



REBECA XIMENES DE ALMEIDA

**HIPERDONTIA MÚLTIPLA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM SETE
ELEMENTOS SUPRANUMERÁRIOS**

**PORTO VELHO/RO
2021**

REBECA XIMENES DE ALMEIDA

**HIPERDONTIA MÚLTIPLA– RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM SETE
ELEMENTOS SUPRANUMERÁRIOS**

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientadora: Me.Icris Dayane R.J. Balbuena

**PORTO VELHO/RO
2021**



Artigo intitulado “HIPERDONTIA MÚLTIPLA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO COM SETE ELEMENTOS SUPRANUMERÁRIOS” de autoria da aluna Rebeca Ximenes de Almeida, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Roberta Francisca Martins de Castro
FACSET- SOEP- PVH/RO

Prof. : Me.Icris Dayane R.J. Balbueno
FACSET- SOEP- PVH/RO

Prof. Dr.Fabrício Valarelli
IOPG- Instituto Odontológico de Pós graduação de Bauru - SP

Porto Velho/RO, 18 de junho de 2021.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre estar ao meu lado, me fortalecendo, na minha caminhada, e pelos sonhos que concretiza.

Aos meus pais por compartilharem comigo as dificuldades, que encheram de amor e ternura o meu coração, que me mostraram, por meio de seus exemplos pessoais, os ganhos obtidos com o sacrifício.

Ao meu filho Antônio, minha razão de viver.

Aos meus irmãos, Régis, Romano e Sara, pela amizade, carinho e tantas formas de ajuda.

Aos meus amados familiares e amigos por compreenderem minha ausência e continuarem me apoiando orgulhosos e felizes. Vocês são incríveis e fazem parte disto.

Ao Prof. Dr. Fabricio Pinelli Valarelli e à Prof^a Me. Juliana Curi, pelas orientações e ensinamentos dispensados ao longo desses anos que foram essenciais para minha formação.

A minha Orientadora Prof.Me.Icris Dayane R. J. Balbueno, pelas orientações e atenção dedicada para que este artigo fosse concluído.

A todos professores do curso, por semearem conhecimento, vocês nos motivaram a sermos cada dia melhores.

RESUMO

A hiperdontia refere-se à anomalia que excede o número normal de elementos dentários na arcada humana, predominantemente sua ocorrência é na dentição permanente e raramente na decídua. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico e ortodôntico de um paciente com múltiplos dentes supranumerários, com o desequilíbrio em função e estética nos maxilares devido a presença de sete dentes supranumerários. Para corrigir as complicações causadas pela condição da hiperdontia, foram realizadas extrações das unidades supranumerárias e quatro pré-molares, o plano de tratamento realizado possibilitou um resultado final satisfatório, com ótimo alinhamento dos dentes, devolvendo função, estética e estabilidade no tratamento.

Descritores: Dente supranumerário. Dente impactado. Máoclusão

ABSTRACT

Hyperdontia refers to the anomaly that exceeds the normal number of dental elements in the human arch, predominantly its occurrence is in the permanent dentition and rarely in the deciduous. This paper aims to report the clinical and orthodontic case of a patient with multiple supernumerary teeth, with the imbalance in function and aesthetics in the jaws due to the presence of seven supernumerary teeth. To correct the complications caused by the hyperdontia condition, extractions of the supernumerary units and four premolars were performed. The treatment plan achieved a satisfactory final result with optimal tooth alignment, restoring function, esthetics and treatment stability.

Descriptors: Supernumerary tooth. Impacted tooth. Malocclusion

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografias Extrabucais Iniciais	10
Figura 2 – Fotografias Intrabucais Iniciais	11
Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial	11
Figura 4 – Tomografia computadorizada Cone Beam	12
Figura 5 – Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento	12
Figura 6 – Fotografias Intrabucais após instalação do arco superior	14
Figura 7 – Fotografias Intrabucais após instalação arco inferior	15
Figura 8 – Fotografias Intrabucais mostrando uso do elástico com vetor de classe II apenas do lado direito.	15
Figura 9 – Fotografias intrabucais finais	16
Figura 10 – Radiografia panorâmica final	16
Figura 11 –Telerradiografia final do tratamento	17
Figura 12 - Fotografias Intrabucais após o término do tratamento	17
Figura 13 - Fotografias Intrabucais Finais após 26 meses de tratamento	18
Figura 14 –Fotografias Extrabucais finais 26 meses após tratamento	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Variáveis Cefalométricas

19

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	08
2 – DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	10
2.1 – Possibilidades Terapêuticas	13
2.2 – Tratamento	13
2.3 – Resultados	19
3 – DISCUSSÃO	21
4–CONCLUSÃO	23
BIBLIOGRAFIA	24

1 - INTRODUÇÃO

Por definição hiperdontia refere-se à anomalia que excede o número normal de elementos dentários na arcada humana, predominantemente sua ocorrência é na dentição permanente e raramente na decídua. Das regiões da arcada dentária a região Antero superior é considerada de maior incidência aproximadamente 90%. Em relação ao gênero essa anomalia tem predileção masculina com proporção aproximada de 2:1¹⁻⁵.

De acordo com a localização os dentes supranumerários podem ser classificados em mesiodens ou mesiodentes, quando localizados na linha mediana da maxila terceiros e quartos pré-molares, se aparecerem na região desses dentes; paramolares, quando a erupção ocorre por vestibular ou lingual aos molares, podendo ser também interproximalmente e distomolares, se situados posteriormente ao terceiro molar⁶.

Os dentes supranumerários podem ser denominados quanto à sua morfologia, sendo “suplementares” quando sua forma é semelhante a um dente da maxila ou mandíbula, “rudimentares” quando possuem forma diferente de um dente normal, “conoídes” quando a forma é de conoíde e “tuberculados” com formato de barril ou ainda em forma de odontomas⁷⁻¹⁰.

Dentes supranumerários múltiplos ou hiperdontia múltipla, é identificada, na literatura pela presença de cinco ou mais dentes supranumerários¹¹⁻¹⁵. A região mais acometida por múltiplos supranumerários é a área de pré-molares (62,1%) em particular a região pré-molares inferiores¹⁶.

A etiologia dos dentes supranumerários permanece incerta na literatura, com origem multifatorial, sob influência de fatores genéticos e ambientais várias teorias têm sido sugeridas. Existem autores que citam o atavismo (reaparecimento dos dentes de antepassados), hiperdesenvolvimento da lâmina dental, hereditariedade, as fissuras de lábio e palato, síndromes e alterações da embriogênese, são algumas das teorias mais estudadas^{1,2}.

O diagnóstico dos dentes supranumerários casualmente pode ocorrer no exame radiográfico, quanto mais cedo realizado melhor será o prognóstico o que auxilia na correção de problemas complexos e de difícil solução. Em geral o tratamento é cirúrgico, porém as opiniões são divergentes em relação ao momento ideal da intervenção, pois esta depende da posição, tipo e dano possível em

estruturas adjacentes. O manejo cirúrgico é indicado em situações em que a erupção de outro dente é impactado pela presença do elemento supranumerário, e em outros casos como reabsorções em raízes adjacentes, patologias, ou interferência estéticas ou no tratamento ortodôntico ^{1,4}.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico e ortodôntico de um paciente com múltiplos dentes supranumerários, com o desequilíbrio em função e estética nos maxilares devido a presença de sete dentes supranumerários. Será descrito uma forma de tratamento para corrigir a má oclusão, assim como possibilitar o reposicionamento correto de todos os dentes que estavam afetados, casos semelhantes são considerados pela literatura, incomum e complexo.

2 - DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente C.H.C.S, 13 anos, gênero masculino, procurou tratamento ortodôntico, relatando desconforto no sistema mastigatório e queixa estética causado pela presença de dentes supranumerários na região anterior da maxila, sendo a queixa principal “dentes tortos”. No exame extrabucal, observou-se, boa harmonia dos terços faciais com suave aumento do terço inferior, perfil com suave convexidade e selamento labial passivo. (Fig. 1A-C)

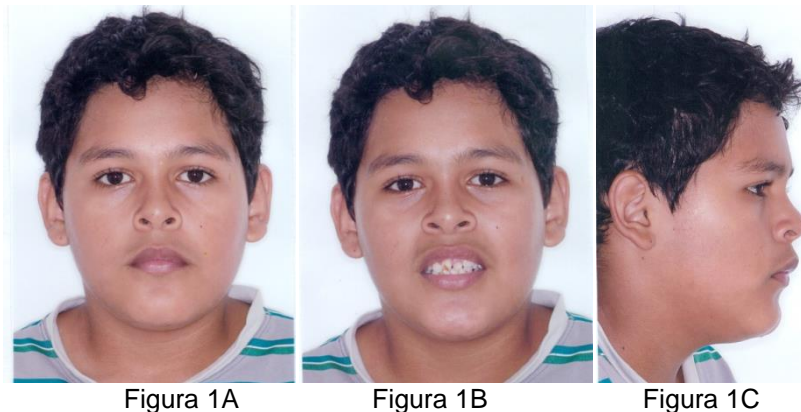


FIGURA 1 (A-C) – Fotografias Extrabucais Iniciais

Na análise intrabucal, verificou-se que o paciente se encontrava na dentição permanente e diagnosticou-se uma má oclusão de Classe I bilateral, trespasse vertical de 1 mm, trespasse horizontal de 2 mm, tecidos bucais em condições de normalidade e presença dos dentes permanentes até segundos molares e, além de dois mesiodentes entre os dentes 12 e 21 e não foi constatado nenhuma outra anomalia dentária. Também, analisou-se que as linhas médias dentárias superiores e inferiores não coincidiam com o plano sagital mediano, devido a presença dos supranumerários. A história médica do paciente não foi contributiva.

Ainda, a curva de Spee apresentava-se de forma acentuada e, na região antero superior os dentes apresentavam um apinhamento severo e já na região antero inferior, o apinhamento era moderado. Observou-se, também, o mau posicionamento do incisivo lateral superior 22 o qual estava palatinizado em relação ao incisivo central superior 21. (Fig. 2 A-E)



Figura 2A

Figura 2B

Figura 2C



Figura 2D

Figura 2E

FIGURA 2 (A-E) – Fotografias Intrabucais Iniciais

Na radiografia panorâmica inicial, pôde-se observar presença dos múltiplos dentes supranumerários localizados em todos os quadrantes. E não foi constatada nenhuma outra anomalia dentária, apenas apinhamento anterior superior e inferior. Verificou-se, ainda, a presença dos terceiros molares em processo inicial de rizogênese. (Fig. 3)



FIGURA 3 - Radiografia Panorâmica Inicial

Para auxiliar o diagnóstico e tratamento uma tomografia foi realizada para fornecer a localização exata de cada elemento supranumerário, bem como servir de auxílio ao manejo cirúrgico. Neste relato de caso clínico foi diagnosticada a presença de sete elementos dentais supranumerários, sendo três dentes na região antero superior da maxila, entre os dentes 12 e 21; 3 supranumerários na região inferior direita da mandíbula, sendo 2 entre canino 43 e pré-molar 44 e um elemento

supranumerário entre pré-molares 34 e 35 do lado esquerdo da mandíbula conforme as setas em vermelho. (Fig.4)

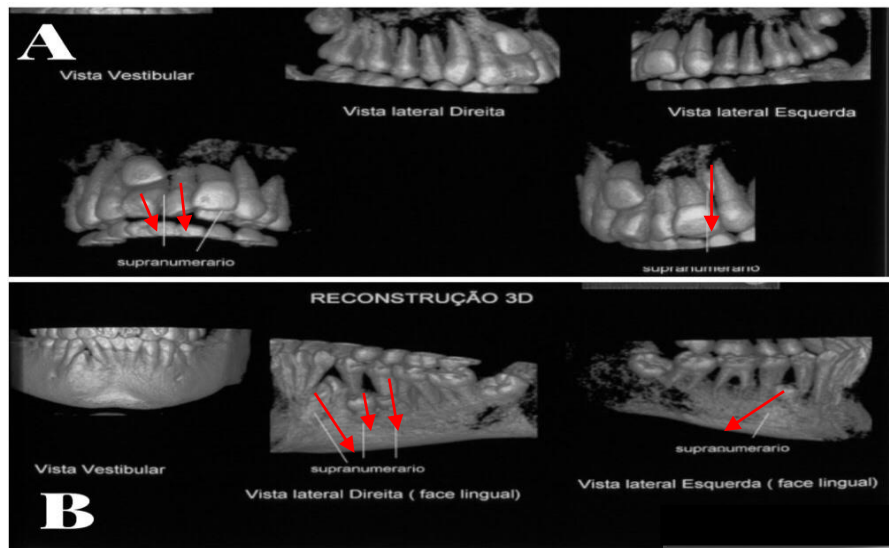


FIGURA 4–Tomografia computadorizada Cone Beam
Legenda: A) Cortes tomográficos da maxila; B) Cortes tomográficos da mandíbula.

Na telerradiografia inicial, identificou-se um padrão facial mesocefálico, perfil suavemente convexo, giro da mandíbula no sentido horário e um suave aumento do terço inferior da face. (Fig. 4).



Figura 5 –Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento.

Após as avaliações clínicas e radiográficas, obtiveram-se informações necessárias para a definição do diagnóstico e possível tratamento que será apresentado a seguir.

2.1 - POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Frente ao quadro clínico apresentado, a possibilidade terapêutica a ser seguida para tratar o paciente foi a seguinte:

a) Tratamento ortodôntico conservador com extrações dentárias apenas dos supranumerários e tracionamento do elemento dentário 11 e 43. Nessa opção, o apinhamento dentário seria diluído a custa de uma vestibularização excessiva dos incisivos, uma vez que os supranumerários estão em localização intraóssea e a discrepância anteroposterior seria tratada com prognóstico desfavorável através do uso de elásticos intermaxilares de Classe II.

b) Tratamento ortodôntico com extrações de 4 pré-molares (14, 24,34 e 44) e todos os múltiplos dentes supranumerários presente nos quatro quadrantes. Nesse caso, o apinhamento seria diluído pelos espaços criados através das extrações, e a discrepância anteroposterior seria resolvida através do uso de elásticos intermaxilares associados a uma retração da bateria anterior de ambas as arcadas. No entanto, essa opção, para pacientes com perfil suavemente convexo, poderia proporcionar uma diminuição no suporte labial comprometendo, assim, o perfil do paciente ao final do tratamento.

Após analisar o caso clínico, optou-se pelo tratamento compensatório dento alveolar com quatro extrações de pré-molares e dos supranumerários, tendo em vista o severo apinhamento da região anterior das arcadas, bem como a impactação do dente 43 evitando, dessa maneira, uma vestibularização excessiva dos incisivos e promovendo um melhor alinhamento dentário na arcada em associação ao tratamento ortodôntico.

2.2 - TRATAMENTO

Inicialmente, foram realizadas as extrações dos dentes supranumerários superiores e colado botão para tracionamento do incisivo central superior direito

11, logo em seguida, foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição Roth, com slot .022"x.030". Nas fases de alinhamento e nivelamento, foi utilizada a seguinte sequência de fios de níquel-titânio (NiTi) .014", .016", .018", .019"x.025". Instalou-se um elástico corrente no dente 23 até o 26 fazendo a retração inicial de canino para criar abertura necessária para posicionar o dente 22, bem como a exodontia do dente 24 para criar espaço para diluir o apinhamento. (Fig. 6A-C)



Figura 6A

Figura 6B

Figura 6C



Figura 6D

Figura 6E

FIGURA 6 (A-E) – Fotos Intrabucais após a instalação dos acessórios ortodônticos com botão no dente 11 para tracionamento.

Após completa formação das raízes dos dentes permanentes em proximidade com os elementos supranumerários na mandíbula foi realizada colagem dos braquetes no arco dentário inferior, bem como, exodontia do dente 44, para proporcionar condições de tracionamento do elemento 43. (Fig.7 A-C)



Figura 7A

Figura 7B

Figura 7C



Figura 7D Figura 7E

FIGURA 7 (A-E) – Fotos Intrabucais após a instalação dos acessórios ortodônticos no arco inferior com botão no dente 43 para tracionamento.

Posteriormente, foram inseridos arcos retangulares .019"x.025" de aço inoxidável com torque vestibular resistente conjugados ao uso de elásticos de Classe II do lado direito. Esses elásticos intermaxilares foram utilizados com a finalidade de promoverem melhor intercuspidação entre os dentes superiores e inferiores. (Fig. 8A-C)



Figura 8A

Figura 8B

Figura 8C



Figura 8D

Figura 8E

FIGURA 8 (A-E) – Fotografias Intrabucais mostrando a utilização dos elásticos para Classe II apenas do lado direito.

Após a correção da má oclusão, foi realizada a remoção do aparelho e instaladas as contenções, sendo placa de Hawley no arco superior e 3X3 no arco inferior. Recomendou-se, também, a utilização da placa de contenção superior 24 horas por dia, durante 6 meses, e uso noturno após esse período, totalizando 12 meses de uso. A 3x3 inferior foi recomendada ouso por tempo indeterminado. (Fig. 9A-E)



Figura 9A

Figura 9B

Figura 9C



Figura 9D

Figura 9E

FIGURA 9 (A-E) - Fotografias Intrabucais Finais.

Finalizado o tratamento, pôde-se observar através da panorâmica final que as raízes sofreram suaves alterações, e os locais onde existiam os dentes supranumerários não tiveram danos nas estruturas adjacentes. (Fig. 10)



FIGURA 10 – Radiografia Panorâmica Final

Comparando as telerradiografias lateral, inicial e final, observou-se a melhora da inclinação dos incisivos superiores. (Fig. 11)



FIGURA 11 – Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento.

Ao final do tratamento, com uso dos recursos ortodônticos e manejo cirúrgico, conseguiu-se boa correção da má oclusão, o que promoveu estética e harmonia ao sorriso e a face da paciente. (Fig. 12A-C)



Figura 12A

Figura 12B

Figura 12C

FIGURA 12(A-C) – Fotografias Extrabucais Finais ao tratamento ortodôntico.

Após 26 meses do final do tratamento, na fase de controle, a correção da má oclusão se manteve estável. (Fig. 13A-E)



Figura 13A

Figura 13B

Figura 13C



Figura 13D

Figura 13E

FIGURA 13(A-E) – Fotografias Intrabuciais 26 meses após o término do tratamento.

Ainda, verificou-se que a face se manteve agradável e harmônica após o término do tratamento. (Fig. 14A-C)



Figura 14A

Figura 14B

Figura 14C

FIGURA 14 (A-C) — Fotografias Extrabuciais Finais 26 meses após o término do tratamento ortodôntico.

2.3 - RESULTADOS

Para obtenção dos resultados, utilizou-se as Cefalometrias fornecidas na documentação ortodôntica comparando os dados inicial e final (Tabela 1).

O tratamento ortodôntico foi iniciado aos 13 anos, observou-se através das análises cefalométricas inicial e final que o paciente encontrava-se na fase de surto de do crescimento, apresentando efeitos esqueléticos consideráveis onde foi verificado na tabela 1 o crescimento ósseo tanto da maxila (9.9mm) quanto o da mandíbula (25.25mm).

Na análise das alterações (tabela 1) verificou-se que, na relação maxilo mandibular, houve uma diminuição significativa do ANB^o (6,67^o) para (1.60^o).

Averiguou-se também que, no componente dento alveolar superior, houve uma protrusão dos incisivos superiores (6,08mm), já, no molar, foi observada uma mesioinclinação. (7,99^o) (tabela 1).

No componente dentoalveolar inferior, os incisivos inferiores sofreram alterações não significativas de lingualização (0,45^o) associada a uma extrusão e o molar sofreu uma suave distoangulação (1.7^o) contribuindo, desta forma, para a correção da má oclusão anteroposterior. (tabela 1).

Uma suave retrusão nos lábios pode ser observada acompanhada de um fechamento do ângulo nasolabial (13.44^o), o que tornou o perfil mais reto, sem perder suas características clínicas iniciais. (Figura 14).

Componente Maxilar		
SNA (°)	82.69	80.82
Co-A (mm)	86.68	96,58
Componente Mandibular		
SNB (°)	76.02	79.22
Co-Gn (mm)	111.66	136.91
Relação entre Maxila e Mandíbula		
ANB (°)	6.7	1.60
Componente Vertical		
FMA (°)	25.88	24.26
SN.GoGn (°)	36.98	32.36
SN.ocl (°)	12.03	11.01
AFAI (mm)	68.92	81.13

Componente Dentoalveolar Superior		
- NA (mm)	2.09	8.17
.NA (°)	16.04	24.03
Componente Dentoalveolar Inferior		
IMPA (°)	89.59	92.70
.NB (°)	22.58	24.28
-NB(mm)	5.33	5.78
Perfil Tegumentar		
ANL = Ângulo Nasolabial (°)	113.44	100.13

Tabela 1– Variáveis Cefalométricas.

3 – DISCUSSÃO

Este trabalho trata-se de um raro caso de hiperdontia múltipla por não apresentar síndromes. A Literatura concorda que o tratamento para essa condição é cirúrgico tendo em vista os transtornos causados por essa anomalia.

Os dentes supranumerários representam uma das anomalias dentárias mais comuns na clínica odontológica o que torna importante o diagnóstico e tratamento para cada situação. Os supranumerários podem ocasionar cistos odontogênicos, reabsorções de dentes adjacentes, problemas oclusais, dentre outras, demonstrando ser elementar um adequado planejamento para possibilitar o correto tratamento¹⁷.

O paciente deste estudo apresentou retenção de dentes permanentes (11 e 43), problemas oclusais na região anterior da maxila, erupção ectópica do incisivo lateral superior esquerdo 22 na região palatina do dente 21, apinhamento severo antero superior comprometendo a estética e função.

Os dentes supranumerários podem apresentar variação de forma e tamanho, na dentição decídua sendo cônicos, e na permanente podem ser encontrados: cônicos, tuberculares, suplementares ou odontomas. Podem, ainda, serem classificados quanto à localização, como mesiodente, paramolar e distomolar. O caso clínico em questão observa-se dentes suplementares (sem nenhuma alteração morfológica), e três mesiodentes.¹⁸

É comum a presença de uma unidade supranumerária (70-86%), podendo ocorrer ainda casos de bilateralidade (29,8%)¹⁹ e raras ocorrências de múltiplos supranumerários (1%)²⁰ relacionados a pacientes sindrômicos como: Displasia cleidocraniana, Síndrome de Gardner, entre outras²¹. O paciente relatado apresentava-se com sete unidades supranumerárias, sem relação a síndromes.

Na literatura diversas teorias buscam relacionar a etiologia dos dentes supranumerários, autores apontam as teorias de regressão filogenética, com hiperatividade da lâmina dental, ocorrência de trauma sobre o folículo dental, enfermidades sistêmicas e anomalias de desenvolvimento. Para Neville ET AL. (1998)²². Existe pouca informação sobre a genética da hiperdontia, entretanto vários casos indicam um padrão de herança autossômico dominante com penetração incompleta, podendo haver influência de fatores ambientais²². Neste trabalho foi descartada a hipótese de hereditariedade, pois, durante a anamnese não foi informado pelo seu responsável nenhum caso de supranumerário na família nem algum problema sistêmico relatado neste paciente.

Ainda que a prevalência seja baixa, é importante salientar certa dificuldade no diagnóstico das unidades supranumerárias, principalmente na faixa de 11-12 anos, pois em determinadas situações esses dentes não podem ser visualizados²³. O diagnóstico de todas as unidades supranumerárias deste estudo só foi possível após realização de radiografia panorâmica durante planejamento ortodôntico e solicitou-se tomografia computadorizada em virtude de grande quantidade de elemento supranumerário observados.

No estudo de Almeida, Saavedra Junior, Kawakami, Palis Mariani, Dottore,²⁴ não é interessante esperar para extrair as unidades supranumerárias, pois na maioria das vezes quanto menor for a raiz dos elementos supranumerários, menor será o desgaste ósseo e o risco de lesionar estruturas adjacentes são os mesmos independente do tempo em que se decidir pela abordagem cirúrgica. Neste estudo, foram realizadas as extrações após avaliação e planejamento ortodôntico, conduta condizente com a literatura. Não foram observados danos e complicações pelo tratamento estabelecido e o paciente mantém acompanhamento e preservação.

Observou-se nas análises cefalométricas inicial e final que o paciente encontrava-se na fase de surto de crescimento, apresentando efeitos esqueléticos

consideráveis demonstrados na tabela 1, ocorrendo crescimento ósseo tanto da maxila (9.9º) quanto o da mandíbula (25,25mm), diante disso o tratamento ortodôntico pode ter auxiliado no direcionamento desse crescimento.

4 - CONCLUSÃO

No presente trabalho, foi apresentado um caso clínico ortodôntico de hiperdontia múltipla, com a presença de sete elementos supranumerários, no qual observamos a importância de um diagnóstico precoce na detecção de anomalias, possibilitando um tratamento no momento mais adequado para o paciente, corrigindo as complicações causadas pela condição da hiperdontia. O tratamento realizado possibilitou um resultado final satisfatório, com ótimo alinhamento dos dentes, devolvendo função, estética e estabilidade no tratamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Pereira CA, Almeida DL, Paccini JVC, Cançado RH, Freitas KMS, Valarelli FP. Tratamento Ortodôntico com extração do Mesiodens -Relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*. 2016; 15(3):57-62.
2. Marchetti G, Oliveira RV. Mesiodens-dentes supranumerários: diagnóstico, causas e tratamento. *Revista UNINGÁ Review*. 2015;24(1):19-23.
3. Cunha TdMAd, Ikuta SN, Giublin LGS, Guariza-Filho O, Tanaka O. Aspectos singulares no tratamento ortodôntico do mesiodens. *Rev clín ortodon Dental Press*. 2009;8(4):77-83.
4. Bezerra PKM, Bezerra PM, Cavalcanti AL. Dentes supranumerários: revisão da literatura e relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2007;6(3):349-56.
5. Dias FA, dos Santos LL, de Almeida MR, Conti ACdCF, Oltramari PVP, Fernandes TMF, et al. Supranumerário: a Importância do Tratamento Ortodôntico Precoce. *Journal of Health Sciences*. 2019;21(2):112-4.
6. Melhado RM, Matheus G, Arciere RM. Distomolares e para molares, relato de casos. *Quintessência* 1997; 9: 39-42.
7. Hattab FN. Double talon cusps on supernumerary tooth fused to maxillary central incisor: Review of literature and report of case. *J Clin Exp Dent* 2014 Oct;6(4):e400-7
8. Pippi R. Odontomas and supernumerary Teeth: is there a common origin? *Int J Med Sci* 2014 11(12):1282-97.
9. Singh VP, Sharma A, Sharma S. Supernumerary teeth in Nepalese Children. *ScientificWorldjournal* 2014 2014(215396).
10. Samuel AV, RM, Gupta YM. Management of Complicated Crown Fracture and Associated Impacted Mesiodens-Case Report With 3Yrs Follow-up. *J Clin Diagn Res* 2014 Sep; 8(9):ZD32-3.
11. Rajab LD, Hamdam MAM. Supernumerary teeth: Review of the literature and a survey of 152 cases. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(4):244-54.
12. Açikgöz A, Açikgöz G, Tunga U, Otan F. Characteristics and prevalence of non-syndrome multiple supernumerary teeth: a retrospective study. *Dentomaxillofacial Radiol* 2006; 35(3):185-90.
13. Batra P, Duggal R, Parkash H. Non-Syndromic Multiple Supernumerary Teeth Transmitted as an autosomal dominant trait. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(10):621-5.
14. Desai Rs, Shah NP. Multiple supernumerary teeth in two brothers: a case report. *J Oral Pathol Med* 1998; 27(2):411-3.
15. Kaya GS, Yapici G, Omezli MM, Dayi E. Non-syndromic supernumerary premolars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16:522-5.
16. Yousof WZ. Non-syndrome multiple supernumerary teeth: literature review. *J Can Dent Assoc* 1990; 56:147-9.
17. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth-an overview of classification, diagnosis and management. *J Can Dent Assoc*. 1999;65(11):612-6.
18. Castilho, JB.; Magnani, M.B.B.A.; Guirado, C.G. Estudo sobre a prevalência de dentes supranumerários numa população infantil na faixa etária de 6 a 12 anos com vista a prevenção de futuras maloclusões. *Ver. Paul Odont*, V.22, n.1, p.26-29, jan./fev.2000.
19. Gurler G, Delibasi C, Delibasi E. Investigation of impacted supernumerary teeth: a cone beam computed tomography (cbct) study. *J Istanbul Univ Fac Dent*. 2017; 51(3):18-24.

20. Sawai MA, Faisal M, Mansoob S. Multiple Supernumerary teeth in a nonsyndromic association: Rare presentation in three siblings. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2019; 23(1):163.
21. LU X, YU F, LIU J, Cai W, Zhao Y, Zhao S, Liu and the associated molecular mechanism. *Organogenesis.* 2017;13(3):71-82.
22. NEVILLE. D. *Patologia Oral eMaxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
23. Hamada MH, Maruo IT, Araújo CM, Tanaka OM, Guariza Filho O, Camargo ES. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes que procuraram tratamento ortodôntico. *Arch Oral Res.* 2011; 7(2):141-6
24. Almeida TE, Saavedra Júnior J, Kawakami PY, Palis CA, Mariani PB, Dottore AM. Hiperdontia: Relato de caso com 8 elementos supranumerários. *Ver. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2010; 22(1):78-84.