

**Exodontia do primeiro molar decíduo, seguido de adaptação de mantenedor de espaço tipo banda alça: Relato de caso****Exodontics of the first molar decided, followed by adaptation of space maintainer band tape: Case report**

DOI:10.34117/bjdv6n10-443

Recebimento dos originais: 21/09/2020

Aceitação para publicação: 21/10/2020

**Alandeilson Alexandre da Silva**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: alandeilson@hotmail.com

**Ana Claudia Batista Dantas**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: anaclaudialauraa@gmail.com

**Atilane Lacerda de Araújo**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: atilanearaujo0@gmail.com

**Maria Eduarda Holanda Pessoa**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: eduarda.hpp@hotmail.com

**Liliane Juvenal Andrade**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: lilianejuvenal123@hotmail.com

**Ravena Oliveira Ferrer**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: ravenarazz@hotmail.com

**Camila Egidio Batista Gomes**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: camila-egidio@hotmail.com

**Jéssica Ricarte Viana**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: j-ricarte-viana@bol.com.br

**Bruna Gonçalves Lucena**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: bruninhagl\_1@hotmail.com

**Paulo Henrique Alves Germano**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: drogariacruzvermelha0@hotmail.com

**Elaine Cristina Alves Goldfarb**

Discente em Odontologia pela Faculdade Santa Maria  
Instituição: Faculdade Santa Maria- FSM  
Endereço: BR-230, s/n - Bairro Cristo Rei, Cajazeiras – PB  
E-mail: elayne81@hotmail.com

**Rogério Macêdo Araújo**

Discente em Odontologia pela UNILEÃO  
Instituição: Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO  
Endereço: Av. Maria Letícia Pereira, s/n, Juazeiro do Norte – CE  
E-mail: rogeriomacedo33@outlook.com

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Com a perda precoce dos dentes, poderá acontecer alterações indesejadas, a exemplo, como a migração dos dentes adjacentes, extrusão do dente antagonista, diminuindo ou fechando o espaço original. Assim as intervenções ortodônticas preventivas e interceptativas são iniciadas na dentição em desenvolvimento para proporcionar mudanças pertinentes no desenvolvimento, grande parte das intervenções são realizadas com mantenedores de espaço que podem ser fixos ou removíveis, cuja finalidade é manter o espaço para a erupção do dente permanente. **OBJETIVO:** Relatar um caso de exodontia do primeiro molar superior esquerdo decíduo, seguido da adaptação de um mantenedor de espaço tipo banda alça convencional. **METODOLOGIA:** Realizada uma exodontia do primeiro molar superior esquerdo (54), o mesmo apresentava extensa lesão cariada, comprometimento pulpar e reabsorção radicular, estando assim indicado para exodontia, em seguida a instalação de mantenedor de espaço. Antes da exodontia, realizamos o teste de adaptação com a banda ortodôntica L35, obtendo perfeita adaptação, realizamos a moldagem com silicone de condensação da área em que irá receber o aparelho mantenedor, vazamos no gesso tipo IV e III, esperamos o tempo de presa, e em seguida realizamos a confecção do mantenedor de espaço.

Logo após a confecção, em uma outra sessão clínica, após 7 dias, realizamos a exodontia e instalação do mantenedor, em uma mesma sessão clínica. Para tanto foi realizada a técnica anestésica infiltrativa, dos nervos alveolar superior médio e palatino maior, com o anestésico lidocaína com epinefrina 1:100.000, 02 tubetes em seguida de deslocamento das papilas com o deslocador de molt 07, adaptação e avulsão da coroa e raízes com fórceps 69 e 65, após avulsionado, pedimos para que a paciente oclua com uma gaze umedecida com solução salina 0.9%, em seguida a instalação do aparelho mantenedor de espaço fixo, tipo banda-alça. **RESULTADOS:** A exodontia unta a inserção do mantenedor de espaço trouxe a possibilidade de a paciente não ter problemas oclusais posteriores, além de contribuir positivamente com a adequação do meio bucal da paciente.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bucal, Mantenedor de Espaço em Ortodontia, Odontopediatria.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** With the premature loss of teeth, unwanted changes may occur, for example, such as the migration of adjacent teeth, extrusion of the antagonistic tooth, reducing or closing the original space. Thus, preventive and interceptive orthodontic interventions are initiated in the developing dentition to provide pertinent changes in development, most interventions are performed with space maintainers that can be fixed or removable, whose purpose is to maintain the space for the eruption of the permanent tooth. **OBJECTIVE:** To report a case of extraction of the deciduous first maxillary first molar, followed by the adaptation of a conventional loop-type space maintainer. **METHODOLOGY:** An extraction of the left upper first molar was performed (54), it presented extensive carious lesion, pulp involvement and root resorption, being thus indicated for extraction, after the installation of space maintainer. Before the extraction, we performed the adaptation test with the L35 orthodontic band, obtaining perfect adaptation, we performed the condensation silicone molding of the area where the maintenance device will receive, we poured it into the plaster type IV and III, we wait for the setting time, and then we made the space maintainer. Right after preparation, in another clinical session, after 7 days, we performed the extraction and installation of the maintainer, in the same clinical session. For this purpose, the infiltrative anesthetic technique of the upper middle alveolar and palatal major nerves was performed, with the anesthetic lidocaine with epinephrine 1: 100,000, 02 tubes followed by displacement of the papillae with the molt shifter 07, adaptation and avulsion of the crown and roots with forceps 69 and 65, after being avulsed, we asked the patient to occlude with a gauze moistened with 0.9% saline solution, then the installation of the fixed space maintenance device, band-loop type. **RESULTS:** Exodontics greased the insertion of the space maintainer brought the possibility of the patient not having posterior occlusal problems, in addition to contributing positively to the adequacy of the patient's oral environment.

**Keywords:** Oral Surgery, Orthodontic Space Maintainer, Pediatric Dentistry.

## 1 INTRODUÇÃO

Os mantenedores de espaço são aparelhos usados na ortodontia preventiva e interceptativa para manter o espaço no arco dentário deixado pela perda precoce de um ou mais dentes decíduos. Os mantenedores eles podem ser fixos ou removíveis, a depender da idade, e manejo do paciente frente ao tratamento estabelecido.

As oclusopatias são problemas odontológicos de saúde pública que atinge um grande número de indivíduos no mundo, sendo considerado o terceiro problema com maior incidência, atrás apenas

da doença cárie e das doenças periodontais, discorrendo uma elevada prevalência em ambas as dentições, decídua e permanente (OMS, 1955; BRASIL, 2004).

Observado a importância de um tratamento precoce para minimizar ou eliminar as oclusopatias, dar início ao tratamento por volta dos 3 anos de idade, onde a dentição decídua está completa e neste momento é importante realizar a primeira avaliação ortodôntica, e dos 4 anos aos 12 anos de idade apresenta-se uma excelente época para realizar o tratamento, já que nesse período as crianças estão em desenvolvimento, tendo o dispositivo mantenedor de espaço a função é manter o espaço requerido; prevenir a extrusão do dente antagonista; não inibir o crescimento e desenvolvimento; não interferir na língua (FERNANDES; AMARAL; MONICO, 2007; GRABER; VANARSDALL; VIG, 2012).

A principal técnica da ortodontia preventiva é a manutenção de espaço, utilizando o mantenedor de espaço assim que ocorre a perda precoce de dente decíduo, pois sabendo que pode ocorrer migração dos dentes adjacentes, extrusão do dente antagonista, diminuindo ou fechando o espaço original. Dessa forma, se faz necessário a intervenção de um dispositivo chamado mantenedor de espaço (MC DONALD, 1995; JANSON, 2013).

Com a perda precoce dos dentes, poderá acontecer algumas alterações indesejadas, como por exemplo, a migração dos dentes adjacentes, extrusão do dente antagonista, diminuindo ou fechando o espaço original. Sendo necessário intervir, com a instalação de um dispositivo, chamado mantenedor de espaço, para evitar a movimentação dos demais dentes, favorecendo condições para que a oclusão tenha seu desenvolvimento adequado (JANSON et al., 2013).

É preciso uma avaliação minuciosa do caso, logo cada tipo de oclusopatia e cada caso deve-se avaliar de forma individual, além e também avaliar a relação custo benefício da intervenção precoce, a fim de executar o tratamento na época mais oportuna para o início do tratamento (MC DONALD, 1995; ALMEIDA et al., 1999).

A ortodontia preventiva, se faz necessária, na prevenção do agravamento de problemas futuros de oclusão, dessa forma evitando a necessidade de uso de aparelho fixo e extração de dentes permanentes, também sendo realizado uma abordagem educativa para orientação e retirada e redução de maus hábitos que podem comprometer a oclusão, principalmente os hábitos deletérios (CRUZ et al., 2014).

O conhecimento dos conceitos de uma oclusão favorável ou não, na dentição decídua é importante no diagnóstico de possíveis distúrbios da normalidade que, quando tratados precocemente, evita o desenvolvimento de oclusopatias na dentadura mista e permanente (CANDIDO et al., 2010; RICHARDSON, 1989).

A intervenção unta ao tratamento precoce minimiza ou é capaz de eliminar a necessidade de uma medida corretiva na dentadura permanente. O tratamento implica no aproveitamento do crescimento dos pacientes jovens para beneficiar a correção das deformidades dento esqueléticas (ALMEIDA et al., 1999; ARAÚJO, 1988; MOYERS et al., 1991).

A ortodontia Interceptativa é um tratamento imediato numa oclusão de características não favoráveis em desenvolvimento, que pode fazer a diferença entre alcançar um resultado satisfatório pela mecânica simples, e assim reduzindo o tempo total de tratamento e proporcionando melhor estabilidade e resultados funcionais e estéticos ao paciente (CANDIDO et al., 2010; RICHARDSON, 1989).

Se o tratamento corretivo for necessário, consumirá um período de tempo menor, uma vez que, por ter tido a primeira fase, a quantidade de movimentação dentária requisitada, será menor enquanto preserva a evolução normal da oclusão, evitando a instalação de determinadas oclusopatias e interceptando em uma situação anormal já existente (ALMEIDA et al., 1999; ARAÚJO, 1988; MOYERS et al., 1991).

Assim, logo após a perda precoce, podem ser inseridos mantenedores de espaço, que preservam a integridade da oclusão, mantêm os dentes em suas devidas posições, além de preservar o espaço da perda para o sucessor permanente esfoliar na sua posição correta (SOUZA, 2003).

O mantenedor de espaço tipo banda-alça está indicado somente em casos em que o período de manutenção de espaço é curto e o dente suporte está hígido. É indicado o uso da banda-alça em circunstâncias, como a perda unilateral do primeiro molar decíduo antes ou depois da erupção do primeiro molar permanente, e também a perda bilateral de um molar decíduo antes da erupção dos incisivos permanentes (NAKATA, 1995; PINKHAN, 1996).

Os dentes decíduos em equilíbrio com a musculatura oral exercem as funções de mastigação, fonética, deglutição, estética, além de serem responsáveis pela continuidade dos espaços para os dentes permanentes, contenção dos antagonistas no plano oclusal e impulso para o desenvolvimento dos maxilares (TAGLIAFERRO; GUIRADO, 2002; KELNER; RODRIGUES; MIRANDA, 2005).

A mudança da dentição decídua para a permanente deve acontecer de forma combinada para o desenvolvimento normal de uma oclusão balanceada e bem alinhada (MENEZES; ULIANA, 2003; BATISTA, 2006).

A perda de um dente decíduo é considerada precoce ou prematura quando ocorre, pelo menos, um ano antes da sua esfoliação normal ou após a confirmação radiográfica de que o sucessor permanente ainda está aquém do estágio seis de Nolla, ou seja, com a formação coronária completa e o processo de formação radicular já iniciada (TAGLIAFERRO; GUIRADO, 2002; CARDOSO et al, 2005; SOUZA, 2003).

As principais causas da perda precoce de dentes decíduos são: doença cárie, restaurações inadequadas, anquiloses, traumatismos dentários, anomalias de desenvolvimento e reabsorções precoces em raízes de dentes decíduos. Tendo a cárie e suas manifestações como causa mais comum da perda precoce de molares decíduos (TAGLIAFERRO; GUIRADO, 2002; BATISTA, 2006; ALENCAR; CAVALCANTI; BEZERRA, 2007; TAKAYAMA, 2004).

As perdas precoces de dentes decíduos têm sido destacadas em inúmeros estudos epidemiológicos, pela sua importante associação com o aparecimento de anormalidades de oclusão (ALENCAR; CAVALCANTI; BEZERRA, 2007; TAGLIAFERRO; GUIRADO, 2002). É de fundamental importância práticas e métodos educativos e preventivos no atendimento às crianças, para que a perda precoce de dentes decíduos seja eliminada ou até mesmo reduzida e, quando esta ocorrer, mantenedores de espaço sejam instalados prevenindo possíveis consequências devido as perdas dentárias precocemente (SANTOS et al., 2013).

Dessa forma, este artigo tem como objetivo, relatar a cirurgia de um primeiro molar superior decíduo (54), por indicação cirúrgica, seguida da instalação do aparelho mantenedor de espaço, do tipo banda alça, afim de preservar o espaço dentário para que o permanente tenha sua esfoliação concluída, sem que cause posteriormente maloclusões.

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente SDAS, gênero feminino, 06 anos de idade, leucoderma, apresentou-se a Clínica Escola de Odontopediatria da Faculdade Santa Maria (FSM), queixando-se de dor de dente, e queria uma avaliação.

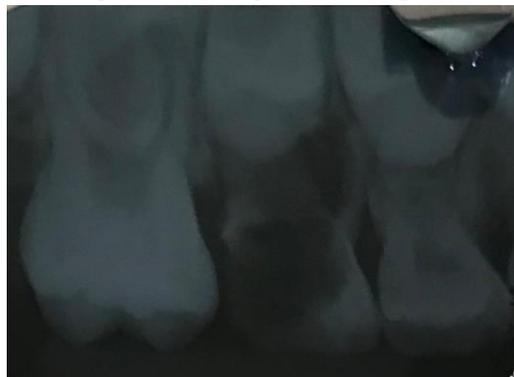
O exame clínico evidenciou que o primeiro molar superior esquerdo (54), apresentava extensa lesão cariosa (Figura 1), foi solicitado o exame radiográfico periapical (Figura 2), para avaliar a proximidade com o tecido pulpar, e estruturas relacionadas, após a análise radiográfica foi possível observar que o mesmo apresentava comprometimento pulpar, reabsorção radicular, além de início da esfoliação do dente permanente, dessa forma, pelo grau de comprometimento com estas estruturas, o elemento 54 foi indicado para exodontia. Na anamnese, a paciente não apresentava nenhum comprometimento sistêmico.

Antes do procedimento de exodontia, foi realizada seleção e adaptação da banda L35 no dente de suporte, neste caso o dente 55, houve excelente adaptação. Iniciamos o processo de a moldagem para posteriormente a realização do dispositivo mantenedor de espaço tipo banda – alça. Para a moldagem, foi utilizado a silicone de condensação e pasta catalizadora tipo Zeta Plus (Figura 3) manipulamos o silicone de condensação (Figura 4), e inserimos na moldeira perfurada parcial infantil (Figura 5), e em seguida na cavidade bucal da paciente permanecendo por 3 minutos, Logo após,

removemos com movimentos delicados para não causar distorções (Figura 6), inserimos a banda ortodôntica L35 no modelo, e fizemos um encruzilhado com fio ortodôntico 0.7 no modelo (Figura 7) para que durante o vazamento não tivéssemos problemas com o deslocamento da banda dentro do modelo, vazamos no gesso tipo III e IV, o tipo IV para a região em que será confeccionada, com ajuda da espátula n24 (Figura 8), e por cima o gesso tipo III, com ajuda de uma espátula de manipulação plástica (Figura 9), aguardamos por 2 horas a tomada total de presa do gesso (Figura 10), e o removemos do silicone do gesso (Figura 11). Para a confecção foi utilizado broca maxicut, maçarico, para aquecer a solda, alicates de ortodontia 139, Omêga e De La Rose, para auxiliar na execução das curvaturas do fio ortodôntico (Figura 12 e 13). Após a confecção do dispositivo (Figura 14), foi realizado o acabamento e polimento da peça com ponta de carborundum em peça reta (Figura 15), e em uma segunda sessão, equivalente a 07 dias, solicitamos que a paciente comparecesse a Clínica Escola, para a realização da exodontia do elemento 54 e instalação do dispositivo.

Para a realização da exodontia, pedimos para que a paciente realizasse bochecho por 1 minuto com Clorexidina 0.12%, após a realização do bochecho, demos início ao procedimento cirúrgico. Para isto, realizamos a técnica anestésica infiltrativa, com Lidocaína com Epinefrina 1.100:00, usando 2 tubetes, nos nervos alveolar superior médio e palatino maior, fizemos o descolamento das papilas com descolador de molt 07, e em seguida fizemos a adaptação do fórceps 69, avulsionando assim a raiz palatina (Figura 16), e com a ajuda do fórceps 65 a avulsão da raiz vestibular (Figura 17), após a exodontia, pedimos para que a paciente mordesse uma gaze umedecida em solução salina, por 5 minutos. Com a hemostasia controlada, demos início a instalação do aparelho, fizemos a limpeza do dente de suporte (55), manipulamos o cimento de ionômero de vidro, assim inserimos no dispositivo, e fizemos a adaptação no aparelho no segundo molar superior decíduo esquerdo, com a ajuda do mordedor de bandas, para atingir a posição oclusogengival final, realizando assim a adaptação do dispositivo mantenedor de espaço fixo, tipo banda alça (Figura 18).

Fizemos a avaliação do aparelho em boca, pedindo para a paciente falar e ocluir, a mesma não apresentou nenhum incômodo, solicitamos então que a paciente retornasse a Clínica Escola em 15 dias para uma nova avaliação, e após 90 dias, para acompanhar a evolução do caso. A paciente apresentou ótimos resultados de adaptação.

**Figura 1. Dente 54 Extensa Lesão Cariosa****Figura 2. Radiografica Periapical****Figura 3. Silicone de Condensação**

**Figura 4. Manipulação do Silicose de Condensação****Figura 5. Moldeira Perfurada Infantil Parcial****Figura 6. Remoção do Silicose de Condensação**

**Figura 7. Encruzilhado com Fio 0.7****Figura 8. Inserção do Gesso IV no Modelo****Figura 9. Inserção do Gesso III no Modelo**

**Figura 10. Gesso Tomando Presa de 2 horas****Figura 11. Remoção do Gesso do Silicone****Figura 12. Maçarico, Solda, Fio 0.7 e Alicates**

**Figura 13. Adaptando com Solda****Figura 14. Mantenedor de Espaço Confeccionado****Figura 15. Acabamento e Polimento Ponta Carborundum**

**Figura 16. Exodontia do Dente 54****Figura 17. Exodontia do Dente 54****Figura 18. Mantenedor de Espaço Instalado**

### 3 DISCUSSÃO

A ortodontia preventiva, se faz necessária, na prevenção do agravamento de problemas futuros de oclusão, dessa forma evitando a necessidade de uso de aparelho fixo e extração de dentes permanentes, também sendo realizado uma abordagem educativa para orientação e retirada e redução

de maus hábitos que podem comprometer a oclusão, principalmente os hábitos deletérios (CRUZ et al., 2014).

Sempre que necessário a abordagem multidisciplinar envolvendo a participação da ortodontia e cirurgia, é viável para alcançar resultados estéticos e funcionais adequados para a estabilidade a longo prazo (TAVARES; ALLGAYER, 2019). A ortodôntica de interceptação precoce pode remover ou reduzir a gravidade de uma má oclusão em desenvolvimento, a dificuldade do tratamento ortodôntico, o tempo e o custo geral do tratamento (ALMEIDA et al., 1999; ARAÚJO, 1988; MOYERS et al., 1991).

Os pacientes e responsáveis devem ser orientados, devido a importância de conservar os dentes decíduos no arco dental até a época adequada de sua esfoliação, buscando demonstrar os problemas que podem ocorrer com a perda prematura destes (SOUZA, 2003).

A perda precoce do elemento dentário decíduo, traz alterações indesejadas, como a migração dos dentes adjacentes, extrusão do dente antagonista, diminuindo ou fechando o espaço original, logo o dente decíduo tem como função também preservar espaço, para que o permanente venha a esfoliar em sua posição correta (JANSON et al., 2013).

A exodontia do elemento 54, seguida da instalação do aparelho mantenedor de espaço banda-alça, está a opção de eleição, em razão de que a paciente não venha a apresentar problemas com a esfoliação do permanente, e que posteriormente venha a desenvolver oclusopatias.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A percepção precoce e o encaminhamento adequado de casos que requerem ortodôntica interceptativa são significativamente importantes. Ainda pela falta de consciência entre os alunos, pais e cuidadores de forma geral, pode fazer com que os pacientes não sejam encaminhados para intervenção oportuna.

É importante identificar e indicar uma cirurgia de exodontias, principalmente as cirurgias que envolvem resultados estéticos e funcionais, logo está diretamente relacionada com oclusão (SILVA, et al, 2020). Afim de que se evite danos maiores, as alternativas em potencial no tratamento da oclusopatias é a prevenção, sendo as mais comuns condições funcionais adquiridas, atribuídas a dietas pastosas, problemas respiratórios e hábitos bucais deletérios, o que sugere o Ministério da Saúde (OMS, 1955; BRASIL, 2004).

Os benefícios que os tratamentos preventivos e interceptivos oferecem indiscutivelmente, alguns cuidados que devem ser tomados para que o resultado seja evidente, atendendo e sobretudo auxiliando o paciente a não desenvolver oclusopatias.

O aparelho mantenedor de espaço banda-alça, apresenta vantagens como eficaz e quando usado corretamente onde indicado. Além de ser de fácil confecção e ajustar-se facilmente as mudanças da dentição. Quando a ortodontia, seja ela preventiva ou interceptativa, são executadas no momento certo auxiliam na eficácia do tratamento corretivo e por vezes, elimina a necessidade de exodontias precoces (FERRAZ, 2001; MC DONALD, 1995; VIAZIS, 1999).

### REFERÊNCIAS

ALENCAR CRB, CAVALCANTI AL, BEZERRA PKM. Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e consequências ortodônticas. **Publicado UEPG Ciências Biológicas e da Saúde** 13(1/2): 29-37, 2007.

ALMEIDA RR, Daniela GG, Henrique JFC, Almeida MR, Almeida RR. **Ortodontia preventiva e interceptadora: Mito ou Realidade?** *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial* 4(6):87-108, 1999.

ALMEIDA, et al. Ortodontia Preventiva e Interceptora: Mito ou Realidade? *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial* ; 4(6):87108, 1999.

ARAÚJO MGM. Ortodontia para Clínicos. 4 ed. São Paulo: **Santos**;1988.

BATISTA AMR. Prevalência e etiologia da perda precoce de dentes decíduos nos pacientes atendidos na clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis (SC): **Universidade Federal de Santa Catarina** - Faculdade de odontologia; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira. **Projeto SB Brasil 2004**. Brasília; 2004.

CÂNDIDO, et al. Características da Oclusão Decídua em Crianças de 2 a 5 Anos de Idade em João Pessoa, PB, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. jan./abr, 10(1):15-22, 2010.

CARDOSO et al. Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 5(1): 17-22, 2005.

CRUZ, et al. A importância da ortodontia preventiva e Interceptativa. Revisão de literatura. **Fundação universitária a vida cristã, Pintamonhangaba**, 2014.

## **Brazilian Journal of Development**

FERNANDES KP, AMARAL MAT, MONICO MA. Ocorrência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico na dentição decidua. *Revista Gaúcha de Odontologia*. jul./set; 55(3), 2007.

FERRAZ, M.C.A. Manual Prático de Motricidade Oral: Avaliação e Tratamento. 5 ed. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2001.

GRABER, L.W.; VANARSDALL, Jr., R.L.; VIG, K.W.L. Ortodontia: Princípios e Técnicas Atuais. 5ª Edição. Rio de Janeiro: **Mosby Elsevier**, 1092p, 2012.

JANSON, et al. Introdução à Ortodontia. Editora **Artes Médicas LTDA**, 2013.

KELNER N, RODRIGUES MJ, MIRANDA KS. Prevalência de perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP- - UPE2005) *Revista Odontologia Clínico-Científica* 4(3): 213-18, 2005.

MCDONALD RE, AVERY DR. Odontopediatria. 6ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 608p, 1995.

MENEZES JVNB, ULIANA G. Perfil de crianças com dentes decíduos perdidos precocemente. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebe* 6(31): 196-200, 2003.

MOYERS et al. Tratamento precoce. In: MOYERS, R.E. **Ortodontia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.

NAKATA, M., WEI, S. H. Y. Guia de Oclusão em Odontopediatria. 2. ed. São Paulo: **Santos**, 2 ed, 104 p, 1995.

ORGANIZATION MUNDIAL DE LASALUD. Higiene dental: reseña de una reunion de um grupo de consultores. *Crônica de la OMS*. 9:1116, 1955.

PINKHAN, J.R. Odontopediatria: da infância à adolescência. 2.ed., São Paulo: **Artes Médicas**, 661p, 1996.

RICHARDSON A. "Interceptive Orthodontics" 2<sup>nd</sup> edition, London. **British Dental Journal**. 48-50p, 1989.

SANTOS et al. Early loss of deciduous molars in children assisted by the School of Dentistry of the University of Bahia. *Revista Odontologia Clínico-Científica*. Recife, 12 (3) 189-193, jul./set., 2013.

SILVA, A.A. Exodontics of an erupted premolar in palate region with orthodontic indication: case report. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 9, p. 70282-70292, sep. 2020.

SOUZA CO. Consequências e tipos de tratamentos após perda precoce de dentes decíduos Universidade Estadual de Campinas- **Faculdade de Odontologia**; 2003.

TAGLIAFERRO EPS, GUIRADO CG. Manutenção de espaço após perda precoce de dentes decíduos. **Revista da Faculdade de Odontologia**. 7(2): 13-7, 2002.

TAKAYAMA RG. **Análise da discrepância de modelo em escolares com perdas prematuras de caninos e molares decíduos**. Marília (SP): Universidade de Marília- Faculdade de Ciências Odontológicas; 2004.

TAVARES, ALLGAYER. Open bite in adult patients. **Dental Press Journal Orthodontics**. Sept-Oct;24(5):69-78, 2019

VIAZIS A. D. Atlas de ortodontia Avançada – Um guia para eficiência clínica. São Paulo. Ed. **Santos**, 1999.