

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ODONTOMA COMPOSTO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Lucas Venturi **Luiz**¹, Nicholas Fleck Ribeiro **Costa**¹, Filipe Colombo **Vitali**², Eduardo Oliveira Campos de **Farias**¹, Mariana Passos **De Luca**¹, Pablo Silveira **Santos**^{1*}

¹Faculdade de Odontologia, Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul, Palhoça, SC, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, Santa, SC, Brasil.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Buciais. Tumores Odontogênicos. Odontoma. Odontopediatria. Cuidados Pós-Operatórios.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste relato de caso é descrever o procedimento cirúrgico realizado para a remoção de um odontoma composto, bem como discutir as características clínicas e radiográficas, o planejamento cirúrgico e os resultados pós-operatórios. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 11 anos, compareceu ao serviço de Odontologia para uma consulta de rotina. Durante o exame clínico, observou-se que o dente 63 era o único dente decíduo que não havia esfoliado e o dente contralateral permanente correspondente (13) já havia erupcionado. Foi realizada uma radiografia periapical, na qual observou-se a presença de uma massa radiopaca, semelhante a pequenos dentículos, envolta por um halo radiolúcido, sugestiva de odontoma composto, o qual estava impedindo a reabsorção do dente 63 e consequente erupção do dente 23. Solicitou-se uma tomografia *cone beam* e, após planejamento cirúrgico, foi realizada a exérese do odontoma. A paciente foi monitorada no pós-operatório imediato para avaliar a cicatrização e a recuperação das funções orais. **Resultados:** Os desfechos cirúrgicos imediatos, avaliados sete dias após o procedimento, apresentaram-se compatíveis com a normalidade, evidenciando cicatrização por primeira intenção, recuperação funcional oral satisfatória e ausência de sinais clínicos de inflamação ou infecção. **Conclusões:** A abordagem terapêutica proposta foi considerada bem-sucedida. Ademais, destaca-se a importância de consultas de rotina nesta faixa etária, a fim de diagnosticar possíveis alterações na sequência ou na cronologia de erupção dentária.

Keywords: Oral Surgical Procedures. Odontogenic Tumors. Odontoma. Pediatric Patient. Pediatric Dentistry. Postoperative Care.

ABSTRACT

Objective: The aim of this case report is to describe the surgical procedure performed for the removal of a Compound Odontoma and to discuss its clinical and radiographic characteristics, surgical planning, and postoperative outcomes. **Case report:** An 11-year-old female patient visited the dental service for a routine check-up. During the clinical examination, it was observed that the primary tooth 63 had not exfoliated, while the contralateral permanent tooth (13) was fully erupted. A periapical radiograph revealed a radiopaque mass, resembling small teeth, surrounded by a radiolucent halo, suggestive of a compound odontoma, which was preventing the resorption of tooth 63 and the subsequent eruption of tooth 23. A cone beam computed tomography was requested, and following surgical planning, the odontoma was excised. The patient was monitored in the immediate postoperative period to assess healing and recovery of oral functions. **Results:** The immediate surgical outcomes, assessed seven days after the procedure, were within normal limits, showing primary intention healing, satisfactory oral functional recovery, and no clinical signs of inflammation or infection. **Conclusions:** The proposed therapeutic approach was considered successful. Furthermore, the importance of routine consultations in this age group is highlighted, to diagnose possible changes in the sequence or chronology of tooth eruption.

Submetido: 27 de setembro, 2024

Modificado: 06 de outubro, 2025

Aceito: 06 de outubro, 2025

*Autor para correspondência:

Pablo Silveira Santos

Endereço: Av. Pedra Branca, 25, Bloco O,

Pedra Branca, Palhoça, SC, CEP: 88137-270

Número de telefone: +55 (55) 99616-4544

E-mail: pablossant@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os odontomas são tumores odontogênicos benignos, considerados distúrbios de desenvolvimento.^{1,2} Correspondem a aproximadamente 21% a 67% de todos os tumores de origem odontogênica.^{1,2} Geralmente, são detectados em pacientes jovens, durante a segunda década de vida.¹⁻³ Além disso, estudos retrospectivos indicam que não há uma predileção significativa por sexo.^{2,4-6}

A etiologia exata dos odontomas não é completamente elucidada.⁷ No entanto, acredita-se que estejam relacionados a distúrbios ocorridos durante a odontogênese.⁷ Fatores como traumas locais, infecções e influência genética têm sido sugeridos como possíveis contribuintes para seu surgimento.^{3,4,6} Além disso, os mecanismos moleculares envolvidos na formação dos odontomas têm sido investigados. Estudos^{7,8} reportam que a sinalização alterada da via WNT, por meio da expressão da β -catenina, uma via de transdução de sinais que desempenha papel fundamental na morfogênese dentária, pode induzir a formação de dentes supranumerários, bem como de malformações ectópicas com características semelhantes às observadas em odontomas.

Os odontomas podem ser classificados em dois tipos: complexo e composto.^{1,2} O odontoma complexo consiste em uma massa amorfa desordenada de tecido calcificado.² O odontoma composto, por sua vez, caracteriza-se pela presença de pequenos denticulos que, histologicamente, apresentam tecidos dentários normais, como esmalte, dentina, polpa e cimento, dispostos de maneira desorganizada em matriz fibrosa frouxa.²

Embora sejam tumores benignos, os odontomas podem ocasionar complicações relevantes quando não diagnosticados e tratados adequadamente.^{3,9-11} Entre as complicações associadas a sua presença estão a interrupção do processo normal de erupção dentária, o que pode resultar em desalinhamento dos dentes, dificuldades mastigatórias, comprometimento estético e outras alterações orais.^{10,12,13} Além disso, em alguns casos, os odontomas podem continuar a crescer, promovendo danos aos tecidos adjacentes.^{10,12,13}

A remoção cirúrgica dos odontomas é essencial para prevenir complicações associadas e assegurar um desenvolvimento dentário saudável.^{3,9-11} A intervenção precoce e adequada é fundamental para minimizar os impactos negativos desses tumores na saúde bucal dos pacientes.^{9,10} Além disso, a excisão cirúrgica dos odontomas, quando corretamente realizada, está associada a prognóstico favorável e baixa taxa de recidiva.^{2,4,6}

Diante do exposto, o presente relato de caso teve como objetivo descrever o processo diagnóstico e o

procedimento cirúrgico realizados para a remoção de um odontoma composto em uma paciente adolescente, bem como discutir suas características clínicas e radiográficas, o planejamento cirúrgico e os resultados pós-operatórios.

RELATO DE CASO

O presente manuscrito foi reportado de acordo com as recomendações do *Case Report Guidelines* (CARE).¹⁴ Ademais, o presente relato de caso foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob parecer 7.059.339. A paciente assinou um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e a sua responsável, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente do sexo feminino, 11 anos, parda, compareceu ao serviço de Odontologia da Clínica Escola da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Campus Pedra Branca, localizado na cidade Palhoça, Santa Catarina, acompanhada de sua responsável, sem queixas principais, para uma consulta de rotina. Durante o exame clínico, observou-se a presença de um único dente decíduo (63), que não havia esfoliado (Figura 1). Observou-se, ainda, que o dente contralateral permanente correspondente (13) se encontrava completamente erupcionado. Diante deste cenário, foi realizada uma tomada radiográfica periapical da região do dente 63, na qual observou-se a presença de uma massa radiopaca, semelhante a pequenos dentes, envolta por um halo radiolúcido, sugestiva de odontoma composto, que estava impedindo a erupção do dente 23 (Figura 1). Clinicamente, não havia outro sinal sugestivo da presença do odontoma, como tumefação, por exemplo.



Figura 1: Aspecto intraoral inicial da paciente durante o exame clínico. Visão lateral, enfoque no elemento 63. Radiografia periapical do elemento 63 identificando a presença de um odontoma composto.

Adicionalmente, foi solicitada a realização de uma tomografia computadorizada do tipo *cone beam* para determinar precisamente a localização e as dimensões do odontoma (Figura 2), com o intuito de realizar um planejamento cirúrgico seguro. O planejamento foi realizado

em colaboração dos professores da disciplina de Odontopediatria e um professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial.

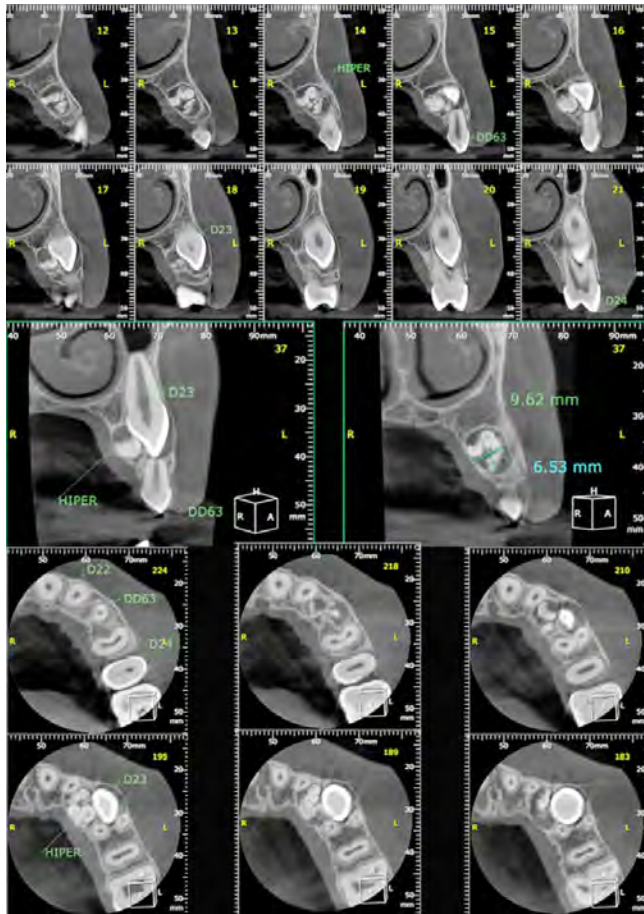


Figura 2: Cortes transversal, coronal e axial da região do elemento 63, determinando as dimensões do tumor e loja óssea.

A partir do exame clínico e dos exames radiográficos complementares, foi planejada uma abordagem cirúrgica conservadora para a remoção completa do odontoma composto localizado na região esquerda da maxila, especificamente em palato duro, visando a desobstrução dos fragmentos do tumor na região de erupção do elemento 23, além de resolver quaisquer outros problemas funcionais decorrentes da presença do odontoma. A remoção completa do tumor odontogênico foi considerada essencial para garantir o correto desenvolvimento da arcada dentária, prevenir complicações futuras e promover a saúde bucal a longo prazo.

Antes da intervenção cirúrgica propriamente dita, a paciente foi submetida a uma avaliação clínica completa, incluindo anamnese e exame clínico minucioso, durante o qual sua pressão arterial foi aferida. Os registros indicaram que a pressão arterial da mesma estava dentro dos parâmetros de normalidade para sua faixa etária, com uma leitura de 112/74 mmHg.

Sequencialmente, após montagem da bancada cirúrgica e paramentação do operador e auxiliar, foram, inicialmente, realizados bloqueios dos nervos infraorbital esquerdo, nervo alveolar superior posterior esquerdo, nervo palatino maior esquerdo e nervo nasopalatino. Ademais, foram realizadas anestésias infiltrativas complementares, utilizando o sal anestésico de Articaina 4% com Epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil), totalizando 2,5 tubetes (limite de 3 tubetes de acordo com o peso corporal da paciente).

A exodontia do elemento 63 foi realizada a partir de uma incisão intrasulcular com cabo de bisturi equipado com uma lâmina de nº 15, seguido de descolamento periosteal com descolador de Molt nº 9 e periótomo duplo. A exérese do elemento foi efetuada com um fórceps pediátrico nº1 (Figura 3).

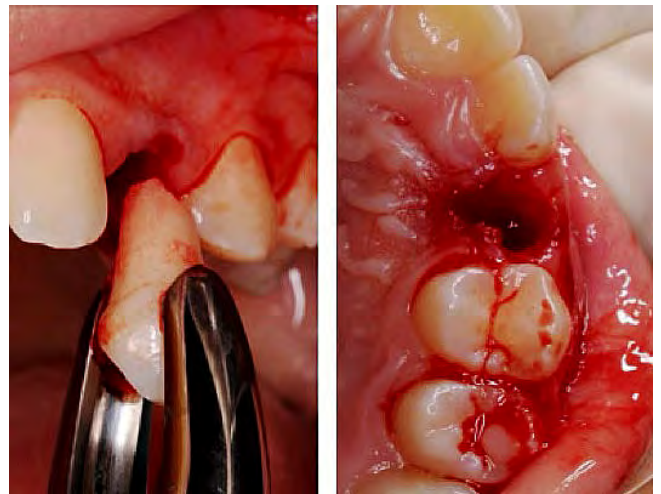


Figura 3: Exodontia do elemento 63 e vista oclusal do alvéolo após a remoção.

Em seguida, foi realizada uma incisão com retalho do tipo envelope do elemento 21 até o elemento 25 na porção palatal, seguido de um descolamento mucoperiosteal com Descolador de Molt nº9. Com o auxílio de um Fio de Nylon 4-0, foi efetuado o afastamento do tecido mole descolado para melhor visualização do campo cirúrgico.

Para acesso ao odontoma composto, foi realizada uma osteotomia com broca esférica (carbide nº 6) equipada em peça de mão reta, com irrigação direta na ponta ativa com soro fisiológico 0,9%. A remoção dos fragmentos (Figura 4) foi efetuada com cureta de Lucas e periótomo duplo. No total, foram removidos quatro fragmentos (Figura 5). O folículo pericoronário foi retirado com um cabo de bisturi equipado de uma Lâmina de nº 15. Foi realizada irrigação final da loja óssea (Figura 4) e demais tecidos moles circundantes com soro fisiológico 0,9%, para remoção de quaisquer impurezas ou remanescentes de fragmentos. A síntese foi realizada com fio de nylon 4-0, utilizando pontos do tipo simples. Suturou-se a região de palato duro e o alvéolo do elemento 63 extraído (Figura 4).

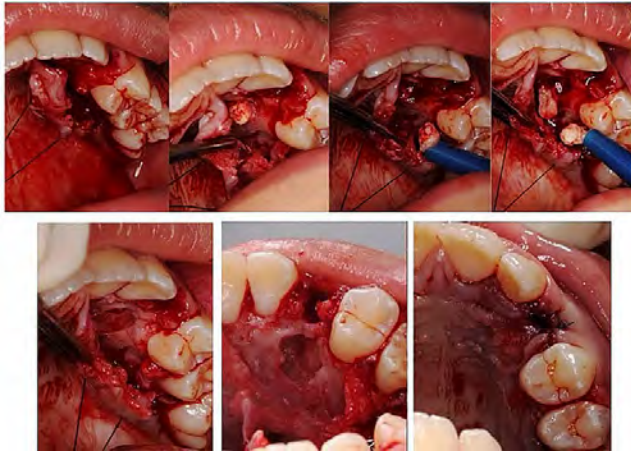


Figura 4: Afastamento do retalho e visualização de um dos fragmentos do odontoma após osteotomia. Remoção dos fragmentos do odontoma composto. Aspecto da loja óssea após a remoção dos fragmentos. Aspecto final do alvéolo e palato duro após síntese e hemostasia efetiva.

Finalizado o procedimento cirúrgico, mensurou-se o comprimento do elemento 63 extraído, o comprimento dos fragmentos do odontoma composto e do folículo pericoronário. O elemento 63 apresentava 13 mm de comprimento, os fragmentos do tumor odontogênico apresentavam, em média, 5mm de comprimento e o folículo pericoronário apresentava 10 mm de comprimento (Figura 5).

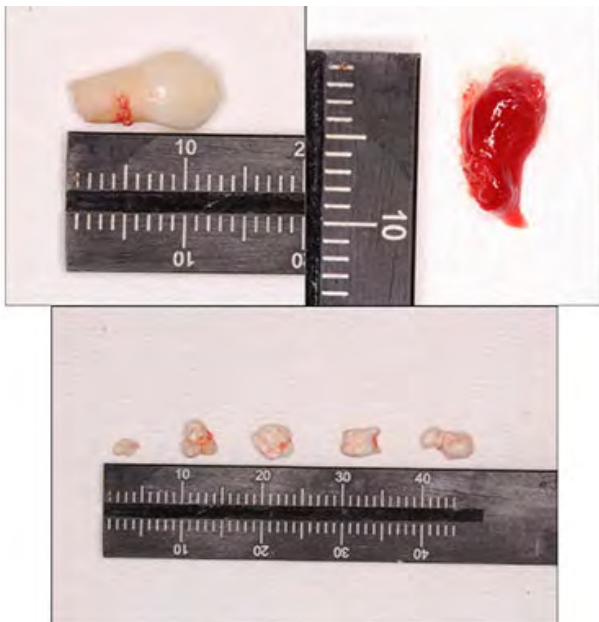


Figura 5: Aspecto do elemento 63 extraído com 13 mm de comprimento. Aspecto do folículo pericoronário removido, com aproximadamente 10mm de comprimento. Aspecto dos quatro fragmentos removidos, com 5 mm de comprimento, em média. Uma das cúspides de um dos fragmentos foi fraturada durante sua remoção.

Durante o pós-operatório, foram prescritos os seguintes medicamentos: Amoxicilina 250 mg/ml de oito em oito horas durante sete dias, Ibuprofeno 100 mg/ml de oito

em oito horas durante três dias e Dipirona 500 mg/ml de seis em seis horas durante três dias ou até a sintomatologia dolorosa cessar. Além disso, administrou-se Dexametasona 4 mg 12 horas antes do procedimento, uma hora antes do procedimento e 12 horas após o procedimento para evitar a exacerbação do edema.

A paciente foi monitorada no pós-operatório imediato e sua responsável instruída sobre os cuidados necessários, com acompanhamento clínico em intervalos regulares para avaliar a cicatrização e a recuperação da função. A cirurgia de remoção do odontoma composto foi bem-sucedida, com a remoção completa de todos os fragmentos do tumor odontogênico. Durante o procedimento, a loja óssea ficou com seus limites bem definidos. Ademais, o folículo pericoronário foi cuidadosamente removido.

A paciente compareceu sete dias após a intervenção cirúrgica para remoção dos pontos de sutura e avaliação geral. A cicatrização dos tecidos ocorreu por primeira intenção (Figura 6), acompanhada de recuperação funcional oral adequada ao tempo pós-operatório. Ademais, não foram observados sinais de inflamação ou infecção. Uma radiografia periapical final foi realizada após o procedimento cirúrgico (Figura 6), confirmando a remoção completa dos fragmentos do odontoma e evidenciando espaço relativamente livre para a erupção do elemento 23.



Figura 6: Aspecto clínico da cicatrização alveolar no retorno de controle pós-operatório. Aspecto clínico após a remoção dos pontos. Radiografia periapical final da região do elemento 23. Enfoque na remoção completa dos fragmentos.

Ponderou-se, no entanto, que devido ao estágio de rizogênese atual, é pouco provável que o dente permanente erupcionará sem intervenção adicional. A responsável foi informada que, possivelmente, será necessário realizar o tracionamento ortodôntico do dente permanente para que erupcione corretamente. Desta forma, a paciente foi encaminhada ao curso de Especialização em Ortodontia da UNISUL, a fim de realizar o acompanhamento e para a colagem de um botão ortodôntico, que auxiliará no tracionamento do dente permanente, caso a erupção espontânea não ocorra.

Esses resultados evidenciam a eficácia do procedimento cirúrgico e a necessidade de acompanhamento ortodôntico para garantir a correta erupção do dente afetado, proporcionando uma solução completa para a condição odontológica apresentada pela paciente.

DISCUSSÃO

O presente relato de caso clínico teve como objetivo descrever o processo diagnóstico e o planejamento cirúrgico realizados para a remoção de um odontoma composto, identificado em uma paciente adolescente durante uma consulta odontológica de rotina, em razão da retenção prolongada de um canino decíduo e do consequente atraso na erupção do sucessor permanente.

Os odontomas, tumores de origem odontogênica mais prevalentes, podem ser encontrados em qualquer região da cavidade bucal próxima a dentes.^{3,4,15} No entanto, a localização mais comum é a maxila, especialmente na região anterior.¹⁶ Devido à sua apresentação assintomática, o seu diagnóstico é frequentemente realizado em exames radiográficos de rotina.^{4,6} Os odontomas compostos são frequentemente localizados na prevenir recidivas e o desenvolvimento de cistos odontogênicos.^{2,19} A excisão completa dessas estruturas é essencial para garantir a saúde bucal a longo prazo, além de prevenir recidivas e formação de cistos odontogênicos.¹⁹

A abordagem pós-operatória deve incluir o monitoramento radiográfico da região afetada para assegurar a ausência de remanescentes, bem como acompanhar a erupção dos dentes impactados associados.^{7,19} O manejo ideal do dente impactado prioriza sua conservação e reposicionamento na arcada dentária.^{7,19} No entanto, quanto mais tardiamente ocorrer a detecção do odontoma, menores são as chances de reposicionamento espontâneo do dente.^{10,11} Frequentemente, torna-se necessário planejar o tracionamento ortodôntico dos dentes impactos^{10,11} e, em casos mais severos, especialmente aqueles diagnosticados em pacientes adultos, pode ser considerada a extração do dente permanente associado, quando não for possível seu reposicionamento,

seguida de planejamento reabilitador com implantes dentários.^{7,19} No presente caso, por tratar-se de uma paciente jovem, optou-se por uma abordagem terapêutica conservadora. A paciente será monitorada periodicamente para acompanhamento do reposicionamento do dente permanente e o tracionamento ortodôntico será considerado se, ao longo do período de acompanhamento, verificar-se a ausência de movimentação do dente.

Uma limitação do presente relato de caso refere-se à ausência de análise histopatológica da lesão excisada. O odontoma composto, principalmente quando apresenta calcificação completa, exibe uma imagem radiográfica característica, com múltiplas estruturas semelhantes a dentes, de tamanhos e formas variados, circundadas por uma delgada zona radiolúcida. De acordo com Neville e colaboradores (2025),²⁰ os achados radiográficos costumam ser suficientes para o diagnóstico, sendo o odontoma composto raramente confundido com outras lesões. O odontoma complexo, por outro lado, pode ser confundido radiograficamente com osteomas ou outras lesões ósseas altamente calcificadas.²⁰ De todo modo, a análise histopatológica é recomendada para confirmar o diagnóstico. No odontoma composto, observam-se, histologicamente, tecidos dentários, como esmalte, dentina e tecido pulpar, todavia dispostos de maneira desorganizada em matriz fibrosa frouxa.²⁰

Apesar das limitações, o caso clínico apresentado destaca a importância da avaliação cuidadosa e do planejamento cirúrgico conservador no tratamento de pacientes com odontomas compostos, especialmente considerando pacientes pediátricos. Uma minuciosa anamnese, associada a exames intra e extraorais detalhados, desempenha um papel crucial na identificação precoce de condições odontológicas complexas, como os odontomas. No caso em questão, o conhecimento acerca da cronologia de erupção dentária foi fundamental para identificar a presença da anomalia e planejar o tratamento de forma conservadora, visando a preservação da saúde bucal e o correto desenvolvimento da arcada dentária da paciente.

A abordagem cirúrgica realizada demonstrou ser eficaz na remoção completa do tumor odontogênico, garantindo a desobstrução dos fragmentos na região do elemento 23. Além disso, a orientação para acompanhamento ortodôntico ressalta a importância do cuidado contínuo e multidisciplinar no manejo desses casos.

Por fim, o presente relato de caso enfatiza a importância de uma abordagem integrada e individualizada no manejo de condições odontológicas complexas em pacientes pediátricos, destacando a colaboração interdisciplinar e a necessidade de acompanhamento contínuo para promover o bem-estar e a saúde bucal a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Olgac V, Koseoglu BG, Aksakalli N. Odontogenic tumours in Istanbul: 527 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006;44(5):386-8. **doi:** 10.1016/j.bjoms.2005.07.002.
2. Tekkesin MS, Pehlivan S, Olgac V, Aksakallı N, Alatlı C. Clinical and histopathological investigation of odontomas: review of the literature and presentation of 160 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(6):1358-61. **doi:** 10.1016/j.joms.2011.05.024.
3. Isola G, Cicciù M, Fiorillo L, Matarese G. Association Between Odontoma and Impacted Teeth. *J Craniofac Surg.* 2017;28(3):755-758. **doi:** 10.1097/SCS.0000000000003433.
4. Boffano P, Cavarra F, Brucoli M, Ruslin M, Forouzanfar T, Ridwan-Pramana A, *et al.* The epidemiology and management of odontomas: a European multicenter study. *Oral Maxillofac Surg.* 2023;27(3):479-487. **doi:** 10.1007/s10006-022-01091-w.
5. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Rivera LMRG, Meneses-García A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84(6):672-5. **doi:** 10.1016/s1079-2104(97)90371-1.
6. Levi-Duque F, Ardila CM. Association between odontoma size, age and gender: Multivariate analysis of retrospective data. *J Clin Exp Dent.* 2019;11(8):e701-e706. **doi:** 10.4317/jced.55733.
7. França GM, Carlan LM, Pires HF, Oliveira CN, Santos PPA, Galvão HC. Higher immunoexpression of CK14 from the Wnt-1/β-catenin pathway in the development of odontomas. *Braz Dent J.* 2023;34(6):110-120. **doi:** 10.1590/0103-6440202305452.
8. Xavier GM, Patist AL, Healy C, Pagrut A, Carreno G, Sharpe PT, *et al.* Activated WNT signaling in postnatal SOX2-positive dental stem cells can drive odontoma formation. *Sci Rep.* 2015;28(5):14479. **doi:** 10.1038/srep14479.
9. Zalan AK, Maxood A, Babar P, Gul A, Nisar H, Anser M. Compound odontoma in a nine-years-old boy associated with impacted permanent central and lateral incisor - a case report. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(12):2277-2280. **doi:** 10.47391/JPMA.877.
10. Pillai A, Moghe S, Gupta MK, Pathak A. A complex odontoma of the anterior maxilla associated with an erupting canine. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013200684. **doi:** 10.1136/bcr-2013-200684.
11. Silva VSDAD, Pedreira RDPG, Sperandio FF, Nogueira DA, Carli MLD, Hanemann JAC. Odontomas are associated with impacted permanent teeth in orthodontic patients. *J Clin Exp Dent.* 2019;11(9):e790-e794. **doi:** 10.4317/jced.56101.
12. Goswami M, Johar S. Surgical Removal of Odontoma: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2020;13(Suppl 1):S122-S124. **doi:** 10.5005/jp-journals-10005-1889.
13. Marimuthu M, Prabhu AR, Kalyani P, Murali S, Senthilnathan P, Ramani P. Complex-compound Odontome with 526 Denticles: A Unique Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2022;15(6):789-792. **doi:** 10.5005/jp-journals-10005-2460.
14. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, Schoen-Angerer T, Tugwell P, *et al.* CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 2017;89:218-235. **doi:** 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026.
15. Cuesta SA, Albiol JG, Aytés LB, Escoda CG. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Med Oral.* 2003;8:366-73. PMID: 14595262
16. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(11):E730-4. PMID: 18978716.
17. Zanettini LMS, Noronha RDA, Andriola FDO, Pagnoncelli RM. Odontoma composto associado a incisivo central superior impactado: relato de caso. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo.* 2019;24(1):38-43. **doi:** 10.5335/rfo.v24i1.8649.
18. Nascimento LHA, Deip LFA, Silva TDS, Nascimento SLCD. Torres RS, Tavares PMH, *et al.* Odontoma composto em região anterior da maxila. *Rev Uningá.* 2019;56(S3):52-57. **doi:** 10.46311/2318-0579.56.eUJ2610.
19. Pacifici A, Carbone D, Marini R, Pacifici L. Surgical Management of Compound Odontoma Associated with Unerupted Tooth. *Case Rep Dent.* 2015;902618. **doi:** 10.1155/2015/902618.
20. Neville BW, Douglas DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 5. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025. E-book.