

DENTES SUPRANUMERÁRIOS

Fernando Duarte

Docente do ISAVE - Instituto Superior de Saúde do Alto Ave

Médico Dentista

Mestre em Cirurgia Oral e Maxilofacial pelo Eastman Dental Institute

Universidade de Londres

Estudante de Doutoramento - Universidade de Londres

Carina Ramos

Docente do Instituto Politécnico de Saúde do Norte

Médica Dentista

Estudante de Mestrado em Oncologia Médica no Instituto de Ciências Biomédicas

Abel Salazar/Instituto Português de Oncologia - Universidade do Porto

Liliana Fonseca

Médica Dentista

Estudante de Mestrado em Cirurgia Oral na Faculdade de Medicina Dentária -

Universidade do Porto

E-mail:

fduarte_omfs@hotmail.com

Resumo:

Os dentes supranumerários (ou hiperdontia), embora sendo uma anomalia relativamente rara, podem ser a causa de diversos distúrbios dentários e oclusais, principalmente na dentição permanente, a que o médico dentista generalista deve estar atento. Este artigo pretende abordar tal anomalia com uma visão abrangente, focando aspectos como o seu diagnóstico, problemas clínicos associados e tratamento desta entidade clínica.

Palavras-chave:

Dentes supranumerários, diagnóstico, consequências, tratamento

Abstract:

Supernumerary teeth (or hyperdontia), though relatively rare, may be the cause of several dental and occlusal disturbs, mainly in the permanent dentition, to which the general dental practitioner should be aware. This paper presents an overview of such anomaly, focusing on its diagnosis, associated clinical problems and treatment of this clinical entity.

Key Words:

Supernumerary teeth, diagnosis, consequences, treatment

Introdução

As anomalias dentárias geralmente reflectem-se no tamanho, na forma ou no número de dentes.

Dente supranumerário é todo aquele dente “extra” ou em excesso presente nos maxilares. Deve estar aumentado o número de dentes que compõem normalmente

cada série dentária, seja qual for a forma e posição do dente que origina este aumento. Este aumento do número de dentes deverá ser de um grupo específico de dentes e não do total da fórmula dentária, já que a existência de supranumerários é compatível com a agenesia dentária e o número total pode estar compensado.^{1,5} Esta anomalia dentária também é denominada hiperdontia.

Podem-se encontrar erupcionados na arcada ou incluso, originando diversos quadros clínicos.¹

A incidência desta anomalia varia entre os 0,1 e 3,6% consoante os autores e população investigada sendo que a taxa para a população caucasiana varia entre 1 e 3%, atingindo o sexo masculino duas vezes mais do que o sexo feminino.^{1,2,3,5,6,9,10}

Embora possa ocorrer quer na dentição decídua quer na permanente, é mais frequente na dentição permanente.^{1,2,4,7} Quando existem na dentição decídua são geralmente, de forma normal e com maior predominância na região da pré-maxila e sem grande diferença na distribuição por sexo.^{5,9} Em 30% dos casos, são percussores de um supranumerário na dentição permanente.^{1,9}

Podem ocorrer em qualquer zona da arcada, contudo existe uma predisposição para a sua ocorrência na pré-maxila.^{1,2,9} 90% dos casos de hiperdontia ocorrem na maxila.^{2,9} Contudo, na mandíbula a zona mais afectada é a pré-molar.² Tendem também, a ocupar uma posição palatina ou lingual aos dentes adjacentes.

O mais comum é um dente supranumerário por paciente (76 a 86%), seguido de casos de bilateralidade (12 a 23%), sendo que exemplos de múltiplos supranumerários, ocorrendo como um traço isolado não sindrómico são raros (<1%).^{2,4,5}

O dente supranumerário mais comum é o mesiodens assim denominado devido à sua localização na linha média da maxila entre os dois incisivos centrais, que também pode ocorrer em par. A sua prevalência na população varia entre 0,15 a 1,9%³, sendo responsável por cerca de 50% dos casos de hiperdontia.¹

A seguir a este dente, os supranumerários por ordem decrescente de frequência são os 4^{os} molares, pré-molares, incisivos laterais e caninos.^{5,9}

A patogênese dos dentes supranumerários ainda não é bem compreendida, existindo diversas teorias que tentam explicar a sua origem.

Essas teorias podem-se dividir em três categorias principais:^{1,2,5,6,7,9}

Os supranumerários podem representar uma regressão filogenética¹⁰ a uma dentição primata (atavismo). Esta teoria foi a primeira a surgir e conta hoje com poucos apoiantes.¹

A proliferação contínua da lâmina dentária pode produzir elementos de 3ª dentição (teoria de hiperactividade da lâmina dentária).^{11,14} Esta hiperactividade independente local pode-se verificar em qualquer um dos sucessivos estágios embriológicos por que passa o dente. As causas que podem motivar esta superactividade epitelial podem ser locais (traumatismos, infecção, factores irritantes, etc.) ou gerais (disfunções genéticas ou enzimáticas, factores hereditários). Esta é a teoria mais aceite.

A divisão accidental de um gérmen dentário devido a traumatismos ou mutações evolutivas, pode produzir 2 dentes (teoria da dicotomia).^{1,11,14} A existência de dentes supranumerários com uma morfologia idêntica aos dentes normais favorece esta teoria.

Por se observar uma maior frequência de hiperdontia em familiares em primeiro grau de indivíduos afectados, vários autores defendem uma componente hereditária multifactorial, para a transmissão desta anomalia em cerca de 90% dos casos.^{1,3,4,7,8,9,10} Vários estudos parecem indicar que se trata de um traço autossómico dominante com falta de penetrância ^{3,8,9,11,14} em algumas gerações, sendo que a sua transmissão não segue um padrão Mendeliano simples.^{5,7,8,9,16}

Tal traço não foi ainda bem estabelecido, ao contrário do que acontece com a hipodontia.^{10,11} Devido à discrepância observada na frequência com que esta anomalia afecta homens e mulheres, também foi sugerido que a transmissão hereditária deste traço pudesse estar ligada aos cromossomas sexuais.^{3,9,11}

Contudo, parece mais consensual afirmar que será uma combinação de inúmeras influências genéticas e ambientais a ter o seu efeito no número e morfologia dos dentes (explicação etiológica unificada).^{2,8,9,10}

Mais suporte à existência de um componente genético na hiperdontia é dado pela sua ocorrência simultânea em gêmeos verdadeiros⁸ e em vários síndromes genéticos tais como, lábio leporino e fenda palatina (com uma incidência que pode ir até aos 28%), Síndrome de Gardner, Disostose cleidocraneana, Displasia ectodermal, Síndrome de Apert e Síndrome de Fabry-Anderson.^{1,3,5,4,9,11,14}

Diagnóstico

É essencial enumerar, identificar e localizar os dentes presentes através de um criterioso exame clínico e vigilância radiográfica de rotina antes da elaboração de um diagnóstico definitivo e de um plano de tratamento.

Clinicamente, a inspecção poderá fornecer um diagnóstico por visualização dos supranumerários erupcionados na arcada ou fazer suspeitar da sua existência através de alguns sinais associados com esta anomalia, como por exemplo, distúrbios na cronologia eruptiva ou presença de diastemas.¹ A palpação pode revelar a expansão das tábuas ósseas, no local onde estes dentes se encontram inclusos ou provocam quistos pericoronários.^{1,9,12,13}

Devido à ausência de complicações e sintomas e uma vez que a maioria dos supranumerários permanentes não se encontram erupcionados, muitas vezes o diagnóstico desta anomalia é acidental, no exame radiográfico da dentição permanente^{4,8,9}, por volta dos 7 e os 12 anos de idade motivados por queixas de distúrbios na cronologia eruptiva, presença de diastemas e inclinações dos eixos dos incisivos centrais.

Existem autores^{1,15} que recomendam o rastreio radiográfico em crianças, por altura da erupção dos incisivos permanentes, com vista à detecção precoce desta anomalia antes que possa afectar a dentição permanente, tornando o prognóstico mais favorável e as complicações mínimas.^{9,10} Enquanto que outros sugerem que um dente atrasado na sua erupção, há mais de 6 meses, em relação ao seu correspondente do lado oposto, deveria ser radiograficamente investigado.⁵

A ortopantomografia é o meio radiográfico mais utilizado e o mais útil, uma vez que mostra todas as áreas da maxila e mandíbula.⁵

A localização de supranumerários inclusos pode ser feita com várias técnicas

disponíveis. As mais frequentemente utilizadas são a do deslocamento horizontal e do deslocamento vertical.¹¹ A técnica do deslocamento vertical requer a toma de 2 radiografias do mesmo objecto com 2 angulações horizontais diferentes. Um dente incluso para lingual deve-se mover na mesma direcção do cone, ou na direcção oposta se estiver localizado vestibularmente ao dente de referência. Este fenómeno é referido como a regra SLOB (Same on Lingual, Opposite on Bucal).⁹ A técnica de deslocamento vertical implica a toma de 2 radiografias oclusais. A primeira é standard tirada com uma angulação de 60° e a segunda é tirada com o cone direccionado o mais paralelamente possível ao longo eixo dos dentes anteriores. Esta técnica é recomendada para a localização de dentes inclusos no segmento anterior.

Várias outras técnicas estão disponíveis tal como a extra-oral e ocluso-lateral, que estão indicadas se o supranumerário estiver significativamente mais profundo ou mais alto relativamente ao dente erupcionado. Esta incidência é excelente para a localização de dentes nasais.¹¹

O exame radiográfico torna-se assim indispensável para confirmação do diagnóstico, da posição do supranumerário, da sua relação com os dentes adjacentes e a distância do incluso permanente até ao plano oclusal.⁹

Como já foi referido, os supranumerários são menos comuns na dentição decídua do que na permanente. Uma possível explicação para este facto pode incluir um erro de diagnóstico ou falha de detecção uma vez que o espaço existente na dentição decídua pode permitir que supranumerários erupcionem com um alinhamento razoável, e também porque muitas vezes têm a aparência de dentes normais. Também muitas crianças têm o seu primeiro exame dentário após erupção dos dentes anteriores, altura em que já podem ter exfoliado os supranumerários anteriores não sendo detectados.^{5,9}

Classificação

Os dentes supranumerários classificam-se pela sua localização e pela sua morfologia.^{5,7,9,10}

As variações posicionais incluem mesiodens, paramolares, distomolares e parapremolares.^{5,9,10}

Na dentição primária a morfologia é geralmente normal (eumórfica) ou cônica. Na dentição permanente existe uma maior variabilidade nas formas que estes dentes podem apresentar: cónicos ou tuberculados (heteromórficos) e suplementares (eumórficos).^{1,5,6,7,9}

A forma cônica é a mais comum nos casos que afectam a dentição permanente, ocorrendo de forma isolada ou aos pares e por vezes invertido. Desenvolve-se com o estadio de maturação radicular adiantado ou equivalente ao dos dentes permanentes e é muito comum no mesiodens, onde com frequência erupcionam espontaneamente.⁸ Podem causar a rotação ou deslocamento dos dentes permanentes, mas raramente provocam atrasos na cronologia eruptiva.^{7,9}

A forma tuberculada possui mais do que uma cúspide ou tubérculo, conferindo-lhe uma forma de barril. A sua maturação radicular por vezes encontra-se atrasada, quando comparada com a dos dentes permanentes. São frequentemente bilaterais e com uma localização por palatino. Raramente erupcionam espontaneamente e estão muitas vezes associados com atrasos na erupção dos permanentes.^{7,8,9}

A forma suplementar refere-se a dentes supranumerários com uma forma semelhante à dos dentes normais que compõem uma série e encontram-se no fim de cada série. O mais comum é o incisivo lateral superior, mas também se podem encontrar pré-molares e molares.^{6,10} Frequentemente, erupcionam causando apinhamento.^{7,9} A sua semelhança com os dentes normais, faz com que por vezes se coloquem dúvidas, aquando do diagnóstico, sobre qual dos dentes será o supranumerário e qual será o normal. Neste caso, o dente que estiver mais deslocado do alinhamento da arcada é o que deve ser extraído. O dente suplementar também pode apresentar um cíngulo profundo ou uma invaginação coronal.⁹

Manifestações e consequências associadas

Os dentes supranumerários podem erupcionar normalmente, ficarem inclusos, aparecerem invertidos¹⁴ ou assumirem uma posição ectópica ou uma via de erupção anormal.^{1,4}

Os efeitos dos supranumerários na dentição em desenvolvimento variam. Pode não haver qualquer efeito com os supranumerários e serem descobertos por

um acaso,^{5,7,9} ou podem surgir várias anomalias frequentemente associadas à presença de dentes supranumerários, tais como:^{1,4,5,7,8,9,10,11,16} apinhamento ou má posição dentária, que se verificam quando os supranumerários erupcionam, erupção tardia dos dentes permanentes, com ou sem retenção do decíduo (26 a 52% dos casos)^{8,9}. A presença de um supranumerário é a mais comum causa de falhas de erupção de um incisivo central superior. Geralmente, o problema só é notado no momento da erupção dos incisivos laterais e quando um ou ambos incisivos centrais ainda não erupcionaram e o decíduo permanece na arcada^{7,9} erupções ectópicas na cavidade nasal ou seio maxilar com dor, obstrução aérea e infecção e possibilidade de fístulas oro-nasais¹¹, inclusão dentária com ou sem deformação da superfície vestibular ou lingual do processo alveolar, diastemas, muito frequente na região incisiva superior no caso de mesiodens, rotação ou deflexão dos dentes permanentes (28 a 63% dos casos)^{8,9}, formação de quisto dentígeros¹⁴, foliculares ou primordiais muito frequentes nas inclusões dentárias. Pode atingir 4 a 9% dos casos⁷ e originar destruição óssea ou reabsorção radicular de dentes adjacentes, reabsorção, dilaceração ou má-formação radicular de dentes adjacentes e lesões periodontais como resultado da compressão exercida pelo dente supranumerário incluso.

O problema mais comum causado pelos supranumerários é, como já foi referido, o atraso na erupção dos dentes maxilares anteriores permanentes. Tal ocorrência pode ter ainda as seguintes consequências: mesialização dos incisivos laterais e redução do espaço na arcada com inadequação do comprimento do arco, diminuição no desenvolvimento da altura dento-alveolar, resultando numa não erupção total dos incisivos centrais.⁹

Por isso, o diagnóstico precoce, avaliação correcta e tratamento apropriado são essenciais.

Os dentes supranumerários, inclusos ou erupcionados, não são funcionais, pelo que devem ser extraídos. A sua extracção pode ser equivalente ou mesmo mais fácil que a de um dente normal.¹

A indicação existe sempre que se verifique alguma das manifestações e complicações referidas anteriormente, quando a sua estética for inaceitável, quando a morfologia e posição derem problemas de higiene oral e oclusão ou interfiram com movimentos ortodônticos de dentes adjacentes.^{1,11,16}

Em casos assintomáticos, poder-se-á aceitar a abstinência terapêutica, nomeadamente em algumas situações concretas, entre as quais se destacam a ausência de patologia associada, a idade muito jovem do paciente, quando não interferirem com a erupção dos permanentes, quando tiverem uma posição e morfologia que aparente a possibilidade de erupção espontânea sem interferência com os permanentes, casos sem necessidade de intervenção ortodôntica, e o cumprimento escrupuloso por parte do paciente das consultas de controle clínico e radiográfico em intervalos regulares. Tal espera pode facilitar a sua extracção reduzindo o possível trauma, custo e risco.^{1,11}

De qualquer forma, a extracção deverá ser a regra na maioria dos casos, de modo a evitar possíveis complicações, de forma a se aproveitar o potencial eruptivo de permanentes que estejam inclusos, prevenir a formação de diastema e não estender o tratamento para uma fase ortodôntica.^{1,11,14,16}

A técnica anestésica a utilizar pode ser anestesia geral nasoendotraqueal, anestesia local simples ou com sedação oral, endovenosa ou inalatória, dependendo da idade, estado geral do paciente, grau de dificuldade do caso, grau de cooperação, etc. A extracção dentária deverá ser cuidadosa de forma a não danificar os dentes vizinhos que frequentemente se encontram em estreita relação com o supranumerário.^{1,2}

Alguns autores¹ defendem que, em circunstâncias normais, a extracção de um supranumerário não se deve fazer até que se dê o encerramento do ápex dos dentes vizinhos de forma a minimizar o perigo de dano à porção mesenquimatosa do dente permanente, provocando rizólise ou necrose pulpar, devido às dificuldades

em realizar a cirurgia numa criança tão jovem (menos de 6 anos de idade) e porque, por vezes, os dentes supranumerários acabam por erupcionar sem afectar os dentes permanentes tornando a sua exodontia mais simples. Contudo, os mesmos autores recomendam o tratamento precoce, quando o contacto íntimo entre supranumerário e o dente permanente pode interferir com a formação do ápex, quando se detecta um quisto no supranumerário, quando provoca má-posição dentária, quando a correcta erupção dos permanentes está comprometida ou quando há sintomas dolorosos.

Em todos os casos, a abordagem cirúrgica dependerá da localização do dente a extrair. Na sua maioria os dentes supranumerários localizam-se por palatino, pelo que a abordagem realizar-se-á mediante uma incisão palatina festonada ao nível da margem gengival rodeando os colos dentários e papilas interdentárias, idêntica à utilizada para a abordagem dos caninos inclusos, estendendo-a em função do grau de dificuldade, e campo cirúrgico que se necessite. De seguida procede-se ao descolamento cuidadoso do retalho de espessura total com um perióstomo. Por vezes, estas manobras podem ser suficientes para expor o supranumerário, que se extrai facilmente com uma alavanca ou fórceps em baioneta. Noutras ocasiões, observa-se apenas uma protuberância óssea que identifica a sua localização. Neste caso será feita a osteotomia necessária com broca refrigerada expondo o supranumerário e efectuando a extracção com alavanca de Pott ou recta. Podem ainda haver casos em que nem sequer se nota uma protuberância óssea que identifique a localização do dente a extrair, em cujo caso, se procederá a uma cuidadosa osteotomia até que se encontre o esmalte do supranumerário. Deve-se eliminar osso suficiente para se poder visualizar a anatomia da coroa, de forma a fazer uma correcta distinção entre a coroa do dente supranumerário e a do dente permanente incluso, evitando cometer erros graves de lesão ou exodontia da peça errada. Uma vez feita a exodontia, efectua-se a curetagem e lavagem do alvéolo visando a eliminação de restos de tecido dentário, tecido de granulação ou quístico e a regularização dos bordos ósseos, faz-se a adaptação do retalho ao osso e das papilas vestibulares e palatinas e procede-se à sutura com seda ou fio reabsorvível 3/0.¹

Quando o supranumerário se localiza por vestibular, a abordagem é feita através de uma incisão tipo Neumann.

Na mandíbula prefere-se a abordagem vestibular através de uma incisão de

Neumann, mas tendo em conta que a sua cortical externa é mais compacta e que este osso contém importantes estruturas anatómicas (foramen mentoniano e canal do nervo alveolar inferior) e a proximidade de glândulas salivares e estruturas neurovasculares por lingual.¹

Em situações de hiperdontia múltipla, o tratamento torna-se mais complexo pois, muitas das vezes, as poli-inclusões ocasionam uma desestruturação da arcada e mal-posicionamentos dentários, o que requer uma estreita colaboração cirurgião/ortodontista. Será, neste caso, o ortodontista que ditará a sequência extraccional. A extracção radical de todos os dentes só se pode fazer em casos isolados, devido à grande perda de osso que se iria produzir e o concomitante risco de fractura do maxilar.¹

Nos casos em que os dentes supranumerários adoptem uma posição ectópica de migração para o solo da cavidade nasal ou seio maxilar, devem ser extraídos o mais precocemente possível.¹¹ Podem ser necessárias abordagens desde a abertura piriforme elevando a mucosa e periósteo a tal nível ou uma abordagem tipo Cadwell-Luc, respectivamente.¹

Durante o pós-operatório será necessária uma cobertura antibiótica adequada, assim como a administração de anti-inflamatórios e analgésicos e a aplicação local de gelo.¹

Em certos casos, o tratamento cirúrgico deverá ser combinado com um tratamento ortodôntico que será destinado a criar ou manter espaço na arcada para o dente permanente incluso, que muitas das vezes apresentam um potencial de erupção diminuído. Nestes casos, pode-se libertar a coroa do dente incluso eliminando cirurgicamente obstáculos ósseos e mucosos e deixa-se que se dê a sua erupção espontânea (alveolectomia condutora)³, ou então, coloca-se um meio de tracção (botão ou bracket) para se realizar a sua tracção ortodôntica.¹ Existe controvérsia se um dente permanente impedido por um supranumerário deve ser exposto e traccionado ou apenas observado, uma vez que a literatura disponível indica que a maioria destes dentes erupcionam espontaneamente, em cerca de 3 anos após exodontia do supranumerário. Deve-se manter o espaço adequado.¹¹

Caso Clínico 1

O caso clínico mostra um paciente do sexo masculino, raça caucasiana, 12 anos de idade, submetido a anestesia geral para exodontia de 5 dentes supranumerários. Os dentes localizavam-se 2 na maxila e 3 na mandíbula (1 no 3º Quadrante e 2 no 4º Quadrante). O follow-up do caso clínico é de 36 meses.

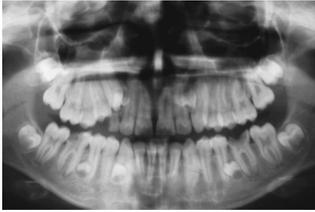


Fig. 1 – Ortopantomografia onde são visíveis 5 dentes supranumerários

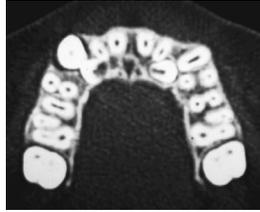


Fig. 2 – TAC maxilar onde são visíveis 2 dentes supranumerários



Fig. 3 – TAC mandibular onde são visíveis 3 dentes supranumerários

Caso Clínico 2

O caso clínico mostra um paciente do sexo masculino, raça caucasiana, 18 anos de idade, submetido a anestesia local para exodontia de 1 dente supranumerário. O dente localizava-se na maxila por palatino de dente 2.1 que se encontrava incluso uma vez que o seu trajecto de erupção se encontrava obstruído. O follow-up do caso clínico é de 12 meses.

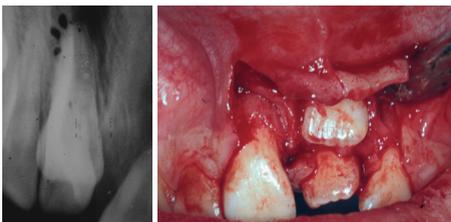


Fig. 4 – Rx periapical e aspecto clínico inicial



Fig. 5 – Rx periapical e aspecto clínico final

Conclusão

Analisando os dados da literatura disponível, evidencia-se como uma patologia relativamente rara, que pode induzir uma alteração do crescimento maxilofacial agindo como um elemento de distúrbio da normal erupção dentária e gerando um quadro de maloclusão, se tratado precocemente com um adequado critério, com a colaboração do paciente e dos pais, pode ser facilmente resolvido com uma restauração funcional e estética mais que satisfatória.

O diagnóstico precoce pode simplificar o tratamento e melhorar o prognóstico. Os médicos dentistas generalistas estão numa posição privilegiada para fazer o rastreio das famílias em que se tenha verificado a ocorrência de dentes supranumerários.

É importante que o paciente e médico dentista tenham uma conversa para reverem todas as opções terapêuticas para o seu caso específico. Alguns casos são mais complicados do que aparentam e é necessária a informação devida e consentimento informado antes de iniciar qualquer tipo de tratamento correctivo.

Qualquer decisão em relação aos dentes inclusos deve ser tomada em conjunto e cuidadosamente por uma equipa que englobe o médico dentista generalista, cirurgião oral e ortodontista.

Bibliografia

1. ESCODA CG, MICAS MM, TOST AE, ALBIOL JG (1999), Otras inclusiones dentarias. Mesiodens y otros dientes supernumerarios. Dientes temporales incluidos, In Cirugía Bucal. Ergon 526-549.
2. HOPCRAFT M (1998), Multiple supernumerary teeth. Case report, Aust Dent J 43 (1):17-19.
3. GALLAS MM, GARCIA A (1999), Retention of permanent incisors by mesiodens: a family affair, Brit Dent J 188: 63-64.
4. DESAI RS, NANDINI PS (1998), Multiple supernumerary teeth in two brothers: a case report, J Oral Pathol Med 27: 411-3.
5. SCHEINER MA, SAMPSON WJ (1997), Supernumerary teeth: a review of the literature and four case reports, Aust Dent J 42 (3):160-5.
6. ROCK WP (1991), A case of bilateral supplemental maxillary central incisors. Int J Paediatric Dentistry 1:155-158.

7. GARVEY MT, BARRY HJ, BLAKE M (1999), Supernumerary teeth - an overview of classification, diagnosis and management, *J Can Dent Assoc* 65:612-6.
8. SEDDON RP, JOHNSTONE SC, SMITH PB (1997), Mesiodentes in twins: a case report and a review of the literature, *Int J Paediatric Dentistry* 7:177-184.
9. HATTAB FN, YASSIN OM, RAWASHDEH MA (1994), Supernumerary teeth: report of three cases and review of the literature. *J Dent Child* September- December :382-393.
10. MARYA CM, KUMAR BRA (1998), Familiar occurrence of mesiodens with unusual findings: case report, *Quintessence Int* 29(1):49-51.
11. NAZIF MM, RUFFALO RC, ZULLO T (1983), Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases, *JADA* 106:201-204.
12. MERCURI LG, O'NEILL R (1980), Multiple impacted and supernumerary teeth in sisters, *Oral Surg Oral Med Oral Pathology* 50(3)293.
13. BUDDEN PG (1996), A supernumerary paper, *Brit Dent J*
14. ALMEIDA JD, CABRAL LA, GOMES AP, MORAES E (1995), Supernumerary mesiodentes with familiar character: a clinical report, *Quintessence Int* 26:343-345.
15. WILLIAMS DW (1976), The early eruption of a supernumerary tooth (mesiodens), *Brit Dent J* 140:209.
16. MASON C, RULE DC (1995), Midline supernumeraries: a family affair, *Dental update* Jan/Feb:34-35.
17. BRAND A, AKHAVAN M, TONG H, KOOK YA, ZERNIK JH (2000), Case report: Orthodontic, genetic and periodontal considerations in the treatment of impacted maxillary central incisors: a study of twins, *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 117: 68-74.