



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ UNIMA | AFYA
CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ADNA IALLY MORAES ARAÚJO PEREIRA
JOÃO ARTHUR ARRUDA DUARTE COSTA

**USO DO ARCO LINGUAL NA MANUTENÇÃO DE ESPAÇO APÓS A PERDA
PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO**

MACEIÓ – AL
2025

ADNA IALLY MORAES ARAÚJO PEREIRA
JOÃO ARTHUR ARRUDA DUARTE COSTA

**USO DO ARCO LINGUAL NA MANUTENÇÃO DE ESPAÇO APÓS A PERDA
PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário de Maceió UNIMA|
AFYA, como requisito para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Orientador (a): Dra.Laura Mello
Figueiredo.

MACEIÓ – AL
2025

ADNA IALLY MORAES ARAÚJO PEREIRA
JOÃO ARTHUR ARRUDA DUARTE COSTA

USO DO ARCO LINGUAL NA MANUTENÇÃO DE ESPAÇO APÓS A PERDA
PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário de Maceió UNIMA|
AFYA, como requisito para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a.Dr.^a. Laura Mello Figueiredo
Orientadora
UNIMA|AFYA

Prof.^a.Dr.^a. Daniella Mascarenhas Calixto Barros
UNIMA|AFYA

Prof. Danilo Cavalcante Fernandes
UNIMA|AFYA

Dedicamos o presente trabalho aos
nossos pais que sempre nos apoiaram em
nossos sonhos e projetos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, pela força e sabedoria concedidas em todos os momentos dessa caminhada acadêmica.

As nossas famílias, em especial aos nossos avós, pelo amor incondicional, pelos valores transmitidos e pelo apoio constante em nossa trajetória. Aos nossos pais, por acreditarem em nós, incentivarem nossos estudos e oferecerem sempre o suporte necessário para que pudéssemos alcançar este objetivo.

A nossa orientadora Laura Mello Figueiredo, pelo acompanhamento cuidadoso, pela paciência e pelos ensinamentos que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos nossos amigos, pelo companheirismo, incentivo e pela presença constante, que tornaram essa trajetória mais leve e significativa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho, deixamos nossa profunda gratidão.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo destacar a importância do diagnóstico e do tratamento ortodôntico para a manutenção de espaço durante a dentição decídua, mostrando a importância da manutenção do espaço para erupção do dente permanente. Trata-se de um estudo descritivo, em formato de relato de caso clínico realizado na clínica-escola do Centro Universitário de Maceió (UNIMA | AFYA). O caso clínico apresenta uma paciente pediátrica submetida à exodontia dos dentes 71, 75, 81, 84 e 85, seguida da instalação de um arco lingual fixo passivo, ancorado nos molares permanentes 36 e 46, a fim de prevenir a mesialização dos molares e manter espaço adequado para a erupção dos pré-molares. Evidencia-se que o diagnóstico precoce e a intervenção ortodôntica são fundamentais para o desenvolvimento do sistema estomatognático, prevenindo problemas oclusais futuros e promovendo benefícios estéticos, funcionais e psicossociais.

Palavras-chave: Arco lingual; Mantenedor de espaço; Ortodontia preventiva.

ABSTRACT

The present Final Paper aims to highlight the importance of diagnosis and orthodontic treatment for space maintenance during deciduous dentition, seeking to restore aesthetics and function. This is a descriptive study, in the format of a clinical case report carried out at the school clinic of Centro Universitário de Maceió (UNIMA | AFYA). The clinical case presents the oral rehabilitation of a pediatric patient who underwent extractions of teeth 71, 75, 81, and 85, followed by the installation of a passive fixed lingual arch, anchored to the permanent molars 36 and 46, in order to prevent molar mesialization and preserve adequate space for the eruption of premolars. It is evident that early diagnosis and orthodontic intervention are essential for the development of the stomatognathic system, preventing future occlusal problems and promoting aesthetic, functional, and psychosocial benefits.

Keywords: Lingual arch; Space maintainer; Preventive orthodontics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Situação inicial da cavidade oral da paciente.....	19
Figura 2 – Procedimentos realizados.....	20
Figura 3 – Confeção do modelo de estudo.....	21
Figura 4 – Confeção e instalação do arco lingual.....	22
Figura 5 – Instalação do arco lingual.....	23
Figura 6 – Consulta de retorno.....	24

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. METODOLOGIA.....	17
3. RELATO DE CASO.....	18
4.DISSCUSSÃO.....	24
5.CONCLUSÃO.....	29
6. REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

Durante o desenvolvimento orofacial, a dentição humana passa por duas fases, sendo a primeira a decídua, e a segunda, a permanente, que transacionam entre si dando origem a dentadura "mista" (OLIVEIRA, et al.,2020). Assim, a dentição decídua desempenha um papel fundamental não só na mastigação, mas, na oclusão, deglutição, fonética e estética da cavidade oral, ao passo que, a dentadura permanente, é significativa na articulação e manutenção dos outros dentes no arco. (OLIVEIRA, et al.,2020).

Logo, a transição para a fase mista é marcada como um fenômeno complexo, pois, deve acontecer de forma sistemática em prol do progresso de uma oclusão balanceada em que, os elementos dentários decíduos que são ótimos mantenedores de espaços naturais, concomitante com a musculatura facial, são responsáveis pela sustentação dos antagonistas no plano oclusal; evolução buco-dentária-maxilo-facial e guias na correta irrupção dos dentes permanentes (SILVA, et al.,2020)

Todavia, o desequilíbrio do sistema estomatognático pode ocasionar uma má-oclusão, caracterizada por uma alteração no alinhamento ou na mordida dos dentes prejudicando o crescimento e desenvolvimento craniofacial.(MARCANTONIO, et al., 2021). Para Almeida et al. (2000), a etiologia das maloclusões concentram-se em fatores hereditários como tamanho e forma dos dentes; fatores congênitos, fissuras e síndromes genéticas tais como Cleidocraniana, Rieger e ectodérmica; adquiridos gerais/sistêmicos, redução facial evolutiva e traumas oclusais, fatores locais e, por fim, hábitos bucais deletérios, sucção digital e chupar chupeta.

Sendo assim, a Ortodontia, uma especialidade da Odontologia, tem por objetivo o estudo do crescimento do complexo craniofacial, com o desenvolvimento da oclusão e com o tratamento das anomalias dentofaciais bem como também o diagnóstico, prevenção e tratamento das irregularidades orofaciais (MOYERS, 1991). Nesse aspecto, tal área divide-se em duas vertentes, ambas com foco de atuação a partir da infância, em virtude do início das relações intermaxilares no intuito de evitar as más-oclusões.

A primeira, refere-se a Ortodontia preventiva, tendo como prioridade a preservação do desenvolvimento normal da dentição, prevenindo o surgimento das maloclusões. Nela, são realizados o diagnóstico e tratamento de cárie, garantindo a integridade e vitalidade do elemento dental; a manutenção do espaço do perímetro oclusal após a perda precoce dos dentes decíduos, evitando o deslocamento dos dentes erupcionados até a irrupção dos dentes sucessores correspondentes, com a instalação de aparelhos mantenedores de espaço, além da identificação e eliminação de hábitos bucais deletérios que possam interferir no desenvolvimento da oclusão ideal e alterações orofaciais (GOMES, et al.,2020).

Já a segunda vertente, corresponde a Ortodontia interceptativa, nessa fase, são realizados procedimentos clínicos que atuam interrompendo uma má oclusão já instaurada, de modo a corrigir um problema em estágio inicial, como correção de mordida aberta, mordida cruzada, eliminação de hábitos bucais deletérios, retenção prolongada de dentes decíduos, correção de desvio de linha média e manutenção do espaço. Nesse contexto, tais procedimentos clínicos requerem a utilização de aparelhos fixos e/ou removíveis para correção de maloclusões ou tão logo seja observada alguma alteração.(GOMES, et al.,2020).

Portanto, o presente trabalho tem por objetivo relatar o uso de um aparelho para manter o espaço dos dentes perdidos precocemente assim como descrever a importância do diagnóstico e tratamento ortodôntico para manutenção do espaço durante a dentição decídua.

2. METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter descritivo de um relato de caso clínico realizado na clínica-escola do Centro Universitário de Maceió (UNIMA | AFYA) localizada no município de Maceió/Al, abordando a reabilitação oral de uma paciente pediátrica através da adequação do meio bucal seguida pela confecção e instalação de um aparelho fixo ortodôntico para manutenção do espaço após a perda de múltiplos dentes decíduos.

3. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 7 anos de idade e 23 kg de peso corporal, compareceu à Clínica-Escola de Odontologia da UNIMA | AFYA acompanhada da genitora, queixando-se de dor nos dentes posteriores inferiores esquerdo e direito, negando a utilização de medicamentos para alívio da dor, buscando a adequação do meio bucal. Durante a anamnese, a genitora negou qualquer histórico de comorbidades, alergias medicamentosas ou reações adversas a anestésicos odontológicos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtido para a realização dos procedimentos e a utilização dos registros clínicos.

O exame intra-oral, complementado por uma radiografia panorâmica, revelou dentição mista, no primeiro período transitório. Foram identificadas lesões cariosas nos dentes permanentes 36 e 46, nos decíduos 73, 74, 75, 83, 84 e 85, além de retenção prolongada nos elementos 71 e 81. A radiografia panorâmica de acordo com a Figura 1 (c), também evidenciou os pré-molares (34, 35, 44 e 45) no estágio 5 de Nolla, e a presença de dentes suplementares, com as coroas dos dentes 23 e 13 giradas em uma posição invertida, no estágio 4 de Nolla.

Com base na anamnese e nos exames clínicos e radiográficos, foi elaborado um plano de tratamento abrangente, que incluía procedimentos restauradores nos elementos 36, 46, 74 e 83, a aplicação de verniz fluoretado no dente 73, e exodontias dos elementos 71, 75, 81, 84 e 85. A necessidade de realização das exodontias múltiplas na arcada mandibular elevou o risco de perda de perímetro do arco. Devido a isso, após a realização de todas as etapas clínicas foi planejada a instalação de um arco lingual fixo.



Figura 1 - Situação inicial da cavidade oral da paciente: (a) Paciente com a boca fechada; (b) Paciente com a boca aberta; (c) Radiografia panorâmica inicial.

Os procedimentos foram iniciados com profilaxia para controle do biofilme e restaurações com resina composta nos dentes 36 (Classe I), 46 (Classe I), 74 (Classe II), Figura 2 (b) e 83 (Classe V), seguidas da aplicação de verniz fluoretado no dente 73. Durante as sessões, a paciente demonstrou pouca colaboração, com choro intenso e resistência moderada. Embora diversas técnicas de manejo comportamental como "dizer-mostrar-fazer" e reforço positivo tenham sido tentadas, a contenção física com a assistência da genitora foi a técnica mais utilizada e segura para a conclusão dos procedimentos.

As exodontias dos molares decíduos inferiores 75, 84 e 85 foram realizadas em sessões separadas, priorizando o dente 75 devido à odontalgia e ao abscesso periapical agudo. Para cada sessão, foram utilizados 2 tubetes de lidocaína com epinefrina 1:100.000, empregando o bloqueio do nervo alveolar inferior e a técnica infiltrativa nas regiões lingual e vestibular. A dose de 72 mg correspondeu a 71,15% da dose máxima segura para a paciente. As cirurgias ocorreram sem intercorrências, utilizando elevadores Seldin infantil e fórceps infantil de números 1 e 4, e, para a desinfecção, foi realizada irrigação com solução fisiológica estéril. A não-sutura foi mantida para permitir a cicatrização por segunda intenção e não criar uma barreira física à erupção dos dentes sucessores. A prescrição de Ibuprofeno, na dose efetiva de 40 mg por uso, foi realizada para o manejo da dor.



Figura 2 – Procedimentos realizados: (a) Exodontia dos dentes 71 e 81; (b) Cavidade classe II do dente 74.

Por conseguinte, de acordo com a Figura 2 (a), a exodontia dos dentes 71 e 81 foi realizada, utilizando 1 tubete de lidocaína com epinefrina 1:100.000 através da técnica infiltrativa nas regiões vestibular e lingual. A dose de 36 mg correspondeu a 35,57% da dose máxima segura para o peso da paciente. O procedimento transcorreu sem intercorrências, utilizando elevadores Seldin infantil e fórceps

infantil de números 1 e 4 sem a necessidade de sutura, uma decisão tomada para não interferir na erupção dos dentes permanentes.

Portanto, considerando o risco de perda de perímetro do arco mandibular após as múltiplas exodontias, optou-se pela confecção de um arco lingual ancorado por bandas nos molares permanentes 36 e 46 e cimentação com ionômero de vidro modificado por resina, com o objetivo de prevenir a mesialização dos molares permanentes e a diminuição do espaço, garantindo as condições ideais para a erupção dos pré-molares e o desenvolvimento oclusal. Para tanto, a moldagem de transferência do arco inferior foi realizada com alginato (Algi-Gel) seguida pela desinfecção do modelo obtido com hipoclorito de sódio 2%, Figura 3 (a) e a confecção do modelo de estudo foi vazado em gesso (Yamay) tipo pedra, Figura 3 (b).

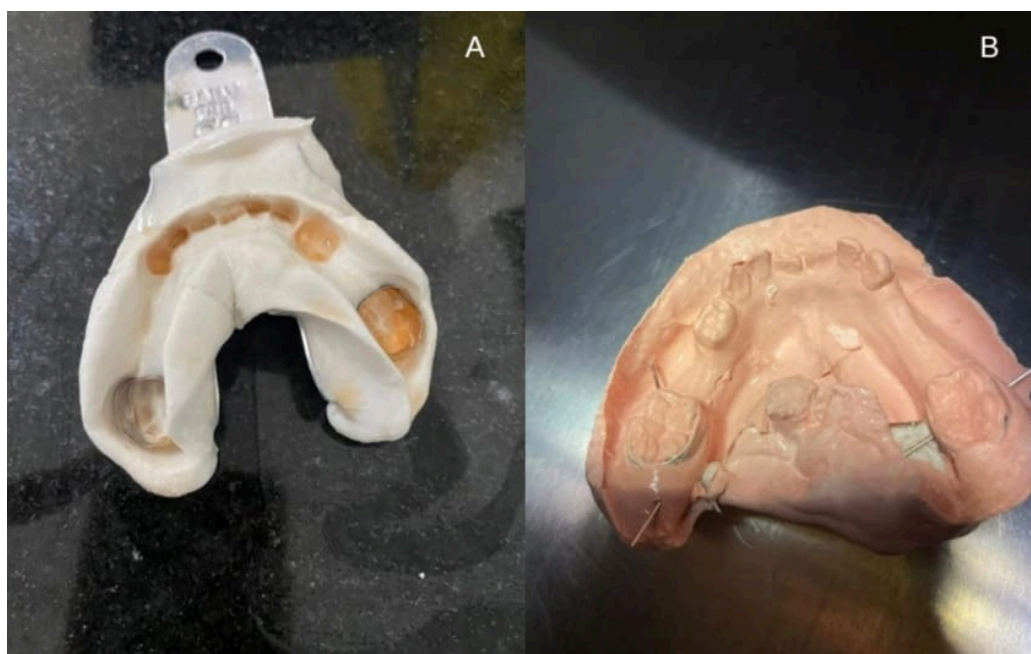


Figura 3 – Confecção do modelo de estudo: (a) Desinfecção do molde com hipoclorito 2%; (b) Obtenção do modelo de estudo.

A confecção do arco lingual, Figura 4 (a), deu-se através do emprego de fio de aço inoxidável 0,8 mm com os ajustes realizados pelo alicate ortodôntico curto 139. Por conseguinte, a instalação do dispositivo foi ancorada pela soldagem do fio ortodôntico nas bandas ortodônticas fixadas nos molares permanentes 36 e 46, com o auxílio de um maçarico e fluxo de solda de prata, Figura 4 (a) e (b).

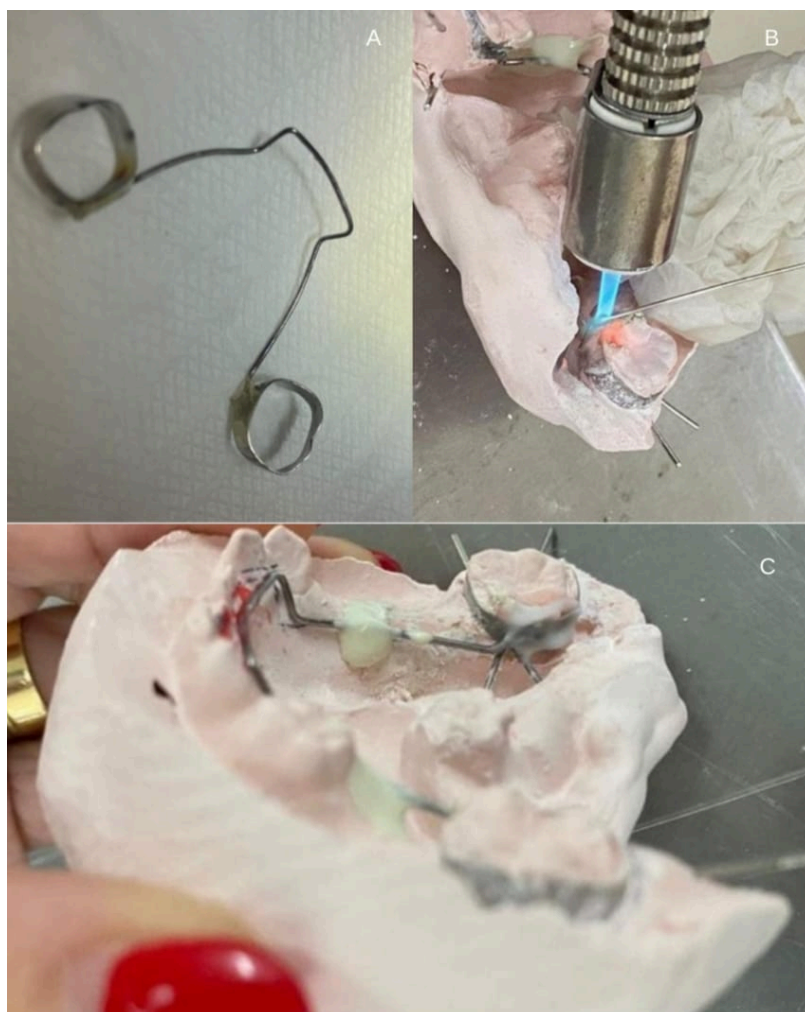


Figura 4 – Confeção do arco lingual: (a) Arco lingual; (b) Soldagem das bandas ortodônticas; (c) Modelo pronto para soldagem.

Posteriormente, foi realizada a cimentação do arco lingual, Figura 5, com cimento resinoso meron, visando preservar a relação molar, prevenir migração dentária e manter condições ideais para o desenvolvimento oclusal. A paciente, acompanhada de sua genitora, foi orientada quanto aos cuidados com o dispositivo, sendo eles evitar alimentos duros e escovar os dentes após as refeições com auxílio de um responsável fundamental a manutenção de uma higienização bucal adequada.



Figura 5 – Instalação do arco lingual instalado.

Por fim, ao retornar a visita de rotina após 1 ano, percebeu-se a retenção prolongada do dente 61, Figura 6 (a), derivada do irrompimento do dente sucessor na região palatina logo, foi solicitada a radiografia panorâmica, Figura 6 (b) e em seguida, realizada a exodontia do dente 61 utilizando a técnica anestésica infiltrativa, nas porções vestibular e palatina, com 1 tubete de lidocaína 1:100.000, correspondendo a 35,57% da dose máxima segura. O procedimento transcorreu sem intercorrências e, ao final, foram passadas orientações pós-operatórias e prescrito Ibuprofeno 100mg/ml, 20 gotas via oral, a cada 8 horas, por 3 dias..

Ademais, após 6 meses da instalação do arco lingual, foi realizada a consulta de rotina para verificação do desenvolvimento oclusal posteriormente a realização do

tratamento, onde, clinicamente, os dentes foram mantidos no perímetro oclusal ideal ainda sem a irrupção dos dentes permanentes. No mesmo encontro, foram reforçadas para a paciente as instruções de higiene oral e cuidados com o dispositivo.

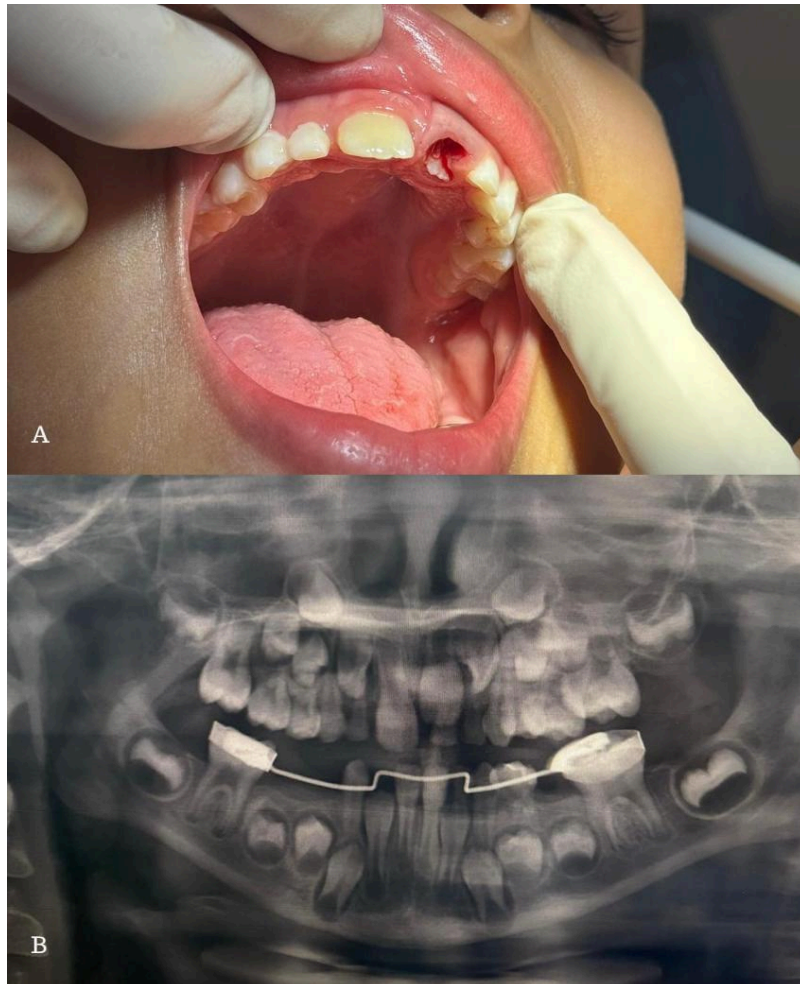


Figura 6- Consulta de retorno: (a) Retenção prolongada do dente 61; (b) Radiografia panorâmica após 06 meses.

4. DISCUSSÃO

Para Guedes-Pinto (2016), os dentes decíduos têm papel fundamental na mastigação, fala, crescimento ósseo e manutenção do espaço, uma vez que funcionam como guias de erupção(GUEDES PINTO,2016). Assim sendo, é imprescindível o conhecimento acerca da relação ântero-posterior destes que direcionam os padrões de oclusão em que apresentam características como espaços primatas, (espaço entre o incisivo lateral e canino decíduo na maxila, e entre canino e primeiro molar decíduo, na mandíbula); relação terminal dos segundos molares decíduos inferiores em plano reto ou em degrau mesial (CÂNDIDO, et al.,2010) e, de acordo com Baume (1950), arcos tipo I e tipo II, sendo o primeiro, uma arcada apresentando diastemas entre os dentes anteriores, mais favorável a um bom posicionamento dos dentes sucessores permanentes, e o segundo, por sua vez, possuindo ausência de diastemas entre os dentes anteriores sendo suscetível a um maior apinhamento na região anterior logo após a irrupção dos dentes permanentes.

Portanto, a integridade e vitalidade destes são de suma importância para a manutenção da oclusão. Entretanto, a perda precoce destes elementos dentais pode acarretar problemas tais como a diminuição do perímetro oclusal, aquisição de hábitos bucais deletérios e distúrbios fonéticos (Proffit, et al.,1995 apud MAINARDI, et al 2001). Dentre as principais causas, Martins (1998) aponta que a cárie dentária, trauma dental e reabsorção radicular destacam-se como agentes etiológicos para a perda precoce da dentição decídua.

Ademais, para CORRÊA (1996, apud SOUZA, 2003), os dentes anquilosados também são apontados como um dos fatores que corroboram para a perda precoce da dentadura de decídua uma vez que levam a perda do comprimento do arco, condenando estes em casos mais graves, a extração. Guimarães et al.,(2017) ainda aponta que caso os dentes decíduos sejam perdidos durante os estágios 5 e 6 de Nolla, onde apenas a coroa do dente permanente está quase completa e a raiz não está formada, pode surgir uma espécie de fibrose cicatricial, a qual desacelera a irrupção dos dentes permanentes e ocasiona a extrusão dos antagonistas e migração dos dentes vizinhos.

No mesmo entendimento acima, Losso et al.(2009), enfatiza que caso haja uma perda na região ântero-superior, serão desencadeados problemas tais como deglutição e fonação atípicas, uma vez que haverá interposição da língua entre os arcos dentários ao engolir, e, dificuldade da articulação de sons linguodentais que dependem do contato da língua com os dentes ou da passagem controlada de ar, respectivamente. Acrescenta-se que, de acordo com Costa et al.,(2020), anomalias dentárias na dentição decídua merecem uma atenção especial pois, podem desencadear danos como cárie, retenção prolongada e alterações nos dentes permanentes. Portanto, detectar essas anomalias cedo ajuda a planejar melhor o tratamento e evitar complicações futuras.

Ao passo que, Nogueira et al.,(2023) adverte que a retenção prolongada de dentes decíduos configura-se como um fator predisponente para a maloclusão dentária, isso porque quando não há a esfoliação do dente de leite, este pode bloquear a irrupção do dente permanente, culminando em consequências que irão afetar o perímetro oclusal da arcada como erupção ectópica, impactação, desvio na trajetória de erupção e apinhamento devido a falta de espaço.

Logo, com base no exposto, é possível afirmar que a intervenção ortodôntica precoce tem papel fundamental na correção ou redução da gravidade de certas más oclusões, tanto na dentição decídua quanto na dentição mista, como ocorreu no caso clínico apresentado, favorecendo o crescimento adequado da face, contribuindo para uma oclusão funcional e harmônica, pois, quando ocorre a perda prematura dos dentes de leite, a estrutura da dentição temporária pode ser afetada, comprometendo o desenvolvimento adequado dos dentes permanentes e, conseqüentemente, causando desequilíbrios no sistema estomatognático (MINOMI, F.M 2014).

A literatura evidencia que a prevenção deve ser priorizada desde a infância, uma vez que más-oclusões, hábitos bucais deletérios e a perda precoce de dentes decíduos podem comprometer não apenas o desenvolvimento adequado da arcada dentária, mas também as funções mastigatória, fonética e estética da criança (GOMES et al., 2020). A ortodontia preventiva tem como objetivo preservar o desenvolvimento normal da dentição, prevenindo o surgimento de alterações

oclusais. Nessa vertente, são contempladas ações como o diagnóstico e tratamento precoce de cáries, manutenção da vitalidade dentária, utilização de aparelhos mantenedores de espaço após perdas precoces, além da identificação e eliminação de hábitos bucais deletérios que possam interferir no desenvolvimento orofacial.

Assim, os mantenedores de espaço como o apresentado neste caso clínico, destacam-se por garantir a preservação do espaço necessário para a erupção adequada dos dentes permanentes. Além disso, são essenciais na prevenção, prevenindo as más-oclusões. (MOREIRA, et al.,2020). Estes são classificados em funcionais ou não funcionais, fixos ou removíveis. Os funcionais, além de manter o espaço, também restauram e preservam a função mastigatória, estética e fonética. Os não funcionais têm por único objetivo, manter o espaço deixado pela perda precoce, sem restaurar função mastigatória e estética. Já os fixos ficam presos aos dentes por meio de bandas, fios ou resina, e não podem ser removidos, impedindo que a criança o remova, enquanto os removíveis são indicados para crianças mais velhas e colaborativas, semelhantes a próteses parciais ou aparelhos ortodônticos móveis. (DAIANE, et al.,2017)

Vale salientar que, a colocação de mantenedores de espaço na região anterior da face no arco superior, depende de fatores como o desenvolvimento do dente permanente, quantidade de dentes perdidos, idade da criança e condição da mordida. Dessa maneira, para alguns autores, o uso de aparelhos mantenedores nesse local é dispensável tendo em vista que não se observa deslocamento mesial dos dentes adjacentes na presença do dente canino e em oclusão ideal. Todavia, outros autores ressaltam que se a perda acontecer antes da irrupção do canino e estiver relacionado com atresia maxilar e arco tipo II de Baume, resultará no fechamento do espaço gerando consequências na mastigação, oclusão, fonação e hábitos deletérios (GONÇALVES, et al., 2013)

Partindo desse pressuposto, Gonçalves et al.,(2023), em seu relato de caso, como uma nova alternativa e seguindo a literatura, confeccionou uma prótese fixa adesiva em um paciente de 5 anos, Classe III de Angle, mas sem interferências oclusais, arco tipo II de Baume e perda precoce do elemento dental 61, constituindo

uma solução prática, viável, econômica e, sobretudo, atendendo os requisitos funcionais e estéticos da criança para esse tipo de reabilitação oral.

Já a ortodontia interceptativa atua de forma corretiva em situações onde a má-oclusão já se encontra em formação, buscando interceptar ou minimizar sua progressão. A intervenção precoce, em muitos casos, evita tratamentos mais complexos na fase adulta, além de favorecer a erupção adequada dos dentes permanentes e o equilíbrio das bases ósseas. Assim, a combinação da odontopediatria com a ortodontia preventiva e interceptativa possibilita resultados mais estáveis e duradouros, refletindo diretamente na saúde bucal a longo prazo.

No âmbito clínico, crianças que apresentam múltiplas lesões cariosas, perda precoce de dentes decíduos ou retenção prolongada de elementos dentários necessitam de atenção especial. Esses fatores, se não tratados adequadamente, podem acarretar perda de perímetro do arco dentário, favorecendo a mesialização dos molares permanentes e comprometendo o espaço para erupção dos pré-molares. Tal situação pode resultar em apinhamento, alterações na relação molar e dificuldades funcionais, além de impactar negativamente na estética e na autoestima do paciente pediátrico.

Outro aspecto relevante é o desafio comportamental durante o atendimento infantil. Muitas vezes, a falta de colaboração da criança exige do profissional conhecimento e aplicação de técnicas de manejo comportamental, como o método “dizer-mostrar-fazer”, o reforço positivo e, em situações específicas, a contenção física assistida. A habilidade do cirurgião-dentista em aliar técnicas de controle de comportamento ao conhecimento técnico-científico é determinante para o sucesso do tratamento e a experiência positiva da criança no ambiente odontológico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de alterações envolvendo dentes decíduos com perda precoce e intervenções ortodônticas conjugadas são essenciais para o desenvolvimento da oclusão, marcando o momento ideal para a prevenção ortodôntica, impedindo a instalação de uma mal oclusão futura ou diminuindo sua complexidade.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. R. et al. **Etiologia das más oclusões. In: Tratamento ortodôntico em crianças e adolescentes: uma abordagem clínica.** São Paulo: Santos, 2000.

ALMEIDA, R. R. et al. **Tratamento ortodôntico em crianças e adolescentes: uma abordagem clínica.** São Paulo: Santos, 2000.

BAUME, L. J. **Physiologic tooth migration and its significance for the development of occlusion. Part II: The space maintenance problem.** Journal of Dental Research, v. 29, n. 3, p. 331-337, 1950.

CÂNDIDO, L. M. et al. **Arcos dentários e a relação terminal dos segundos molares decíduos.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 22, n. 2, p. 118-125, 2010.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância: etiologia e tratamento da cárie em crianças.** In: CORRÊA, M. S. N. P. (ed.). Odontopediatria na primeira infância. Rio de Janeiro: Santos, 1996.

COSTA, L. R. S. et al. **Anomalias dentárias na dentição decídua e sua relação com a dentição permanente.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 49, n. 4, p. 250-256, 2020.

DAIANE, S. et al. **Mantenedores de espaço na clínica odontopediátrica: revisão de literatura.** Revista Odonto Ciência, v. 32, n. 1, p. 25-30, 2017.

GOMES, L. B. et al. **Ortodontia preventiva e interceptativa na clínica odontopediátrica.** Revista de Ciências da Saúde, v. 18, n. 1, p. 45-53, 2020.

GONÇALVES, J. A. et al. **Prótese fixa adesiva para reabilitação estética e funcional após a perda precoce de incisivos decíduos.** Revista de Odontologia Contemporânea, v. 1, n. 1, p. 55-62, 2023.

GUEDES-PINTO, E. M. **Odontopediatria**. 9. ed. São Paulo: Santos, 2016.

LIMA, S. P. **O papel do ortodontista na prevenção de problemas oclusais**. São Paulo: Santos, 2016.

LOSSO, E. M. et al. **Consequências da perda precoce de dentes decíduos na região anterior**. Revista Brasileira de Odontologia, v. 66, n. 3, p. 222-226, 2009.

MARCANTONIO, C. et al. **O papel da ortodontia preventiva no desenvolvimento craniofacial**. Revista Científica do ITPAC, v. 14, n. 4, p. 1-10, 2021.

MARTINS, A. L. C. F. **Odontopediatria na 1ª infância**. São Paulo: Santos, 1998.

MINOMI, F. M. **Ortodontia preventiva: guia para diagnóstico e tratamento de maloclusões**. São Paulo: Santos, 2014.

MOREIRA, T. C. C. et al. **Mantenedores de espaço em odontopediatria: revisão de literatura**. Revista Científica FASETE, v. 6, n. 1, p. 13-20, 2020.

MOYERS, R. E. **Handbook of Orthodontics**. 4. ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1991.

NOGUEIRA, V. G. S. et al. **Retenção prolongada de dentes decíduos e suas implicações ortodônticas**. Revista de Odontologia da UNICID, v. 35, n. 2, p. 110-116, 2023.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

OLIVEIRA, S. F. et al. **A importância dos dentes decíduos para a saúde bucal da criança**. Revista de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas, v. 12, n. 1, p. 55-62, 2020.

PROFFIT, W. R. **Contemporary Orthodontics**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1995.

RODRIGUES, M. L. et al. **Trauma em dentes decíduos e suas consequências para a dentição permanente.** Jornal de Odontologia Pediátrica, v. 9, n. 2, p. 89-95, 2017.

SILVA, J. A. et al. **Dentição mista: uma fase de transição e a importância do acompanhamento odontológico.** Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo, v. 33, n. 3, p. 150-157, 2020.

SOUZA, A. L. M. **Anquilose de dentes decíduos: diagnóstico e plano de tratamento.** 2003. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.