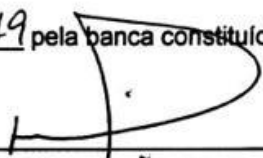





Trabalho de conclusão de curso intitulado "TRACIONAMENTO DE INCISIVO CENTRAL SUPERIOR EM PACIENTE COM HIPERDONTIA: *RELATO DE CASO*" de autoria do aluno **Lucas Pereira Yunes.**


Aprovado em 07/06/19 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Ney Tavares Lima Neto – São Leopoldo Mandic/SP
Orientador



Prof. Nivaldo Antônio Bernardo de Oliveira – São Leopoldo Mandic/SP
Co-orientador



Profa. Carmen Cristina Zimmer de Assis – São Leopoldo Mandic/SP
Coordenador

NATAL/RN, 07 de Junho de 2019.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

TRACIONAMENTO DE INCISIVO CENTRAL SUPERIOR EM PACIENTE COM HIPERDONTIA: *RELATO DE CASO*

Tracing of superior central incisive in patients with hyperdontia: case report

Lucas Pereira Yunes ¹

Ney Tavares Lima Neto ²

Resumo

O termo hiperdontia designa os dentes que estão em excesso na arcada dentária, o que pode ser causado devido a uma independente hiperatividade da lâmina dental, sendo que a prevalência de casos de hiperdontia é de 1 a 3% em dentição decídua e de 1,5 a 3,5% em dentição permanente. Nesse sentido, as complicações associadas com supranumerários são retardos na erupção, impaction, diastema, lesões císticas, erupção ectópica, reabsorção radicular dos dentes adjacentes, apinhamento dental, inflamação gengival, abscesso periodontal, deslocamento, rotação e necrose pulpar. Assim, a impaction de incisivos centrais superiores mormente estão associados a dentes suplementares. Quanto às opções de tratamento para incisivos centrais superiores impactados associados a dentes supranumerários, pode-se realizar a extração do dente impactado e reabilitação com prótese ou implante após a fase de crescimento, extração e fechamento do espaço com o incisivo lateral permanente com posterior anatomização estética e tracionamento ortodôntico-cirúrgico. Nesta perspectiva, este trabalho expõe um caso clínico de paciente adulto jovem, sexo masculino, no qual têm se obtido sucesso no tracionamento ortodôntico de incisivo superior impactado devido a presente de elemento supranumerário com uso de “bypass”.

PALAVRAS CHAVE: Tracionamento dental. Hiperdontia. Extrações.

¹ Pós Graduação Unifeb/Barretos-SP

² Doutorando e Mestre em Ortodontia - São Leopoldo Mandic-SP.

ABSTRACT

The term hyperdontia refers to teeth that are in excess in the dental arch, which can be caused due to an independent hyperactivity of the dental blade. The prevalence of cases of hyperdontia is 1 to 3% in deciduous dentition and 1.5 to 3.5% in permanent dentition. In this sense, the complications associated with supernumerary are delayed eruption, impaction, diastema, cystic lesions, ectopic eruption, root resorption of adjacent teeth, dental crowding, gingival inflammation, periodontal abscess, displacement, rotation and pulp necrosis. Thus, impaction of maxillary central incisors is mainly associated with additional teeth. Regarding treatment options for impacted upper central incisors associated with supernumerary teeth, the impacted tooth extraction can be performed and rehabilitation with prosthesis or implant after the growth phase, extraction and closure of the space with the permanent lateral incisor with posterior aesthetic anatomization and orthodontic-surgical traction. In this perspective, this paper presents a clinical case of a young adult male patient, in whom successful orthodontic traction of upper incisor impacted due to the presence of a supernumerary element with bypass was successful.

Keywords: Dental traction. Hyperdontia. Extraction

1. INTRODUÇÃO

O termo hiperdontia designa os dentes que estão em excesso na arcada dentária. Sabe-se que a arcada dentária normal é constituída de vinte dentes decíduos e de trinta e dois permanentes. (CAMPOS *et al.* 2017).

A maioria dos casos de hiperdontia ocorre na região dos incisivos superiores na região anterior da maxila. A prevalência de casos de hiperdontia se encontra de 1 a 3% em dentição decídua e de 1,5 a 3,5% em dentição permanente, onde os números podem variar de acordo com a região, grupo ou população do estudo. Os dentes mais frequentes são o mesiodens, na região

ântero-superior e o quarto molar e pré-molar na região posterior (OLIVEIRA et al. 2002).

Algumas teorias buscam explicar a hiperdontia: a teoria da hiperatividade da lâmina dentária na fase de iniciação (que produz novo germe dentário e é considerada a causa mais provável) e a teoria atávica (onde se tem a regressão a padrões de ancestrais primitivos e associação a distúrbios do desenvolvimento) (CORRÊA et al, 2009).

As complicações associadas com supranumerários são retardos na erupção, impacção, diastema, lesões císticas, erupção ectópica, reabsorção radicular dos dentes adjacentes, apinhamento dental, inflamação gengival, abscesso periodontal, deslocamento, rotação e necrose pulpar. (MOURA, 2013).

Nesse sentido, o atraso na erupção de incisivos permanente superiores é uma situação com a qual inúmeras condições patológicas podem estar relacionadas. Dentre as causas mais comuns de impactação estão: presença de dentes supranumerários; traumatismo em dentes decíduos; alteração da posição do germe dentário; presença de odontomas; a discrepância entre tamanho dentário e comprimento do arco; retenção prolongada ou perda precoce dos decíduos; presença de fissura alveolar e anquilose dentária (BISHARA, 1992).

Logo, o presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente adulto, sexo masculino, que apresenta hiperdontia associada a incisivo superior semi-incluso, realizamos extração do dente supra numerário e consequente tracionamento do dente 11 por meio de um “by-pass”.

2. DESENVOLVIMENTO

Hiperdontia é caracterizada por uma anomalia que se identifica com a presença de dentes em uma quantidade maior do número considerado normal na arcada dentária; sendo comum ocorrer casos de permanecer impactados, apresentar-se invertidos ou crescer em posição. Sabe-se que a arcada dentária normal é constituída de vinte dentes decíduos e de trinta e dois permanentes (OLIVEIRA et al. 2002).

Esses dentes podem ser classificados como dentes supranumerários rudimentares, quando não apresentam forma anatômica usual dos dentes presentes na região em que foram encontrados, ou suplementares quando apresentam a forma dos dentes da região (CAMPOS *et al.* 2002).

Já Bhaskar (1989) definiu como acessórios os dentes que não apresentam forma normal, enquanto que o termo supranumerário é usado para os que imitam a forma normal. Esses dentes recebem várias denominações, de acordo com a localização. Se estiverem entre os incisivos superiores, são chamados de “mesiodentes”, se na distal dos terceiros molares, “quartos molares”, se na região de pré-molares, terceiros pré-molares e em relação vestibulo-lingual aos molares, são chamados de “paramolares” (ALMEIDA, 2010).

Os dentes supranumerários podem de manifestar na região da cavidade oral, ou uni e bilateralmente, na maxila ou na mandíbula, erupcionados ou impactados, e sua manifestação, numericamente, pode ser apenas de um ou de vários dentes. Quando identificados casos de hiperdontia, esses geralmente se manifestam na maxila, praticamente nove vezes mais afetada que a mandíbula e os dentes supranumerários são mais comuns na dentição permanente. No Brasil, as pesquisas identificaram a ocorrência de elevado índice de casos com pacientes encaminhados para tratamento com dentes supranumerários, em que foram registrados maior incidência em homens do que em mulheres, localizados os problemas na dentição permanente na região maxilar (REIS, 2006).

A prevalência de casos de hiperdontia se encontra de 1 a 3% em dentição decídua e de 1,5 a 3,5% em dentição permanente, onde os números podem variar de acordo com a região, grupo ou população do estudo. Os dentes mais frequentes são o mesiodens, na região ântero-superior e o quarto molar e pré-molar na região posterior (OLIVEIRA *et al.* 2002).

Corroborando, um estudo de Corrêa *et al.* (2009) constatou a prevalência de 2,5% de unidades supranumerárias ao avaliar 843 radiografias panorâmicas de pacientes atendidos na Universidade Federal de Santa Maria de janeiro de 1997 a dezembro de 2007 e uma predominância masculina de 2:1.

Outro estudo, realizado por Segundo (2018) encontrou em 1325 radiografias panorâmicas uma prevalência de 3,54% também com predileção para o gênero masculino. Já no estudo de Dayube (2011) ao avaliar 1800

radiografias panorâmicas encontrou uma prevalência de 1,4% de dentes supranumerários, porém com maior ocorrência no gênero feminino.

Quanto à etiologia, para Corrêa et al, (2009) os dentes supranumerários tem sua origem devido a um germe dentário próximo ao permanente, proveniente da lâmina dental.

Para Regezi (2000) a causa da hiperdontia é bem obscura, mas algumas hipóteses tentam elucidá-la. A mais provável é a formação dos supranumerários através de uma independente hiperatividade da lâmina dental, sendo a herança familiar associada.

Já conforme Sholapurkar (2010) existem teorias que explicam tal alteração: a hiperatividade da lâmina dentária na fase de iniciação (que produz novo germe dentário e é considerada a causa mais provável) e a teoria atávica (onde se tem a regressão a padrões de ancestrais primitivos e associação a distúrbios do desenvolvimento).

Sua presença pode levar a condições patológicas como apinhamentos, reabsorções ou danos aos dentes adjacentes, erupções ectópicas e formações de cistos dentígero, sendo que os mesmos também podem ser aproveitados com boas possibilidades de sucesso para o transplante, tanto autógeno quanto homogêneo, principalmente sob a forma de germe (MARZOLA, 1995).

Conforme Almeida et al.(2010) associados a esta anomalia estão a impaction de dentes permanentes, apinhamento dental, má oclusão, erupção retardada e/ou ectópica, distúrbios na articulação temporomandibular, rotação dentária, formação de diastemas, deslocamentos dentários, reabsorções dentárias, comprometimento de enxertos ósseos alveolares, desarmonia funcional, problemas estéticos e desenvolvimento de patologias orais. Recomendando-se a remoção cirúrgica dos mesmos a fim de evitar futuros transtornos a saúde dos pacientes.

Concordante Moura (2013) afirma que as complicações associadas com supranumerários são retardos na erupção, impacção, diastema, lesões císticas, erupção ectópica, reabsorção radicular dos dentes adjacentes, apinhamento dental, inflamação gengival, abscesso periodontal, deslocamento, rotação e necrose pulpar. No caso de tratamento, quando efetivada a extração é indicado que seja avaliada a situação de danos aos dentes permanentes adjacentes, uma vez que podem causar distúrbios de erupção, como a anquilose.

Assim, a causa mais comum de impactação ou atraso na erupção de incisivos permanentes superiores é a presença de dentes supranumerários, o mesiodens, sendo que, funcionalmente a ausência de um incisivo central superior traz uma deficiência no movimento protrusivo com negativas consequências para a articulação temporomandibular e trauma oclusal no incisivo adjacente, o que justifica a necessidade de tracionamento destes dentes, sendo de grande importância o diagnóstico prematuro da impactação para a obtenção de um prognóstico favorável (OKESON, 1992).

Vale salientar que os mesiodentes podem ser classificados como cônicos (formato cônico), suplementares (com forma e tamanho similar aos da série) ou tuberculares (com forma totalmente diferente aos da série), mas, em sua maioria, são cônicos e menores que os incisivos maxilares normais e sua localização e direção, a maioria das vezes são invertidos na região palatina. Além de que, mesiodentes podem erupcionar normalmente, mas, em sua maioria encontram-se impactados.

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que as alternativas para o tratamento de impactações de incisivos centrais superiores são: a extração do dente impactado e reabilitação com prótese ou implante após a fase de crescimento, extração e fechamento do espaço com o incisivo lateral permanente com posterior anatomização estética e tracionamento ortodôntico-cirúrgico (SIMÕES et al, 2011).

Nas últimas décadas, com o avanço da odontologia nos aspectos de diagnósticos, biomateriais e procedimentos clínicos, as impactações dentárias ganharam uma nova concepção diagnóstica e terapêutica, onde uma abordagem conservadora que objetiva inserir tais dentes funcionalmente nas arcadas dentárias só é possível numa visão integrada e multidisciplinar (BERTI et al, 2010).

Nesses casos, onde há impactação de dentes anteriores, é conveniente realizar a colagem de acessórios ortodônticos destinados ao tracionamento dos dentes retidos concomitantemente à abordagem cirúrgica para remoção de agentes etiológicos locais. Esse tracionamento pode ser realizado tanto por meio de aparelhos ortodônticos fixos quanto removíveis. Tendo em vista o desconforto não só funcional mais também estético gerado pela ausência de tais dentes (TOCHETTO et al, 2011).

Dessa maneira, atualmente busca-se o tracionamento de elementos dentais anteriores, mesmo que impactados devido a dentes supranumerários, pois os benefícios superam em muito os riscos advindo das técnicas utilizadas para tal feito (SIMÕES et al, 2011).

2.1. RELATO DE CASO

Paciente F. W. T. 17 anos, gênero masculino, melanoderma, procurou atendimento na clínica de Especialização em Ortodontia do Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPGO-FACSETE), Natal/RN. Relatou como queixa principal “*Dente em cima*”.

Quanto ao diagnóstico, observa-se selamento labial passivo, ausência de assimetria facial, linha média superior de 1 mm desviada para direita, elemento 75 em boca (retenção prolongada) causando a impactação do 35, e elementos supranumerários na região dos elementos 21, 11, 17, 27 e 45; este último causando impactação do 45. Importante deixar claro que o supranumerário na região do 11 causou distalização e semi-impactação por vestibular de tal elemento, ficando anatomicamente sobreposicionado ao 12. Ângulo nasolabial bom, classe I de Angle esquerda e direita, overjet e overbite de 03 milímetros, arcada superior e inferior parabólicas (Figura 01, 02, 03 e 04).

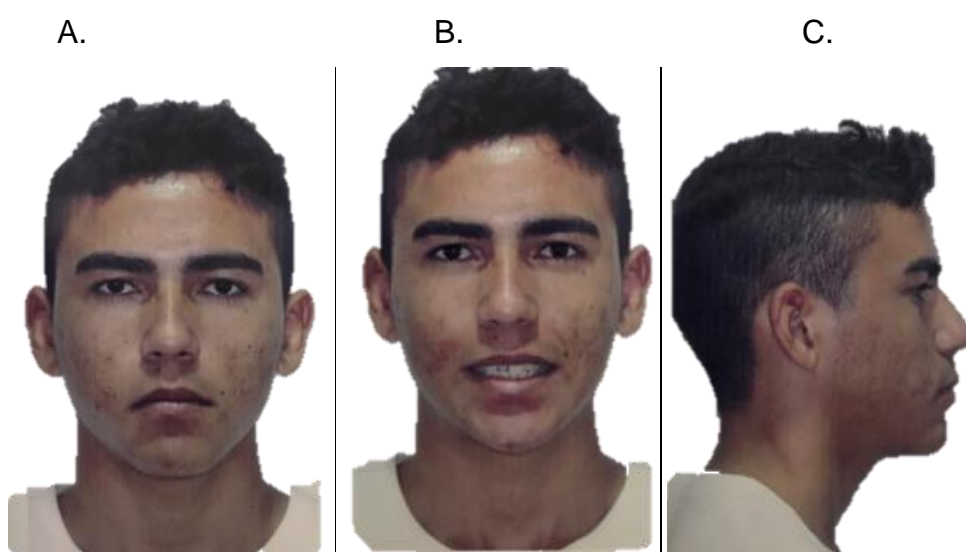


Figura 01. (A) Foto extraoral frontal; (B) Foto extraoral frontal sorrindo e; (C) Foto extraoral perfil. Retirada pelo Centro de Radiologia Odontológica (CROS).

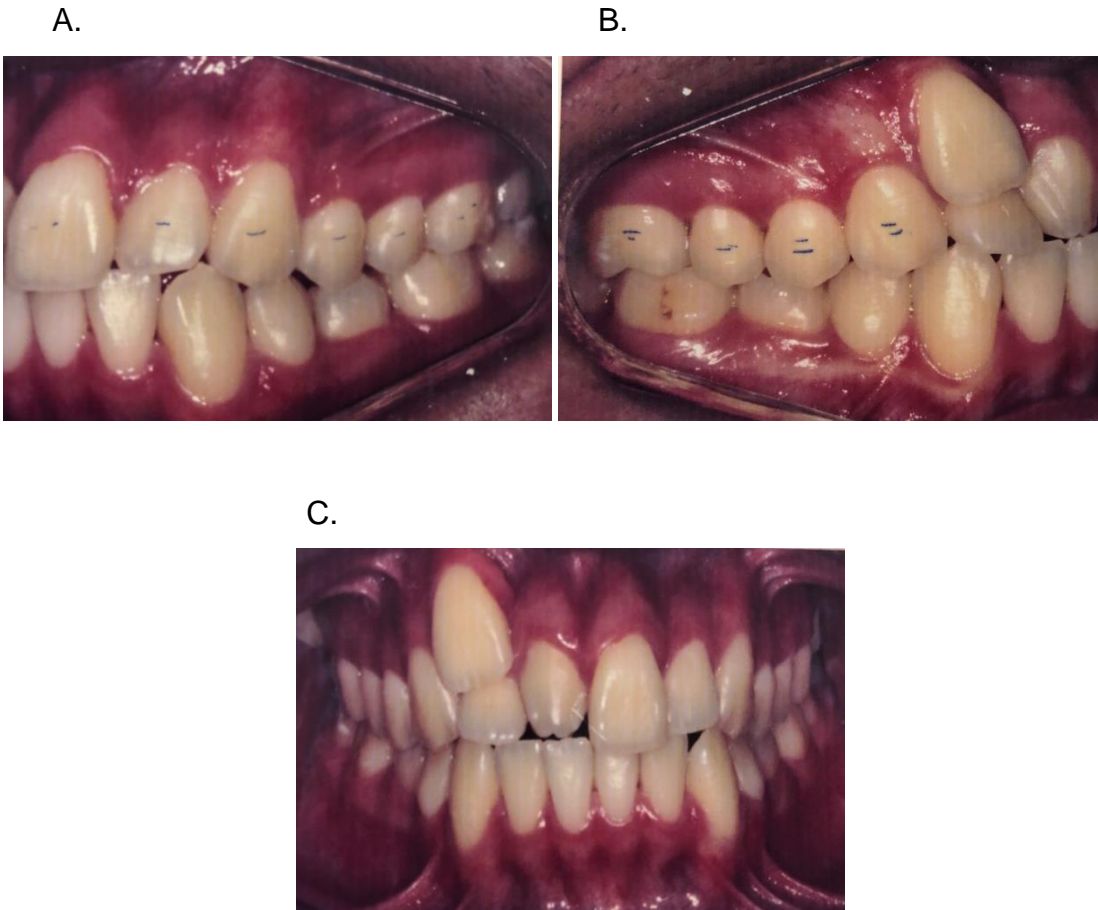


Figura 02. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Retirada pelo Centro de Radiologia Odontológica (CROS).

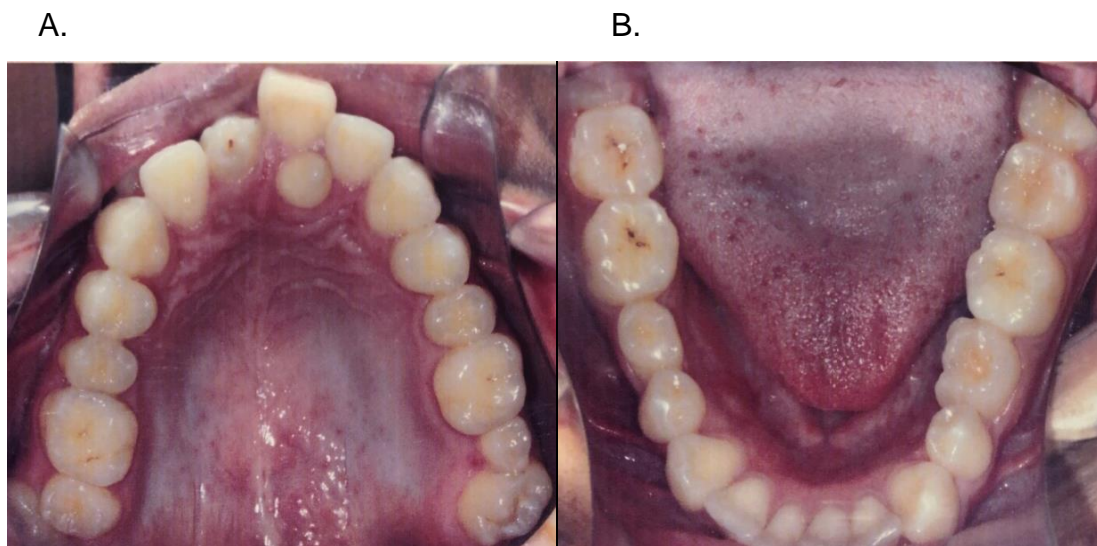


Figura 03. (A) Foto intra-oral oclusal superior e; (B) Foto intra-oral oclusal inferior. Retirada pelo Centro de Radiologia Odontológica (CROS).

As análises cefalométricas permitiram um diagnóstico de padrão mesofacial. Os incisivos superiores lingualizados e inferiores bastante vestibularizados. Maxila retruída e mandíbula levemente protruída em relação à base do crânio. Além disso, o paciente apresenta altura facial inferior aumentada (Tabela 01 e 02).

Tabela 01. Medidas cefalométricas de USP.

Medida	Obtido	Padrão	Desvio
SNA	77,82°	82°	-4,18°
SNB	81,49°	80°	1,49°
ANB	-3,66°	2°	-1,66°
FMA	24,83°	25°	0,17°
SN.GoMe	36,01°	32°	4,01°
EIXO Y	67,45°	67°	0,45°
IMPA	95,50°	87°	8,50°
Inclinaç. Inc. Sup. (+1)	104,43°	110°	-5,57°

Fonte: Centro de Radiologia Odontológica (CROS).

Tabela 02. Medidas cefalométricas de JARABAK.

Medida	Obtido	Padrão	Desvio
A. Sela	130,85°	123°	7,85°
A. Art.	133,44°	143°	-9,56°
Ang. Go.	131,72°	130°	1,72°
Go. Sup.	56,68°	50°-55°	1,68°
Go. Inf.	75,04°	70°-75°	0,04°
BAC	64,75mm	71mm	-6,25 mm
BPC	34,76mm	32mm	-2,76 mm
Alt. R.	41,48mm	44mm	-2,52mm
C. Mand.	77,04mm	71mm	6,04mm
Porcent. de Jarabak	61,04%	63,5%	-2,01%

Fonte: Centro de Radiologia Odontológica (CROS).

Facialmente, a paciente apresentou os terços superior e médio normais e o inferior diminuído, ângulo nasolabial bom, suco mentolabial bem marcado, perfil levemente convexo, linha queixo pescoço boa. Radiograficamente, pode-se observar segundos pré-molares inferiores impactados, dentes supranumerários na região dos elementos 21, 11, 17, 27 e 45, e retenção prolongada do 75 (Figura 01, 04 e 05).

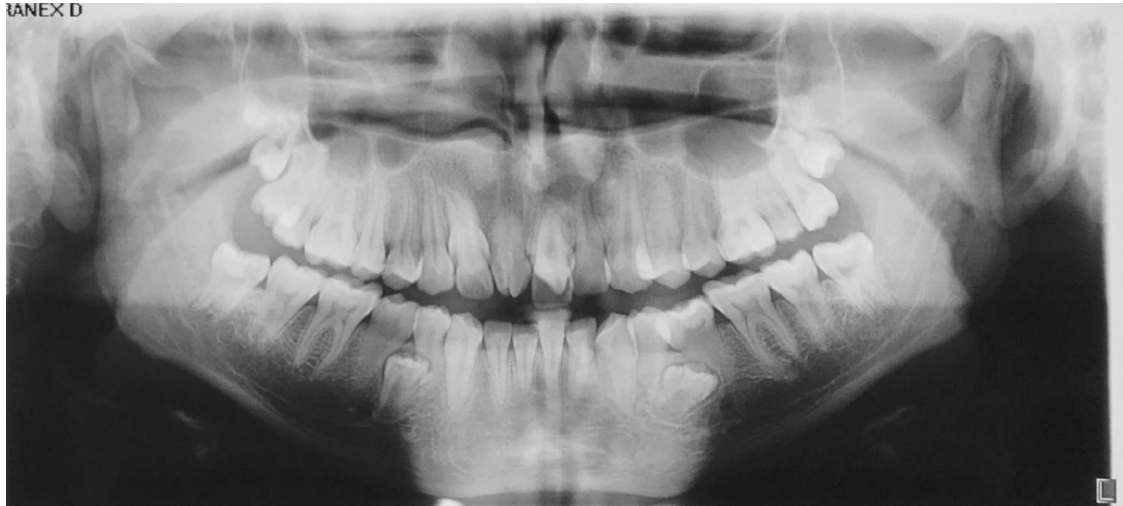


Figura 04. RX panorâmico. Retirada pelo Centro de Radiologia Odontológica (CROS).



Figura 05. RX periapical de incisivos superiores. Retirada pelo Centro de Radiologia Odontológica (CROS).

Acima foram expostas fotos da documentação inicial do caso clínico e diante do diagnóstico, optou-se pelo seguinte plano de tratamento: remoção de todos os dentes supranumerário e do 75, espera da erupção dos elementos 45 e 35 e tracionamento do elemento 11 com uso de “bypass”.

Assim, iniciou-se a ortodontia fixa, após a extração dos dentes supracitados, com aparelho convencional na prescrição de McLaughlin,

Bennett e Trevisi (MBT) Abzil da 3M, com colagem de braquetes nos elementos 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 e 25 para uso de arco 0,012" Níquel-Titânio (NiTi) Orthometric® segmentado (Figura 06). Evoluiu-se, nas visitas seguintes, para os fios 0,014" NiTi Orthometric® (neste momento fez-se a colagem de tubos simples Morelli® nos primeiros molares superiores) e 0,016" NiTi Orthometric® respectivamente.

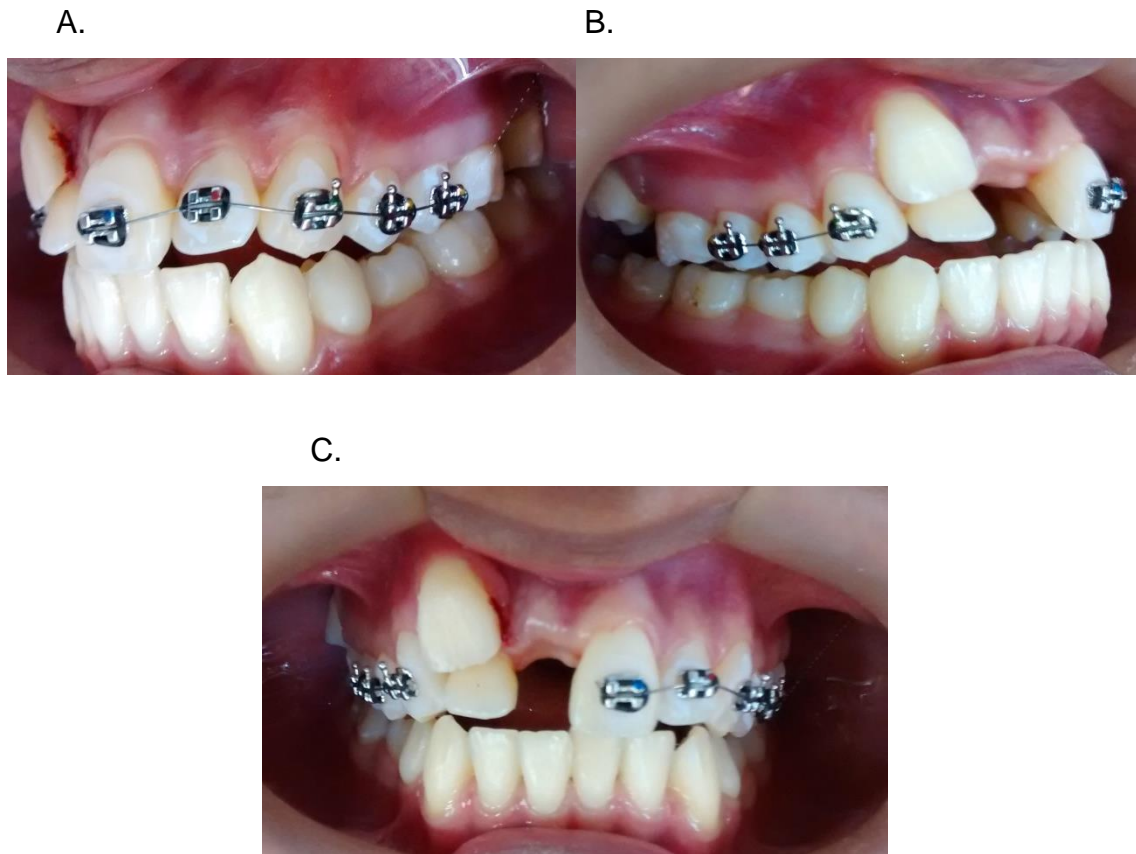


Figura 06. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Instalação de aparelho e arco segmentado superior.

No quarto mês de tratamento, foi utilizado o fio 0,016" Aço Orthometric® com mola aberta entre o 13 e 21 para ganho de espaço para posterior tracionamento do 11, seguiu-se a isso os fios 0,016" x 0,022" NiTi Orthometric® e 0,017" x 0,025" NiTi Orthometric® também com mola aberta entre os elementos já mencionados e com o mesmo objetivo, além de que, neste momento foi realizada a instalação do aparelho inferior com fio 0,014" NiTi Orthometric® com mola fechada entre o 44 e 36 , e entre o 44 e 46 (Figura 07).

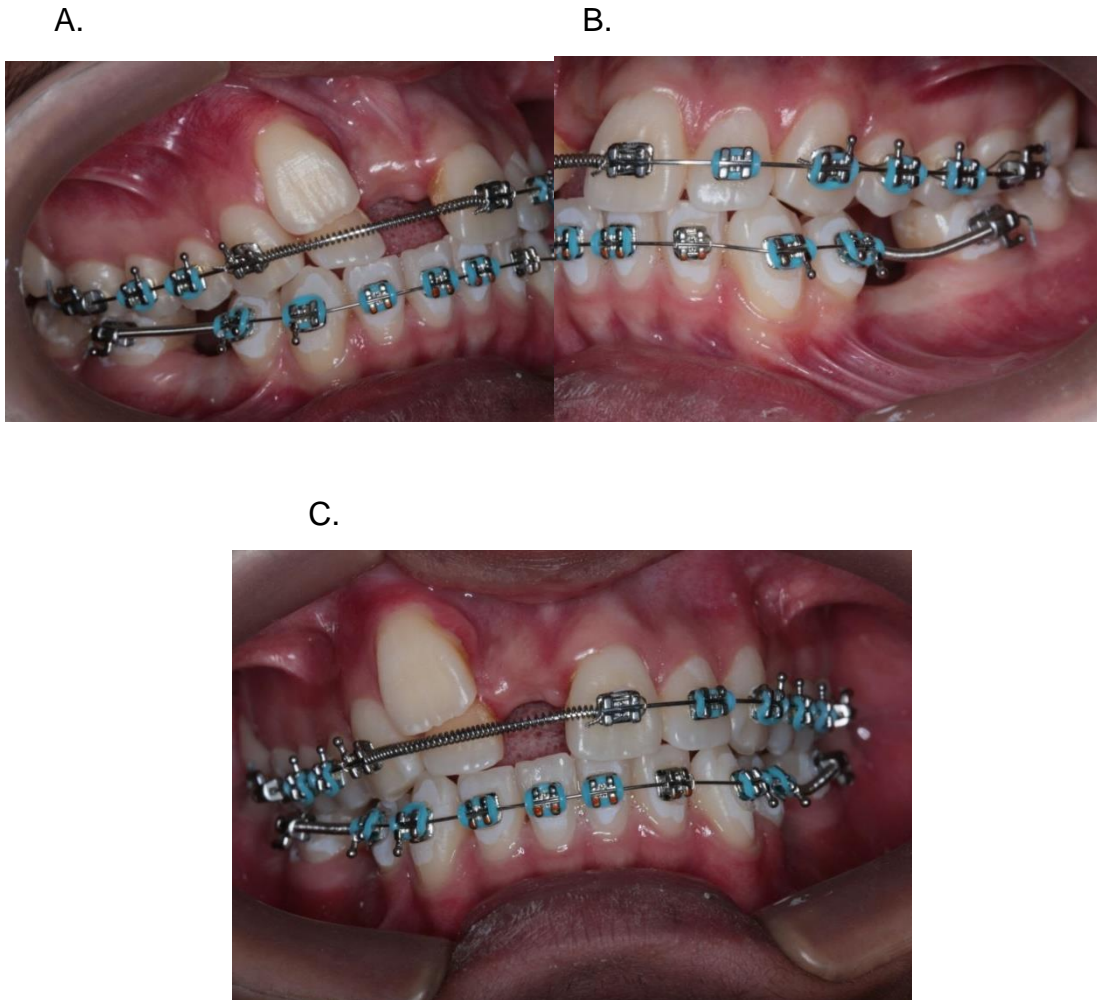


Figura 07. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Instalação de aparelho inferior.

Um mês após confeccionou-se um “bypass”, do dente 13 ao 21, para cervical no fio 0,017” x0,025” Aço Orthometric® superior passando no terço médio do dente 11 e colou-se o braquete passivamente nesse mesmo elemento, dessa forma o fio com “bypass” e gancho bola Morelli® fixado em sua mesial, serviram para iniciar o tracionamento, mesialmente, do incisivo com elástico em cadeia do dente ao gancho bola Morelli®. Momento em que também foi usado o fio 0,016” NiTi Orthometric® na arcada inferior mantendo-se as molas fechadas (Figura 08).

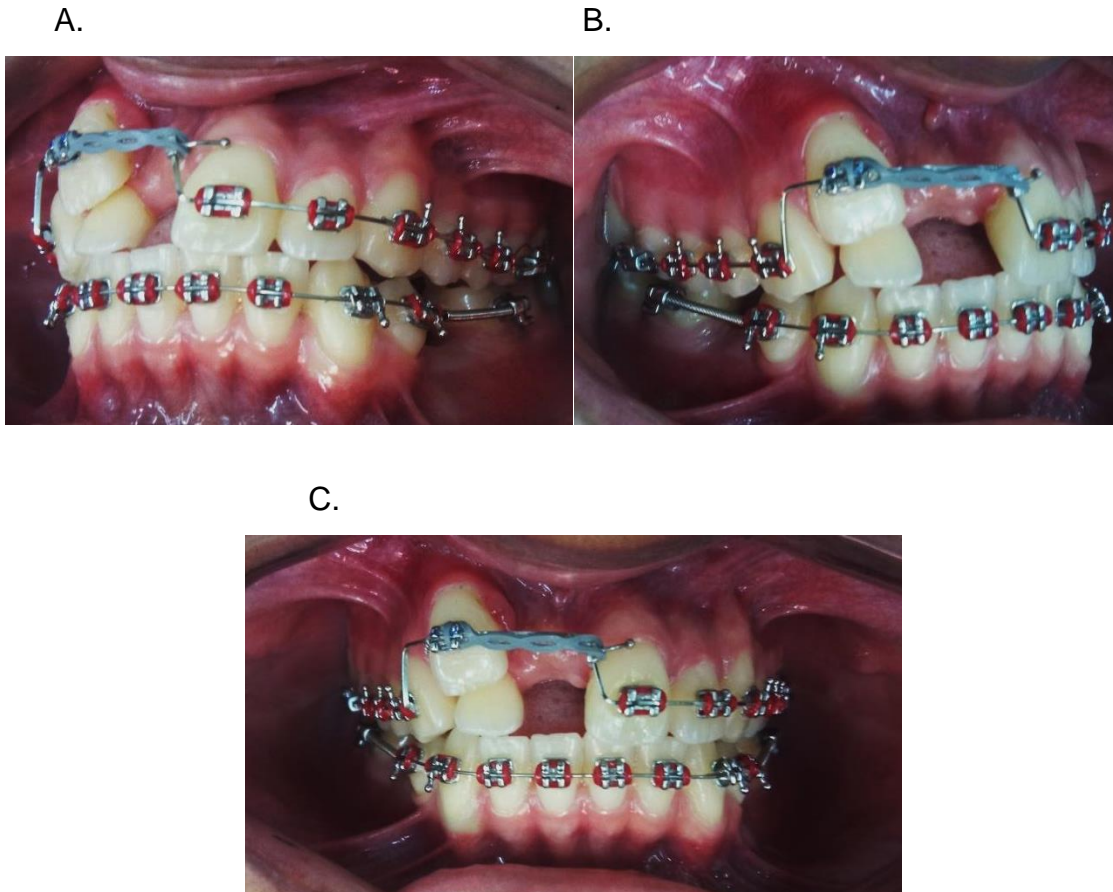


Figura 08. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Início do tracionamento do elemento 11.

Nos quatro meses seguintes manteve-se a mesma mecânica de tracionamento superior, já citada, enquanto o arco inferior continuou o uso das molas e evoluiu para os fios 0,018" NiTi Orthometric® e 0,016" x 0,022" NiTi Orthometric®, percebeu-se também o início de abaulamento gengival pela erupção do 45.

Seguindo o tratamento, pode-se fazer a colagem de braquete no elemento 12, o que fez com que o fio a ser utilizado fosse o 0,014" NiTi Orthometric® na arcada superior, afim de alinhar e nivelar o incisivo lateral, e uma pausa no tracionamento do 11 foi necessária. Nesta etapa foi mantido a mecânica inferior.

Na visita seguinte amarrilhou-se de forma conjugada do 21 ao 26, instalou-se o fio 0,016" x 0,022" NiTi Orthometric® superior com mola aberta do 12 ao 21 e na arcada inferior foi utilizado o fio 0,017" x 0,025" Aço Orthometric® com mola aberta entre o 44 e 46 para ganho de espaço para o 45

completar sua erupção e mola fechada entre o 34 e 36 para manter o espaço para erupção do 35 (Figura 09 e 10).

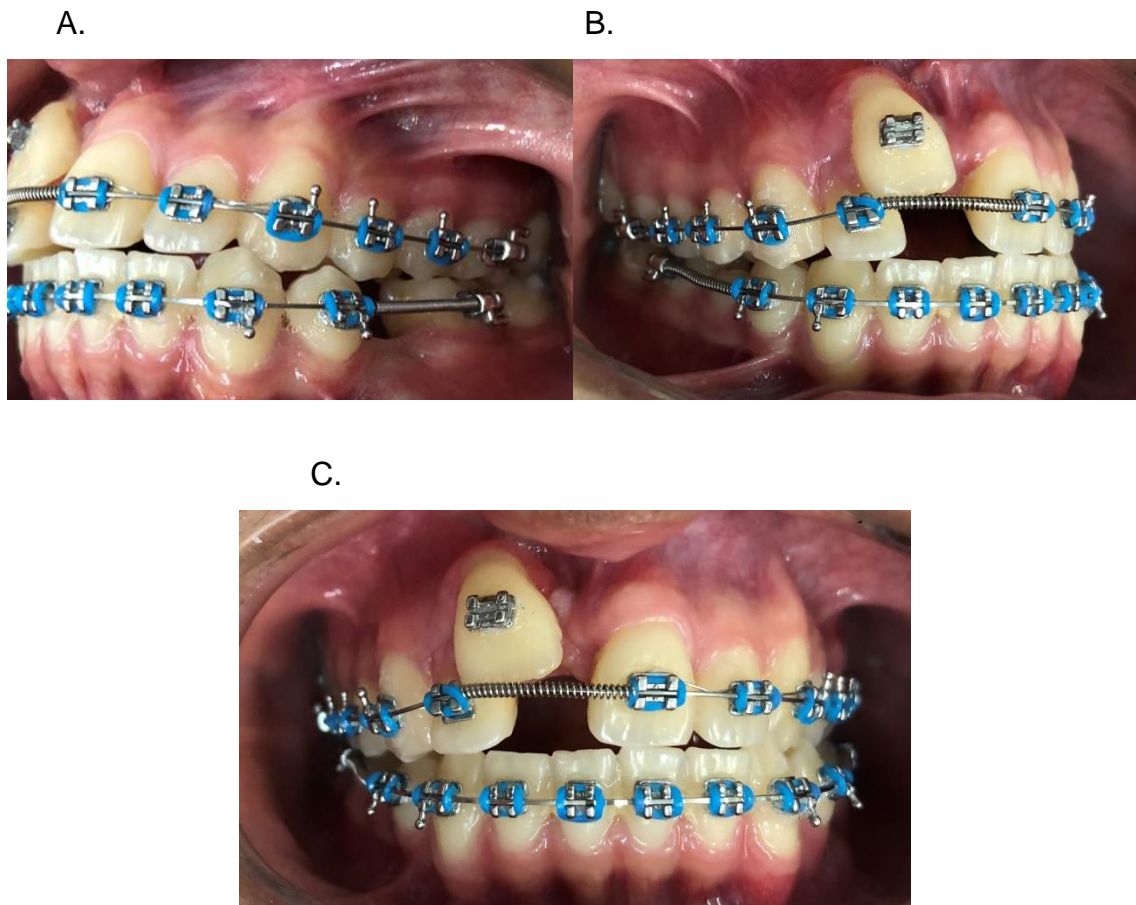


Figura 09. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Início do tracionamento do elemento 11.

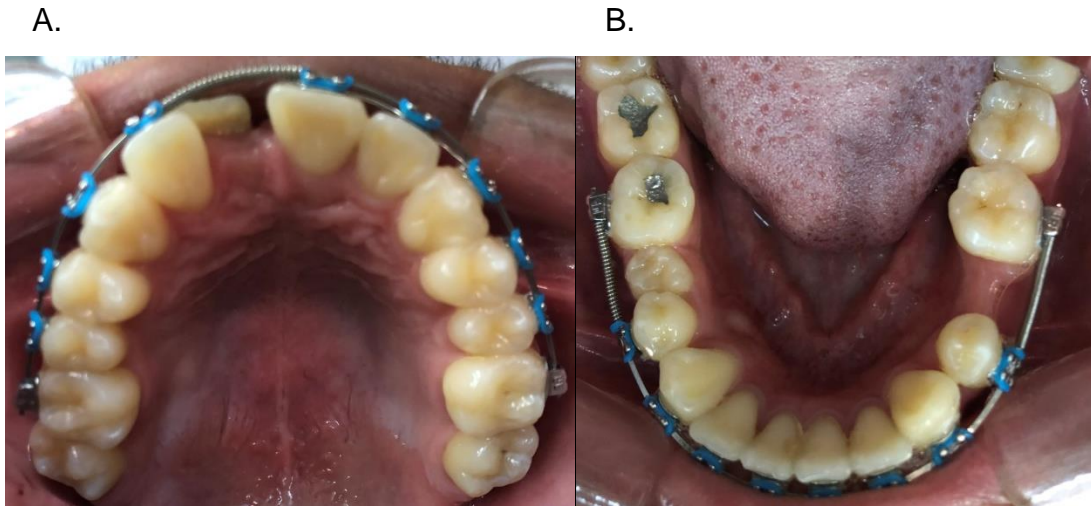


Figura 10. (A) Foto intra-oral oclusal superior e; (B) Foto intra-oral oclusal inferior.

Após quatorze meses do início do tratamento ortodôntico, reiniciou-se a mecânica de tracionamento do Incisivo central superior direito com uso de “bypass”, só que agora com este dispositivo entre os dentes 12 e 21 e com fio 0,016” x 0,022” Aço Orthometric®. Além de que, passou a se utilizar o dente 23 como ancoragem para o elástico em cadeia, o que substituiu o gancho bola. Na arcada inferior foi mantido o fio e a mecânica (Figuras 11e 12).

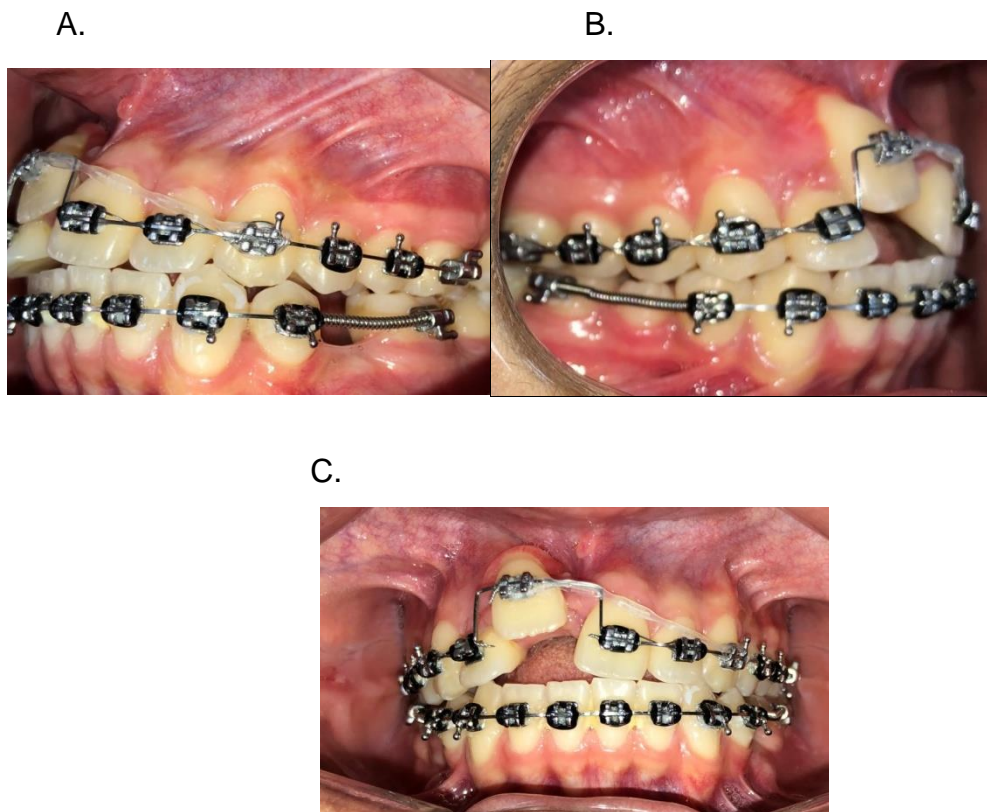


Figura 11. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Reinício do tracionamento do elemento 11.

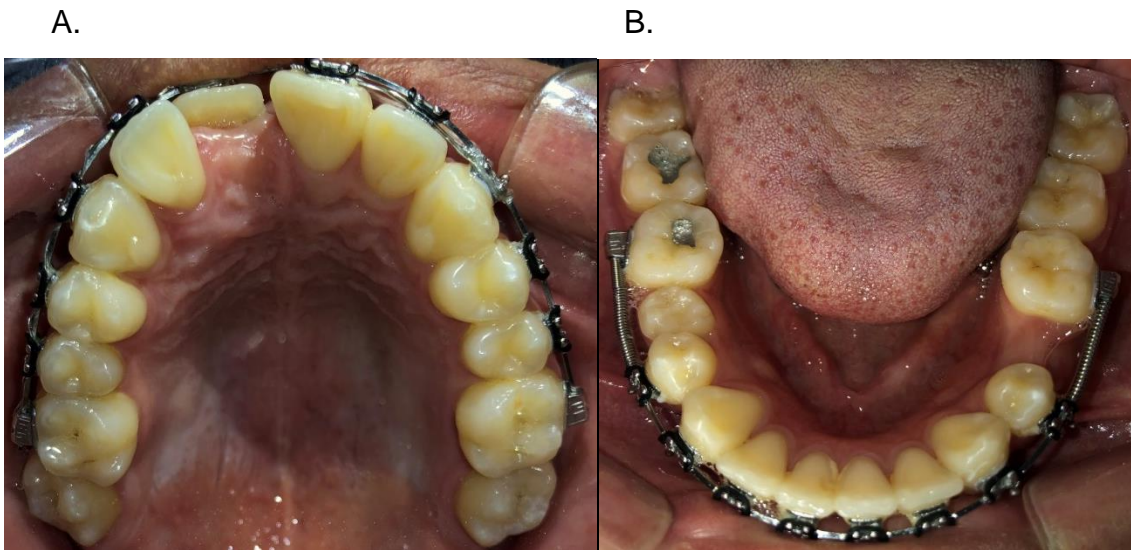
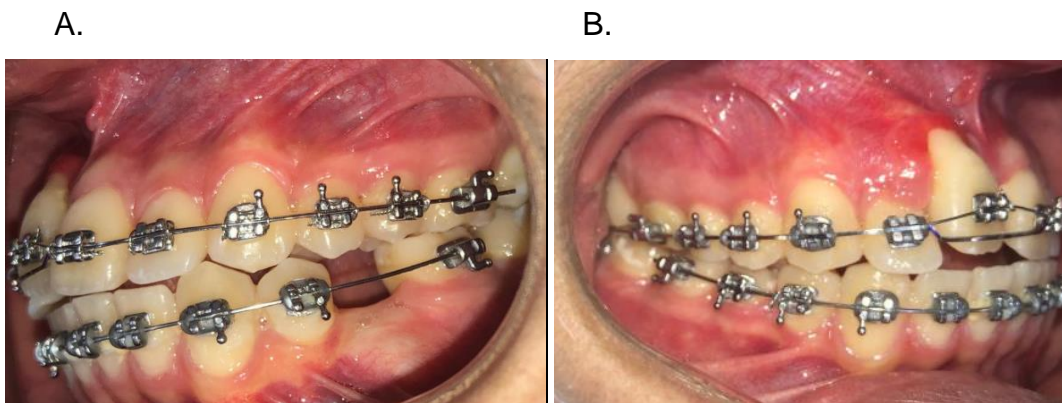


Figura 12. (A) Foto intra-oral oclusal superior e; (B) Foto intra-oral oclusal inferior.

Atualmente, o paciente encontra-se no fio 0,017" x 0,025" aço superior e inferior ainda com "by-pass" e sobrefio 0,012" NiTi, para tracionar o elemento 11 para o arco dentário (Figura 13 e 14).



C.



Figura 13. (A) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (B) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal. Reinício do tracionamento do elemento 11.

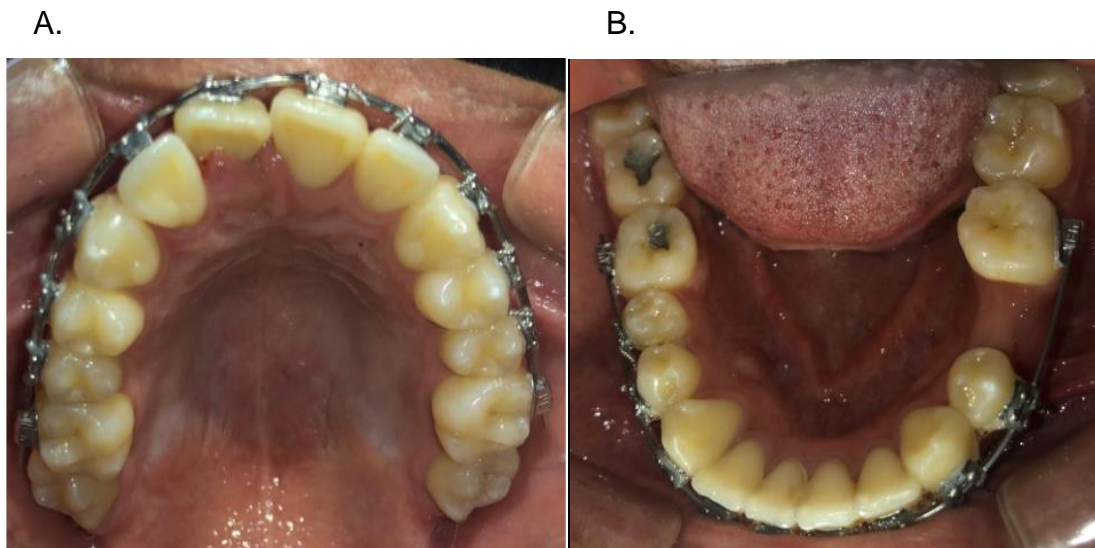


Figura 14. (A) Foto intra-oral oclusal superior e; (B) Foto intra-oral oclusal inferior.

Acima foram expostas fotos do desenvolvimento clínico do tratamento ortodôntico, sendo que vale salientar que o paciente ainda encontra-se em tratamento e tem um comportamento favorável ao bom desempenho clínico da terapêutica que vem sendo efetivada, além de que o uso do “bypass” tem sido de grande importância.

3. CONCLUSÃO

O tracionamento de dentes impactados é um verdadeiro desafio, principalmente em pacientes com hiperdontia. Nesta perspectiva, Moura (2013) afirma que a importância do conhecimento de métodos de tracionamento é explícita, considerando as alterações estéticas, funcionais e psicológicas causadas pela ausência dos dentes anteriores, além de que o tracionamento dental não é meramente um ato mecânico, os princípios ortodônticos básicos e as reações teciduais advindas da movimentação dentária devem ser conhecidas e respeitadas.

Além de que, quando associa-se conhecimento de mecânicas ortodônticas e habilidade profissional, pode-se ter um efetivo resultado oclusal para os pacientes que apresentem esta má oclusão, evitando-se assim os problemas advindos da ausência dos dentes impactados, o que pode afetar a fonação, deglutição, estética e a substituição protética dos mesmos.

Neste caso clínico a realização das extrações e do uso do “bypass” como “trilho” para movimentação dentária têm se mostrado bastante efetivos no tratamento da impactação dentária causada pela hiperdontia.

REFERÊNCIAS

CAMPOS LM, SILVA SREP, IMPARATO JCP, PINHEIRO SL. Dente supranumerário rudimentar relato de caso. **J BrasClin Odontol Int** 2017 mar/abr; 6(32): 129-32.

OLIVEIRA LM, PRIMO LG, BARCELOS R, PORTELA MB, BASTOS EP. Radiographic diagnosis of supernumerary teeth: report of six unusual cases. **J Dent Child** 2002; 69: 175-9.

MOURA WL. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes atendidos no Hospital Universitário da UFPI: um estudo retrospectivo de cinco anos. **Rev Odontol. UNESP.** 2013; 42(3):167-71.

CORRÊA FG, FERREIRA FV, FRIEDRICH LR, PISTÓIA AD, PISTÓIA GD. Prevalência de dentes supranumerários- estudo retrospectivo. **Int J Dent.** 2009;8(1):11-15.

BISHARA, S. E. Impacted maxillary canines: a review. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, v. 101, no. 2, p. 159-171, Feb. 1992.

ALMEIDA TE. Hiperdontia: relato de caso com 8 elementos supranumerários. **Revista de Odontologia.** Universidade Cidade de São Paulo. 2010; 22(1):78-84.

REIS LFG. Dentes supranumerários retidos interferindo no tratamento ortodôntico. **RSBO.** 2006; 3(2):21.

SEGUNDO AVL. Estudo epidemiológico de dentes supranumerários diagnosticados pela radiografia panorâmica. **Rev. cir. traumatol. bucomaxilofac.** 2018;6(2):53-56.

DAYUBE AC. Levantamento das anomalias dentárias de número (supranumerários) em radiografias panorâmicas de um serviço de documentação odontológica da cidade do Salvador, Bahia. 2010. **Rev de Ciên Méd e Biol.** Salvador. 2011; 10(1):34-8.

REGEZI JA. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3.ed Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2000.

SHOLAPURKAR AA. Erupted supernumerary teeth unusual positions. **Ver ClínPesqOdontol.** 2010;6(1):11-13.

MARZOLA, C. Retenção Dental. São Paulo: **Pancast**, 1995.

ALMEIDA TE, SAAVEDRA JUNIOR J, KAWAKAMI PY, PALIS CA, MARIANI PB, DOTTORE AM. Hiperdontia: Relato de caso com 8 elementos supranumerários. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo** 2010;22(1):78-84.

MOURA WL. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes atendidos no Hospital Universitário da UFPI: um estudo retrospectivo de cinco anos. **Rev Odontol. UNESP.** 2013; 42(3):167-71.

OKESON, J. P. **Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares.** 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1992. p. 73.

BERTI SA, POMPERMAYER AB, COUTO SOUZA PH, TANAKA OM, WESTPHALEN VPD, WESTPHALEN FH. Spontaneous eruption of a canine after marsupialization of an infected dentigerous cyst. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** 2010;137(5):690-3.

SIMÕES FXPC, CRUSOÉ-REBELLO I, NEVES FS, OLIVEIRA-SANTOS C, CIAMPONI AL, DA SILVA FILHO OG. Prevalence of supernumerary teeth in orthodontic patients from Southwestern Brazil. **Int J Odontostomatol** 2011;5(2):199-202.

TOCHETTO PRIMO B, ANDRADE MGS, OLIVEIRA HW, OLIVEIRA MG. Dentes retidos: novas perspectivas de localização. **Ver Fac Odontol Univ Passo Fundo** 2011;16(1):95-9.