

# Erupção ectópica do primeiro molar permanente: revisão da literatura

Ectopic eruption of the first permanent molar: literature review

Maristela Soares Swerts Pereira <sup>I</sup>  
Giovana de Carvalho <sup>II</sup>  
Luana da Silva Carvalho <sup>II</sup>

<sup>I</sup> Doutora em Odontopediatria pela FORP-USP, Professora Titular da disciplina de Odontologia Pediátrica e dos Estágios em Odontologia Pediátrica I e II do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, Campus Alfenas.

<sup>II</sup> Acadêmicas do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, Campus Alfenas.

Correspondência para/ Correspondence to:  
Maristela Soares Swerts Pereira  
E-mail: maristela.pereira@unifenas.br

## RESUMO

**A** erupção ectópica do primeiro molar permanente é uma anormalidade de erupção geralmente diagnosticada por acaso, em consultas de rotina durante a dentição mista. Segundo dados epidemiológicos, atinge meninos e meninas em igual proporção, com maior incidência na maxila em relação à mandíbula. Caracteriza-se pelo desvio da trajetória normal de erupção do primeiro molar permanente, o qual irrompe mesializado, promovendo sua impacção e reabsorção anormal e precoce no segundo molar decíduo. Essa ectopia seguirá diferentes linhas de resolução dependendo de sua classificação, que pode ser reversível ou irreversível, sendo essencial que o Cirurgião-Dentista seja capaz de estabelecer o diagnóstico precoce e implementar melhor conduta para cada caso, visando minimizar as possíveis sequelas na oclusão do paciente. Sendo assim, o presente trabalho teve como propósito realizar uma revisão da literatura, por meio de pesquisa bibliográfica em bases de dados, visando proporcionar melhor conhecimento e entendimento sobre essa anormalidade, destacando sua etiologia, epidemiologia, diagnóstico, classificação, sequelas e condutas clínicas.

PALAVRAS-CHAVE:

ERUPÇÃO DENTÁRIA

DENTE MOLAR

DENTIÇÃO PERMANENTE

# ABSTRACT

**T**he ectopic eruption of the first permanent molar is an eruption anomaly usually diagnosed in routine consultants during the mixed dentition. According to some epidemiological data, it reaches boys and girls in equal proportion, with higher incidence in the maxilla, compared to the mandible. It is characterized by the deviation of the normal eruption path of the first permanent molar, which erupts mesialized, its impaction and abnormal and early resorption in the second deciduous molar. This ectopia will have different resolutions, according to its classification, which may or may not be reversible, making important the establishment of early diagnosis by the dentist an essential task and implementing the best course for each case, aiming at minimizing possible sequels in the occlusion of the patient. Therefore, the purpose of this study was to accomplish a literature review, through bibliographic search in data bases, aiming at a better knowledge and understanding of this abnormality, highlighting its etiology, epidemiology, diagnosis, classification, sequels and clinical management.

KEYWORDS:

TOOTH ERUPTION

MOLAR

DENTITION, PERMANENT

## INTRODUÇÃO

Erupção dentária é um fenômeno fisiológico complexo que determina a movimentação espontânea do dente. Inicia-se nos primórdios da odontogênese, favorecendo ao dente atingir sua posição funcional no plano oclusal, sendo guiado por meio da atuação sincronizada de múltiplos fatores, de ordem genética, molecular, celular e tecidual.<sup>1,2</sup>

Considerando os primeiros molares permanentes, no desenvolvimento da dentição mista a face distal dos segundos molares decíduos serve como guia para sua correta trajetória de erupção. Porém, em algumas crianças o primeiro molar permanente pode apresentar algum desvio em sua trajetória eruptiva, desencadeando sua erupção fora da posição normal, ou seja, a erupção ectópica do primeiro molar permanente (EEPMP).<sup>2-6</sup>

Dessa forma, a EEPMP é entendida como uma anormalidade de erupção evidenciada principalmente no primeiro molar permanente superior, quando o mesmo assume uma trajetória eruptiva demasiadamente para mesial, sendo bloqueado de alcançar o plano oclusal pelo segundo molar decíduo, o qual acaba conseqüentemente, sendo reabsorvido prematuramente.<sup>2-5,7,8</sup>

Esta anormalidade é, muitas vezes, subestimada na prática clínica diária, geralmente, não sendo o motivo da consulta odontológica. No entanto, o Cirurgião-Dentista deverá ser capaz de identificar e estabelecer o diagnóstico precoce para essa ocorrência, adotando condutas clínicas que visem prevenir problemas no desenvolvimento normal da oclusão e evitando a necessidade de tratamentos futuros complicados, demorados e dispendiosos.<sup>5,6,9</sup>

Sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, proporcionar melhor conhecimento e entendimento sobre essa anormalidade, destacando sua etiologia, epidemiologia, diagnóstico, classificação, sequelas e condutas clínicas.

## MATERIAL E MÉTODO

Este estudo teve como base uma revisão da literatura usando os bancos de dados BBO e PUBMED. Como critérios de inclusão foram usados artigos da língua inglesa e portuguesa que abordavam o assunto EEPMP, não havendo restrição ao ano de publicação, sendo após análise, selecionados 40 artigos.

# REVISÃO DA LITERATURA

## Definição

A EEPMP é uma anormalidade de erupção que pode ser evidenciada no início do desenvolvimento da dentição mista. Caracteriza-se pelo desvio da trajetória normal de erupção do primeiro molar permanente, o qual irrompe em uma posição ectópica, mesializado, promovendo a sua impactação e reabsorção anormal e precoce no segundo molar decíduo. <sup>2,4,5,7,8,10,11</sup>

## Etiologia

A etiologia da EEPMP ainda não é completamente definida, uma vez que nenhum fator etiológico específico foi encontrado comum a todos os casos <sup>5,9</sup>, sendo portanto, direcionada para uma ocorrência multifatorial. <sup>12-14</sup>

Entre os possíveis fatores envolvidos, os genéticos são relatados devido à incidência familiar dessa anormalidade. <sup>9,14</sup> Ademais, a ocorrência de primeiros molares permanentes e segundos molares decíduos maiores; maxila atrésica ou posicionada posteriormente em relação à base craniana; ângulo de erupção mesializado do primeiro molar permanente discrepância entre tamanho do dente e da base óssea; assincronia entre irrompimento do primeiro molar e crescimento da tuberosidade maxilar; atraso no desenvolvimento do primeiro molar permanente; fissuras labiopalatais são fatores etiológicos sugeridos. <sup>7,9,12,13,15,16-18</sup>

Assim, a etiologia da EEPMP pode, portanto, ser resumida como sendo uma anormalidade relacionada ao padrão diferencial de crescimento da criança. Diversos tecidos e órgãos desenvolvem em diferentes taxas e tempos, havendo um equilíbrio entre crescimento e os processos fisiológicos. Caso este equilíbrio seja perturbado por interferência de fatores congênitos ou ambientais, uma situação anormal se desenvolve. Assim, torna-se evidente que o desequilíbrio entre o crescimento ósseo, a erupção dos primeiros molares e/ou tamanhos dos dentes produzem a EEPMP. <sup>11</sup>

## Epidemiologia

A prevalência da EEPMP demonstrou uma variação de 0,75 a 6%, <sup>3,10,12,17,19</sup> aumentando para 19,8% entre irmãos <sup>8</sup> e alcançando uma prevalência superior (21,8 a 25%) em crianças portadoras de fissuras labiopalatais. <sup>3,20</sup> Quanto ao gênero, acomete igualmente meninos e meninas. <sup>3,10</sup>

A maxila é frequentemente mais afetada que a mandíbula, sendo a ocorrência bilateral mais comum. <sup>3,10,21</sup> Entretanto, se o diagnóstico fosse feito sem considerar a reabsorção radicular dos segundos molares decíduos e se não fossem levados em consideração os casos de EEPMP autocorrigidos, a frequência total e o bilateralismo seriam menores. Quando da ocorrência unilateral, o lado direito é mais acometido do que o esquerdo, apresentado uma relação 3:1. A maior frequência do afeto do lado direito é difícil de explicar, havendo como em outras anormalidades multifatoriais, variações de frequência lateral. <sup>10</sup>

## Diagnóstico

De maneira geral a EEPMP não é o motivo da consulta odontológica, sendo o diagnóstico estabelecido em consultas de rotina ou de manutenção de pacientes entre cinco a sete anos de idade. <sup>10,17</sup>

Pelo exame clínico, a EEPMP é determinada pela interrupção ou assimetria na erupção do primeiro molar permanente, caracterizada pela presença do primeiro molar permanente mesializado, impactado no colo do segundo molar decíduo, com irrompimento de suas cúspides distais antes das mesiais. <sup>2,6,10,17,22,23</sup> Ademais, pode ser evidenciada mobilidade excessiva do segundo molar decíduo e até mesmo sua esfoliação precoce, sem outra causa clínica aparente. <sup>2</sup>

O diagnóstico da EEPMP é confirmado radiograficamente por meio de imagem que determinará sobreposição e impacção do primeiro molar permanente na raiz do segundo molar decíduo, no qual é evidente reabsorção radicular anormal e precoce.<sup>10,11,22,17</sup>

## Classificação

A EEPMP é classificada de acordo com sua evolução e quanto à magnitude da lesão causada no segundo molar decíduo

Considerando a evolução, a EEPMP pode ser dividida em dois grupos:<sup>2,4,7,8,10,24</sup>

1- EEPMP reversível: o primeiro molar permanente promove reabsorção das raízes do segundo molar decíduo permanecendo impactado temporariamente, ou seja, depois de um certo período, o molar permanente retifica espontaneamente a sua trajetória, irrompe na sua posição normal e consegue alcançar o plano oclusal. A reabsorção do segundo molar é interrompida, ficando como uma seqüela permanente.

2- EEPMP irreversível: o primeiro molar permanente não corrige sua trajetória de erupção, permanecendo em posição ectópica, impactado em contato direto com a superfície distal do segundo molar decíduo, ou seja, ele não consegue irromper na sua posição normal, necessitando de intervenção clínica. Promove reabsorção gradativo segundo molar decíduo, podendo levar à esfoliação precoce com perda do espaço para o sucessor permanente.

Quanto à magnitude da lesão observada no segundo molar decíduo foram estabelecidos os seguintes graus:<sup>10</sup>

Grau I: médio - reabsorção limitada ao cimento ou com mínima penetração dentinária.

Grau II: moderado - reabsorção dentinária sem exposição pulpar.

Grau III: severo - reabsorção da raiz distal promovendo à exposição pulpar.

Grau IV: muito severo - reabsorção afeta a raiz mesial.

## Seqüelas

O primeiro molar permanente é bloqueado pelo segundo molar decíduo, no qual é desencadeada reabsorção radicular anormal e prematura. Geralmente a reabsorção inicia na porção cervical da raiz,<sup>4,6,25,26</sup> e pode ocasionar obliteração pulpar, dor, esfoliação prematura ou indicação de exodontia do segundo molar decíduo.<sup>7,11,27</sup>

Em alguns casos a autocorreção espontânea pode ocorrer sem perda de perímetro do arco, ficando apenas a reabsorção radicular residual visível radiograficamente.<sup>10,13,28</sup>

No entanto, na ausência de diagnóstico precoce e do tratamento interceptativo adequado, pode ocorrer progressão da reabsorção anormal no segundo molar decíduo desencadeando sua perda prematura, mesialização do primeiro molar permanente, diminuição no perímetro do arco, retardo da erupção dos segundos pré-molares e consequente maloclusão.<sup>2,6,10,13,28-30</sup>

Ademais, com a inclinação mesial anormal tomada pelos dentes permanentes também poderá ser observada perda de dimensão vertical, impossibilidade de chave molar<sup>27</sup> e mal alinhamento, principalmente dos dentes permanentes.<sup>20,31,32</sup>

## Conduta clínica

A conduta clínica frente à EEPMP varia desde o acompanhamento de casos EEPMP reversível até a exodontia de segundo molar decíduo com reabsorção avançada.<sup>24,26</sup> Portanto, é dependente da severidade da reabsorção do segundo molar decíduo, da perda ou não do segundo molar decíduo, da sua mobilidade, da angulação do primeiro molar permanente e da existência de sintomas clínicos<sup>6</sup>.

Nos casos de EEPMP reversível, mesmo havendo reabsorção radicular anormal do segundo molar decíduo, ele pode permanecer até sua esfoliação fisiológica, devendo apenas ser realizado o acompanhamento periódico.<sup>6,7,24</sup> Isto porque a reabsorção é interrompida uma vez que a primeiro molar corrige sua trajetória de erupção e dentina secundária é depo-

sitada na área de reabsorção, obliterando a dentina exposta.<sup>8,33</sup>

Por outro lado, é determinado o tratamento precoce e interceptativo frente à EEPMP irreversível a fim de evitar a perda prematura do segundo molar decíduo e a consequente redução do perímetro do arco dentário. Esse tratamento interceptativo resume-se na aplicação de uma força suave para distal na coroa permanente semi-irrompida e impactada, podendo ser utilizada uma diversidade de aparelhos e técnicas, tais como o fio de latão, elástico afastador, aparelhos removíveis ou fixos (aparelhos Humphrey, Halterman e Halterman modificado).<sup>2,5,9,26,29,30,34-40</sup>

O uso de fio de latão, com diâmetro de 0,6 ou 0,7 mm, é o tratamento mais antigo e mais comumente utilizado.<sup>5,9,35,36</sup> O fio de latão é passado na face distal do segundo molar decíduo e na face mesial do primeiro molar permanente, sendo então torcido com pinça Mathiew até exercer uma pressão no ponto de contato, forçando a distalização do primeiro molar e mesialização do segundo molar decíduo. A ativação é realizada a cada 15 dias. Gradativamente, deve-se aumentar o fio de latão até 0,032" ou utilizar o fio de maneira dupla. Ainda sugeriram que, ao observar-se uma leve verticalização do molar permanente, deve-se colocar um elástico de separação para possibilitar a desimpactação final e a irrupção em posição normal.<sup>37</sup>

O uso do elástico separador também é citado como alternativa de tratamento interceptativo. O elástico deve ser deslizado com ajuda do fio dental ou pinça própria através do ponto de contato entre o molar permanente e o segundo molar decíduo e pode ser deixado no local até que o primeiro molar permanente alcance o plano oclusal. Inicia-se com um elástico de tamanho menor e finaliza-se com um maior. Essa técnica, além de ser de fácil inserção, requer tempo mínimo de sessão clínica e não envolve procedimentos laboratoriais.<sup>38</sup>

Nos casos de reabsorção radicular avançada do segundo molar decíduo pode ocorrer mobilidade, dor e desconforto, provocando a esfoliação do referido dente ou indicando a sua exodontia e o uso de aparelhos ortodônticos fixos ou removíveis, visando manter e/ou recuperar o espaço perdido no arco.<sup>4,6,26,30,36</sup>

## DISCUSSÃO

Embora a EEPMP seja uma anormalidade frequente na fase de desenvolvimento da dentição mista, 6,9 sua etiologia ainda não é bem estabelecida, sendo sugeridos diferentes fatores para sua ocorrência,<sup>5,6,10,25</sup> dentre os quais destacam-se a discrepância entre o tamanho ósseo e dentário ou uma perturbação na cronologia de crescimento ósseo na tuberosidade maxilar associada à calcificação e erupção do molar.<sup>10</sup>

Apesar do relato de dor do tipo nevrálgico na zona de impactação dos dentes envolvidos na EEPMP já ter sido descrito,<sup>10</sup> a ausência sintomatologia local e de infecção na maioria dos casos,<sup>17</sup> faz com que o diagnóstico seja tardio em consultas de rotina, acompanhado de reabsorção radicular avançada do segundo molar decíduo.<sup>5</sup>

Entretanto, deve ser enfatizado que o diagnóstico e a intervenção precoce na EEPMP por meio de um procedimento interceptativo é muito válido, não devendo ser negligenciado pelo Cirurgião-Dentista, uma vez que a reabsorção prematura do segundo molar decíduo leva à perda de espaço no arco e consequente desenvolvimento de maloclusões.<sup>2,6,10,29,34</sup>

Dependendo do comportamento do primeiro molar permanente impactado, a erupção ectópica pode ser considerada reversível ou irreversível,<sup>2</sup> sendo a autocorreção espontânea evidenciada em casos de EEPMP nos graus I e II, sem perda de perímetro do arco. No entanto, graus III ou mais, a intervenção terapêutica sempre se faz necessária.<sup>10</sup> Ademais, consideraram que a autocorreção será possível entre os 6 e 7 anos de vida, sendo muito improvável após estas idades.<sup>8,10</sup>

Dessa forma, o Cirurgião-Dentista deverá avaliar, por meio da imagem radiográfica, a área de impactação tendo em consideração a relação entre ambos os molares para predizer se o processo vai autocorrigir ou se existe a necessidade de uma intervenção terapêutica. Em função destes parâmetros, decidirá controlar, frente à possibilidade da erupção do molar permanente ocorrer espontaneamente ou modificar a trajetória eruptiva do molar, guiando-o para a sua posição eruptiva normal.<sup>6</sup>

Podem ser adotadas diferentes abordagens terapêuticas conservadoras a fim de conduzir à distalização do molar permanente impactado e prevenir a necessidade futura de tratamento ortodôntico corretivo.<sup>2,5,9,26,29,30,34-40</sup> No entanto a primeira opção consiste no uso do fio de latão entre o primeiro molar permanente e o segundo decíduo molar, devido as vantagens apresentadas como simplicidade, baixo custo, fácil utilização, entre outras.<sup>5,6,9</sup> Com a intervenção precoce, o prognóstico de permanência do segundo molar decíduo na arcada dentária até a sua fase normal de esfoliação mostrou-se muito bom.<sup>29,34,35</sup>

# CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se a EEPMP é uma anormalidade multifatorial com variação de prevalência. O sinal clínico para seu diagnóstico consiste na interrupção do irrompimento do primeiro molar permanente, estando suas cúspides distais mais aparentes do que as mesiais, o que é somado ao aspecto radiográfico de impactação e reabsorção anormal e precoce do segundo molar decíduo. É uma condição reversível ou irreversível, podendo desencadear perda prematura do segundo molar decíduo, mesialização do primeiro molar permanente, diminuição no perímetro do arco, retardo da erupção dos segundos pré-molares e consequente maloclusão. A conduta clínica varia frente a cada caso de EEPMP, mas deve ser prontamente implementada a fim de interceptar esta anormalidade e favorecer desenvolvimento harmônico da oclusão.

## REFERÊNCIAS

1. Hernández JM. Mecanismos y teorías de la erupción dentaria. Estado actual. *Rev Eur Odont-Estomatol*. 2002; 14(6): 349-56.
2. Eto LF, Corrêa PH, Silva DM. Efetividade na correção da irrupção ectópica dos primeiros molares permanentes. *OrthodSci and Pract*. 2011; 4(16):1-6.
3. Bjerklin K, Kuroi J. Prevalence of ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. *Swed Dent J*. 1981; 5(1):29-34.
4. Bjerklin K, Juri K, Jack V. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars and association with other tooth and developmental disturbances. *Eur J of Orthod*. 1992; 14(5):369-75.
5. Gonçalves RA, Vargas IA, Ruschel HC. Clinical management of the ectopic eruption of a maxillary first permanent molar – Case report. *Stomatol*. 2012; 18(35): 16-25.
6. Mellado MN, Silva CC, Leache EB. Erupção ectópica de primeiros molares permanentes. Uma patologia a ter em conta. *OJDentistry [Internet]*. 2015 [citado 2015 Mar 04]. 16: [cerca de 3p]. Disponível em: <http://www.jornaldentistry.pt/pdf/art216.pdf>
7. Bjerklin K, Kuroi J. Ectopic eruption of the maxillary first permanent molar: etiologic factors. *Am J Orthod*. 1983; 84(2):147-55.
8. Kuroi J, Bjerklin K. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars: a review. *ASDC J Dent Child*. 1986; 53(3):209-14.
9. Kupietzky A. Correction of ectopic eruption of permanent molars utilizing the brass wire technique. *Pediat Dent*. 2000; 5(22):408-12.
10. Barberia-Leache E, Suarez-Clúa MC, Saavedra-Ontiveros D. Ectopic eruption of the maxillary first permanent molar: Characteristics and occurrence in growing children. *Angle Orthod*. 2005; 75(4): 610-15.
11. Yaseen SM, Naik S, Uloopi KS. Ectopic eruption – a review and case report. *ContClinDent [Internet]*. 2011. [citado 2016 Ago 05]. 2(1): [cerca de 5p]. Disponível em: [http://www.contempclindent.org/temp/ContempClinDent213-5559227\\_152632.pdf](http://www.contempclindent.org/temp/ContempClinDent213-5559227_152632.pdf).
12. Pulver F. The etiology and prevalence of ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. *ASDC J DentChild*. 1968; 35(2):138-46.
13. Barberia EL, De Grado MM. Erupción ectópica del primer molar permanente superior. Revisión bibliográfica. Parte I. *Odon Ped*. 1994; 3:71-6.
14. Kuroi J, Bjerklin K. Ectopic eruption of the maxillary first permanent molars: familial tendencies. *ASDC J Dent Child*. 1982; 49(3):273-79.
15. Canut JA, Raga C. Morphological analysis of cases with ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. *Eur J Orthod*. 1983; 5(3):249-53.
16. Yuen S, Chan J, Tay F. Ectopic eruption of the maxillary permanent first molar: the effect of increased mesial angulation on arch length. *J Am Dent Assoc*. 1985; 111(3): 447–51.
17. Chintakanon K, Boonpinon P. Ectopic eruption of the first permanent molars: prevalence and etiologic factors. *Angle Orthod* 1998; 68(2):153-60.
18. Baccetti T. A controlled study of associated dental anomalies. *Angle Orthod* 1998;68(3):267-74.
19. Saalbach A, Schremmer B, Grabowski R, Stahl de Castrillon F. Correlation between the frequency of eruption disorders for first permanent molars and the occurrence of malocclusions in early mixed dentition. *J Orofac Orthop*. 2012; 73(4):298-306.
20. Silva Filho OG, Albuquerque MV, Kuroi J. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars in children with cleft lip. *Angle Orthod*. 1996; 66(5): 373-80.
21. Mooney GC, Morgan AG, Rodd HD, North S. Ectopic eruption of first permanent molars: presenting features and associations. *Eur Arch PaediatrDent*. 2007; 8(3):153-7.
22. Heikkinen T, Alvesalo L, Osborne RH, Tienari J. Tooth eruption symmetry in functional lateralities. *Arch Oral Biol*. 2001; 46(7):609-17.
23. Campbell OA. Ectopic eruption of the first permanent molar. *J Am Dent Assoc*. 1991; 62(1):62-65.
24. Young DH. Ectopic eruption of the first permanent molar. *J Dent Child*. 1957; 4(3): 153-62.
25. Corrêa MSNP et al. Impactação do primeiro molar permanente na dentição mista. *Rev APCD* 1990; 44(6):345-48.
26. Kennedy DH, Turley KP. The clinical management of ectopically erupting first permanent molar. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1997; 32(4):336-45.
27. Meneghetti CA, Prietsch JR. Erupção ectópica do primeiro molar permanente. *R Fac Odontol* 1994; 35(2): 25-28.
28. Cossman MH. Ectopic eruption: first molar impaction in the mixed dentition. *Dent Dig*. 1970; 76(8):349-53.
29. Garib DG, Alencar BM, Ferreira FV, Ozawa TO. Anormalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. *Dental Press J Orthod*. 2010; 15(2):138-57.
30. Seehra J, Winchester L, DiBiase AT, Cobourne MT. Orthodontic management of ectopic maxillary first permanent molars: a case report. *Aust Orthod J*. 2011; 27(1):57-62.
31. Martins-Júnior PA, Marques LS. Clinical implications of early loss of a lower deciduous canine. *Int J Orthod Milwaukee* 2012; 23(3):23-7.
32. Miyamoto W, Chung CS, Yee PK. Effect of premature loss of deciduous canines and molars on malocclusion of the permanent dentition. *J Dent Res*. 1976;55(4):584-90.



32. Miyamoto W, Chung CS, Yee PK. Effect of premature loss of deciduous canines and molars on malocclusion of the permanent dentition. *J Dent Res.* 1976;55(4):584-90.
33. Gleeerup A, Bjerklín K, Kuroll J. Discriminant analysis in treatment evaluation of ectopic eruption of the maxillary first permanent molars. *Eur J Orthod.* 1995; 17(4):181-91.
34. Gungor HC, Altay N. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars: treatment options and report of two cases. *J ClinPediatr Dent.* Spring. 1998; 22(3):211-6.
35. Hsiao CC, Boynton JR. Etiology, Classification and management of ectopic eruption of permanent first molars. *J Mich Dent Assoc.* 2016; 98(1): 26-30.
36. Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Ferreira FPC, Almeida PCMR. Recuperadores de espaço e sua aplicação clínica. *Rev Fac Odontol Lins.* 2002; 14(2): 15-20.
37. Amarante RS, Barusso K, Guariza Filho O, Tanaka OM. Erupção ectópica do primeiro molar superior permanente. *J Bras Ortodontia Ortop Maxilar.* 1997; 2(11): 55-9.
38. Ferreira MC, Oliveira RC, Campos V. Ectopia do primeiro molar permanente superior: relato de um caso clínico. *J Bras Odontoped & Odontol do Bebê.* 2001; 4(20) 344-54.
39. Haznedaroğlu E and Mentés A. A simplified method for eruption of the ectopic molars: a case report. *J Dent App.* 2016; 3(1): 312-4.
40. Moreira KMS, Cardoso M, Salvaterra C, Rontani RMP, Pereira Neto JS. A simple and effective technique to guide the ectopic eruption of a first permanent molar: a case report. *RFO UPF.* 2016; 21(2): 242-5.

Recebido em: 21 jun. 2017

Aprovado em: 22 fev. 2018