssea e mixoma.



Figura 5. Tomografia computadorizada (corte parassagital), demonstrando a relação da lesão com o dente 43 incluído.

Com base nos achados clínicos, imaginológicos e hipóteses diagnósticas, foi programada uma biópsia excisional da lesão, sob anestesia local. A paciente foi submetida a exodontia do elemento 83 e exérese total da lesão intraóssea, seguida de curetagem vigorosa da cavidade óssea remanescente (Figura 6).

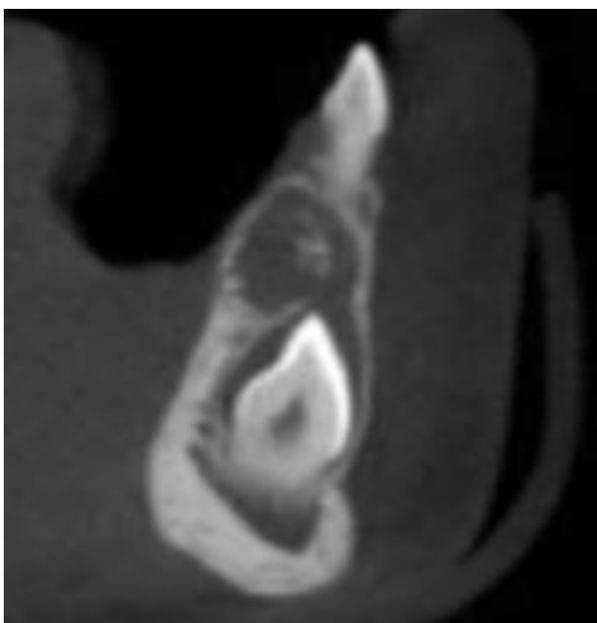


Figura 6. Vista transoperatória, após ter sido removido o dente 83 (canino decíduo inferior direito) e a lesão exposta pelo lado lingual.

O material foi encaminhado para exame anatomopatológico, que encontrou a presença de dentina, odontoblastos, ameloblastos, células do retículo estrelado, assim como matriz de esmalte, concluindo o diagnóstico de odontoma em calcificação. A paciente está sendo acompanhada clínica e radiograficamente, e no pós-operatório de 1 ano, nota-se que o canino permanente está seguindo seu processo normal de erupção, além de não haver qualquer sinal de novas calcificações na região. Posteriormente a paciente será encaminhada para possível refinamento ortodôntico. Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, com o parecer número 3.511.205.

3. DISCUSSÃO

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns, correspondendo à cerca de 22%, dentre todos

os tumores odontogênicos^{7,8}. O mesmo não apresenta preferência por gênero e geralmente são diagnosticados nas duas primeiras décadas de vida^{9, 10}. No presente relato, a paciente foi diagnosticada aos 9 anos de idade, concordando com o descrito na literatura^{11, 12, 13}.



Figura 7. Recorte de Radiografia panorâmica, demonstrando que o odontoma foi completamente removido e que o canino está seguindo seu processo de erupção.

Na maioria dos casos, os odontomas são assintomáticos e apresentam um crescimento lento, consequente ao seu desenvolvimento autolimitante, no entanto, podem causar expansão das corticais ósseas, quando em tamanhos consideráveis.^{11, 14, 15, 16, 17, 18} É comum a descoberta da presença de odontomas por meio dos exames de imagens de rotina, podendo, em algumas ocasiões, estarem associados ao atraso na erupção e/ou retenção dos dentes permanentes, aumento de volume local, processos infecciosos, assim como erupção ectópica dos dentes adjacentes^{3, 19, 20, 21, 22, 23}. Os odontomas pequenos podem estar localizados entre as raízes de dentes irrompidos, não estando correlacionados com distúrbios de erupção¹⁴.

A paciente deste relato não apresentava qualquer sintomatologia, sendo diagnosticada por meio de uma radiografia panorâmica, solicitada para avaliação generalizada de cáries e da formação dos dentes permanentes. Clinicamente, também não havia sinais de uma possível lesão intraóssea, pois ainda não estava interferindo na esfoliação do dente decíduo (canino inferior direito), ou erupção do seu sucessor permanente.

O odontoma divide-se em composto e complexo. O composto apresenta uma imagem radiográfica muito semelhante a múltiplos dentículos inclusos, favorecendo seu diagnóstico radiográfico^{21, 17, 23}. Por outro lado, o odontoma complexo se apresenta na radiografia como uma massa radiopaca amorfa, delimitada por uma área radiolúcida^{24, 25}. No caso relatado, devido a paciente ser jovem, a lesão foi descoberta durante sua fase de calcificação, sendo observada uma área radiolúcida, com halo radiopaco bem definido ao redor, além de pequenos pontos de calcificação no centro da lesão. Este fato foi importante na formulação das hipóteses diagnósticas, pois era uma imagem que poderia ser confundida com outras lesões mistas do complexo maxilomandibular.

Outro fator observado na formulação das hipóteses foi a localização da lesão, pois o odontoma complexo geralmente apresenta uma predileção pela região posterior da mandíbula^{18, 26}, diferindo do caso relatado, onde a lesão se encontrava na parte anterior da

mandíbula, aumentando a suspeita para outras patologias.

As principais lesões incluídas no diagnóstico diferencial do odontoma, em fase mista de calcificação, foram: dente supranumerário em calcificação, lesão central de células gigantes, displasia fibrosa dos maxilares, fibroma ossificante central, displasia cimento-óssea e mixoma.

Um diagnóstico diferencial que se pode referenciar é a presença de dentes supranumerários. A ocorrência destes dentes varia entre 0,3% e 3,8% em diferentes populações e parece estar aumentando, com maior incidência na maxila, mais comumente na região anterior²⁷. As complicações associadas com supranumerários são retardos na erupção, impacção, diastema, lesões císticas, erupção ectópica, reabsorção radicular dos dentes adjacentes, apinhamento dental, inflamação gengival, abscesso periodontal, deslocamento, rotação e necrose pulpar²⁸. Sendo um forte candidato ao diagnóstico diferencial, é de extrema relevância a análise radiográfica, ou por meio de exames complementares, como a tomografia computadorizada. Porém, é importante ressaltar que o tratamento não sofre alterações, devendo também ser removido precocemente, para não afetar os dentes e estruturas da região.

A lesão central de células gigantes (LCCG) é outro forte diagnóstico diferencial para o odontoma não-calcificado, ou em início de calcificação, pois possuem características radiográficas semelhantes, tratando-se de uma lesão radiolúcida, podendo apresentar, ou não, um halo radiopaco ao redor da lesão²⁹. A LCCG é um processo patológico incomum, que se origina no ligamento periodontal, ou no perioste do osso alveolar e pode se desenvolver em pessoas de qualquer idade, com um acometimento maior em mandíbulas³⁰. Corresponde a menos de 7% das lesões benignas que acometem o complexo maxilomandibular e é comumente assintomática acometendo principalmente crianças e adultos jovens³¹. A LCCG classifica-se como uma hiperplasia de células clásticas, em que as células gigantes se formam a partir da junção de outras células. Sendo assim, o exame histopatológico é imprescindível para que se realize o diagnóstico definitivo dessa patologia²⁹. Para esta lesão, as paredes ósseas remanescentes devem ser criteriosamente curetadas, devido ao seu risco de recidiva. No caso apresentado, as paredes ósseas foram curetadas de forma vigorosa, para reduzir o risco de recidiva, considerando que ainda não se sabia qual era o diagnóstico final do caso.

A displasia fibrosa dos maxilares tem sua principal característica histopatológica apresentada pela substituição de tecido ósseo normal e tecido medular, por tecido fibrocelular e osso imaturo. É uma lesão benigna, onde seu maior acometimento em ossos faciais é na maxila, porém pode envolver um ou mais ossos do esqueleto³². Representa 7,5% dos tumores ósseos benignos e manifesta-se mais frequentemente em crianças e adolescentes, devidos ser considerado

um defeito congênito na modelagem óssea, com uma alta taxa de recidiva, alcançando 37% dos casos³³. Considerando as características radiográficas, a displasia é variável, podendo se apresentar radiolúcida uni ou multilocular, com radiopacidade de pouca definição, justificando o fato dessa patologia ser considerada hipótese diagnóstica do presente estudo³⁴.

O fibroma ossificante central (FOC) se apresenta como um tumor de origem fibro-óssea incomum, benigno, e assintomático até o seu crescimento produzir deformidade e tumefação visual³⁵. Tem predileção pelo sexo feminino, ocorrendo mais comumente entre a 3ª e a 4ª década de vida, sendo a região posterior de mandíbula o lugar mais acometido³⁶. O FOC e a displasia fibrosa compartilham um quadro histopatológico semelhante, constituído de tecido conjuntivo fibroso celularizado e possíveis áreas calcificadas, sendo imprescindível a análise microscópica, radiográfica e clínica com cautela³⁷. As características radiográficas colocam o fibroma ossificante central como possível diagnóstico diferencial, por ser extremamente parecido histologicamente com a displasia fibrosa e com a displasia cimento-óssea, sendo necessário exame histopatológico para sua distinção.

A displasia cimento-óssea é outra lesão fibro-óssea, assintomática, de etiologia incerta, com maior predileção pelo gênero feminino, pacientes melanoderma e de meia idade, ao idoso³⁸. Radiograficamente aparece como uma área radiolúcida bem definida, contendo áreas radiopacas irregulares em seu interior, que podem ser únicas ou múltiplas, principalmente em mandíbula anterior e, ocasionalmente, ela pode ficar tão radiopaca ao ponto de se difundir com o osso adjacente³. Sendo assintomática, a maioria dos achados clínicos são descobertos através de radiografias de rotina, mostrando grande importância das consultas periódicas³⁹, assim como no presente estudo, onde a lesão da paciente foi descoberta através de exame radiográfico panorâmico de rotina.

Já o mixoma odontogênico, se origina do ectomesênquima odontogênico, que por sua vez, tem uma grande semelhança microscópica com a porção mesenquimal de um dente em desenvolvimento e, observando as características radiográficas, nota-se que ele se apresenta como uma lesão radiolúcida, uni, ou multilocular, com margens irregulares, sendo essas, extremamente variáveis³. Em crianças, a região anterior dos maxilares é a mais acometida por lesões uniloculares, o que se assemelha com o caso descrito neste artigo. É uma lesão com crescimento silencioso, benigna e rara⁴⁰, não tendo predileção por sexo, raça ou localização, tendo alto índice de recidiva devido ao seu aspecto gelatinoso e mucóide⁴¹. O mixoma se enquadra como possibilidade de diagnóstico, devido ao fato de ter seu crescimento assintomático e pelas características radiográficas, para lesões uniloculares em crianças, onde pode ser observado finas trabéculas no seu interior. O tratamento do mixoma inclui sua

ressecção completa, porém quando descoberto em fase inicial, a curetagem vigorosa da lesão é o tratamento mais indicado⁴². Mais uma vez, considerando que o mixoma foi considerado um possível diagnóstico diferencial, demonstrou-se a necessidade da realização de uma curetagem vigorosa da lesão, durante o ato cirúrgico.

A presença de tumores malignos nos ossos maxilares é extremamente rara. Uma pesquisa com mais de 85.000 casos de biópsias de lesões em crianças e adolescentes, encontrou apenas 08 casos de osteossarcomas, sendo que todos estes foram em crianças e adolescentes a partir dos 10 anos de idade⁴³. Sendo assim, considerando esta raridade e as características radiográficas bem delimitadas da lesão, o osteossarcoma não foi incluído como um dos diagnósticos diferenciais.

O tratamento escolhido para o caso relatado foi a curetagem criteriosa da lesão, durante o procedimento de biópsia excisional, pois as principais lesões incluídas no diagnóstico diferencial, apresentavam algum risco de recidiva. Com o diagnóstico final de odontoma, o paciente foi orientado sobre a completa resolução do seu caso, devendo apenas realizar radiografias de controle, para acompanhamento do processo de erupção dos dentes permanentes da região da lesão. Também foi orientada sobre a possibilidade de, posteriormente, fazer o uso de aparelho ortodôntico e realizar a instalação cirúrgica de um dispositivo ortodôntico no dente permanente incluso, caso não ocorra sua erupção naturalmente²¹.

4. CONCLUSÃO

Após a revisão da literatura e o relato deste caso, foi concluído que o diagnóstico diferencial para o odontoma, em fase mista de calcificação, incluiu os dentes supranumerários em calcificação, lesão central de células gigantes, displasia fibrosa dos maxilares, fibroma ossificante central, displasia cemento-óssea e mixoma. O profundo conhecimento das características clínicas, radiográficas e prognóstico do odontoma e de cada uma das lesões do diagnóstico diferencial, permitiu a realização de um único procedimento cirúrgico, com curetagem vigorosa das paredes ósseas remanescentes, resultando em menor trauma ao paciente e bom reparo ósseo, assim como o exame anatomopatológico foi de grande valia para a conclusão do diagnóstico final.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Silva FWGC, Queiroz AM, Borsatto MC, *et al.* Principais tumores odontogênicos que acometem a cavidade bucal de crianças. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo.* 2007; 19(2):181-187.
- [2] Danelon M, Manarelli M, Castro L, *et al.* Odontoma em paciente odontopediátrico: diagnóstico e tratamento. *Relato de caso clínico.* *FOL.* 2013; 23(2):69-74.
- [3] Neville BW, Damm DD, Allen CM, *et al.* *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.
- [4] Caliento R, Mannarino FS, Hochuli-Vieira E. Cisto dentífero: Modalidades de tratamento. *Rev Odontol UNESP.* 2013; 42(6):458-462.
- [5] Duarte F, Ramos C, Fonseca L. Dentes supranumerários. *Temática.* 2006; 1:53-66.
- [6] Ribeiro CV, Nascimento LSO, Henriques JCG. Fibroma ossificante periférico: Relato de um novo caso. *Rev Odontol Bras Central.* 2017; 26(79):73-76.
- [7] Bhaskar SN. *Patologia bucal.* 4a ed. São Paulo: Artes Médicas. 1976.
- [8] Kaneko M, Fukuda M, Sano T, *et al.* Microradiographic and microscopic investigation of a rare case of complex odontoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 86(1):131-4.
- [9] Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supranumerary teeth- An overview of classification, diagnosis and management. *J Can Dent Assoc.* 1999; 65:612-6.
- [10] Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.
- [11] Freitas DA, Freitas VA, Mol VC, *et al.* Elemento dental impactado por odontoma composto. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2009; 38(3):198-199.
- [12] Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal.* 2ª ed. São Paulo: Pancast. 1998.
- [13] Migliari DA, Birman EG, Silveira FRX, *et al.* *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia.* 2005. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.
- [14] Neville BW, Damm DD, Allen CM, *et al.* *Patologia Oral e Maxilofacial.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.
- [15] Lukes SM, Wachter KM. Compound odontoma: a case study. *Journal Of Dental Hygiene.* 2002; 77(1):47-49.
- [16] Pires LS, Krüger MLB, Vianna ES, *et al.* Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. *Stomatos.* 2007; 13(24):21-29.
- [17] Noia CF, Oliveira FAC, Pinto JMV, *et al.* Odontoma composto. *RGO.* 2008; 56(2):213-217.
- [18] Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
- [19] Henriksson CO, Kjellman O. Complex Odontoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1964; 18(1):64-69.
- [20] Mendonça JCG, Lima CMC, Böing F, *et al.* Odontoma complexo gigante em corpo de mandíbula: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2009; 9(2):67-72.
- [21] Cardoso LC, Miyahara GI, Magro Filho O, *et al.* Odontoma combinado associado a dentes não-irrompidos: Relato de casos clínicos. 2003; 24(2):47-51.
- [22] Kuramochi MM, Vanti LA, Berenguel IA, *et al.* Acesso extra-oral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 2006; 47:35-40.
- [23] 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.
- [24] Blinder D, Peleg M, Taicher S. Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. *Int J Oral Maxillofac Sug.* 1993; 22:163-165.
- [25] Freitas A, Rosa JE, Souza IF. *Radiologia odontológica.* 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1998.
- [26] Yoda T, Ishii Y, Honma Y, *et al.* Multiple macrodonts with odontoma in a mother and son - a variant of Ekman-Westborg-Julin syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 85:301-3.

- [27] Sharma A, Singh VP. Supernumerary teeth in indian children: A survey of 300 cases. *International Journal Of Dentistry*. 2012.
- [28] Wang XP, Fan J. Molecular genetics of supernumerary tooth formation. *Genesis*. 2011; 49:261-277.
- [29] França SR, Matos MFS, Sampieri MBS, et al. Lesão periférica de células gigantes em região palatina anterior: excisão cirúrgica e acompanhamento de um ano. *RFO*. 2017; 22(3):342-346.
- [30] Capelozza ALA, Taveira LAA, Pagin O. Lesão periférica de células gigantes - Relato de caso. *Salusvita*. 2007; 26(1):99-104.
- [31] Tolentino ES, Rocha JF, Dias-ribeiro E, et al. Lesão central de células gigantes: relato de caso. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010; 7(3):360-5.
- [32] Pagotto LEC, Mariani PB. Displasia fibrosa monostótica da maxila: revisão da literatura e relato de 2 casos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial*. 2009; 9(2):23-32.
- [33] Jan M, Dweik A, Destrieux C, et al. Fronto-orbital sphenoidal fibrous dysplasia. *Department of Neurosurgery, University Hospital Tours, Neurosurgery*. 1994; 34(3):544-547.
- [34] Bessho K, Tagawa T, Murata M, et al. Monostotic fibrous dysplasia with involvement of the mandibular canal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1989; 68:396-400.
- [35] Costa PJP. Fibroma ossificante central: Relato de caso. [Monografia] Amazonas: Universidade do Estado do Amazonas. 2017.
- [36] Triantafillidou K, Venetis G, Karakinaris G, et al. Ossifying fibroma of the jaws: a clinical study of 14 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 114(2):193-199.
- [37] Speight PM, Carlos R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. *Current Diagnostic Pathology*. 2006; 12:1-10.
- [38] Gaetti-Jardim EC, Santiago Júnior JF, Guastaldi FPS, et al. Displasia cemento-óssea florida: Relato de caso. *Rev de Odontol de Araçatuba*. 2010; 31(2):31-34.
- [39] Moreti LCT, Barbosa PAC, Boer NCP, et al. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2016; 5(2):120-125.
- [40] Castro AL, Kanno CM, Sicchieri LG, et al. Mixoma odontogênico em mandíbula. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2003; 24(2):23-27.
- [41] Melo AUC, Martorelli SBF, Cavalcanti PHH, et al. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(3):472-5.
- [42] Andrade ESS, Camargo IB, Santos TCV, et al. Estudo clínico-patológico de mixomas odontogênicos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial*. 2010; 10(3):73-80.
- [43] Arruda JAA, Silva LVO, Kato CNAO, et al. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. *Oral Oncology*. 2017; 75:39-45.