

DISPLASIA ECTODÉRMICA: RELATO DE CASO DE REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL

MARIA LUIZA MARINS MENDES DE AVILA¹; FLÁVIA PRIETSCH WENDT²;

GISLENE CORRÊA³; VANESSA POLINA PEREIRA DA COSTA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia –
maria.mmendes@hotmail.com

²Hospital Escola –EBSERH/ UFPel – flaviapw@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia –
gislene.correa@ebserh.gov.br

⁴Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia –
vanessapolina@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O termo displasia ectodérmica (DE) é utilizado para descrever um grupo numeroso de distúrbios congênitos caracterizados por anomalias de duas ou mais estruturas anatômicas derivadas do ectoderma, como cabelos, unhas, pele, glândulas e dentes. Essas genodermatoses congênitas difusas não progressivas são caracterizadas pela presença em baixa quantidade, escassez ou até mesmo ausência dessas estruturas citadas (ARMIJO; ORTEGA, 1998). Além disso, podem ser observados distúrbios do Sistema Nervoso Central, na mucosa nasal e bucal, também nas regiões externas, como anomalias em região de nariz, lábios e orelhas. A região e grau a ser afetado acaba sendo de acordo com o tipo de displasia e grau da doença (ORTIZ, 2021).

As manifestações orais mais frequentes dos indivíduos acometidos por essa síndrome incluem hipossalivação, ausência parcial ou total de dentes, atraso na erupção dental e anomalias dentárias (KARGUL et al., 2001). Além disso, há ocorrência de perda de dimensão vertical de oclusão, devido à ausência de elementos dentários. Na apresentação completa da síndrome, observa-se também a presença de rugas frontais, nariz em sela, orelhas grandes, tibia proeminente e pele seca, trazendo um aspecto envelhecido ao portador da síndrome (FERREIRA et al., 2012).

Tendo em vista que uma das principais características a serem avaliadas durante o diagnóstico da síndrome é a ausência congênita de elementos dentários, o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a ser procurado pelo paciente com DE (QUEIROZ et al., 2017), sendo extremamente importante que ele saiba identificar as principais características dessa síndrome. Os principais achados podem ser a hipodontia (ausência de um a seis dentes), oligodontia (ausência de mais de seis dentes), e a ausência total de todos os dentes, chamada de anodontia (SCHNABL et al., 2018). Apesar de considerar que as características dos indivíduos acometidos sejam de fácil identificação, as manifestações clínicas e físicas são variáveis e estão relacionadas à heterogeneidade genética (SHIGLI et al., 2005).

O diagnóstico da síndrome é essencialmente clínico, juntamente com a anamnese e exame radiográfico (QUEIROZ et al., 2017). Uma vez estabelecido o diagnóstico, os pacientes acometidos devem receber uma abordagem multidisciplinar para o tratamento dessa condição. A equipe pode incluir clínicos gerais, pediatras, cirurgiões-dentistas (clínicos gerais, odontopediatras, ortodontistas), dermatologistas, psicólogos, nutricionistas, geneticistas clínicos,

fonoaudiólogos, dentre outros (HALAI; STEVENS, 2017). Assim, o objetivo do presente trabalho é discutir as principais características da displasia ectodérmica e relatar o tratamento odontológico reabilitador proposto em uma criança portadora dessa síndrome, através da reanatomização dos dentes e confecção de próteses removíveis para os elementos faltantes, com o intuito de restabelecer estética e função, bem como melhorar a autoestima, bem-estar e qualidade de vida da criança.

2. METODOLOGIA

Paciente do sexo masculino, seis anos de idade, leucoderma, foi atendido no consultório odontológico do Hospital Escola UFPel-Ebserh, acompanhado pelo pai. A queixa principal que levou a busca pelo atendimento foi “ter dificuldade na alimentação e sofrer *bullying* na escola devido à falta de alguns dentes”. Na anamnese, o responsável apresentou diagnóstico médico de Displasia Ectodérmica e relatou que o filho já possuía um acompanhamento multiprofissional (médico geneticista, dermatologista, nutricionista e psicólogo), e que o mesmo estava buscando atendimento odontológico em virtude da indicação dos outros profissionais de saúde que acompanhavam o caso. Não foi relatado nenhuma alteração no histórico de saúde do paciente, bem como no seu desenvolvimento neurológico.

Ao realizar o exame físico extrabucal constatou-se que o paciente apresentava baixo peso para idade, cabelos lisos, não volumosos e ralos; a pele era levemente ressecada; as sobrancelhas possuíam pelos escassos; o nariz era em sela e o lábio inferior levemente evertido.

Ao exame intrabucal observou-se microdontia (dentes conóides) dos seguintes dentes decíduos: caninos superiores (53 e 63) e incisivo central superior esquerdo (61), e ausência de todos os outros dentes em região de maxila; em região de mandíbula não tinha presença de elementos dentários, apresentando rebordo atrófico. Todas as superfícies dentárias estavam hígidas e o paciente possuía excelente controle de higiene bucal. Foram observadas alterações na salivagem do paciente, com relato de xerostomia.

Além dos elementos dentários observados no exame clínico intrabucal, através da realização de uma radiografia panorâmica, constatou-se presença de dois elementos dentários inclusos, sendo eles o incisivo central superior esquerdo e o primeiro molar superior esquerdo permanentes. Desta forma, pode-se observar a agenesia dos demais dentes. Outro importante achado radiográfico foi o deficiente desenvolvimento radicular tanto dos dentes decíduos quanto dos permanentes. Como propostas de tratamento inicial foram realizadas as reanatomizações dos três dentes decíduos presentes em boca com coroas de acetato e resina composta. Também foi planejada a confecção de prótese parcial removível (PPR) superior e prótese total (PT) inferior.

O responsável e o paciente receberam orientação sobre a necessidade de tratamento e acompanhamento odontológico, que envolveria a reabilitação protética e provável instalação de implantes quando a idade adulta fosse atingida. Concluída esta fase inicial de tratamento, foi buscado parceria com laboratório de prótese para confecção das próteses. Inicialmente foi realizada a confecção da PPR superior, pelo fato do paciente possuir dentes nessa região e maior probabilidade de adaptação. Cerca de seis meses após a confecção da prótese em questão, com uma adaptação adequada, o paciente ganhou quatro quilos, atingindo o peso adequado para sua idade e nas consultas de acompanhamento

o paciente já relatava que não estava mais sofrendo *bullying* na escola. Com o passar desse período de teste e adaptação da PPR superior, os profissionais que acompanhavam o caso entenderam que seria possível ser feita a confecção de uma PT inferior, visto a boa resposta que o paciente apresentava.

O paciente continua em acompanhamento, sendo realizadas consultas a cada três meses ou conforme necessidade. Durante as consultas de revisão o paciente sempre reforça o fato de não estar mais sofrendo *bullying* na escola, sentir-se mais confiante ao falar com as pessoas e também relatou que está conseguindo comer alimentos mais consistentes, o que acaba resultando diretamente em uma melhora nutricional e maior qualidade de vida.

Cabe salientar que ainda na primeira consulta, onde foi realizada anamnese e exame clínico, o responsável pelo paciente em questão assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que neste termo continham informações sobre a possibilidade de uso de imagens em meios acadêmicos. Além disso, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer número 6.300.392.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assim como o relatado neste caso, outros autores descreveram que pacientes com esta síndrome costumam ter dentes, cabelos e pelos em quantidades menores ou ausentes. A hipodontia acomete cerca de 80% dos casos de DE e ela pode ocorrer tanto na dentição decídua como na permanente, acometendo com maior frequência os incisivos e os caninos superiores, condizendo com o paciente citado, que apresentou hipodontia dos caninos superiores e incisivo central superior esquerdo decíduos (CARVALHO et al., 2006). A literatura relata que a agenesia dentária ocorre menos e se evidencia em casos mais severos, como nesse caso em que o paciente apresentou agenesia dos demais dentes da maxila e de todos elementos dentários da mandíbula. Nesse estudo também pode ser visto alterações na salivação do paciente, com relato de xerostomia. E conforme relata Sarmento et al. 2006, pacientes portadores da DE podem apresentar redução significativa na função de secreção das glândulas salivares, provocando xerostomia.

Neste caso clínico o tratamento reabilitador proposto foi a reanatomização dos dentes conóides com resina composta, confecção de PPR superior e PT inferior para os dentes faltantes. Tais opções de tratamentos são de fácil acesso e execução, condizentes com a idade e restabelecem adequadamente as funções mastigatória, fonética e estética.

O núcleo familiar e o paciente foram altamente orientados sobre os cuidados que devem ser tomados com as próteses e sobre a necessidade de acompanhamento do caso. Os mesmos sempre se demonstraram colaboradores e adeptos ao tratamento, comparecendo em todas consultas de controle, sendo as mesmas realizadas a cada três meses para avaliação da necessidade de substituição das próteses, caso seja identificada desadaptação e ou desconforto em função do crescimento do paciente. As trocas de próteses serão realizadas ao longo dos anos, até que o mesmo tenha idade apropriada para realização de implantes.

4. CONCLUSÕES

Através deste relato pode-se concluir que alterações dentárias importantes,

como a agenesia, acometem pacientes com DE. Diante disso, é extremamente importante que o cirurgião-dentista saiba identificar as principais características dessa síndrome. Uma vez estabelecido o diagnóstico, os pacientes acometidos devem receber uma abordagem multiprofissional para o tratamento dessa condição, a fim de promover o bem-estar físico, emocional e aumentar a qualidade de vida dos mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armijo M, Ortega RM. Tratado de dermatología. Madrid: Aula Médica; 1998.(Vol.I)
2. Ortiz LD, Fernández VR, Barreto EO, Goitia JDB. Displasia ectodérmica anhidrótica. Revista de la Facultad de Odontología. 2021;1(1):23-6.
3. Halai T, Stevens C. Ectodermal dysplasia: a clinical overview for the dental practitioner. Dent Update. 2015 Oct;42(8):779-80.
4. Ferreira CS, Ferreira RAH, Fernandes MLMF, Branco KMR, Arantes RR, LeãoLL. Displasia ectodérmica: relato de caso. Arquivos em odontologia. 2012;48(1).
5. Kargul B, Alcan T, Kabalay U, Atasu M. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: dental, clinical, genetic and dermatoglyphic findings of three cases. J Clin PediatrDent. 2001;26(1):5-12.
6. Queiroz KT, Novaes TF, Imparato JC, Costa GP, Bonini GC. The role of the dentist in the diagnosis of ectodermal dysplasia. RGO Gaúcha J Dent. 2017;65:161–7.
7. Schnabl D, Grunert I, Schmuth M, Kapferer Seebacher I. Prostheticrehabilitation of patients with hypohidrotic ectodermal dysplasia a systematic review. J Oral Rehab. 2018;45(7):555–70.
8. Shigli A, Reddy RP, Hugar SM, Deshpande D. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: a unique approach to esthetic and prosthetic management. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2005;23:31.
9. Carvalho BN, Gonçalves BMLS, Guerra FMC,Carreiro PFA. Planejamento e m implantodontia: uma visão contemporânea. Rev Cir Traumatol Buco Maxilo- Fac. 2006;6(4):17-22.
10. Sarmiento V, Tavares R, Villas-Boas R, Ramalho L, Falcão A, Meyer G.Displasia ectodérmica: revisão de literatura e relato de casos clínicos. Sitientibus. 2006;34:87-100.