

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

RAYSA MARCELA FERREIRA

**EXTRAÇÃO DE CANINOS SUPERIORES NÃO
IRROMPIDOS: Apresentação de caso clínico**

**PATOS DE MINAS
2010**

RAYSA MARCELA FERREIRA

**EXTRAÇÃO DE CANINOS SUPERIORES NÃO
IRROMPIDOS: Apresentação de caso clínico**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Eps.Hany Angelis

**PATOS DE MINAS
2010**

616.314-089.87 FERREIRA, Raysa Marcela

F383e Extração de caninos superiores não-irrompidos:
Apresentação de caso clínico/Raysa Marcela
Ferreira – Orientadora: Prof. Esp. Hany Angelis.
Patos de Minas/MG: [s.n], 2009.

50p.: il.

Monografia de Graduação - Faculdade Patos de
Minas.

Curso de Bacharel em Odontologia

RAYSA MARCELA FERREIRA

EXTRAÇÃO DE CANINOS SUPERIORES NÃO IRROMPIDOS:
Apresentação de caso clínico

Monografia aprovada em _____ de novembro de 2010, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Expresso o meu agradecimento primeiramente a Deus, que esteve sempre do meu lado guiando e abençoando meu caminho. Aos meus pais Pedro e Célia exemplos de vida e caráter os quais não mediram esforços para realização deste sonho. Rainier e Rayane, pela amizade, carinho e compreensão. Giltinho, pelo amor, companherismo, e incentivo em todos os momentos. Bilu, obrigada pela sua alegria contagiante. Aos meus familiares, amigos, colegas e professores, que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste sonho. Obrigada de todo coração a todos por existirem em minha vida.

*O sucesso está baseado na jornada e
não simplesmente no destino
(Autor Desconhecido)*

RESUMO

A definição de dente incluso é um órgão dentário que não fez sua erupção em sua época normal. E este trabalho tem como objetivo tratar da definição da inclusão dentária e suas classificações, fazendo uma análise de canino incluso, abordando sobre a incidência, prevenção, diagnóstico e prognóstico, com cirurgias e tratamento ortodônticos cirúrgicos, dando ênfase a extração do canino incluso. É importante que o paciente seja informado sobre a odontologia preventiva para que em seu período de infância e adolescência, adentrem na idade adulta com todos os elementos dentários presentes no arco. Existem diversos fatores que leva a uma impactação ou retenção dental, dentre eles está o extenso período de desenvolvimento e a longa trajetória percorrida por esses dentes até alcançarem o plano oclusal. O tratamento é acompanhado de forma preventiva, uma vez que casos de impactação desses elementos diagnosticados tardiamente podem ocasionar conseqüências mais graves como danos aos elementos vizinhos. Pode se utilizar de tratamento, duas técnicas para tratamento dos caninos superiores impactados: a intervenção cirúrgica isolada e a intervenção cirúrgica e ortodôntica. Além disso o tratamento depende da idade do paciente, do estágio de desenvolvimento de sua dentição, da posição do canino não erupcionado, da evidência de reabsorção radicular dos incisivos permanentes, da percepção do problema pelo próprio paciente e da predisposição do paciente ao tratamento(cirúrgico). Será apresentado um caso clínico em que se optou pelo tratamento cirúrgico de remoção do dente não irrompido.

Palavra Chave: Cirurgia; Canino Incluso; Exodontia.

ABSTRACT

The definition of impacted tooth is an organ that did not make their teeth eruption in its regular season. And this paper aims to address the definition to include dental and their ratings, making an analysis of canine-inclusive, focusing on the incidence, prevention, diagnosis and prognosis, with surgical and orthodontic surgical treatment, with emphasis on the extraction of the canine included. It is important that the patient be informed about preventive dentistry for that period in his childhood and adolescence, step into adulthood with all elements present in the dental arch. There are several factors that leads to tooth impaction or retention, among them that the long period of development and the long road taken by those teeth until they reached the occlusal plane. The treatment is accompanied by a preventive way, since cases of undiagnosed late impaction of these elements can cause more serious consequences such as damage to neighboring elements. Can be used in treatment, two techniques for the treatment of impacted maxillary canines: surgery alone and surgery and orthodontics. Besides the treatment depends on patient age, stage of development of their teeth, the position of the interrupted canine, evidence of root resorption of permanent incisors, the problem of perception by the patient and the patient's predisposition to treatment (surgical). We will present a case in which opted for surgical removal of the tooth not erupted.

Key words: Surgery; Canine Inclusive; Extraction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Radiografia panorâmica.....	29
Figura 2 -	Radiografia: oclusal e técnica de Clark.....	30
Figura 3 -	Radiografia oclusal.....	30
Figura 4 -	Anestesia do nervo naso palatino.....	31
Figura 5 -	Incisão linear em crista alveolar.....	32
Figura 6 -	Incisão relaxante em L.....	32
Figura 7 -	Descolamento.....	33
Figura 8 -	Ostectomia.....	33
Figura 9 -	Vaso comunicante que estava nutrindo.....	34
Figura 10 -	Apoio com alavanca reta.....	34
Figura 11 -	Exérese do dente com alavanca goiva com movimento de cunha.....	35
Figura 12 -	Extração propriamente dita.....	35
Figura 13 -	Dente removido do alvéolo.....	36
Figura 14	Loja cirúrgica.....	36
Figura 15 -	Outra vista loja cirúrgica.....	37
Figura 16 -	Sutura continua festonada.....	37
Figura 17 -	Remoção de Sutura.....	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DAS INCLUSÕES DAS DENTÁRIA.....	12
2.1	Definição geral.....	12
2.2	Classificações das inclusões.....	13
2.3	Etiologia.....	14
3	ANÁLISE DE CANINO INCLUSO.....	17
3.1	Incidência.....	17
3.2	Prevenção.....	19
3.3	Diagnóstico.....	20
3.4	Prognóstico.....	22
4	OPÇÕES DE TRATAMENTO.....	23
4.1	Tratamentos: cirúrgico, ortodôntico cirúrgico e ortodôntico.....	23
4.2	Técnica Cirúrgica.....	26
5	RELATO DE CASO CLÍNICO.....	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Os antropologistas têm afirmado que o crescimento constante que vem ocorrendo no cérebro humano aumenta o volume da caixa craniana, a expensas de seus maxilares. A linha pré-pituitária, que nas formas pré-humanas apresenta uma curva com grande acentuação, desde a frente, que é deprimida, até os maxilares, protusos, tem-se tornado uma linha quase vertical no homem de hoje, à medida que vem diminuindo o número de dentes. Uma dieta mais mole e mais refinada de alimentos pastosos, requerendo menos mastigação, acarreta esta tendência, tornando-se desnecessário um aparelho mastigatório potente. Por estas e outras razões, um número cada vez maior de pessoas tem dentes inclusos (KRUGER,1979).

A consciência de uma odontologia preventiva é de grande importância, para que o paciente não mais sofra com a falta de informações em seu período de infância e adolescência, adentrando na idade adulta com todos os elementos dentários presentes no arco.

A definição de dente incluso aplica-se para um órgão dentário que, mesmo com o seu completo desenvolvido, não fez sua erupção em sua época normal. (GRAZIANI,1995).

Segundo Peterson (1996), os dentes impactados mais comuns são os terceiros molares superiores e inferiores, seguidos pelos caninos superiores e pelos pré-molares inferiores.

Melhor época para detectar o potencial de impactação dos caninos superiores é dos 8 aos 10 anos de idade, quando é observado o movimento intra-ósseo.

O diagnóstico de dentes impactados constitui em anamnese (história do paciente, idade, fatores hereditários) exame clínico (geral e palpação) e radiográfico (localização da impactação dentária).

A técnica cirúrgica, assim como todos os procedimentos cirúrgicos, a extração dos dentes inclusos requer a utilização dos princípios básicos de cirurgia diérese, hemostasia e síntese e ainda utilização de técnicas e táticas específicas para cada caso.

São usadas na maioria dos casos três técnicas para tratamento dos caninos superiores, a intervenção cirúrgica isolada e a intervenção cirúrgica ortodôntica e ortodôntica.

O método de pesquisa desse trabalho é bibliográfica com análise em revistas, artigos, livros e periódica. É demonstrativa com apresentação de caso clínico.

No primeiro capítulo esse trabalho trata-se da definição da inclusão dentária e suas classificações. O segundo capítulo é uma análise de canino incluído, abordando sobre a incidência, prevenção, diagnóstico e prognóstico. O terceiro capítulo trata-se das técnicas utilizadas, cirúrgicas e ortodônticas, dando ênfase a exodontia do canino incluído e relato de caso clínico sobre extração de canino incluído.

2 DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DAS INCLUSÕES DENTÁRIA

2.1 Definições gerais

Conforme cita Vasconcellos (2003), a impactação ou retenção dental é um enigma cada vez mais comum e muitos fatores contribuem para que isso aconteça, dentre os quais podem ser ressaltados: aumento da caixa craniana em função dos maxilares, a dieta cada vez menos exigentes do aparelho estomatognático e a consciência de uma odontologia preventiva, em que o paciente não mais sofra mutilações e falta de informações em seu período de infância e adolescência, podendo assim adentrar na idade adulta com todos os elementos dentários presentes no arco, gerando assim uma possível ausência de espaço.

A definição de dente incluso aplica-se para um órgão dentário que, mesmo com o seu completo desenvolvimento, não fez sua erupção em sua época normal. (GRAZIANI, 1995).

Os caninos superiores permanentes desempenham um importante papel no estabelecimento e manutenção da forma e função da dentição, sendo sua presença no arco dentário fundamental para o estabelecimento de uma oclusão dinâmica balanceada, além da estética e harmonia facial. Assim, dada a sua importância no arco dentário, diante de uma impactação do canino superior permanente, esforços deverão ser empregados para manter o dente evitando sua extração Cappelletto *et al.* (2008).

A presença de dentes impactados pode provocar o desenvolvimento de condições patológicas importantes, que podem comprometer a integridade do complexo maxilo- mandibular, assim como a saúde do paciente. Dessa forma, deve-se ressaltar com critério a presença de dentes impactados e estudar a necessidade de sua extração ou não (NOGUEIRA *et al.*, 1997).

De acordo com Peterson (1996), um dente impactado é aquele que não consegue erupcionar atingindo sua posição na arcada dentária dentro do período esperado. Afirma também que o termo incluso abrange tanto dentes impactado quanto aqueles em processo de erupção.

Segundo Gregori (2005) dentes que não irrompem na sua época normal e continuam submersos no interior dos tecidos são considerados como inclusos conservando ou não a integridade do saco pericoronário.

Centeno (1987) denomina como dentes retidos aqueles que uma vez chegada à época de sua erupção continuam dentro dos maxilares, mantendo a integridade do saco pericoronário fisiológico.

2.2 Classificações das inclusões

Como abordam Cappellette *et al.* (2008) os dentes seguem uma seqüência de erupção favorável no desenvolvimento da oclusão normal, mas algum distúrbio dessa estrutura, nesse período de transição da dentadura mista para a permanente, pode levar a alterações na seqüência ou mesmo no trajeto de erupção, levando a impactação de dentes. Os caninos superiores permanentes, depois dos terceiros molares, apresentam maior ocorrência de impactação, especialmente na região palatina, mesmo na presença de espaço suficiente para o seu alinhamento na arcada dentária

A retenção dentária pode apresentar-se completamente rodeada por tecido ósseo (retenção intra-óssea) ou dente coberto por mucosa gengival (retenção subgengival) Centeno (1987).

Segundo Almeida *et al.* (2001) o canino superior apresenta o período mais longo e tortuoso de desenvolvimento, iniciando a mineralização antes do primeiro molar e do incisivo. Além disso, leva duas vezes mais tempo para completar a sua irrupção e, portanto, tornando-se mais suscetível de sofrer alterações na trajetória de irrupção normal. Relata ainda que durante o percurso de irrupção, desde a odontogênese até o estabelecimento final da oclusão, pode sofrer uma deflexão que altera o seu curso normal, resultando num problema clínico freqüentemente observado, a irrupção ectópica ou a impactação por vestibular ou palatina.

Considera inclusão intra-óssea quando o dente estiver no interior do osso; inclusão submucosa quando recoberto por fibromucosa e semi-incluso, quando o dente venceu a camada fibromucosa, porém não terminou sua erupção. (GRAZIANI, 1995).

Para outros autores, os caninos retidos podem ser classificados quanto ao número de dentes retidos; posição em que se encontram no arco dental e proximidade com o arco (COLOMBINI, MARZOLA, 1995).

2.3 Etiologia

A etiologia das impactações dentárias, relatado por Moyers (1991), podem ter suas origens primárias e secundárias. Enumerou como causas primárias: reabsorção radicular do dente decíduo; trauma dos germes dos dentes decíduos; disponibilidade de espaço no arco; rotação dos germes dos dentes permanentes fechamento prematuro dos ápices radiculares; irrupção de caninos em áreas de fissuras palatinas; como causas secundárias: pressão muscular anormal; doenças febris; distúrbios endócrinos e deficiência de vitamina D.

Silva Filho *et al.* (1994) comentaram que a etiologia de retenção dos caninos é multifatorial, como fatores gerais as principais causas são fatores hereditários, distúrbios endócrinos e síndromes com malformação craniofaciais e, como causas locais, citaram o fato de terem um trajeto de irrupção extenso e tortuoso, e serem um dos últimos dentes, por mesial dos primeiros molares, a irromper na cavidade bucal; a deficiência de espaço no arco dentário; os distúrbios na continuação de irrupção dos dentes permanentes; o trauma dos dentes decíduos; a agenesia dos incisivos laterais permanentes; a má posição do germe dentário; a dilaceração radicular e a anquilose dos caninos permanentes; a retenção prolongada ou a perda prematura do canino decíduo ; a presença de cistos; tumores ou supranumerários na região, servindo como impedimento e a fissura alveolar.

A retenção tem antes de tudo, uma causa mecânica. Um obstáculo impede o trajeto de erupção normal do dente. O autor cita outras causas da retenção dentária: razões embriológicas, obstáculos mecânicos e causas gerais: enfermidades gerais em relação direta com as glândulas endócrinas podem ocasionar transtornos na erupção, nas retenções e na ausência de dentes. Sanitá (1995).

Puricelli (1987) acredita que a etiologia podem ser de origens secundárias como: ser conseqüente de seqüelas provocadas por doenças febris, distúrbios endócrinos, deficiência vitamínica, pressão muscular anormal e iatrogênias cirúrgicas.

As causas que induzem a retenção tanto de caninos superiores como inferiores são diversas, de acordo com Marzola (1988), temos: carência de espaço no arco dental provocando o desvio do canino e ocasionando sua retenção desenvolvimento inadequado da maxila poderá ser fator causal, contudo, na maioria dos casos a formação do arco dental é boa; diminuição da forma dos arcos dentais não é causa de anormalidades, mas poderá ser fator etiológico em casos como nos associados a fendas palatinas; pela menor capacidade eruptiva associada ao osso alveolar palatino os caninos são notados freqüentemente retidos no palato, a perda prematura do dente decíduo pode ser fator etiológico em alguns casos, no entanto, o mais comumente observado é a reabsorção tardia da raiz do decíduo resultando no deslocamento palatino do canino permanente.

Martins *et al.* (1998) mostraram que as causas que adiam a irrupção dentária podem ser de ordem geral ou local, considerando que os obstáculos mecânicos são os fenômenos mais freqüentes da impactação dos caninos superiores. Um longo período de desenvolvimento, extenso trajeto de irrupção e uma íntima relação das coroas desses dentes com as raízes dos incisivos laterais podem favorecer sua impactação.

Para Britto (2003) várias são as etiologias preconizadas a retenção dos caninos, os quais são muito discutidas. Dois principais fatores citados são a falta de espaço que pode levar a uma impacção por vestibular se o problema for uma extensão deficiente do arco; e o trauma no germe dentário. Apontaram fatores como a genética, a Síndrome de Down, disostose cleidocraniana, hipotireoidismo, hipopituitarismo, raquitismo, desnutrição, Síndrome de Crouzon e exposição intra-uterina ao tabaco como aceitáveis causas de impacção dentária.

Segundo Almeida *et al.* (2001) relata que a etiologia da impacção de caninos ainda permanece obscura. Os caninos percorrem um longo trajeto, desde sua formação até irromperem na cavidade bucal. A maior parte dos autores relata causas locais como fatores da impacção dos caninos. Os principais fatores descritos na literatura são: falha na reabsorção da raiz do canino decíduo; retenção prolongada do dente decíduo; comprimento ou perímetro do arco diminuídos; lesões patológicas, como cisto dentígero, anquilose, tumores odontogênicos, dentes supranumerários, incisivos laterais pequenos ou ausência destes, dilaceração radicular do canino permanente, perda prematura do canino decíduo, fissura de lábio e/ou palato, rotação dos germes dos dentes permanentes, fechamento prematuro

dos ápices radiculares, deficiência transversal de maxila e longo trajeto de erupção dos caninos superiores.

3 ANÁLISE DE CANINO INCLUSO

3.1 Incidência

Segundo (PETERSON 1996), os dentes impactados mais comuns são os terceiros molares superiores e inferiores, seguidos pelos caninos superiores e pelos pré-molares inferiores. Os terceiros molares são os mais freqüentemente impactados, pois eles são os últimos dentes a erupcionarem e por isso são os que mais provavelmente não encontram espaço adequado para erupção. Na região da pré-maxila, o canino passa pela mesma dificuldade da falta de espaço.

De acordo com Neville *et al.* (1995), a impactação primária dos dentes decíduos é extremamente rara e, quando ocorre, envolve mais comumente os segundos molares. A análise dos casos sugere que a anquilose representa um papel principal na patogênese. Na dentição permanente, os terceiros molares estão impactados mais freqüentemente, seguidos dos caninos superiores. A ordem remanescente da freqüência da impactação dentária é pré-molar inferior, canino inferior, pré-molar superior, incisivo central superior, incisivo lateral superior, segundo molar inferior. Primeiros molares e segundos molares superiores raramente são afetados.

A impactação dental é comumente encontrada, sendo os dentes que mais padecem de impactação são os 3º molares nos adultos e adolescentes e os caninos superiores em crianças. (NOGUEIRA *et al.* 1997).

Para Moreira *et al.* (1998), a ordem de retenção dentária é terceiro molar inferior, terceiro molar superior, caninos superiores, caninos inferiores, pré-molares e incisivos.

Para Graziani (1995), as retenções são mais freqüentes em elementos dentários que erupcionam em épocas mais tardias. Dessa forma temos: terceiros molares inferiores, terceiros molares superiores, caninos superiores, caninos inferiores, pré-molares superiores, pré-molares inferiores, incisivos, primeiros e segundos molares.

Gregori (1988) afirma que a freqüência de retenção dos terceiros molares é a maior entre todos os dentes, atingindo valores em torno de 90%, seguidos dos caninos superiores (5%) e os supranumerários que, juntamente com os pré molares, formam a quase totalidade dos 5% restantes.

Martins *et al.* (1998) relataram que as causas que retardam a irrupção dentária podem ser de ordem geral ou local. Consideraram que os obstáculos mecânicos foram os fenômenos mais freqüentes da impactação dos caninos superiores. Um longo período de desenvolvimento, extenso trajeto de irrupção e uma íntima relação das coroas desses dentes com as raízes dos incisivos laterais podem favorecer sua impactação.

Os caninos retidos superiores são colocados em terceiro lugar na tabela de freqüência de retenções, enquanto que os inferiores são raramente citados na literatura. Eles têm sua época de erupção aproximadamente entre 12 e 13 anos, por isso é comum a falta de espaço no arco dental, provocando a má posição e conseqüentemente a sua retenção. Outros fatores, como o desenvolvimento insuficiente da maxila, lesões patológicas periapicais de caninos decíduos, cistos de origem não odontogênica e dentes supranumerários podem ser responsáveis por tal fenômeno. Os caninos superiores ou inferiores, ao permanecerem retidos, podem promover perturbações mecânicas (pressão sobre as raízes dos dentes vizinhos), infecciosas (muito raro), nervosas (compressão de filetes) e neoplásicas (MARZOLA, 1995).

Vasconcellos *et al.* (2003), verificaram que os dentes mais freqüentemente impactados respeitam a seguinte ordem, terceiros molares inferiores, terceiros molares superiores, supranumerários, caninos superiores, segundos pré-molares superiores, seguidos dos segundos molares superiores, incisivos centrais superiores, segundos pré-molares inferiores e segundos molares inferiores em número bem inferior.

3.2 Prevenção

Williams (1981) afirmou que a melhor época para detectar o potencial de impactação dos caninos superiores é dos 8 aos 10 anos de idade, quando é observado o movimento intra-ósseo, momento este de importância crucial para a prevenção de uma possível impactação.

Martins (1998) aborda sobre a tentativa de uma conduta interceptora é possível se o problema for detectado precocemente. Se for observada assimetria entre os dois lados na palpação dos caninos ou angulação exagerada das coroas dos incisivos, o profissional pode ter a suspeita de impacção.

Sanitá (1995) alertou que o trajeto de erupção do canino superior deve ser acompanhado de forma preventiva, uma vez que casos de impacção desses elementos diagnosticados tardiamente podem ocasionar conseqüências mais graves como danos aos elementos vizinhos e manobras ortodôntico-cirúrgicas mais complexas poderiam ser evitadas.

Martins (2005) relata ainda que em determinadas situações, a correção precoce deve ser feita com cautela, pois apenas a inclinação das coroas dos incisivos não é indício de impacção dentária, mas característica comum da "fase do patinho feio", ou seja, um aspecto de normalidade, e a tentativa de distalizar as raízes dos incisivos laterais pode causar impacção dos caninos.

Muitas seqüelas, principalmente reabsorções radiculares dos incisivos permanentes, são observadas em pacientes que apresentam caninos impactados, por isso, Bishara (1992) enfocou a necessidade de um acompanhamento clínico e radiográfico durante o estágio de desenvolvimento dos caninos permanentes.

Shapira e Kufrinec (1999) observaram que o diagnóstico precoce da impacção dos caninos superiores e a remoção oportuna dos caninos decíduos reduzem a necessidade e a complexidade do tratamento ortodôntico.

3.3 Diagnóstico

O diagnóstico de dentes impactados constitui em anamnese (história do paciente, idade, fatores hereditários) exame clínico (geral e palpação) e radiográfico (localização da impacção dentária).

Caovilla (2005) observou que a impacção do canino ocorre mais no gênero feminino, o diagnóstico desta alteração é mais freqüentemente na faixa etária entre 10 e 14 anos .

De acordo com Almeida *et al.* (2001), no período de transição da dentadura mista para a permanente poderão ocorrer os problemas de impacções dentárias. As impacções dos caninos superiores manifestam-se em 2% da população, como resultado dos desvios da seqüência normal do desenvolvimento da oclusão. Quando

não diagnosticadas, ou tratadas inadequadamente podem resultar no desenvolvimento de problemas, tais como: más oclusões, reabsorções de dentes adjacentes e formações císticas.

Segundo Garib (1999) o diagnóstico desta condição clínica é realizado pela interação entre aspectos clínicos e radiográficos. No paciente na fase de dentadura permanente completa, a ausência de um ou ambos caninos permanentes, com persistência ou não dos caninos decíduos, provavelmente indica a impactação dos caninos, visto que a prevalência de agenesias destes dentes é muito baixa.

Bishara (1992) demonstra que alguns sinais clínicos podem ser avaliados no exame intrabucal. É indicativo de impactações dos caninos superiores o atraso na irrupção desses dentes ou retenção prolongada dos caninos decíduos, ausência da bossa normal da tábua óssea vestibular, abaulamento por palatino, inclinação distal ou migração do incisivo lateral para o espaço do canino. O autor considera o exame radiográfico de fundamental importância para complementação e estabelecimento de um diagnóstico preciso. Tal procedimento confere dados da localização do elemento dental no sentido méso-distal e vestibulo-lingual, além da relação com os dentes e estruturas adjacentes. Os exames radiográficos mais utilizados são as radiografias periapicais orto-radial (demonstram a relação do dente impactado com os dentes vizinhos); periapicais com a técnica de Clark (avaliam a posição vestibulo-lingual do elemento impactado); radiografias oclusais (associadas às periapicais auxiliam na localização do dente no sentido vestibulo-lingual); teleradiografias laterais (determinam a posição do canino impactado em relação a outras estruturas faciais); panorâmicas (mostram a relação dos dentes impactados com os dentes e estruturas adjacentes). A correta localização do canino impactado serve como regra para se avaliar a viabilidade do tracionamento cirúrgico assim como determinar a direção da aplicação da força ortodôntica.

Silva Filho *et al.* (1994) ressaltaram a importância da palpação digital a partir dos 9 anos de idade na região de caninos superiores para verificação da presença, posição geral e angulação da coroa destes elementos e observaram ainda que sua ausência na dentadura permanente está relacionada diretamente com a impactação, já que a agenesia dos mesmos quase nunca é observada. Os autores sugeriram ainda, o exame radiográfico panorâmico, oclusal e periapical com a técnica de Clark para complementação do diagnóstico.

Sanitá (1995) relatou que, para a obtenção do diagnóstico nos casos de caninos superiores impactados, o exame clínico e radiográfico devem ser realizados. O primeiro deve constar sempre da palpação digital da região, podendo-se, por muitas vezes, sentir o “vulto” do dente a partir dos nove anos de idade.

Como exame complementar imediato tem o método de dissociação de imagens com a técnica de clarck. De acordo com FREITAS (2000) este método foi desenvolvido para determinar a posição vestibular ou palatina de um canino superior incluso em relação aos demais dentes.

Sem dúvida existem diversas técnicas complementares para fechar um diagnóstico por imagens. A radiografia periapical consiste no meio mais simples, proporcionando precisão e confiabilidade clínica para o diagnóstico inicial de dentes não irrompidos. A técnica de Clark indica apenas se o dente localiza-se por vestibular ou lingual.

Martins *et al.* (1998) preconizaram que o estabelecimento e a padronização de métodos de localização de caninos não irrompidos auxilia no plano de tratamento. A comparação com os aspectos de normalidade possibilita maior quantidade de abordagens conservadoras. Na impactação dentária, o correto diagnóstico proporciona melhora no acesso cirúrgico, diminui tempo clínico e garante mais precisão na aplicação de forças durante a mecânica de tracionamento.

Corrêa e Barbosa (2007) afirmaram que quanto mais cedo for descoberto o problema melhor será a prevenção de injúrias ao dente impactado e a escolha correta da técnica cirúrgica depende da posição em que se encontra o dente podendo realizar o procedimento com aparelhagem fixa ou removível.

3.4 Prognóstico

O prognóstico do tratamento irá depender dos exames complementares para determinar a posição correta do canino impactado, e possíveis complicações em seu tracionamento ou extração, como anquilose, dilaceração ou posicionamento muito profundo, com um bom diagnóstico e planejamento o resultado final do tratamento e prognóstico é bem favorável.

Para as etapas cirúrgicas e ortodônticas da técnica de tracionamento, deve se basear na extensão do deslocamento e no trauma cirúrgico causado pela exposição

da coroa. De modo geral, quanto maior for o deslocamento e o trauma, pior será o prognóstico. Cappellette (2008).

4 OPÇÕES DE TRATAMENTO

4.1 Tratamentos: cirúrgico, ortodôntico cirúrgico e ortodôntico

A exodontia é a intervenção cirúrgica mais antiga da odontologia e ainda hoje o procedimento cirúrgico mais comum, dentre os diversos tipos de modalidade cirúrgica existentes. Prado e Salim (2004)

Peterson (2000) cita que a exodontia de dentes é um procedimento que incorpora os princípios de cirurgia, e muitos princípios de física e mecânica. Aplicando corretamente tais princípios, um dente pode ter probabilidade de ser removido intacto do processo alveolar sem seqüelas desfavoráveis.

Maahs e Berthold (2004) apontaram que os tipos de tratamento dependem da idade do paciente, do estágio de desenvolvimento de sua dentição, da posição do canino não erupcionado, da evidência de reabsorção radicular dos incisivos permanentes, da percepção do problema pelo próprio paciente e da predisposição do paciente ao tratamento.

Proffit (2002) apresenta que uma das formas de tratamento é a exposição cirúrgica aliado ao tratamento ortodôntico, na qual o ortodontista irá requisitar que se exponha o dente removendo o tecido mole e ósseo sobrejacente, para que ele possa ser tracionado para seu devido lugar. A melhor alternativa é expor uma área na coroa dos dentes e colar um acessório diretamente naquela superfície, um botão ou um bracket convencional.

Outro tipo de tratamento proposto por (BRITO 2003) é o transplante autógeno. Este tipo de tratamento é indicado para pacientes na época em que a dentadura permanente está mais estabilizada e em casos de transposição, mal posição extrema do dente impactado e dilaceração. O dente impactado é cuidadosamente removido e colocado abaixo da borda da mucosa, enquanto um alvéolo artificial é preparado no osso. Então, o canino é cautelosamente deslocado e estabilizado.

Silva Filho *et al.* (1994) relataram duas técnicas para tratamento dos caninos superiores impactados: a intervenção cirúrgica isolada e a intervenção cirúrgica e ortodôntica.

Nogueira *et al.* (1997) preconizaram o uso de telas como acessório de colagem para o tracionamento de caninos superiores impactados, pois possuem pequena espessura, promovendo menor irritação aos tecidos adjacentes, eliminando, assim, o risco de ocorrer um processo inflamatório traumático. Corrêa e Barbosa (2007) afirmam que quanto mais cedo for descoberto o problema melhor será a prevenção de injúrias ao dente impactado e a escolha correta da técnica cirúrgica depende da posição em que se encontra o dente podendo realizar o procedimento com aparelhagem fixa ou removível.

De acordo com Cappellette *et al.* (2008) em casos de caninos impactados no palato a proposta é fazer a tração ortodôntica em 3 tempos, ou seja, verticalização, posicionamento e extrusão, evitando que força de ancoragem seja exercida sobre os incisivos na primeira fase, utilizando-se a ancoragem lingual. O uso de fios leves proporciona uma movimentação mais segura, utilizado assim os fios TMA que aceitam a construção de alças e apresentam memória.

Martins *et al.* (2005) preconizaram que o estabelecimento e a padronização de métodos de localização de caninos não irrompidos auxilia no plano de tratamento. A comparação com os aspectos de normalidade possibilita maior quantidade de abordagens conservadoras. Na impactação dentária, o correto diagnóstico proporciona um acesso cirúrgico melhor e mais planejado, diminuindo o tempo clínico e garantindo mais precisão na aplicação de forças durante a mecânica de tracionamento.

Marzola *et al.* (2006) afirmaram que quando o acesso for por vestibular a tábua óssea deverá ser exposta e o dente poderá estar visível para a adaptação do acessório ortodôntico, o esmalte é condicionado o acessório colado com adesivo ortodôntico. O comprometimento gengival é bem menor quando a coroa do canino estiver próximo do rebordo alveolar. Por isso, o fio ortodôntico deverá ser deixado exatamente sobre a margem oclusal do rebordo alveolar.

Callá e Cuffari (2004) concluíram que o tratamento convencional para caninos superiores retidos consiste na associação de procedimentos cirúrgicos e ortodônticos, os quais requerem muito tempo de tratamento. Os transplantes autógenos de caninos têm merecido maior confiabilidade por sua técnica e

resultados, tornando-se um procedimento alternativo para o tratamento dessa anomalia.

Henriques *et al.* (2002) escreveram a respeito de tração ortodôntica com finalidade protética e estética. Salientaram que é imprescindível o cumprimento dos preceitos biomecânicos que regem o movimento e a correta direção e aplicação de força em dentes retidos. Estas forças deveriam ser suaves e de, no máximo, 60g. Durante o tracionamento, as estruturas de inserção migram, sendo que esta migração é inversamente proporcional a velocidade e quantidade de força empregada.

Nogueira *et al.* (1997) ressaltaram a necessidade da integração entre o ortodontista e o cirurgião para o sucesso do tratamento. Os autores advertem que a indicação da remoção cirúrgica do elemento impactado só deverá ser feita na impossibilidade de um tratamento conservador e relacionaram condutas ortocirúrgicas para o tratamento de caninos impactados que incluem: Ulectomia, retirada da fibromucosa de recobrimento do dente retido, mantendo-o em campo aberto para facilitar sua erupção, que poderá ocorrer espontaneamente ou com tracionamento ortodôntico e exposição cirúrgica para adaptação de acessórios ortodônticos para tracionamento em campo fechado.

Silva Filho *et al.* (1994) utilizaram molas, "alastics" e elásticos, produzindo força extrusiva no canino impactado com uma magnitude suficiente para induzir a sua movimentação ortodôntica em direção à posição desejada. Para tanto, é necessária uma ancoragem dentária ou dento mucosa suportada, obtidas por meio de aparelhos fixos ou removíveis, respectivamente.

Proffit (2002) cita que um aparelho ortodôntico fixo já deve estar montado antes que se exponha o dente incluso, para que a força ortodôntica possa ser imediatamente aplicada. Os objetivos do tratamento pré-cirúrgico são criar espaços suficiente se ele não existe, como na maioria dos casos, e alinhar os outros dentes de tal forma que um pesado arco para estabilização possa estar em posição no momento da cirurgia.

Tommasi (1977) preconiza o tratamento de pacientes sintomáticos deve ser feito com a remoção cirúrgica para o alívio dos sintomas e prevenção de possíveis complicações. Na ausência de sintomas o tratamento é feito através da remoção ou do acompanhamento radiográfico, uma vez que podem existir sítios de cistos, tumores e outras patologias.

De acordo com Bastos (2003) a proposta é fazer a tração em 3 tempos, ou seja, verticalização, posicionamento e extrusão, evitando que força de ancoragem seja exercida sobre os incisivos na primeira fase, utilizando-se a ancoragem lingual, nestes casos a confecção de um cantilever encaixado no tubo lingual dos primeiros molares será bastante efetiva.

Puricelli (1987) apresentou a técnica chamada de apicotomia, que tem sido utilizada com sucesso durante os últimos vinte anos em casos de trauma com dilaceração dos caninos superiores ou raízes anquilosadas apicalmente. Este método envolve cirurgia de fratura do ápice radicular, seguido de ortodontia tração corono-radicular da região.

Saad Neto *et al.* (1985), preferem recobrir o canino incluso com retalho mucoperiosteal ao invés da exposição cirúrgica da coroa ao meio bucal, utilizando telas como acessório de pequena espessura que promove menos irritação aos tecidos adjacentes, sendo que na técnica fechada a chance de ocorrer problemas periodontais é bem menor.

Silva *et al.* (1997) consideram que uma das técnicas, não há aplicação de forças ortodônticas, visto que, após a exposição do dente em campo aberto, o mesmo sofrerá uma erupção espontânea. Apresentam, no entanto, como desvantagens a grande eliminação de osso ao redor do dente, o tempo prolongado de tratamento e a falta de controle sobre o seu trajeto. O procedimento é indicado em casos em que o canino se encontra em posição vertical. A intervenção cirúrgica e ortodôntica é uma técnica mais conservadora. A irrupção será induzida em campo fechado, após a exposição do dente retido pelo rebatimento de um retalho e fixação do acessório ortodôntico, a técnica de exodontia do elemento dental acontece quando o mesmo não tem possibilidades de tomar posição no arco dental.

4.2 Técnica Cirúrgica

A remoção desses dentes visa uma melhora na saúde bucal dos pacientes que apresentam sintomatologia ou patologias que justifiquem tal procedimento, todo dente que não assume sua posição e função no arco deve ser removido (SANTOS NETO, LUZ, SANTIAGO, 1997)

As afirmações quanto à facilidade ou dificuldade do procedimento cirúrgico são subjetivas, pois fatores como dificuldades de acesso, limitações locais, idade do

paciente, entre outros, interferem no tempo e complexidade da exodontia. A técnica cirúrgica, assim como todos os procedimentos cirúrgicos, a extração dos dentes inclusos requer a utilização dos princípios básicos de cirurgia – diérese, hemóstasia e síntese – e ainda utilização de técnicas e táticas específicas para cada caso. Prado e Salim (2004).

Segundo Moore (2004) preconiza que os caninos posicionados vestibularmente, são extraídos através de uma incisão vestibular feita em forma de curva longa com cerca de 3 cm de comprimento e pelo menos 0,5 cm acima da margem gengival dos dentes em posição e é retirada uma fina camada de osso sobre o dente e ele é deslocado para fora com um elevador de cryer, e desimpactado é extraído com um fórceps. Já os caninos posicionados palatinamente a abordagem é feita através de um retalho palatino o campo operatório e de melhor visualização se o cirurgião trabalhar ao lado oposto onde o dente se localiza. A incisão é feita no sulco gengival em volta dos dentes em posição, para um dente do lado direito estende-se do canino esquerdo superior ao primeiro molar superior direito, o retalho é afastado para levantar o mucoperiósteo contendo a artéria palatina, sem lesar o vaso. As estruturas que passam através do forame incisivo podem ter que ser seccionadas, uma vez que podem restringir o acesso. Se dois caninos estão para ser extraídos, o retalho deve ser realizado de primeiro molar a primeiro molar e pode ser afastado posteriormente com retrator, com um gancho ou passando uma sutura através deste e fixando aos dentes do lado oposto.

Hupp et al. (2009) cita que se o dente estiver posicionado na face vestibular, um retalho de tecido mole poderá ser rebatido para permitir a remoção do osso que recobre o dente. Na face palatina ou na posição intermediária véstíbulo palatina, sua remoção será muito mais complicada.

Medeiros (2003) concluiu que o acesso cirúrgico deve ser feito por retalhos mucoperiosteais planejados de acordo com a profundidade, complexidade do procedimento e, muitas vezes, preferência do cirurgião. O objetivo do acesso cirúrgico é proporcionar visualização suficiente e necessária para a execução do procedimento, para isso deve ter uma extensão mínima e máxima, não devendo ser tão pequena, dificultando o procedimento, e não proporcionar tensão nos tecidos moles durante o afastamento e maiores injúrias aos tecidos na manipulação. Em contrapartida, retalhos extensos são desnecessários e promovem a instalação de maior edema por maiores incisões e descolamentos

Moore (2004) comenta-se que a remoção de osso durante deve ser feita com bastante cuidado com a broca esférica laminada média conservada no lado palatino do dente encoberto o osso e removido até que a coroa seja localizada; ela então é descoberta, sobre a ponta incisal e terço coronário da raiz. A cirurgia de extração em muitos caninos verticais com raízes retas é deslocada com elevador para baixo, uma vez que a coroa esteja descoberta, aqueles em posição horizontal impactados contra outros dentes devem ser divididos e a coroa extraída primeiro. Pode ser encontrada uma grande dificuldade quando o terço apical da raiz for curva ou em gancho, a curvatura é desfavorável e gira o dente para dentro do arco dentário, fazendo necessário a remoção de osso em todo comprimento para liberar o ápice, alguns estão diretamente relacionados ao seio maxilar no qual podem ser deslocados por uma aplicação forçada ou mal direcionada dos elevadores, se a fratura ocorrer no ápice radicular e estiver próximo ao antro maxilar é aconselhável deixá-lo. Aquelas dentes que se posicionam cruzando o arco com a coroa no palato e o ápice radicular no sulco vestibular podem estabelecer que o retalho seja feito em ambos os lados, entretanto quando o ápice da raiz é curvo, a secção pode ser necessária, com extração do ápice na vestibular e coroa na face palatina.

Hupp et al. (2009) menciona que os princípios para remoção de dentes impactados são os mesmos para outras extrações e cinco passos básicos compõem a técnica : o primeiro passo é ter adequada exposição da área do dente impactado. O segundo passo é a necessidade e quantidade de remoção óssea para exposição do dente. O terceiro passo, quando necessário , é dividir o dente com broca para permitir a extração sem remover, desnecessariamente, grande quantidade de osso. No quarto passo, o dente seccionado ou não é removido do processo alveolar com alavancas apropriadas, quinto passo o osso na área da elevação é alisado com lima para osso; a região da cirurgia é irrigada com solução fisiológica estéril e o retalho é aproximado com suturas.

5 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente JAV, sexo masculino, 73 anos, procurou atendimento na policlínica da Faculdade Patos de Minas. Após exame clínico e radiográfico, verificou-se que o elemento 13, canino superior direito, se encontrava incluído e impactado necessitando de tratamento cirúrgico, pois o mesmo necessitava reabilitação com prótese total superior.

Ao exame clínico observou-se através do exame radiográfico da técnica de localização (Fig. 1, 2 e 3) que o elemento incluído se encontrava localizado na face vestibular.

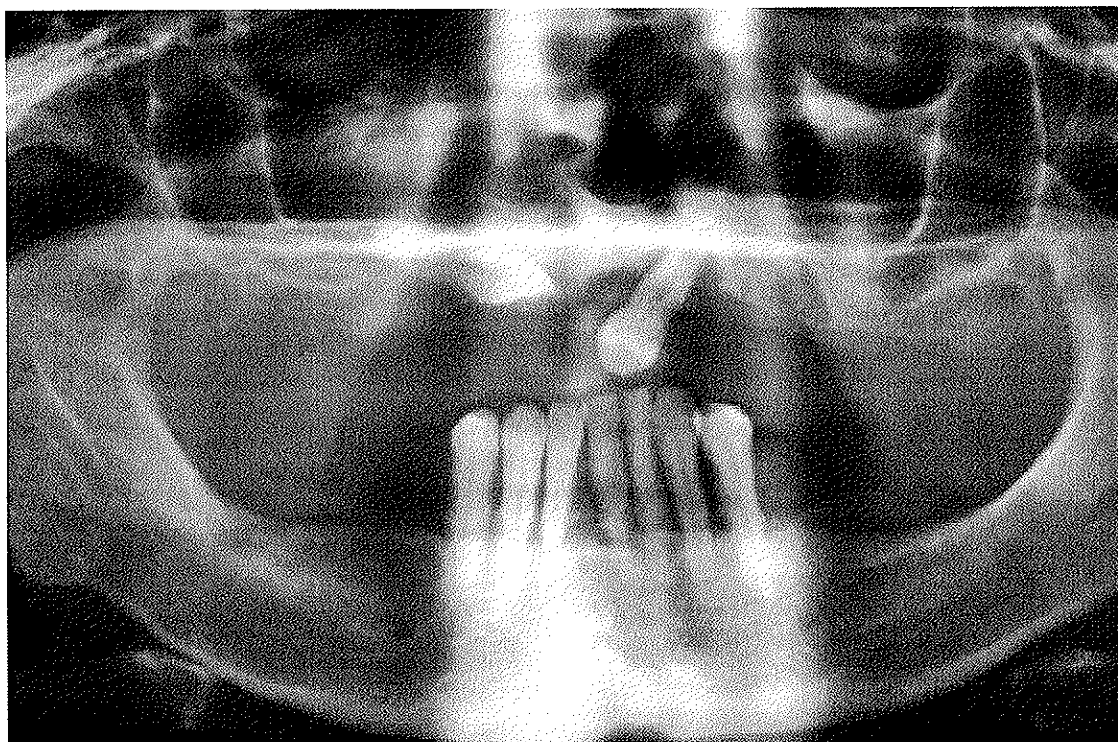


Figura 1 - Radiografia panorâmica.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

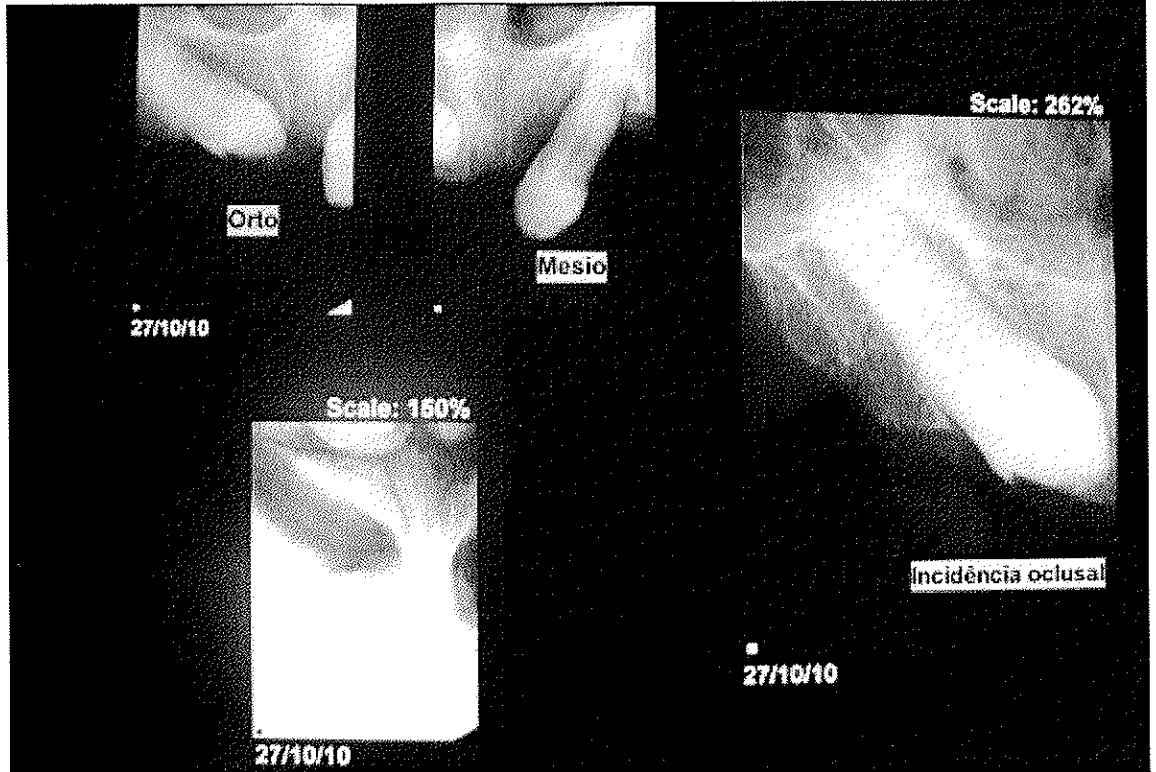


Figura 2 - Radiografia: oclusal e técnica de Clark.
Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.



Figura 3 - Radiografia oclusal.
Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas

Foi feita assepsia intra e extra-oral com clorexidina, 0,12% e 2% respectivamente. Em seguida, realizou-se a anestesia (Fig. 4) dos nervos infra-orbitário pela técnica do centro da pupila diretamente no forame infra-orbitário, anestesia do nervo nasopalatino (técnica direta no forame incisivo) e anestesia infiltrativa local com a finalidade hemostática.

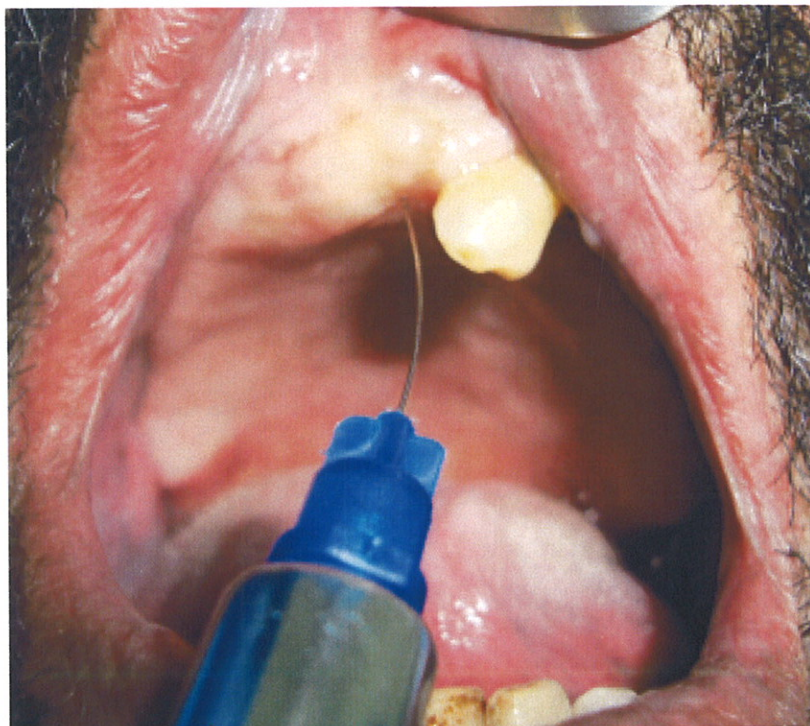


Figura 4 - Anestesia do nervo naso palatino.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Em seguida as incisões linear em crista alveolar (Fig.5) e relaxante em L na região distal (Fig.6) posterior a incisão linear. Foi feito o deslocamento mucoperiostal, expondo a superfície óssea e a face vestibular coronária do dente incluso em questão (Fig.7).

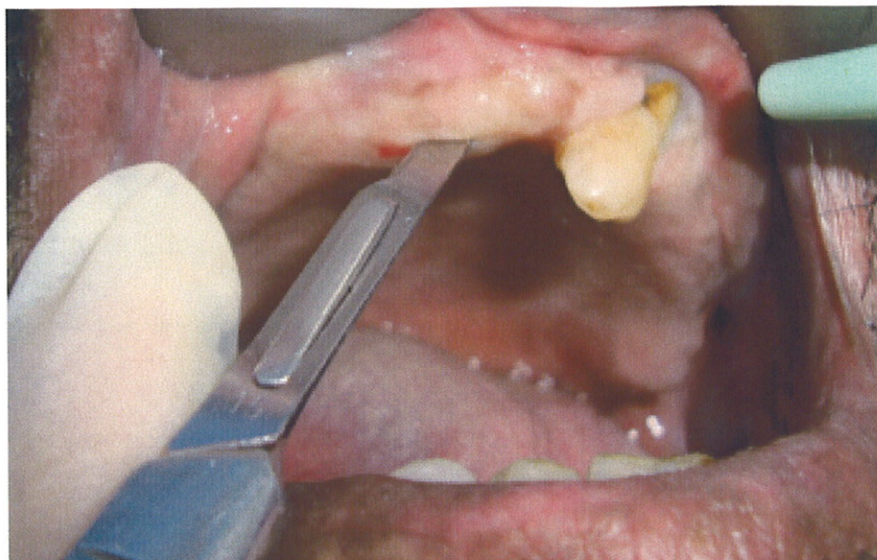


Figura 5 - Incisão linear em crista alveolar.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

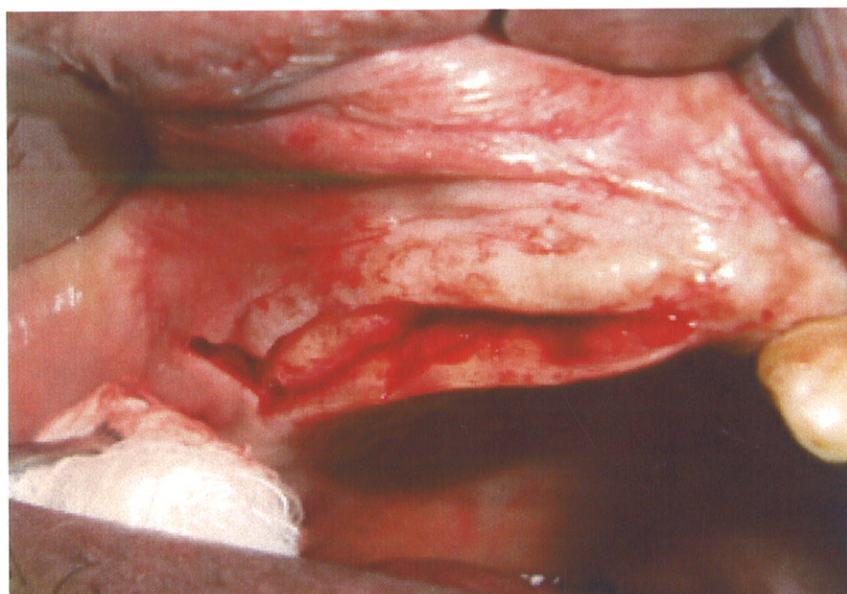


Figura 6 - Incisão relaxante em L.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

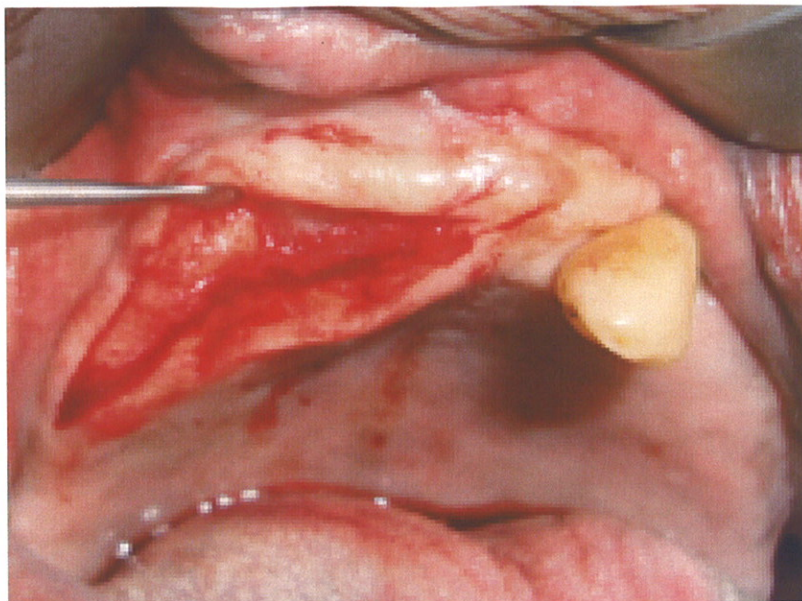


Figura 7- Descolamento.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Usando uma broca esférica número 8 para peça reta procedeu-se com a ostectomia para expor a parte coronária (Fig. 8) , fazendo o possível para preservar a maior quantidade de osso possível .

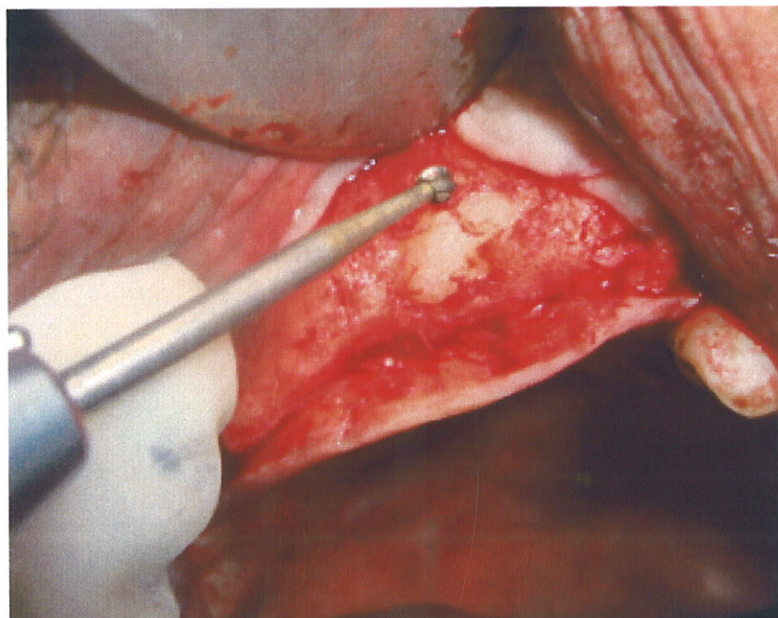


Figura 8 - Ostectomia.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Devido à exposição de um vaso sanguíneo local, fez a pinçagem do mesmo (Fig. 9).

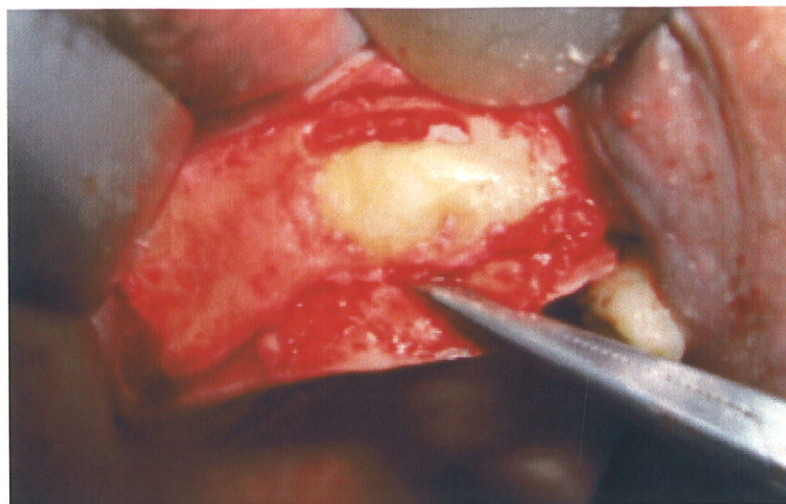


Figura 9 - Vaso comunicante que estava nutrindo.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Depois de expor a coroa foi realizado com o uso de alavanca apical reta e alavanca tipo goiva (Fig.10) movimentos tipo cunha para luxar e tentar realizar a exérese do elemento 13.

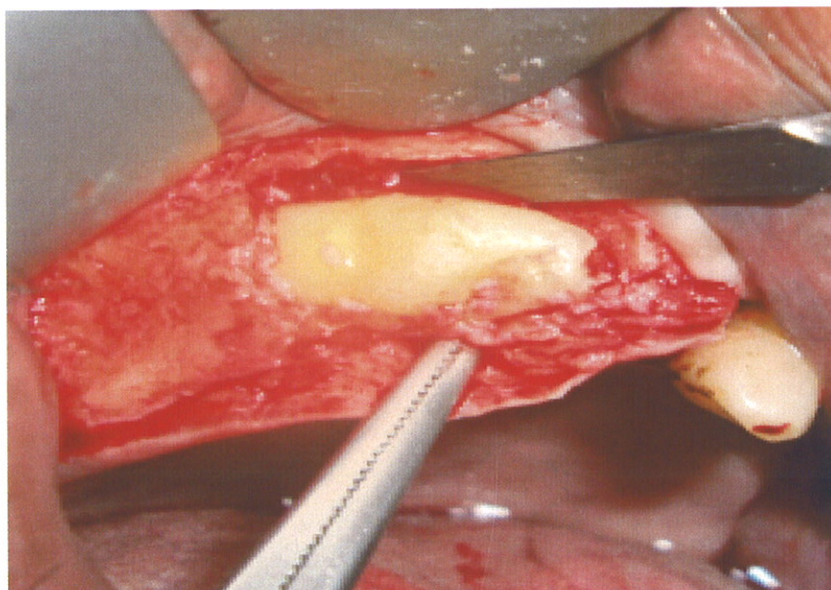


Figura 10 - Apoio com alavanca reta.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Não havendo necessidade de realizar odontosecção, conseguiu-se então a remoção do dente íntegro (Fig. 11, 12 e 13).

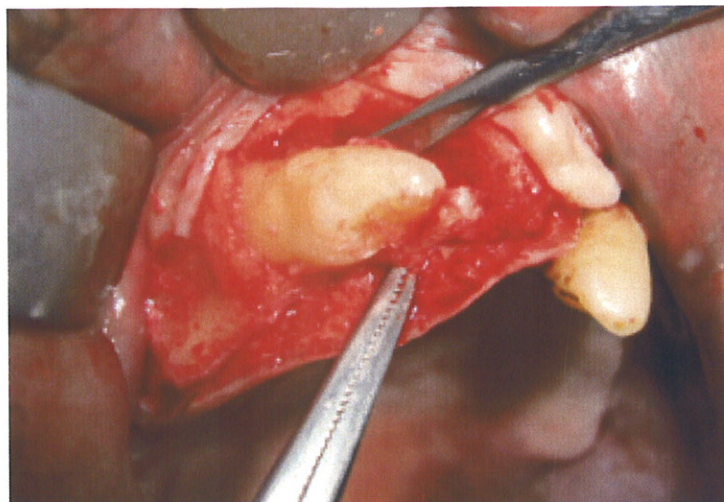


Figura 11 -Exérese do dente com alavanca goiva com movimento de cunha.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas

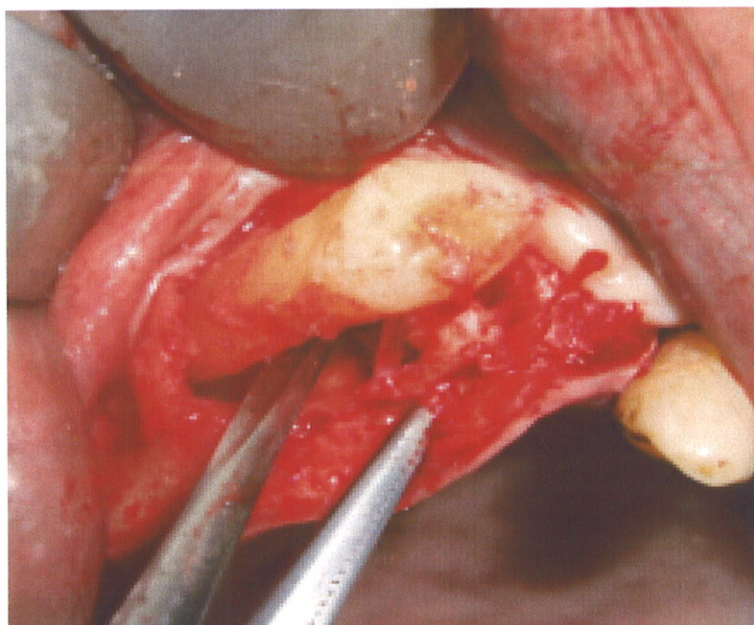


Figura 12- Extração propriamente dita.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

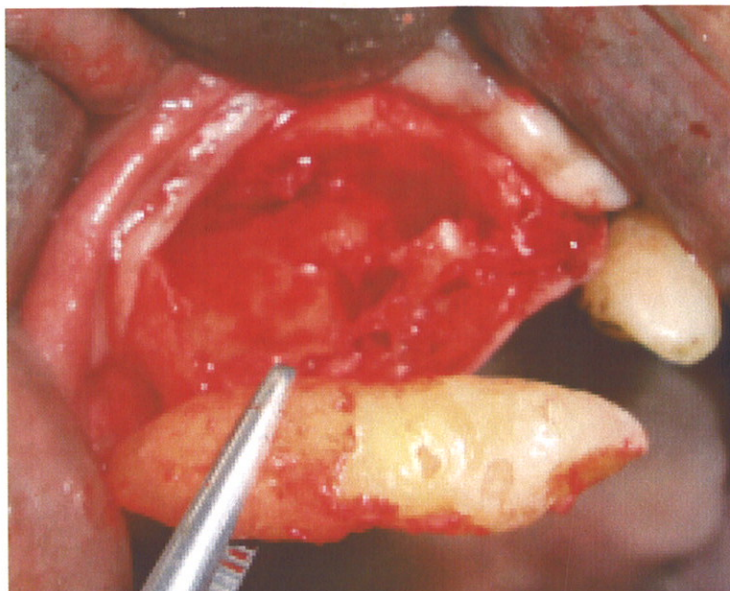


Figura 13 -Dente removido do alvéolo

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Em seguida realizou-se o toailete da loja cirúrgica (Fig. 14 e 15), concluindo-se o procedimento com sutura contínua festonada (Fig.16).

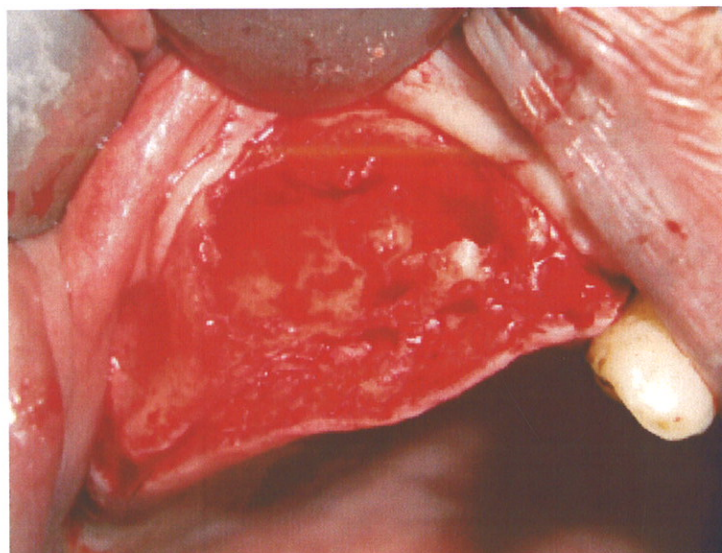


Figura 14-Loja Cirúrgica

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

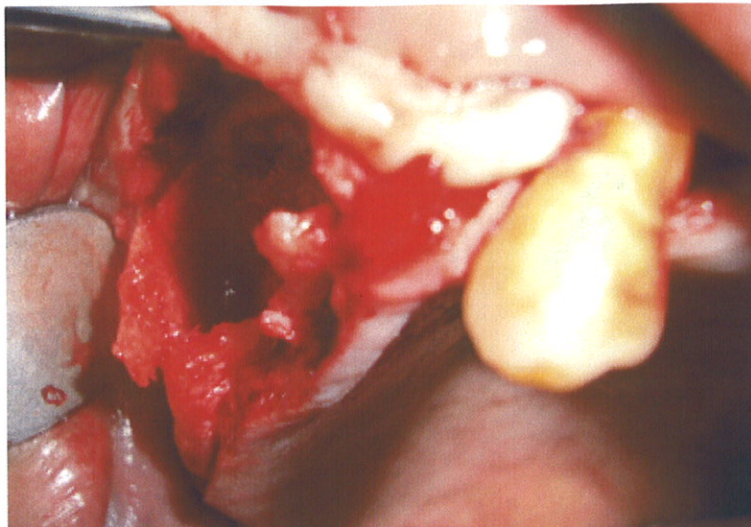


Figura 15 - Outra vista loja cirúrgica

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

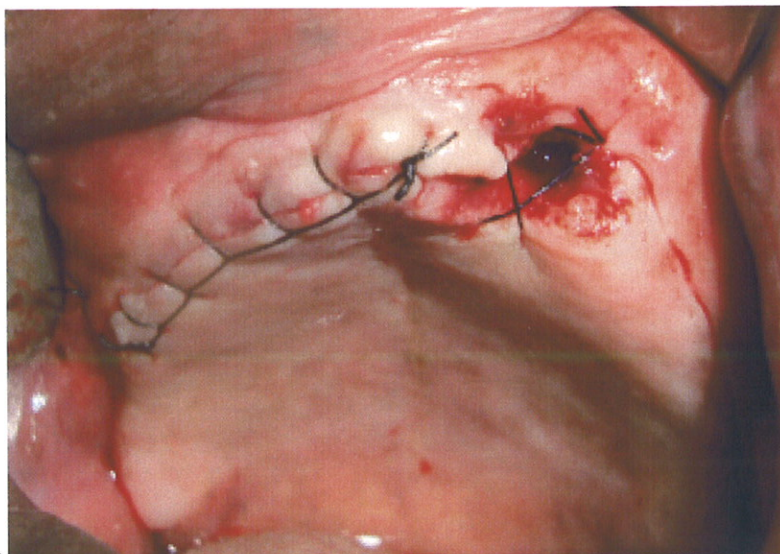


Figura 16 – Sutura contínua festonada.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas.

Tambem foi feita a remoção do elemento 23 que já se encontrava com a parte coronária exposta no arco. Após 7 dias removemos a sutura.(Fig. 17)



Figura 17 – Remoção da sutura.

Fonte: Banco de fotografias da Faculdade Patos de Minas

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O canino superior é o um dos dentes que possui maior prevalência de impacção e intrusão dentária. Sendo sua etiologia ligada a diversos fatores sendo eles gerais e/ou locais.

O diagnóstico da impacção dos caninos deve ser realizado com base na anamnese, exame clínico , palpação e tomadas radiográficas específicas para localização do dente.

Tendo em vista diversos tipos de tratamento podemos citar planejamento ortodôntico ou cirúrgico ou cirurgico-ortodôntico, com o prognostico bem favorável.

Os dentes que apresentaram maior ocorrência de impacção, segundo a literatura, foram os terceiros molares inferiores, seguindo-se os terceiros molares superiores, caninos superiores e segundos pré-molares superiores.

A execução do procedimento cirúrgico do elemento incluso deverá ser indicada uma vez é que se torna impossível o mesmo exercer sua função no arco dentário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. R. ET.al. **Abordagem da Impactação e/ou Irrupção Ectópica dos Caninos Permanentes: Considerações Gerais, Diagnóstico e Terapêutica.** v. 6, n. 1, p. 93-116, jan./fev. 2001.

BASTOS, M. O. **Cantilever para tracionamento de caninos incluídos palatinamente.** Rev. Clín. Ortodon Dental Press, Maringá, v. 2, n. 1, p. 5-17 - fev./mar.2003.

BISHARA, S.E. Impacted maxillary canines: a review. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 101, p. 159-171, 1992

Britto AM. **Impactação de caninos superiores e suas conseqüências: relato de caso clínico.** J Bras Ortodon OrtopFacial. 2003; 8(48): 453-9.

CAOVILLA, Sharon Aparecida de Oliveira. **Avaliação radiográfica da prevalência, localização e posicionamento de caninos superiores retidos.** 2005.

CALLÀ, L. CUFFARI L. **O que o ortodontista precisa saber para indicação de procedimentos cirúrgicos- ortodônticos em caninos retidos.** JBO - J Bras Ortodon Ortop Facial v.9, n.53, p.466-73, 2004.

Cappellette, M et al.; **Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica – uma sugestão técnica de tratamento.** Maringá, v. 13, n. 1, p. 60-73, jan./fev. 2008.

CAPPELLETTE, M.; CAPPELLETTE Jr., M.; FERNANDES, L. C. M.; OLIVEIRA, A. P.; YAMAMOTO, L. H.; SHIDO, F. T.; OLIVEIRA, W. **O Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica - uma sugestão técnica de tratamento.** Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial vol.13 no.1 Maringá Jan/feb.2008

CAPPELLETTE, M. et. al. **Caninos permanente retidos por palatinos: diagnósticos e terapêutica – uma sugestão técnica de tratamento.** Maringa, v. 13, n.1, p. 60-73, jan./fev. 2008

CENTENO, G. A. R. **Cirurgia Bucal: Patologia, Clínica e Terapêutica**, 9ª. ed. Buenos Aires: El Ateneu, 1987, 724 p.

COLOMBINI, N.E.P. **Fixação interna rígida - AO no tratamento das fraturas mandibulares.**In: (CirurgiaMaxilo facial: Cirurgia do terço inferior da face. 1 a. ed. São Paulo:Pancast, p.471-551, 1 991.

CORRÊA, V. M.; BARBOSA, F. I. **Caninos superiores impactados: condutas cirúrgicas e ortodônticas.** Medcenter artigo 16 nov. 2007.

FREITAS, L.; MEIRA, A. C.; BRANDTT, C. **Métodos de localização.** In: FREITAS, L. Radiologia bucal – técnicas e interpretação. 2.ed. São Paulo: Pancast, 2000. Cap.21, p.299-310.

Garib DGEA. **Caninos superiores retidos: preceitos clínicos e radiográficos.** R Dental Press Ortod Ortop Facial 1999 Jul/Ago;4(4):14-20

GRAZIANI, M. **Cirurgia Buço-Maxilo-Facial**, 7^a.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, 717 p.

Gregori C, Campos AC. **Cirurgia buco-dento-alveolar.** São Paulo; Sarvier; 2005.

GREGORI, C. **Cirurgia Buco- Dento - Alveolar**, SãoPaulo: Savier, 1988

Henriques JFC. **Tração ortodôntica com finalidade protética e estética.** In: Cardoso RJ. Ortodontia e ortopedia funcional. 20^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. v.7, Cap.6, p.91-106.

HUUP,J.R,ELLIS E ,TUCKER,M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial.**Rio de Janeiro:Elsevier,2009.5^o Ed.

KRUGER, G.O. et al. **Cirurgia bucal e maxilofacial.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979. p. 57-70

Maahs M, Berthold T. **Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados.** Rev Cienc Med Biol. 2004; 3(1): 130-8.

MARTINS, D.R., et al. **Impacção dentária: condutas clínicas-apresentação de casos clínicos.** Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar, v. 3, p. 12-22, 1998.

MARTINS, D. R.; ANAAKAMI, R. Y. ; HENRIQUES, J. F. C.; JANSON, G. R. P. **Impacção dentária: condutas clínicas- apresentação de casos clínicos.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 3, no. 1, p.12-22, jan./fev. 1998.

MARZOLA, C. **Retenção Dental.** 2ª. ed. São Paulo: Pancast, 1995, p.286.

MARZOLA, O, SILVA, O. G., SILVA, P. T., TOLEDO-FILHO, J. L. **A cirurgia trabalhando com a ortodontia.** Rev. ATO Ortodontia e cirurgia, Bauru, 2006

MARZOLA, C. - Transplantes e Reimplantes. 1ª edição, Editora Santos, São Paulo, 30-39; 165-201,1988.

MEDEIROS PJ. **Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento.** 1ª ed. São Paulo: Santos; 2003.

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, julho/setembro, 1998.

MOORE,U.J. **Principios de Cirurgia Bucomaxilo facial.** Porto Alegre:Artmed,2004.5º Ed.

MOYERS, **Ortodontia.** 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 1991.

NOGUEIRA, A. S. et al. **Principais transtornos ocasionados por dentes inclusos.** Revista APCD, v.51, n.3, mai/jun, 1997.

PETERSON et al. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea,** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p.702.

Peterson L.J. **Cirurgia facial e maxilofacial contemporânea.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000

PURICELLI, E. **Tratamento de caninos retidos pela apicotomia.** RGO, Porto Alegre, v.35,n.4, p.326-330, jul./ago. 1987.

Prado R, Salim MAA. **Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: MEDSI; 2004

Proffit WP. **O planejamento do tratamento ortodôntico: da lista de problemas ao plano específico.** In: Proffit WP. *Ortodôntico contemporânea*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 508-10

SAAD NETO, M., et al. **Caninos inclusos II. Tratamento cirúrgico-ortodôntico.** *Revista Regional de A raça tuba - APCD*, v.6, p. 25-34, 1985

SANITÁ, S. F. **Impactação dentária de caninos permanentes:conseqüências e relação com ortopedia funcional dos maxilares.** *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 8-11, ago. 1995.

SANTOS NETO, S. J. ; LUZ, J. G. C. ; SANTIAGO, J. L. **Terceiro molar retido: indicações e benefícios da sua remoção.** *Rev. Brasileira de Cirurgia e Implantodontia*, v.4, n.4, out./dez., 1997.

SILVA, P.T., et al. **Exposição cirúrgica para o tracionamento de caninos superiores retidos: aspectos gerais e terapêutica cirúrgica.** *Ortodontia*, v. 30, p. 49-59, 1997.

SILVA FILHO, O.G., et al. **Irrupção ectópica dos caninos permanentes superiores: soluções terapêuticas.** *Ortodontia* ,v.27, p.50-66,1994.

SHAPIRA, Y.; KUFRINEC, M.M. **Diagnóstico precoce e interceptação no potencial de impactação do canino superior.** *Journal of American Dental Association*, v.2, p. 28-32, 1999.

Tommasi AF. **Diagnóstico em Patologia Bucal.** São Paulo;Pancast Editorial; 1977.

VASCONCELLOS, ET al.; **Ocorrencia de dentes impactados.** V.3, n1, jan/ mar – 2003.

WILLIAMS, B.H. **Diagnosis and prevention of maxillary cuspid impaction.** *The Angle Orthodontist*, v. 51, p. 30-40, 1981. 37 p. (Dissertação - Mestrado em Odontologia). Universidade Vale do Rio Verde - Unincor, Três Corações - MG.