

Anomalias do Desenvolvimento no Número de Dentes: Série Educacional de Casos de Hiperdontia e Hipodontia

Naji Ziad Arandi ^{1,*}

¹ Faculty of Dentistry, Arab American University, Jenin, Palestine.

* Correspondência: naji.arandi@aaup.edu.

Resumo: As anomalias do desenvolvimento no número de dentes, incluindo anodontia, hipodontia e hiperdontia, podem afetar a erupção dentária, a oclusão, a função e a estética. Esta série de casos apresenta oito pacientes com anomalias do número de dentes observadas na prática clínica, incluindo um paramolar maxilar, agenesia bilateral dos segundos pré-molares inferiores com retenção de molares decíduos, agenesia bilateral dos incisivos laterais superiores, um mesiodente associado ao atraso eruptivo, um incisivo lateral superior suplementar, hipodontia não sindrômica envolvendo cinco dentes permanentes, oligodontia não sindrômica envolvendo seis dentes permanentes e hipodontia envolvendo os incisivos laterais superiores e os incisivos centrais inferiores. Os diagnósticos foram estabelecidos por meio de exames clínicos e radiográficos, e o manejo variou desde observação e acompanhamento periódico até exodontia cirúrgica, intervenção ortodôntica e planejamento restaurador multidisciplinar. Esses casos ilustram a diversidade das apresentações clínicas e das abordagens terapêuticas relacionadas às anomalias do número de dentes, ressaltando a importância da avaliação clínica e radiográfica abrangente para o diagnóstico preciso e o manejo individualizado. A colaboração entre diferentes especialidades odontológicas é frequentemente necessária para alcançar resultados funcionais e estéticos favoráveis.

Palavras-chave: Hipodontia; Hiperdontia; Oligodontia; Dentes Supranumerários; Agenesia Dentária; Mesiodente; Paramolar; Anomalias dentárias do Desenvolvimento.

Citação: Arandi NZ. Anomalias do Desenvolvimento no Número de Dentes: Série Educacional de Casos de Hiperdontia e Hipodontia. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr205.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr205>

Recebido: 12 Junho 2026

Aceito: 17 Junho 2026

Publicado: 23 Junho 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

As anomalias do desenvolvimento no número de dentes representam algumas das alterações mais comuns que afetam a dentição humana. Essas anomalias surgem de distúrbios durante a odontogênese e englobam um espectro de condições caracterizadas pela redução ou aumento do número normal de dentes. As principais categorias incluem hipodontia, hiperdontia, oligodontia e, em casos raros, anodontia. Tais variações podem afetar tanto a dentição decídua quanto a permanente e exercer impacto significativo sobre a função oral, o desenvolvimento oclusal, a estética facial, a fonética e o bem-estar psicossocial. Conseqüentemente, seu reconhecimento precoce e manejo adequado constituem componentes essenciais da atenção odontológica integral [1].

A hipodontia, definida como a ausência congênita de um a seis dentes permanentes, excluindo os terceiros molares, é a anomalia do desenvolvimento do número de dentes mais prevalente. A prevalência relatada da hipodontia na dentição permanente varia entre diferentes populações e grupos étnicos, situando-se entre aproximadamente 2% e 10%. Os dentes mais frequentemente afetados são os segundos pré-molares inferiores, os incisivos laterais superiores e os segundos pré-molares superiores [2,3]. Dependendo do número e da localização dos dentes ausentes, a hipodontia pode resultar em diastemas, má

oclusão, alterações no padrão eruptivo, comprometimento da eficiência mastigatória e prejuízos estéticos. Formas mais graves incluem a oligodontia, caracterizada pela ausência de seis ou mais dentes, e a anodontia, definida pela ausência completa de dentes, ambas consideravelmente mais raras e frequentemente associadas a condições síndrômicas.

Em contraste, a hiperdontia refere-se à presença de dentes supranumerários além da dentição normal. Sua prevalência é geralmente inferior à da hipodontia, sendo estimada entre 0,1% e 3,8% na dentição permanente. Os dentes supranumerários podem ocorrer como achados isolados ou como parte de síndromes e apresentar diferentes formas morfológicas, incluindo variantes cônicas, tuberculadas, suplementares e semelhantes a odontomas. Eles podem se desenvolver praticamente em qualquer região dos arcos dentários, embora determinadas localizações sejam mais frequentes. Exemplos comuns incluem os mesiodentes, localizados na linha média anterior da maxila [4]; os distomolares, situados distalmente aos terceiros molares [5]; e os incisivos laterais suplementares, que apresentam morfologia semelhante à dos dentes normais [6]. Embora muitos dentes supranumerários permaneçam assintomáticos e sejam descobertos incidentalmente durante exames radiográficos de rotina, outros podem interferir na erupção normal, causar apinhamento ou deslocamento de dentes adjacentes, contribuir para a formação de diastemas ou aumentar o risco de alterações císticas e reabsorção radicular [7].

A etiologia das anomalias do número de dentes é complexa e multifatorial. Evidências atuais sugerem que fatores genéticos desempenham papel central, com diversos genes envolvidos na iniciação e morfogênese dentária, incluindo MSX1, PAX9, AXIN2, WNT10A e EDA. Mutações ou alterações nesses genes têm sido associadas tanto a formas síndrômicas quanto não síndrômicas de hipodontia e outras anomalias do desenvolvimento dentário [8,9]. Fatores ambientais, como agressões pré-natais, traumas, infecções, exposição à radiação e distúrbios que afetam a lâmina dentária durante a fase inicial do desenvolvimento, também têm sido propostos como fatores contribuintes. Diversas teorias foram formuladas para explicar a hiperdontia, incluindo a hiperatividade da lâmina dentária, a dicotomia do germe dentário e influências hereditárias. Apesar dos avanços no conhecimento, os mecanismos exatos subjacentes a muitos casos ainda permanecem incompletamente compreendidos.

Como as anomalias do número de dentes frequentemente ocorrem em associação com outros distúrbios do desenvolvimento que afetam o tamanho, a forma, a erupção ou a posição dos dentes, uma avaliação clínica e radiográfica abrangente é fundamental. O diagnóstico preciso não apenas facilita a identificação de alterações associadas, mas também permite a intervenção oportuna para minimizar possíveis complicações. O planejamento terapêutico frequentemente requer uma abordagem interdisciplinar envolvendo odontopediatria, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, prótese dentária e odontologia restauradora, visando alcançar resultados funcionais e estéticos ideais [10].

A presente série inclui oito pacientes com anomalias do desenvolvimento no número de dentes atendidos na prática clínica de rotina entre 2018 e 2025. Os casos foram selecionados intencionalmente a partir de prontuários clínicos disponíveis para ilustrar o espectro de alterações decorrentes de distúrbios na fase de iniciação dentária e suas diversas manifestações clínicas. Os casos foram escolhidos por sua relevância educacional e valor ilustrativo, não tendo como objetivo representar todo o espectro clínico nem a frequência relativa das anomalias do número de dentes observadas na prática clínica. Os critérios de inclusão compreenderam anomalias do número de dentes confirmadas clínica e radiograficamente, com documentação clínica e registros radiográficos adequados, enquanto casos com registros incompletos ou incerteza diagnóstica foram excluídos.

Embora muitas dessas anomalias tenham sido descritas individualmente na literatura, relatos que apresentem conjuntamente hiperdontia e hipodontia dentro de uma mesma estrutura educacional permanecem incomuns. Ao reunir exemplos de dentes supranumerários e agenesias dentárias congênitas, esta série tem como objetivo destacar o

espectro das alterações do número de dentes, comparar seus caminhos diagnósticos e considerações terapêuticas, contrastar os desafios associados ao excesso versus à deficiência dentária e ilustrar apresentações não sindrômicas incomuns que podem ser encontradas na prática clínica.

2. Relato de Caso

2.1 Relato de Caso #1

Um paciente do sexo masculino, 42 anos de idade (Figura 1), compareceu a uma clínica odontológica privada com queixa principal de dor na região posterior inferior direita. As histórias médica, odontológica e familiar não apresentavam alterações relevantes. O exame extraoral não revelou anormalidades. Durante o exame intraoral de rotina, foi identificado um achado incidental na região posterior esquerda da maxila. Observou-se um dente supranumerário molariforme completamente erupcionado localizado por palatino ao terceiro molar superior esquerdo (dente 28). Não foram detectadas lesões de cárie, inflamação periodontal, alterações dos tecidos moles ou anormalidades nos dentes adjacentes.

A radiografia panorâmica confirmou formação radicular completa e ausência de patologia associada, reabsorção radicular ou interferência com estruturas vizinhas. Com base em sua localização característica e morfologia, foi estabelecido o diagnóstico de paramolar. Os diagnósticos diferenciais incluíram distomolar e odontoma composto; entretanto, sua posição adjacente ao terceiro molar e a estrutura dentária bem formada sustentaram o diagnóstico de paramolar.

Embora assintomático, o paciente relatava impactação ocasional de alimentos e dificuldade na higienização da região. As opções terapêuticas, incluindo acompanhamento periódico e exodontia, foram discutidas, e o paciente optou pela remoção do dente. O procedimento foi realizado sem intercorrências sob anestesia local. A cicatrização ocorreu satisfatoriamente e, no acompanhamento de seis meses, os exames clínico e radiográfico demonstraram reparação completa, sem alterações patológicas ou efeitos adversos sobre o terceiro molar adjacente.

Figura 1. Radiografia panorâmica mostrando um paramolar no lado esquerdo da arcada maxilar.



2.2 Relato de Caso #2

Uma paciente do sexo feminino, 29 anos de idade (Figura 2), apresentou-se com dor na região posterior esquerda da mandíbula. Sua história médica não apresentava alterações relevantes. A paciente encontrava-se em tratamento ortodôntico e relatava não possuir histórico de extrações de dentes permanentes. A história familiar não contribuiu para o diagnóstico.

O exame clínico revelou um terceiro molar inferior esquerdo parcialmente erupcionado associado a inflamação pericoronária localizada compatível com pericoronarite. Aparelhos ortodônticos fixos estavam presentes na arcada superior, e uma contenção lingual fixa estava presente na arcada inferior. Como achado incidental, observou-se a retenção dos segundos molares decíduos inferiores (dentes 75 e 85), ambos restaurados e apresentando leve infraoclusão. Os dois dentes exibiam suporte periodontal satisfatório, sem evidências de mobilidade ou doença periodontal ativa.

A radiografia panorâmica revelou um terceiro molar inferior esquerdo impactado em posição horizontal. Além disso, foi identificada ausência congênita bilateral dos segundos pré-molares inferiores permanentes. Os molares decíduos retidos apresentavam mínima reabsorção radicular, suporte ósseo alveolar satisfatório e ausência de patologias associadas. Não foram observados pré-molares impactados, não erupcionados ou em desenvolvimento. Com base nos achados radiográficos e na ausência de histórico de extração dos pré-molares, estabeleceu-se o diagnóstico de agenesia bilateral dos segundos pré-molares inferiores associada à retenção bilateral dos segundos molares decíduos inferiores.

A pericoronarite foi tratada por meio de medidas locais apropriadas, e a paciente recebeu orientações sobre as opções terapêuticas para o terceiro molar impactado. Também foram discutidas alternativas para os molares decíduos retidos, incluindo exodontia seguida de reabilitação com implantes dentários ou próteses parciais fixas. Entretanto, a paciente preferiu manter os dentes. Considerando o suporte periodontal satisfatório, a mínima reabsorção radicular e a ausência de patologias associadas, optou-se por uma abordagem conservadora com acompanhamento clínico e radiográfico periódico. Na reavaliação após seis meses, os molares decíduos permaneciam estáveis, sem sinais de deterioração. A paciente mostrou-se satisfeita com o resultado do tratamento e com a preservação dos dentes retidos.

Figura 2. Radiografia panorâmica mostrando agenesia bilateral dos segundos pré-molares inferiores e retenção bilateral dos segundos molares decíduos inferiores.



2.3 Relato de Caso #3

Uma paciente do sexo feminino, 15 anos de idade (Figura 3), procurou atendimento devido à insatisfação com a aparência dos dentes anteriores. Era sistemicamente saudável e não relatava histórico de trauma facial, tratamento ortodôntico ou extrações dentárias. Também não havia histórico familiar de anomalias dentárias semelhantes. O exame clínico revelou ausência bilateral dos incisivos laterais superiores (dentes 12 e 22). Observou-se espaçamento na região anterior da maxila, acompanhado por discrepância entre as linhas médias dentárias superior e inferior, comprometendo a estética do sorriso.

A radiografia panorâmica confirmou a ausência congênita bilateral dos incisivos laterais superiores. Não foram identificados dentes retidos, impactados ou germes dentários em desenvolvimento, tampouco patologias associadas ou outras anomalias do desenvolvimento. Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecido o diagnóstico de agenesia bilateral não síndrômica dos incisivos laterais superiores. A paciente foi encaminhada para avaliação ortodôntica, e foram discutidas opções terapêuticas voltadas para a melhoria da estética e das relações oclusais. Posteriormente, iniciou tratamento ortodôntico e permaneceu em acompanhamento multidisciplinar envolvendo ortodontia e odontologia restauradora.

Figura 3. Radiografia panorâmica demonstrando ausência congênita dos incisivos laterais superiores.



2.4 Relato de Caso #4

Um paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, foi encaminhado para avaliação devido à presença de um dente supranumerário na região anterior da maxila e seus efeitos sobre os dentes permanentes adjacentes. O paciente era sistemicamente saudável e não apresentava histórico de trauma facial, extrações dentárias ou anomalias dentárias semelhantes na família. O exame clínico revelou um dente cônico parcialmente erupcionado na linha média anterior da maxila. Os incisivos centrais superiores encontravam-se parcialmente erupcionados e apresentavam leve deslocamento e rotação. O dente supranumerário era assintomático, e os tecidos moles adjacentes apresentavam aspecto saudável.

Radiografias periapicais e panorâmicas confirmaram a presença de um mesiodente cônico localizado por palatino. O mesiodente ocupava a trajetória eruptiva dos incisivos centrais superiores e estava associado à alteração da erupção e do alinhamento desses

dentes. Não foram observadas alterações císticas, reabsorção radicular ou outras patologias associadas. Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecido o diagnóstico de mesiodente palatino parcialmente erupcionado associado a distúrbio eruptivo dos incisivos centrais superiores. A remoção cirúrgica foi recomendada para eliminar o obstáculo à erupção e favorecer a erupção e o alinhamento normais dos dentes afetados. O paciente foi submetido à exodontia do mesiodente e incluído em programa de acompanhamento periódico. Na revisão após seis meses, observou-se cicatrização satisfatória e continuidade da erupção dos incisivos centrais superiores.

Figura 4. Fotografia clínica mostrando um mesiodente palatino parcialmente erupcionado associado ao deslocamento dos incisivos centrais superiores.



2.5 Relato de Caso #5

Um paciente do sexo masculino, 16 anos de idade, compareceu para avaliação devido ao alinhamento irregular dos dentes anteriores superiores. O paciente era sistemicamente saudável, sem histórico de síndromes craniofaciais, trauma dentário ou extrações dentárias. O exame clínico revelou a presença de um incisivo lateral adicional localizado distalmente ao incisivo lateral superior direito (dente 12). Ambos os dentes apresentavam morfologia aparentemente normal, embora um deles exibisse leve deslocamento vestibular e cervical. O restante da dentição, a oclusão e os tecidos moles não apresentavam alterações relevantes.

Radiografias panorâmica e periapical confirmaram a presença de um incisivo lateral superior suplementar bem formado, com desenvolvimento radicular independente. Não foram identificadas lesões periapicais, reabsorção radicular ou efeitos adversos sobre os dentes adjacentes. Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecido o diagnóstico de incisivo lateral superior supranumerário unilateral. A exodontia do dente supranumerário foi realizada com o objetivo de facilitar o tratamento ortodôntico e melhorar o alinhamento dos dentes anteriores. Posteriormente, o paciente foi encaminhado para planejamento e tratamento ortodôntico.

2.6 Relato de Caso #6

Um paciente do sexo masculino, 9 anos de idade, foi encaminhado para avaliação devido à aparente ausência dos incisivos laterais inferiores permanentes. O paciente era

sistemicamente saudável, sem histórico de síndromes craniofaciais, trauma facial, extrações dentárias ou anomalias dentárias semelhantes na família. O exame clínico revelou dentição mista, com retenção de diversos dentes decíduos e aparente ausência dos incisivos laterais inferiores permanentes. Observavam-se leves espaçamentos e desalinhamento em ambas as arcadas, sem dor, edema ou sinais de infecção associados.

Figura 5. Fotografia clínica demonstrando um incisivo lateral superior suplementar unilateral com deslocamento vestibular.



Figura 6. Radiografia panorâmica demonstrando ausência congênita de ambos os incisivos laterais inferiores permanentes, de ambos os segundos pré-molares inferiores e do segundo pré-molar superior esquerdo.



A radiografia panorâmica confirmou a ausência congênita de ambos os incisivos laterais inferiores permanentes, de ambos os segundos pré-molares inferiores e do segundo pré-molar superior esquerdo. Os respectivos dentes decíduos permaneciam retidos nas regiões dos pré-molares. Não foram identificados dentes impactados, alterações císticas, reabsorção radicular ou outras patologias associadas. Com base nos achados clínicos e

radiográficos, foi estabelecido o diagnóstico de hipodontia não síndrômica envolvendo cinco dentes permanentes. Embora condições síndrômicas associadas à ausência múltipla de dentes tenham sido consideradas no diagnóstico diferencial, a ausência de achados sistêmicos, esqueléticos ou familiares favoreceu uma apresentação não síndrômica.

Foi elaborado um plano de tratamento multidisciplinar envolvendo odontopediatria, ortodontia e odontologia restauradora. O paciente foi encaminhado para avaliação ortodôntica com o objetivo de abordar as alterações oclusais e de alinhamento em desenvolvimento, bem como auxiliar no planejamento terapêutico de longo prazo. Recomendaram-se acompanhamentos clínicos e radiográficos periódicos para monitorar o desenvolvimento dentário, a manutenção dos dentes decíduos retidos e as futuras necessidades reabilitadoras.

2.7 Relato de Caso #7

Uma paciente do sexo feminino (Figure 7), 11 anos de idade, foi encaminhada para avaliação devido à presença de espaçamento entre os dentes anteriores superiores. A paciente era sistemicamente saudável, sem histórico de síndromes craniofaciais, trauma facial, extrações dentárias ou histórico familiar de anomalias dentárias semelhantes. O exame clínico revelou espaçamento na região anterior da maxila e desalinhamento dentário em ambas as arcadas. Diversos dentes apresentavam coroas com formato cônico anormal. Não foram observados dor, edema ou sinais de infecção associados.



Figura 7. Radiografia panorâmica da paciente demonstrando agenesia bilateral dos primeiros molares superiores permanentes, dos incisivos centrais inferiores permanentes e dos incisivos laterais superiores permanentes.

A radiografia panorâmica demonstrou ausência congênita dos incisivos laterais superiores permanentes (dentes 12 e 22), dos primeiros molares superiores permanentes (dentes 16 e 26) e dos incisivos centrais inferiores permanentes (dentes 31 e 41). Não foram identificados dentes impactados, alterações císticas, reabsorção radicular ou outras patologias associadas. Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecido o diagnóstico de oligodontia não síndrômica envolvendo seis dentes permanentes. Condições síndrômicas associadas à ausência múltipla de dentes, particularmente a displasia ecto-

dérmica, foram consideradas no diagnóstico diferencial; entretanto, a ausência de características sistêmicas, esqueléticas, dermatológicas ou familiares sustentou uma apresentação não sindrômica.

Foi elaborado um plano de tratamento multidisciplinar envolvendo odontopediatria, ortodontia e odontologia restauradora. A paciente foi encaminhada para avaliação ortodôntica com o objetivo de planejar o manejo dos espaços, orientar a erupção dentária e prever futuras necessidades protéticas. O planejamento terapêutico de longo prazo concentrou-se na preservação da função e da estética, na manutenção do osso alveolar e na preparação para a reabilitação definitiva dos dentes ausentes em idade apropriada. Recomendaram-se acompanhamentos clínicos e radiográficos periódicos para monitorar o desenvolvimento dentário, a oclusão e a evolução do tratamento.

2.8 Relato de Caso #8

Um paciente do sexo masculino (Figure 8), 8 anos de idade, apresentou-se com espaços entre os dentes anteriores superiores. As histórias médica, odontológica e familiar não apresentavam alterações relevantes. O exame clínico revelou dentição mista, com diastema mediano entre os incisivos centrais superiores e espaçamento entre os incisivos centrais decíduos inferiores retidos. Os incisivos laterais superiores permanentes (dentes 12 e 22) e os incisivos centrais inferiores permanentes (dentes 31 e 41) estavam clinicamente ausentes, enquanto os dentes decíduos correspondentes permaneciam presentes. O restante da dentição mostrava-se compatível com a idade e o estágio de desenvolvimento dentário do paciente.



Figura 8. Radiografia panorâmica demonstrando ausência congênita dos incisivos laterais superiores permanentes e dos incisivos centrais inferiores permanentes.

A radiografia panorâmica confirmou a ausência congênita dos incisivos laterais superiores permanentes e dos incisivos centrais inferiores permanentes. Não foram identificados dentes impactados, alterações císticas, reabsorção radicular ou outras patologias associadas. A ausência dos germes dentários excluiu atraso de desenvolvimento ou impação. Não foram observadas características clínicas sugestivas de condição sindrômica; portanto, o quadro foi considerado clinicamente não sindrômico, estabelecendo-se o diagnóstico de hipodontia envolvendo quatro dentes permanentes.

Considerando a idade do paciente e o crescimento craniofacial em andamento, foi desenvolvido um plano de tratamento multidisciplinar envolvendo odontopediatria, ortodontia e prótese dentária. Os dentes decíduos retidos foram mantidos para preservar espaço, volume ósseo alveolar e função, enquanto o tratamento restaurador definitivo foi

postergado até estágios mais avançados do desenvolvimento dentário. Foram discutidas futuras possibilidades de reanatomização dos dentes decíduos retidos e substituição protética provisória, caso necessária. O paciente foi incluído em programa de acompanhamento clínico e radiográfico periódico para monitorar o desenvolvimento dentário, a permanência dos dentes decíduos e as futuras necessidades terapêuticas. No momento da elaboração deste relato, nenhuma intervenção ativa havia sido realizada, e o paciente permanecia sob observação.

3. Discussion

Os casos apresentados demonstram o amplo espectro clínico das alterações no número de dentes, abrangendo tanto a hiperdontia quanto a hipodontia [4,11]. Três casos envolveram dentes supranumerários, incluindo um paramolar, um mesiodente e um incisivo lateral superior suplementar, enquanto os demais casos envolveram ausência congênita de dentes permanentes, variando desde agenesia isolada de pré-molares até oligodontia. Um dos principais pontos fortes desta série de casos é a inclusão simultânea de exemplos de hiperdontia e hipodontia, permitindo comparar suas apresentações clínicas, diagnósticos e abordagens terapêuticas em um único relato. Embora muitas das anomalias descritas individualmente já tenham sido relatadas anteriormente, raramente são apresentadas em conjunto sob a perspectiva de distúrbios originados durante a fase de iniciação do desenvolvimento dentário.

A apresentação conjunta desses casos possui valor educacional ao ilustrar a ampla variedade de anomalias do número de dentes, enfatizar os diferentes caminhos diagnósticos necessários para o estabelecimento de diagnósticos precisos, contrastar as abordagens terapêuticas exigidas por dentições com excesso ou deficiência de dentes e destacar apresentações não sindrômicas incomuns que podem desafiar o clínico na prática cotidiana. Assim, o valor desta série não reside na raridade de cada anomalia individualmente, mas em demonstrar como alterações originadas na mesma fase do desenvolvimento podem produzir consequências clínicas, prioridades terapêuticas e necessidades de acompanhamento a longo prazo substancialmente diferentes.

A comparação entre os casos de hiperdontia e hipodontia evidenciou desafios diagnósticos e terapêuticos distintos. Os dentes supranumerários estiveram comumente associados a atraso eruptivo, deslocamento dentário e obstrução das vias normais de erupção, enquanto a agenesia dentária esteve mais frequentemente relacionada à presença de espaços, alterações oclusais e necessidades restauradoras de longo prazo [11,12]. Esses achados reforçam a importância da avaliação radiográfica, do diagnóstico precoce e do planejamento terapêutico multidisciplinar no manejo das anomalias do número de dentes [13].

Uma observação importante ao longo dos casos foi a considerável variabilidade do impacto clínico, apesar de todas as alterações representarem distúrbios do desenvolvimento do número de dentes. Dessa forma, o manejo deve ser individualizado de acordo com a idade do paciente, necessidades funcionais, preocupações estéticas e estágio de desenvolvimento dentário. Enquanto algumas anomalias foram identificadas incidentalmente durante exames radiográficos de rotina e exigiram apenas observação, outras demandaram intervenções cirúrgicas, ortodônticas, restauradoras ou multidisciplinares.

Entre os dentes supranumerários relatados, o paramolar apresentado no Caso #1 representa um achado relativamente incomum. Os paramolares são dentes acessórios localizados por vestibular ou palatino adjacentes aos molares e são consideravelmente menos frequentes do que outras formas de dentes supranumerários [4]. Embora muitos permaneçam assintomáticos, podem dificultar a higienização oral e predispor ao acúmulo de placa, problemas periodontais e impactação alimentar [14,15]. No presente caso, a exodontia foi realizada devido às dificuldades de higiene relatadas pelo paciente, apesar da ausência de patologia associada. Essa conduta está de acordo com as recomendações atuais,

que indicam a remoção quando os dentes supranumerários contribuem para complicações funcionais ou periodontais [16].

O mesiodente descrito no Caso #4 representa o tipo de dente supranumerário mais frequentemente relatado na literatura. Os mesiodentes frequentemente interferem na erupção dos dentes permanentes adjacentes e podem resultar em atraso eruptivo, impação, erupção ectópica e, menos frequentemente, formação de cistos foliculares [17,18]. No presente caso, o mesiodente obstruía a trajetória eruptiva dos incisivos centrais superiores, resultando em atraso de erupção e deslocamento dos dentes adjacentes. O diagnóstico precoce e a remoção oportuna são geralmente recomendados, uma vez que a erupção espontânea dos dentes permanentes afetados frequentemente ocorre após a eliminação do obstáculo, especialmente quando a intervenção é realizada durante a fase de dentição mista [19–21].

O Caso #5 apresenta um incisivo lateral superior suplementar, uma forma relativamente incomum de dente supranumerário caracterizada por morfologia normal, semelhante à do dente correspondente na dentição [6]. Diferentemente dos dentes supranumerários cônicos, os dentes suplementares podem representar desafios diagnósticos e terapêuticos, uma vez que a determinação de qual elemento deve ser mantido requer avaliação cuidadosa da posição, do alinhamento e do desenvolvimento radicular. Notavelmente, os incisivos laterais superiores figuram entre os dentes mais frequentemente acometidos tanto por ausência congênita quanto por formação suplementar, ilustrando as diferentes manifestações dos distúrbios do número de dentes.

A agenesia bilateral dos incisivos laterais superiores, demonstrada no Caso #3, está entre as formas de hipodontia de maior relevância clínica devido ao seu impacto sobre a estética do sorriso [22]. Seu manejo permanece controverso, pois a decisão entre fechamento ortodôntico dos espaços com substituição pelos caninos ou abertura dos espaços para futura reabilitação protética depende do perfil facial, da oclusão, da morfologia dos caninos e das expectativas do paciente [23]. Em consonância com as recomendações atuais, a paciente foi encaminhada para avaliação multidisciplinar em ortodontia e odontologia restauradora, permitindo um planejamento terapêutico individualizado.

Os molares decíduos retidos observados no Caso #2 demonstraram estabilidade funcional satisfatória, sem evidências clínicas ou radiográficas de patologia significativa, apesar da ausência dos sucessores permanentes. Achados semelhantes têm sido relatados em estudos anteriores, indicando que molares decíduos retidos podem permanecer funcionais por muitos anos, especialmente quando a reabsorção radicular é mínima e os dentes são mantidos em condições clínicas favoráveis [2]. Conseqüentemente, a preservação desses dentes é frequentemente considerada uma opção terapêutica viável, permitindo a manutenção da função e do osso alveolar até que uma reabilitação protética definitiva se torne necessária [24].

Os Casos 6 e 8 ilustram padrões menos comuns de hipodontia não sindrômica envolvendo a região anterior da mandíbula. No Caso 6, a ausência congênita de ambos os incisivos laterais inferiores foi associada à agenesia bilateral dos segundos pré-molares inferiores e do segundo pré-molar superior esquerdo, resultando na ausência de cinco dentes permanentes. No Caso 8, a agenesia bilateral dos incisivos laterais superiores ocorreu concomitantemente à agenesia dos incisivos centrais inferiores. A ausência congênita dos incisivos inferiores é consideravelmente menos frequente do que a agenesia dos incisivos laterais superiores ou dos segundos pré-molares inferiores e pode gerar desafios relacionados ao manejo dos espaços, ao desenvolvimento oclusal e à reabilitação estética de longo prazo [25]. Em pacientes em crescimento, a preservação dos dentes decíduos retidos pode auxiliar na manutenção do volume ósseo alveolar, do comprimento da arcada e da função até que o tratamento ortodôntico e restaurador definitivo possa ser realizado [2]. Esses casos destacam a importância do acompanhamento prolongado e do planejamento terapêutico multidisciplinar em pacientes jovens com múltiplos dentes ausentes.

A anomalia mais grave apresentada nesta série foi a oligodontia não sindrômica envolvendo a ausência congênita de seis dentes permanentes, incluindo os incisivos laterais superiores, os incisivos centrais inferiores e os primeiros molares superiores. A oligodontia é consideravelmente menos comum do que a hipodontia isolada e frequentemente está associada a desafios funcionais, estéticos e psicossociais significativos [26]. O padrão observado nessa paciente é particularmente relevante, uma vez que a agenesia dos primeiros molares superiores permanentes é relativamente incomum quando comparada à ausência mais frequente dos incisivos laterais superiores e dos segundos pré-molares inferiores [27]. A presença de dentes com formato cônico reforçou a natureza do desenvolvimento da anomalia. Embora a oligodontia esteja frequentemente associada a condições sindrômicas, não foram identificadas alterações sistêmicas, esqueléticas, dermatológicas ou familiares, sustentando o diagnóstico de oligodontia não sindrômica.

O exame radiográfico foi fundamental para a confirmação dos dentes supranumerários, da ausência de germes dentários, dos distúrbios eruptivos e das patologias associadas. O diagnóstico precoce facilita a intervenção oportuna e o planejamento terapêutico adequado, particularmente nos casos associados a alterações eruptivas ou à ausência múltipla de dentes. O manejo das anomalias do número de dentes frequentemente ultrapassa o escopo de uma única especialidade odontológica, e diversos casos desta série exigiram colaboração entre ortodontistas, cirurgiões bucomaxilofaciais, dentistas restauradores e clínicos gerais. Essas abordagens multidisciplinares são essenciais porque os objetivos terapêuticos frequentemente incluem não apenas a correção da anomalia em si, mas também a preservação da função, a orientação da erupção e do desenvolvimento oclusal, a manutenção do osso alveolar e da estabilidade oclusal, a otimização da estética e a promoção da saúde bucal a longo prazo.

Esta série de casos apresenta limitações inerentes à sua natureza descritiva, à seleção intencional dos casos e à variabilidade dos períodos de acompanhamento. Consequentemente, os achados devem ser interpretados como exemplos clínicos ilustrativos e não como estimativas de prevalência ou evidências que sustentem protocolos terapêuticos específicos. Além disso, a ausência de intervalos padronizados de acompanhamento e de medidas padronizadas de desfecho limita a comparação direta dos resultados entre os casos. Vários pacientes também permaneciam sob acompanhamento multidisciplinar ativo no momento da elaboração do manuscrito, impossibilitando a avaliação de desfechos em longo prazo.

4. Conclusão

Esta série de casos destaca a variabilidade clínica das anomalias do número de dentes e a importância do diagnóstico clínico e radiográfico precoce. O manejo deve ser individualizado de acordo com o tipo de anomalia, a idade do paciente, as necessidades funcionais, as preocupações estéticas e as exigências terapêuticas de longo prazo. O planejamento multidisciplinar é particularmente importante em casos complexos envolvendo atraso eruptivo, espaçamento dentário ou ausência múltipla de dentes.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que os pacientes ou seus responsáveis legais autorizaram a participação no estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que o estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Raina SA. Supernumerary teeth in premolar and molar regions and their effect on overall restorative treatment plan. *Int J Prosthodont Restor Dent*. 2016;6(4):98-101. doi:10.5005/jp-journals-10019-1165.

2. Arandi N, Rabi T. Mandibular second premolar agenesis: a retrospective cross-sectional study from Palestine. *J Pharm Bioallied Sci.* 2024;16. doi:10.4103/jpbs.JPBS.
3. Arandi NZ, Mustafa S. Maxillary lateral incisor agenesis: a retrospective cross-sectional study. *Saudi Dent J.* 2018;30(2):155-160. doi:10.1016/j.sdentj.2017.12.006.
4. Arandi N. Hyperdontia: exploring the developmental abnormality. *J Pre Clin Clin Res.* 2020;14(4):178-183. doi:10.26444/jpccr/130372.
5. Arandi NZ. Distomolars: an overview and 3 case reports. *Dent Oral Craniofac Res.* 2017;4(1):1-3. doi:10.15761/DOCR.1000236.
6. Arandi N. Supernumerary lateral incisors: a narrative review. *J Int Oral Health.* 2020;12(4):299-304. doi:10.4103/jioh.jioh_93_20.
7. Jung YH, Kim JY, Cho BH. The effects of impacted premaxillary supernumerary teeth on permanent incisors. *Imaging Sci Dent.* 2016;46(4):251-258. doi:10.5624/isd.2016.46.4.251.
8. Brook AH. Multilevel complex interactions between genetic, epigenetic and environmental factors in the aetiology of anomalies of dental development. *Arch Oral Biol.* 2009;54 Suppl 1. doi:10.1016/j.archoralbio.2009.09.005.
9. M R. Etiology of various dental developmental anomalies: review of literature. *J Dent Probl Solut.* 2017;4:19-25. doi:10.17352/2455-8418.000042.
10. Zhang H, Gong X, Xu X, Wang X, Sun Y. Tooth number abnormality: from bench to bedside. *Int J Oral Sci.* 2023;15(1):1-15. doi:10.1038/s41368-022-00208-x.
11. Rakhshan V. Congenitally missing teeth (hypodontia): a review of the literature concerning the etiology, prevalence, risk factors, patterns and treatment. *Dent Res J (Isfahan).* 2015;12(1):1-13.
12. Ata-Ali F, Ata-Ali J, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diogo M. Prevalence, etiology, diagnosis, treatment and complications of supernumerary teeth. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(4). doi:10.4317/jced.51499.
13. Zhu J, Wan M, Duan X, Fan Z, Sun Y, Wang X, et al. Expert consensus on the diagnosis and management of tooth developmental anomalies. *Int J Oral Sci.* 2026;18(1):12. doi:10.1038/S41368-025-00401-8.
14. Martinez-Gonzalez JM, Brinkmann JCB, Calvo-Guirado JL, Arias Irimia O, Barona-Dorado C. Clinical epidemiological analysis of 173 supernumerary molars. *Acta Odontol Scand.* 2012;70(5):398-404. doi:10.3109/00016357.2011.629629.
15. Bamgbose BO, Okada S, Hisatomi M, Yanagi Y, Takeshita Y, Abdu ZS, et al. Fourth molar: a retrospective study and literature review of a rare clinical entity. *Imaging Sci Dent.* 2019;49:27-34.
16. Meade MJ. Supernumerary teeth: an overview for the general dental practitioner. *Dent Update.* 2020;47(9):729-738. doi:10.12968/DENU.2020.47.9.729.
17. Nam OH, Lee HS, Kim MS, Yun KH, Bang JB, Choi SC. Characteristics of mesiodens and its related complications. *Pediatr Dent.* 2015;37(7).
18. Colak H, Uzgur R, Tan E, Hamidi M, Turkal M, Colak T. Investigation of prevalence and characteristics of mesiodens in a non-syndromic 11256 dental outpatients. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17(19):2684-2689.
19. Tyrologou S, Koch G, Kuro J. Location, complications and treatment of mesiodentes: a retrospective study in children. *Swed Dent J.* 2005;29(1):1-9.
20. Van Buggenhout G, Bailleul-Forestier I. Mesiodens. *Eur J Med Genet.* 2008;51(2):178-181. doi:10.1016/j.ejmg.2007.12.006.
21. Pescia R, Kiliaridis S, Antonarakis GS. Spontaneous eruption of impacted maxillary incisors after surgical extraction of supernumerary teeth: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2020;24(11):3749-3759. doi:10.1007/s00784-020-03369-3.
22. Vignon M, Bensaidani T, Soliveres S, Bousquet P. Interdisciplinary management of bilateral congenital lateral incisor agenesis. *Case Rep Dent.* 2023;2023:5576050. doi:10.1155/2023/5576050.
23. Schroeder DK, Schroeder MA, Vasconcelos V. Agensis of maxillary lateral incisors: diagnosis and treatment options. *Dental Press J Orthod.* 2022;27(1). doi:10.1590/2177-6709.27.1.e22spe1.
24. Mohammed DR, Hashim RS, Al-Essa HS. Retention of primary second molars without a permanent successor: a review article. *Int J Med Res Health Sci.* 2018;7(7):80-89.
25. Schonberger S, Shapira Y, Pavlidi AM, Finkelstein T. Prevalence and patterns of permanent tooth agenesis among orthodontic patients—treatment options and outcome. *Appl Sci.* 2022;12(23):12252. doi:10.3390/app122312252.
26. Castilho NL, Resende KKM, Santos JA, Machado RA, Coletta RD, Guerra ENS, et al. Oligodontia in the clinical spectrum of syndromes: a systematic review. *Dent J (Basel).* 2023;11(12):279. doi:10.3390/dj11120279.
27. Bollen AM. Agensis of maxillary first molars: report of 4 patients. *AJO-DO Clin Companion.* 2025;5(4):382-386. doi:10.1016/J.XAOR.2025.06.004.