

Karina Azzi
Cirurgiã Dentista

**A Interferência dos Dentes
Supranumerários na Posição
dos Dentes Permanentes na
Arcada Dental : os Riscos e
Benefícios do Tratamento Cirúrgico**

*Monografia Apresentada ao Curso de
Especialização em Cirurgia e Trauma-
tologia Buco Maxilo Facial da Facul-
dade de Odontologia de Piracicaba da
Univerdidade Estadual de Campinas
para a obtenção do título de Especia-
lista em Cirurgia.*

Piracicaba - 1995

Karina Azzi
Cirurgiã Dentista



TCE/UNICAMP
Az95i
FOP

A Interferência dos Dentes Supranumerários na Posição dos Dentes Permanentes na Arcada Dental : os Riscos e Benefícios do Tratamento Cirúrgico

*Monografia Apresentada ao Curso de
Especialização em Cirurgia e Trauma-
tologia Buco Maxilo Facial da Facul-
dade de Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de Campinas
para a obtenção do título de Especia-
lista em Cirurgia.*

Orientador : Prof. Dr. Ronaldo Célio Mariano

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

120

Piracicaba - 1995

N.º Classif. _____
 N.º autor 472.966
 V. _____
 Tombo 4533

Unidade - FOP/UNICAMP

TCE/UNICAMP

AZ951 Ed. _____

Vol. _____ Ex. _____

Tombo 4533

C ☐ D ☒

Proc. XOP-134/2010

Preço R\$ 11,00

Data 03/03/2010

N.º 472.966

Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca da FOP/UNICAMP

Az951

Azzi, Karina.

A interferência dos dentes supranumerários na posição dos permanentes na arcada dental: os riscos e benefícios do tratamento cirúrgicos. / Karina Azzi. - Piracicaba : [s.n.], 1995.

31 f. : il.

Orientador: Ronaldo Célio Mariano.

Monografia (especialização) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Extração dentária. 2. Tratamento cirúrgico. I. Mariano, Ronaldo Célio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

19.CDD - 617.605 9

-617.66

Índice para Catálogo Sistemático

1. Extração dentária 617.66
2. Tratamento cirúrgico 617.605 9

DEDICATÓRIA

Ao grande "Eu Sou", porque "dEle,

por Ele e para Ele são todas as coisas".

Ex 3:14; Col 1:16

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Ronaldo Célio Mariano que me estimulou e me orientou na realização deste trabalho.

Aos demais professores da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Resumo

Os dentes supranumerários podem causar grandes distúrbios no desenvolvimento da oclusão, e quando o diagnóstico é feito precocemente, esses distúrbios podem ser amenizados.

Na ausência de sinais e sintomas o diagnóstico torna-se acidental, através de radiografias de rotina. Os fatores relacionados aos riscos e benefícios das propostas de tratamento são apresentados e discutidos.

O tratamento envolve acompanhamento do caso e/ou procedimento cirúrgico para a exodontia do supranumerário, com ou sem tratamento ortodôntico.

Palavras Chaves : extração dentária, tratamento cirúrgico

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO	01
2) REVISÃO DE LITERATURA	
2.1) DEFINIÇÃO	02
2.2) ODONTOGÊNESE	03
2.3) ETIOLOGIA.....	06
2.4) CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA.....	09
2.5) FREQUÊNCIA.....	10
2.6) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS.....	13
2.7) CONSEQUÊNCIAS.....	16
2.8) TRATAMENTO E PROGNÓSTICO.....	17
3) DISCUSSÃO.....	20
4) CONCLUSÕES.....	24
5) SUMMARY.....	25
6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

1 - INTRODUÇÃO

Os dentes supranumerários são um tipo de anomalia relativamente rara. Ela se caracteriza pela presença de dentes além do número considerado normal, tanto na mandíbula como na maxila. Ocorre com maior frequência na região da pré-maxila, na dentição permanente, e no sexo masculino.

Esse distúrbio de aumento de número de dentes pode acarretar vários problemas para a oclusão, podendo ser de maior ou menor intensidade conforme a sua morfologia ou região que em que estiver e o tipo de tratamento que receber.

A sua etiologia ainda é praticamente desconhecida, porém várias teorias foram propostas por diferentes autores e há divergência entre eles.

O diagnóstico dos supranumerários pode ser feito acidentalmente em radiografias de rotinas, nos casos em que clinicamente eles não podem ser detectados. No entanto, na maioria dos casos, as consequências das alterações que eles causam nos arcos dentais podem servir de sinais característicos para o profissional que confirmará o diagnóstico com exames complementares.

Existem várias condutas terapêuticas, cada uma delas adequada à uma situação específica. Por isso o momento mais oportuno para se intervir cirurgicamente com a remoção do supranumerário, é o assunto que traz maiores divergências entre os autores.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1) DEFINIÇÃO

De acordo com NAZIF *et al.* (1983); CARVALHO *et al.* (1992); GORLIN *et al.* (1970), dente supranumerário é o elemento dentário formado além do número normal nas dentições decídua ou permanente, podendo ocorrer na mandíbula ou na maxila, uni ou bilateralmente (TOMASI,1992). Porém o número em excesso pode ser compensado pela ausência de outro dente (GORLIN *et al.*, 1970).

Em relação a sinonímia, os dentes supranumerários tem sido descritos tais como suplementares, extranumerários, dentículos, paramolares, 3ª dentição, superdentição, acessórios, etc. Estas denominações estão relacionadas à sua origem, incidência, localização ou ainda morfologia (CRUZ *et al.*, 1991).

Suplementar é o termo usado para o dente em número maior com características eumórficas e supranumerário para aquele com características heteromórficas (GORLIN *et al.*, 1970).

Os dentes supranumerários na região de molar são chamados paramolares, quando localizados na região vestibular em relação aos molares. Distomolares, retromolares ou 4ª molares se estiverem distalizados. Há também aqueles que estão em posições menos frequentes como a lingual, interradicular e interdental.

O termo paramolar foi introduzido por BOLK (1976), que estudou mais de 35.000 esqueletos e encontrando localização entre 1º e 2º ou 2º e 3º molares, no espaço interdental.

Segundo NOGUEIRA (1986), os 3º ou 4º pré molares superiores ou inferiores são dentes extra ou supranumerários e alguns autores os consideram como uma dentição pós-permanente (PRICE *et al.*, 1969).

Mesiodens ou mesiodente denomina-se todo dente localizado na linha média entre os incisivos centrais superiores (MARTINS *et al.*, 1988).

Quando o mesiodente estiver completamente erupcionado dentro da cavidade nasal ele é denominado dente nasal (GORLIN *et al.*, 1970).

2.2) ODONTOGÊNESE

O processo da odontogênese é explicado por CATE (1988). A cavidade bucal primitiva (o estomódeo) é forrada por epitélio primitivo de duas ou três camadas de células que recobrem um tecido conjuntivo embrionário, o qual tem origem na crista neural, sendo chamado ectomesênquima.

Após 37 dias de desenvolvimento embrionário, há a formação de uma banda epitelial contínua com a fusão de placas isoladas de epitélio espessado. Uma banda superior e outra inferior com a grosseira forma de ferradura darão origem aos futuros arcos dentários. Essa banda epitelial é denominada primária e se dividirá em duas : lâmina vestibular e lâmina dentária.

O vestibulo será formado pela proliferação da lâmina vestibular invadindo o ectomesênquima. As células aumentam de volume e degeneram para formar a fenda.

A lâmina dentária com atividade proliferativa contínua e localizada levará à formação de uma série de invaginações epiteliais dentro do ectomesênquima em locais que correspondem às posições dos futuros dentes decíduos.

O desenvolvimento, que é um processo contínuo, prossegue em três estágios : a. fase em botão; b. fase em capuz; c. fase em campânula.

Na fase em botão ocorre o primeiro crescimento em volume da borda livre da lâmina dentária dentro do ectomesênquima. Na fase em capuz ocorre um aumento da densidade celular na vizinhança da invaginação epitelial (uma condensação do ectomesênquima). Nesse estágio primitivo já é possível identificar todos os elementos formativos do dente e de seus tecidos de suporte.

A invaginação epitelial que grosseiramente lembra um capuz assentado sobre uma esfera de ectomesênquima condensado é chamado órgão dentário. Essa estrutura tem as funções de determinar a forma da coroa, iniciar a formação da dentina, estabelecer epitélio juncional e formar o esmalte.

A esfera de células ectomesenquimáticas condensadas, chamada papila dentária, formará a dentina e a polpa.

O ectomesênquima condensado, que limita a papila dentária e encapsula o órgão dentário (folículo dentário), formará os tecidos de suporte do dente.

O germe dentário é constituído pelo órgão dentário, papila dentária e folículo dentário.

Na fase em campânula ocorre o crescimento do germe dentário que vai sofrer histomodificações. A lâmina dentária que liga o germe do dente ao epitélio bucal, degenera-se, separando o dente em desenvolvimento do epitélio bucal. O epitélio dentário interno dobra-se tornando possível visualizar a forma do futuro modelo coronário do dente. O dente continua seu desenvolvimento dentro dos tecidos da mandíbula e maxila totalmente separado do epitélio bucal, até que ocorra a erupção para esta ligação ser reestabelecida.

O dente permanente também se origina da lâmina dentária. Os germes dos dentes incisivos, caninos e pré-molares permanentes, formam-se como resultado da contínua atividade proliferativa da lâmina dentária na região onde ela se une aos órgãos dentários dos germes dos dentes decíduos. Esta atividade proliferativamente aumentada leva à formação de um 2º capuz epitelial lingualizado ao germe do dente decíduo e garante uma resposta do ectomesênquima associado.

Os molares por não terem antecessores decíduos, se originam diferentemente. Quando a mandíbula e maxila se alongam o suficiente, a lâmina dentária migra posteriormente, por baixo do epitélio bucal, dentro do ectomesênquima, dando origem às invaginações epiteliais dos futuros germes dentários dos molares.

2.3) ETIOLOGIA

De acordo com HUANG *et al.* (1992) e ARX (1992), a etiologia dos supranumerários ainda é obscura. Várias teorias foram estudadas, e podem ser resumidas em :

a) Teoria da Regressão Filogenética ou Teoria do Atavismo : segundo MOLITERNO (1980), BAYERL *et al.* (1989) e CRUZ *et al.* (1991) a existência do germe supranumerário é explicada como um retorno à condição ancestral do ser humano, na tentativa de reparar os dentes suprimidos no processo evolutivo. É na teoria considerada ultrapassada por HUANG *et al.* (1992)

b) Teoria da dicotomia : é a mais aceita na opinião de HUANG *et al.* (1992) a presença do supranumerário é devido à divisão do germe dental durante o processo odontogênico PINDBORG (1970). É uma teoria, segundo SHAFER (1985), menos provável pois os dentes associados em geral são normais sob todos os aspectos.

c) Teoria da hiperatividade da lâmina dental : SARENMA (1951), SHAFER *et al.* (1985) há um resultado de uma hiperatividade local e independente cujos fatores responsáveis podem ser tensões entre os maxilares, assim como mobilidade de um processo facial específico, o qual resultaria na cisão da lâmina dental.

GORLIN *et al.* (1970), afirma que sob circunstâncias especiais, todas as partes do esboço da lâmina de um dente normal, que geralmente se torna atrófica, pode ser estimulada a produzir dente.

Essa teoria é bem aceita pelos autores, e sem dúvida a lâmina dos 1º, 2º e 3º molares ocasionalmente formam um dente adicional como mostra MEYER (1932) em seu estudo histológico de desenvolvimento dos molares.

BAYERL *et al.* (1989) relatam trauma sobre o folículo dental principalmente pela região anterior da maxila ser a mais afetada favorecendo o aparecimento da anomalia também durante a dentição decídua.

MARTNS *et al.* (1988) e BAYER *et al.* (1989) descrevem enfermidades sistêmicas e anomalias de desenvolvimento. Existe um particular significado clínico da associação comumente observada entre os dentes supranumerários e distúrbios de desenvolvimento tais como a disostose cleidocranial, a síndrome de Gardner e fissuras lábio palatais (PINDBORG, 1970; BRECKON *et al.* 1991).

A síndrome de Gardner, revista por FADER (1962) e DUCAN (1969) é caracterizada por, além dos múltiplos dentes supranumerários inclusos, polipose múltipla do intestino grosso, osteoma dos ossos incluindo os ossos longos, crânio e maxilares, múltiplos cistos epidérmicos, sebáceos cutâneos e ocasionalmente tumores desmóides.

Da mesma forma, a disostose cleidocranial descrita por GORLIN *et al.* (1970) caracteriza-se por uma combinação de aplasia ou hipoplasia, de uma ou ambas clavículas, desenvolvimento exagerado do diâmetro transversal do crânio, retardo na ossificação das fontanelas, atraso ou falta de erupção dos dentes permanentes e decíduos, com transmissão hereditária.

Num estudo feito por LOPES *et al.* (1991), em pacientes com mal formação lábio-palatal, foi encontrada uma preferência na ocorrência de supranumerários nos casos de fendas lábio-alveolares. Embriologicamente

seria justificada pela divisão da lâmina dental do incisivo lateral nesses casos menos severos de fendas, dando origem aos supranumerários. Porém em casos mais severos desta anomalia (fendas lábio-alveolar-palatinas), as estruturas e tecidos na região que dariam origem ao supranumerário são severamente prejudicadas causando assim, não só uma menor incidência de hiperdontia como uma maior de anodontia.

MELAMED *et al.* (1994) relatam um caso de múltiplos supranumerários em um paciente com síndrome de Ehlers - Danlos. Esta síndrome foi descrita por SHAFER *et al.*, em 1985. Ela representa um grupo de alterações hereditárias com desorganização do tecido conjuntivo e caracteriza-se em oito formas diferentes de manifestação. Basicamente suas características clínicas são: hiperelasticidade da pele , hiperextensibilidade das articulações, fragilidade da pele e dos vasos sanguíneos.

No levantamento realizado por MELAMED *et al.* (1994), foram relacionados a característica de presença de dentes supranumerários com outras diferentes síndromes. Dentre elas a displasia cleidocranial, cromossomia 13, craniometáfisia, síndrome de Gardner, síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, síndrome de Nance-Horan, síndrome oro-facial-digital, síndrome de supercrescimento Teebi-type, Síndrome de Hollerman-Streif, síndromes ligadas ao sexo e associadas ao retardo mental.

Por causa das diferenças na distribuição dos supranumerários nas formas múltipla e isolada, a primeira condição não é simplesmente uma forma mais severa da segunda, mas a etiologia das duas condições podem ser diferentes.

SHAFFER *et al.* (1985) e YUSOF (1990), citam a hereditariedade como explicação da etiologia dos supranumerários. Em alguns casos parece haver uma tendência hereditária e fatores genéticos para o aparecimento de dentes supranumerários, por causa da ocorrência de *mesiodens* em membros da mesma família. JASMIN *et al.* (1993) relatam caso de supranumerário em gêmeos e SEDANO & GORLIN (1969), afirmam ser os supranumerários de caráter autossômico dominante. Foi proposta a possibilidade da hereditariedade ligada ao sexo para os supranumerários nos pacientes do sexo masculino, mas os trabalhos não mostraram tal resultado (HUANG, 1992).

Baseando-se na forma, tamanho e localização do dente supranumerário, pode-se enquadrá-lo em uma ou mais teorias (BAYERE *et al.* 1989) para justificar sua presença na cavidade bucal.

2.4) CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA

De acordo com a forma, dente supranumerário pode ser eumórfico, rudimentar (ou cônico), tuberculado ou molariforme (BRECKON *et al.*, 1991).

Há autores que classificam em grupos:

- cônicos (dentes pequenos e finos);
- tuberculados (dentes em forma de barril);
- típicos (coroa com características semelhantes ao grupo a que pertencem);
- atípicos (coroa com características anômalas);

- e odontomas (dentes que possuem várias formas, não se enquadrando nos grupos anteriores) (CRUZ *et al.*, 1991).

Segundo MARTINS *et al.* (1988) e ARX (1992), a forma típica do mesiodens é coroa conóide e raiz delgada e curta, podendo apresentar cingulo proeminente (BAYER *et al.*, 1989).

ALMEIDA *et al.* (1991), afirmam existir supranumerários tão bem formados que torna difícil sua distinção dos dentes da série normal, como os da região de pré molares inferiores; já outros de acordo com YOSOF (1990) e SHAFER *et al.* (1985), podem ter forma ou tamanho bem diferentes do normal.

Quanto ao tamanho geralmente são menores (ALMEIDA *et al.*, 1991).

NAZIFF *et al.* (1993) e ALMEIDA *et al.* (1991) afirmam que os dentes supranumerários quando presentes na definição decídua quase sempre pertencem à categoria dos suplementares, principalmente os incisivos laterais superiores.

Quando os supranumerários se apresentam isolados geralmente tem forma cônica, mas quando são bilaterais a predominância de forma é tuberculada (GRIJALVA *et al.*, 1993).

Os supranumerários na região de pré molar superior tem formas variáveis, porém são predominantemente cônicos (KOCADERELI *et al.*, 1994).

2.5) FREQUÊNCIA

Os supranumerários são relativamente raros, principalmente quando comparados com outros distúrbios de desenvolvimento de número de dentes,

como a anodontia, cuja frequência é duas vezes maior (LOPES *et al.*, 1991), e a sua incidência nas populações varia entre os autores de 0,1 à 3,6% (PINDBORG, 1970); 0,3 à 4,1% (ALMEIDA, 1991); 0,3 à 3,8% (NAZIFF, 1983) e segundo ARX (1992), em até 5%.

A região onde o trabalho é realizado pode influenciar no resultado uma vez que segundo HUANG *et al.* (1992), as diferentes raças mostram variações de prevalência, sendo a população Mongolóide com a maior incidência de supranumerários. A população apresenta uma incidência que varia entre 1 e 3 % (PRIMOCH, 1981) ou 0,15 e 1,0 % (SHAFER *et al.*, 1985), especificamente em crianças inglesas na fase escolar. Entre 1,5 e 3,5 % na dentição permanente (MITCHELL *et al.*, 1992).

YUSOF (1990), relata que em 50 casos de pacientes analisados a incidência de múltiplos supranumerários foi de 14 %. Ela pode ser consideravelmente maior, 21,2 %, em pacientes portadores da síndrome de Gardner, mas é menos frequente em pacientes com outras doenças ou síndromes associadas.

A proporção de incidência em relação ao sexo é duas vezes maior no masculino, no que concordam a maioria dos autores (SHAFER *et al.*, 1985; BRECKON *et al.*, 1991; ID, 1993).

Os autores também concordam com a significativa preferência pela pré-maxila de 90 a 98 % dos casos (SHAFER *et al.*, 1985; MADEIRA *et al.*, 1987).

A incidência também é muito maior na dentição permanente (MOLITERNO *et al.*, 1988; BAYERE *et al.*, 1989).

Os casos de múltiplos supranumerários são muito mais comuns na mandíbula e na região de pré molares, (MELAMED *et al.*, 1993) e quando

ocorrem na mandíbula e maxila de formas combinadas também aparecem com maior frequência na região de pré molares (NOGUEIRA, 1986; YUSOF, 1990).

Há divergências entre os autores no que tange aos dentes envolvidos. A ordem de prevalência varia entre os autores, como mostram os quadros abaixo:

QUADRO I - Incidência de supranumerários segundo SHAFER, (1979)

Mesiodens
4 ^º molares superiores
Paramolares superiores
Pré-molares inferiores
Incisivos laterais superiores
Incisivos inferiores
Pré-molares superiores

QUADRO II - Incidência se supranumerários segundo NAZIFF et al. (1983)

Mesiodens
Incisivos laterais superiores
3 ^{os} pré-molares inferiores
4 ^{os} pré-molares inferiores
Paramolares

QUADRO III - Incidência de supranumerários segundo MADEIRA et al. (1987)

Incisivos superiores
Pré-molares inferiores
Quadrante pósterior superior
Pré-molares superiores

Três casos raríssimos são encontrados na literatura. A presença de 5º molar superior relatado por APPIAH (1990), um caso de caninos supranumerários decíduo e permanente (CRUZ *et al.*, 1991) e um 1º molar decíduo "impactado" devido a um supranumerário (CHEN *et al.*, 1993).

ARX (1992) afirma que a maioria dos mesiodens está numa posição mais palatina em relação aos incisivos e na forma retida. A maior parte também se encontra na direção normal, ligeiramente mais frequente no lado direito seguidos pelo lado esquerdo e linha mediana (HUANG *et al.*, 1992).

2.6) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS

As erupções completa ou parciais dos dentes supranumerários são raras e eles freqüentemente passam despercebidos, por isso a importância das radiografias de rotina, para a avaliação da presença de dentes não erupcionados (ARX, 1992).

ISSAO *et al.* (1974) recomenda que em crianças durante o início da dentição mista, seja feito o exame radiográfico sistemático da região ântero-superior.

Segundo CRUZ *et al.* (1991) e FREITAS *et al.* (1993) existe uma maior probabilidade de que um dente supranumerário desenvolva-se onde previamente ocorreu um supranumerário decíduo, o que tornaria imprescindível um periódico acompanhamento clínico radiográfico.

Para MITCHELL *et al.* (1992), a presença de supranumerários na dentição permanente pode causar rotação, "impactação", apinhamento, deslocamento ou erupção tardia, os quais poderão servir como sinais para diagnóstico. Alguns sintomas podem ser relatados pelo paciente como desconforto (MOORE, 1992), pressão entre os dentes envolvidos, tumefação dolorosa na região, dor à percussão dos dentes envolvidos (NOGUEIRA, 1986).

Por causa do seu tamanho reduzido, os mesiodens normalmente não podem ser percebidos por palpação, mas a sua presença pode causar desalinhamento dos incisivos centrais, diastemas ou ausência dos mesmos (ARX, 1992). Diastemas inesperados na região da mandíbula também podem significar a presença de supranumerários (BRECKON *et al.*, 1991).

O exame clínico pode, algumas vezes, confirmar os sintomas (APPIAH, 1990). O aparecimento de infecções nos dentes supranumerários pode significar a presença de cistos dentígeros (ARX, 1992).

Entretanto em muitos casos de supranumerários não havia nenhum tipo de sintoma e só foram diagnosticados em exame radiográfico de rotina. (NOGUEIRA, 1986).

Existem também casos de supranumerários que irrope e esfoliam espontaneamente sem desencadear qualquer tipo de complicação (FREITAS *et al.*, 1993) e outros que permanecem inclusos mas também não causam anormalidades ao longo do acompanhamento (FELDING, 1991).

Atentando-se para determinados sinais é possível se fazer um diagnóstico precoce da patologia (FREITAS, 1993).

Algumas tomadas radiográficas não mostram claramente a presença de supranumerários, como a panorâmica, principalmente quando ele se encontra na região ântero-superior. A posição do paciente dentro do aparelho de Rx é crítica para se obter melhores detalhes principalmente onde há variações das relações oclusais (FOWLER, 1991; HUANG *et al.*, 1992) e também por causa da estreita camada de imagem na região anterior. Todos os ortodontistas deveriam reavaliar seus diagnósticos e talvez incluir as radiografias periapicais e oclusais como as de rotina (HURST, 1991). Também são recomendadas a teleradiografia de perfil e norma lateral (MOLITERNO, 1988).

MADEIRA *et al.* (1987) afirmam que após a remoção cirúrgica do supranumerário devem ser feitos controles radiográficos para se detectar recorrências, e até mesmo após o tratamento ortodôntico.

Radiograficamente poderemos detectar que os pré-molares supranumerários que frequentemente permanecem em inclusão óssea ou erupcionados parcialmente se encontram numa posição palatina ou lingual.

MOLITERNO *et al.* (1988) afirmam que os supranumerários cônicos geralmente se localizam entre os incisivos centrais, mas podem ser encontrados numa posição mais palatina; já GRIJALVA *et al.* (1993) citam que raramente eles serão encontrados por vestibular, principalmente se não estiverem na posição invertida.

2.7) CONSEQUÊNCIAS

A presença de supranumerários pode causar vários problemas para os pacientes.

- retenção prolongada dos dentes decíduos trazidos pela presença do supranumerário dificultando a erupção do permanente, o que acarretaria na falta de espaço para eles (GRIJALVA *et al.*, 1993). A rotação apinhamento, deslocamento, erupção extópica do permanente relacionado também são frequentes (SHAHER *et al.*, 1985; BAYER *et al.*, 1989; ARX, 1992; MITCHELL *et al.*, 1992).

- o tipo tuberculado está mais associado à erupção retardada do permanente, enquanto que a forma cônica está mais associada ao deslocamento do dente (MITCHELL *et al.*, 1992), ocasionando problemas estéticos, periodontais e problema de ordem morfológica (CRUZ *et al.*, 1991; CARVALHO *et al.*, 1992).

- os dentes supranumerários não irrompidos podem originar lesões císticas particularmente o cisto dentígero (FREITAS, 1993), granulomas, osteomelites, podendo causar destruição óssea significativa e desvitalização e mal formação de dentes vizinhos (ARX, 1992); a reabsorção de suas raízes, apesar de se considerar mais rara, assim como reabsorção externa da coroa do próprio supranumerário o que é mais comum em grupos de pacientes acima dos 40 anos.

- a presença de diastema e expansão óssea na região anterior da maxila podem ser causados por mediodens (MOLITERNO, 1988). Eles podem

erupcionar dentro da cavidade nasal causando graves complicações (GRIJALVA *et al.*, 1993).

- a formação de um supranumerário durante o tratamento ortodôntico pode dificultar a movimentação dos dentes e fechamento de espaços (BRECKON *et al.*, 1993).

- o efeito mais nocivo do supranumerário é sua capacidade de interferir no desenvolvimento da oclusão normal (GRIJALVA, 1993).

2.8) TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Segundo HUANG *et al.*, (1992) as opiniões de quando e como intervir no supranumerário são divergentes, porém um diagnóstico precoce e um correto prognóstico devem ser considerados.

O tratamento para os dentes supranumerários pode ser o acompanhamento clínico e radiográfico em casos onde a intervenção cirúrgica torna-se desnecessária pois eles irrompem e esfoliam naturalmente, principalmente aqueles pertencentes à dentadura decídua.

GRIJALVA *et al.*, (1993) afirmam que os supranumerários causadores de maloclusão, impedindo a erupção dos dentes adjacentes, originando lesões císticas ou erupções ectópicas deva ser extraídos.

MOLITERNO *et al.*, (1988); BRECKON *et al.*, (1993); KOCADERELI *et al.*, (1994) concordam que quando eles não estão interferindo na cronologia normal de erupção deve-se optar por uma abordagem mais conservadora, com observação periódica. Nesse caso a cirurgia pode ser retardada até o

fechamento dos ápices dos dentes permanentes vizinhos para não prejudicá-los, principalmente se o paciente for extremamente jovem.

HUANG *et al.*, (1992); ARX, (1992), acreditam que a avaliação deve ser individual apesar da remoção precoce prevenir a “impactação” do dente permanente ou permitir a sua correção espontânea. Esse procedimento não implica na perda de vitalidade dos dentes vizinhos.

Foi observado que nos pacientes que foram submetidos à remoção do supranumerários mais precocemente (entre 6 e 8 ½ anos), o dente permanente levou menos tempo para erupcionar completamente, 1 ano e 6 meses, do que aqueles para os quais a cirurgia foi retardada (entre 8 ½ e 11 anos) que levaram até 3 anos para erupcionar (MOLITERNO *et al.*, 1988).

Para esse autor, quando um dente normal encontra-se efetivamente impedido de irromper devido a um dente supranumerário, quanto mais cedo se executar a sua remoção cirúrgica, tanto maiores serão as probabilidades de que o dente normal irrompa espontaneamente, se o espaço for mantido adequado. Segundo MITCHELL *et al.*, (1992) as chaves variam entre 54 a 75%, do dente irromper em até 3 anos.

O tratamento pode ser simplesmente cirúrgico (NOGUEIRA *et al.*, 1986; APPIAH, 1990; SAMUEL, 1992) ou ortodôntico para recuperação de espaço. Após este ter sido obtido então o procedimento cirúrgico e manutenção do espaço (MOLITERNO *et al.*, 1988; MITCHELL *et al.*, 1992), com a prevenção da formação de hábito, como por exemplo a interposição da língua no espaço vazio e problemas de oclusão. O controle radiográfico deve ser feito a cada 90 dias.

Quando opta-se pela exodontia do supranumerário o tratamento pode constituir de: - somente remoção do supranumerário MITCHELL *et al.*, (1992), que pode ser em uma ou mais sessões, quando se tratar de mais de um dente a ser removido (MADEIRA *et al.*, 1987);

- exodontia do dente decíduo visando proporcionar melhor acesso cirúrgico para a remoção do supranumerário (FREITAS *et al.*, 1993);

- remoção do supranumerário mais ostectomia da área que recobre o dente não erupcionado, e reposição do retalho (quando o dente estiver profundo); ou somente exposição do dente quando estiver superficialmente posicionado (MITCHELL *et al.*, 1992);

- remoção do supranumerário com exposição do dente em todos os casos com ou sem colagem ou lançamento para tração ortodôntica (MITCHELL *et al.*, 1992);

A necessidade de tração ortodôntica aumenta quando a formação radicular encontra-se em uma fase avançada (FREITAS *et al.*, 1993). Ela pode resultar em pouca gengiva marginal e inserida para o dente causando discrepância entre os contíguos (MITCHELL *et al.*, 1992).

De acordo com HUANG *et al.*, (1992), SHATZ *et al.*, (1994), as complicações cirúrgicas são raras e temporárias e o dente supranumerário pode também, ao ser removido, servir de doador para um transplante, com ou sem reconstrução sobre ele.

De qualquer forma o paciente deve ser participado e concordar com o plano de tratamento (SAMUEL *et al.*, 1992).

3 - DISCUSSÃO

O dente supranumerário, por definição, já se classifica como sendo um elemento excedente no arco dentário e por isso não encontrará espaço para seu desenvolvimento, erupção e oclusão sem afetar os dentes vizinhos.

De acordo com diversos autores que mostram que os dentes supranumerários podem se apresentar em regiões, quantidades e formas diferentes, podemos afirmar que alguns deles necessitarão de uma intervenção cirúrgica para sua remoção mais precocemente, enquanto que os outros poderão receber um tratamento mais conservador.

Esses dentes podem apresentar formas variadas, como a conóide que segundo CRUZ *et al.*, (1991), representa a forma típica dos mesiodens e FREITAS *et al.*, (1993) afirma ser a de maior incidência. Podem ser semelhantes aos da série envolvida, como por exemplo os pré-molares que freqüentemente ocorrem nos casos de múltiplos supranumerários como mostram NOGUEIRA, (1986) e YUSOF, (1990). Encontraremos ainda o tipo tuberculado que, como será discutido, é o que acarreta maiores danos ao paciente.

Quando o supranumerário é semelhante ao dente da região onde ele se encontra, podemos afirmar que estes dentes permanentes foram formados e erupcionados sem grandes sequelas.

Segundo MITCHELL *et al.*, (1992) e GRIJALVA *et al.*, (1993), o tipo tuberculado é o que está mais relacionado ao atraso da erupção do dente permanente.

Isso nos leva a afirmar que neste caso a intervenção cirúrgica deve ser feita o mais precocemente possível, para que a alteração do desenvolvimento da oclusão do paciente não seja agravada e para que a erupção espontânea possa ocorrer já que MITCHELL *et al.*, (1992) afirmam que realmente ocorre em até 75% dos casos, dentro de 3 anos após a exodontia do supranumerário.

E também, se o impedimento mecânico que representa o supranumerário não for removido a tempo e esta erupção espontânea for impedida o mesmo autor afirma que um tracionamento ortodôntico pode resultar em problemas estéticos para o paciente. A ausência prolongada de um dente e sua erupção inadequada, trazendo discrepância estéticas podem certamente resultar em problemas de ordem psicológica para ele.

Os autores MOLITERNO *et al.*, (1988) e ARX (1992) afirmam não haver risco durante o procedimento cirúrgico, em relação ao dente vizinho. Porém devemos considerar que apesar das técnicas radiográficas para a correta localização do dente supranumerário, a extrema intimidade existente entre eles e os germes dos dentes permanentes, poderá nos levar à concluir que, em alguns casos, existe a possibilidade do dente permanente em formação ser lesado durante o ato cirúrgico.

Por isso em alguns casos como o mesiodens, por exemplo, que pode causar desvios mas geralmente não impede a erupção dos permanentes, como afirma MITCHELL *et al.*, (1992), poderemos recorrer ao acompanhamento radiográfico para que se retarde, tanto quanto for possível, a sua exodontia, até que os dentes permanentes vizinhos estejam com sua odontogênese praticamente completa, o que de acordo com diversos autores, diminuiria o risco de prejudicá-los.

Haverá ainda situações, as quais, absolutamente, não necessitarão de nenhum tipo de intervenção, como nos supranumerários decíduos que, às vezes, irrompem e esfoliam naturalmente sem acarretar maiores alterações. (FREITAS *et al.*, 1993)

A localização do supranumerário incluso, pode ser feita acidentalmente pela avaliação radiográfica de rotina quando forem assintomáticos :

Existem fatores que propiciam o desenvolvimento dos dentes supranumerários, como por exemplo, o trauma (CRUZ *et al.*, 1991), doenças sistêmicas (BRECKON *et al.*, 1991), o que torna imprescindível o controle radiográfico periódico desses casos. Este controle da região da pré-maxila, também se faz necessário, uma vez que a incidência de supranumerários nesta região é consideravelmente maior, no que concordam a maioria dos autores.

É de extrema importância que o profissional fique atento às possíveis alterações clínicas do desenvolvimento dentário do paciente infantil para que possa suspeitar e diagnosticar um dente supranumerário antes de se ter consequências mais graves para a oclusão.

Como foram descritos por MITCHELL *et al.* (1992) e ARX (1992), os diastemas, o atraso na erupção de dentes ou os desvios dos mesmos, o apinhamentos ou a rotação, podem significar a presença do supranumerário.

Quando eles forem detectados pelo profissional, devem ser cuidadosamente avaliados com exames radiográficos panorâmico, periapical e oclusal como complementares, porque FOWLER (1991) e HUANG *et al.* (1992) afirmaram apenas que a radiografia panorâmica pode não apresentar nitidez suficiente para o diagnóstico da região anterior.

O desenvolvimento do supranumerário pode originar lesões císticas e causar malformação dos dentes vizinhos o que faz com que os autores como CRUZ *et al.* (1991) e HUANG *et al.* (1992), preconizem sua remoção precocemente.

Diante das observações levantadas observamos que a incidência do supranumerário é relativamente rara, mas quando existir, necessita-se de diagnóstico precoce e conduta imediata para evitar transtornos císticos, tumorais, reabsorções de elementos dentais adjacentes, impedindo, de modo geral, os balanços oclusais.

4 - CONCLUSÕES

Com base no presente estudo, podemos concluir que :

1. O diagnóstico precoce de alterações de número de dentes deve ser feito instituído através da sistematização de exames clínicos e radiográficos, na primeira infância principalmente, quando houver histórias de traumatismos buco dentários.

2. O paciente portador de um ou mais dentes supranumerários deve ser cuidadosamente avaliado, clínica e radiograficamente, para que um diagnóstico completo e correto possa ser feito.

3. O plano de tratamento deve ser elaborado sobre dois aspectos: a) remoção precoce do supranumerário ou b) acompanhamento radiográfico da sua evolução e das demais estruturas envolvidas.

4. O profissional deverá usar de bom senso para ponderar os riscos e os benefícios da remoção cirúrgica do supranumerário, avaliando sua necessidade ou não. A escolha deverá ser o procedimento de melhor prognóstico e de menor trauma para o paciente. Além disso é necessário que o profissional tenha destreza e conhecimento das técnicas cirúrgicas corretas.

5 - SUMMARY

The supernumerary teeth may cause abnormal occlusion development. Early diagnosis of the supernumeraries would help to prevent those possible complications.

In cases where no clinical symptoms can be found, they can be accidentally detected by routine radiographic examinations.

The treatment includes the simple follow-up and/or surgical removal, it can or can not be associated to orthodontic treatment.

Key Words : dental extraction, surgical therapy

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

1. APPIAH, A. S. Maxillary 4 th and 5 th molars. *Br. Dent. J.*, London, v.169, n.9, p.277, Nov 1990.
2. ARX, T.V. Anterior maxillary supernumerary teeth: a clinical and radiographic study. *Austr. Dent.*, v.37, n.3, p.189-195, June, 1992.
3. BAYERE, M.L.M., CAMPOS, C.R.N. Dente supranumerário : uma conduta conservadora. *R.G.O.*, Porto Alegre, v.37, n.4, p.287-291, jul/ago 1989.
4. BOLK, L. The supernumerary upper incisor in man. Apud CRUZ, R.A., CAMPOS, V. op. cit. Ref. 10
5. BRECKON, J.J.W., JONES, S.P. Late forming supernumeraries in the mandibular premolar region. *Br. J. Orthod.*, London, v.18, n.4, p. 329 - 331, Nov 1991.
6. CARVALHO, P.L., et al. Fusão de dentes supranumerários: relato de um caso. *Revta. Ass. paul Cirurg. dent.*, São Paulo, v.46, n.5, p.883-884, set./out. 1992.

* De acordo com a NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABTN) de 1989. Abreviatura dos periódicos conforme o "world fist of Scientific Periodicals".

7. CATE, A.R.J. *Histologia bucal, desenvolvimento: estrutura e função*.
2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap.4, p.47-57.
8. CHEN, H.S., LIEU, J.D. An unusual primary first molar impacton associated with a supernumerary tooth. Case report. *Aust. Dent. J.*, Sidney, v.38, n.4, p.277-279, Aug. 1993.
9. CRUZ, R.A., CAMPOS, V. Dentes supranumerários : apresentação de um caso na região de canino nas dentições decídua e permanente. *Revta. bras. Odont.*, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.24, 26-28, 30, maio/jun. 1991.
10. DUNCAN, B.R., DOHNER, V.A., PRIEST, J.H. The gardner syndrome : need for early diagnosis. *J. Pediatr.*, St. Louis, v.72, p.497, 1968. Apud SHAFER, W.G. *et al.* op. cit. Ref. 39.
11. FADER, M., *et al.* Gardner's syndrome (intestinal polyposis, oteomas, sebaceous cysts) and a new dental discovery. *Oral Surg.*, St. Louis, v.15, p.153, 1962. Apud SHAFER, W.G. *et al.* op. cit. Ref. 39.
12. FELDING, C.G. Postpermanent dentition. *Oral Surg.*, St. Louis, v.72, n.5, p.433, Nnov. 1991.
13. FOWLER, P. Limitations of the panoramic radiograph's focal trough: a case report. *N. Z. Dent. J.*, Wellington, v.87, n.389, p.92-93, July, 1991.

14. FREITAS, M.R. *et al.*, Dentes supranumerários. Relato de um caso acompanhado durante dez anos. *Ortodontia*, São Paulo, v.26, n.1, p. 92-97, jan./abr. 1993.
15. GORLIN, R.J., GOLDMAN, H.M. *Thoma's oral pathology*. 6. ed. St. Louis. Mosby, 1970. v.1, cap.3, p.112 -123.
16. GRIJALVA, J.F.O., KUSTER, C.G. Supernumerary teeth removal and orthodontic tooth repositioning: a case report. *J. clin. Pediat. Dent.*, Birmingham, v.17, n.2, p.95-98, Winter, 1993.
17. HUANG, W.H., TSAI, T.P., SU, H.L. Mesiodens in the primary dentition stage: a radiographic study. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.59, n.3, p.186-189, May/June, 1992.
18. HURST, R.V.V. Panoramic surveys and the missig mesiodens. *J clin. Orthod.*, Boulder, v.25, n.5, p.304-306, May, 1991.
19. JASMIN, J.R., JONESCO - BENAICHE N., MULLER - GIAMARELI, M., Supernumerary teeth in twins. *Oral Surg.*, St Louis, v.76, n.2, p.258-259, Aug. 1993.
20. KOCADERELI, I., CIGER, S., CAKIRER, B. Late forming supernumeraries in the premolar regions. *J clin. Orthod*, Boulder, v.28, n.3, p.143-144, Mar. 1994.

21. LOPES, L.D., MATTOS, B.S.C., ANDRÉ, M. Anomalies in number of teeth in patients with lip and /or palate clefts. *Braz. dent J.*, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.9-17, Jan./June., 1991.
22. LUTEN, Jr.; RANDLE, J. The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentitions. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.34, n.5, p.346-353, Sept. 1957.
23. MADEIRA, A.A. *et al.* Desenvolvimento de pré-molar supranumerário. *R.G.O.*, Porto Alegre, v.35, n.5, p.392-397, set./out. 1987.
24. MELAMED, Y.; BARKAY, G.; FRYDMAN, M. Multiple supernumerary teeth (MSNT) and Ehlers - Danlos Syndrome (EDS): a case report. *J. oral Pathol. Med.*, St Louis, v.23, n.2, p.88-91, Feb. 1994.
25. MEYER, W. Normale histologie und Entwicklungsgeschichte der Zähne des menschen. München: C. Hanser, 1932. Apud GORLIN, R.J., GOLDMAN, H.N. op. cit. ref.15.
26. MITCHELL, L., *et al.* Supernumerary teeth causing delayed eruption - a retrospective study. *Br. J. Orthod.*, London, v.19, n.1, p.41-46, Feb. 1992.

27. MOLITERNO, L.F.M., VIEIRA, B.H.O.M. Supranumerários em região de incisivos superiores. Relato de um caso. *Revta. bras. Odont.*, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p.11-15, mar./abr. 1988.
28. MOORE, J.D. Multiple supernumeraries of different tooth generation. *Oral Surg.*, St Louis, v.73 n.1, p.127, Jan. 1992.
29. NAZZIF, M.M.; RUFFALO, R.C.; ZULLO, T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. *J. Am. dent. Ass.*, Chicago, v.106, n.2, p.201-204, Feb. 1983.
30. NOGUEIRA, C.J.M. Terceiros pré-molares. *Odontologo mod.*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.52-55, jun. 1986.
31. PINDBORG, J.J. *Pathology of the dental hard tissues*. Philadelphia, WB Saunders, 1970. p. 26-33, 186-187.
32. PRICE, C., HOGGINS, G.S. A category of supernumerary premolar teeth. *Br. dent. J.*, London, v.126, p.224-228, 1969. Apud MADEIRA, A.A. et al. op. cit. ref.23.
33. PRIMOSCH, R.E. Anterior supernumerary teeth - assessment and surgical intervention in children. *Pedia. Dent.*, Chicago, v.3, n.2, p.204-215, June, 1981.

34. SAARENMA, L. The origin of supernumerary teeth. *Acta odont. scand.*, Oslo, v.9, n.4, p.293-303, Sept. 1951.
35. SAMUEL, D.S. Fused supernumerary microdont. *Oral Surg.*, St. Louis, v.73, n.1, p.131, Jan. 1992.
36. SCHATZ, J.P., JOHO, J.P. Indications of autotransplantation of teeth in orthodontic problem cases. *Am. J. Orthod. Dentofac. orthop.*, St. Louis, v.106, n.4, p.351-357, Oct. 1994.
37. SEDANO, H.O., GORLIN, R.J. Familial occurrence mesiodens. *Oral Surg.*, St. Louis, v.27, n.3, p.360, Mar.,1969.
38. SHAFER, W.G., HINE, M.K., LEVY, B.M., *Tratado de patologia bucal*. 4. ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. cap.1, p.43-46.
39. SHAFER, W.G. et al. *Patologia bucal*. 3. ed. Rio de Janeiro. Interamericana, 1979. p.35-37.
40. TOLINI, C.A.S., ELIAS, R.A. Falhas no planejamento cirúrgico e suas causas pós-operatória. *Odontologo mod.*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.20-24, abr. 1986.

41. TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1982. p. 87. Apud FREITAS, M.R. *et al.* op. cit. ref.14
42. YUCEL, E. Multiple supplemental premolars. *Oral Surg.*, St. Louis, v.74, n.3, p.384, Sept. 1992.
43. YUSOF, W.Z. Non - syndrome multiple supernumerary teeth: literature review. *J. Can. dent. Ass.*, Ottawa, v.56, n.2, p.147-149, Feb. 1990.