

Remoção parcial de Odontoma Complexo de Grandes Dimensões em Mandíbula: relato de caso

Partial Removal of Giant Complex Odontoma in Mandible - Case Report

Lorena Batista Sandre ^{1,2}

Lara de Oliveira Amaral Toledo ³

Érika Maurienn Pinheiro de Franco ²

Daniel Saraiva de Paula ^{1,3}

Marconi Gonzaga Tavares ^{2,3}

¹ Hospital de Base do Distrito Federal (Brasília, Distrito Federal, Brasil)

² Hospital Regional de Santa Maria (Brasília, Distrito Federal, Brasil).

³ Universidade Católica de Brasília (Brasília, Distrito Federal, Brasil).

Recebido em: 28/07/2020

Aceito em: 28/09/2020

Disponível em: 08/12/2020

Autor correspondente:

Marconi Gonzaga Tavares

marconigt@hotmail.com

RESUMO

Odontoma é um tumor odontogênico benigno de origem mista (epitelial e mesenquimal). É subdividido em dois grupos: complexo e composto. Sem predileção para sexo, frequentemente são detectados nas duas primeiras décadas de vida por meio de exames de rotina ou por alteração na dentição. Geralmente são assintomáticos e de crescimento lento, podendo ocasionalmente atingir tamanhos consideráveis, causando expansão das corticais ósseas. O tratamento para os odontomas é sua excisão cirúrgica, com prognóstico favorável, sendo raros os casos recidivantes. O objetivo deste relato é apresentar o caso de uma paciente do sexo feminino, 32 anos, que procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Regional de Santa Maria para avaliação de lesão em mandíbula revelada em exame radiográfico de rotina. Ao exame físico, observou-se aumento de volume em região de ângulo mandibular e em fundo de vestibulo mandibular direito. O exame de imagem revelou uma lesão hiperdensa localizada na região dos dentes 48 e 47, com abaulamento das corticais ósseas vestibular e lingual, e dente 47 incluso associado. A hipótese diagnóstica foi de odontoma complexo. A paciente foi submetida a uma biópsia incisiva,

e a análise histopatológica confirmou a hipótese diagnóstica. Prosseguiu-se com a remoção parcial da lesão sob anestesia geral, sendo deixada a porção inferior em contato com a base mandibular. O diagnóstico final foi de odontoma complexo. Após um ano, a paciente vem sendo acompanhada, sem sinais de recidiva da lesão. A remoção parcial de odontoma complexo de grandes dimensões mostrou-se uma alternativa efetiva, evitando complicações decorrentes da sua remoção total.

Palavras-chave: Tumores Odontogênicos; Hamartoma; Odontoma; Tratamento Conservador; Mandíbula.

ABSTRACT

Odontoma is a benign odontogenic tumor of mixed origin (epithelial and mesenchymal). It is sub-classified in two types: complex and compound. There is no gender predisposition, and are often detected in the first two decades of life through routine examinations or changes in dentition. Odontomas are generally asymptomatic, they possess limited and slow-growing potential, but may occasionally reach considerable sizes, causing expansion of the cortical bone. The treatment for odontomas is surgical

excision. They exhibit favorable prognosis and recurrence are rare. The purpose of this report is present the case of a 32-year-old female patient who sought the service of Maxillofacial Surgery at the Regional Hospital of Santa Maria for evaluation of a jaw injury revealed in a routine radiographic examination. On physical examination, an volume increase was observed in the right mandibular angle region on the inferior vestibule. Imaging examination revealed a hyperdense lesion located in the region of teeth 48 and 47; with bulging buccal and lingual cortical bone, and associated impacted tooth (47). The diagnostic hypothesis was a complex odontoma. The patient was underwent an incisional biopsy, and histopathological analysis confirmed the diagnostic hypothesis. Partial removal of the lesion was performed under general anesthesia - the lower portion being left in contact with the mandibular base. The final diagnosis was a complex odontoma. After one year of follow-up, no recurrence was reported. Partial removal of a giant complex odontoma proved to be an effective alternative, avoiding complications resulting by total removal.

Keyword: Odontogenic Tumors; Hamartoma; Odontoma; Conservative Treatment; Mandible.

INTRODUÇÃO

Odontomas são hamartomas de origem mista, compostos de tecidos moles e dentários, descritos pela primeira vez por Broca em 1866.^{1,2} Tem etiologia desconhecida, porém a mutação genética do germe dentário é um fator possível.³ É o tumor odontogênico mais comum, ocorrendo mais frequentemente nas primeiras duas décadas de vida, sem predileção de sexo.^{4,5} Geralmente é assintomático e de crescimento lento, diagnosticado na maioria das vezes por meio de exames de imagem de rotina ou devido à investigação de atrasos na esfoliação de dentes decíduos e erupção de dentes permanentes.^{6,7}

Os odontomas são classificados em dois tipos: composto e complexo.^{8,9} Enquanto o odontoma composto é formado por múltiplas estruturas semelhantes a dentes, o odontoma complexo não exibe semelhança anatômica com dentes, consistindo em uma massa conglomerada de esmalte, dentina, cemento e, de modo menos frequente, polpa. O tipo

composto é o mais comum e é possível que algumas dessas lesões não sejam enviadas para o exame microscópio, pois o profissional se sente confiante com o diagnóstico clínico e radiográfico.^{1,8}

Apesar de os odontomas poderem ser encontrados em qualquer região dos ossos gnáticos, são mais frequentes em maxila. Odontomas compostos são mais vistos em região anterior de maxila, enquanto odontomas complexos são mais frequentes em região posterior de mandíbula, seguido de maxila em região anterior.^{5,7,10}

Radiograficamente, um odontoma pode aparecer entre as raízes dentárias ou associado à coroa de dentes não erupcionados, como uma lesão de característica radiopaca densa, rodeada por um delgado halo radiolúcido.⁸ Podem-se distinguir os estágios de desenvolvimento da lesão baseando-se na imagem radiográfica e no grau de calcificação no momento do diagnóstico.⁷ Microscopicamente, o odontoma composto é apresentado como um saco fibroso de tecido conjuntivo ao redor de múltiplas estruturas parecendo dentes, havendo quantidades variáveis de matriz de esmalte, dentina, polpa e cemento. Já no odontoma complexo, o elemento predominante é a dentina primária ou imatura, embora também exista esmalte.¹

A remoção cirúrgica conservadora é o tratamento de escolha na maioria dos casos de odontoma. Sua recorrência é incomum, obtendo-se um prognóstico excelente.¹⁰ O presente estudo tem o objetivo de relatar um caso de odontoma complexo de grande dimensão em mandíbula, o qual foi removido parcialmente, no intuito de preservar estruturas ósseas e evitar complicações mais significativas.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 32 anos, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional de Santa Maria (Distrito Federal, Brasil) encaminhada por um cirurgião dentista geral devido a lesão em mandíbula, verificada após exame radiográfico de rotina para tratamento ortodôntico. A paciente negou qualquer sintomatologia, bem como comorbidades sistêmicas, alergias ou uso de medicações, apesar de notar alteração em região de ângulo mandibular

direito. Ao exame físico extraoral observou-se aumento de volume em região de ângulo mandibular direito, com ausência de sinais flogísticos nos tecidos moles da face (Figura 1). À oroscopia notou-se um aumento de volume expansivo em fundo de vestibulo inferior posterior à direita, de aproximadamente 3 centímetros em sua maior extensão, consistência endurecida, indolor ao toque, com mucosa sobrejacente de coloração normal. Dentes 45, 47 e 48 clinicamente ausentes.

Ao exame de imagem por radiografia panorâmica dos maxilares observou-se lesão em corpo mandibular direito de aspecto radiopaco, medindo aproximadamente 4 centímetros em sua maior extensão, rodeada por discreta área radiolúcida, associada ao dente 47 incluso em base mandibular. Tomografia Computadorizada de Aquisição Volumétrica (Cone Beam) revelou imagem hipodensa de 2,0 x 4,0 x 2,5 centímetros, bem delimitada, localizada em corpo mandibular direito, região dos dentes 48 e 47; com

envolvimento do dente 47, o qual apresenta deslocamento para a base mandibular. Observou-se, ainda, abaulamento das corticais vestibular e lingual da área afetada, sugerindo lesão de característica expansiva (Figura 2).

A hipótese diagnóstica foi de Odontoma Complexo. Realizou-se biópsia incisional da lesão sob anestesia local, e a análise histopatológica sugeriu Odontoma Complexo. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para remoção parcial da lesão em mandíbula, sendo submetida à anestesia geral e intubação nasotraqueal. Realizou-se infiltração com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 em região posterior de mandíbula do lado direito, prosseguindo com incisão linear, vertical para ramo mandibular, com extensão até a mesial do dente 46. Com o descolamento mucoperiosteal, a tábua óssea vestibular e crista do rebordo posterior ao dente 46 foi exposta. Osteotomias, fragmentação por fresagem da lesão e extratores dentários auxiliaram para a remoção de boa parte da lesão.

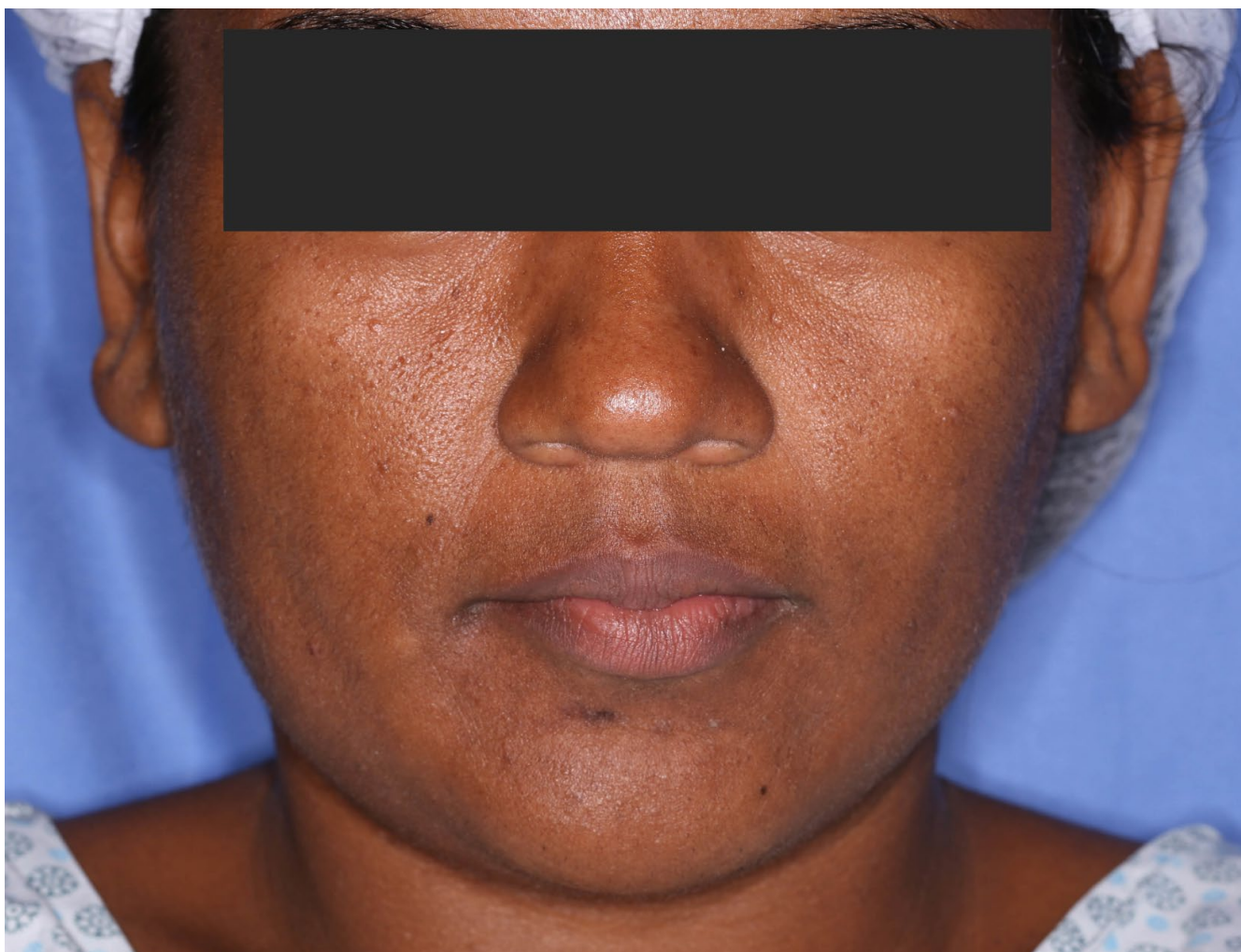


Figura 1 - Condição inicial, podendo-se observar aumento de volume extraoral em região de ângulo mandibular direito.

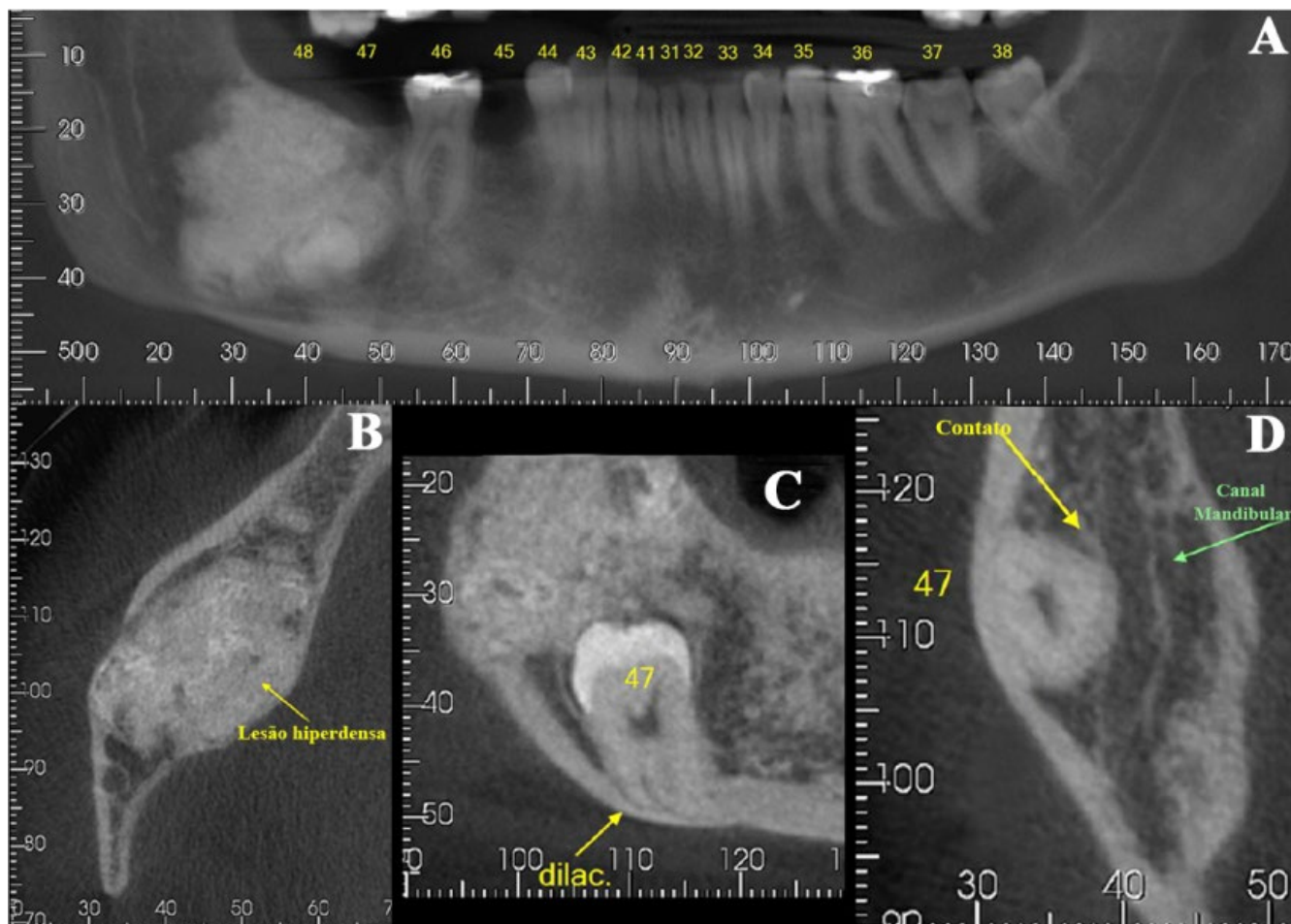


Figura 2 - Tomografia Computadorizada de Aquisição Volumétrica revelando extensa lesão hipodensa em mandíbula, em vista panorâmica (A) e axial (B). As imagens C e D mostram o dente 47 (com raiz dilacerada) em relação à lesão e ao canal mandibular, em cortes corona.

O dente 47 foi removido por odontosseção e elevadores. Uma pequena parte da lesão foi deixada na base mandibular. Foram realizadas regularização óssea e instalação de material de osteossíntese de níquel-titânio do sistema 2.0mm na área da linha oblíqua externa (Figura 3). O retalho foi então reposicionado e a sutura foi executada com fio de poligalactina 4-0.

A paciente recebeu alta hospitalar após um dia de internação, apresentando-se com bom estado geral, edema compatível com o procedimento cirúrgico, parestesia do lábio inferior à direita e com dor controlada por analgésicos. Foi prescrita com amoxicilina 500mg, dipirona sódica 500mg e ibuprofeno 600mg, e orientada a manter dieta macia.

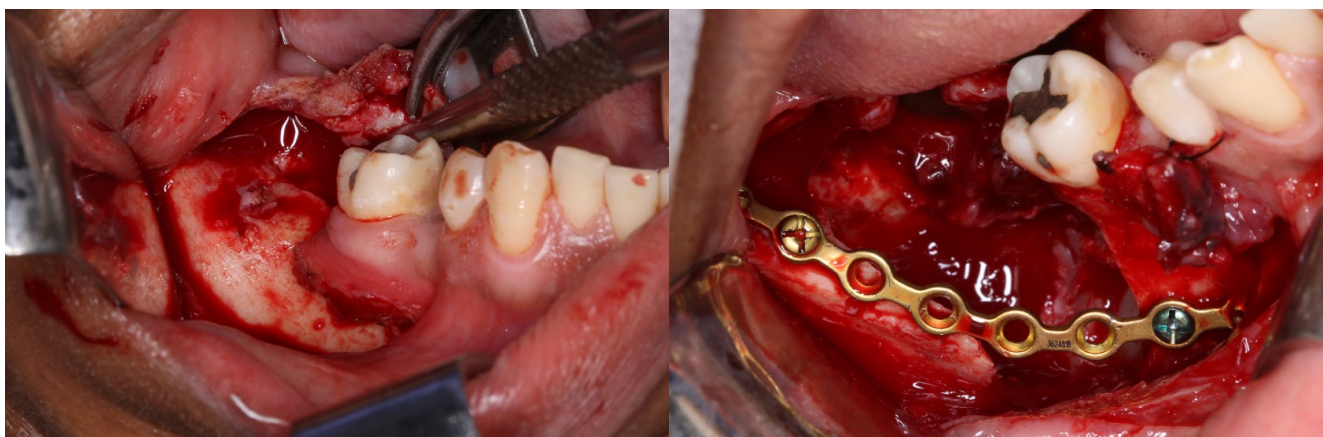


Figura 3 - Aspecto inicial da ferida após acesso, demonstrando lesão em mandíbula de característica expansiva. Ao lado, aspecto final da loja óssea com material de osteossíntese posicionado.

A paciente foi submetida a sessões semanais de laserterapia durante três meses, havendo recuperação parcial da sensibilidade do lábio inferior. No pós-operatório de quatro meses, evoluiu com uma fenestração de 2mm na mucosa em região retromolar direita, sem apresentar sinais infecciosos ou de exposição óssea. O orifício em tecido mole ainda apresenta-se em cicatrização, com regressão. Após um ano de acompanhamento, não apresenta sinais de recidiva da lesão (Figura 4).

Esse relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (CAAE: 22664719.9.0000.8153).

DISCUSSÃO

Tumores odontogênicos são raros, representam 1% de todos os tumores orais e constituem um grupo heterogêneo de lesões, com manifestações clínicas e histológicas variáveis. A maioria das lesões são benignas, mas podem apresentar crescimento agressivo e alta taxa de recorrência. Devido a essa diversidade, classificações são publicadas no intuito de definir um critério diagnóstico, de modo que, no presente momento, a mais citada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017 ("WHO Classification of Head and Neck Tumours – 4th edition").⁸

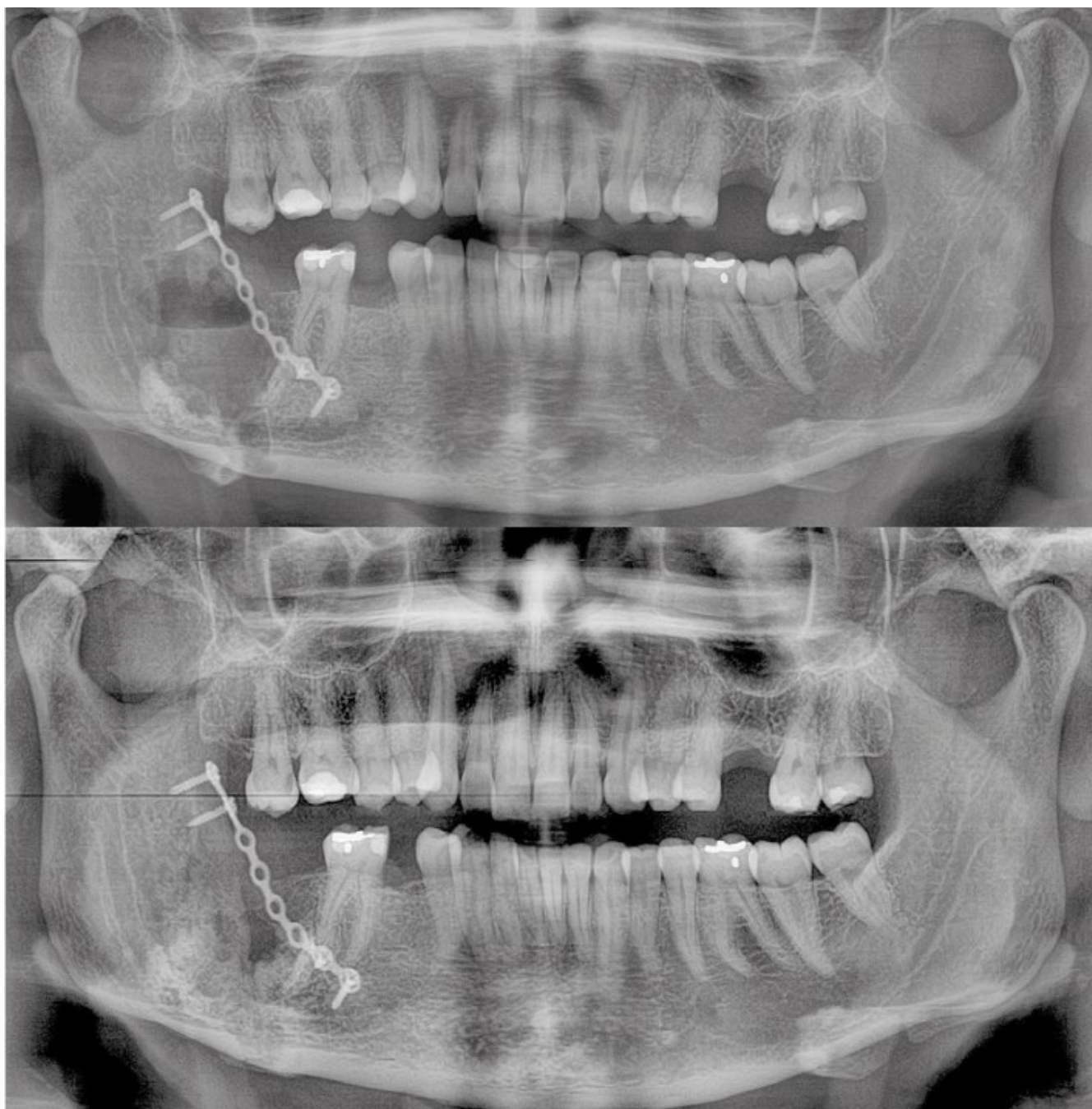


Figura 4 - Radiografia panorâmica do pós operatório imediato, superiormente, e controle após um ano.

Odontomas são considerados pela OMS como malformações do tipo tumoral (hamartomas), derivados tanto de células de natureza epitelial quanto mesenquimal, sendo possível observar histologicamente diversos tecidos dentários, entre os quais podem-se encontrar esmalte, dentina, cimento e polpa. A etiologia é desconhecida, porém há hipóteses de que ele seja causado por trauma ou infecção, fatores genéticos, história familiar com determinadas condições como Síndrome de Gardner e Síndrome de Hermann.^{7,11}

Buchner et al.,⁴ em 2006, observaram 1088 tumores odontogênicos e os odontomas representaram 75,9% do total. No Brasil, um estudo avaliou 10.970 lesões orais e maxilofaciais de 1996 a 2017: 22% correspondiam a tumores odontogênicos, sendo que 45,4% destes eram ameloblastomas e 36,1% odontomas.¹² Antes da classificação de tumores odontogênicos da OMS em 2017, estudos demonstraram divergências, embora relatem maior prevalência do ameloblastoma e ceratocisto odontogênico (antigo tumor odontogênico ceratocístico).^{13,14} A variabilidade de tumores mais comuns pode se dar pela diferença no envio das amostras de lesões para análise histopatológica, pelo acesso limitado de alguns países ao serviço ou pelo fato de que, muitas vezes, o odontoma é tratado sem registro ou envio para confirmação histológica.

Odontomas não apresentam predileção por sexo e são mais observados durante a segunda década de vida, média de 14 anos.^{1,5,15} Kämmerer et al.,¹⁶ em um estudo retrospectivo de 2015, observaram que a idade média dos pacientes diagnosticados com odontoma complexo é de 31,2 anos, assemelhando com o caso apresentado. Tais odontomas caracterizam-se pelo seu crescimento lento e indolor. Hidalgo-Sánchez et al.,¹⁵ em um estudo de metanálise, observou que apenas 4% dos pacientes diagnosticados com odontoma apresentaram quadro de dor. Apesar de na maioria das vezes o diagnóstico vir de forma casual, a partir de exames radiográficos de rotina, pode ainda decorrer da investigação no atraso da erupção dentária e de expansões ósseas notórias, e devido a lesões de maiores dimensões, como o caso apresentado, em que a paciente relatava sinais de crescimento ósseo e assimetria mandibular. De maneira mais incomum, os odontomas

também podem irromper na boca, quando associado a um dente em erupção.¹⁷

Odontomas são subdivididos em composto e complexo. Estudos prévios acusam que a variante composta é mais prevalente.¹⁸ Segundo Hidalgo-Sánchez et al.,¹⁵ 59,5% deles são encontrados na maxila e 40,5% na mandíbula. Já o odontoma complexo, de acordo com os mesmos autores, aparece 46,2% em mandíbula. Outros estudos relatam maior frequência de odontomas compostos em região anterior de maxila, enquanto o complexo é geralmente observado em região posterior de mandíbula.^{7,19}

Constantemente os odontomas estão entre as raízes dos dentes erupcionados ou associam-se a dentes não irrompidos. Cerca de 70% dessas lesões envolvem impactação, mal posicionamento, diastema, aplasia, malformação e desvitalização dos dentes adjacentes.²⁰ Avsever et al.²¹ descrevem que dilacerações dentárias adjacentes a odontomas são eventos raros. No presente estudo, foi possível observar que o dente 47, envolvido na lesão, foi severamente impactado e também apresentava raízes dilaceradas, provavelmente pelo tamanho incomum da lesão.

Os odontomas geralmente não ultrapassam três centímetros de diâmetro. No entanto, odontomas gigantes (>3cm) podem ser observados em alguns casos.^{10,22} Levi-Duque et al.¹⁸ observaram 60 odontomas: 36 (60%) eram menores que 10mm e 12 (20%) maiores que 20mm. Park et al.¹⁰ descreveram que, em odontomas gigantes, a variante complexa é mais recorrente.

Na avaliação radiográfica, odontomas complexos são calcificados e aparecem como uma massa radiopaca irregular rodeada por uma margem radiolúcida delgada, o que leva a considerar diagnóstico diferencial com osteoma, displasia fibrosa, fibroma ossificante e fibro-odontoma ameloblástico.^{10,23} A radiopacidade irá depender do estágio de desenvolvimento e grau de mineralização da lesão. No estágio inicial é possível observar radiolucidez, pela ausência de calcificação dos tecidos dentários; no intermediário já é possível identificar uma calcificação parcial; enquanto isso, no terceiro estágio predomina a calcificação dos tecidos que estão rodeados pelo halo radiolúcido.^{7,10,23}

O tratamento de odontomas complexos geralmente consiste na remoção cirúrgica conservadora e na análise histopatológica para a diferenciação de outras lesões. A morbidade é baixa, o prognóstico é excelente, e recorrências são raríssimas, apesar de relatadas na literatura.²⁴ Em contraste, o tratamento de odontomas gigantes merecem atenção quanto às morbidades, pois geralmente envolvem estruturas nobres, como o nervo alveolar inferior.²² Além disso, devido ao seu tamanho exagerado, a estrutura óssea fica comprometida com a remoção da lesão, devendo ser avaliado o risco de fratura óssea patológica e a necessidade de planejar a reconstrução óssea. A depender do acesso cirúrgico utilizado, complicações quanto ao dano do nervo marginal da mandíbula, ramo do nervo facial, devem ser consideradas.²²

O caso relatado apresentava um odontoma complexo de grandes dimensões, o que levou a ser questionada a maneira de causar menor morbidade à paciente. Como a lesão foi removida parcialmente, foi possível preservar a estrutura óssea mandibular (especialmente a região basilar), diminuindo as chances de fratura mandibular patológica, grandes reconstruções ósseas e chances de lesões permanentes ao nervo alveolar inferior.

A laserterapia de baixa frequência apresenta bons resultados em cirurgias semelhantes à executada²⁵ e foi de fundamental auxílio na recuperação neural da paciente, promovendo melhora na percepção sensorial a curto prazo. O planejamento cirúrgico, a colaboração da paciente no pós-operatório e um assíduo acompanhamento clínico e radiográfico foram essenciais para o sucesso do tratamento.

CONCLUSÕES

Odontomas complexos de grandes dimensões causam expansão óssea das corticais, promovem assimetria facial e causam severas impactações dentárias. A excisão cirúrgica é o tratamento recomendado e possui baixas recorrências. Porém, em lesões grandes, a cirurgia pode trazer sérias morbidades ao paciente. A remoção parcial, nesses casos, pode ser considerada, desde que se tenha um contínuo acompanhamento clínico e radiográfico.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 2016.
2. Reddy GSP, Reddy GV, Sidhartha B, Sriharsha K, Koshy J, Sultana R. Large Complex Odontoma of Mandible in a Young Boy: A Rare and Unusual Case Report. *Case Rep Dent* 2014;2014:1–4. <https://doi.org/10.1155/2014/854986>.
3. Philipsen H, Reichart P, Prtorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997;33:86–99. [https://doi.org/10.1016/S0964-1955\(96\)00067-X](https://doi.org/10.1016/S0964-1955(96)00067-X).
4. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative Frequency of Central Odontogenic Tumors: A Study of 1,088 Cases from Northern California and Comparison to Studies from Other Parts of the World. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1343–52. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.05.019>.
5. Siriwardena BSMS, Crane H, O'Neill N, Abdelkarim R, Brierley DJ, Franklin CD, et al. Odontogenic tumors and lesions treated in a single specialist oral and maxillofacial pathology unit in the United Kingdom in 1992–2016. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2019;127:151–66. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.09.011>.
6. Fregnani ER, Fillipi RZ, Oliveira CRGCM, Vargas PA, Almeida OP. Odontomas and ameloblastomas: variable prevalences around the world? *Oral Oncol* 2002;38:807–8. [https://doi.org/10.1016/S1368-8375\(02\)00050-7](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(02)00050-7).
7. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay-Escoda C. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. *Med Oral* 2003;8:366–73.
8. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. WHO classification of head

- and neck tumours. 4th edition. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017.
9. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol* 2017;11:68–77. <https://doi.org/10.1007/s12105-017-0794-1>.
 10. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. *Imaging Sci Dent* 2018;48:289–93. <https://doi.org/10.5624/isd.2018.48.4.289>.
 11. Iatrou I, Vardas E, Theologie-Lygidakis N, Leventis M. A retrospective analysis of the characteristics, treatment and follow-up of 26 odontomas in Greek children. *J Oral Sci* 2010;52:439–47. <https://doi.org/10.2334/josnusd.52.439>.
 12. Medeiros WKD de, Silva LP, Santos PP de A, Pinto LP, Souza LB. Clinicopathological analysis of odontogenic tumors over 22 years period: Experience of a single center in northeastern Brazil. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal* 2018;0–0. <https://doi.org/10.4317/medoral.22618>.
 13. 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. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0067>.
 14. Soluk-Tekkesin M, Cakarar S, Aksakalli N, Alatli C, Olgac V. New World Health Organization classification of odontogenic tumours: impact on the prevalence of odontogenic tumours and analysis of 1231 cases from Turkey. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2020;S0266435620303089. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.06.033>.
 15. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal* 2008;13:E730-734.
 16. Kämmerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, Schneider S, Walter C, Frerich B, et al. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth—a retrospective multicentre study and literature review. *Clin Oral Investig* 2016;20:1827–35. <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1673-3>.
 17. Bagewadi SB, Kukreja R, Suma GN, Yadav B, Sharma H. Unusually large erupted complex odontoma: A rare case report. *Imaging Sci Dent* 2015;45:49–54. <https://doi.org/10.5624/isd.2015.45.1.49>.
 18. Levi-Duque F, Ardila C-M. Association between odontoma size, age and gender: Multivariate analysis of retrospective data. *J Clin Exp Dent* 2019;11:e701–6. <https://doi.org/10.4317/jced.55733>.
 19. Akerzoul N, Chbicheb S, El Wady W. Giant Complex Odontoma of Mandible: A Spectacular Case Report. *Open Dent J* 2017;11:413–9. <https://doi.org/10.2174/1874210601711010413>.
 20. Bodin I, Julin P, Thomsson M. Odontomas and Their Pathological Sequels. *Dentomaxillofac Radiol* 1983;12:109–14. <https://doi.org/10.1259/dmfr.1983.0018>.
 21. Avsever H, Kurt H, Suer T, Ozturk H, Piskin B. The prevalence, anatomic locations and characteristics of the odontomas using panoramic radiographs. *J Oral Maxillofac Radiol* 2015;3:49. <https://doi.org/10.4103/2321-3841.157523>.
 22. Bueno NP, Bergamini ML, Elias FM, Braz-Silva PH, Ferraz EP. Unusual giant complex odontoma: A case report. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2020;S2468785519302952. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.12.009>.
 23. An S-Y, An C-H, Choi K-S. Odontoma: a retrospective study of 73 cases. *Imaging Sci Dent* 2012;42:77–81. <https://doi.org/10.5624/isd.2012.42.2.77>.
 24. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent* 2005;15:37–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2005.00607.x>.
 25. Evangelista ÍG, Tabosa FBP, Bezerra AV, Araújo Neto Jr EV de. Low-Level Laser Therapy in the Treatment of Inferior Alveolar Nerve Paresthesia After Surgical Exeresis of a Complex Odontoma. *J Lasers Med Sci* 2019;10:342–5. <https://doi.org/10.15171/jlms.2019.55>.