

DISPLASIA CLEIDOCRANIANA E SUAS IMPLICAÇÕES ODONTOBUCAIS: RELATO DE CASO

Sarah Campos Vilela Antunes¹
Thauana Paula de Abreu¹
Jéssica Cristina Avelar²
jessicacavelar@hotmail.com

ÁREA DE CONHECIMENTO: CIÊNCIAS DA SAÚDE

RESUMO

A Displasia Cleidocraniana (DCC) é uma síndrome genética rara com padrão de herança autossômica dominante. Entretanto, em alguns casos, interferências externas no período fetal podem causar mutações genéticas, impedindo a transformação de células-tronco mesenquimais em osteoblastos. É comum que a DCC seja desconhecida pelo paciente até que algum profissional a identifique, particularmente pelo fato de não comprometer a saúde do portador e por afetar principalmente a dentição permanente. O diagnóstico precoce da síndrome aumenta as chances de um bom prognóstico, visto que determinados procedimentos quando realizados em pacientes jovens, possibilitam resultados mais favoráveis. O diagnóstico é baseado na comparação dos achados clínicos e radiográficos descritos na literatura, além da tríade que é considerada patognomônica: múltiplos dentes extranumerários, ausência parcial ou total das clavículas e sutura sagital e fontanelas abertas. Quando uma destas três características não está presente, é necessário o diagnóstico diferencial com outras condições patológicas. O presente trabalho objetiva apresentar o caso de uma paciente que compareceu para a primeira avaliação odontológica aos onze anos de idade, com queixa principal de atraso na irrupção da dentição permanente. A paciente apresentava características clínicas e radiográficas compatíveis com a doença, como hipoplasia da clavícula, baixa estatura, perímetro aumentado do crânio, assim como a presença de dentes supranumerários e retenções dentárias. Foi proposta uma abordagem cirúrgica/ortodôntica e, após 8 anos e meio de tratamento, alcançou-se um resultado funcional e estético satisfatório, podendo ainda ser refinado por meio de intervenções periodontais e protéticas.

PALAVRAS-CHAVE: displasia cleidocraniana; anormalidades dentárias; assistência odontológica.

INTRODUÇÃO

A Displasia Cleidocraniana (DCC) é uma doença rara, de herança autossômica dominante, caracterizada por múltiplas anormalidades, principalmente referente ao esqueleto craniofacial e corporal (SERRATINE e ROCHA, 2007; PEREIRA *et al.*, 2009). É causada por uma alteração no gene CBFA1 (Core

¹ Acadêmica do curso de Odontologia da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX.

² Graduada em Odontologia. Mestre em Clínica Odontológica UFJF. Doutoranda em Saúde UFJF. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX.

BindingFactor A1) que está presente no cromossomo 6p21, cuja função principal é a diferenciação osteoblástica responsável pela formação do tecido ósseo endocondral e intramembranoso (HEMALATHA e BALASUBRAMANIAM, 2008).

Na inexistência de um histórico familiar da doença, acredita-se que ocorre um distúrbio de herança recessiva ou uma mutação espontânea em 20 a 40% dos casos, devido a interferências externas durante o período fetal, sendo que um em cada três pacientes tem pais não afetados (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007; ALVES, 2015).

As diversas manifestações clínicas dos pacientes portadores da DCC podem ser classificadas em: esqueléticas, craniofaciais e bucodentais (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007). Segundo Almeida Júnior *et al.* (2012), a principal característica clínica esquelética é a aplasia ou hipoplasia clavicular, podendo ser uni ou bilateral, o que permite a aproximação dos ombros até a linha média do plano sagital. Dentre as manifestações craniofaciais encontradas estão: proeminência frontal e parietal, retardo no desenvolvimento esquelético do crânio, cabeça braquiocefálica, prognatismo mandibular, hipoplasia maxilar e do zigoma, nariz e pescoço alargados, seios paranasais subdesenvolvidos e estreitos e hipertelorismo ocular (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007; ALMEIDA JÚNIOR *et al.*, 2012).

Os pacientes afetados pela DCC apresentam como principais anormalidades bucodentais, a presença de múltiplos dentes supranumerários, retenção na dentição decídua, impacção e atraso na irrupção dos dentes permanentes, palato estreito, arqueado e profundo, localizações dentárias ectópicas, hipoplasia de esmalte e em raros casos hipodontia (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007; MACHADO, PASTOR e ROCHA, 2010; TRINDADE, SOARES, LIRA e PONTUAL, 2010).

Apesar das inúmeras deficiências ósseas, os pacientes portadores da DCC procuram tratamento, na maioria das vezes, em razão dos problemas dentários, almejando tanto uma melhoria a nível oclusal quanto resultados estéticos (ROBERTS, STEPHEN e BEIGHTON, 2013; SINGH, SHARMA, SINGH e WAZIR, 2014). Por este motivo é preciso que o Cirurgião-Dentista saiba identificar a síndrome corretamente, já que em grande parte dos casos é o primeiro profissional procurado a partir da queixa do paciente (DANTAS *et al.*, 2017).

O objetivo do presente trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente com possível diagnóstico da síndrome da Displasia Cleidocraniana e abordar os aspectos odontológicos no tratamento da doença.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Displasia Cleidocraniana

A Displasia Cleidocraniana (DCC) é uma doença rara que afeta os ossos e apresenta um padrão de herança autossômica dominante, embora em alguns casos possa ocorrer uma mutação espontânea (MACHADO, PASTOR e ROCHA, 2010).

Essa síndrome foi descrita, pela primeira vez, por Martin em 1765, porém, somente em 1897, Marie e Saiton descreveram quatro casos da doença e a associaram com padrões de hereditariedade (SANTOS *et al.*, 2016). Em 1969, a nomenclatura da doença foi alterada para Displasia Cleidocraniana. Tal terminologia apresentou-se mais adequada por se tratar de um distúrbio generalizado que envolve múltiplas estruturas esqueléticas (PEINADO, 2012).

A incidência da Displasia relatada na literatura varia entre 1:1.000.000 e 1:1:200.000 (PEREIRA, 2009; ALMEIDA JÚNIOR *et al.*, 2012; PORCINCULA *et al.*, 2013). Alguns estudos encontraram uma incidência um pouco maior, de 0,5:100.000 nascimentos (CHOPRA *et al.*, 2012; SINGH, SHARMA, SINGH e WAZIR, 2014).

Alguns autores apontam a existência de quatro tipos de DCC: o primeiro tem história de hereditariedade e manifestações clínicas típicas; o segundo tem história de hereditariedade, mas com manifestações clínicas atípicas; o terceiro não tem história de hereditariedade, mas com manifestações clínicas típicas; o quarto não possui história de hereditariedade nem manifestações clínicas, sendo este o tipo mais difícil de ser identificado, visto que o diagnóstico é feito apenas baseado em exames de imagens (CHOPRA *et al.*, 2012; WANG *et al.*, 2013).

2.1.1 O diagnóstico

Por apresentar um conjunto de anomalias que não altera a sobrevida dos pacientes, o diagnóstico da Displasia Cleidocraniana é, muitas vezes, tardio (BUFALINO *et al.*, 2012; PORCIUNCULA *et al.*, 2013). A suspeita inicial parte frequentemente do Cirurgião-Dentista, devido às manifestações bucais e faciais marcantes, principalmente com o atraso na erupção e/ou ausência dos dentes permanentes (BHARGAVA, KAHN, SHARMA e BHARGAVA, 2014); portanto, o mesmo deve referenciar o paciente para o tratamento mais adequado (SANTOS *et al.*, 2016).

O diagnóstico da Displasia Cleidocraniana inclui a identificação de múltiplos dentes, hiper mobilidade dos ombros provocadas pela ausência total ou parcial das clavículas, suturas sagitais e fontanelas abertas, além da avaliação radiográfica panorâmica do crânio e do tórax, que permitem observar as principais características da síndrome (SURESH, 2009; BHARGAVA, KAHN, SHARMA e BHARGAVA, 2014).

A avaliação médica e os exames complementares também podem ser necessários no diagnóstico da Displasia, como a tomografia associada à análise genética molecular, que permite a identificação do gene responsável, possibilitando um diagnóstico e tratamento mais preciso (ALMEIDA JÚNIOR *et al.*, 2012; ALVES, 2015).

No diagnóstico diferencial desta síndrome encontram-se incluídas a Displasia Ectodérmica Anidrótica; Hipoplasia Dérmica Focal; Síndrome de Apert; Pycnodysostosis; Disostose Craniofacial; Pseudoartrose entre outros (TANAKA *et al.*, 2006; BHARGAVA, KAHN, SHARMA e BHARGAVA, 2014). Algumas condições comumente associadas à hiperdontia incluem fendas labiais e/ou palatais, Síndrome de Gardner, Síndrome Tricorriofalangiana e a Displasia Cleidocraniana (PEREIRA *et al.*, 2011)

Um diagnóstico precoce da DCC é fundamental para iniciar um plano de tratamento apropriado, podendo oferecer uma melhor qualidade de vida ao paciente (KOLOKITHA e LOANNIDOU, 2013; KULKARNI *et al.*, 2014; SANDHU, LAKHKAR e NAGRALE, 2014).

2.1.5 O Tratamento

A maioria dos pacientes com DCC buscam o tratamento em decorrência dos problemas dentários, a fim de obter resultados estéticos e funcionais (KOLOKITHA e LOANNIDOU, 2013; SINGH, SHARMA, SINGH e WAZIR, 2014).

A terapêutica proposta para as manifestações bucodentais envolve a cirurgia ortognática para a correção de hipoplasias maxilares, a remoção dos dentes decíduos e dos supranumerários, o tracionamento e o alinhamento de dentes impactados com intervenção ortodôntica e reabilitação protética (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007; TRINDADE, SOARES, LIRA e PONTUAL, 2010; CATUNDA *et al.*, 2013). O Cirurgião-Dentista deve estar atento, pois após as extrações dos dentes decíduos retidos, a erupção dos permanentes não irá ocorrer espontaneamente, podendo causar maiores problemas ao paciente (SERRATINE *et al.*, 2007).

De acordo com Chopra *et al.* (2012) e Singh, Sharma, Singh e Wazir (2014) um apropriado plano de tratamento depende de fatores como a idade cronológica e dentária dos pacientes, entretanto, devido à sequência alterada de erupção dentária, muitas vezes estas idades não coincidem em pacientes com DCC.

O tratamento Odontológico para Displasia Cleidocraniana deve ser individualizado e levar em consideração o tipo de manifestação e a gravidades das manifestações da displasia, a idade do paciente e as condições de saúde geral do portador da doença (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007; ALVES, 2015).

2. RELATO DE CASO

Paciente T. M. A, gênero feminino, aos 11 anos de idade, procurou atendimento odontológico em uma clínica particular na cidade de Abre Campo - MG, acompanhada pelos seus pais. A busca pelo atendimento odontológico ocorreu devido a uma retenção prolongada dos dentes decíduos, que chamou a atenção dos pais da criança. Ao exame físico intrabucal foi possível verificar a presença de todos os dentes decíduos (51, 52, 53, 54, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 71, 72, 73, 74,75, 81, 82, 83, 84 e 85), além da presença dos quatro primeiros molares permanentes (16, 26, 36 e 46). Ao final da primeira consulta foi solicitada uma radiografia panorâmica para investigar as possíveis causas da retenção prolongada dos dentes decíduos. Ao analisar a radiográfica panorâmica constatou-se a presença de múltiplos dentes supranumerários, além de dentes permanentes retidos em ambas as arcadas (FIGURA 1).



Figura 1. Radiografia panorâmica inicial

Diante do referido achado radiográfico, da análise das características físicas da paciente e de uma busca bibliográfica acerca das principais condições associadas à hiperdontia múltipla (Anomalia dentária de desenvolvimento), foi levantada a hipótese diagnóstica de Displasia Cleidocraniana (DCC). Para o diagnóstico diferencial foi levado em consideração características fenotípicas apresentadas pela paciente, como: baixa estatura, discreta exoftalmia, nariz e pescoço alargados, hipertelorismo ocular e mobilidade atípica dos ombros, em decorrência de uma atresia ou aplasia clavicular, característica típica de pacientes portadores da Displasia Cleidocraniana.

Foi então solicitado um exame de Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (Cone Beam) para identificação do número de dentes supranumerários presentes e a exata localização dos mesmos. Este exame também foi imprescindível para a confecção do plano de tratamento.

O plano de tratamento proposto para a paciente envolveu as áreas de Cirurgia, Ortodontia e Dentística - um tratamento multidisciplinar. Dentre os procedimentos a serem realizados, destacava-se: exodontias de dentes decíduos e supranumerários; tracionamento de dentes permanentes e a finalização com a Dentística, caso fosse necessário. O tratamento proposto foi discutido com a paciente e sua família, que concordaram com o planejamento sugerido e assinaram um termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O tratamento se iniciou em novembro de 2010, com extrações e intervenção ortodôntica, concomitantemente. Foram extraídos os 08 dentes decíduos anteriores superiores e inferiores (51, 52, 61, 62, 71, 72, 81, 82) (FIGURA 2).

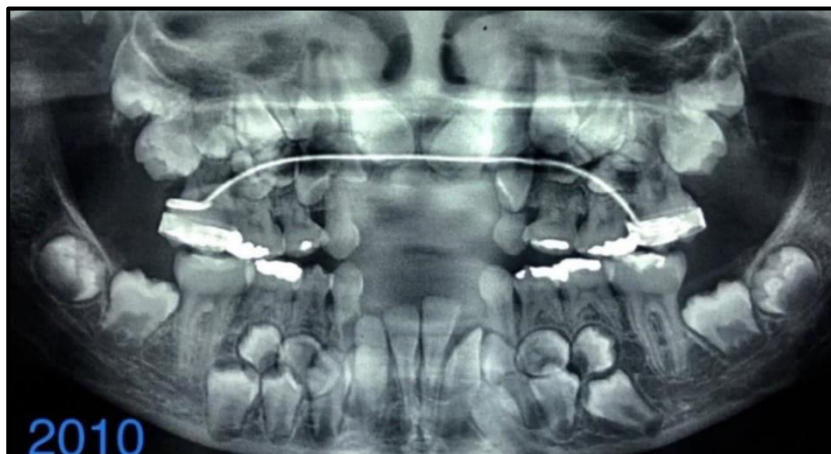


Figura 2. Radiografia após as 08 extrações realizadas (51, 52, 61, 62, 71, 72, 81,82).

No ano seguinte foram extraídos 09 dentes decíduos (53, 54, 55, 73, 74, 75, 83, 84 e 85) e 14 dentes supranumerários. As extrações foram realizadas em 05 consultas distintas. Nas três primeiras consultas, nos meses de janeiro, fevereiro e abril de 2011, foram extraídos caninos e molares decíduos e os supranumerários localizados na mesma região. Nas consultas seguintes (junho e agosto) foram removidos supranumerários na região ântero-inferior e superior (FIGURA 3).

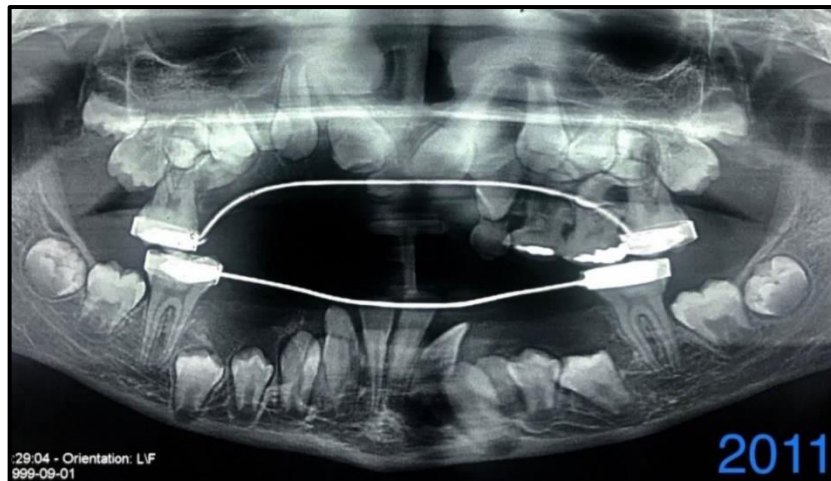


Figura 3. Radiografia panorâmica após realizadas as 23 exodontias.

Em novembro do mesmo ano, foi instalado o aparelho ortodôntico fixo. Em abril e março de 2012, foram executados tracionamentos ortodônticos dos incisivos superiores e inferiores. As extrações continuaram a ser realizadas no início do ano de 2013, com a remoção dos dentes decíduos restantes (63, 64 e 65), do dente 14 e de 04 supranumerários (FIGURA 4).

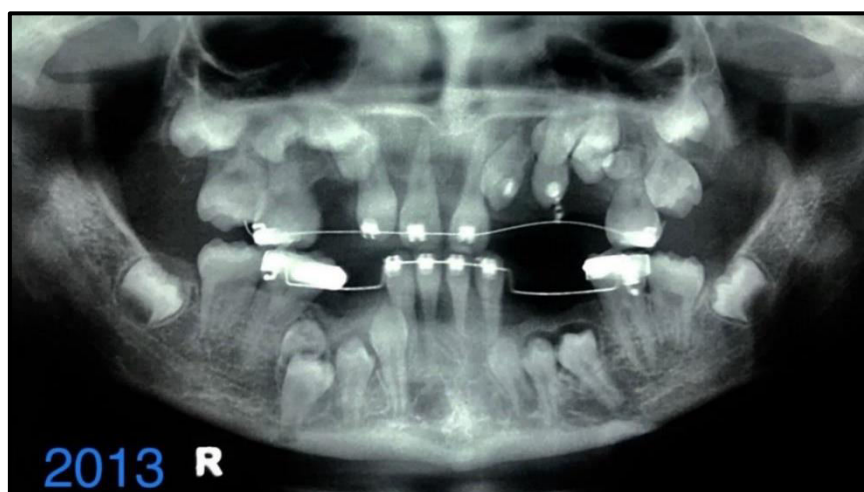


Figura 4. Radiografia panorâmica após a exodontia de 08 dentes.

O tratamento seguiu em julho de 2014 com as extrações dos dentes 34 e 45, 01 supranumerário na região inferior (Lado direito), além do tracionamento ortodôntico dos dentes 33, 35, 43 e 44 (FIGURA 5).

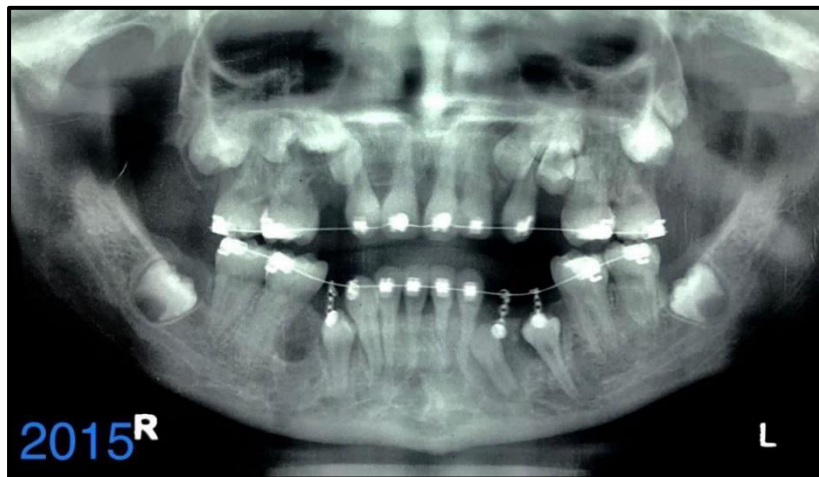


Figura 5. Radiografia panorâmica após as 03 exodontias realizadas e tracionamento dos dentes 33, 35, 43 e 44.

Em julho de 2015 foi realizado o tracionamento dos dentes 13, 14 e 25. No mês seguinte a exodontia do dente 24 e de dois supranumerários presentes nessa região (FIGURA 6) foi executada.

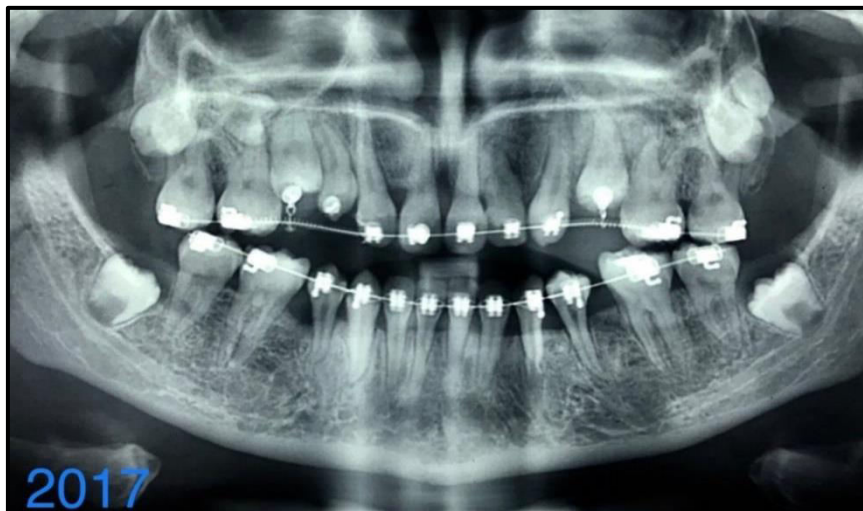


Figura 6. Radiografia panorâmica – Fase pré-finalização.

O tratamento orto-cirúrgico foi finalizado em abril de 2019. Ao término do caso os dentes 18, 28, 38 e 48 foram mantidos por ainda estarem em desenvolvimento, portanto, seu acompanhamento clínico e radiográfico será realizado. Além de dois dentes supranumerários localizados próximos aos primeiros molares superiores que

também seguirão em acompanhamento anual, sua remoção não foi cogitada devido aos riscos da cirurgia, pela localização dos mesmos.

A duração do tratamento foi de 08 anos e meio. Foram realizadas 45 extrações, sendo 20 dentes decíduos, 21 supranumerários e 04 dentes permanentes (FIGURA 7).



Figura 7. Fotografias intrabucais frontal e laterais (Após a remoção da aparatologia ortodôntica).

Após a remoção da aparatologia ortodôntica a paciente foi encaminhada à Periodontia e a Dentística/Prótese para a obtenção de resultados finais mais estéticos e funcionais.

5. DISCUSSÃO

A hipótese diagnóstica da Displasia Cleidocraniana foi levantada diante das características fenotípicas apresentadas pela paciente, como: baixa estatura (ALMEIDA JÚNIOR *et al.*, 2012), discreta exoftalmia (PORCINCULA *et al.*, 2013),

hipertelorismo ocular (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007), nariz e pescoço alargados (DANTAS *et al.*, 2017), mobilidade atípica dos ombros, em decorrência de uma atresia ou aplasia clavicular (CATUNDA *et al.*, 2013), além da presença de múltiplos dentes supranumerários e da retenção prolongada dos dentes decíduos (TRINDADE, SOARES, LIRA e PONTUAL, 2010).

Mesmo que a maioria dos casos da DCC apresente um padrão de hereditariedade, associados a uma herança autossômica dominante (MACHADO, PASTOR e ROCHA, 2010), casos esporádicos são encontrados (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007). No presente relato não há traços de hereditariedade da manifestação da doença. Embora Neville *et al.* (2009) tenham afirmado que, as características fenotípicas do paciente afetado são suficientes para o diagnóstico da síndrome, o presente caso foi tratado como diagnóstico não definido, sugestivo de DCC, uma vez que exames genéticos não foram solicitados à paciente.

A principal característica esquelética da DCC é a aplasia ou hipoplasia clavicular (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007), que foi observada no presente caso por meio do exame clínico, através da aproximação dos ombros da paciente, destacada por diversos autores (SERRATINE e ROCHA, 2007; TRINDADE, SOARES, LIRA e PONTUAL, 2010; ALMEIDA JÚNIOR *et al.*, 2012). Durante o exame clínico a paciente conseguiu tocar um ombro no outro, até a linha média do plano sagital, sem nenhum desconforto, conforme já relatado em outros estudos (SERRATINE e ROCHA, 2007; PEREIRA *et al.*, 2009; KOLOKITHA e LOANNIDOU, 2013).

Ao exame físico intrabucal da paciente relatada notou-se a presença de todos os dentes decíduos e dos quatro primeiros molares permanentes corroborando com os estudos de Serratine *et al.* (2007) e Machado, Pastor e Rocha (2010), respectivamente. Os autores afirmam que na DCC, os dentes decíduos erupcionam normalmente e que os primeiros molares permanentes frequentemente irrompem de forma espontânea. Serratine *et al.* (2007) mencionaram ainda a retenção prolongada dos dentes decíduos na arcada, mesmo diante da presença dos germes dos permanentes. Tal fato foi o que levou a paciente do presente caso a procurar pelo tratamento odontológico: o atraso na troca da dentição decídua. A presença de dentes supranumerários foi confirmada no presente relato por meio de radiografias panorâmicas e de uma Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico.

Em grande parte dos casos, o diagnóstico da enfermidade é realizado tardiamente, trazendo como consequência, um quadro clínico complexo no primeiro

exame odontológico (GOLAN, BAUMERT e HRALA, 2003). No caso apresentado, a paciente compareceu para a primeira avaliação odontológica aos onze anos de idade, com a presença de múltiplos dentes supranumerários, dentes impactados, erupção e localização ectópica dos dentes.

É importante ressaltar que a busca da paciente por tratamento aos 11 anos de idade favoreceu os resultados positivos obtidos com o tracionamento ortodôntico dos dentes permanentes. Hemalatha e Balasubramaniam, (2008) ressaltaram a necessidade de se considerar o tracionamento ortodôntico dos dentes inclusos em pacientes jovens, justamente em razão da obtenção de resultados mais favoráveis.

Há um consenso entre os estudos de que o paciente necessita de um tratamento multidisciplinar, envolvendo as áreas da Cirurgia, da Ortodontia e da Dentística e/ou Prótese (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2007; TRINDADE, SOARES, LIRA e PONTUAL, 2010; CATUNDA *et al.*, 2013). O tratamento proposto e realizado na paciente do presente estudo envolveu, portanto, a combinação de intervenções cirúrgicas e ortodônticas.

No presente caso, as extrações dos dentes supranumerários foram realizadas por etapas, devido ao grande número de dentes extras. Como destacado por Pereira *et al.* (2011) as extrações devem ser cuidadosamente programadas para que não ocorra o comprometimento da integridade óssea da maxila e da mandíbula. Tal evidência associada ao tempo de tracionamento ortodôntico dos dentes permanentes podem justificar o tempo total de tratamento do referido caso, de 08 anos e meio.

O resultado final do tratamento foi considerado satisfatório pela paciente e seus responsáveis. Ambos foram instruídos sobre as possibilidades de refinamento dos resultados por meio de recobrimento radicular em alguns elementos dentários e a confecção de coroas protéticas e/ou facetas para a melhora da estética.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A Displasia Cleidocraniana (DCC) é uma síndrome esquelética não letal, rara, de origem genética, embora a mutação espontânea possa ocorrer em alguns casos. O diagnóstico da síndrome é basicamente clínico e radiográfico, com a identificação da tríade patognomônica: hiperdontia, atraso no fechamento das suturas cranianas e ausência parcial ou total das clavículas.

- Embora, existam alguns protocolos de tratamento odontológico da DCC, cabe ao profissional preconizar o melhor para o paciente visando a estética, a funcionalidade, considerando o tipo e a gravidade das manifestações da síndrome, além da idade do paciente e suas condições gerais de saúde.
- O caso apresentado culminou em um resultado estético-funcional satisfatório. É importante destacar a multidisciplinariedade na abordagem e tratamento da Displasia Cleidocraniana, essenciais para obtenção de um bom resultado.

7. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JÚNIOR, V. R. *et al.* Displasia cleidocraniana: relato de caso. **Clipe Odonto - UNITAU**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 21-5, fev./jun. 2012.
- ALVES, M. A. C. **Displasia Cleidocraniana em Odontopediatria: Manifestações Clínicas e o seu Tratamento**. 48 f. Tese – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2015.
- BHARGAVA, P.; KAHN, S.; SHARMA, R.; BHARGAVA, S. Cleidocranial Dysplasia with Autosomal Dominant Inheritance Pattern. **Annals of Medical and Health Sciences Research**, India, v. 4, n. 2, p. 152-4, jul./aug. 2014.
- BUFALINO, A. *et al.* Cleidocranial dysplasia: oral features and genetic analysis of 11 patients. **Oral Diseases**, London, v.18, n. 2, p. 184-90, mar. 2012.
- CATUNDA, I. S. *et al.* Manifestações maxilomandibulares de interesse odontológico nos pacientes portadores de displasia cleidocraniana. Relato de um caso clínico. **Revista de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial**, Pernambuco, v. 13, n. 3, p. 25-30, jul./set. 2013.
- CHOPRA, R. *et al.* Hypodontia and Delayed Dentition as the Primary Manifestation of Cleidocranial Dysplasia Presenting With Diagnostic Dilemma. **Case Reports in Dentistry**. India, v. 2012, p. 1-4, dec. 2012.
- DANTAS, A. G. *et al.* Displasia Cleidocraniana: Diagnóstico através de exames de imagens e clínico. **Revista de Odontologia Contemporânea**, Patos de Minas, v. 1, n. 2, p. 82-91, dez. 2017.
- GOLAN, I.; BAUMERT, U.; HRALA, B.P. Dentomaxillofacial Variability of Cleidocranial Dysplasia: Clinicoradiological Presentation and Systematic Review. **Dento-maxillo-facial Radiology**, Germany, v.32, n. 6, p. 347-54, nov. 2003.
- HEMALATHA, R.; BALASUBRAMANIAM, M. R. Cleidocranial dysplasia: A case report. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, India, v. 26, n. 1, p. 40-3, mar. 2008.

KOLOKITHA, O. E; LOANNIDOU, L. A. 13-year-old caucasian boy with cleidocranial dysplasia: a case report. **Biomed Central Research Notes**, London, v. 6, n.1, p. 1-6, jan. 2013.

KULKARNI, V. V. *et al.* Cleidocranial dysplasia: A clinico-radiological of a rare case, **International Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, India, v. 5, n. 2, p. 18-20, 2014.

MACHADO, C. V; PASTOR, I. M. O.; ROCHA, M. C. B. S. Características clínicas e radiográficas da displasia cleidocraniana – relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 302-6, set./dez. 2010.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009.

PEINADO, F. C. **RELATO DE CASO: DISOSTOSE CLEIDOCRANIANA**. Orientadora: Marília Franco Punhagui. 2012. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

PEREIRA, M. N. *et al.* Multiple hyperdontia: Report of na unusual case. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 140, n. 4, p. 580-4, oct. 2011.

PEREIRA, P. J. G. *et al.* Displasia cleidocraniana: relato de doze pacientes. **Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 81-6, abr./jun. 2009.

PORCIUNCULA, C. G. G. *et al.* Disostose Cleidocraniana: relato de dois casos familiares. **Radiologia Brasileira**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p.382-4, nov./dez. 2013.

ROBERTS, T.; STEPHENS, L.; BEIGHTON, P. Cleidocranial Dysplasia: A Review of the Dental, Historical, and Practical Implications With an Overview of the South African Experience. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral RadiologyJournal**, New York, v. 115, n. 1, p. 46-55, jan. 2013.

SANDHU, S. G.; LAKHKAR, B. N.; NAGRALE, H. R. Incidental finding of Cleidocranial dysplasia in an adolescent withhead trauma. **Indian Journal Child Health**, India, v. 1, n. 2, p. 91-4, jul./sept. 2014.

SANTOS, R. L. O. *et al.* Abordagem cirúrgica em paciente portador da disostose cleidocraniana. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**, Recife, v. 16, n. 3, p. 40-3, out. 2016.

SERRATINE, A. C. P.; ROCHA, R. Displasia cleidocraniana – apresentação de um caso clínico. **ArquivosCatarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 1, p.109-12, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. N. *et al.* Displasia cleidocraniana: aspectos clínicos e radiográficos e relato de um caso clínico. **Revista Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 122-7, jan./abr. 2007.

SINGH, S.; SHARMA, S.; SINGH, H.; WAZIR, N. Cleidocranial Dysplasia: A case report illustrating diagnostic clinical and radiological findings. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, India, v. 8, n. 6, p. 19-21, jun. 2014.

SURESH, S. A family with cleidocranial dysplasia and crossed ectopic kidney in one child. **Acta Orthopaedica Belgica**, Bélgica, v. 75, n. 4, p. 521-7, aug. 2009.

TANAKA, J. L. *et al.* Cleidocranial dysplasia: importance of radiographic images in diagnosis of the condition. **Journal of Oral Science**, Japan, v. 48, n. 3, p. 161-6, sep. 2006.

TRINDADE, A. K. F.; SOARES, M. S. M.; LIRA, C. C., PONTUAL, M. L. A. Displasia Cleidocraniana. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 73-6, fev. 2010.

WANG, S. *et al.* Cleidocranial dysplasia syndrome: clinical characteristics and mutation study of a Chinese family, **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, Madison - EUA, v. 6, n. 10, p. 900-7, oct. 2013.