

Falyne Pinheiro de Oliveira
falyne.pinheiro@gmail.com

Laura Marcelly Teixeira Gomes
laura.marcelly98@gmail.com

Samuel Trezena
samueltrezena@gmail.com

Danilo Cangussu Mendes
danielocangussuodonto@yahoo.com.br

Silvério de Almeida Souza Torres
silverio_torres@hotmail.com

Soraya Mameluque
soraya@mameluque.com.br

TALON CÚSPIDE: RELATO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

A Talon Cúspide (TC) é uma alteração do desenvolvimento da forma dentária, caracterizada pela presença de cúspides acessórias em esmalte e dentina, originária na região cervical. Apresenta-se frequentemente na face lingual de dentes anteriores da maxila e estende-se da metade da junção cimento-esmalte para a margem incisal. O presente trabalho tem o objetivo descrever um relato de caso clínico do manejo de TC. Paciente do sexo feminino, 13 anos de idade, feoderma, compareceu à Clínica Escola com queixa de exodontia de elementos decíduos retidos. Ao exame clínico foi diagnosticada a presença da TC. Como forma de tratamento, em algumas cúspides acessórias foram realizadas redução periódica e gradual, além de revestimento com resina flow, para prevenir maiores danos à dentição afetada. Após 02 anos, a paciente retornou utilizando aparelho ortodôntico, com visível melhora estética, oclusal e sem nenhuma queixa em relação aos dentes com TC. É necessário que cirurgiões-dentistas tenham conhecimento sobre anomalias dentaárias e seu correto manejo.

Palavras-chave: Variação anatômica. Estética dentária. Odontologia preventiva. Reabilitação bucal.

TALON CUSP: CASE REPORT

ABSTRACT

Talon Cusp (TC) is a development anomaly of tooth form characterized by the presence of accessory cusps in enamel and dentin, originating in the cervical region. TC often presents on the lingual surface of maxillary anterior teeth and extends from the middle of the cemento-enamel junction to the incisal edge. The present work aims to describe a clinical case report of the management of TC. Female patient, 13 years old, feoderm, attended the Dental Clinical School with a complaint of extraction of retained deciduous teeth. On clinical examination, the presence of TC was diagnosed. As a form of treatment, periodic and gradual reduction was performed on some accessory cusps, in addition to coating with flow resin, to prevent further damage to the affected dentition. After 02 years, the patient returned using an orthodontic appliance, with visible aesthetic, occlusal improvement and without any complaints regarding the teeth with TC. It is necessary that dentists have knowledge about dental anomalies and their correct management.

Key words: Anatomic variation. Esthetics dental. Preventive dentistry. Mouth Rehabilitation.

1. INTRODUÇÃO

A Talon Cúspide (TC) é uma anomalia dentária de desenvolvimento caracterizada pela

presença de uma cúspide acessória em esmalte e dentina originária na região cervical, mais frequentemente na face lingual de um dente anterior, estendendo-se pelo menos da metade da

junção cimento-esmalte para a margem incisal (HATTAB; YASSIN e AL-NIMRI, 1996; MEHTA; CHOWDHRY e KAPOOR, 2022).

A TC atinge principalmente a dentição permanente da maxila, sendo os incisivos laterais os mais afetados, seguidos pelos incisivos centrais e caninos. O sexo masculino é mais frequente que o sexo feminino, mas ambos podem ser acometidos (COCLETE *et al.*, 2015; DECAUP; GAROT e ROUAS, 2021). Ainda não se tem uma nomenclatura universal para este tipo de condição, sendo usados diversos nomes além de TC, como *dens evaginatus* ou cúspide em garra (SARPANGALA e DEVASYA, 2017).

As cúspides em garra são classificadas em três tipos diferenciados, de acordo com a distância atingida entre a junção cimento-esmalte e a borda incisal do dente, uma vez que todos envolvem uma cúspide morfologicamente bem delineada (SARRAF-SHIRAZI; REZAEFAR e FORGHANI, 2010). Porém, o mais importante dessa condição é seu diagnóstico. Quando realmente determinado um caso de TC, deve-se ainda definir qual seu tipo, a fim de indicar a melhor conduta clínica. Faz-se necessário salientar também que quanto mais precoce for dado o diagnóstico, melhor será o prognóstico para a preservação do elemento dentário, uma vez que o tratamento correto é importante para obter harmonia oclusal, funcional e estética do paciente (MANUJA *et al.*, 2013; CHEN; HUANG e BAKLAND, 2020; MEHTA; CHOWDHRY e KAPOOR, 2022).

Quando não diagnosticada corretamente, essa anomalia dentária pode tornar o dente mais suscetível às lesões cariosas e disfunções oclusais, além de comprometimento estético, exposição pulpar, problemas periodontais e

irritação dos tecidos moles, tais como a língua, durante a fala e a mastigação. Há, ainda, relatos sobre o deslocamento dos dentes afetados e opostos, hipersensibilidade, fratura accidental da cúspide e possível escurecimento da coroa dentária, em razão da necrose pulpar proveniente de lesões cariosas profundas ou dentes sujeitos a trauma oclusal crônico (GONÇALVES, IMPARATO, WANDERLEY, 2003; HATTAB, 2014; GUVEN *et al.*, 2016).

Assim, o objetivo do presente artigo é descrever um relato de caso clínico do manejo de TC.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 13 anos, feoderma, compareceu com seu responsável legal a Clínica Escola de uma Instituição de Ensino Superior com desejo de fazer avaliação bucal e extrair dois dentes decíduos retidos (75 e 83). Na história médica pregressa e revisão dos sistemas, não houve relato de quaisquer alterações e nem de uso contínuo de medicamentos. Ao exame físico extrabucal, não foi revelado nada digno de nota. Já o exame intraoral, mostrou variações da anatomia correspondentes a TC nos dentes anteriores da maxila (Figura 1). A história familiar informada não identificou outro familiar que possuísse anormalidades dentárias semelhantes à da paciente.

Os incisivos centrais continham cíngulos alongados projetados na face palatina. Os incisivos laterais por sua vez, apresentavam cúspides proeminentes e bem definidas, localizadas perpendicularmente ao plano mesiodistal da coroa e totalmente aderidas a ela, projetando-se da junção cimento-esmalte em direção a borda incisal. As cúspides eram em

formato cônico, de tamanhos semelhantes no dente 12. O dente 22 por sua vez, já apresentava incisais desgastadas. Havia também, sulcos bem desenvolvidos e enegrecidos entre as cúspides extras e a superfície palatina do dente, que mostraram evidência clínica de lesões cariosas. Não foram observadas bolsas periodontais, alterações nos tecidos moles ou sensibilidade ao teste de percussão. Entretanto, notou-se que em tais dentes havia interferência oclusal, em especial no dente 22, que ocasionava contato prematuro, irritação lingual durante a fala e acentuado overjet (Figuras 2 e 3).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo responsável da paciente para a concessão do direito de acesso às informações e tomada de imagens específicas. Realizou-se então, imagens radiográficas periapicais, para melhor compreensão da anomalia em questão e planejamento do tratamento. Identificou-se a presença de estruturas radiopacas em forma de “V” sobre os incisivos laterais e a relação das cúspides com a câmara pulpar coronária e canal radicular, em que evidenciou alongamento do corno pulpar no dente 22 (Figura 4). Foi realizado teste térmico de vitalidade, com uso de gás refrigerante, com resposta pulpar normal. A partir deste momento estabeleceu-se o diagnóstico de TC e foi proposto o desgaste gradual da cúspide adicional.

Como tratamento, optou-se inicialmente pela adequação do meio bucal com instruções de higiene, restauração das lesões cariosas cavitadas e aplicação tópica de flúor. Os dentes decíduos retidos foram extraídos sem maiores complicações.

Em seguida, foi realizada a redução progressiva das cúspides acessórias. Iniciou-se com profilaxia da região a ser trabalhada, feita com mistura de pedra pomes e água com auxílio da escova de Robson e caneta de baixa rotação. Posteriormente, fez-se a redução das cúspides extras nos dentes 12 e 22 (Figura 5). O procedimento foi dividido em duas sessões com intervalo de três semanas e para realizá-lo foi utilizada caneta de alta rotação, refrigerada com água e ar, e ponta diamantada em formato de chama 3118FF. Ao final da primeira sessão houve aplicação tópica de flúor gel acidulado a 1,23% e na segunda, foi feito revestimento com resina flow (Figura 6).

A todo momento houve indagações sobre a existência de sintomatologia dolorosa, entretanto, não houve relato de incômodo durante o procedimento e assim, foi possível evoluir com a retificação da face palatina. Para concluir o tratamento e possibilitar correta oclusão das guias, a paciente foi orientada a buscar atendimento ortodôntico. Após 02 anos, a paciente retornou utilizando aparelho ortodôntico, com visível melhora estética, oclusal e sem nenhuma queixa em relação aos dentes com TC (Figuras 7, 8, 9 e 10).

3. DISCUSSÃO

O presente caso descreve a condução do manejo da TC e seu acompanhamento após dois anos de preservação. Epidemiologicamente a TC apresenta baixa frequência, com prevalências que variam de menos de 1% a 8%, sendo mais comum em árabes do que em caucasianos e negros. As taxas variam de 0,06% na população mexicana, 0,17% em americanos, 0,34% em

turcos, 2,5% em húngaros e chegando a 7,7% no norte da Índia (GUVEN *et al.*, 2016; SURESH *et al.*, 2017; ELMUBARAK, 2019; SRINIVASANA *et al.*, 2021).

Figura 1 – Vista intraoral com o aspecto inicial da Talon Cúspide.



Fonte: próprio dos autores.

No estudo de Guven *et al.* (2016) foi descrita a prevalência das cúspides em garra em uma população de 14.400 turcos, no qual 49 indivíduos foram identificados com a anomalia.

Figura 2 – Vista oclusal mostrando o contato da Talon Cúspide com os dentes anteriores inferiores.



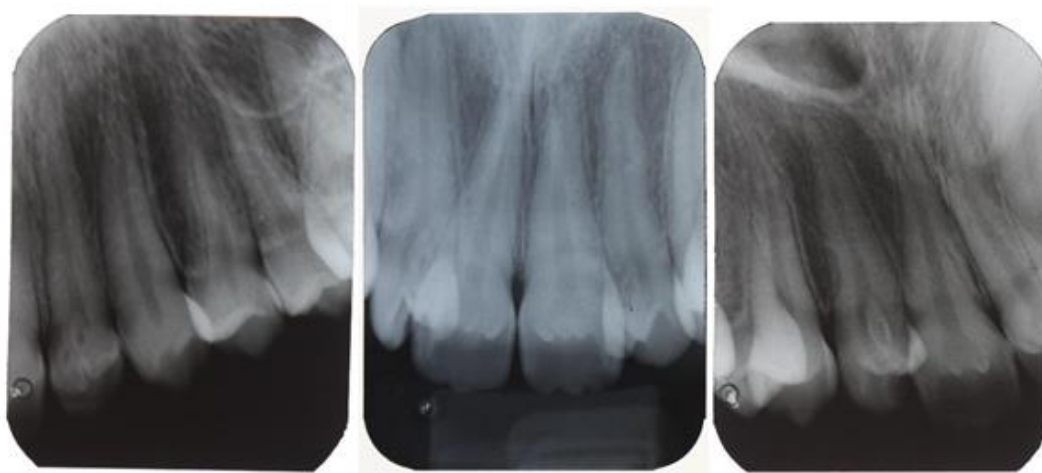
Fonte: próprio dos autores.

Figura 3 – Vista de perfil com a presença de overjet.



Fonte: próprio dos autores.

Figura 4 – Radiografias periapicais indicando a presença da Talon Cúspide nos incisivos superiores.



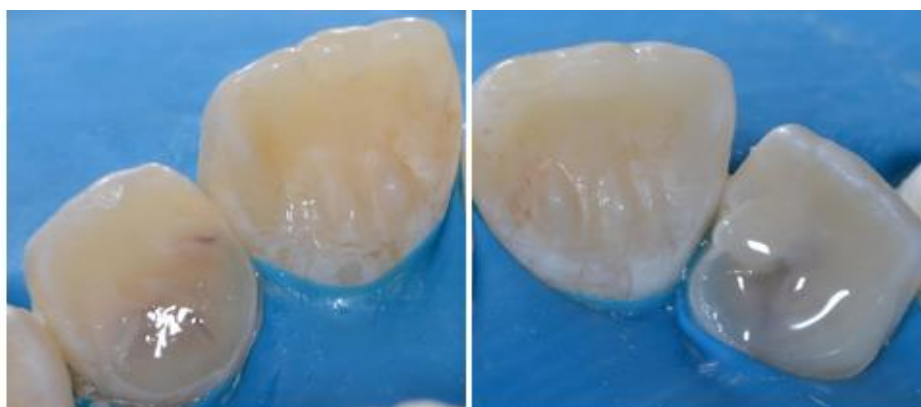
Fonte: próprio dos autores.

Figura 5 – Vista incisal após as duas sessões de retificação das cúspides acessórias nos dentes 12 e 22



Fonte: próprio dos autores.

Figura 6 – Vista após finalização do procedimento e revestimento com resina flow.



Fonte: próprio dos autores

Figura 8 – Vista oclusal após início do tratamento ortodôntico.

Figura 7 – Vista intraoral com aspecto após 02 anos.

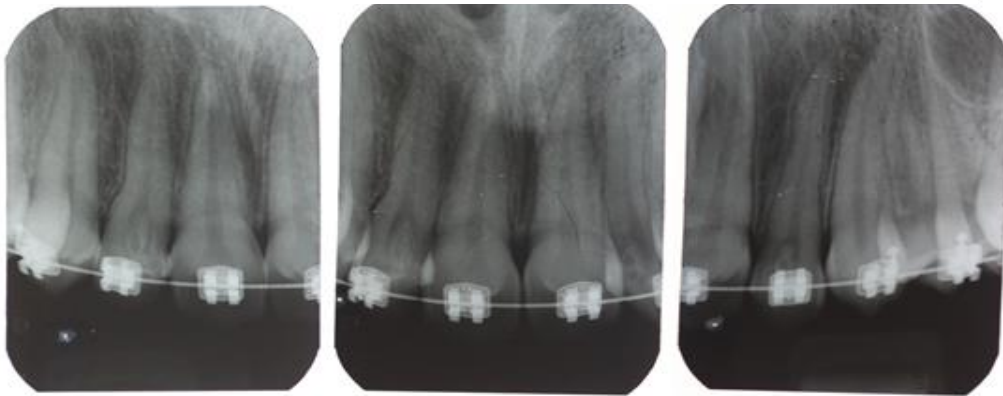


Fonte: próprio dos autores



Fonte: próprio dos autores

Figura 9 – Radiografias periapicais que confirmaram o não comprometimento pulpar do tratamento ao longo dos anos.



Fonte: próprio dos autores

Figura 10 – Vista de perfil com redução do overjet inicial.



Fonte: próprio dos autores

Dentre os resultados, demonstrou-se a predominância pelo sexo masculino, com manifestação nos dentes superiores da dentição permanente, sendo os incisivos laterais e centrais mais atingidos. A face palatina foi mais encontrada do que a labial, e a idade média esteve entre 10 a 13 anos. O estudo de Yassin (2016) também revela que a cúspide em garra foi considerada a anomalia morfológica predominante em crianças sauditas com idade de 5 a 12 anos. Os dentes permanentes são afetados três vezes mais do que os dentes decíduos, principalmente de maneira unilateral. Nos homens comumente a cúspide palatina é afetada, já nas mulheres é a labial (MALLINENI *et al.*, 2014). O presente relato corrobora com os outros estudos, em relação à faixa etária e a dentição afetada, distingue-se, entretanto em relação ao sexo atingindo, a face das cúspides prevalente para as mulheres e ao acometimento ser bilateral.

Ademais, é relatada a coocorrência da cúspide em garra com outras anomalias dentárias como incisivos laterais em forma de pino, incisivos superiores em forma de pá, canino ectópico, agenesia, mesiodens, odontomas, *dens invaginatus*, dentes supranumerários, hipodontia, cúspides de Carabelli exageradas, fusão, geminação, dentes impactados, cíngulo bífido, dentes duplos, fendas de esmalte e asas nasais distorcidas. É relatado também que um quarto dos dentes com sulco de desenvolvimento apresenta lesão cariada (DASH; SAHOO e DAS, 2004; HATTAB, 2014; GUVEN *et al.*, 2016; HERRERA-ATOCHÉ *et al.*, 2017; SUDHAKAR *et al.*, 2017; NAGPAL e GURHARIKAR, 2022). No presente caso, além das TC, foram encontrados dois dentes decíduos com retenção prolongada,

porém, ainda assim, dentro da idade cronológica esperada para esfoliação dos mesmos.

Há relatos também das TC associadas a várias síndromes, mas não sendo considerada como parte integrante de nenhuma em específico. Os achados clínicos são referentes a síndrome de Ellis-van Creveld, síndrome de Sturge-Weber, síndrome de Mohr, síndrome de Berardinelli-Seip, síndrome de Allagille E síndrome de Rubinstein-Taybi. Embora não existam evidências significativas, os pacientes com a síndrome de Rubinstein-Taybi são comumente demonstrados com as cúspides extras (GUNASHEKHAR; HAMEED e BOKHARI, 2012; LOZIC *et al.*, 2012; HATTAB, 2014; GUVEN *et al.*, 2016; SUDHAKAR *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2019). No presente trabalho, nenhum achado representou complicações clínicas ou condições médicas que pudessem indicar associação semelhante.

Quando realmente determinado um caso de TC, deve-se ainda definir qual seu tipo, a fim de indicar a melhor conduta clínica. As cúspides aqui encontradas podem ser classificadas como tipo II (semi garra) nos incisivos laterais e como tipo III (traço garra) nos incisivos centrais, que eram menos proeminentes e com um quarto de altura do dente (HATTAB; YASSIN e AL-NIMRI, 1996). Aponta-se também, segundo a classificação de Mallinele *et al.*, (2014) que aqui houve a presença do tipo lingual.

Quando não diagnosticada corretamente, a TC pode tornar o dente mais suscetível às lesões cariosas e disfunções oclusais, além de comprometimento estético, exposição pulpar, problemas periodontais e irritação dos tecidos moles, tais como a língua, durante a fala e a mastigação. Há, ainda, relatos sobre o deslocamento dos dentes afetados e opostos,

hipersensibilidade, fratura acidental da cúspide e possível escurecimento da coroa dentária, em razão da necrose pulpar proveniente de lesões cariosas profundas ou dentes sujeitos a trauma oclusal crônico (GONÇALVES, IMPARATO, WANDERLEY, 2003; HATTAB, 2014; GUVEN *et al.*, 2016).

Para o tratamento há três alternativas a serem indicadas a depender do caso de cada paciente. A decisão do tratamento tomada pelo cirurgião-dentista deve ser esclarecida para o paciente e seu responsável, avaliando a sua real necessidade de intervenção (MANUJA *et al.*, 2013; CHEN; HUANG e BAKLAND, 2020; MEHTA; CHOWDHRY e KAPOOR, 2022).

A primeira opção de tratamento é indicada para anomalias pequenas que não demandam tratamento. São casos em que a avaliação clínica mostrará que a estrutura dental extra não está provocando trauma oclusal, lesão de tecidos moles ou acumulando biofilme. Essas situações envolvem apenas avaliação, diagnóstico e controle do dente, através da manutenção da cúspide acessória e controle com medidas profiláticas, seguido de acompanhamento do paciente (RANK, RANK, MOLINA, 2013).

A segunda opção de terapia envolve o desgaste periódico da cúspide sem exposição pulpar, em casos nos quais as cúspides acessórias promovam irritação lingual e/ou interferência oclusal. O protocolo proposto por Hattab; Yassin e Al-Nimri (1996) é da remoção gradual da cúspide extra, retirando cerca de 1 milímetro por vez. Deve-se ocorrer em diversas sessões, com espaçamento entre elas de seis a oito semanas, realizando o mínimo de desgaste possível, a fim de que a dentina reparadora tenha tempo suficiente de se depositar com o objetivo de não expor tecidos

pulpaes. O desgaste é feito com caneta de alta rotação refrigerada com água, ar e broca diamantada, a superfície desgastada deverá receber verniz com flúor após o procedimento ou agente dessensibilizante (RANK, RANK, MOLINA, 2013).

Caso a anomalia interfira na oclusão, a cúspide acessória deve ser removida, no entanto, com a exposição dos tecidos pulpaes a terapia endodôntica é inevitável. Para monitorar sinais e sintomas pulpaes, o paciente deve retornar regularmente à clínica odontológica para acompanhamento clínico e radiográfico após realizar esse tipo de procedimento. Se o desgaste resultar em hipersensibilidade dental, a indicação preconizada seria pulpotomia com hidróxido de cálcio, sendo essa, uma terceira opção de intervenção. É indicada em casos do tipo I ou II, nos quais será feita a remoção total da cúspide acessória, seguida de pulpotomia ou pulpectomia, terapia de canal radicular ou extração seguida de tratamento ortodôntico caso haja comprometimento pulpar (HATTAB, 2014).

Devido os aspectos individuais de cada dente, optou-se pelos tratamentos abordados, com os objetivos de preservação da vitalidade do dente, restauração estética e eliminação da interferência oclusal. A instrução de higiene oral e o selamento das lesões cariosas com ionômero de vidro foram fundamentais para prevenir danos posteriores nos sulcos de desenvolvimento. Para as cúspides de tamanhos maiores optou-se pela retificação da projeção palatina de forma gradual, sendo ao final das sessões aplicados o flúor gel acidulado a 1,23% e na última visita a aplicação da resina flow. Esses materiais foram utilizados por serem disponíveis na clínica escola e por possuírem vantagens significativas como o estímulo à

reposição mineralizadora e a redução da sensibilidade dolorosa. A resina fluida, também apresenta características de fácil inserção e escoamento, o que permitiu maior adesão à dentina e ao esmalte dos sulcos restantes (SISMANOGLU, 2019).

Dessa forma, considerando a necessidade de conhecimento para diagnóstico e tratamento da Talon Cúspide e visto que há uma lacuna na literatura no que se refere à abordagem de casos clínicos desse tema para uma correta atuação do profissional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A talon cúspide é uma anomalia dentária pouco presente na prática odontológica, entretanto, é necessário que seja feito um diagnóstico preciso, com a associação das características clínicas e exames complementares, para assim realizar um tratamento adequado, que ofereça maior preservação do dente afetado e maior conforto ao paciente.

O presente caso foi conduzido utilizando a odontologia minimamente invasiva e acompanhado por quase dois anos, observando um sucesso no manejo adotado. Dessa maneira, fica evidente que o cirurgião dentista deve exercer um papel essencial no diagnóstico, planejamento e tratamento correto de casos que fogem à normalidade.

REFERÊNCIAS

CHEN, J.; HUANG, G. T.; BAKLAND, L. K. Dens evaginatus: Current treatment options. **J Am Dent Assoc.**, v. 151, n. 5, p. 358-367, may, 2020.

COCLETE, G. A. *et al.* Cúspide em garra. **Arch Health Invest**, v. 4, n. 2, p. 5-8, 2015.

DASH, J. K.; SAHOO, P. K.; DAS, S. N. Talon cusp associated with other dental anomalies: a case report. **Int J Paediatr Dent.**, v. 14, n. 4, p. 295-300, jul, 2004.

DECAUP, P.; GAROT, E.; ROUAS, P. Prevalence of talon cusp: Systematic literature review, meta-analysis and new scoring system. **Arch Oral Biol.**, v. 125, s. n., p. 105112, may, 2021.

ELMUBARAK, N. A. Genetic risk of Talon Cusp: Talon cusp in five siblings. **Case Rep Dent**, v. 2019, s. n., p. 3080769, 2019.

GONÇALVES, M. P.; IMPARATO, J. C. P.; WANDERLEY, M. T. Talon cúspide: relato de caso. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 30, p. 128-131, mar-abr, 2003.

GUNASHEKHAR, M.; HAMEED, M. S.; BOKHARI, S. K. Oral and dental manifestations in Rubinstein-Taybi syndrome: report of a rare case. **Prim Dent Care**, v. 19, n. 1, p. 35-38, jan, 2012.

GUVEN, Y. *et al.* Prevalence and characteristics of talon cusps in Turkish population. **Dent Res J (Isfahan)**, v. 13, n. 2, p. 145-50, mar-apr, 2016.

HATTAB, F. N.; YASSIN, O. M.; AL-NIMRI, K. S. Talon cusp in permanent dentition associated with other dental anomalies: review of literature and reports of seven cases. **ASDC J Dent Child**, v. 63, n. 5, p. 368-376, 1996.

HATTAB, F. N. Double talon cusps on supernumerary tooth fused to maxillary central incisor: Review of literature and report of case. **J Clin Exp Dent**, v. 6, n. 4, p. 400-407, jan, 2014.

HERRERA-ATOCHE, J. R. *et al.* Impacted Maxillary Canine Prevalence and Its Association with Other Dental Anomalies in a Mexican Population. **Int J Dent.**, v. 2017, s. n., p. 7326061, 2017.

LOZIC, B. *et al.* Oculo-facio-cardio-dental syndrome in three succeeding generations: genotypic data and phenotypic features. **Braz J Med Biol Res.**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 12, p. 1315-1319, dec, 2012.

MALLINENI, S. K. *et al.* Mandibular talon cusps: A Systematic review and data analysis. **J Clin Exp Dent.**, v. 6, n. 4, p. 408-413, out, 2014.

MANUJA, N. *et al.* Bilateral dens evaginatus (talon cusp) in permanent maxillary lateral incisors: a rare developmental dental anomaly with great clinical significance. **BMJ Case Rep.**, s. v., s. n., p. 1-4, jun, 2013.

MEHTA, V.; CHOWDHRY, A.; KAPOOR, P. Bilateral talon cusp in permanent maxillary lateral incisors: A case report, clinico-pathological review

and proposal of an integrated classification. **J Oral Maxillofac Pathol.**, v. 26, n. 1, p. 93-97, jan-mar, 2022.

NAGPAL, D. I.; GURHARIKAR, A. S. Management of a unique case of talon cusp, dens invaginatus associated with other dental anomalies. **Pan Afr Med J.**, v. 41, s. n., p. 326, apr, 2022.

RANK, R. C. I. C.; RANK, M. S.; MOLINA, O. F. Alternativas terapêuticas para dens evaginatus (talon cusp). **Revista Amazônia**, Gurupi, v. 1, n. 2, p. 27-34, 2013.

SANTOS, C. N. *et al.* Talon cusp in the temporary dentition of a patient with Kabuki syndrome: Case report with a two-year follow-up. **Spec Care Dentist.**, v. 39, n. 6, p. 624-630, nov, 2019.

SARPANGALA, M.; DEVASYA, A. Variants of Talon Cusp (Dens Evaginatus). **J Clin Diagn Res.**, v. 11, n. 1, p. ZJ01-ZJ02, jan, 2017.

SARRAF-SHIRAZI, A.; REZAEIFAR, M.; FORGHANI, M. A Rare Case of Multiple Talon Cusps in Three Siblings. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 463-466, 2010.

SISMANOGLU, S. Efficiency of self-adhering flowable resin composite and different surface treatments in composite repair using a universal adhesive. **Niger J Clin Pract.**, v. 22, n. 12, p. 1675-1679, dec, 2019.

SRINIVASAN, B. *et al.* Clinical Significance of Talon Cusp in a Mixed Dentition Patient. **J Pharm Bioallied Sci.**, v. 13, n. suppl 2, p. S1763-S1764, nov, 2021.

SUDHAKAR, S. *et al.* A Rare Familial Presentation of Facial Talon Cusp. **J Clin Diagn Res**, v. 11, n. 1, p. 15-17, jan, 2017.

SURESH, K. V. *et al.* Multiple talon cusps on maxillary central incisor: A case report. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects**, v. 11, n. 2, p. 127-130, Jul, 2017.

YASSIN, S. M. Prevalence and distribution of selected dental anomalies among saudi children in Abha, Saudi Arabia. **J Clin Exp Dent.**, v. 8, n. 5, p. 485-490, 2016.

Falyne Pinheiro de Oliveira
Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Laura Marcelly Teixeira Gomes
Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Samuel Trezena
Mestrando em Cuidado Primário em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Danilo Cangussu Mendes
Pós-Doutor em Ciências da Saúde, Professor do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Silverio de Almeida Souza Torres
Doutorando em Ciências da Saúde, Professor do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Soraya Mameluque
Doutora em Odontologia Restauradora, Professora do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).
