



CURSO DE ODONTOLOGIA

LAÍS NASCIMENTO CARNEIRO

**ANQUILOSE NA DENTIÇÃO DECÍDUA: UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

**ANKYLOSIS IN THE DECIDUOUS DENTITION: A
LITERATURE REVIEW**

SALVADOR

2019.1

LAÍS NASCIMENTO CARNEIRO

**ANQUILOSE NA DENTIÇÃO DECÍDUA: UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

**ANKYLOSIS IN THE DECIDUOUS DENTITION: A
LITERATURE REVIEW**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Profa. Dra. Iza Teixeira Alves Peixoto

SALVADOR

2019.1

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus avós Maria Luiza e Setembrino e aos meus pais Deyjane e Adroaldo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas bênçãos e força concedidas nessa etapa da minha vida.

Aos meus pais, Deyjane e Adroaldo, por todo amor, valores passados e apoio.

Aos meus avós Maria Luiza e Setembrino, por toda criação, amor e alicerce.

Ao meu tio Valdir, pelas experiências e incentivo passados.

Ao meu namorado Felipe, por todo carinho, compreensão e ajuda.

A minha prima Chayse e minha tia Juscy por todo suporte e afeto durante a caminhada.

A minha Orientadora Professora Dra. Iza Peixoto por todos os ensinamentos, correções, apoio na construção do trabalho e carinho.

A minha preceptora de estágio Mônica Corbacho por toda contribuição no meu aprendizado enquanto profissional e ser humano.

A minha banca avaliadora: Dra. Ana Carla Robatto e Dra. Carla Brandão, por aceitarem contribuir na construção do meu trabalho.

A Thaís Ramos por todos os incentivos, contribuições e ensinamentos. A minha amiga Ariane Santana por todos os ensinamentos, afeto e palavras de reedificação quando precisei.

A minha amiga Camilla Dourado por todo amor, incentivo e amparo.

A minha amiga Aline Silva por toda amizade, carinho e apoio.

A Priscila e Roni, funcionários da xerox, por todo carinho e acolhimento.

A minha dupla Maria Flávia por toda ajuda, amizade e contribuições.

A Leila Fidelis por toda palavra de força, contribuição e afeto.

A Bianca Silveira por ter me impulsionado em minhas mudanças.

A Tamires Belas e Thamiris Assis por toda contribuição e palavras de apoio.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, todos meus colegas, funcionários e professores que contribuíram de alguma forma, para que chegasse até aqui.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 DEFINIÇÃO	10
3.2 CLASSIFICAÇÃO	10
3.3 ETIOPATOGENIA	11
3.4 FREQUÊNCIA E LOCALIZAÇÃO	12
3.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO	12
3.6 CONSEQUÊNCIAS	14
3.7 TRATAMENTO	15
3.7.1 Acompanhamento clínico e radiográfico	16
3.7.2 Reconstrução das distâncias proximais e oclusais	16
3.7.3 Luxação cirúrgica	16
3.7.4 Exodontia	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 - Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

RESUMO

Os dentes anquilosados caracterizam-se pela fusão anatômica entre o dente e o osso alveolar, em que o dente comprometido posiciona-se aquém do plano oclusal. Ocorre com maior prevalência em dentes posteriores, sendo os molares inferiores os mais acometidos. Este trabalho tem como finalidade apresentar uma revisão de literatura sobre anquilose dento-alveolar na dentição decídua, descrever suas características, possíveis etiologias e condutas odontológicas. Para realização desta revisão, foram realizadas buscas de artigos científicos no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que estão indexados as bases de dados: PUBMED, Scielo, Lilacs, BBO-Odontologia e livros, entre os anos de 2000 a 2019. A anquilose possivelmente advém de uma falha genética, trauma ou distúrbios no metabolismo local da rizólize. A permanência de um dente anquilosado pode causar inclinação dos dentes vizinhos, redução do comprimento do arco dentário, impacção do dente permanente, erupção ectópica, cárie e doença periodontal. O seu tratamento depende do grau de infra-oclusão do dente - caso seja suave ou moderado, há a indicação de acompanhar a unidade ou reconstruir as distâncias proximais e oclusais; caso seja classificado como severo, há uma indicação de intervenção com extração e confecção de um mantenedor de espaço. Portanto, é necessário fazer o diagnóstico do dente decíduo anquilosado o quanto antes para obter a melhor conduta odontológica e evitar possíveis complicações decorrentes desta condição.

Palavras-chave: Anquilose; Dente Decíduo; Má Oclusão.

ABSTRACT

The ankylosed teeth are characterized by the anatomical fusion between the tooth and the alveolar bone, in which the compromised tooth is positioned below the occlusal plane. It occurs with higher prevalence in posterior teeth, with lower molars being the most affected. This paper aims to present a review of the literature on dentoalveolar ankylosis in the deciduous dentition, to describe its characteristics, possible etiologies and dental conducts. In order to carry out this review, searches of scientific articles were carried out in the Virtual Health Library (VHL) portal, which are indexed databases: PUBMED, Scielo, Lilacs, BBO-Dentistry and books, between the years 2000 to 2019. Ankylosis possibly arises from a genetic fault, trauma or disturbances in the local rhizolysis metabolism. The permanence of an ankylosed tooth may cause inclination of the surrounding teeth, reduction of dental arch length, permanent tooth impingement, ectopic eruption, caries and periodontal disease. Its treatment depends on the degree of infra-occlusion of the tooth - if it is mild or moderate, there is an indication to follow the unit or reconstruct the proximal and occlusal distances; if it is classified as severe, there is an indication of intervention with extraction and confection of a space maintainer. Therefore, it is necessary to diagnose the ankylosed deciduous tooth as soon as possible to obtain the best dental practice and avoid possible complications resulting from this condition.

Key-words: Ankylosis; Tooth Decay; Malocclusion.

1 INTRODUÇÃO

A anquilose dento-alveolar é a união entre o dente e o osso alveolar devido à obliteração do ligamento periodontal no local da raiz do dente acometido pela anquilose. Tem como característica comum a infra-oclusão, podendo estar levemente fora de oclusão ou até mesmo dentro do processo alveolar. Outra característica importante é a falta de mobilidade quando estimulados manualmente ou por instrumentos odontológicos^(1,2,3,4).

Os pacientes acometidos pela anquilose têm o risco de desenvolvimento de má-oclusão e, conseqüentemente, uma maior facilidade no desenvolvimento da doença cárie e/ou alteração periodontal devido à uma maior dificuldade de higienização do local. Os molares decíduos são dentes frequentemente atingidos pela anquilose^(2,5,1,4,6).

Existe uma classificação para anquilose baseada no grau de infra-oclusão que ela ocorre, podendo ser: leve, moderada ou severa. O diagnóstico precoce é essencial para o estabelecimento de intervenções adequadas, favorecendo assim um melhor prognóstico para o paciente, a fim, de evitar o desenvolvimento de más oclusões. No que se refere ao tratamento dos dentes decíduos anquilosados deverão ser observadas particularidades do paciente^(7, 8,9,10).

Nesse contexto, o tema em questão apresenta importantes repercussões no sistema estomatognático. Por isso, se torna de extrema importância o conhecimento por parte do cirurgião-dentista, a fim de diagnosticá-la e oferecer o tratamento que apresente o melhor prognóstico.

Assim, esse trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão da literatura sobre anquilose na dentição decídua, descrever suas características, possíveis etiologias e condutas odontológicas e informar o cirurgião-dentista para que este realize um melhor diagnóstico e conduta terapêutica.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão de literatura narrativa, acerca da anquilose na dentição decídua. Para realização desta revisão, foram realizadas buscas de artigos científicos no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que estão indexados as bases de dados: PUBMED, Scielo, Lilacs, BBO-Odontologia. Foram utilizados os seguintes descritores: Anquilose; Dente Decíduo; Má Oclusão (contidos no DECs). Além dos artigos pesquisados, foram utilizadas outras referências bibliográficas (livros). Após o uso dos descritores, foram delimitados os seguintes critérios de inclusão: artigos entre os anos de 2000 a 2019, além de artigos clássicos referente ao tema, pertinentes ao objetivo do trabalho e pertencentes à língua inglesa, portuguesa e espanhola. Foram excluídos desse estudo os artigos irrelevantes a temática e que não atendiam os filtros utilizados no portal BVS.

Como resultado, foram encontrados 52 artigos, dentre esses, 24 foram selecionados para análise. O estudo atendeu às diretrizes e critérios estabelecidos na lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que atende os direitos autorais e assegura os aspectos éticos, garantindo a autoria dos materiais pesquisados.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DEFINIÇÃO

A anquilose é considerada uma anomalia⁽¹¹⁾ na qual ocorre uma união entre o dente (cimento e/ou dentina) e o osso alveolar⁽¹²⁾, devido à uma substituição do ligamento periodontal por tecido mineralizado^(1-3,13). Este processo pode ocorrer em uma única área da raiz ou mais áreas⁽²⁾.

Com o processo de fusão entre o dente e osso alveolar em paralelo ao crescimento facial, o desenvolvimento vertical do dente torna-se comprometido, culminando em uma importante característica da anquilose: a infra-oclusão⁽³⁾. Na região da anquilose, não ocorre o crescimento ósseo alveolar e o dente anquilosado posiciona-se abaixo do plano oclusal em relação aos dentes adjacentes⁽⁴⁾.

3.2 CLASSIFICAÇÃO

A anquilose pode ser classificada de acordo com sua extensão de infra-oclusão em três estágios, baseada na relação da superfície oclusal do dente anquilosado com a superfície oclusal do dente adjacente:

- Estágio leve: a superfície oclusal do dente anquilosado vai estar 1mm aquém da superfície oclusal dos dentes adjacentes;
- Estágio moderado: a superfície oclusal do dente anquilosado vai estar ao nível do ponto de contato dos dentes adjacentes;
- Estágio severo: a superfície oclusal vai estar à altura ou abaixo do nível gengival interproximal de um ou ambos os dentes adjacentes Brearley LJ e MckibbenDH(1973) APUD^(8,14).

Figura 1- Classificação da anquilose quanto à severidade



Legenda: 1) Anquilose estágio leve 2) Anquilose estágio moderado 3) Anquilose estágio severo
 Fonte: Mohammed, Al-Essa⁽¹⁵⁾.

Existe outra classificação para anquilose de acordo com a fase da sua ocorrência. Ela é considerada precoce quando ocorre antes do processo de reabsorção radicular e tardia quando ocorre após o processo de reabsorção radicular⁽¹⁶⁾.

3.3 ETIOPATOGENIA

A literatura afirma que a etiologia da anquilose dento-alveolar é desconhecida^(8,10,16), havendo, no entanto, teorias etiológicas que busquem justificar a sua ocorrência: teoria do distúrbio do metabolismo local, teoria do trauma e teoria genética^(8,14,7). O fator determinante para o surgimento da anquilose dento-alveolar é o desaparecimento do ligamento periodontal⁽⁵⁾.

- Teoria do trauma: Geralmente, a anquilose ocorre com incidentes traumáticos ao ligamento periodontal, desde incidentes mais simples aos mais severos⁽¹⁷⁾. Até tratamentos endodônticos que causem injúrias a região do periápice pode desencadear um processo de anquilose⁽⁸⁾.

- Teoria genética: Existem relatos na literatura que trazem evidências acerca do fator genético possuir influência sobre o aparecimento da anquilose^(8,3,15), com maior ocorrência entre irmãos⁽¹⁵⁾.

- Teoria do distúrbio do metabolismo local: qualquer fator que interfira no metabolismo local do processo de rizólise pode determinar o desaparecimento do ligamento periodontal⁽¹⁸⁾.

Outro fator como a infecção localizada, irritação química ou térmica, falha local de crescimento ósseo são fatores que também podem predispor ao aparecimento da anquilose dento-alveolar⁽¹⁶⁾.

Outro estudo afirma que a anquilose possui uma etiologia multifatorial, o que resulta na fusão entre o dente e o osso alveolar⁽¹⁾. Por outro lado, são necessários mais estudos para comprovar as causas dessa anomalia⁽⁷⁾.

3.4 FREQUÊNCIA E LOCALIZAÇÃO

A anquilose dento-alveolar é considerada uma alteração comum ^(1,19), na qual, a dentição decídua é mais frequentemente acometida quando comparada com a dentição permanente^(11,5,12). Porém, outro estudo concluiu que a dentadura mista é a mais diagnosticada⁽¹⁹⁾, sendo a mandíbula mais afetada do que a maxila^(1,19).

Há relatos de casos de ocorrência de anquilose em múltiplos molares em um mesmo indivíduo⁽⁹⁾ e também a possibilidade da ocorrência unilateralmente ou bilateralmente⁽⁵⁾. Existem divergências na literatura quanto ao dente mais afetado⁽¹¹⁾. Alguns autores afirmam em seus estudos que o dente mais acometido pela anquilose é o segundo molar^(5,16), já outros concluem que esta ocorre mais no primeiro molar inferior, seguido do segundo molar inferior⁽¹⁹⁾.

A anquilose não apresenta diferença estatística significativa de ocorrência quanto ao gênero^(11,19). Seu aparecimento ocorre, em geral, entre 6 a 8 anos⁽¹⁹⁾ e foi relatado que pacientes leucodermas apresentaram maior predisposição a desenvolvê-la⁽¹¹⁾.

3.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO

O diagnóstico precoce da anquilose pode interferir positivamente no prognóstico da patologia^(10,8,7,9,5,12,20). Se tardiamente diagnosticada, poderá implicar em um tratamento mais complexo, interferir no desenvolvimento da

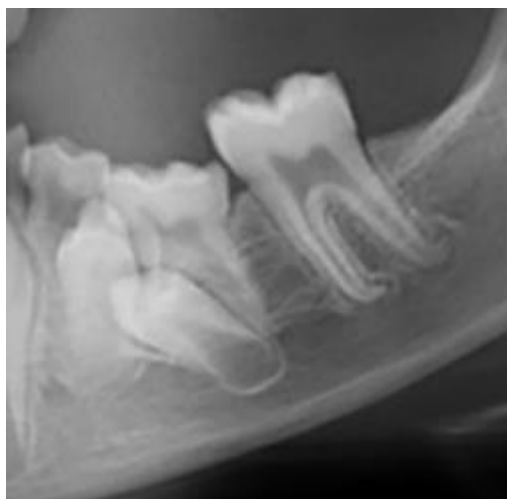
oclusão^(10,8) e, possivelmente, acarretar em problemas ao sistema estomatognático do paciente.

Em geral, o diagnóstico da anquilose é realizado através do exame clínico e radiográfico^(11,7,1,5). Clinicamente são observados: o dente acometido posicionado aquém do plano oclusal, falta de mobilidade^(1,4) ao exame de percussão, o dente anquilosado apresenta um som duro e diferenciado quando comparado ao som de um dente normal⁽¹⁶⁾.

Radiograficamente, observa-se perda do espaço do ligamento periodontal ou ausência de sua continuidade na área da anquilose^(1,6). Apesar dos exames clínicos e radiográficos serem os métodos mais acessíveis na prática clínica⁽¹¹⁾, são exames que apresentam limitações.

A anquilose pode não apresentar visualização em exames radiográficos por ter afetado uma pequena área ou ocorrer em faces livres⁽⁶⁾. Para apresentar-se nestes exames, a anquilose deve ter afetado mais de 20% da superfície radicular do dente^(21,22). Outro estudo afirma que é restrito o método de diagnóstico da anquilose através da tomografia computadorizada de feixe cônico⁽²³⁾.

Figura 3- Aspecto radiográfico da anquilose dento-alveolar



Legenda: É observado em um corte de uma radiografia panorâmica ausência do espaço periodontal na unidade 7.5 e uma infra-oclusão.
Fonte: Attwall, et al.⁽⁶⁾.

3.6 CONSEQUÊNCIAS

Quanto menor a idade da criança, maior serão as sequelas decorrentes da infra-oclusão^(24,5), e a anquilose apresenta caráter progressivo⁽⁵⁾. Dentes anquilosados em estágio severo e pacientes em fase de crescimento facial apresentam um pior prognóstico quando comparados a dentes com anquilose estágio leve e pacientes em crescimento facial limitado⁽⁶⁾.

A ocorrência da anquilose em um dente decíduo não influencia no padrão da odontogênese do sucessor permanente. Normalmente o sucessor permanente irrompe no tempo previsto, com, no máximo, 6 meses de atraso^(3,11).

A progressão da anquilose está relacionada com o prognóstico do dente afetado⁽⁶⁾. Se o dente anquilosado apresentar uma rápida progressão da condição, o osso alveolar adjacente tem maior chance de ter o seu desenvolvimento prejudicado, com a presença ou não do sucessor permanente⁽²⁴⁾.

A anquilose se constitui um fator favorável no desenvolvimento de más oclusões⁽²⁾. Sua ocorrência pode acarretar em: perda do perímetro do arco, inclinação dos dentes adjacentes, modificação da oclusão do paciente, erupção ectópica, atraso na erupção do sucessor permanente, esfoliação retardada e impactação dentária^(25,1,5).

O dente acometido pela anquilose pode ter um risco maior no desenvolvimento da doença cárie e alteração periodontal devido à dificuldade de higienização⁽⁶⁾. A infra-oclusão atua como fator modificador no desenvolvimento destas doenças, pois sua ocorrência resulta em condições favoráveis para acúmulo de biofilme bacteriano e maior dificuldade acesso para realizar a higienização.

3.7 TRATAMENTO

Há uma diversidade de tratamentos para anquilose dento-alveolar e tais alternativas tem por objetivo evitar ou controlar alterações oclusais provenientes desta condição. Nem sempre a exodontia da unidade afetada é o tratamento mais indicado⁽¹⁾. As opções de tratamento para anquilose na dentição decídua são: acompanhamento clínico e radiográfico, reconstrução das distâncias proximais e oclusais, exodontias com instalação de aparelho mantenedor de espaço ou não e luxações no dente acometido para induzir o processo de rizólise^(12,3,6,24).

A conduta terapêutica da anquilose na dentição decídua deve ser traçada de acordo com as particularidades do paciente⁽⁷⁾. A escolha do tratamento adequado deve levar em consideração: idade do paciente, comportamento da criança, gravidade da infra-oclusão, extensão da reabsorção radicular, alterações oclusais, presença ou ausência e localização do sucessor permanente^(7,9,24,5,25). Deve-se avaliar a preferência do paciente diante das diferentes alternativas terapêuticas⁽⁶⁾. É importante que o tratamento seja realizado por um Cirurgião-Dentista Odontopediatra, a fim de estabelecer uma melhor conduta no manejo comportamental da criança.

A correta escolha do tratamento está descrita na tabela seguinte:
(6,8,16,24,26,27)

Figura 3- Tratamento

	Presença do sucessor permanente	Ausência do sucessor permanente
Estágio Leve/ Moderado	Acompanhamento clínico e radiográfico ou reconstrução das distâncias cérvico-oclusais e proximais;	Acompanhamento clínico e radiográfico ou reconstrução das distâncias cérvico-oclusais e proximais;
Estágio Severo	Exodontia + instalação do mantenedor de espaço;	Exodontia + instalação do mantenedor de espaço;
Sucessor no estágio 8 de Nolla e direção alterada	Exodontia + instalação do mantenedor de espaço;	_____

Legenda: Tabela sobre o manejo de dentes decíduos anquilosados.

3.7.1 Acompanhamento clínico e radiográfico

O acompanhamento clínico e radiográfico deve ser realizado periodicamente até o momento adequado de intervenção terapêutica²⁵ ou até a erupção do sucessor permanente⁽²⁷⁾.

3.7.2 Reconstrução das distâncias proximais e oclusais

O reestabelecimento das distâncias proximais e cérvico-oclusais tem como finalidade evitar a extrusão da unidade antagonista e inclinação dos dentes adjacentes. Estas distâncias podem ser reestabelecidas com resina composta e coroas de porcelana ou de aço^(8,24). Porém, alguns autores afirmam que a recuperação da distância cérvico-oclusal com resina composta tem sido o tratamento de eleição mais satisfatório⁽⁸⁾.

A reabilitação de dentes decíduos acometidos pela anquilose com técnicas de restaurações indiretas possui vantagens na Odontopediatria, visto que a restauração é confeccionada fora da cavidade bucal da criança e, conseqüentemente, o tempo clínico é reduzido⁽²⁸⁾, o que torna o procedimento menos estressante para as crianças que possuem dificuldades de adaptação ao tratamento odontológico e requerem um tempo de cadeira mais reduzido, além disso, estas técnicas possibilitam uma maior facilidade para a realização da anatomização mais fidedigna.

3.7.3 - Luxação cirúrgica

A luxação cirúrgica tem por objetivo a quebra da ponte óssea da anquilose⁽¹²⁾. A técnica consiste na luxação suave do dente com o fórceps no sentido vestibulo-lingual, esperando-se que em seis meses ocorra a esfoliação do dente⁽¹⁴⁾. Esse tipo tratamento pode ser não favorável a odontopediatria, visto que submeteria a criança a um processo estressante por uma incerteza, se aquele dente irá esfoliar ou não.

3.7.4 - Exodontia

A exodontia de um dente acometido pela anquilose é realizada por uso de alavancas e fórceps. Não obtendo êxito, deve ser realizada a remoção do tecido ósseo adjacente ao dente, com osteotomias realizadas com broca esférica ou troncocônica, sob refrigeração⁽⁴⁾. Pode ser necessário, em alguns casos de infra-oclusão severa, a verticalização dos dentes adjacentes através de aparelhos fixos ou removíveis para facilitar o acesso para extração do dente anquilosado⁽⁶⁾.

O osso alveolar adjacente aos dentes acometidos pela anquilose tem o seu desenvolvimento comprometido⁽⁶⁾. Por isso, se a opção restauradora futura da unidade for à instalação de um implante é indicado a exodontia da unidade e a instalação de um aparelho mantenedor de espaço para estimular a regeneração óssea no local⁽⁸⁾. Os pais da criança devem ser informados de todas as opções viáveis de tratamento e possíveis consequências.

O uso do aparelho mantenedor de espaço tem por objetivo manter o comprimento da arcada dentária e guiar a erupção do sucessor permanente^(24, 25), sendo usado quando a exodontia do dente anquilosado é indicada antes da erupção do sucessor permanente. Podem ser do tipo prótese parciais de acrílico ou aparelho de contenção ortodôntica⁽⁶⁾.

A exodontia pode apresentar risco de dano ao nervo mentoniano e consequente parestesia temporária ou permanente, além de poder ser destrutiva ao osso adjacente⁽⁶⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anquilose na dentição decídua não tem ainda uma causa esclarecida, havendo a necessidade de mais estudos a fim de justificar o seu aparecimento. Seu prognóstico favorável na dentição decídua está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e correta intervenção.

O tratamento da anquilose deve ser realizado baseado nas características de cada paciente, como a idade, condição sistêmica, grau da infra-oclusão, da presença ou ausência do sucessor permanente e das consequências oclusais provenientes dessa condição já existentes.

REFERÊNCIAS

1. Cardozo MA, Hernández JA. Diagnóstico y manejo de la anquilosis dentoalveolar. Rev Odontop Latino America. [serial online] 2015 [cited 2019 Abr 21]; 5(2): [e-crans]. Disponível em:URL: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2015/2/art-4/>.
2. Paula AB, Diniz MB, Fucio SBP, Duque C, Consani RLX, Giro EM. Anquilose severa de molar decíduo: relato de caso clínico. UNOPAR Cient. 2009;11(2):15-9.
3. Garib DG, Alencar BM, Ferreira FV. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. Dental Press J. Orthod. 2010 Mar./Apr; 15(2): 138-57.
4. Guedes-Pinto A.C.; Mello-Moura LFG. Odontopediatria. 9.ed. São Paulo: Santos, 2016. 836p.
5. Frick L. Implicações clínicas da anquilose em dentes decíduos e suas repercussões sobre o Sistema estomatognático. [dissertação]. Santa Catarina: Univ. Federal de Santa Catarina; 2001.
6. Attwall R, Gill KPDS. Management of Infra-Occluded Primary Molars. Dent Update. 2018; 45: 625–33.
7. Guimarães KSUF, Moreira MR, Santin GC, Loureiro KRT, Matos LG. Esclarecendo a anquilose dentária em dentes decíduos. Rev Uningá. Maringá, 2018 abr./jun; 55(2): 118-26.
8. Madeiro AT, Passos IA, Paiva FPF, Oliveira AFB. Anquilose dento-alveolar: etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. Rev Odontol de Araçatuba. 2005; 26(1): 20-4.
9. Ruschel HC, König J, Kramer PF. Aspectos clínicos e histológicos da anquilose múltipla de molares decíduos: relato de caso. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(33):383-8.

10. Alves MSC, Leite THM, Vieira DRP, Cruz MCFN, Alves CMC. Diagnosis and treatment of severe dentoalveolar ankylosis in primary molars: case report. Rev Odontol UNESP. 2011; 40(3):154-9.
11. Nascimento, MW. Anquilose dentária: Etiologia, Diagnóstico e Abordagem pelo Ortodontista [dissertação]. Governador Valadares. Univale: Universidade do Vale do Rio Doce; 2008.
12. Rezende MVD, Melgaço CA, Mendes PCS. Anquilose dentária, diagnóstico e tratamento: revisão de literatura. Ver Univ Vale Rio Verde. 2019; 17(1): 1-20.
13. Consolaro A. Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas. 2.ed. Maringá: Dental Press; 2005. 615p.
14. Chinchilla RA, Fregoneze AP, Ferreira SLM, Imperato JCP. Técnicas alternativas para tratamento da anquilose dental em molares decíduos. UFES Rev Odontol. 2000; 2(1):70-7.
15. Mohammed DR, Hashim SR, Al-Essa SH. Retention of Primary Second Molars without a Permanent Successor: A Review Article. Int J Med Res Health Sci. 2018; 7(7): 80-9.
16. Rezende KM, Corrêa MSNP; Correa FNP, Bönecker M. Erupção Dentária Decídua: Cronologia, manifestações locais e sistêmicas. In: Imperato JCP. Anuário 01: odontopediatria clínica integrada e atual, p. 7-27. 2013.
17. Consolaro A. O conceito de Reabsorções Dentárias ou As Reabsorções Dentárias não são multifatoriais, nem complexas, controversas ou polêmicas!. Dental Press J Orthod. 2011;16 (4):19-24.
18. Biederman W. Etiology and treatment of tooth ankylosis. Am J Orthod. 1962; 48(9):670-84.
19. Zuñiga-Tertre MP, Lucavechi-Alcayaga T, Barbería EL. Distribución y gravedad de las infraoclusiones de molares temporales. RCOE. 2004; 9(1):53-9.
20. Arhakis A, Boutiou E. Etiology, Diagnosis, Consequences and Treatment of Infraoccluded Primary Molars. The Open Dent J. 2016; 10: 714-9.

21. Consolaro A. Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas. 3 ed. Maringá: Dental Press; 2012. 816p.
22. Consolaro A. Tracionamento ortodôntico: possíveis consequências nos caninos superiores e dentes adjacentes. Dental Press J. Orthod. 2010 Nov./Dez; 15(5):23-30.
23. Silva DC. Exames por imagem no diagnóstico de anquilose alvéolo dentária: relato de caso clínico. [dissertação]. Rio Grande do Sul: Univ. Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
24. McGeown M, O' Connel A. Management of primary molar infraocclusion in general practice. J of the Irish Den Association. 2014; 60 (4):192-8.
25. Jang H, Oh S. Ankylosed Primary Molar and Eruption Guidance of Succeeded Permanent Premolar: Case Reports. J Korean Acad Pediatr Dent 2017; 44(1): 99-107.
26. Moura MS, Pontes AS, Brito MHSF, Moura LD, Lima MDML, Simplicio AHM. Restorative Management of Severely Ankylosed Primary Molars. J of Dent for Chil. 2015; 82(1):41-6.
27. Noble J, Karaiskos N, Wiltshire WA. Diagnosis and management of the infraerupted primary molar. British Dent J. 2007; 203(11): 632-4.
28. Brito LNS, Tavares MDL, Granville-Garcia AN, Cavalcanti AL. Utilização de restaurações indiretas na reabilitação de dentes decíduos anquilosados. HU Rev. 2010; 36(4): 334-9.

ANEXO 1 - Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Casedescription, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência

original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93. Artigo em periódico sem meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x> Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91. Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>. Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL.