

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ARLEN MARCEL GOMES FERREIRA

ROBSON BRITO ALVES TEIXEIRA

**ANQUILOSE SEVERA EM DENTIÇÃO DECÍDUA:  
RELATO DE CASO**

Aracaju

2020

ARLEN MARCEL GOMES FERREIRA  
ROBSON BRITO ALVES TEIXEIRA

**ANQUILOSE SEVERA EM DENTIÇÃO DECÍDUA:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau De Bacharel em Odontologia.

MSc. VANESSA DOS SANTOS VIANA

Aracaju

2020

ARLEN MARCEL GOMES FERREIRA  
ROBSON BRITO ALVES TEIXEIRA

**ANQUILOSE SEVERA EM DENTIÇÃO DECÍDUA:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
à Coordenação do Curso de Odontologia da  
Universidade Tiradentes como parte dos  
requisitos para obtenção do grau De  
Bacharel em Odontologia.

MSc. VANESSA DOS SANTOS VIANA

Aprovado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Professor Orientador: \_\_\_\_\_

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, VANESSA DOS SANTOS VIANA orientadora dos discentes: ARLEN MARCEL GOMES FERREIRA E ROBSON BRITO ALVES TEIXEIRA atesto que o trabalho intitulado: **“ANQUILOSE SEVERA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO”** está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Orientador(a)

“O TALENTO VENCE JOGOS, MAS SO TRABALHO EM EQUIPE GANHA  
CAMPEONATOS”

MICHAEL JORDAN

# ANQUILOSE SEVERA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO

Arlen Marcel Gomes Ferreira<sup>1</sup> Robson Brito Alves Teixeira<sup>1</sup>  
Vanessa dos Santos Viana<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes*

*<sup>2</sup>Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*

---

## RESUMO

A anquilose alvéolo-dentária pode ocorrer durante as etapas da fase eruptiva, é considerado um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de más oclusões, deixando o dente em infra-oclusão. Consiste na união anatômica direta entre o cimento radicular e o osso alveolar e o seu diagnóstico é realizado através de sinais clínicos auxiliados pelas características radiográficas. Diversas opções de tratamento têm sido sugeridas, desde a exodontia do elemento até a sua preservação clínica e radiográfica. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de uma criança com anquilose severa, que envolve o segundo molar decíduo inferior esquerdo, cuja superfície oclusal encontrava-se completamente abaixo do plano oclusal, levando à inclinação dos dentes vizinhos e à consequência da perda de espaço no arco para o sucessor permanente. A extração foi o tratamento de eleição, realizado a exodontia, por técnica aberta através do uso de osteotomia e odontosecção, com o objetivo de reduzir o trauma cirúrgico, seguida do encaminhamento à ortodontia. Em casos de anquilose severa, o tratamento deve ser a exodontia, e faz-se de suma importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento adequado para um correto diagnóstico e consequentemente, opte pelo tratamento mais eficaz.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anquilose, dente decíduo, tratamento odontológico.

## ABSTRACT

Alveolar-dental ankylosis can occur during the stages of the eruptive phase, it is considered one of the predisposing factors to the development of malocclusions, leaving the tooth in infra-occlusion. It consists of a direct anatomical union between the root cementum and the alveolar bone and it is diagnosed through clinical signs supported by radiographic characteristics. Several treatment options have been suggested, from the extraction of the element to its clinical and radiographic preservation. The aim of this work is to describe a clinical case of a child with severe ankylosis, which involves the lower left deciduous second molar, whose occlusal surface was completely below the occlusal plane, leading to the inclination of adjacent teeth and to the consequence of loss of space in the arc for the permanent successor. Extraction was the chosen treatment, performed by an open technique through the use of osteotomy and odontosection, in order to reduce surgical trauma, followed by forwarding to orthodontics. In cases of severe ankylosis, the treatment should be tooth extraction, and it is extremely important that the dental surgeon has appropriate knowledge for a correct diagnosis and, consequently, opt for the most effective treatment.

**KEYWORDS:** Ankylosis. Deciduous Tooth. Dental Treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

A Anquilose dentária foi descrita por Biederman (1962), descreveu a anquilose dentária como uma alteração da normalidade, em se tratando de erupção dentária, onde ocorre a junção do cemento e o osso alveolar. Definida também como uma junção anatômica do cemento ou dentina com o osso alveolar, sua ocorrência é indefinida em relação a época de erupção dentária (ALMEIDA *et al.*, 1990; AZABUJA *et al.*, 2005).

Os sinônimos mais empregados para descrever a anquilose dentária são expressões como: dente impactado que se refere ao dente anquilosado pré erupcionado, infra oclusão ou dente submerso para dentes erupcionados que em seguida irão se tornar anquilosados, retenção secundária, submersão e reimplantação. Retenção secundária é um termo aceitável, mas pode ser confundido com dentes primários retidos (AZAMBUJA *et al.*, 2015; MUNDSTOCK; PRIETSCH, 1994).

A anquilose dentária é considerada uma anormalidade sucedida da erupção de dentes, que ocorre na síntese de processos anatômicos, como o tecido cementoblástico que recobre as raízes dos elementos dentais, ao osso alveolar, onde o dente está situado, causando uma invalidação do ligamento periodontal em algumas áreas em torno da raiz (ARHAKIS; BOUTIOU, 2016; SANTOS *et al.*, 2009).

Segundo Alves, *et al.* (2011) o dente anquilosado pode parecer impactado, ou seja, abaixo da linha oclusal ou submerso. Esta alteração é equivocadamente conhecida como “submersão”, sendo que não é o elemento dental que se submerge, mas sim o osso que continua em crescimento, seguido pelo tecido mole, que aos poucos, envolve o elemento dentário anquilosado.

A anquilose dentária pode ser qualificada em três condições segundo ao seu nível de infra oclusão, sendo elas: leve, moderada e severa. Na condição leve, a superfície oclusal está limitada em torno de 1 mm aquém do nível oclusal; no moderado, a superfície oclusal está ao nível do limite de contato dos dentes contíguos; já o severo, a localização está ao nível ou aquém do tecido gengival interproximal de uma ou ambas faces dentais contíguas (ALVES *et al.*, 2011; BITTENCOURT; RIBEIRO; PIMENTEL, 2001).

A patogênese da anquilose dentária é desconhecida e pode ser secundária a vários fatores como distúrbios advindos de alterações de metabolismo local, trauma, irritação

química ou térmica, falha no desenvolvimento ósseo local e pressão anormal da língua (CAMPOS; BOMFIM; MELLO, 2002; NEVILLE; ALLEN; DAMM, 2004).

A incidência e prevalência da anquilose é bem maior nos dentes deciduos que permanentes, podendo ser unilateral ou bilateral em ambos os sexos (COUTINHO; STULBERG, 1995).

Quando identificado precocemente, o cirurgião-dentista têm a oportunidade de minimizar a extensão dos problemas bucais futuros derivados de molares deciduos em infraoclusão (ALVES *et al.*, 2011). Distúrbios oclusais causados por infraoclusão podem ser prevenidos por meio de aumento de coroa e contatos interproximais com materiais, adesivos (ARHAKIS e BOUTIOU, 2016; DIAS, MOLITERNO e OLIVEIRA, 1994).

Diversos estudos ressaltam a importância do restabelecimento oclusal nos casos de anquilose leve com técnicas restauradoras indiretas (CAVANAUGH e CROLL, 1994; SABATINI, 2010; MOURA *et al.*, 2015) ou restaurações com resina composta (CAVANAUGH e CROLL, 1994; SABATINI, 2010; MOURA *et al.*, 2015). De acordo com Altay e Cengiz (2002), quando o diagnóstico for anterior a inclinação do elemento adjacente, a exodontia é indicada, bem como nos falha na esfoliação, evitando a perda do perímetro do arco. Entretanto, é de consenso geral que, se a exodontia for realizada, deve-se ter o cuidado de fazer ortodontia preventiva com a instalação do recuperador de espaço.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de uma criança de 8 anos de idade, com o diagnóstico de anquilose severa e indicação cirúrgica da remoção da unidade 75 por técnica aberta, que foi atendido na clínica Odontológica da Universidade Tiradentes na disciplina de Estágio Supervisionado Infantil II.



## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente I.W.A.S, sexo masculino, 08 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes no dia 27 de janeiro de 2020, relatando sintomatologia dolorosa constante e diária em região de base de mandíbula do lado esquerdo. O responsável alegou que: “ele sente dor no dente que ainda não nasceu” (SIC). Foi realizada a anamnese, e durante ela, o mesmo relatou que a criança não possuía patologias de base e nenhuma sensibilidade alérgica. Ao realizar o exame extra oral não foi pontuada nenhuma alteração, ao o exame clínico intra-oral inicial, foi notado que o paciente fazia o uso de um mantenedor de espaço na unidade 65 e a unidade 75 apresentava-se em infraoclusão o que não era condizente com sua idade. Exames Complementares foram solicitados: Radiografia Panorâmica de Feixe Cônico para uma visualização geral da região e uma Radiografia Periapical Digital da área referente a unidade 75, pois esta era a região onde o paciente queixava-se de dor, na visualização dos exames radiográficos pode-se observar que a unidade 75 estava abaixo do plano oclusal devido a presença de uma anquilose severa em suas raízes que o impediam de erupcionar, além de uma lesão cáriosa extensa. Inicialmente foi observado também que o paciente possuía comportamento colaborativo que se enquadrava na fase de latência.

**Figura 1** - Unidade 75 em infra-oclusão



**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo Pessoal)

**Figura 2** - Radiografia Panorâmica de Feixe Cônico, observa-se unidade 75 em infra-oclusão e ausência do espaço do ligamento periodontal e mantenedor de espaço na unidade 65.



**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo Pessoal)

**Figura 3** - Radiografia Periapical digital na unidade 75



**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo Pessoal)

**Figura 4 - Fotografia extra oral.**



**Fonte: Caso clínico realizado (Arquivo Pessoal)**

**Figura 5 - Fotos intra orais**



**Fonte: Caso clínico realizado (Arquivo Pessoal)**

Após análise e discussão de todos os dados obtidos, foi por decidido que a melhor opção para o caso seria a exodontia da unidade 75, e logo após, o uso de um recuperador de espaço por conta das unidades adjacentes mesializadas, que estão ali presente, impedindo a futura erupção da unidade permanente.

Na segunda sessão o responsável dirigiu-se à clínica Odontológica da Universidade Tiradentes com a criança para que fosse realizado o tratamento necessário ocorrida no dia 21 de fevereiro de 2020, pelo fato de possuir um caráter emergencial optou-se primeiramente pela exodontia da UN75. O paciente apresentou-se bastante destemido e ansioso para o procedimento, foi utilizado a técnica de maneja psicológico, como dizer-mostrar-fazer para o condicionamento do mesmo.

Para a realização da exodontia, primeiramente fez-se a anestesia tópica da mucosa, utilizando-se Benzotop, seguiu-se com anestesia injetável (Lidocaína 2%, com epinefrina 1:100 00 – 2 tubetes), realizando o bloqueio do nervo alveolar inferior modificado lado esquerdo, junto com a técnica infiltrativa. Com o uso do cabo de bisturi N°3 e lâmina N°15, foi executada a liberação dos tecidos moles aderidos a porção cervical do dente, logo após foi utilizado o Descolador de Periosteio Molt n°9 para descolar o tecido mole até a visualização da coroa clínica. Tendo em vista a coroa da und 75 foi utilizado a caneta de alta rotação, com a broca n402, e seringa de 20ml sempre irrigando com soro fisiológico para evitar necrose e dar a visualização necessária do campo operatório, foi realizada a osteotomia para remoção do osso da vestibular e melhor visualização melhor da coroa, achado a coroa foi feita a odontosecção em sentido vestibulo/lingual com a intenção de seccionamento do dente para facilitação da remoção do fragmento dentário, que facilmente foram retirados, após sua remoção o alvéolo foi irrigado abundantemente com soro fisiológico, com o intuito de limpar toda a área cirúrgica removendo espículas ósseas, fragmentos, que podem ocasionar infecções. Suturas foram realizadas de maneira que houvesse a reaproximação das extremidades dos tecidos seccionados, após a sutura foi optado pelo controle inicial de hemorragia com o uso de uma compressa de gaze colocada sobre a área em que foi realizado o procedimento cirúrgico, o qual o paciente deveria mente-la durante 30min, logo foi prescrito medicação medicamentosa. Deve-se salientar que o comportamento da criança não foi de acordo com o que era previsto, o paciente apresentou-se muito agitado, com choros, gritos, interrompendo o decorrer da cirurgia, assim tornou-se um paciente não cooperativo levando o aumento do tempo da operação cirúrgica

**Figura 6** – Anestésico tópico mucosa (Benzotop); Anestesia do Bloqueio do nervo alveolar inferior modificado lado esquerdo, anestesia infiltrativa. Anestésico injetável (Lidocáina 2%, com epinefrina 1:100 000 – 2 tubetes).



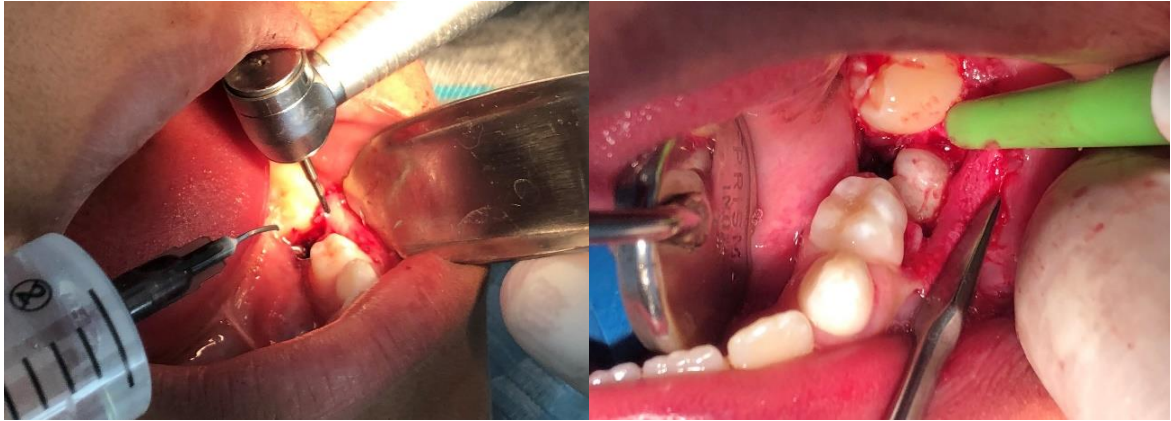
**Fonte: Caso clínico realizado (Arquivo pessoal)**

**Figura 7** - Cabo de bisturi N°3 e lâmina N°15, liberação dos tecidos moles aderidos a porção cervical do dente, e Descolador de Periósteo Molt n°9 para descolar o tecido mole até a visualização da coroa clínica.



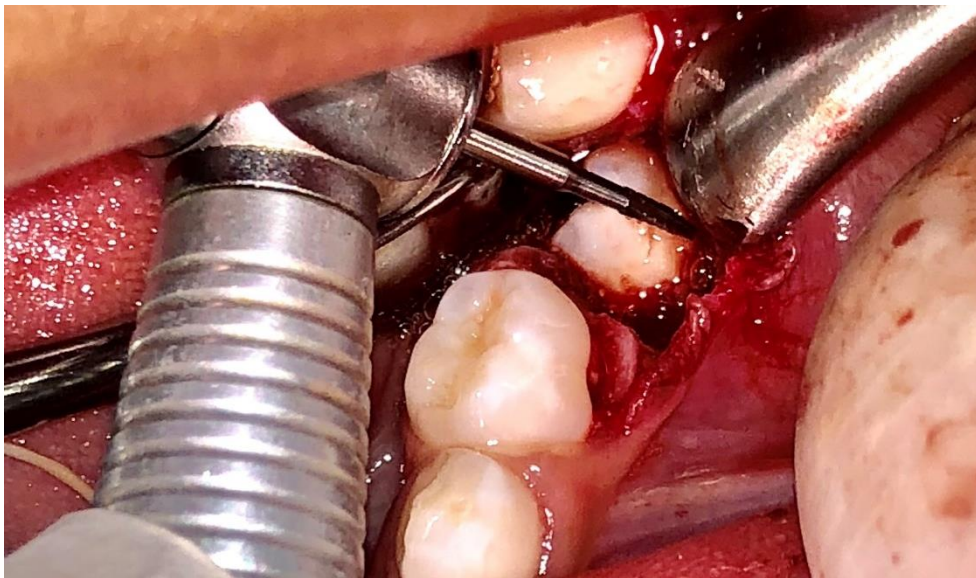
**Fonte: Caso clínico realizado (Arquivo pessoal)**

**Figura 8** - Realizada a Osteotomia para remoção do osso da vestibular e visualização melhor da coroa facilitando a luxação, seguida do uso da seringa de 20ml irrigando com soro fisiológico.



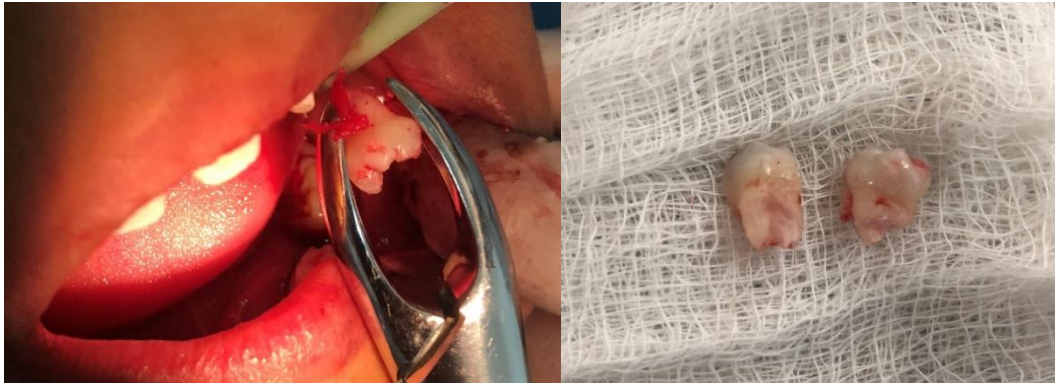
**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo pessoal)

**Figura 9** - Realizado a odontosecção em sentido vestibulo/lingual com a intenção de seccionamento do dente para facilitação da remoção do fragmento dentário.



**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo pessoal)

**Figura 10** - Unidade 75 removida com o fórceps, através do uso da Odontosecção.



**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo pessoal)

**Figura 11** - Suturas foram realizadas de maneira que houvesse a reaproximação das extremidades dos tecidos seccionados.



**Fonte:** Caso clínico realizado (Arquivo pessoal)

### 3 DISCUSSÃO

A infra-oclusão de molares decíduos pode ser definida, literalmente, como uma anomalia eruptiva na qual há a perda da posição vertical do elemento dental envolvido, em relação aos seus adjacentes, permanecendo aquém do plano oclusal. Sua principal característica é o caráter eminentemente progressivo, pois o molar decíduo infraocluído pode, com o tempo, atingir níveis submucosos e intraósseos (NASCIMENTO e VALLADARES, 1993; NOBLE, KARAIKOS e WILTSHIRE, 2007). Isso fora observado durante a realização do exame clínico. A insuficiência de espaço e a exposição de apenas uma das cúspides aliado às tomadas radiográficas, panorâmica e periapical digital, auxiliaram na confirmação do diagnóstico de anquilose severa.

No exame clínico a principal característica observada é a infra oclusão, que de acordo com os milímetros abaixo da oclusão, podendo ser de leve a severa (NE, WITHERSPOON e GUTMANN, 1999; SILVERMAN, EVERSOLE e TRUELOVE, 2004).

Segundo Madeiro *et al.* (2005), o diagnóstico é alcançado por meio das características radiográficas, que são usadas como auxiliares junto aos sinais clínicos. No caso clínico supracitado, a anquilose fora classificada como severa, pois o dente encontrava-se em abaixo do tecido gengival interproximal dos dentes adjacentes.

A literatura mostra que o diagnóstico é definido com auxílio de um exame radiográfico, evidenciando a ausência do ligamento periodontal (CHINCILLA *et al.*, 2000). No entanto, a habilidade clínica deve sobressair, uma vez que a anquilose pode ocorrer apenas em algumas áreas da raiz (NEGRI, SOUZA NETO e FAVRETTO, 2019).

A anquilose dentária decídua está geralmente relacionada ao desenvolvimento de más oclusões, pois pode causar algumas alterações na arcada dentária, como inclinação dos dentes adjacentes, extrusão dos dentes antagonistas, diminuição do perímetro do arco, mordida aberta posterior, desenvolvimento da pressão da língua hábito (ARANHA *et al.*, 2004; CHINCILLA *et al.*, 2000)

Como também a retenção prolongada do dente decíduo e atraso na erupção do dente permanente sucessor (MACHADO *et al.*, 2001; NASCIMENTO e VALLADARES, 1993). Neville, Allen e Damm (2004) destacam uma prevalência dentição decídua sendo cerca de 1,3% a 38,5%, além de relatar a maior constância de acometimento dos 3º molares inferiores na dentição permanente.



Alguns autores relatam que o aumento da coroa clínica até atingir o plano oclusal é uma forma de tratamento indicado em casos de infra oclusão leve ou moderada. Tem o objetivo de restaurar a função, impedir inclinações dos dentes vizinhos e evitar a extrusão do antagonista e podem ser realizadas com coroas de aço ou resina composta (MIYANAGA; TAKEI; MAEDA, 1998; RODRIGUES; PEREIRA, 1999).

Segundo Azambuja, *et al.* (2005) em episódios onde a anquilose dentária se apresenta em seu grau severo, o procedimento de escolha será a exodontia do elemento dental decíduo anquilosado imediatamente, acompanhada da manutenção do espaço. Esta conduta é preconizada também por Almeida, *et al.* (1990), Mendes e Mendes (1991), Dias, Moliterno e Oliveira (1994), Chinchilla *et al.* (2000), Campos, Bonfim e Mello (2002), Madeiro *et al.* (2005).

Contudo, de acordo com Bittencourt, Ribeiro e Pimentel (2001) o mesmo pode proporcionar danos as raízes durante a cirurgia como por exemplo as fraturas. O manejo recomendado de molares severamente infraocluídos que não tenham esfoliado dentro dos prazos normais é a extração para evitar seqüelas adversas. Devido tais recomendações pode-se planejar uma exodontia com técnica aberta.

É necessário desenvolver um plano de tratamento personalizado baseado nas evidências clínicas e radiográficas, assim que fechado o diagnóstico. Ruschel, Gomes e Modesto (1996), Machado *et al.* (2001) expressam consentimento quando é de suma importância a avaliação de fatores determinantes, tais quais: idade do paciente, estágio desenvolvimento e severidade da alteração.

A maioria dos dentes severamente infraocluídos precisam ser extraídos cirurgicamente, o que pode exigir o uso de anestesia geral em crianças ansiosas. A preocupação envolvida na extração de segundos molares decíduos anquilosados é a potencial perda óssea alveolar, que pode ser crítica se o futuro plano de tratamento incluir uma prótese implanto suportada (MUNDSTOCK e PRIETSCH, 1994; OSTLER e KOKICH, 1994).

#### **4 CONCLUSÃO**

As causas da anquilose dentária ainda não estão completamente esclarecidas, o que provoca hipóteses como os distúrbios do metabolismo local, genética e traumas, estimulando novas pesquisas e debates na literatura para se chegar a um consenso. O tratamento escolhido depende do grau da anquilose, assim como da idade do paciente e qual a dentição envolvida, decídua ou permanente. Quando acomete a dentição decídua, deve-se sempre priorizar o germe do sucessor permanente, para que as consequências da anquilose não interfiram na sua erupção. É de extrema importância para o cirurgião dentista, o conhecimento das etiologias e formas de tratamento da anquilose dentária, para um correto diagnóstico ao paciente oferecendo a terapêutica mais eficaz, proporcionando assim um melhor prognóstico.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA R. R., MARTINS D. R., URSI W. J. S., GARMS Y. Anquilose de dentes deciduos. **Rev. da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 3, n. 2, p. 6-12, 1990.
2. ALTAY N., CENGIZ S. B. Space-regaining treatment for a submerged primary molar: a case report. **International journal of paediatric dentistry**, v. 12, n. 4, p. 286-289, 2002.
3. ALVES M.S.C., LEITE T.H.M., VIEIRA D.R.P., CRUZ M.C.F.N., ALVES C.M.C. Diagnosis and treatment of severe dentoalveolar ankylosis in primary molars: case report. **Rev. Odontol UNESP**, v. 40(3), p. 154-159, 2011.
4. ARANHA A. M. F., DUQUE C., SILVA J. Y. B. D., CARRARA C. F. D. C., COSTA B., GOMIDE M. R. Anquilose dentária na dentição decídua em crianças com fissura de lábio e/ou palato. **Brazilian Oral Research**, v. 18, n. 4, p. 329-332, 2004.
5. ARHAKIS A., BOUTIOU E. Etiology, diagnosis, consequences and treatment of infraoccluded primary molars. **The open dentistry journal**, v. 10, p. 714, 2016.
6. AZAMBUJA T. W. F. D., BERCINI F., CARLOTTO I. B., DELAMARE E. L. Anquilose alvéolo-dentária em molares decíduos: revisão de literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. **Rev. da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Porto Alegre**, v. 46, n. 1, p. 13-18, 2005.
7. BIEDERMAN W. Etiology and treatment of tooth ankylosis. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 48, n. 9, p. 670-684, 1962.
8. BITTENCOURT L. P., RIBEIRO D. P. B., PIMENTEL E. Infraoclusão severa: seqüela da anquilose dental. **Rev. do Centro de Estudos-FOUERJ**, v. VII, n. 1, 2001. p. 21-24. jan./jun. 2001.
9. CAMPOS V., BOMFIM, A. R., MELLO, H. S. A. Infra-oclusão de 2 § molares decíduos anquilosados: solução clínica. **Rev. dent. press ortodon. ortop. maxilar**, v. 7, n. 1, p. 65-71, 2002.
10. CAVANAUGH, R. R., CROLL T. P. Resin-bonded ceramic onlays for retained primary molars with infraocclusion. **Quintessence International**, v. 25, n. 7, 1994.
11. CHINCILLA R. A, FREGONEZE A. P, FERREIRA S. L. M, IMPARATO J. C. P. Técnicas alternativas para o tratamento da anquilose dental em molares decíduos. **UFES Rev. Odontol, Vitória**, v.2 n.1, p. 70-77, jan/jun., 2000.
12. COUTINHO, T. C. L., STULBERG, I. Anquilose precoce de segundo molar decíduo inferior: relato de um caso. **Rev. bras. odontol**, p. 52-5, 1995.

13. DIAS F. L., MOLITERNO L. F. M., OLIVEIRA B. H. Anquilose dental em molares decíduos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, p. 1409-13, 1994.
14. MACHADO A. L., HABIB F. A. L., SOBRAL M. C., ALVES R. F. F. Anquilose dento-alveolar: um fator etiológico de maloclusão. **Rev. fac. odontol. Univ. Fed. Bahia**, p. 70-74, 2001.
15. MADEIRO A. T., PASSOS I. A., PAIVA F. P. D. F., OLIVEIRA A. F. B. D. Anquilose dento-alveolar: etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v. 26, n. 1, p. 20-24, 2005.
16. MENDES S. M. A., MENDES S. M. A. Conduta para dentes decíduos anquilosados. **Rev. bras. odontol**, p. 11-7, 1991.
17. MIYANAGA M., TAKEI K., MAEDA T. Observation of a child with multiple submerged primary teeth. **ASDC journal of dentistry for children**, v. 65, n. 6, p. 495-8, 439, 1998.
18. MOURA M. S., PONTES A. S., BRITO M. H. S. F., MOURA L. D., LIMA, M. D. M., MELO S., HENRIQUE A. Restorative management of severely ankylosed primary molars. **Journal of Dentistry for Children**, v. 82, n. 1, p. 41-46, 2015.
19. MUNDSTOCK K. S., PRIETSCH J. R. Anquilose de molares decíduos. **Rev. odonto ciênc**, v. 9, n. 18, p. 101-13, 1994.
20. NASCIMENTO Z. C. P., VALLADARES N. J. Infra-oclusão de molares decíduos: preceitos literários. **Rev. odontopediatr**, v. 2, n. 4, p. 183-93, 1993.
21. NE R. F., WITHERSPOON D. E., GUTMANN J. L. Tooth resorption. **Quintessence International-English Edition-**, v. 30, p. 9-26, 1999.
22. NEGRI A. C. M., SOUZA NETO W. J., FAVRETTO C. O. Anquilose dentária em molares decíduos: revisão de literatura. **Rev. Saúde Multidisciplinar**, v. 6, p. 1-6, n. 6, 2019.
23. NEVILLE B. W., ALLEN C. M., DAMM D. D. Bouquet JE. **Patologia: Oral & Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan**, 2004, 73-74 p.
24. NOBLE J., KARAIKOS N., WILTSHIRE W. A. Diagnosis and management of the infraerupted primary molar. **British dental journal**, v. 203, n. 11, p. 632, 2007.
25. OSTLER M. S., KOKICH V. G. Alveolar ridge changes in patients congenitally missing mandibular second premolars. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 71, n. 2, p. 144-149, 1994.
26. RODRIGUES C. R. M. D., PEREIRA R. M. Anquilose dento-alveolar: considerações sobre etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, p. 167-74, 1999.

27. RUSCHEL H. C., GOMES M. P., MODESTO A. Anquilose dentoalveolar de molares decíduos: preceitos literários para uma conduta racional. **Rev. bras. odontol**, p. 48-52, 1996.
28. SABATINI C. An Alternative Approach to the Transitional Rehabilitation of Infra-Occluded Primary Second Molars. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 22, n. 6, p. 354-361, 2010.
29. SANTOS M. T., HANAN S. A., JESUS G. P., JÚNIOR W. M. O. Anquilose em molares decíduos-relato de caso clínico. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 3, p. 503-507, 2009.
30. SILVERMAN S., EVERSOLE L. R., TRUELOVE E. L. **Patologia: Oral e maxilofacial**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: Ed. 1, 2004. 73-74 p.

## Anexo 1 – Termo de Consentimento

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Edivania Ferreira Amarante Silva portador do C.I  
nº 4208 442, faço uso deste bastante documento a fim de  
garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter  
científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico- científico.  
Sem mais subscrevo,

Edivania Ferreira Amarante Silva