

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

TESE SUBMETIDA A UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE EM CIÊNCIAS.

AMAURY CALLADO  
AGOSTO - 1975

ESTA TESE FOI JULGADA ADEQUADA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM CIÊNCIAS" ESPECIALIDADE ODONTOPEDIATRIA E APROVADA EM SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO.

---

Prof.Dr.Ademar Américo Madeira  
Orientador

---

Prof.Dr.Ademar Américo Madeira  
Integrador do Curso

APRESENTADA PERANTE A BANCA EXAMINADORA  
COMPOSTA DOS PROFESSORES:

---

---

---

---

À minha esposa:

NANCY SALOMÉ PEREIRA CALLADO

Aos meus filhos:

BETINA

AMAURY

MIRELLA

RICARDO

A G R A D E C I M E N T O S

Prof. Dr. Samuel Fonseca

Martinho Callado Júnior

Noeli Salomé Pereira

Julita Lepper

Prof. Dr. Marcio Nei Ferrari

Ao Prof. Dr. Ademar Américo Madeira pelo incentivo e dedicação com que sempre procurou orientar este trabalho e possibilitar a sua conclusão, renovo o testemunho de um relevado aprêço.

S U M Á R I O

1 - RESUMO .....	2
2 - INTRODUÇÃO .....	5
3 - REVISTA DA LITERATURA .....	10
4 - PROPOSIÇÃO .....	27
5 - MATERIAL E MÉTODO .....	29
6 - RESULTADO E DISCUSSÃO .....	34
7 - CONCLUSÕES .....	46
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48

1 - R E S U M O

1 - R E S U M O

A presente investigação foi realizada com o objetivo de analisar alguns aspectos relativos ao "mesiodens", sobre os quais pairam ainda algumas dúvidas: verificação da validade de um levantamento radiográfico entre escolares; se esta anomalia deverá ou não ser sistematicamente removida; qual a idade mais indicada para sua eliminação ?

O material utilizado constou de 415 escolares, sendo 236 do sexo masculino e 179 do sexo feminino, numa faixa etária de 6 a 13 anos de idade, todos residentes em Florianópolis. Cada paciente foi submetido a duas tomadas radiográficas oclusais, uma da região ântero-superior e outra da região ântero-inferior, sendo utilizado filme tamanho 3x4, per fazendo um total de 830 tomadas radiográficas.

Analisados os resultados e discussão, verificou-se que:

- 1 - A criança em idade escolar deve ser submetida a exame radiográfico para pesquisa desta anomalia.
- 2 - Sempre que detectada a presença de um "mesiodens" deve-se optar pela sua remoção, vinculada ao parecer do ortodontista.
- 3 - Quando estiver provocando distúrbios nos elementos contíguos, sua eliminação deverá ser imediata.
- 4 - Sempre que possível, a cirurgia será postergada, até que os ápices dos dentes contíguos estejam totalmente formados e a idade do paciente aceite melhor o ato cirúrgico.

A B S T R A C T

The present research was taken place with the scope to analyse some of the aspects related to "mesiodens" under whose there have been some doubts: verification of the value of radiographic study among scholars; if this anomaly does or doesn't need to be systematically removed; what the appropriate age to its extraction ?

The research took place from 415 scholars, 236 boys and 179 girls between 6 and 13 years old all them living in Florianópolis. Each patient was submitted to two oclusal radiographs, one of them from the maxillary anterior region and the other one from the mandibular anterior region using 3x4 films, making a total of the 830 radiographs.

After analization of the results and discussions the overall conclusion were the followings:

- 1 - Scholars need to be submitted to radiographic tests to the research of this anomaly.
- 2 - As soon as located a "mesiodens" it is necessary its extraction as an optation according to the orthodontist instructions.
- 3 - When disturbs occur in the adjacent teeth its extraction has immediately to take place.
- 4 - Surgery, when possible should be postponed until the apices of the nearest closing teeth are sufficient developed and the patient is enough prepared to the surgical act.

2 - I N T R O D U Ç Ã O

## 2 - I N T R O D U Ç Ã O

No âmbito das anomalias dentárias, as investigações levadas a efeito com vistas ao aumento do número de dentes têm sido altamente significativas, não só pela quantidade de trabalhos já divulgados, como também pela crescente plêiade de autores que se têm dedicado ao palpitante assunto.

Tais estudos e pesquisas têm deixado transparecer a grande preocupação dos seus autores em definir mais corretamente tudo o que se relaciona com essa anomalia, procurando investigar sua prevalência, etiologia, localização, morfologia, além de outros dados, que serão descritos no capítulo destinado à Revista da Literatura.

Apenas com o intuito de dar maior ênfase ao problema, passaremos a citar o que dizem sobre o assunto os autores abaixo mencionados:

STAFNE <sup>37</sup> 1931 diz ser difícil determinar a incidência de dentes incisivos centrais superiores supranumerários em pacientes na idade adulta, uma vez que grande número destes, passíveis de erupção, podem ser removidos numa época anterior. Diz ainda que há tendência para aqueles que não irromperam sofrerem descalcificação e não serem detectados radiograficamente, de conformidade com dois casos que comprova.

THOMA <sup>39</sup> 1952 diz que o mesiodens prejudica a erupção dos incisivos centrais e a permanência prolongada dos dentes decíduos deve nos levar a uma investigação.

STOY <sup>38</sup> 1957 notou que nas regiões incisivas, os únicos dentes cujas erupções haviam sido retardadas por dentes supranumerários eram os permanentes incisivos centrais superiores.

GARDINER <sup>15</sup> 1961 achou que em 28% de sua casuística a anormalidade havia causado a erupção retardada de outros dentes; 63% originara deslocamento ou rotação e em 9% não havia causado nenhuma irregularidade.

BERNIER <sup>2</sup> 1962 afirma: "como regra geral, se denominam dentes supranumerários aqueles que superam o número convencional e tomam a forma de incisivos, caninos, pré-molares e molares. Pode faltar-lhes a exatidão anatômica, como podem ainda erupcionar completamente fora da arcada dental. A estes melhor se considera como dentes rudimentares e, segundo sua localização, se chamarão mesiodens, peridens, distomolares e mesiomolares. O mesiodens, quando erupcionado, pode ocupar posições no palato, vestibulo e normal na arcada, entre os dois incisivos centrais.

GYSEL <sup>18</sup> 1963 apresenta várias teses que tentam explicar o aparecimento dessa anomalia na arcada:

PRIMEIRA TESE - O mesiodens temporário não existe. Esta é a tese de BOLK <sup>6</sup> 1917 e justifica sua afirmativa dizendo: "os mesiodens pertencem a dentição permanente. Baseia-se sobre o sincronismo do seu desenvolvimento com os dos incisivos permanentes". Ele próprio jamais observou um mesiodens, tendo a forma e ocupando o lugar na dentição decídua.

BOLK <sup>6</sup> 1917 defende a teoria atávica, isto é, o mesiodens nada mais é do que o reaparecimento, sob forma rudimentar, do primeiro incisivo de nossos antepassados primatas, que tinham tres incisivos.

SEGUNDA TESE - O mesiodens é sempre um dente temporário, considerando suas dimensões e as vezes sua forma. Ainda que esta tese não seja defendida explicitamente, acontece que autores descrevem os mesiodens, "como se em verdade nos achássemos em presença de uma formação de leite que persistiu muito além da duração habitual".

TERCEIRA TESE - Encontram-se igualmente os mesiodens na dentição decídua, ainda que com menos frequência que na dentição permanente. Porém não

se explicou se os mesiodens temporários evoluíram de uma maneira sincrônica com os outros dentes da dentição decídua.

QUARTA TESE - Os mesiodens não são nem dentes temporários nem dentes permanentes, mas manifestações teratológicas evoluindo por sua própria conta. O desenvolvimento sincrônico com uma ou com outra dentição seria apenas coincidência.

QUINTA TESE - Os mesiodens são permanentes ou temporários, segundo o ritmo de seu desenvolvimento se aproxima dos incisivos normais permanentes ou temporários.

BRAUER & cols.<sup>7</sup> 1964 afirmam: "os supranumerários não erupcionados são detectados precocemente mais ou menos na idade de 5 a 6 anos, pelo raio X. Quando presentes, devem ser removidos antes que provoquem deformidades".

ISSÃO & KAHTALIAN<sup>22</sup> 1968 afirmam que "o diagnóstico precoce desta ocorrência, antes da instalação de uma má oclusão, seria o ideal, pois a presença de supranumerários vem, de modo geral, associada a alguns aspectos clínicos como torsi-versão, retenção prolongada, diastemas, vestibulo-versão dos incisivos centrais e laterais permanentes. É possível, contudo, que estes dentes não determinem quaisquer anomalias de posição dos dentes permanentes ântero-superiores, que nos levem a suspeitar de imediato de sua presença". Afirmam estes autores: "o certo seria que exames radiográficos rotineiros fossem feitos em crianças com dentição mista".

Dentro do referido tema, nossa atenção foi despertada para as peculiaridades inerentes aos supranumerários da região ântero-superior e inferior inter-incisiva, muito propriamente cognominado "mesiodens", designação proposta por BOLK<sup>6</sup> 1917. Entretanto, o que aguçou ainda mais nossa curiosidade no decorrer dessas observações, foi o fato de que, ano após ano, se sucediam inúmeros casos de portadores desta anomalia, que procuravam nossos serviços em busca de solução.

Em que pese termos opinião formada relativamente a conduta que deve orientar cada caso em particular, levamos em consideração a relevância do assunto e amplamente motivados, achamos por bem realizar uma pesquisa em profundidade, com o objetivo de derimir dúvidas suscitadas, considerando a variedade de opiniões, muitas vezes contraditórias, dos inúmeros autores que se dedicaram ao tema. No trabalho a que nos propusemos, tivemos despretenciosamente por objetivo, investigar respostas para algumas dúvidas, formuladas no Capítulo reservado às Proposições.

3 - REVISTA DA LITERATURA

3 - REVISTA DA LITERATURA

A revista da literatura que passaremos a registrar, além de comprovar a relevância do tema apresentado, apontará a necessidade de novas e constantes investigações sobre o assunto. Neste importante capítulo, tivemos a preocupação de agrupar os temas estudados: etiopatogenia, localização, morfologia, posição e outros, objetivando melhor coordenar a assimilação do tema tratado.

Referindo-se a conceituação, etiologia e outras, as sim se manifestam:

Para BOLK <sup>6</sup> 1917 o mesiodens é um atavismo, isto é, o reaparecimento sob a forma do primeiro incisivo dos antepassados primatas, que tinham tres incisivos. Diz ainda que se este último tinha igualmente tres incisivos inferiores, o mesmo atavismo deveria teoricamente se manifestar também na mandíbula.

SHAFER <sup>34</sup> 1959 acha que os dentes supranumerários se geram a partir de um terceiro germe, proveniente da lâmina dental, próximo ao germe do permanente, ou quem sabe, por divisão do permanente mesmo, sendo que este último ponto de vista é bem improvável e que em alguns casos parece existir uma tendência hereditária ao desenvolvimento dos dentes supranumerários, confirmando a teoria de GRAHNEN & LINDAHL <sup>16</sup> 1961.

BERNIER <sup>2</sup> 1962 admite causas muito mais compatíveis com influências locais, como a inflamação, cicatrização, pressão anormal e relações intercelulares alteradas no seu potencial, como organizadoras ou receptoras na odontogênese.

Segundo Mc DONALD <sup>27</sup> 1963 os dentes supranumerários resultam da continuidade do órgão de esmalte no processo dental ou da excessiva proliferação de células. Ocorre frequentemente em crianças e pode ser responsável por uma variedade de irregularidades na dentição primária e dentição mista. O estágio de diferenciação é que determina se

estas células se transformarão em cisto, odontoma ou num supranumerário. Afirma ainda:

- 1) a presença dos supranumerários na primeira dentição é mais rara do que na dentição permanente;
- 2) a ocorrência dos supranumerários em vários elementos da mesma família não é incomum;
- 3) os dentes supranumerários, particularmente na região anterior da maxila, pode causar a ectopia de erupção do dente permanente adjacente.

Segundo BRAUER & cols. <sup>7</sup> 1964 ele resulta inicialmente da continuidade do botão do órgão do esmalte do dente decíduo. Afirmam ainda que a separação de algumas células do órgão do esmalte durante o crescimento proliferativo resulta em pérolas ou restos epiteliais. Estes restos, segundo os mesmos autores, poderão permanecer em estado latente ou sofrer uma reativação por estímulo ou irritação. Poderão ainda se destacar do órgão do esmalte num estado muito diferenciado, produzindo esmalte e dentina. Quando elas se destacam do órgão de esmalte, pode ocorrer um verdadeiro odontoma (simples, composto ou complexo) ou um verdadeiro dente supranumerário. O estágio de diferenciação destas células é que determina quando se formará um cisto, um odontoma ou um dente supranumerário.

Concordando com vários autores, ISSÃO & KAHTALIAN <sup>22</sup> 1968 afirmam que as teorias que procuram explicar a etiologia destes elementos e aceitas como válidas são:

- 1.<sup>a</sup>) Teoria do atavismo - o reaparecimento sob a forma rudimentar do primeiro incisivo dos antepassados primatas, que tinham tres incisivos.
- 2.<sup>a</sup>) Teoria da hiperatividade da lâmina dental.
- 3.<sup>a</sup>) Doenças gerais e anomalias de desenvolvimento. Poderia haver uma associação entre a presença desses dentes e doenças como disostose cleido cranial e lábio leporino.
- 4.<sup>a</sup>) Hereditariedade.

- 5.<sup>a</sup>) Trauma - um trauma durante o desenvolvimento do folículo dental, poderia provocar a divisão deste folículo o que conseqüentemente formaria o supranumerário desta região.

GADBOIS <sup>14</sup> 1969 procurando relacionar a hereditariedade ao aparecimento do mesiodens, realizou uma pesquisa numa vila esquimô do Alaska. O estudo foi efetuado entre a população de Barrow, uma vila de 1.800 esquimôs e de 200 não esquimôs. Concluiu uma maior freqüência desta anomalia numa sociedade isolada, devido ao elevado número de casamentos entre afins. Este ponto de vista é defendido por GRAHNEN & LINDAHL <sup>16</sup> 1961.

THOMA <sup>39</sup> 1952 diz que os dentes supranumerários situados entre os incisivos centrais superiores e denominados mesiodens, podem ser encontrados em pares ou isoladamente.

Segundo GYSEL <sup>18</sup> 1963 o mesiodens clássico tal como foi definido por BOLK <sup>6</sup> 1917 é um dente supranumerário da região ântero-mediana da dentição permanente superior.

Esta definição, segundo BOLK <sup>6</sup> 1917, inclui seis elementos:

- 19) O mesiodens é sobretudo um dente, isto é, semelhança de tecidos característicos organizados, tendo uma forma onde se distingue uma coroa e uma raiz, desenvolvendo-se geralmente no maxilar e fazendo sua erupção normal.
- 29) O mesiodens se desenvolve realmente e não aparentemente, como no caso de uma persistência anormal dos temporários.
- 39) Ele não é um dente "suplementar", "eutípico" ou "eumórfico", mas um dente supranumerário, isto é, "distípico" ou "dismórfico".
- 49) O mesiodens está situado na região mediana, quer faça sua erupção, quer fique incluso entre ou atrás dos incisivos centrais.
- 59) É um dente da dentição permanente, isto é, se de

envolve, se calcifica e procura efetuar sua erupção de maneira sincrônica com os incisivos permanentes.

6º) O mesiodens é enfim um dente localizado na maxila.

PARANT <sup>29</sup> 1963 assevera que a região incisiva superior é freqüentemente o lugar eleito para inclusões de elementos únicos ou múltiplos, cuja forma e volume lembram elementos dentais (mesiodens).

RIES CENTENO <sup>33</sup> 1964, afirma que é muito comum a presença de dentes supranumerários entre os incisivos centrais (mesiodens).

PELLETIER <sup>30</sup> 1964, por sua vez, diz que os mesiodens são encontrados ao nível do espaço interradicular dos dois incisivos centrais da maxila e muito raramente na mandíbula.

FOSTER & TAYLOR <sup>13</sup> 1969 revelam: é bastante conhecido que os dentes supranumerários ocorrem mais freqüentemente na pré-maxila do que em qualquer outra área do maxilar.

Quanto ao formato dos dentes, opinam os que seguem:

RAMALHO <sup>31</sup> 1965 assinala que, além da anomalia de número, também há a de forma (uma vez que tais dentes se incluem na classe do conoidismo) e de tamanho (porque apresentam acentuado microdontismo ou nanismo).

FARMER & LAWTON\* 1966 classificaram os dentes supranumerários em tipos suplementares, cônicos e tuberculados, sendo que o tipo suplementar é um dente de formato normal.

HOWARD\*\* 1967 relaciona quatro categorias de dentes supranumerários, pré-maxilares:

---

\* FARMER & LAWTON apud FOSTER, T.D. & TAYLOR, G.S. - Characteristics of supernumerary teeth in the upper central incisors region. Dent. Pract., 20:8-12, Sep. 1969.

\*\*HOWARD apud FOSTER, T.D. & TAYLOR, G.S. - Characteristics of supernumerary teeth in the upper central incisors region. Dent. Pract., 20: 8-12, Sep. 1969.

- a) Dente pequeno em forma de tarugo.
- b) Dente com formato semelhante ao incisivo.
- c) Dentes invaginados que são curtos e em forma de barril.
- d) Odontomas não tendo um formato regular.

Os dentes invaginados descritos por este autor têm sido denominados dentes tuberculados, por outros autores.

BUISSON<sup>8</sup> 1968 diz que o mesiodens está habitualmente isolado e algumas vezes duplo. Ele está erupcionado ou incluso. A morfologia é por vezes rudimentar: com frequência o mesiodens se parece com um dente completo, com coroa e raiz bem constituídas, de aspecto conoide, lembrando um canino inferior temporário.

Pelos estudos realizados por FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969, os dois tipos de dentes supranumerários têm diferentes características e podem, portanto, ter diferentes origens.

O dente tuberculado sob a evidência da falta de sua raiz formada, aparentemente se desenvolve mais tarde do que o incisivo superior central permanente. Este tipo de dente poderia representar uma terceira dentição. A sua posição palatal ao incisivo central permanente poderia sustentar este ponto de vista. Por outro lado o tipo cônico cuja formação parece coincidir com a do incisivo central superior permanente e que comumente aparece próximo ao meio da arcada, poderia surgir de uma bifurcação da lâmina dental e pode apresentar um dente extra na segunda dentição. O supranumerário cônico nas imediações da linha mediana da arcada superior é geralmente chamado de "mesiodens".

FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969 dizem ainda que o dente cônico, por sua vez não parece servir de obstáculo mecânico para a erupção dos incisivos centrais superiores e outros dentes. Este dente é passível de erupcionar na infância, pois parece estar posicionado normalmente entre os incisivos centrais superiores, porém, pode estar invertido, isto é, com a coroa voltada para a cavidade nasal.

Com referência aos distúrbios que pode causar o mesiodens e outras peculiaridades inerentes ao mesmo, encontramos variadas referências.

HUNTER\* 1778 descreveu o primeiro caso de retenção do incisivo central superior, provocado por um mesiodens.

LONG<sup>24</sup> 1924 relatou o caso de um jovem de 18 anos de idade, no qual o mesiodens foi responsável por uma comunicação buco-nasal e que havia regurgitação de fluídos para dentro da cavidade nasal.

STAFNE<sup>37</sup> 1931 também citou que alguns dentes supranumerários causaram erupção retardada enquanto outros não o fizeram. Portanto, parece haver diferenças entre dentes supranumerários quanto ao seu tempo de desenvolvimento, sua posição e seu efeito sobre a erupção dos outros dentes. Estes dois tipos de dentes supranumerários, tuberculados e cônicos, diferenciam-se não somente no seu formato, como também em outras características.

O dente tuberculado parece ocorrer mais frequentemente por palatal ao incisivo central superior e ser mais atrasado no seu desenvolvimento do que o dente cônico. Também parece que sua presença retarda a erupção dos incisivos centrais permanentes superiores e raramente erupciona na infância.

FINN & cols.<sup>12</sup> 1959 já haviam estudado o retardamento da erupção provocado por mesiodens, geralmente de forma rudimentar, pequenos e conóides.

HOWE<sup>21</sup> 1966 diz que o fracasso da erupção de um ou mais incisivos superiores permanentes é frequentemente causado pela presença de dentes supranumerários.

BODENHAM<sup>4</sup> 1967 observou em 72 pacientes portadores dessa anomalia que em 37 casos, estes dentes eram responsáveis diretos pela não erupção dos incisivos centrais superiores permanentes.

---

\* HUNTER apud MARZOLA, C. - Mesiodens and retention of the upper median incisors. Rev. Bras. de Odont., 25: 4-8, Jan./Fev., 1968.

MOSS <sup>28</sup> 1967 relata o caso de uma paciente de 23 anos de idade, que foi encaminhada para um exame odontológico de rotina. Pelo exame clínico observou que um mesiodens havia erupcionado dentro de um bom alinhamento na arcada.

MARZOLA & cols. <sup>26</sup> 1968 relatam um caso de mesiodens, que estando no trajeto de erupção dos incisivos centrais superiores, provocou em um garoto de 11 anos a inclusão de um dos incisivos, bem como o saco dental já apresentava alteração para a transformação cística, conforme foi confirmado pelos exames histo-patológicos.

FOSTER & TAYLOR <sup>13</sup> 1969 pesquisaram divergências entre os dentes supranumerários cônicos e tuberculados, encontrando diferenças de formato, bem como outras características, associando sempre com os incisivos centrais superiores, no grau de formação da raiz, posição, erupção e o seu efeito sobre a erupção dos incisivos centrais superiores permanentes.

Alguns autores registram casos de mesiodens em posição invertida, assim como casos de erupção para dentro das fossas nasais.

THOMA <sup>39</sup> 1952 assevera que o mesiodens invertido caminha para a cavidade nasal e pode erupcionar para dentro do seu piso. Em tais casos pode provocar dor e obstrução das narinas com o aparecimento de secreção. Sua remoção eliminaria este quadro patológico. Afirma também que a formação cística provocada pelo mesiodens causa destruição óssea e expansão da parte anterior do palato.

BERTRAND <sup>3</sup> 1964 relata um caso de "mesiodens" dentro das fossas nasais.

HAAG & cols. <sup>19</sup> 1966 relatam um caso de cisto coronário sobre um mesiodens invertido.

BODNER <sup>5</sup> 1966 é de opinião que o mesiodens é uma anormalidade desenvolvimentista onde um par de dentes é geralmente encontrado entre os dois incisivos centrais superiores. Estes dentes supranumerários, geralmente rudes em formato, as vezes se parecem bastante com incisivos centrais. A

erupção do mesiodens pode ocorrer em algumas instâncias de inversão, com força eruptiva para cima e para dentro da cavidade nasal. Muitas vezes um exame radiológico de rotina é o único meio de descobrir mesiodens não rompidos, pois são frequentemente asintomáticos.

GYSEL <sup>17</sup> 1967 registra que os mesiodens, normalmente situados, fazem facilmente sua erupção e são extraídos durante a idade jovem. Os mesiodens invertidos ficam inclusos e fazem sua erupção ou no seio maxilar, ou nas fossas nasais. Eles não podem ser descobertos a não ser por um exame radiológico.

HIRANANDANI & MELGIRI <sup>20</sup> 1968, relatam que o mesiodens é o dente supranumerário mais comum: é encontrado entre os incisivos centrais superiores, isoladamente ou em par. Citam que sua erupção para o assoalho nasal é muito rara.

JÁ CHOPRA & JOSHI <sup>9</sup> 1969 relatam um caso de erupção de um mesiodens para dentro das fossas nasais.

FOSTER & TAYLOR <sup>13</sup> 1969 atestam, o mesiodens na maioria das vezes encontra-se em posição invertida. Quando nesta posição, pode na sua força eruptiva romper o assoalho das fossas nasais e erupcionar dentro delas. A real causa dessa inversão não é conhecida, porém acham alguns autores que é devido à posição anormal do germe dental. Esta inclusão invertida do mesiodens pode ser simples ou dupla.

SONI & BHATT <sup>35</sup> 1972 citam o caso de um garoto de 11 anos de idade que os procurou para a confecção de uma dentadura parcial, pois sua arcada tinha ausência dos incisivos central e lateral esquerdos. Constataram ainda ausência do canino superior permanente esquerdo com a permanência do canino decíduo. Nos exames radiográficos preliminares, constataram além do canino permanente incluso, dois mesiodens em posição invertida.

Embora muitos autores sejam taxativos em aceitar o mesiodens como uma anomalia da dentição permanente, GRAHNEN & LINDAHL <sup>16</sup> 1961 e outros autores defendem a tese da existência do mesiodens temporário, tal como GYSEL <sup>18</sup> 1963, que admite

ser um supranumerário, mas dismórfico da região ântero-media na, isto é, se desenvolve, calcifica, erupciona e se reabsorve de uma maneira sincrônica com os outros incisivos temporários.

Mc DONALD <sup>27</sup> 1963 diz que é imperativo fazer radiografias oclusais para crianças em idade pré-escolar em vista da frequência com que esses dentes são observados. Em caso positivo novas radiografias serão tomadas para melhor localizá-lo e a sua remoção ou permanência dependerá de cada caso em particular.

GYSEL <sup>18</sup> 1963 pretendendo estabelecer um diagnóstico de mesiodens temporário, registra que todos os dentes supranumerários de forma conóide ou outra, observados entre os incisivos centrais temporários, não são necessariamente mesiodens temporários. O diagnóstico é que os definirá:

- 1) Presença sobre a arcada de todos os incisivos temporários normais:

Um mesiodens permanente pode muito bem fazer uma erupção precoce reabsorvendo as raízes do incisivo central temporário normal.

- 2) Época da erupção:

Um mesiodens aparecendo sobre a arcada na idade de 1 a 2 anos é considerado um mesiodens temporário, enquanto que na idade de 5 anos já será um permanente. A época da erupção muitas vezes é mais importante do que a forma do mesiodens.

STAFNE <sup>36</sup> 1932 determinou a incidência de dentes supranumerários, encontrando aproximadamente 1%, numa amostra de 48.500 pacientes. Deste total, 90% ocorriam na maxila e, destes, 50% na pré-maxila. Mais tarde este mesmo autor encontrou em 180 pacientes, 200 dentes supranumerários na região dos incisivos superiores permanentes. 10% destes elementos detectados, estavam erupcionados e 57% encontravam-se além de inclusos em posicionamento invertido.

Segundo REBEL <sup>32</sup> 1954 a frequência dos dentes su-

pranumerários seria de 2% na dentição provisória enquanto que de 9% para a dentição permanente. Essa afirmação foi confirmada por GYSEL<sup>18</sup> 1963 que encontrou 79 casos em 4.500 pacientes, mais ou menos 2%. Já na dentição temporária, GYSEL<sup>18</sup> 1963 confirma 1 caso em cada mil pacientes.

Segundo GRAHNEN & LINDAHL<sup>16</sup> 1961 o sexo masculino tende a ser afetado, quatro vezes mais que o sexo feminino. Existem duas vezes mais mesiodens não erupcionados do que erupcionados. Os mesiodens do grupo não erupcionado tendem pela inclusão do lado esquerdo. Relatam ainda dois estudos, nos quais verificaram a ocorrência de dentes supranumerários em 0,3% da primeira dentição e 3% na dentição permanente. Este estudo limitou-se a 241 escolares do primeiro ao terceiro ano. Foi feita uma radiografia da arcada superior de cada criança e pode descobrir, com certeza, a linhagem até os seus avós. Os resultados revelaram que 10 escolares tinham um mesiodens cada e 7 tinham dois mesiodens. Das 25 crianças, 20 eram meninos e 5 eram meninas. Em duas famílias, dois irmãos tinham mesiodens. Em dez casos, os pacientes eram primos do primeiro grau e tinham os mesmos avós. Em dois casos adicionais os avós dos pacientes eram irmãos. Em outro caso, a geneologia indicou um relacionamento de irmão e irmã, de um avô e uma avó. Dezenove dos 25 casos eram de afins sanguíneos. Em 7 casos o mesiodens havia erupcionado. Em 18 estavam inclusos. Neste grupo de 18 pacientes, seis tinham dois mesiodens e 12 tinham apenas um. Dos 12 casos, 8 estavam à esquerda da linha mediana e 4 à direita. O estudo evidencia a influência hereditária de mesiodens e concorda com SHAFER & cols.<sup>34</sup> 1959 e mais propriamente com a opinião de GADBOIS<sup>14</sup> 1969 que admite uma maior frequência numa sociedade isolada, onde os casamentos afins são elevados.

ISSÃO & KAHTALIAN<sup>22</sup> 1968 examinando 252 crianças entre as idades de 3 a 12 anos e após a obtenção de 1.648 radiografias, das quais 1.642 periapicais e 6 oclusais, constatarem 16 pacientes portadores de supranumerários na região anterior da maxila.

FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969. Estes pesquisadores usa-

ram para seu trabalho, 52 pacientes cujas idades variavam entre 5 anos e 6 meses a 14 anos e 3 meses, com uma média de idade de 9 anos e 1 mes. Haviãam 30 meninos e 22 meninas. 29 pacientes tinham um dente supranumerário; 22 tinham dois dentes e um paciente tinha 3 dentes supranumerários, associados com os incisivos centrais, perfazendo um total de 76 dentes supranumerários.

Os mesiodens são mais frequentes que os incisivos laterais suplementares (aproximadamente 1%). Os mesiodens temporários ou inferiores são raros.

Inúmeros autores têm se dedicado ao estudo da conveniência ou não da remoção dos mesiodens, quando e porque executá-la.

STAFNE <sup>37</sup> 1931 ilustrou dentes supranumerários cônicos e tuberculados que pareciam se diferenciar não somente no seu formato mas também no seu grau de formação da raiz e na sua posição em relação aos incisivos centrais superiores. Segundo este autor a importância da diferenciação entre os dois tipos de dentes supranumerários é especialmente notada quando se considera o tratamento. O tipo tuberculado retarda consideravelmente a erupção do incisivo central superior e deve ser removido o quanto antes possível para facilitar a erupção desse dente. O tipo cônico, a não ser que esteja causando um mau posicionamento ou aglomeramento dos incisivos centrais, pode, às vezes, ser deixado, particularmente se estiver acima e invertido.

A remoção de um mesiodens pode ser efetuada tão cedo quando possível para prevenir distorções nos dentes adjacentes. Esta afirmação é de THOMA <sup>39</sup> 1952. E continua: "a menos que o mesiodens interfira com a erupção normal, a melhor época para removê-lo é depois que as raízes dos dentes permanentes contíguos estiverem totalmente formadas, afim de evitar injúrias no desenvolvimento dos dentes permanentes". Este pensamento coincide com o de KRUGER <sup>23</sup> 1964.

THOMA <sup>39</sup> 1952 opina ainda que é importante diagnosticar se o mesiodens está localizado por vestibular ou por pa-

lata!. Por vestibular, deve ser feita uma incisão semi-lunar suficientemente ampla para que a região anterior da maxila até a espinha nasal seja exposta. Pelo palato também recomenda uma incisão semi-lunar ao longo do bordo marginal, tendo como centro o canal incisivo. Isso permite expor a parte palatal. Após o descolamento mucoperiosteico, o osso é removido, perto da sutura mediana, sobre a área onde ele está situado, até o dente ser descoberto. Se localizado labialmente, o elemento seria visualizado imediatamente após a osteotomia. Quando estiver localizado na espinha nasal, o osso e o dente serão removidos, e os dentes erupcionados para as fossas nasais podem ser expostos, removendo-se a margem da abertura periforme e elevando-se o tecido mucoperiosteico adjacente. Dentes localizados na região palatal são expostos eliminando-se o osso até a base do processo alveolar. Se um cisto está presente, a membrana deve ser cuidadosamente removida.

COHEN & cols.<sup>10</sup> 1957 sustentam a teoria que indica a extração precoce do mesiodens, tão logo seja detectado, pois este é o melhor meio de evitar a interferência desses elementos na má oclusão e na má posição dos dentes dentro da arcada. Este autor reforça sua opinião quanto à remoção desses elementos, alegando que o tecido folicular em que se desenvolvem podem resultar mais tarde em cistos foliculares. Diz ainda que, mesmo quando não removidos, devem ser radiografados periodicamente.

ARCHER & cols.<sup>1</sup> 1958 revelam: os mesiodens que se encontram na região anterior da maxila, mais precisamente na linha mediana, podem ficar inclusos enquanto outros podem erupcionar, ocupando posição no arco ou fora dele. A técnica para extração está determinada pelo seu tamanho e localização, sendo a mesma usada para qualquer dente nesta área, exceto o tamanho e localização do retalho. A erupção dos permanentes é às vezes impedida pela presença desses elementos.

FINN & cols.<sup>12</sup> 1959 defendem a teoria de KRUGER<sup>23</sup> 1964 quando afirma, desde que o mesiodens não esteja evitando a erupção dos incisivos centrais superiores permanentes, a cirurgia desses elementos deve ser postergada até que as

raízes dos dentes vizinhos estejam totalmente formadas.

GARDINER <sup>15</sup> 1961 verificou numa pesquisa que 28% dos casos de supranumerários estavam associados com a não erupção dos incisivos, sendo favorável a cirurgia.

Segundo Mc DONALD <sup>27</sup> 1963 uma vez detectado o supranumerário deverá ser removido. Mas se ele não interferir no desenvolvimento e erupção do dente adjacente e se não existir a evidência da formação de um cisto, a decisão correta pode ser a observação do dente, até que a criança tenha idade suficiente para tolerar melhor o ato cirúrgico. Muitos cirurgiões preferem retardar a cirurgia até que o dente permanente erupcione, ou até a formação total das raízes dos dentes adjacentes. O retardamento da erupção de um incisivo central provocado pela presença de um dente supranumerário, é relativamente comum e a sua remoção cirúrgica neste caso está recomendada. A erupção retardada dos permanentes na pré-maxila como decorrência da presença de supranumerários nesta região resulta freqüentemente em uma diminuição inadequada da arcada. Modelos de oclusão deveriam ser preparados e o caso cuidadosamente estudado para determinar se a má oclusão está limitada na área de uma inclusão supranumerária. Se existe a presença de um supranumerário, o ortodontista deverá ser consultado. Se houver espaço na arcada para acomodar o dente permanente, não erupcionado, o supranumerário deverá ser removido, expondo a parte da coroa do permanente incluso e manter o espaço nesta área. Para isso confecciona-se uma placa de acrílico palatina, que o manterá até a erupção do permanente.

DAY <sup>11</sup> 1964 no que se refere à remoção do supranumerário, toma como base as alterações que os incisivos centrais possam sofrer sob a sua ação.

- Posição anormal dos incisivos permanentes - acha que na quase totalidade dos casos está indicada a remoção do supranumerário. Para isso a época mais indicada é entre 10 e 12 anos quando o incisivo contíguo já completou a formação radicular, e por serem estas idades propícias para o tratamento or-

todôntico.

- Diastema entre os incisivos - aqui também se vê a urgência da sua remoção.
- Inclusão dos incisivos - quando se verifica esta anomalia aconselha a remoção do supranumerário por volta de 8 anos para permitir a erupção do incisivo incluso.
- Formação cística - quando o supranumerário for o causador de formações císticas, sua remoção está indicada o quanto antes.

E, quando entre os incisivos não há anomalia, DAY<sup>11</sup> 1964 não vê a necessidade da sua remoção. Afirma que é mais indicado um controle radiográfico periódico.

Por sua vez, KRUGER<sup>23</sup> 1964 alega que, sob condições normais, a remoção do mesiodens não está indicada enquanto os ápices dos incisivos centrais permanentes não estiverem fechados, porque existe o perigo muito grande de danos no crescimento da porção mesenquimal do dente permanente. A cirurgia torna-se difícil pela dificuldade de localização, de identificação e remoção do supranumerário sem dano ao dente permanente.

BRAUER & cols.<sup>7</sup> 1964 afirmam que o grande espaço, ocupado pelo supranumerário temporário erupcionado é exatamente o espaço que seria ocupado pelo permanente na sua erupção. Neste caso não está indicada a sua extração, porque ele vai manter espaço para o permanente. Se o supranumerário da primeira dentição não está erupcionado, a posição dos dentes erupcionados e a análise radiográfica indicarão, quando (ou não) esse supranumerário estiver causando problemas. Se ele não causa deformidade, ou outro dano, e não foi exfoliado juntamente com a dentição primária, deve ser removido. Na dentição permanente, quando existe o supranumerário a regra geral é a remoção deste elemento o mais cedo possível.

Relativamente à conduta cirúrgica empregada para remoção do mesiodens, muitos autores têm se preocupado, manifestando suas experiências a respeito.

KRUGER <sup>23</sup> 1964 preconiza, para a remoção de um mesiodens, a mesma técnica usada para a cirurgia de canino superior incluso. Se a abordagem for feita por vestibular, esse autor recomenda a incisão semi-lunar de Parstch, iniciando num incisivo lateral e terminando no lado oposto. Por palatina, recomenda a mesma incisão usada para inclusão bilateral de canino, isto é, contornando as papilas gengivais e descolando todo o palato na sua região anterior.

PARANT <sup>29</sup> 1963 é taxativo ao afirmar sobre a necessidade de serem observados alguns detalhes técnicos para a remoção do mesiodens:

19) Em certos casos, ele é removido como uma extração normal.

29) Quando está incluso e se apresenta sob uma forma conóide entre os dois incisivos centrais, a via de abordagem pode ser a vestibular ou a palatina. Pela vestibular procede-se a abertura de uma janela na mucosa. A broca, manejada prudentemente, liberta o mesiodens que é extraído facilmente com um sindesmôtomô ou um descolador.

Palatinamente, uma incisão de 2 cm. é feita ao longo do rebordo, descolando a fibromucosa. Segue-se a osteotomia e retirada do elemento.

BUISSON <sup>8</sup> 1968 opina que o mesiodens deve ser eliminado, logo que possível, quando criança, para evitar a aparição ou agravamento de má posições ao nível dos dentes vizinhos.

A radiografia nos dá a morfologia e sobretudo a localização:

- vestibular
- palatina
- intermediária
- transversal (coroa por palatal e ápice por vestibulo)

1 - Via Palatina - (posição palatina ou transversal)

Executa a remoção conforme a técnica reco

mendada para canino incluso em posição palatina. Uma incisão é traçada pelo colo dos dentes. Esta incisão pode ser limitada de canino a canino, se o dente supranumerário estiver numa inclusão baixa, próximo do rebordo alveolar. Caso se encontre numa posição alta e profunda, a incisão deve ser aumentada até os molares, de tal maneira que depois de descolado o retalho, possamos obter visibilidade suficiente.

O filete vâsculo nervoso naso-palatino pode ser seccionado. A localização do dente e sua extração podem se tornar difícil se a posição for profunda e invertida.

A trepanação (com goivas ou brocas) deve ser suficiente para a retirada do elemento com a ajuda de um sindesmôtomu curvo. Dois instrumentos aplicados de ambos os lados, de modo a imobilizar e a agarrar como uma pinça, são por vezes úteis, para terminar a sua avulsão.

## 2 - Via Vestibular - (posição vestibular ou intermediária)

É obtida por uma incisão angular, que permite descolar o retalho sem lesar o freio labial que depois de suturado volta à sua posição inicial.

## 3 - Dubla Via - (vestibular e palatina)

É por vezes indicada, após uma localização radiográfica imprecisa, devendo-se contudo procurar a melhor via para sua abordagem. Também para facilitar uma extração difícil, uma segunda trepanação pode ser executada sobre a tábua oposta afim de possibilitar o seu tracionamento e desalojamento.

4 - PROPOSIÇÃO

4 - PROPOSIÇÃO

O estudo da literatura especializada nos induz a depreender que os trabalhos devotados ao estudo do "mesiodens" raramente pesquisam seus vários aspectos, obrigando-nos a uma tarefa paciente de agrupá-los, no propósito de obtermos um conjunto harmonioso do todo. Todavia, foi-nos possível constatar que grande número de autores tem proclamado suas opiniões de maneira bastante controversa e é com vistas a esta situação que despretenciosamente nos propusemos investigar alguns aspectos desta anomalia.

- 1 - Será válido um levantamento radiográfico em escolares com a idade compreendida entre 6 a 13 anos de idade ?
- 2 - O mesiodens detectado deverá sistematicamente, ser removido ?
- 3 - Qual a idade mais indicada para eliminação desta anomalia ?

5 - MATERIAL E MÉTODO

5 - MATERIAL E MÉTODO5.1. - MATERIAL

Para a concretização deste trabalho, foram utilizados 415 escolares pertencentes a dois grupos escolares de Florianópolis, numa faixa etária de 6 a 13 anos, sendo 236 do sexo masculino e 179 do sexo feminino. Os escolares eram apanhados nos grupos e levados para o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, onde se submetiam aos exames. A Tabela nº 1 ilustra a distribuição dos 415 escolares relacionados por cor, sexo e idade.

Tabela nº 1 - Distribuição dos pacientes por idade, sexo e cor

COR IDADE	LEUCODERMA		MELANODERMA		TOTAL
	MASC	FEM	MASC	FEM	
SEIS	4	3	2	2	11
SETE	53	35	6	3	97
OITO	45	37	13	8	103
NOVE	62	35	11	2	110
DEZ	23	38	5	4	70
ONZE	6	7	1	2	16
DOZE	2	2	3	-	7
TREZE	-	1	-	-	1
TOTAL	195	158	41	21	415

5.1.1. PRONTUÁRIO

Foi elaborado um prontuário, de conformidade com MADEIRA <sup>25</sup> 1965, numerados de 001 a 415, constando do seguinte:

5.1.1.1. Ficha

Contendo os seguintes dados:

- a) Dados de Identidade: nome, naturalidade, filiação, endereço, grupo escolar e data.
- b) Dados Físicos: idade, sexo, cor, aspecto físico, altura e peso.
- c) Anamnese: para os casos positivos foi praticada uma entrevista com os responsáveis pelo menor, na expectativa de serem obtidas informações complementares.
- d) Exame Clínico Bucal: efetivado para cada paciente, registrando na ficha todos os trabalhos já realizados ou por realizar, assim como a presença ou ausência de elementos de cíduos ou permanentes.

## 5.2. - MÉTODO

### 5.2.1. LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO

Cada paciente foi submetido a duas tomadas radiográficas oclusais, uma da região ântero-superior e outra da região ântero-inferior. Para tanto usamos filmes peri-apicais, tamanho 3x4. Entretanto, sempre que foi detectada a presença de mesiodens, tivemos o cuidado de recorrer a radiografias complementares, inclusive a técnica de Clarck.

#### 5.2.1.1. Técnica Radiográfica

Para a tomada das radiografias oclusais acima referidas foram utilizadas as técnicas convencionais para crianças.

#### 5.2.1.2. Catálogo das Radiografias

Após revelação, fixação e secagem pelos métodos convencionais, cada caso foi examinado e fixado com fita "Durex" em um retângulo.

de celuloide, tamanho 6x9, recebendo o número correspondente ao que foi colocado na ficha do mesmo paciente, evitando incorrer em erros na identificação. Estas radiografias foram catalogadas em pastas num total de 4, numeradas respectivamente de 001 a 100, 101 a 200, 201 a 300, 301 a 415, perfazendo um total de 830 tomadas radiográficas. Os casos positivos sempre sofreram reexames e foram complementados.

#### 5.2.2. IDADE

O "mesiodens" quando presente deve ser eliminado cirurgicamente. Sua permanência poderá acarretar acidentes diversos, não só no que se refere à posição na arcada, como também à integridade anatômica dos mesmos. Esses acidentes, sua posição e sua intimidade com as fossas nasais podem ser descobertos por exames radiográficos oclusais e peri-apicais da região pré-maxilar.

Achamos que cada caso merece um estudo à parte.

Somos totalmente favoráveis que, se o "mesiodens" não estiver implicando no aparecimento de acidentes, sua remoção poderá ser postergada até que as raízes dos incisivos centrais permanentes estejam totalmente formadas. Porém, para essa condição, impõe-se a realização de exames radiográficos periódicos. Todavia, se o elemento estiver causando acidentes na sua área de inclusão, a remoção deverá ser procedida de imediato, seja qual for a idade do paciente.

O "mesiodens", quando presente na dentição decídua, deve ser conservado até a exfoliação dos incisivos centrais temporários, que estão mantendo espaço para os incisivos da dentição permanente.

### 5.2.2.1. Técnica Cirúrgica

Para a técnica cirúrgica temos usado os métodos convencionais e já tradicionalmente conhecidos.

Na intervenção por palatal usa-se a mesma técnica empregada para as inclusões bilaterais de caninos superiores, isto é, incisão modificada de Newmann, onde o traço do bisturi procura seccionar as papilas gengivais de pré-molar da hemi arcada superior direita à pré-molar da hemi arcada superior esquerda.

Para abordagem por via vestibular, podem ser usadas as incisões de Newmann e Wassmund, ou uma paralela ao rebordo marginal da gengiva atingindo a metade do freio labial.

Os demais passos cirúrgicos, seguem as normas de rotina para dentes inclusos.

Quando o mesiodens está erupcionado sua remoção se fará de acordo com as manobras exodônticas normais.

6 - RESULTADO E DISCUSSÃO

6 - RESULTADO E DISCUSSÃO

Em face ao material utilizado na presente investigação, ou seja, uma amostra de 415 escolares distribuídos por sexo, idade e cor, de conformidade com a Tabela nº 1 e o levantamento radiográfico levado a efeito, foi-nos possível obter os resultados que a seguir serão descritos.

Primeiramente, baseados nos nossos materiais e métodos utilizados para verificação da prevalência de supranumerários ântero-superiores e inferiores localizados na linha mediana, "mesiodens", cabe-nos registrar que em nossas investigações não tivemos oportunidade de surpreender a presença de nenhum "mesiodens" da região ântero-inferior. Para a região ântero-superior tivemos ensejo de detectar a presença de 4 "mesiodens", o que equivale dizer que encontramos uma prevalência na ordem de praticamente 1%, e para sermos mais precisos 0,96%. Figs. nºs 1, 2, 3 e 4.

Em que pese o pequeno número encontrado, procuramos distribuí-los relativamente a idade e sexo e obtivemos nesta condição, 2 elementos para o sexo masculino, nas idades de onze e doze anos e dois para o sexo feminino, na idade de oito anos, de conformidade com a Tabela nº 2.

Tabela nº 2 --Frequência em relação à idade e sexo.

IDADE SEXO	SEIS	SETE	OITO	NOVE	DEZ	ONZE	DOZE	TRE- ZE	TOTAL
MASCULINO	-	-	-	-	-	1	1	-	2
FEMININO	-	-	2	-	-	-	-	-	2
TOTAL	-	-	2	-	-	1	1	-	4

Com relação à idade e cor, não achamos nenhum caso desta condição para os melanodermos, enquanto todos os casos detectados foram observados nos leucodermos, dos quais, dois na idade de oito anos, um na de onze anos e um na idade de doze anos, conforme a Tabela nº 3.

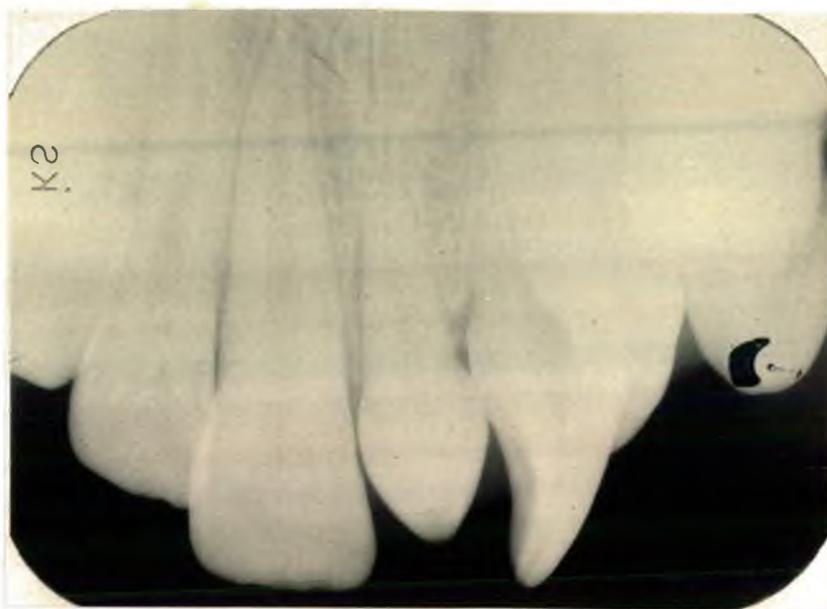


Fig. 1 - Mesiodens erupcionado normalmente na arcada, provocando diastema e giroversão do incisivo central superior esquerdo.



Fig. 2 - Mesiodens incluído provocando diastema.

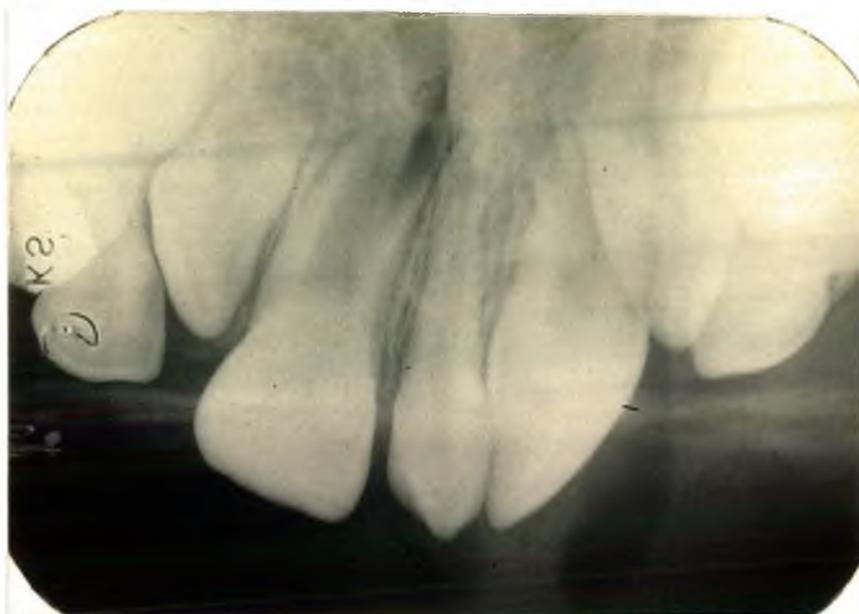


Fig. 3 - Mesiodens com erupção normal na arcada, causando diastema e giroversão do incisivo central superior esquerdo.



Fig. 4 - Mesiodens em inclusão transversa (vestibulo-palatal) provocando convergência de coroas e giroversão do incisivo central superior esquerdo.

Tabela nº 3 - Frequência em relação à idade e etnia.

IDADE \ ETNIA	SEIS	SETE	OITO	NOVE	DEZ	ONZE	DOZE	TREZE	TOTAL
LEUCODERMOS	-	-	2	-	-	1	1	-	4
MELANODERMOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Quanto à situação de erupcionado ou incluso, verificamos dois já erupcionados nas idades de oito e onze anos e dois inclusos nas idades de oito e doze anos, dispostos na Tabela nº 4.

Tabela nº 4 - Relação situação-idade.

SITUAÇÃO \ IDADE	ERUPCIONADO	INCLUSO	TOTAL
SEIS	-	-	-
SETE	-	-	-
OITO	1	1	2
NOVE	-	-	-
DEZ	-	-	-
ONZE	1	-	1
DOZE	-	1	1
TREZE	-	-	-
TOTAL	2	2	4

Com referência à morfologia do "mesiodens", apenas a forma conóide foi encontrada, em dois casos na idade de oito anos e um caso para as idades de onze e doze anos respectivamente, de acordo com a Tabela nº 5.

Tabela nº 5 - Morfologia dos casos positivos.

MORFO- LOGIA IDADE	CONÓIDE	TUBERCU- LADO	INCISI- FORME	PREMOLA- RIFORME	MOLARI- FORME	TOTAL
SEIS	-	-	-	-	-	-
SETE	-	-	-	-	-	-
OITO	2	-	-	-	-	2
NOVE	-	-	-	-	-	-
DEZ	-	-	-	-	-	-
ONZE	1	-	-	-	-	1
DOZE	1	-	-	-	-	1
TREZE	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	-	-	-	-	4

A posição do dente foi outra particularidade estudada, sendo que verificamos 3 na posição vertical e um na posição transversa. Na posição vertical, dois foram encontrados na idade de oito anos e um na idade de onze anos. Na posição transversa o sentido foi vestibulo-palatal, encontrado na idade de doze anos, conforme Tabela nº 6. Nenhum caso foi registrado na posição invertida.

Tabela nº 6 - Distribuição dos casos em relação à idade e posição.

POSIÇÃO IDADE	VERTICAL	INVERTIDA	TRANSVERSA		TOTAL
			VP	PV	
SEIS	-	-	-	-	-
SETE	-	-	-	-	-
OITO	2	-	-	-	2
NOVE	-	-	-	-	-
DEZ	-	-	-	-	-
ONZE	1	-	-	-	1
DOZE	-	-	1	-	1
TREZE	-	-	-	-	-
TOTAL	3	-	1	-	4

Finalmente, de acôrdo com a Tabela nº 7, tivemos a preocupação de verificar os acidentes provocados pelos "mesiodens". Foi-nos dada a oportunidade de observar somente acidentes provocados nos dentes vizinhos. Assim sendo, tivemos um caso de convergência de coroas; tres casos de giroversão, e tres outros provocando diastema.

Tabela nº 7 - Acidentes provocados pelos dentes supranumerários.

IDADE / ACIDENTES PROVOCADOS	SEIS	SETE	OITO	NOVE	DEZ	ONZE	DOZE	TREZE	TOTAL
CONVERGÊNCIA DE COROAS	-	-	-	-	-	-	1	-	1
GIROVERSÃO	-	-	1	-	-	1	1	-	3
DIASTEMA	-	-	2	-	-	1	-	-	3
CAUSA DE INCLUSÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEM INTERFERÊNCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Para determinar a significância das diferenças entre dois grupos independentes, usamos o teste do  $X^2$  (qui-quadrado).

No primeiro caso consideramos a cor do paciente (leucodermo ou melanodermo), de conformidade com os dados inseridos na Tabela nº 3 e no segundo caso, o sexo (masculino ou feminino) de conformidade com a Tabela nº 2.

Na hipótese, em teste, analisa-se se os dois grupos diferem quanto à prevalência de casos nas seguintes categorias:

- ocorrência da anomalia.
- não ocorrência da anomalia.

No teste de hipóteses comparou-se a proporção de casos do outro grupo. Desta comparação resultou uma medida que denominamos  $X^2$  obs. (qui-quadrado observado), valor que foi comparado com uma medida crítica,  $X^2$  crit. (qui-quadrado crítico).

Se o  $X^2$  obs.  $<$   $X^2$  crit. aceitamos a hipótese de independência, isto é, não existem razões que nos levem a concluir que o tipo do paciente influa na ocorrência da anomalia.

Entretanto, se o  $X^2$  obs.  $>$   $X^2$  crit. respeitamos a hipótese e aceitamos a influência.

A seguir apresentamos os resultados dos testes da ocorrência da anomalia, quanto à etnia e quanto ao sexo do paciente.

Realizado o teste da ocorrência da anomalia relativo ao primeiro caso, isto é, quanto à cor do paciente, obtivemos que  $X^2$  obs. foi maior do que  $X^2$  crit., razão por que rejeitamos a hipótese de independência e concluimos que o número de ocorrência é influenciado pela cor do paciente.

Já no segundo caso, isto é, o teste da ocorrência da anomalia quanto ao sexo do paciente, os resultados obtidos revelaram que o  $X^2$  obs. foi menor do que o  $X^2$  crit., o que nos induziu a aceitar a hipótese de independência e concluir que o número de ocorrências não é influenciado pelo sexo do paciente.

### Discussão

A leitura atenta da Revista da Literatura nos conduz a considerar uma série de pontos relevantes e inerentes a esta condição, que pode e deve ser confrontado com nossos achados.

Assim sendo, verificamos que a etiologia do mesiodens e sua dependência à dentição decídua ou permanente, ou, ora a uma, ora a outra, extrapola a discussão neste momento, partindo-se da premissa que tanto a primeira como a segunda hipótese escapam ao nosso objetivo, e diga-se de passagem, não disporíamos de condições para avaliar e emitir conceitos sobre assuntos tão complexos e controvertidos. Haja visto que a Revista da Literatura confirma nossas afirmativas. E se tal assunto constou dessa mesma revista, teve como finalidade precípua, a de situar o problema sob este aspecto.

Um dos pontos que despertou nossa atenção, prende-se à insistência com que os autores consultados têm se dedicado à morfologia desta anomalia. Na realidade isto tem sua razão de ser, pois, nos foi possível constatar da leitura especializada sobre o tema, que essa morfologia estudada poderá determinar maiores ou menores complicações ao paciente. Apesar de alguns autores como HOWARD\* 1967 admitirem que o mesiodens se possa apresentar incisiforme ou formato normal, ele próprio e mais STAFNE<sup>37</sup> 1931, FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969 e outros são concordes em aceitar que este elemento supranumerário é frequentemente encontrado sob as duas formas tradicionalmente conhecidas: cônico e tuberculado. Tais registros podem à primeira vista estar em discordância com nossas observações, visto que na Tabela nº 5 fazemos referência somente, aos dentes de morfologia cônica. Ocorre simplesmente que na nossa amostragem encontramos unicamente elementos desse formato, entretanto, não raras vezes, tivemos ensejo de executar intervenção cirúrgica, visando a remoção dessa anomalia com morfologia não só tuberculada como também incisiforme.

No tocante aos acidentes provocados nossos achados não encontraram discordância em nenhum autor estudado. Pelo contrário, são reforçados por outros autores como LONG<sup>24</sup> 1924, STAFNE<sup>37</sup> 1931, COHEN & cols.<sup>10</sup> 1957, DAY<sup>11</sup> 1964, MARZOLA & cols.<sup>26</sup> 1968 e outros que têm verificado distúrbios, como formação cística.

Embora HIRANANDANI & MELGIRI<sup>20</sup> 1968 afirmem que a erupção para a cavidade nasal seja uma eventualidade muito rara, BERTRAND<sup>3</sup> 1964, GYSEL<sup>17</sup> 1967, BODNER<sup>5</sup> 1966, CHOPRA & JOSHI<sup>9</sup> 1969, THOMA<sup>39</sup> 1952, FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969, referem-se a esta possibilidade citando casos positivos. Tanto em nossa amostragem como em nossa vivência no setor de cirurgia oral, jamais encontramos um caso. Quanto à posição invertida deste elemento, GYSEL<sup>17</sup> 1967, HAAG & cols.<sup>19</sup> 1966, BODNER<sup>5</sup> 1966, FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969, THOMA<sup>39</sup> 1952 e muitos outros admitem esta possibilidade com relativa frequência.

\* HOWARD apud FOSTER, T.D. & TAYLOR, G.S. - Characteristics of supernumerary teeth in the upper central incisors region. Dent. Pract., 20: 8-12, Sep. 1969.

Embora não tenhamos registrado nenhum caso em nossa amostragem, tivemos algumas oportunidades de detectar este elemento na posição ora referida. O mesmo acontece com a presença dupla desta condição, em que pese não termos tido o ensejo de registrar em nossa amostragem, já tivemos, contudo, oportunidade de detectá-los. FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969, SONI & BHATT<sup>35</sup> 1972 e outros admitem esta possibilidade.

Nenhuma referência verificamos sobre a etnia, para confrontarmos com nossos achados, enquanto que, em relação ao sexo, salvo esporádicas citações, apenas GRAHNEN & LINDAHL<sup>16</sup> 1961 revelam que o sexo masculino é quatro vezes mais afetado do que o sexo feminino, dados que estão em desacordo com nossos resultados que não mostraram evidência de um sobre o outro.

Para avaliar a prevalência desta condição, encontramos séria dificuldade, uma vez que não são muitos os trabalhos que têm abordado o tema especificamente. A grande maioria que o faz, não tem se preocupado com o estudo da frequência com que ele ocorre. Isto nos leva a citar uns poucos trabalhos como o de STAFNE<sup>36</sup> 1932 que, entre 48.500 pacientes, encontrou 1% de dentes supranumerários e GYSEL<sup>18</sup> 1963 entre 4.500 pacientes encontrou 79 casos, ou seja, aproximadamente 1,75%. REBEL<sup>32</sup> 1954 afirma que esta condição se apresenta na proporção de 2% para a dentição provisória e 9% quanto à permanente, resultado que está frontalmente discordante daquele apresentado pelos dois primeiros autores mencionados. Todavia, nenhum deles faz referência à proporção em que ocorreu o mesiodens, omissão que dificulta um confronto com os nossos resultados. ISSÃO & KAHTALIAN<sup>22</sup> 1968 em 252 crianças encontraram 6,3% de elementos supranumerários na região ântero-superior, o que está em desacordo com as nossas observações que apenas alcançam 1%. Esta confrontação pode ser realizada, porque em nosso levantamento não foi detectada a presença de outro supranumerário da região anterior superior além do mesiodens, que, aliás, ocorre com elevado percentual nesta região. Entretanto, estes autores mesmo cautelosamente procuram justificar a prevalência aparentemente elevada, admitindo que poderia ser determinada pela amos-

tra examinada, pois, as crianças previamente os procuraram com objetivo de tratamento odontopediátrico, geralmente determinada pela presença de diastema ou retenção prolongada dos incisivos superiores permanentes. Já GRAHNEN & LINDAHL<sup>16</sup> 1961, encontraram em 241 escolares, 0,3% mesiodens na primeira dentição e 3% na segunda, estando assim em desacordo com nossos resultados. Entretanto, este caso, além do autor, é explicado também por SHAFER<sup>34</sup> 1959 e GADBOIS<sup>14</sup> 1969, que evidenciam a teoria da influência hereditária, pois, admitem que numa sociedade isolada ocorre uma maior prevalência, devido à frequência com que se realizam os casamentos afins. É isso que bem caracteriza a amostra de GRAHNEN & LINDAHL<sup>16</sup> 1961, realizada que foi numa aldeia esquimó. Entretanto está plenamente em consonância com nossos achados o trabalho de GYSEL<sup>18</sup> 1963 que estabelece para esta anomalia a frequência de 1%. HIRANANDANI & MELGIRI<sup>20</sup> 1968 embora sem apresentarem números, sustentam que o mesiodens é o supranumerário mais evidenciado.

Quanto à frequência com que este elemento investigado possa encontrar-se erupcionado ou incluso, igualmente são precárias as alternativas, porquanto os autores não se ativeram a esta particularidade. Alguns autores entre os quais FOSTER & TAYLOR<sup>13</sup> 1969 admitem a possibilidade do mesiodens de morfologia cônica erupcionar, quando em posição normal e sem interferência dos incisivos, o que não ocorre para a posição invertida e para os elementos de formato tuberculado. Apenas GRAHNEN & LINDAHL<sup>16</sup> 1961 em 25 casos registra 7 erupcionados contra 18 inclusos resultado que discorda totalmente do nosso, quando encontramos a mesma proporção para erupcionados e inclusos.

Relativamente à conveniência ou não da eliminação desta anomalia, a divergência existente é simplesmente desprezível. DAY<sup>11</sup> 1964 é favorável à eliminação, somente quando a anomalia estiver causando algum distúrbio. Em caso contrário, revela-se favorável à sua permanência, recomendando, todavia, controle radiográfico periódico. Já STAFNE<sup>37</sup> 1931 embora recomende sistematicamente a remoção do tipo tubercula-

do, mantêm reservas quanto ao tipo cônico. Entretanto são categoricamente favoráveis à eliminação desta anomalia e por tanto, confirmam os nossos procedimentos COHEN & cols.<sup>10</sup> 1957 ARCHER & cols.<sup>1</sup> 1958, KRUGER<sup>23</sup> 1964, GARDINER<sup>15</sup> 1961, Mc DONALD<sup>27</sup> 1963, BRAUER & cols.<sup>7</sup> 1964, HOWE<sup>21</sup> 1966, THOMA<sup>39</sup> 1952 e outros.

No que tange à oportunidade indicada para a intervenção cirúrgica estão em discordância com nossos procedimentos COHEN & cols.<sup>10</sup> 1957 e BRAUER & cols.<sup>7</sup> 1964 que recomendam a eliminação do elemento tão logo seja detectado. KRUGER<sup>23</sup> 1964, FINN & cols.<sup>12</sup> 1959 e THOMA<sup>39</sup> 1952 sugerem que se a guarde simplesmente o fechamento dos ápices dos dentes contíguos. Mc DONALD<sup>27</sup> 1963 e DAY<sup>11</sup> 1964 preconizam o estudo de cada caso em particular. Avaliam os problemas imediatos e mediatos, preferindo adiar a intervenção na medida do possível até o fechamento dos ápices dos dentes contíguos e até que a criança tenha idade suficiente para aceitar melhor a terapêutica indicada. Tudo isto, sem deixar de ser ouvida a opinião do ortodontista, com o que concordamos plenamente.

Com referência à etapa concernente à técnica cirúrgica, foi possível constatar que aquela por nós preconizada está em concordância com a utilizada pela quase totalidade dos autores, uma vez que são métodos consagrados universalmente, apresentando por vezes ligeiras modificações, porém alcançando todas os mesmos objetivos.

No tocante à importância radiográfica, nossos procedimentos foram óbvios e estão em perfeita consonância com Mc DONALD<sup>27</sup> 1963, quando afirma ser imperativo efetuar radiografias oclusais de crianças em idade pré-escolar, tendo em vista a frequência com que ocorre esta anomalia. ISSÃO & KAHTALIAN<sup>22</sup> 1968 admitem que o correto seria que exames radiográficos rotineiros fossem realizados em crianças com dentição mista.

7 - CONCLUSÕES

7 - C O N C L U S Õ E S

Com base nas condições experimentais da presente investigação, nos seus resultados e discussão, parece-nos lícito concluir que:

- 1 - A criança em idade escolar deve ser submetida a exame radiográfico para pesquisa desta anomalia.
- 2 - Detectada a presença de um "mesiodens", deve-se optar pela sua remoção, vinculada sempre ao parecer do ortodontista.
- 3 - Sua eliminação deverá ser imediata, sempre que estiver provocando distúrbios nos elementos contíguos.
- 4 - A cirurgia será postergada, sempre que possível, até que os ápices dos dentes contíguos estejam totalmente formados e a idade do paciente aceite melhor o ato cirúrgico.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARCHER, H. et alli - Oral Surgery. 4 ed., Philadelphia, Saunders, 1958, p. 190.
- 2 - BERNIER, J.L. - Tratamiento de las enfermedades orales. 2 ed., Buenos Aires, Omeba, 1962, p. 89-91.
- 3 - BERTRAND, L. - Dent surnumeraires dans les fosses nasales. J. Canad. Dent. A., 3: 271, 1964.
- 4 - BODENHAM, R.S. - Prognosis of unerupted upper, incisors associated with supernumerary teeth. Brit.Dent.J., 123: 173-7, Aug., 1967.
- 5 - BODNER, B.N. - Mesiodens and surgical eruption of central incisors. Dent. Dig., 72 (10): 442-5, Oct., 1966.
- 6 - BOLK, L. - Die uberzahligen oberen incisivi des menschen. Dtsch. Mschr. Zahch., 35: 185, 1917.
- 7 - BRAUER, J.C. et alli - Dentistry for Children. 5 ed., New York, Mc Grow Hill Book Company, 1964, p.73-6.
- 8 - BUISSON, G. - Traitment des dents incluses. In: Encyclopedie Medico-chirurgicale. Paris, 1968, 22096, F(10).
- 9 - CHOPRA, S.S. & JOSHI, M.R. - Mesiodens erupted in the nasal cavity. Oral Surgery, 28: 85-8, Dec., 1969.
- 10 - COHEN, M.M. et alli - Odontologia Pediatrica. Buenos Aires, Mundi, 1957, p. 330-402.
- 11 - DAY, R.C.B. - Supernumerary teeth in the premaxillary region. Brit. Dent. J., 116(7): 304-8, Apr., 1964.
- 12 - FINN, S.B. et alli - Odontopediatria clinica. Buenos Aires, Bibliografica Argentina, 1959, p. 135-9.
- 13 - FOSTER, T.D. & TAYLOR, G.S. - Characteristics of supernumerary teeth in the upper central incisors region. Dent. Pract., 20: 8-12, Sep., 1969.
- 14 - GADBOIS, R.E. - The mesiodens in the alaskan eskimo. J. Dent. Child., 36(3): 187-8, May/jun., 1969.

- 15 - GARDINER, J.H. - Erupted teeth in the newborn. Proc. Roy. Soc. Med. Sec. Odont., 54: 504-10, Jun., 1961.
- 16 - GRAHNEN, H. & LINDAHL, B. - Supernumerary teeth in the permanent dentition; a frequency study. Odontologisk Revy., 12: 292-4, 1961.
- 17 - GYSEL, C.- Anomalies dentaires. In: Encyclopedie Medico-chirurgicale. Paris, 1967, 22015, B(10).
- 18 - GYSEL, C.- Mesiodentes Temporaires. Rev. Franc. Odont. Stomatol., 10: 957-69, 1963.
- 19 - HAAG, R. et alli - Kyste corono-dentaire sur mesiodens inversée. Rev. Stomat. (Paris), 67 (4-5): 217-22, Apr./May., 1966.
- 20 - HIRANANDANI, L.H. & MELGIRI, R.D. - Supernumerary tooth in the floor of the nose. T. Laryng, 39:845-8, Sep., 1968.
- 21 - HOWE, G.L. - Minor Oral Surgery. Bristol, Wright & Sons, 1966, p. 117-9.
- 22 - ISSÃO, M. & KAHTALIAN, L.Y.- Supernumerary teeth in the anterior region of the maxila in the mixed dentition. Rev. Fac. Odont. S. Paulo, 6(2):137-50, Apr., 1968.
- 23 - KRUGER, G.O. - Texbook of Oral Surgery, 2 ed., Saint Louis (USA), Mosby, 1964, p. 132-3.
- 24 - LONG, C.J. - Supernumerary teeth in the nose. Dental Cosmos, 66: 360, Mar., 1924.
- 25 - MADEIRA, A.A. - Documentação em cirurgia e prótese buco-maxilo-facial. In: II Congresso Internacional de Odontologia. Anais. Rio de Janeiro, 1965, v. 2, p. 604-6.
- 26 - MARZOLA, C. et alli - Mesiodens and retention of the upper median incisors. Rev. Bras. de Odont., 25:4-8, Jan./Fev., 1968.
- 27 - Mc DONALD, E.R. - Pedodontics. 2 ed., Saint Louis(USA), Mosby, 1963, p. 418-25.

- 28 - MOSS, M. - Functional mesiodens. Oral Surgery, 24: 365-6, Sep., 1967.
- 29 - PARANT, M. - Petite chirurgie de la bouche. 5 ed., Paris, L'Expansion, 1963, p. 150-2.
- 30 - PELLETIER, M. - Les extractions en chirurgie dentaire. Paris, Julien Prélal, 1964, p. 164.
- 31 - RAMALHO, A. - Contribuição ao estudo do "mesiodens". Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., 19 (2): 63-70, Mar./Abr., 1965.
- 32 - REBEL, H. - Principles and problems of clinical dentistry. Brit. Dent. J., 99(89): 45-7, Aug., 1954.
- 33 - RIES CENTENO, G.A. - Cirurgia Bucal. 7 ed., Buenos Aires, Ateneu, 1964, p. 72.
- 34 - SHAFER, W.G. et alli - Patologia Bucal. Buenos Aires, Mundi, 1959, p. 42-3.
- 35 - SONI, A. & BHATT, N.A. - Inverted mesiodens. J. Indian Dent. Assoc., 44-59, Mar., 1972.
- 36 - STAFNE, E.C. - Supernumerary. Dental Cosmos, 74(7):653-9, Jul., 1932.
- 37 - STAFNE, E.C. - Supernumerary upper central incisors. Dental Cosmos, 73: 976-80, 1931.
- 38 - STOY, P.J. - Unerupted permanent central incisors and their relation to supernumerary teeth. D. Record, 74: 48-50, Feb., 1957.
- 39 - THOMA, K.H. - Oral Surgery. 2 ed., Saint Louis (USA), Mosby, 1952, p. 321-5.