

# Hiperdontia na Região de Incisivos Superiores

## Supernumerary Teeth in Maxillary Incisors Zone

Adriana Marcela LOBATO Rocha\*

José COLUMBANO Neto\*\*

Margareth Maria Gomes de SOUZA\*\*\*

---

LOBATO, A.M.R.; COLUMBANO, J.N.; SOUZA, M.M.G. de. Hiperdontia na região de incisivos superiores. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba, v.7, n.41, p.389-396, set./out. 2002.

Este trabalho faz uma revisão de literatura associada com o relato de paciente portador de dois dentes supranumerários na região de incisivos laterais superiores, acarretando retenção prolongada do elemento 11, com perda de espaço e erupção ectópica dos dentes 13 e 23. Há parentesco com a hiperdontia, não sendo descartada a hipótese de herança familiar; não há relação com síndromes. Foi realizada cirurgia e o paciente está sendo acompanhado para verificar-se a evolução do caso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dente suplementar; Hereditariedade; Maloclusão; Cirurgia.

---

### INTRODUÇÃO

Vários termos têm sido usados para denominar os dentes em excesso, como: (1) Supranumerários ou extranumerários; (2) Suplementares: quando o dente adicional é semelhante em sua morfologia ao dente adjacente – geralmente ao incisivo lateral superior (CONTADOR *et al.*, 1975; DAY, 1964). WEBER (1964) afirma que os suplementares são resultado da divisão equivalente do germe dentário produzindo dois dentes; (3) Acessórios: termo mais correto uma vez que grande parte dos dentes extras não possuem forma normal (CONTADOR *et al.*, 1975; SHAPIRA & LIEBERMAN, 1974); (4) Hiperdontia, poliodontia: referindo-se à variação numérica dos dentes ou aos casos de dentes múltiplos (CONTADOR *et al.*, 1975; RAMALHO, 1965).

Segundo CONTADOR *et al.* (1975), os

dentes em excesso também são descritos como: extras, denticulos, paramolares, distomolares, mesiodentes, conóides, aberrantes, *dens in dente* ou odontomas compostos, de acordo ou com sua localização, origem, incidência, ou com a morfologia dos mesmos.

A maioria dos dentes supranumerários ocorre na dentição permanente, embora possa acontecer seu aparecimento em ambas as dentições. A maior prevalência encontra-se no sexo masculino.

O supranumerário mais comum é o mesiodente, localizado entre os incisivos centrais superiores.

Embora ocorra em uma baixa porcentagem da população, variando de 2% a 4%, quando aparece, as conseqüências podem ser danosas se o diagnóstico não for precoce. Dentre os problemas causa-

---

\*Cirurgiã-dentista graduada pela FO-UFRJ; Integrada no Projeto de Iniciação Científica do Departamento de Ortodontia – FO-UFRJ; Rua Jorge Rudge, 37/101, Vila Isabel – CEP 20550-220, Rio de Janeiro, RJ; e-mail: lobatoveiga@bol.com.br

\*\*Mestrando em Odontologia (Ortodontia) – FO-UFRJ; e-mail: josecolumbano@uol.com.br

\*\*\*Doutora em Odontologia (Ortodontia) – FO-UFRJ; Professora-adjunta da Disciplina de Ortodontia – FO-UFRJ; e-mail: marga.souza@ortodontia.ufrj.br

dos podemos citar as maloclusões, a reabsorção radicular, a desvitalização de dente vizinho e a formação de cistos com destruição óssea.

O diagnóstico precoce envolve a realização de radiografias panorâmicas e periapicais em todas as crianças na fase de dentição mista, juntamente com um bom exame clínico, evitando, deste modo, problemas funcionais e estéticos aos dentes adjacentes.

O procedimento preventivo é a remoção precoce do dente extra, entretanto a análise minuciosa do caso deve ser feita antes da realização do tratamento.

O objetivo deste trabalho é elaborar uma revisão de literatura, juntamente com a descrição de um caso clínico de hiperdontia, enfatizando deste modo a importância de estudar, conhecer e detectar os diversos casos de dentes supranumerários, de reconhecer a importância do diagnóstico precoce que inclui a anamnese, o exame clínico e o controle radiográfico realizados rotineiramente, e de verificar as possíveis formas de tratamento

## REVISÃO DE LITERATURA

A conduta rotineira, ao se fazer tomadas radiográficas odontológicas quando do exame inicial do paciente, veio mostrar que a variação do número de dentes é bem mais freqüente do que se supunha (GRABER, 1972; PINTO, 1997).

A hipótese etiológica para o surgimento dos dentes supranumerários é variada. O controle genético parece exercer uma forte influência no desenvolvimento dos dentes (CASTILHO *et al.*, 1997; GRABER, 1972; NEVILLE *et al.*, 1998; PINTO, 1997; SALZMANN, 1945; SHAFER *et al.*, 1987).

Segundo NEVILLE *et al.* (1998), numerosas síndromes hereditárias estão associadas com a hiperdontia, como as seguintes: angio osteohipertrofia, displasia cleidocranial, Curtius, Fabry-Anderson, Gardner, Hallermann-Steiff, oral-facial-digital tipo I, Sturge-Weber.

Autores como AL-WAHEIDI (1995), GRABER (1972) e MATTALDI (1975) relatam a correlação de dentes supranumerários com deformidades congênitas como as fendas palatinas e labiais e o lábio duplo.

Para STAFNE (1932), o atavismo, ou seja, o reaparecimento de uma condição ancestral, é um mecanismo viável. Neste caso, os dentes supranumerários seriam uma reparação de dentes suprimidos ou eliminados durante o

processo evolutivo do ser humano.

Outra teoria discutida é a da hiperatividade da lâmina dentária, que leva à formação de germes dentários adicionais (CASTILHO *et al.*, 1997; NEVILLE *et al.*, 1998; PINTO, 1997; SALZMANN, 1945; SCHULZE, 1961).

A influência de fatores locais, como inflamação, cicatrização e pressão anormal, relacionados à época da odontogênese, poderiam ser a causa etiológica, segundo ATTERBURY & VAZIRANI (1958).

O traumatismo durante o desenvolvimento do folículo dental podendo provocar a divisão do mesmo, tem sido apontado como causa por autores como CRUZ & CAMPOS (1991).

CASTILHO *et al.* (1997) ainda incluem como etiologia a dicotomia do botão dental, que consiste na divisão, por razões desconhecidas, de um único germe dental em dois germes gêmeos.

Embora os dentes supranumerários possam ser bilaterais, a maioria ocorre unilateralmente. A hiperdontia de um único dente ocorre mais freqüentemente na dentição permanente, sendo presente, aproximadamente, em 90% na maxila, com forte predileção pela região anterior (CASTILHO *et al.*, 2000; GRABER, 1972; GRIJALVA & KUSTER, 1993; MCDONALD & AVERY, 1995; NEVILLE *et al.*, 1998; PINTO, 1997). O sítio mais comum é a região dos incisivos superiores, seguida dos quartos molares superiores e quartos molares inferiores, pré-molares, caninos e incisivos laterais. Em contraste com a hiperdontia de um único dente, os dentes supranumerários múltiplos não-sindrômicos ocorrem com mais freqüência na mandíbula, na região dos pré-molares, seguida pelo molar e regiões anteriores, respectivamente (NEVILLE *et al.*, 1998).

Os dentes supranumerários são mais comuns na dentição permanente que na decídua (MOYERS, 1991; SHAFER *et al.*, 1987). Entretanto, a presença de um supranumerário decíduo condiz com o aparecimento de um outro supranumerário permanente (NAZIF *et al.*, 1983; WEBER, 1964). Quando ocorre na decídua, o dente supranumerário usualmente é um incisivo lateral superior, embora tenham sido relatados também caninos superiores e inferiores supranumerários (SHAFER *et al.*, 1987).

Na dentição decídua, a distribuição dos dentes supranumerários entre os sexos é irrelevante, entretanto, na permanente os supranumerários são mais prevalentes no sexo

masculino, em torno de 2% (CASTILHO *et al.*, 2000; LIU, 1995; PINTO, 1997; SHAFER *et al.*, 1987).

Vários termos têm sido aplicados aos dentes supranumerários, de acordo com o local de sua origem. Um dente supranumerário na região do incisivo central superior é denominado mesiodente; um quarto molar acessório é chamado de distomolar. Um dente supranumerário posterior situado lingual ou vestibularmente a um dente molar, ou em situação interproximal entre o primeiro e o segundo e o segundo ou terceiro molares superiores é denominado paramolar (CASTILHO *et al.*, 2000; NEVILLE *et al.*, 1998; PROFFIT, 1991; SHAFER *et al.*, 1987).

O dente supranumerário mais comum é o mesiodente, localizado na sutura palatina mediana. Geralmente, apresenta-se com forma cônica e raiz curta, podendo ser único ou aos pares, erupcionado ou incluso e até mesmo invertido (ALVARES & TAVANO, 1998; GRABER, 1972; PINTO, 1997; SHAFER *et al.*, 1987). Entretanto, em alguns casos são tão bem formados que fica difícil se determinar qual é o supranumerário. Este dente pode ter direção de erupção bastante variável, havendo inclusive mesiodentes que erupcionam em direção ao assoalho das fossas nasais (GRABER, 1972; PINTO, 1997; SALZMANN, 1945).

O quarto molar superior é o segundo dente supranumerário mais comum e geralmente é pequeno e rudimentar, mas pode ser de tamanho normal. Outros dentes encontrados com certa frequência são os paramolares superiores, os pré-molares inferiores e os incisivos laterais superiores (SHAFER *et al.*, 1987).

A erupção dos supranumerários é variável e depende do grau de espaço disponível; 75% destes dentes na região anterior da maxila não irrompem (LIU, 1995; MATTALDI, 1975; NEVILLE *et al.*, 1998).

CASTILHO *et al.* (1997) afirmam que, em relação à posição do supranumerário, irrompido ou não no arco, o dente é classificado como estando em posição normal, horizontal, inclinado ou invertido, sendo a forma mais comum a posição normal. Entretanto, no estudo realizado por LIU (1995), a maior proporção encontrada foi na posição invertida (46% *versus* 34% na posição normal).

Os dentes supranumerários também podem ser classificados pela sua forma. Assim, na dentição decídua são normalmente cônicos, e na permanente podem ser encontrados: cônicos (pequenos, coniformes e com raiz com desenvol-

vimento normal); tuberculares (multicuspídeos, pequenos, com raiz rudimentar); suplementares (iguais aos dentes da série); ou odontomas (sem formato regular) (CASTILHO *et al.*, 1997; LIU, 1995; SALZMANN, 1945). SHAPIRA & LIEBERMAN (1974) ainda incluem a forma incisiforme, ou seja, semelhante a um incisivo normal.

A prevalência de dentes supranumerários na literatura tem se mostrado baixa. Segundo CANGIALOSI (1982), ocorrem por volta de 2% a 4% da população. Porém, vários autores relatam que, quando estes elementos estão presentes, podem acarretar sérios problemas como: impacção e posicionamento inadequado de incisivos centrais, reabsorção radicular, desvitalização de dentes vizinhos e mal formação dos mesmos, apinhamento (CANGIALOSI, 1982; MARTINS & MARTINS, 1998; MOREIRA *et al.*, 1998), diastemas (CANGIALOSI, 1982; MARTINS & MARTINS, 1998; MOREIRA *et al.*, 1998; PINTO, 1997), formação de cistos com destruição óssea significativa (CANGIALOSI, 1982; GRABER, 1972; MARTINS & MARTINS, 1998; MOREIRA *et al.*, 1998), erupção ectópica (CANGIALOSI, 1982; MARTINS & MARTINS, 1998; MOREIRA *et al.*, 1998; PROFFIT, 1991) e principalmente maloclusão (BECKER *et al.*, 1982; CASTILHO *et al.*, 2000; McDONALD & AVERY, 1995; PINTO, 1997; SALZMANN, 1945).

TOMITA *et al.* (1999) relatam em seu trabalho a influência de dentes supranumerários na cronologia de erupção de dentes permanentes, indicando a presença destes dentes, dentre outros fatores locais e sistêmicos (fissuras de lábio e/ou palato, paralisia cerebral, displasia cleidocranial e distúrbios endócrinos, congênitos e genéticos), como causas do atraso na erupção.

WEBER (1964) afirma que o diagnóstico de dentes supranumerários erupcionados é bastante simples, podendo ser rapidamente detectado através de um exame clínico de rotina, salvo os dentes suplementares que estejam bem posicionados no arco e assim podem passar despercebidos ao primeiro exame. O mesmo autor ainda cita a presença de dentes supranumerários não-calcificados que dificultam o diagnóstico.

Entre outros autores, CASTILHO *et al.* (2000), MARTINS & MARTINS (1998) e RUBINAK *et al.* (1997) acreditam que o diagnóstico precoce dos supranumerários é importante para prevenir conseqüências desagradáveis. Afirmam que devem ser realizadas radiografias

panorâmicas e periapicais em todas as crianças, na faixa de seis a sete anos (fase da dentição mista), na região ântero-superior.

Além de radiografias panorâmicas e periapicais (incluindo a técnica de Clark), outras radiografias podem ser importantes auxiliares de diagnóstico, como a oclusal e a cefalométrica (BEYER-OLSEN *et al.*, 1985; PASLER, 1986).

Uma vez diagnosticada a presença dos supranumerários, a conduta de tratamento sugere uma avaliação individual do caso. Na opinião de BODENHAM (1967) e MARTINS & MARTINS (1998), quando eles não estão interferindo na cronologia normal de erupção, deve-se optar por uma abordagem mais conservadora. Nestes casos, a remoção do supranumerário seria retardada até o fechamento dos ápices dos dentes permanentes vizinhos.

Para CASTILHO *et al.* (2000), a exodontia preventiva precoce pode pôr em risco o desenvolvimento do germe do permanente, se houver lesão acidental. Ainda afirmam que em circunstâncias em que o dente supranumerário não acarreta problemas aos dentes vizinhos e/ou o paciente é muito jovem, acompanhamentos clínico e radiográfico periódicos são recomendados, aguardando-se o término da rizogênese dos supra-numerários, que iniciam seu desenvolvimento mais tarde em relação aos outros dentes.

Segundo BECKER *et al.* (1982), McDONALD & AVERY (1995) e MOREIRA *et al.* (1998), uma vez constatada a presença de um supranumerário, quer irrompido, quer retido, e que esteja interferindo no estabelecimento normal de oclusão, recomenda-se a remoção cirúrgica o mais rápido possível, possibilitando que o dente permanente retido tenha maior chance de erupcionar em posição normal sem a necessidade do tratamento ortodôntico. Contudo, se as raízes dos permanentes estiverem parcial ou completamente formadas, pode haver uma diminuição das forças eruptivas, o que levaria à necessidade do tratamento cirúrgico-ortodôntico.

Caso o incisivo permanente já esteja erupcionado e em posição anormal, DAY (1964) aprova a remoção do(s) dente(s) extra(s) na época do tratamento ortodôntico, usualmente entre 10 e 12 anos, quando a formação radicular do incisivo contíguo já terminou. O mesmo autor indica a remoção cirúrgica, quando há formação de cistos através dos supranumerários, e afirma não haver necessidade de remoção, caso não haja anomalia entre os incisivos.

Para BRAND *et al.* (2000), a extração do supranumerário deve ser feita um pouco antes do início da erupção do permanente retido.

ALVAREZ & CREATH (1995) concluem, em seu trabalho, que antes da extração do dente supranumerário devem ser realizadas duas radiografias periapicais em diferentes angulações (técnica de Clark) para a avaliação do número de dentes supranumerários e sua localização. Sugerem também a confecção de outra radiografia logo após a extração, para reavaliação do caso.

DIAZ (1968) considera que em casos de dentes retidos a conduta pode variar em dois aspectos: proceder à liberação óssea para a erupção dos dentes retidos e, depois que suas raízes estiverem completamente formadas realizar a remoção do supranumerário; ou realizar integralmente a intervenção quando as condições profissionais e do caso permitirem. Esta última conduta seria a mais indicada.

De acordo com McDONALD & AVERY (1995), se a remoção cirúrgica do permanente retido for recomendada é preciso remover osso e tecido mole, o correspondente ao terço incisal do dente ou dentes que apresentem atraso na erupção. Uma abertura deve ser mantida, se possível, para apressar a erupção do dente incluso. McBRIDE (1979) afirma que uma faixa de gengiva queratinizada deve ser preservada após a erupção do dente.

Além do tratamento cirúrgico, há o tratamento ortodôntico, que consiste em pequenos movimentos ou tração do incisivo; o tratamento protético, pelo qual pode-se utilizar o próprio supranumerário quando falta outro dente, construindo nele uma coroa para reconstrução do dente substituído, e o tratamento misto, que é a união dos tratamentos cirúrgico e orto-dôntico, cirúrgico e protético, ortodôntico e protético e, cirúrgico, ortodôntico e protético (CONTADOR *et al.*, 1975).

Deste modo, verifica-se a importância de reconhecer a presença de dentes supranumerários, preferencialmente num estágio precoce em que se possa estudar detalhadamente o caso e determinar assim a melhor conduta de tratamento.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 12 anos e 9 meses de idade, apresentando anodontia clínica do elemento 11, procurou a Clínica de Ortodontia da Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro, relatando demora na erupção do incisivo central

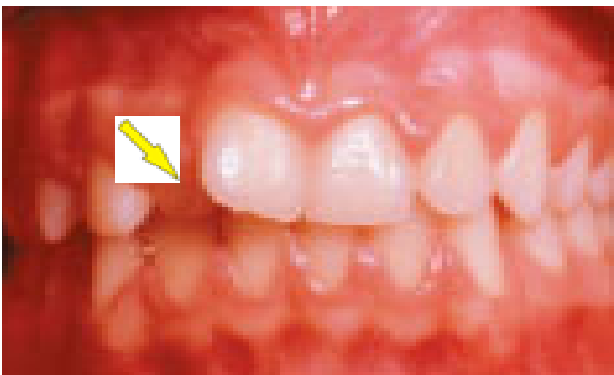
superior direito. Ao exame clínico minucioso observou-se a presença de um supranumerário na região do 22 e erupção ectópica dos elementos 13 e 23. Foi verificado um desvio



**FIGURA 1:** Vista frontal das arcadas em oclusão, mostrando a presença do dente supranumerário na região do elemento 22 (seta) e a ausência do dente 11.



**FIGURA 2:** Vista oclusal da arcada superior.

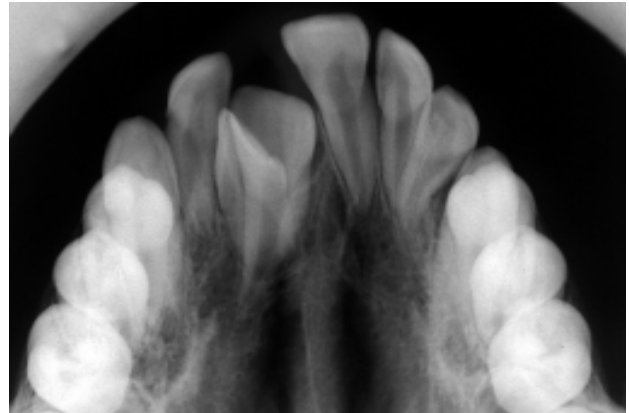


**FIGURA 3:** Vista frontal das arcadas em oclusão da irmã do paciente. Observa-se a presença do dente supranumerário na região do elemento 12 (seta).

da linha média superior em 2mm para a direita, devido à perda de espaço ocasionada pela ausência do dente 11 na arcada. Detectou-se ainda um *overjet* de 4mm e uma sobremordida

de 40%. O dente supranumerário na região do elemento 22 era semelhante em sua morfologia ao dente adjacente – ao incisivo lateral superior (Figuras 1 e 2). É importante ressaltar a presença de hiperdontia em sua irmã, a qual possui um dente supranumerário na região do 12 (Figura 3).

Como auxiliares no diagnóstico foram so-

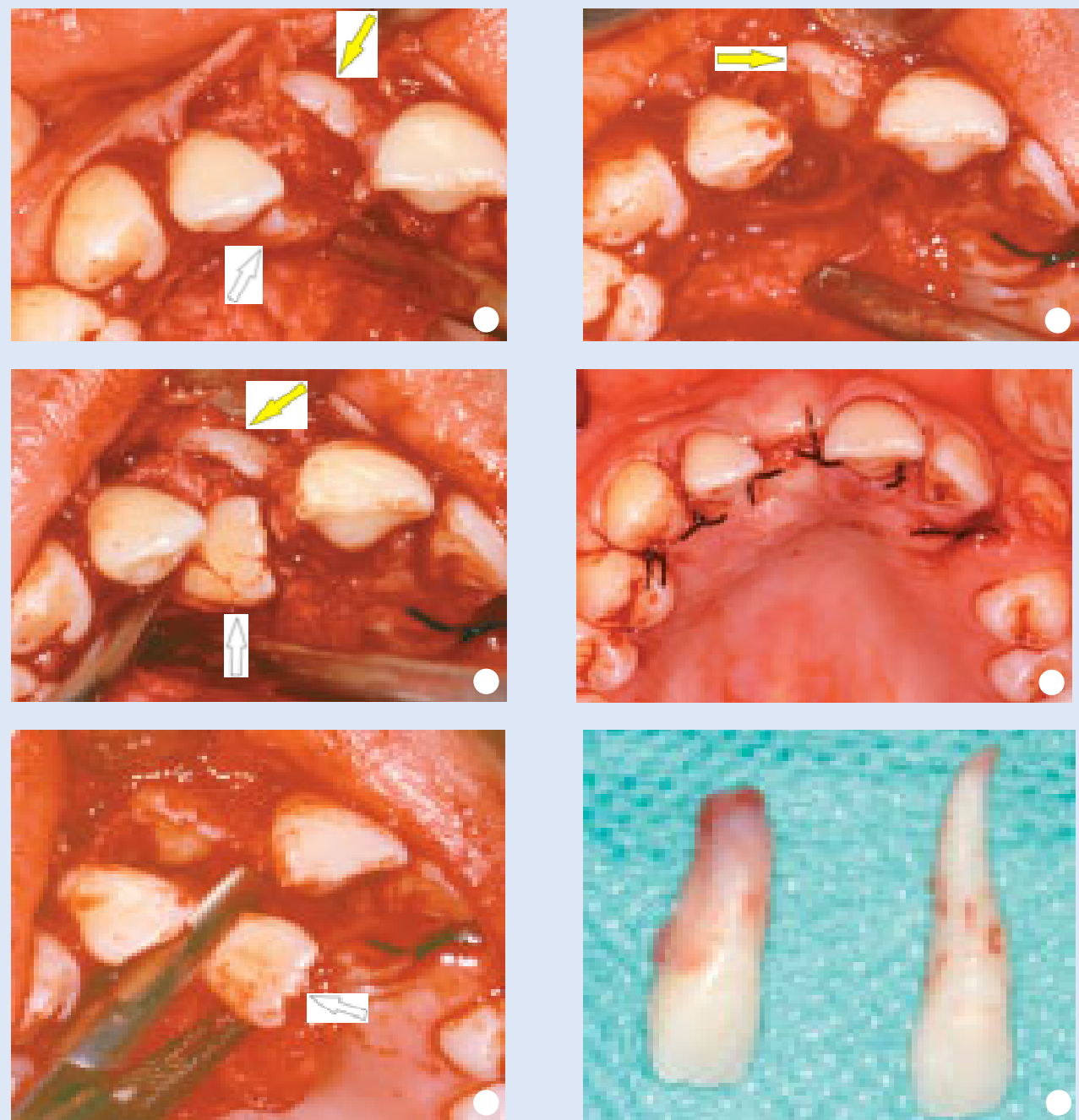


**FIGURA 4:** Radiografia oclusal. Observa-se o dente retido 11 por vestibular e o dente supranumerário, da região do elemento 12, por palatina.

licitadas as radiografias panorâmica, periapical completa e oclusal, detectando-se a presença de mais um dente supranumerário na região do 12, e através da radiografia oclusal pôde-se verificar que o mesmo encontrava-se palatinizado. Já o elemento 11 retido encontrava-se por vestibular (Figura 4). Nas periapicais observou-se que o paciente apresentava-se com ausência de lesões cariosas e pericopatias e foi identificada a presença de raízes supranumerárias nos elementos 34, 36 e 46.

Após estudo minucioso do caso, a conduta de tratamento baseou-se na intervenção cirúrgica e no tratamento ortodôntico por meio de aparelhagem removível.

Foi realizada a remoção dos dois dentes supranumerários deixando o elemento 11 livre para sua erupção. A extração do dente extra do lado esquerdo foi um procedimento relativamente fácil, uma vez que já se encontrava erupcionado. O do lado direito localizava-se por palatina sendo realizada a incisão nesta face, na altura dos incisivos (Figuras 5A, B, C, D e E). É válido ressaltar que, ao contrário do dente supranumerário na região do 22, o do outro lado apresentava-se



**FIGURA 5:** Fotografias intra-orais mostrando: em (A), (B), (C) e (D), a remoção cirúrgica do dente supranumerário da região do elemento 12 (seta branca) e a presença do dente 11 por vestibular (seta amarela); em (E), a realização das suturas, após a remoção dos dois dentes supranumerários; em (F), os dentes supranumerários após o ato cirúrgico; o do lado esquerdo encontrava-se na região do dente 12 e o do lado direito localizava-se na região do elemento 22.

com diâmetro méso-distal maior e raiz mais curta (Figura 5F).

Após a cirurgia, foi confeccionado um aparelho móvel com o objetivo de distalizar os elementos 21 e 12, recuperando o espaço para a erupção adequada do elemento retido 11.

O paciente está sendo acompanhado com consultas regulares para a verificação da efetividade do aparelho e para o controle da erupção do elemento 11 retido.

## DISCUSSÃO

Segundo NEVILLE *et al.* (1998), há pouca informação sobre a genética da hiperdontia, mas muitos casos sugerem um padrão de herança autossômico dominante com penetração incompleta, podendo haver a influência de fatores ambientais. No caso apresentado, não foi descartada a hipótese de hereditariedade, uma vez que há outro caso na família, entretanto os pais não apresentam hiperdontia. A relação com síndromes foi descartada.

De acordo com STAFNE & GIBILISCO (1982), os incisivos laterais superiores extranumerários nem sempre são cônicos; comumente se assemelham ao dente normal no que se refere à forma, embora isto seja raro quanto ao tamanho. Em relação ao caso relatado, o incisivo supranumerário na região do dente 22 se assemelhava ao seu vizinho permanente em forma e tamanho – CONTADOR *et al.* (1975) e DAY (1964) afirmam que neste caso o dente extra é chamado de suplementar – enquanto o supranumerário na região do 12 apresentava-se com forma semelhante e tamanho irregular, com raiz curta e coroa aumentada no sentido méso-distal.

Os mesmos autores relatam que existe

uma frequência muito grande de incisivos laterais extranumerários associada com fissura do palato, entretanto a mesma correlação não foi encontrada. Ainda afirmam ser rara a ocorrência bilateral, o que não foi verificado neste paciente, o qual possuía dois dentes supranumerários bilaterais. Entretanto, em sua irmã a ocorrência foi unilateral.

A cirurgia foi realizada o mais rápido possível, devido aos problemas ocasionados, prejudicando a oclusão e principalmente a estética do paciente. Espera-se, deste modo, que o elemento 11 retido consiga realizar sua erupção normalmente.

McDONALD & AVERY (1995) lembram que, nos casos de erupção retardada, sempre ocorrem perdas de espaço, o qual deve ser readquirido através de um mantenedor de espaço ativo removível. O tratamento seguiu a recomendação dos autores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pode-se verificar a importância da anamnese, do exame clínico minucioso e do controle radiográfico para o diagnóstico precoce, e para a melhor conduta

em relação ao caso. Deste modo, o plano de tratamento baseou-se em muito estudo, a fim de prevenir conseqüências maiores ao paciente. A remoção cirúrgica dos supranumerários foi realizada o mais rápido possível e após algumas semanas a placa removível foi instalada. O paciente está sendo acompanhado regularmente e já se pode observar o início da erupção do dente 11.

LOBATO, A.M.R.; COLUMBANO, J.N.; SOUZA, M.M.G. de. Supernumerary teeth in maxillary incisors zone. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba, v.7, n.41, p.389-396, set./out. 2002.

This study presents a literature review associated to a case report, of a patient who had two supernumerary teeth on upper lateral incisors, causing extended retention of element

11 and a decrease of space and wrong eruption of teeth 13 and 23. There are common aspects

with hyperdontia, however, it can not be discarded the hypothesis of familiar heritage; there was no relation with syndromes, neither. A surgery was made and patient is being attended in order to evaluate the evolution of his case.

**KEYWORDS:** Supplementary teeth; Heredity; Bad occlusion; Surgery.

## REFERÊNCIAS

ALVARES, L.C.; TAVANO, O. **Curso de radiologia em Odontologia**. 4.ed. São Paulo: Santos, 1998. 248p.  
ALVAREZ, I.; CREATH, C.J. Radiographic considerations for supernume-

rary tooth extraction: report of case. **J Dent Child**, p.141-144, Mar./Apr. 1995.

AL-WAHEIDI, E.M.H. Accessory jaw and mouth: report of case. **J Dent Child**, p.360-362, Sept./Oct. 1995.

ATTEBURY, R.A.; VAZIRANI, S.J. Multiple impacted unerupted supernumerary teeth. **Oral Surg**, v.11, n.2, p.141-145, Feb. 1958.

BECKER, A.; BINSTEIN, E.; SHTEYER, A. Interdisciplinary treatment of multiple unerupted supernumerary teeth. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, p.417-422, May 1982.

BEYER-OLSEN, E.M.S. *et al.* Changing positions of supernumerary teeth in the premaxilla: a radiographic study. **J Dent Child**, p.428-430, Nov./Dec. 1985.

BODENHAM, R.S. The treatment and prognosis of unerupted maxillary incisors associated with the presence of supernumerary teeth. **Br Dent J**, v.123, n.4, p.173-177, Aug. 1967.

BRAND, A. *et al.* Orthodontic, genetic, and periodontal considerations in the treatment of impacted maxillary central incisors: a study of twins. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.117, n.1, p.68-74, Jan. 2000.

CANGIALOSI, T.J. Management of a maxillary central incisor impacted by a supernumerary tooth. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v.105, p.812-814, Nov. 1982.

CASTILHO, J.B.; MAGNANI, M.B.B.A.; GUIRADO, C.G. Dentes supranumerários: revisão de literatura. **Rev Paul Odont**, São Paulo, v.2, n.2,

- p.25-32, jul./dez. 1997.
- CASTILHO, J.B.; 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 à prevenção de futuras maloclusões. **Rev Paul Odont**, São Paulo, v.22, n.1, p.26-29, jan./fev. 2000.
- CONTADOR, M.M., *et al.* Considerações sobre dentes supranumerários. **Rev Farm Odont**, v.42, n.414, p.9-15, ago. 1975.
- CRUZ, R.A.; CAMPOS, V. Dentes supranumerários: apresentação de um caso na região de canino nas dentições decíduas e permanentes. **Rev Bras Odont**, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.24-30, 1991.
- DAY, R.C.B. Supernumerary teeth in the premaxillary region. **Br Dent J**, v.116, n.4, p. 304-308, Apr. 1964.
- DIAZ, R.D. Dentes supranumerários como factor de retención de piezas permanentes. **Rev Circ Odont Surg**, v.7, p.20-22, 1968.
- GUIMARÃES, L. *et al.* Estudo de dentes supranumerários na região anterior. **Rev Bras Odont**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.34-37, maio/jun. 1992.
- GRABER, T.M. **Orthodontics principles and practice**. 3.ed. Philadelphia: Saunders Co., 1972.
- GRIJALVA, J.F.O.; KUSTER, C.G. Supernumerary teeth removal and orthodontic tooth repositioning: a case report. **J Clin Pediatr Dent**, v.17, n.2, p.95-98, 1993.
- LIU, J. Characteristics of premaxillary supernumerary teeth: a survey of 112 cases. **J Dent Child**, p.262-265, jul./aug. 1995.
- MARTINS, L.F.M.; MARTINS, B.H.O.V. Supranumerários em região de incisivos superiores. Relato de caso. **Rev Bras Odont**, Rio de Janeiro, v.55, n.2, p.11-15, mar./abr. 1988.
- MATTALDI, G. **Radiologia odontológica**. 2.ed. Argentina: Mundi, 1975. 363p.
- McBRIDE, L.J. Traction – A surgical/orthodontic procedure. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, Sept. 1979.
- McDONALD, R.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 608p.
- MOREIRA, R.W.F. *et al.* Supranumerários como causa de retenção dos incisivos centrais superiores. Relato de um caso clínico. **BCI**, v.5, n.3, p.17-22, jul./set. 1998.
- MOYERS, R.E. **Ortodontia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 483p.
- NAZIF, M. *et al.* Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. **J Am Dent Assoc**, v.106, n.2, p.201-204, Feb. 1983.
- NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 705p.
- PASLER, F.A. **Radiologia odontológica**. España: Salvat, 1986. 361p.
- PINTO, G.A.C. **Odontopediatria**. 6.ed. São Paulo: Santos, 1997. 943p.
- PROFFIT, W.R. **Contemporary orthodontics**. 2.ed. São Paulo: Pancast, 1991. 143p.
- RAMALHO, A. Contribuição ao estudo do *mesiodens*. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.19, n.2, p.63-70, mar./abr. 1965.
- RUBINAK, R.H. *et al.* Retenção de incisivos centrais superiores por supranumerários. Apresentação de um caso clínico. **BCI**, Curitiba, v.4, n.1, p.27-33, jan./mar. 1997.
- SALZMANN. **Orthodontics principles and prevention**. Philadelphia: Lippincott, 1945.
- SCHULZE, C. Incidence of supernumerary teeth. **Dental Abstracts**, v.6, n.1, Jan. 1961.
- SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **Tratado de patologia bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837p.
- SHAPIRA, Y.; LIEBERMAN, M.A. Abnormally-shaped supernumerary maxillary incisors. **Angle Orthod**, v.44, n.4, p.322-325, 1974.
- STAFNÉ, E.C. Supernumerary teeth. **Dent Cosmos**, v.74, n.7, p.653-659, July 1932.