

## Retenção prolongada de dentes decíduos, prematuridade e baixo peso ao nascer: Relato de caso clínico



<https://doi.org/10.56238/sevened2023.007-023>

### Aline Valeria Castro Soares

Aluna do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, Av. Prof. Dos Portugueses, 1966, Bacanga, 65080-805, São Luís, MA, Brasil.  
E-mail: [aline.valeria@discente.ufma.br](mailto:aline.valeria@discente.ufma.br)

### Roseane Pereira Ribeiro

Aluna do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, Av. Prof. Dos Portugueses, 1966, Bacanga, 65080-805, São Luís, MA, Brasil.  
E-mail: [roseane.ribeiro@discentefma.br](mailto:roseane.ribeiro@discentefma.br)

### Alex Luís Pozzobon Pereira

Ms., Dr. Professor associado do Departamento I de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, Av. Dos Portugueses, 1966, Bacanga, 65080-805, São Luís, MA, Brasil.  
E-mail: [alp.pereira@ufma.br](mailto:alp.pereira@ufma.br)

### Gisele Quariguasi Tobias Lima da Silva

Ms., Dr<sup>a</sup>. Professora associada do Departamento I de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, Av. Dos Portugueses, 1966, Bacanga, 65080-805, São Luís, MA, Brasil.  
E-mail: [gisele.tobias@ufma.br](mailto:gisele.tobias@ufma.br)

### RESUMO

A retenção prolongada dos dentes decíduos pode indicar uma alteração no processo de reabsorção fisiológica destes dentes. Vários fatores podem influenciar na reabsorção radicular dos dentes decíduos e consequentemente alterar a irrupção

adequada dos dentes permanentes sucessores. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores sistêmicos que parecem ser causas do atraso na erupção na irrupção dos permanentes. O objetivo desse artigo foi apresentar um caso clínico de retenção prolongada de dentes decíduos e irrupção retardada de dentes permanentes, em uma paciente de 8 anos de idade com histórico de prematuridade e ao baixo peso ao nascer; as consequências do atraso na irrupção e o tratamento proposto. A abordagem envolveu anamnese, exame clínico, exames complementares radiográficos (periapicais e panorâmicos) e em seguida foram programadas as intervenções cirúrgicas divididas em duas sessões clínicas de exodontias dos elementos dentais que dificultavam a irrupção dos elementos permanentes sucessores; inicialmente os elementos 52 e 62 e em seguida os dentes 73 e 83. Concluiu-se que a avaliação oportuna da retenção dos dentes decíduos e do atraso na irrupção dos dentes permanentes sucessores foi importante para a decisão de tratamento em uma paciente pretermo e de baixo peso ao nascer, fazendo com que a intervenção cirúrgica fosse apropriada para dificultar a irrupção lenta e/ou impactação dos dentes permanentes sucessores e evitar danos à oclusão do paciente, diminuindo a necessidade futura de tratamento corretivo invasivo, considerando ainda a necessidade de acompanhamento do avanço clínico do caso.

**Palavras-chave:** Dente Decíduo, Retenção de Dentadura, Odontopediatria.

## 1 INTRODUÇÃO

A reabsorção dentária fisiológica é um fenômeno natural, programado pelo organismo e essencial para a esfoliação dos dentes decíduos e posterior erupção dos sucessores permanentes<sup>1,2</sup>. Nesse processo, os dentes decíduos sofrem reabsorções graduais e concomitantes com a erupção dos dentes permanentes sucessores<sup>3,4</sup>. Esse recurso ocorre de modo intermitente, com períodos de reabsorção, remodelação e neoformação de estruturas dentárias<sup>5</sup>, que estão diretamente relacionados



com o posicionamento do germe do dente sucessor permanente<sup>1</sup>.

No entanto, se a reabsorção radicular dos decíduos não ocorrer de maneira uniforme e adequada, pode ocasionar a retenção prolongada destes elementos, com conseqüente atraso na irrupção dos dentes sucessores<sup>6,7,8</sup>. É considerada retenção prolongada de dentes decíduos quando estes dentes permanecem na cavidade oral, prevalecendo à cronologia normal da sua esfoliação, por um tempo superior a seis meses<sup>8</sup>.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são considerados fatores relacionados à possíveis causas para o atraso da irrupção dentária de decíduos, prejudicando a irrupção dos dentes permanentes, determinando um atraso geral no desenvolvimento<sup>9,6</sup>. Entretanto não existe concordância entre os pesquisadores, que consideram que ao corrigir a idade pela prematuridade, o atraso na erupção dos decíduos não é observado<sup>10,11,12</sup>.

De qualquer modo, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são condições que afetam o desenvolvimento das estruturas buco-dentárias como, por exemplo, com o atraso na cronologia de irrupção dentária e devem ser cautelosamente estudadas para que as crianças possam receber atenção especial do cirurgião-dentista, com abordagem clínica adequada, de modo a conduzir o dente sucessor permanente a uma irrupção segura, garantindo uma melhor oclusão e estética durante o ciclo biológico na cavidade bucal.

Nessa perspectiva, esse trabalho teve como objetivo apresentar um relato de caso clínico de retenção prolongada dos dentes decíduos e irrupção retardada de dentes permanentes em uma paciente com histórico de prematuridade e ao baixo peso ao nascer; as conseqüências do atraso na irrupção e o tratamento proposto.

## 2 METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, curto que tem como propósito apresentar um relato de caso clínico, com pouca frequência na clínica odontológica, que corresponde à retenção prolongada dos dentes decíduos. Inicialmente, foi realizado o atendimento à paciente para a coleta de dados através da anamnese, exame clínico e físico, além da realização de registro fotográfico e solicitação de exames complementares como a radiografia panorâmica. Os atendimentos foram realizados na clínica escola da Universidade Federal do Maranhão, na disciplina clínica integrada infantil. O responsável foi informado que não haveria custos pelo tratamento realizado e o nome do menor mantido em sigilo, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### 2.1 RELATO DE CASO

Paciente ASRC, sexo feminino, leucoderma, 8 anos de idade, normorreativa, compareceu acompanhada do seu responsável à Clínica de Integrada de Infantil da Universidade Federal do



Maranhão em novembro de 2021, com a queixa de não amolecimento dos dentes decíduos. Na anamnese foi relatado que a criança nasceu prematura de 32<sup>a</sup> semanas por meio de uma cesariana indicada devido a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) + centralização fetal. Nasceu pesando 1.600 gramas e medindo 42 cm, a mesma foi paciente de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), seguido de Berçário Intermediário (BI) até chegar ao Alojamento Conjunto (ALCON) durante 18 dias. Tendo como alimentação inicial o Leite Humano Pasteurizado (LHP) e Leite Materno (LM) e posteriormente sendo sua alimentação exclusiva de LM até os 3 meses, recebendo alta com 1.780 gramas e medindo 43,5 cm.

Foi relatado também que a paciente não apresentou nenhuma mal formação ou qualquer outra complicação, não sendo necessário durante toda sua internação intubação ou reanimação. Quanto ao desenvolvimento de fala, cognitivo, motor, neurológico, a criança não apresentou nenhum atraso, tendo sua curva de desenvolvimento normalizada aos dois anos de idade.

No que se refere a alimentação, foi informado que até os 3 meses de vida foi ofertado apenas o leite materno a livre demanda, após esse período foi acrescentado a fórmula como complemento. Após os 5 meses iniciou a introdução alimentar com suco e sopa de legumes, e com um ano e meio já se alimentava com alimentos sólidos. Vale ressaltar que a criança foi acompanhada por uma equipe multidisciplinar (terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista, pediatra, oftalmologista) da UTI até os dois anos de idade quando recebeu alta. A mesma não faz ingestão de refrigerantes e tem sua alimentação acompanhada por nutricionistas e pediatra, não fazendo consumo abusivo de açúcares de adição.

Quanto a dentição, foi relatado que a paciente teve a irrupção do primeiro dente decíduo aos 10 meses, e seguiu normalmente a erupção dos demais dentes de acordo com a cronologia adequada para os dentes decíduos. No entanto, quanto a troca da dentição decídua pela permanente, foi informado que desde o primeiro dente nunca houve amolecimento completo (reabsorção radicular total), sendo necessário exodontias em consultório dos elementos dentais 51, 61, 71, 72, 81 e 82, devido a erupção ectópica dos permanentes dos dentes em questão (Figura 1 e 2).

Figura 1. Imagem inicial irrupção dos dentes 31 e 41 por lingual



Figura 2. Imagem da irrupção do dente 32 por lingual.



As fotografias iniciais (figura 1 e 2) foram obtidas através da família. Na figura 1, é possível observar a erupção ectópica dos incisivos centrais inferiores 31 e 41 por lingual dos incisivos decíduos 71 e 81. E na figura 2, a erupção do lateral inferior 72 atrás do lateral decíduo, o que já demonstra a



precoce alteração na reabsorção e erupção dental do sucessor mesmo com o decíduo ainda na arcada.

Durante o exame clínico em consultório, observou-se que a paciente apresentava dentição mista em condições clínicas de saúde, ou seja, sem sinais de doença cárie ou doença periodontal, livre de cáries. No arco superior observou diastemas nos incisivos centrais e no arco inferior apinhamentos dos dentes 31,32,41 e 42. Foram solicitados exames complementares radiográficos (periapicais e panorâmica) para fins de confirmação de diagnóstico (Figura 3).

A paciente é cognitiva, saudável e essa alteração não foi associada a nenhuma síndrome e nem a histórico familiar, sendo a mesma, a primeira a apresentar essa condição de retenção dos dentes decíduos.

Figura 3. Exame radiográfico de acompanhamento dos elementos 52,62



A radiografia panorâmica revelou dentição mista, os germes dos elementos sucessores 33 e 43 se encontravam em posição vertical intraóssea, estando no 8 estágio, com praticamente 2/3 da sua raiz formada, não havendo reabsorção das raízes dos elementos predecessores. Sendo afastado a suspeita da distância entre o ápice das raízes dos dentes decíduos em relação ao germe dental dos sucessores como fator responsável pela reabsorção irregular (Figura 3).



Figura 4. Exame radiográfico após 8 meses de acompanhamento



Após 8 meses de acompanhamento foi realizado novo exame radiográfico através de panorâmica, que determinou o diagnóstico de retenção prolongada dos dentes 52, 62, 73 e 83. Os germes dentais dos dentes sucessores se encontravam em posição vertical intraósseo, estando os elementos dentais sucessores 12 e 22 no estágio 7 de Nolla, com praticamente 1/3 da sua raiz formada; e os elementos 33 e 43 encontrando-se no 9 estágio de Nolla, com suas raízes quase completas ápice aberto. Sendo notório a reabsorção irregular das raízes de seus antecessores, não apresentando qualquer obstruções físicas para irrupção dentária. Dessa forma, foi indicado as exodontias dos elementos dentais 52, 62, 73 e 83, e as intervenções cirúrgicas foram divididas em duas sessões clínicas; inicialmente os elementos 52 e 62 e em seguida os dentes 73 e 83 (Figura 4).

Figura 5. Imagem dos elementos extraídos





A figura 5 evidencia a reabsorção radicular de forma irregular, onde pode-se observar cada vez menos reabsorção à medida que a paciente cresce, sendo possível comprovar a completa falta de reabsorção radicular nos elementos dentais 52, 62, 83. Caracterizando uma condição sistêmica da paciente, visto que, essa alteração ocorreu em todos os dentes até então extraídos.

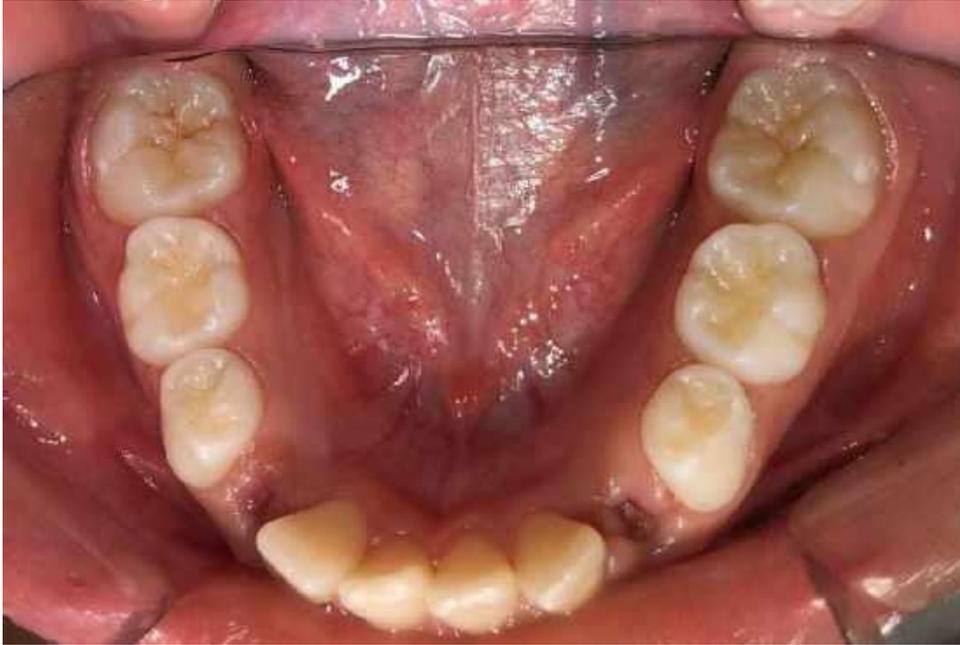
Figura 6. Exame clínico intra-oral em oclusão após as exodontias 52,62,73 e 83



Figura 7. Exame clínico intra-oral do arco superior após as exodontias 52 e 62.



Figura 8. Exame clínico do arco inferior após as exodontias 73 e 83.



As imagens 6, 7 e 8 foram realizadas 15 dias após as exodontias, para acompanhamento e registo do caso. Visto que a paciente não apresenta nenhuma síndrome para que justifique essa alteração. Foram apontados como justificativa para essa condição a prematuridade e ao baixo peso ao nascer, já que a mesma nasceu com 32<sup>a</sup> semanas e com pesando 1.600 gramas.

Figura 6. Exame radiográfica de acompanhamento 5 meses após as exodontias.



Na imagem 6, a radiografia de acompanhamento após 5 meses das exodontias, as irrupções dos elementos 12, 22, 33 seguem de forma adequada e gradativas. Também é possível observar a impaction dos elementos dentais 43, 13 e 23; a anatomia conóide dos elementos 12 e 22; e posição girovertida do elemento dental 34.



### 3 DISCUSSÃO

A retenção prolongada dos dentes decíduos pode ser determinada por vários fatores, sejam eles, de origem genética, sistêmica, ou local<sup>6,13,14,15</sup>. No caso clínico apresentado neste estudo, fatores sistêmicos relacionados à prematuridade, em que o responsável relatou o nascimento da paciente na 32ª semana gestacional; e ao baixo peso ao nascer, com 1.600 gramas, pareceram ter contribuído para a retenção prolongada, considerando que não há casos semelhantes na família e a paciente não apresentou, até o momento, qualquer outra alteração que justificasse essa condição.

O exame clínico associado a radiografias periapicais, oclusais e panorâmicas podem auxiliar na descoberta de possíveis agentes etiológicos relacionados à ausência de irrupção de um dente<sup>9,14,16</sup>. O exame radiográfico permite a identificação de fatores que possam mascarar o diagnóstico e até mesmo contraindicar o procedimento, como uma camada óssea recobrindo a coroa dentária, agenesia e grau de formação radicular sendo decisivo para um diagnóstico correto<sup>16</sup>. Nesse sentido, situações de agenesia dentária e retardo na irrupção dental parecem apresentar sinais semelhantes, como a ausência dos dentes permanentes na cavidade oral<sup>1,2,17</sup> portanto, é importante realizar o diagnóstico diferencial para que se possa estabelecer a melhor forma de tratamento<sup>9,15</sup>.

No caso clínico apresentado em nosso estudo, foram realizados exames clínicos e complementares radiográficos com panorâmicas, a fim de confirmar o diagnóstico de retenção prolongada e descartar a possibilidade de agenesia dentária, no entanto, observamos que os dentes 12, 22, 33 e 43 estavam presentes à nível intra-ósseo e não verificamos quaisquer alterações clínicas que pudessem impedir a reabsorção radicular dos elementos dentais 52, 62, 73 e 83. Os germes dentais dos dentes sucessores se encontravam em posição vertical intra-ósseo, estando os elementos dentais sucessores 12 e 22 no estágio 7 de Nolla, com praticamente 1/3 da sua raiz formada; e os elementos 33 e 43 encontrando-se no 9 estágio de Nolla, com suas raízes quase completas e ápices abertos. Por outro lado, os elementos dentais decíduos 52, 62, 73 e 83 quase não apresentavam reabsorções radiculares (figuras 4 e 5).

O tratamento relatado para os casos de retenção prolongada de dentes decíduos tem sido a intervenção cirúrgica com acompanhamento a depender da idade em que foi iniciado o tratamento, o período de desenvolvimento em que se encontra o paciente e as consequências observadas<sup>6,14,18</sup>. A paciente do caso clínico em análise apresentava 8 anos de idade e tinha como consequências a erupção ectópica dos incisivos inferiores 31, 41, 32 e 42, e impaction dos caninos 33 e 43. Esse caso foi tratado com cirurgia para remoção dos elementos dentais 52, 62, 73 e 83, e acompanhamento.

Para uma oclusão fisiologicamente adequada é importante que a cronologia de irrupção seja respeitada em todas as suas fases e estágios. Quando existe a ausência ou atraso na irrupção de um elemento dentário, deve-se procurar criteriosamente a causa, a fim de planejar corretamente a época e o tipo de tratamento a ser adotado<sup>6,14,15,18</sup>. No caso clínico apresentado não verificamos



ausência de sucessor, mas sim um atraso com erupção ectópica dos incisivos inferiores.

Durante a erupção do dente permanente, o osso alveolar e as raízes dos dentes decíduos são reabsorvidas em extensão maior que a necessária para o movimento irruptivo do mesmo. Este excesso de reabsorção é reparado por nova formação de osso e cemento no período de repouso<sup>1,2,19</sup>. Apesar de os períodos de repouso serem mais longos, a reabsorção predomina e o resultado final é a esfoliação do dente decíduo. Os dentes permanentes só erupcionam quando as raízes dos decíduos forem adequadamente reabsorvidas<sup>2,14,20</sup>. Isto acontece porque a reabsorção radicular normal orienta a irrupção do sucessor<sup>14,21</sup>. No entanto, esta orientação quanto a reabsorção radicular não foi observado no caso clínico apresentado, pois o mesmo apresentou histórico odontológico de reabsorção radicular incompleta, desde a irrupção do primeiro dente sucessor permanente.

A retenção prolongada dos decíduos altera a via normal de irrupção dos dentes sucessores, resultando na impactação, irrupção ectópica<sup>21,22</sup>, reabsorção radicular de dentes adjacentes, formação cística, desenvolvimento de cárie e doença periodontal. Essa condição pode ser diagnosticada precocemente, desde que a sequência de irrupção dos sucessores seja acompanhada periodicamente e radiográfico<sup>14,21</sup>. Foi observado que a paciente em toda sua vida apresentou-se com saúde bucal, não teve história anterior ou mesmo no momento da avaliação para o estudo, de cárie dentária ou doença periodontal, mas se registrou alterações na mordida causadas pelas irrupções ectópicas dos elementos dentais 41,31, 42 e 32 (figuras 1 e 2).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer têm sido descritos como causas para o retardo na erupção dentária de dentes decíduos e consequente atraso na troca destes pelos sucessores permanentes, além de aparecimento de defeitos no esmalte, desde alterações de cor até danos mais severos, como agenesia dental<sup>6,23,24</sup>. Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer têm maior risco de defeitos no esmalte<sup>6,9,24</sup>. A paciente da nossa pesquisa nasceu pesando 1.600 gramas, o que está bem abaixo do peso considerado adequado para um recém-nascido, e essa condição pode ter influenciado no atraso da erupção e consequente retenção prolongada dos dentes decíduos.

O bebê prétermo, frequentemente, tem uma deficiência respiratória, requerendo uma ventilação mecânica através de tubos nasotraqueais ou orotraqueais. Apesar disso, a entubação orotraqueal e a laringoscopia podem provocar danos à laringe, provocar cistos subglóticos, estenose bronquial, além das fendas palatinas, ranhuras alveolares, dilaceração dos dentes decíduos, mordidas cruzadas, mordidas abertas, problemas na fala e hipoplasia do esmalte<sup>6,9,25</sup>. Há registros na literatura de hipoplasia e hipocalcificação em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer em ambas as dentições, cuja incidência varia entre 66 e 96%<sup>26,27,28</sup>. Durante anamnese foi relatado pelo responsável que a paciente não precisou de auxílio de ventilação mecânica para respirar, sendo a sua permanência na UTI/BI/ALCON apenas devido ao baixo peso. Provável que esse fato possa ter contribuído para que não identificássemos quaisquer defeitos em esmalte ou alterações hipoplásicas



O baixo peso ao nascer pode ser consequência ao nascimento prematuro, tamanho para idade gestacional ou ambos, mas sua etiologia é de causa multifatorial e tal condição pode causar alterações no desenvolvimento de estruturas bucais, doenças respiratórias, infecciosas, cardiovasculares, gastrointestinais, sensoriais, neurológicas, disfunção metabólica e problemas no crescimento e desenvolvimento da criança ao longo da vida<sup>17,23,29</sup>. Contrariamente ao que foi exposto, o caso apresentado nesse relato não informou quaisquer doenças crônicas, inflamatórias ou infecciosas, somente alterações de desenvolvimento das estruturas bucais relacionados à retenção prolongada dos elementos dentais decíduos e irrupção ectópica dos dentes permanentes.

Um fator que contribui para uma condição bucal desejável, é manter uma alimentação balanceada após o período de amamentação, uma vez que, estados de carência ou a ingestão de grupos alimentares específicos podem influenciar na odontogênese, erupção dental e o desenvolvimento de cárie<sup>30,31,32</sup>. E essas alterações nutricionais podem acarretar em alterações estruturais nos tecidos dentários, que podem ocasionar anomalias na posição e tempo de erupção desse órgãos dentais<sup>33,34,35</sup>. Dados sobre a alimentação da paciente revelaram os cuidados e o perfil livre de cárie e de doença periodontal.

O presente trabalho apresentou algumas limitações, como o fato de apresentar poucos artigos atuais sobre essa temática disponíveis online gratuitamente e completos. Sendo indispensável que novos estudos sejam realizados para aprofundar a discussão sobre o tema. Entretanto, esse relato de caso buscou contribuir com o correto diagnóstico e a indicação apropriada do procedimento a ser realizado em situações de retenção prolongada de decíduos e irrupção ectópica de dentes permanentes em pacientes com histórico de prematuridade e baixo peso. É importante orientar pais ou responsáveis profissionais da saúde, como médicos e cirurgiões-dentistas, sobre possíveis atrasos na irrupção dentária, evitando danos futuros no desenvolvimento de uma oclusão inadequada, podendo levar a limitações funcionais e problemas psicossocial, visto que, influência diretamente na estética da pessoa.

## 4 CONCLUSÃO

Baseando-se no caso clínico exposto, conclui-se que:

- A retenção prolongada dos dentes decíduos, o atraso na irrupção ou irrupção ectópica dos dentes permanentes sucessores podem estar por trás de condições sistêmicas, como prematuridade e baixo peso ao nascer.
- A intervenção cirúrgica de forma precoce pode minimizar os danos ou evitar maiores consequências à oclusão do paciente, podendo diminuir a necessidade futura de tratamento corretivo invasivo, considerando ainda a necessidade de acompanhamento do avanço clínico do caso.



## REFERÊNCIAS

- Consolaro A. Reabsorções dentárias nas especialidades odontológicas. (2002). Maringá: Dental Press; 448 p.
- Guedes Pinto AC. Odontopediatria. (2016). 9 ed. São Paulo.
- Aktan AM, Sener I, Bereket C, Çelik S, Kirtay M, et al. Na evaluation of factors associated with persistente primary teeth. (2012) Eur J Orthod. 34 (2): 208-12.
- Xavier TA. Retenção prolongada de dentes decíduos: possíveis fatores etiológicos locais e sistêmicos. (2016). Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 71f.
- Prove AS, Symons AL, Meyers. Physiological root resorption of primary molars. (1992). J. Clin. Pediatr. Dent. Birmingham, v. 16, n. 3, p. 202 – 6, Spring.
- Corrêa FNP, Ruschel HC, Abanto J, & Corrêa MSNP. (2010). Retenção prolongada de segundos molares decíduos inferiores: relato de caso. *ConScientiae Saúde*, 9(1), 125-130.
- Kuboyama J. Atrasos na Erupção Dentária: o que os Causa e Como Proceder? (2018). Disponível em <https://www.portalped.com.br/author/dra-juliana-kuboyama/> Acesso em: 10 abr.2023.
- Bellão AF, Robim LEC, Moreti LCT, Sakashita MS, Cruz MCC. da. P 007 - Retenção prolongada de dentes decíduos: relato de caso. (2018). Archives of health investigation, [S. l.], v. 6. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/2819>. Acesso em: 01 set. 2022.
- Caixeta FF, Corrêa MSNP. Os defeitos do esmalte e a erupção dentária em crianças prematuras(2005). Revista da Associação de Medicina Brasileira. 51(4): 195-199.
- Ramos SRP, Gugisch RC, Fraiz FC. The influence of gestacional age and birth weight of the newborn on tooth eruption. (2006). J Appl Oral Sci. 14 (4): 228-32.
- Ferrini FRO, Marba STM, Gavião MB. Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. (2007). Rev Paul Pediatr. 25 (1); 66-71.
- Zaidi I, Tahyath MN, Singh S, Sinha A. Preterm birth: a primary etiological factor for delayed oral growth and development. (2015). Int J Clin Pediatric Dent. 8 (3): 215-9.
- Duarte MEQ, et al. Fatores associados à cronologia de erupção de dentes decíduos – Revisão de Literatura: Erupção de dentes decíduos e fatores associados. (2011). Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 9(1): 139-151.
- Teixeira, F. S., Campos, V., Mitchell, C., & Carvalho, L. M. B. D. (2005). Retenção prolongada de molares decíduos: diagnóstico, etiologia e tratamento. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, 10, 125-137.
- Duque C, et al. Ulectomia: Relato de casos clínicos. (2020). Disponível em: <http://pt.scribd.com/document/72541942/Ulectomia> Acesso em: 15/04/2023.
- Gama EA; Sousa, KE R.; Costa AKM.; Macedo GSF.; Oliveira AJ. Ulectomia como Opção Cirúrgica no Retardo da Irrupção Dentária em Criança: Relato de Caso Clínico. (2022). JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. Fev. Fluxo



Contínuo. Ed. 34. V. 1. Págs. 106-117.

Diniz MB. et al. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. (2011). Revista Paulista de Pediatria. 29(3): 449-455.

Suri L., Ggari E, Vastardis H., Delayed tooth eruption: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review. (2004). Am J Orthod Dentofacial Orthop. 126:432-45.

Lourenço SQC, Consolaro A. Apoptosis in odontogenesis: dental lamina, Hertwig's epithelial sheath and reduced ameloblasts. (1997). J Dental Res. 76:120.

Mjor IA, Fejerskov O. Embriologia e histologia oral humana. (1990) São Paulo: Panamericana.

Freitas M. Etiologia das mal oclusões: fatores intrínsecos. (2000). 93 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Cavalcanti AL; Paiva LCA. Utilização da ulectomia na clínica infantil: relato de caso. (2005). UEPG Ci. Biol. Saúde. Ponta Grossa, v.12, n.3, p.39-42.

Freire A, Tancredo N. Implicações pulpares na movimentação ortodôntica. (1979). Res. Bras. Odontol. (1979); 36(3): 56-64.

Lai PY, Seow WK, Tudehope DI, Rogers Y. Enamel hypoplasia and dental caries in very- low birthweight children: a case controlled, longitudinal study. (1997). Pediatr Dent. 19(1):42-9.

Seow WK, Brown J, Tudehope D, Callaghan M. Development defects in the primary dentition of lowbirth weight: adverse effects of laryngoscopy and prolonged endotracheal intubation. (1984). Pediatr Dent. 6(1):28-31.

Seow WK. Effects of preterm birth on oral growth and development. (1997). Aust Dent J. 42:85-91.

Aine L, Backström MC, Mäki R, Kuusela AL, Koivisto AM, Ikonen RS et al. Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. (2000). J Oral Pathol Med. 29:403-9.

Machado FC, Ribeiro RA. Enamel defects and dental caries in premature and/ or low birthweight children. (2004). Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 4:243-7.

Patrício FB, Negreiros JHCN, de Almeida HCR, & Vieira SCM. (2021). Fatores associados à cronologia de erupção dos dentes decíduos: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(2), e6074-e6074.

Batista LRV, et al. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. (2006). Revista de Nutrição; 20(2): 191-196.

Vantine FF, Carvalho PL, Candelária LFA. Estudo dos fatores que alteram a cronologia de erupção dentária. (2010). Rev Bras Epidemiol. 13 (2): 246-58.

Rezende KMPC, Zöllner MSAC, Santos MRN. Avaliação da Erupção Dental Decídua em Bebês Considerados de Risco. (2010). Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 10 (1): 61- 5. 17.

Bastos JL, et al. Infant growth, development and tooth emergence patterns: A longitudinal study



from birth to 6 years of age. (2007). *Archives Oral Biology*, 52(1): 598-606.

Mota MRL et al. *Manual trocas dentárias: conceitos básicos*. Fortaleza: PET Odontologia UFC: Projeto Dr. Sorriso, 2021. E-book. ISBN 978-65-00-40644-3. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/65872>. Acesso em: 17/05/2021.

Lynch RJ. The primary and mixed dentition, post-eruptive enamel maturation and dental caries: a review. (2013). *Int Dent J*. 63 (Suppl. 2): 3-13