



Instituto Odontológico de Pós Graduação - IOPG

PEDRO HENRIQUE BOESSO DIAS

Tratamento em pacientes com agenesia dos incisivos laterais inferiores

BAURU/SP

2023



Instituto Odontológico de Pós Graduação - IOPG

## Tratamento em pacientes com agenesia dos incisivos laterais inferiores

Artigo apresentado ao curso de Ortodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para conclusão do curso de Pós Graduação Lato Sensu em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Fabricio Pinelli Valarelli

BAURU/SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

DIAS, Pedro Henrique Boesso.

Tratamento em pacientes com agenesia dos incisivos laterais inferiores /  
Pedro Henrique Boesso Dias – 2023

30 f.: il. 14

Orientador: Prof. Dr. Fabricio Pinelli

Monografia (especialização) - Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas,  
2023.

1. Introdução. 2. Relato de Caso clínico. 3. Resultados. 4. Discussão. 5.  
Conclusão.



Instituto Odontológico de Pós Graduação - IOPG

Monografia intitulada “Tratamento em pacientes com agenesia dos incisivos laterais inferiores” de autoria do aluno Pedro Henrique Boesso Dias, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli – FACSETE

---

Prof. Dr.– FACSETE

---

Prof. Dr – FACSETE

BAURU/SP

2023

## RESUMO

A agenesia dentária é uma condição congênita que pode afetar tanto a dentição decídua quanto a permanente, se manifesta de diferentes formas, atingindo todos ou parte dos dentes. Dependendo do número e localização dos dentes ausentes, pode afetar a estética, a mastigação, a fala e o equilíbrio da oclusão. Neste trabalho, foi discutido o plano de tratamento para resolução dessa condição e apresentado um caso clínico com agenesia dos incisivos laterais inferiores, para o qual a opção de tratamento indicada foi a extração dentária dos primeiros pré molares superiores e o fechamento de espaço. No acompanhamento por sete anos após o tratamento, verificou-se estabilidade oclusal, adequada intercuspidação em Classe I e a paciente demonstrando satisfação com o resultado obtido.

**Palavras-chave:** Anodontia, técnicas de movimentação dentária, extração dentária.

## **ABSTRACT**

Agenesis is a congenital condition that can affect both deciduous and permanent dentition, manifesting in different ways, affecting all or some of the teeth. Depending on the number and location of missing teeth, it can affect aesthetics, chewing, speech and occlusion balance. In this study, the treatment plan to solve this condition was discussed and a clinical case with agenesis of lower lateral incisors was presented, for which the indicated treatment option was tooth extraction of the first upper pre molars and space closure. At seven-year follow-up after treatment, occlusal stability, adequate intercuspation in Class I was observed and the patient was satisfied with the obtained result.

**Keywords:** Anodontia, Tooth movement techniques, Tooth extraction.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

NiTi          Níquel-Titânio

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fotografias Extrabucais Iniciais.....	13
Figura 2 -	Fotografias Intrabucais Iniciais.....	14
Figura 3 -	Telerradiografia Inicial.....	15
Figura 4 -	Fotografias Intrabucais após colagem dos acessórios superiores.....	16
Figura 5 -	Fotografias intrabucais após colagem dos acessórios inferiores.....	16
Figura 6 -	Fotografias intrabucais após realização da colagem dos segundos molares superiores.....	17
Figura 7 -	Fotografias extrabucais finais.....	18
Figura 8 -	Fotografias intrabucais finais.....	18
Figura 9 -	Radiografia panorâmica final.....	18
Figura 10 -	Telerradiografia Final.....	19
Figura 11 -	Fotografias intrabucais após 07 anos de tratamento.....	19
Figura 12 -	Fotografias extrabucais após 07 anos de tratamento.....	20
Figura 14 -	Sobreposição dos traçados cefalométricos do Início e final de tratamento. Sobreposições em Base do crânio, plano palatino e plano mandibular.	22



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variáveis cefalométricas do paciente.....	23
------------	---	----

# SUMÁRIO

1.	Introdução.....	11
2.	Relato de caso clínico.....	13
2.1	Diagnóstico.....	13
2.2	Opções de tratamento.....	15
2.3	Evolução do tratamento.....	15
2.4	Controle.....	19
3.	Resultados.....	21
4.	Discussão.....	24
5.	Conclusão.....	26
	Referências Bibliográficas.....	27

## 1. Introdução

Nos dias de hoje, a procura por um tratamento ortodôntico e um sorriso harmônico está cada vez mais comum nos consultórios odontológicos. A busca por um sorriso que traga uma boa aceitação da sociedade e uma função satisfatória está cada vez mais em alta. As maloclusões podem ser definidas como qualquer alteração na relação de oclusão e ocorrem devido a anormalidades de forma e função dos tecidos moles, bases ósseas, dentes e articulação temporomandibular.

Dentes congênitos ausentes são uma das anomalias dentárias mais comuns que podem ser denominadas como agenesia dentária. Os dentes ausentes congenitamente mais comuns são os incisivos laterais superiores, seguidos pelo segundo pré-molares e incisivos centrais inferiores. Pode haver ausência unilateral ou bilateral de dentes.<sup>[1]</sup> A falta congênita de dentes decíduos é rara na ocorrência, com uma prevalência de 0,1 a 0,9%, em comparação com a dentição permanente, com uma taxa de prevalência de 2 a 10%.<sup>[2]</sup> Ausência congênita de incisivos inferiores exibiu etnia racial em relação à população japonesa, chinesa e coreana. As mulheres têm mostrado maior predileção do que os homens.<sup>[3]</sup>

A etiologia exata da agenesia congênita de ambos os incisivos centrais é desconhecida, mas vários fatores como radiação, trauma, infecção, distúrbios metabólicos e idiopáticos são os possíveis fatores.<sup>[4]</sup> Atualmente, quatro teorias são consideradas para explicar principalmente para a causa da agenesia dos incisivos. A causa primária é a hereditariedade e a segunda é; distúrbios do desenvolvimento da sínfise mandibular que podem afetar os tecidos formadores dos germes dentários<sup>[5]</sup>. Em terceiro lugar, uma redução da dentição para encaixar nas arcadas dentárias encurtadas que é por tentativa da natureza<sup>[6]</sup> e, finalmente, distúrbio do sistema endócrino e inflamação ou infecções localizadas na mandíbula e afeta os germes dentários.<sup>[7]</sup>

A agenesia dos incisivos mandibulares tem um grande efeito no crescimento e na morfologia da sínfise mandibular. Foi demonstrado que pacientes com ausência de incisivos centrais inferiores bilaterais exibem uma área de sínfise mandibular significativamente menor do que os pacientes saudáveis.<sup>[8]</sup> Os outros resultados da agenesia de incisivos inferiores bilaterais são falta de suporte lingual e distúrbio no equilíbrio de pressão língua-lábio e má oclusão.

Existem duas opções de tratamento para substituir a agenesia, que são a abertura de espaço para próteses e o fechamento de espaço com dentes próximos.<sup>[9], [10], [11]</sup> O tratamento de fechamento ou abertura de espaço deve ser decidido considerando uma série de aspectos em que o objetivo final é alcançar boa estética, saúde periodontal e função a longo prazo. muitas coisas devem ser consideradas para escolher o tratamento, incluindo análise funcional, análise de modelo e análise cefalométrica.<sup>[12]</sup>

Os objetivos do tratamento são manter os dentes remanescentes, recuperar a função mastigatória e estética, melhorar a fala e construir o bem-estar emocional e psicológico.<sup>[13]</sup>

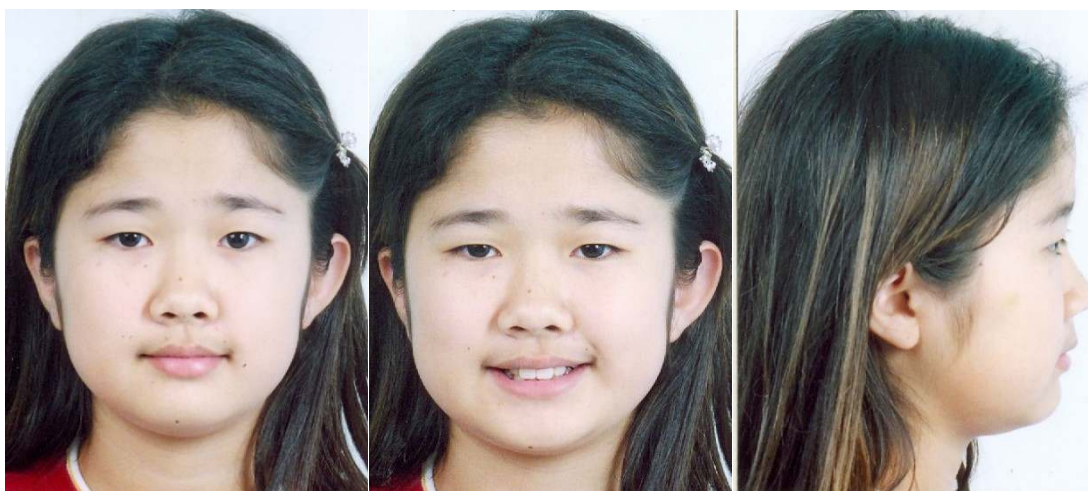
Deste modo, esse trabalho tem como objetivo mostrar um relato de caso de uma paciente com agenesias dentárias dos incisivos laterais inferiores e foi proposto como tratamento mais viável a extração dentária no arco superior e o fechamento de espaço.

## 2. Apresentação do caso clínico

Paciente sexo feminino, 10 anos, procurou a clínica de ortodontia do IOPG em Bauru-SP em busca de um tratamento ortodôntico. A principal queixa da paciente era a agenesia dos incisivos laterais inferiores e os espaços entre os dentes.

### 2.1 Diagnóstico

Na análise extrabucal observa-se uma simetria facial harmônica, padrão facial I, selamento labial passivo, sorriso sem exposição gengival, linha média adequada a face e perfil reto.



**Figura 1 (A-C) : Fotografias extrabucais iniciais.**

Na análise intrabucal diagnosticou-se Classe I de molares, caninos em erupção, linha média dentária superior ligeiramente desviada para a direita em relação ao arco dentário inferior, ausência de mordida cruzada posterior e mordida aberta anterior. Também, observou-se a ausência dos dentes 32 (incisivo lateral inferior direito) e 42 (incisivo lateral inferior esquerdo).



**Figura 2 (A-E) : Fotografias intrabucais iniciais.**

Na radiografia panorâmica observou-se aspecto de normalidade entre os dentes e ossos adjacentes e os caninos superiores ainda em erupção.



**Figura 3 : Radiografia panorâmica inicial.**

Na telerradiografia notou-se bom posicionamento das bases ósseas, incisivos superiores retroinclinados e incisivos inferiores levemente lingualizados.

Na telerradiografia notou-se bom posicionamento das bases ósseas, incisivos superiores retroinclinados e incisivos inferiores levemente lingualizados.



**Figura 4 : Telerradiografia inicial.**

## **2.2 Escolha do plano de tratamento:**

Após a realização de análises clínicas e radiográficas foram propostas a paciente as seguintes formas de tratamento: Foram sugeridos os tratamentos:

- Extrações dos dentes 14 e 24 (primeiros prés molares superiores).
- Abertura de espaço para posterior instalação de implantes.

O plano de tratamento escolhido foi o de extrações dos dentes 14 e 24.

## **2.3 Evolução do tratamento**

Realizada exodontia via alveolar simples dos dentes 14 e 24, sem intercorrências. Então foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição Roth, com slot .022"x.030" (Morelli Ltda, Sorocaba, São Paulo, Brasil). Nas fases de alinhamento e nivelamento foi utilizada a seguinte sequência de fios de níquel-titânio (NiTi) .014", .016", .018", .017"x.025" .019"x.025" também associado aos fios de aço .018" e .020" para acentuação da curva de spee. Uso de elásticos 3/16 força média em cadeia para total fechamento dos espaços remanescentes e elásticos 3/16 força média intermaxilares para correção da discrepância transversal na região anterior e posterior. Elásticos verticais anteriores



3/16 força média também foram utilizados com o propósito de melhorar a intercuspidação entre os dentes anteriores. Posteriormente foram feitos desgastes na região anterior inferior para finalização do tratamento.



**Figura 5 (A-C) : Fotografias intrabucais após instalação dos acessórios superiores.**

Com 05 meses de tratamento, foi realizada a colagem dos acessórios inferiores e a colagem dos dentes 13 e 23 (caninos superiores) e iniciado o processo de alinhamento e nivelamento com fio NiTi .0,14" no arco superior e fio NiTi .0,16" no inferior, evoluindo para o fio NiTi .0,18" em ambos os arcos. Chegando nos fios retangulares com curva superior e inferior Aço .017"x .025" e elástico corrente superior e inferior associado ao uso de elástico 3/16 força média Classe II do lado esquerdo.



**Figura 6 (A-E) : Fotografias intrabucais após instalação dos acessórios inferiores.**

Manteve a mecânica com os elásticos corrente e elástico 3/16 força média de Classe II lado esquerdo pelos próximos meses e foi removido o fio de curva inferior e feito desgastes inferiores e recolagem do dente 43 (canino inferior direito) e



colagem do 17 (segundo molar superior direito) e 27 (segundo molar superior esquerdo) e regrediu-se o fio superior para NiTi .018”.



**Figura 7 (A-E): Fotografias intrabucais após realização da colagem dos segundos molares superiores.**

Na sequência, manteve-se a corrente superior e inferior e feito torque vestibular anterior inferior e também desgastes anteriores inferiores e foi iniciado o uso de elástico 3/16 força média Classe III lado direito uso contínuo. Caminhando para a finalização do tratamento, após melhora na correção da oclusão foi também iniciado o uso de elástico 3/16 força média de intercuspidação bilateral noturno.

Após dois anos e três meses de tratamento o caso foi encerrado com o paciente sendo moldado para contenção superior Hawley e sendo colocada a contenção 3x3 inferior. Após a finalização do tratamento com a remoção do aparelho pode-se observar que o tratamento ortodôntico convencional proporcionou uma oclusão adequada finalizando em Classe I de molares e caninos bilateralmente. Além disso, a linha média superior terminou coincidente com o plano sagital mediano superior com o paciente apresentando uma boa exposição dos incisivos superiores.



**Figura 8 (A-C): Fotografias extrabucais finais.**



**Figura 9 (A-E): Fotografias intrabucais finais.**



**Figura 10: Radiografia panorâmica final.**



**Figura 11 : Telerradiografia final.**

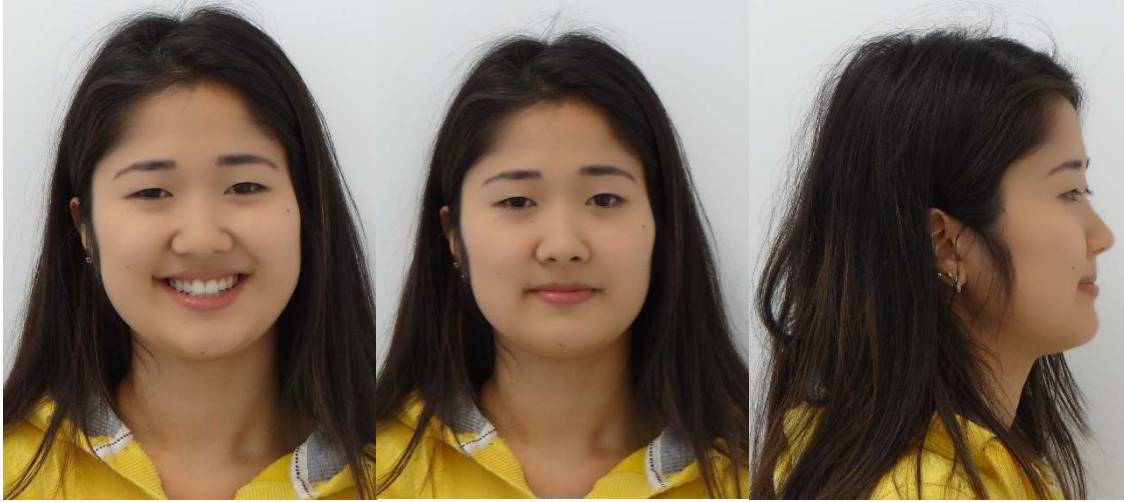
#### **2.4 Controle**

O paciente usou contenção removível superior com aparelho de Hawley e contenção fixa 3X3 inferior.

Na consulta controle após sete anos a remoção do aparelho fixo, observou-se boa estabilidade dentária (Figura 12), sorriso harmônico e perfil bom (Figura 13).



**Figura 12 (A-E) : Fotografias intrabucais após 07 anos de tratamento.**



**Figura 13 (A-C) : Fotografias extrabucais após 07 anos de tratamento.**

### 3 RESULTADOS

As alterações esqueléticas observadas após o tratamento ortodôntico foram por conta do crescimento da paciente e não por conta do tratamento em si. Visto que o tratamento ortodôntico vai ter alteração dento-alveolar e não esquelética (Tabela 1) (Figura 14). Essas alterações foram mais evidentes na mandíbula que aumentou em 7,1 mm o seu comprimento efetivo. (Co-Gn), o que houve por conta do crescimento da paciente. O tamanho efetivo da maxila (Co-A) teve um aumento de 3,4 mm também por conta do crescimento da paciente.

A relação maxilomandibular apresentou melhora principalmente visualizada pela variável Wits (de -1,5 para -0,5).

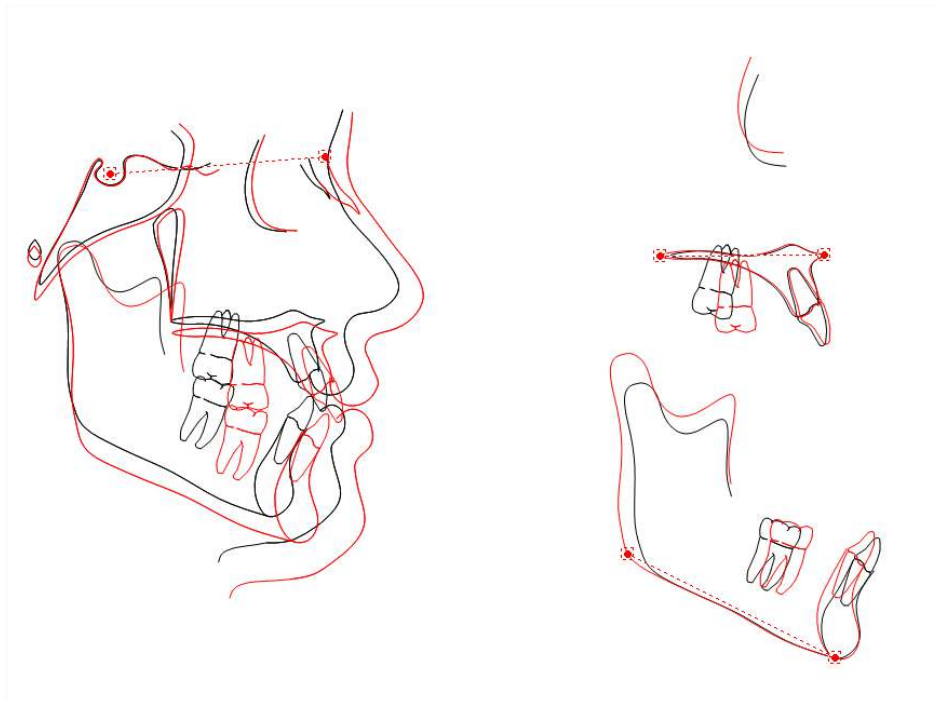
No componente vertical, houve um aumento significativo na AFAI, com um ganho de 2,5 mm.

Os incisivos superiores sofreram uma vestibularização de  $4,0^\circ$  (IS.NA( $^\circ$ )) com protusão de 2,2 mm e intrusão de 0,5mm. Já os molares superiores se movimentaram com uma distalização de 6,0mm, extrusão de 4,0mm e angulação distal de  $14,2^\circ$

No componente dentoalveolar inferior, os incisivos sofreram uma vestibularização de  $1,1^\circ$ , retrusão de 0,8mm e extrusão de 1,7mm. Já os molares apresentaram distalização de 4,6mm, extrusão 0,6mm e uma significativa angulação distal de  $2,1^\circ$ .

Diminuição de 0,4mm de overjet e diminuição de 1,1mm da sobremordida  
Em relação ao perfil facial, por conta das extrações, obteve-se diminuição na convexidade facial (G'-Sn-Po') 1,0, assim como no ângulo nasolabial com abertura significativa de  $2,1^\circ$ , houve uma retrusão labial inferior de 0,4 e superior não teve alteração significativa.





**Figura 14 – Sobreposição dos traçados cefalométricos do Início e final de tratamento. Sobreposições em Base do crânio, plano palatino e plano mandibular. Preto= Início / Vermelho= final de tratamento ortodôntico.**

Variáveis cefalométricas	Inicial (T1)	Final (T2)
--------------------------	--------------	------------

<b>Componente maxilar</b>		
SNA (°)	86.2	85.7
Co-A (mm)	67.5	70.9
<b>Componente mandibular</b>		
SNB (°)	82.0	82.7
Co-Gn(mm)	93.1	100.2
<b>Relação entre maxilla e mandíbula</b>		
ANB (°)	4.2	3.0
Wits (mm)	-1,5	-0,5
<b>Componente vertical</b>		
FMA (°)	28.5	27,7
SN.GoGn (°)	28.3	27.1
SN.POcl (°)	16.4	13.7
AFAI (mm)	54.4	56.9
<b>Componente dentoalveolar superior</b>		
IS.NA (°)	21.0	25.0
IS-NA (mm)	2,7	4.9
IS-PP (mm)	24.1	23.6
MS-PTV (mm)	9.0	15.0
MS-PP (mm)	14.6	18.6
MS.SN (°)	73.3	87.5
<b>Componente dentoalveolar inferior</b>		
II.NB (°)	23.9	25.0
II-NB (mm)	4.8	4.0
II-GoMe (mm)	31.4	33.1
MI-coroa/sínfise (mm)	16.5	11.9
MI-GoMe (mm)	24.9	25.5
Mi.GoMe (°)	82.4	80.3
<b>Relações dentárias</b>		
Sobressaliência (mm)	3.8	3.4
Sobremordida (mm)	3.2	2.1
<b>Perfil tegumentar</b>		
LS-Plano E (mm)	-6.1	-6.0
Li-Plano E (mm)	-4,0	-3.6
Convexidade Facial (G'-Sn-Po') (°)	7.2	6.2
ANL (°)	100.8	102.9

**Tabela 1– Variáveis Cefalométricas ao Início do tratamento e após o tratamento.**

## 4. Discussão

Ao analisar os relatos de autores na literatura, pode-se observar que o diagnóstico da agenesia bilateral de incisivos laterais inferiores é incomum Segundo Endo et al. (2006), vários fatores etiológicos têm sido sugeridos para a agenesias, como trauma, infecções, radiações, distúrbios idiopáticos e metabólicos.<sup>[14]</sup> Já segundo Newman, a causa primária ainda é um fator familiar, em segundo as anomalias no desenvolvimento das sínfises mandibulares e, em terceiro, uma redução da dentição considerada como tentativa de encaixar os arcos dentados encurtados.<sup>[15]</sup>

Em concordância, estudos populacionais mostraram que a agenesia dentária pode se manifestar como um achado isolado ou parte de uma síndrome. As formas isoladas podem ser esporádicas, semelhantes ao caso descrito, ou familiar. A agenesia dentária familiar pode ser resultado de um único defeito de gene dominante, recessivo ou ligado a X.<sup>[16]</sup>

Sobre o diagnóstico da agenesia na dentição permanente, em geral deve ser feito o mais precoce possível, acompanhando a sincronia idade dentária e idade cronológica. Dessa forma, pacientes com agenesia tendem a apresentar um desenvolvimento odontogênico mais lento e a idade dentária atrasada em relação à idade cronológica.<sup>[17]</sup> Os jovens com agenesias dentárias geralmente alcançam a maturidade oclusal mais tardiamente. A dentadura permanente pode se completar alguns anos mais tarde do que a idade usual, por isso, o Ortodontista não deve se apressar em iniciar a fase 2 do tratamento ortodôntico em tais pacientes.<sup>[17]</sup> O diagnóstico precoce aliado ao tratamento ortodôntico corretivo tardio representaria a combinação perfeita nos casos com padrão de anomalias dentárias associadas. No caso clínico em questão, a fase de tratamento ortodôntico fixo foi indicado logo após o diagnóstico, tendo em vista que a paciente já se apresentava numa fase mais avançada do desenvolvimento da dentição, estando inclusive com os espaços na região dos dentes 32 e 42 já fechados pela migração mesial dos dentes vizinhos.<sup>[17]</sup>

Para Buschang et al. (1992), a agenesia do incisivo inferior pode determinar grande efeito no crescimento e na morfologia da sínfise mandibular. Os autores demonstraram que as mudanças verticais e de crescimento horizontal durante a infância e a puberdade foram mais pronunciadas na metade superior da sínfise mandibular, resultando em aumento na altura do corpo mandibular.<sup>[18]</sup> Portanto,



pacientes com ausência de incisivos inferiores mandibulares exibem área de sínfise menor que os pacientes normais. Acrescentaram que o crescimento do osso alveolar está associado à erupção contínua da dentição.<sup>[19]</sup> Dessa forma, faz-se importante considerar no planejamento ortodôntico desses pacientes, além da redução do arco, a diminuição da área óssea alveolar.<sup>[20]</sup> Outra consequência da agenesia de ambos incisivos pode ser a alteração do equilíbrio funcional entre lábio e língua e migração de dentes pela presença de espaços<sup>[21]</sup>, podendo determinar espaçamentos que comprometem a estética da criança, gerando descontentamento com repercussões psicossociais, o que não foi o caso da paciente relatada, visto que ocorreu o fechamento fisiológico do espaço na região dos dentes 32 e 42.

Tem sido relatado que a morfologia da sínfise mandibular foi alterada com o crescimento mandibular e tratamento ortodôntico.<sup>[22], [23], [24]</sup> Uma compreensão clara do crescimento e morfologia da sínfise mandibular é muito útil para o diagnóstico ortodôntico e planejamento do tratamento. Os dentes ausentes de forma congênita mais comuns são os incisivos laterais superiores em populações caucasianas<sup>[25], [26], [27], [28]</sup> e os incisivos inferiores em populações japonesas.<sup>[29,30]</sup> Em pacientes ortodônticos japoneses, a ausência congênita de incisivos inferiores pode ser um dos principais fatores que afetam o crescimento e a morfologia da sínfise mandibular. A falta congênita de incisivos inferiores tem uma prevalência de 58,7% em crianças chinesas com hipodontia.<sup>[31]</sup>

Conforme encontrado nesse relato de caso, indivíduos portadores de agenesia dentária, comumente, podem apresentar outros tipos de alterações como impacções dentárias, dentes conóides e/ou girovertidos, encurtamento anormal das raízes, atraso na cronologia de erupção e redução no tamanho mesiodistal das coroas dos permanentes, sendo mais evidentes de acordo com a severidade da agenesia.<sup>[32]</sup>

Faz-se perceptível que um plano de tratamento devendo ser realizado por meio de anamnese detalhada, observando a idade do paciente e seus antecedentes familiares em relação a agenesias e/ou retenções dentárias, bem como por meios radiográficos, sendo estes imprescindíveis na elaboração do correto diagnóstico, comprovando a presença ou não de anomalias dentárias. Sendo assim, cabe ao profissional traçar uma conduta para o tratamento oportuno, com vistas a permitir um prognóstico mais favorável a longo prazo para o paciente.

## **5. Conclusão**

A extração de dois pré molares superiores pode ser considerado não apenas um compromisso clínico aceitável, mas também uma abordagem de tratamento eficiente para alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios em pacientes com agenesia de incisivos laterais inferiores.

## Referências Bibliográficas

1. Nagaveni NB, Umashankara KV. Agenesia bilateral congênita de incisivos inferiores permanentes: relato de caso e revisão da literatura. **Arch Orofac Sci** 2009 Set;4(2):41-46.
2. Ghazahfaruddin M, Mishra G, Haseebuddin S, Mishra A. Oligodontia de dentes permanentes: relato de caso raro. **Indian J Stomatol** 2011;2(4):285-287.
3. Prasanna AL, Manne R, Manne V, Rao S, Ravaneet K. Dentes permanentes ausentes de forma congênita: um caso incomum. **J Oral Res Rev** 2012;4(2):56-61.
4. Mostowska A, Biedziak B, Trzeciak WH (2006) Uma nova mutação em PAX9 causa a forma familiar de oligodontia molar. **Eur J Hum Genet** 14: 173-179.
5. Kim JW, Simmer JP, Lin BP, Hu JC (2006) Novel MSX1 frameshift causa oligodontia autossômica dominante. **J Dent Res** 85: 267-271.
6. Pereira TV, Salzano FM, Mostowska A, Trzeciak WH, Ruiz-Linares A, et al. (2006) Seleção natural e evolução molecular no gene PAX9 de primatas, um dos principais determinantes do desenvolvimento dentário. **Proc Natl Acad Sci USA** 103:5676-5681.
7. van den Boogaard MJ, Dorland M, Beemer FA, van Amstel HK (2000) A mutação MSX1 está associada à fissura orofacial e à agenesia dentária em humanos. **Nat Genet** 24: 342-343.
8. Silva Meza R (2003) Avaliação radiográfica de dentes ausentes congenitamente em pacientes ortodônticos. **Int J Paediatr Dent** 13: 112-116.
9. Hussein MA, Watted N, Abdulgani A, Borbely P. Agenesia dos incisivos laterais superiores: Estudo de uma população ortodôntica e ilustração clínica. 2015; **International Journal of Maxillofacial Research**;1(2):179-190.
10. Hussein MA, Watted N, Hegedus V, Peter com falta congênita de laterais superiores. Considerações Clínicas: Fechamento de Espaço Ortodôntico.2015;**J Dent Oral Health**;1(3):014.

11. Mai A, Azzaldeen A, Nezar W, Muhammad AH. Duas abordagens de tratamento para incisivos laterais superiores ausentes: um caso. 2016; IQSR **JDMS**;15(7):75-85.
12. Almeida RR, Morandini ACF, Almaeda-Pedrin RR, Almeida MR, Castro RCFR, Insabralde NM. Um tratamento multidisciplinar de incisivos laterais superiores ausentes congenitamente: um relato de caso de acompanhamento de 14 anos.2014; **J Appl Oral Sci**;22(5):465-71.
13. Nunn JH, Carter NE, Gillgrass TJ, Hobson RS, Jepson NJ, et al. (2003) O manejo interdisciplinar da hipodontia: histórico e papel da odontopediatria. **Br Dent J** 194: 245-251.
14. Endo T, Ozoe R, Kubota M, Akiyama M and Shimooka S (2006). A survey of hypodontia in Japanese orthodontic patients. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 2006;129(1): 29-35
15. Newman GV, Newman RA. Report of four familial cases with congenitally missing mandibular incisors. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 1998; 114(2): 195-207.
16. Mousumi G, TR Chaitra, Sanjay S, Adwait UK. Congenitally missing primary mandibular lateral incisors: a case of rare occurrence. **BMJ Case Reports**. 2012; doi:10.1136/bcr-2012-006472.
17. Baba-Kawano S, Toyoshima Y, Regalado L, Sando B, Nakasima A. Relationship between congenitally missing lower third molars and late formation of tooth germs. **Angle Orthod**. 2002;72(2):112-7
18. Buschang PH, Julien K, Sachdeva R and Demirjian A. Childhood and pubertal growth changes of the human symphysis. **Angle Orthod**. 1992; 62(3): 203-210.
19. Maahs M, Berthold T. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores impactados. **Rev.Cienc Med Biol**. 2004: 3(1): 130-8.
20. Endo T, Ozoe R, Kojima K and Shimooka S. Congenitally missing mandibular incisors and mandibular symphysis morphology. **Angle Orthod**. 2007;77(6): 1079-1084.
21. Dos Santos BM,Ribeiro RR, Stuani AS, de Paula e Silva FW, de Queiroz AM. Kabuki make-up (Niikawa-Kuroki) syndrome: dental and craniofacial findings in a Brazilian child. **Braz Dent J**. 2006;17(3):249-54.

22. Buschang PH, Julien K, Sachdeva R, Demirjian A. Mudanças na infância e no crescimento puberal da sínfise humana. **Ângulo Orthod.**1992;62:203–210.
23. Rosenstein SW. Estudo longitudinal do crescimento anteroposterior da sínfise mandibular.**Ângulo Orthod.** 1964; 34:155–167.
24. Wehrbein H, Bauer W, Diedrich P. Incisivos inferiores, osso alveolar e sínfise após tratamento ortodôntico: um estudo retrospectivo.**Am J Orthod Dentofacial Orthop.**1996; 110:239–246.
25. Muller TP, Hill IN, Petersen AC, Blayney JR. Uma pesquisa de dentes permanentes congenitamente ausentes.**J Am Dent Assoc.** 1970;81:101–107.
26. Zimmerman SO. Dentes congenitamente ausentes. **J Am Dent Assoc.**1967;74:298–299.
27. Werther R, Rothenberg F. Anodontia: Uma revisão de sua etiologia com apresentação de um caso.**Am J Orthod.** 1939;25:61–81.
28. Brekhus PJ, Oliver CP, Montelius G. Um estudo do padrão e combinações de dentes ausentes congenitamente no homem.**J Dent Res.**1944;23:117–131.
29. Endo T, Ozoe R, Kubota M, Akiyama M, Shimooka S. Uma pesquisa de hipodontia em pacientes ortodônticos japoneses. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.**2006;129:29–35.
30. Niswander JD, Sujaku C. Anomalias congênitas dos dentes em crianças japonesas.**J Phys Anthropol.**1963;21:569–574.
31. Davis PJ. Hipodontia e hiperodontia de dentes permanentes em escolares de Hong Kong. **Commun Dent Oral Epidemiol** 1987;15:218-20.
32. Al-Nimri K, Gharaibeh T. Space conditions and dental and features in patients with palatally impacted maxillary canines: an aetiological study. **Eur J Orthod.** 2005; 27(5): 461-5.