

## REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL EM PACIENTE INFANTIL COM DISPLASIA ECTODÉRMICA- RELATO DE CASO

### AESTHETIC-FUNCTIONAL REHABILITATION IN A CHILD PATIENT WITH ECTODERMAL DYSPLASIA – CASE REPORT.

<sup>1</sup>SILVA, Giovanna Xavier da; <sup>2</sup>Souza, Juliana Moura Storniolo de, <sup>2</sup>TERCIOTI, Priscilla Santana Pinto Gonçalves

<sup>1</sup>Discente do Curso de Odontologia – Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos-Unifio/FEMM

<sup>2</sup>Docente do Curso de Odontologia – Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos-Unifio/FEMM

#### RESUMO

Os pacientes portadores de displasia ectodérmica (DE) apresentam manifestações clínicas que determinam a realização de um tratamento multidisciplinar e entre os profissionais envolvidos está o cirurgião-dentista. Este trabalho descreve o caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 6 anos de idade, que foi encaminhada à clínica odontológica do curso de odontologia do Centro Universitário de Ourinhos. A paciente apresentava-se com características da displasia ectodérmica e como consequências da cavidade oral agenesia dos incisivos inferiores decíduos e permanentes e incisivos laterais superiores decíduos e permanentes. O tratamento foi realizado com a instalação de uma prótese fixa funcional inferior suportada por bandas ortodônticas e com sistema de tubo telescópico na região anterior permitindo o crescimento e desenvolvimento do arco dentário inferior e restabelecendo estética, função e aumento da autoestima da paciente.

**Palavras-chave:** Displasia Ectodérmica; Odontologia; Anomalias Dentárias.

#### ABSTRACT

Patients with ectodermal dysplasia (ED) present clinical manifestations that require multidisciplinary treatment and among the professionals involved is the dentist. This work describes the clinical case of a 6-year-old female patient, who was referred to the dental clinic of the dentistry course at the Centro Universitário de Ourinhos. The patient presented with characteristics of ectodermal dysplasia and, as a consequence of the oral cavity, agenesia of the deciduous and permanent lower incisors and deciduous and permanent upper lateral incisors. The treatment was carried out with the installation of a lower functional fixed prosthesis supported by orthodontic bands and with a telescopic tube system in the anterior region, allowing the growth and development of the lower dental arch and reestablishing aesthetics, function and increasing the patient's self-esteem.

**Keywords:** Ectodermal Dysplasia; Anodontia; Mouth Rehabilitation.

#### INTRODUÇÃO

As displasias ectodérmicas englobam um grupo diversificado de doenças que afetam o desenvolvimento de várias estruturas que se originam do ectoderma. Isso inclui não apenas a pele, mas também cabelos, unhas, dentes, glândulas sudoríparas, entre outros. Essas condições podem ser complexas e variar em gravidade, afetando diferentes sistemas do corpo. A apresentação clínica pode variar de um indivíduo para outro, resultando em diversos sintomas e características diferentes (Itin; Fistarol,

2004).

Os indivíduos afetados pela displasia ectodérmica podem apresentar uma aparência facial diferenciada, juntamente com sintomas como hipotricose (pouco cabelo), hipoidrose (pouca transpiração) e hipodontia (poucos dentes). A alteração no formato dos dentes e o atraso na erupção dentária são comuns, e em alguns casos, pode haver agenesia total (ausência) de dentes. O tratamento e o manejo dessa condição variam dependendo da gravidade dos sintomas e das necessidades individuais de cada paciente. (Corrêa *et al.*;1997; Echeverria *et al.*;2003)

O papel e o conhecimento dos profissionais de saúde no processo de diagnóstico da displasia ectodérmica são de extrema importância. Dada a variabilidade nas manifestações clínicas precoces dessa condição, a experiência e o conhecimento dos profissionais da área da saúde são fundamentais para identificar e diagnosticar corretamente os pacientes afetados. Uma vez estabelecido o diagnóstico, um programa de reabilitação multidisciplinar pode ser algo crucial para ajudar os pacientes. Além de tratar as questões médicas específicas relacionadas à displasia ectodérmica, em muitos casos é necessário abordar questões psicossociais, incluindo restabelecer a autoestima dos pacientes, uma vez que essa condição pode afetar a imagem corporal e a autoconfiança. Portanto, uma abordagem multidisciplinar é essencial para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (Kishore *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2006; Queiroz *et al.*, 2017).

O tratamento da displasia ectodérmica deve envolver uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos portadores dessa síndrome e o cirurgião-dentista deve atuar como profissional responsável pela reabilitação oral funcional e estética.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento odontológico reabilitador protético de forma precoce em uma criança portadora de displasia ectodérmica e seus efeitos psicossociais pós reabilitação.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Esse trabalho de revisão de literatura do tipo narrativa, foi realizado utilizando os bancos de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed, Scielo, não estabelecendo um período definido. As palavras chaves utilizadas para essa revisão foram Displasia ectodérmica (Ectodermal Dysplasia), Odontologia (Mouth Rehabilitation) e, Anomalias (Anodontia)

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos relacionados a displasia ectodérmica voltada para visão odontológica em pacientes infantis. Dentro dos critérios de exclusão não utilizamos artigos relacionados às alterações genética, nem artigos relacionados a displasia ectodérmica em adultos, a nossa abordagem nessa revisão de literatura foi voltada para área infantil e para o tratamento de reabilitação protética. Na primeira consulta foi realizado anamnese e exame intra e extra oral, na anamnese foi relato pela mãe a queixa principal “minha filha não tem alguns dentes” e isso esta afetando a vida dela, mãe relatou que filha nunca teve nenhum dentes na região anterior inferior, na avaliação foi observados alguns sinais clínicos: pele ressecada e fina, ponte nasal deprimida, sobrancelha e cabelos finos e com falhas, ausência de pelos nos braços, no exame intrabucal revelou que a criança se apresentava na fase da dentição decídua com ausência de alguns elementos dentários. O tratamento odontológico proposto foi inicialmente orientar a mãe sobre a condição que sua filha apresentava e também fazer adequação por meio de ações educativas relacionada á saúde bucal e prevenção de doenças como á carie, com intuito de melhorar a autoestima da paciente e melhorar o envolvimento durante o tratamento.

Devido a queixa principal da mãe e da ausência dos elementos dentários da região anterior inferior, foi proposto a instalação de uma prótese fixa funcional suspensa por bandas ortodônticas para restabelecer a estética e a função. Foi realizada com um auxílio de um sistema com tubo telescópico na região anterior para não interferir no crescimento e desenvolvimento lateral da mandíbula.

Após a instalação da prótese foi realizado consultas de controle em 48h, 15 dias, 30 dias, 3 meses e 6 meses e após isso realizará controle semestral, avaliando a adaptação da prótese, realizando ajustes necessários até o final da fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial, quando o planejamento protético definitivo será realizado.

Antes da coleta dos dados, o estudo foi protocolado junto à Plataforma Brasil (CONEP/Ministério da Saúde) e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos – SP (UNIFIO), conforme parecer nº ,6.809.729 e CAAE: 78776224.0.0000.0332.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A displasia ectodérmica é um complexo grupo de doenças que compartilham característica que resultam de um desenvolvimento anormal das estruturas originadas

do ectoderma. Com isso pode afetar diversas partes do corpo, incluindo cabelos, unhas, dentes, glândulas. Dentre as características dentárias é importante ressaltar a hipodontia/agenesia total que pode acometer tanto a dentição decídua como a dentição permanente, além de poder se observar também a diminuição do fluxo salivar e a sensação de boca seca (Silveira *et al.*, 2012).

Queiroz *et al.* (2017), destacaram as formas mais comuns da displasia ectodérmica que são: a síndrome hipoidrótica, também conhecida como síndrome de Clouston e a síndrome anidróica (síndrome de Christ-Siemens-Touraine), sendo que a síndrome hipoidrótica tende a apresentar um grau maior de gravidade. A diferença entre essas formas de doença está relacionada ao grau de alteração nas glândulas afetadas e à transmissão genética envolvida, já que a displasia ectodérmica pode ser herdada de diferentes maneiras, incluindo padrões de herança autossômica dominante e recessiva.

A displasia hipoidrótica é reconhecida pela tríade clássica de algumas característica como a diminuição de pelos, redução na transpiração e ausência de alguns elementos dentários (Bhalla *et al.*, 2013).

A diferença da displasia hipoidrótica para hipoidrose é que a transpiração, a mucosa e as glândulas sebáceas se mantêm com suas funções normais. (Amorim *et al.*, 2002).

De acordo com Rojas *et al.* (2015), podemos citar entre as características clínicas e radiográficas de paciente com a síndrome da displasia ectodérmica, a xerostomia, que refere-se à sensação de boca seca, devido à redução na produção de saliva. Isso pode resultar em desconforto, dificuldades na deglutição, maior risco de cárie dentária e outros problemas bucais. Outras características clínicas que podem ser observadas é agenesia total (ausência de todos os germes dentários), hipodontia (agenesias de um a seis dentes, excluído os terceiros molares) e oligodontia (ausência de mais de seis dentes), amelogênese imperfeita, alterações de formas como dentes conoides e dentes com microdontia tanto na dentição decídua como na dentição permanente. De acordo com os autores, essas manifestações bucais podem variar de paciente para paciente, e a severidade das alterações pode influenciar nas opções de tratamento. Dentre os exames auxiliares temos a radiografia panorâmica, que conseguimos avaliar todas essas alterações e patologias, para realizar um bom diagnóstico.

Geralmente a hipodontia, afeta principalmente os incisivos inferiores, segundos

molares inferiores e caninos superiores, mas pode variar de um indivíduo para outro. Em casos mais graves, pode ocorrer uma agenesia total da dentição decídua e/ou dentição permanente (Kishore *et al.*, 2014).

A sugestão de considerar a colocação de implantes ósseos integrados na fase de crescimento, logo a criança atinja os três anos de idade, é uma abordagem que tem suas vantagens e desvantagens, e a decisão deve ser tomada com base em uma avaliação cuidadosa do caso. Entre as vantagens, colocar implantes mais cedo pode permitir que o tratamento seja concluído antes da puberdade, e também na reabilitação precoce pode ter benefícios psicossociais significativos, melhorando a autoestima e a integração social da criança à medida que ela cresce. Entretanto temos as desvantagens da colocação de implantes precocemente, dentre elas se destaca, possíveis traumas aos germes dos dentes permanentes que estão em desenvolvimento, e destaca também que os implantes na fase de crescimento podem interferir na erupção normal dos dentes permanentes, levando a ter uma desordem na posição e na cronologia da erupção dentária (Shigli *et al.*, 2005; Sarmiento *et al.*, 2006; Muzio *et al.*, 2005; Kramer *et al.*, 2007).

Silveira *et al.* (2012), relataram um caso clínico de uma criança de 2 anos do sexo masculino, que ao chegar na clínica tinha como queixa principal da mãe, que o filho não apresentava alguns dentes. Ao realizar o exame extraoral observaram, cabelos finos e unhas levemente distróficas. Já no exame intraoral observaram a ausência dos incisivos centrais inferiores, dos incisivos laterais e dos primeiros molares da série dos decíduos, o elemento dentário 51, 61 presente na cavidade oral, tinha alteração de forma com a característica conoide, e na radiografia panorâmica observaram hipodontia na dentição permanente, sendo os únicos elementos dentários presente os dentes 16,26,36,46 e 37. No tratamento os autores optaram pela reabilitação não só funcional, mas também estética. Realizaram restauração direta com resina composta nos caninos decíduos superiores (53, 63) buscando a forma de incisivos laterais melhorando a estética. Para fazer a reabilitação dos elementos com agenesia optou-se por aparelhos protéticos removíveis tanto na arcada superior como na inferior. Segundo os autores foi importante notar também que a mãe estava atenta à situação emocional do filho e estava sempre buscando confortá-lo diante das brincadeiras dos seus colegas. A abordagem tranquilizadora da mãe e a atitude positiva da criança em relação às brincadeiras são indicativos importantes. Isso sugere uma boa adaptação psicológica do paciente ao tratamento reabilitador, o que é crucial,

especialmente em pacientes jovens.

Cura *et al.* (2017), apresentaram um caso clínico de uma criança de 5 anos do sexo masculino, no qual a mãe da criança relatou que estava preocupada com a falta de alguns elementos dentários do filho. No exame clínico, o paciente apresentava ausência dos dois incisivos laterais superiores e dos quatro incisivos decíduos inferiores. Ao observar o exame radiográfico observou-se ausência dos quatro incisivos permanentes inferiores, e ausência dos dois incisivos laterais permanentes na arcada superior. No início do tratamento foi feita adequação do meio bucal e orientações de prevenção, como a higienização. Na segunda consulta eles realizaram o manejo da criança e os preparam para a moldagem e já na terceira consulta foi realizado a moldagem para confecção da coroa de aço nos dentes 55,65,75 e 85 e a moldagem na arcada superior e inferior para a confecção da prótese em resina acrílica. Na quarta consulta eles realizaram a instalação e toda orientação de uso da prótese e após a instalação foi realizado consultas de controle em 48h, 7 dias, 30 dias e de 3 em 3 meses.

Queiroz *et al.* (2017), relataram o caso de uma paciente do sexo feminino de 10 anos de idade, com a queixa de falta de alguns elementos dentários. Através da radiografia panorâmica, percebeu-se a ausência dos elementos 13, 15, 17, 18, 23, 25, 27, 28, 31, 35, 37, 38, 41, 45, 47 e 48. Pelo exame físico desconfiou-se de displasia ectodérmica, encaminhando a paciente para avaliação médica que foi confirmada. Embora o artigo não traga o tratamento realizado, os autores descreveram diferentes abordagens que podemos levar em consideração, entre elas temos: o uso de aparelhos removíveis, próteses fixas, próteses parciais removíveis com ou sem expansores, e até mesmas próteses totais em casos de anodontia total. Os autores enfatizam que o plano de tratamento depende das necessidades específicas de cada paciente e do estágio de desenvolvimento da criança. Desta forma, concluíram que o conhecimento dessas características é de suma importância e fundamental para o diagnóstico e manejo adequado dessas condições patológicas.

Taborda *et al* (2018)., realizaram um caso clínico reabilitador em uma criança com displasia ectodérmica através da prótese total. O caso relata uma paciente do sexo masculino com apenas 3 anos de idade, onde no exame físico extra e intrabucal observou-se algumas características como: pelos finos da sobrancelha, hipossalivação e ausência de todos os dentes tanto na arcada superior como inferior. No planejamento do caso os autores optaram pela prótese total, com a intenção de

restabelecer a estética, fonética e mastigação, além de uma melhora no caráter psicológico e convívio social da criança.

Curvelo *et al.* (2019), apresentaram um caso clínico onde optaram pelas próteses removíveis para pacientes pediátricos com a displasia ectodérmica, pois elas apresentavam alternativas práticas e interessantes, oferecendo uma solução estética e reabilitadora relativamente rápida, fácil e econômica. Além disso, ela também proporciona benefícios psicológicos em casos de agenesia total.

Atualmente as questões relacionadas a estética estão presentes de forma cada vez mais precoce na vida das pessoas. A face é considerada uma importante ferramenta de comunicação, e por estar em evidência pode causar constrangimentos e problemas de relacionamentos pessoais em pessoas que possuem alguma anormalidade. Essa questão pode gerar graves problemas em crianças em idade escolar, pois a questão dentofacial pode apresentar grande significância em relação ao julgamento de outras crianças, onde associam a oclusão normal à uma criança mais inteligente, bonita e amigável (Seehra; Newton; Dibiasi, 2011; Tristão *et al.*, 2020).

Muito debatido atualmente, o termo *bullying* refere-se a todas as formas de atitudes agressivas, verbais ou físicas, exercidas por indivíduos sem uma motivação evidente, causando na maioria das vezes humilhação na vítima por apresentar alguma aparência dita como fora dos padrões. Os dentes podem ser fator causal do *bullying* entre crianças que pode influenciar negativamente em questão de concentração, reduzindo o desempenho escolar (ALABDULRAZAG; AL-HAJ ALI, 2020).

De acordo com Al-Omari *et al.* (2014) e Seehra; Newton; Dibiasi (2013), os dentes estão sendo então a principal causa de *bullying*, seguido por lábios, força, peso e formato do queixo.

Relatando também as características dentofaciais, Al-Bitar *et al.* (2013), apresentaram em suas pesquisas que os dentes espaçados ou ausentes tiveram maior relevância quando comparados às outras características, tendo um percentual de 21,5%, seguido por forma e cor dos dentes com 20,6% e dentes anteriores proeminentes com 19,6%. Tristão *et al.* (2020), em uma revisão sistemática, relacionando *bullying* e má oclusão, observaram 2744 artigos e 9 desses foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Os autores relatam que o *bullying* é um assunto de preocupação global e, os diastemas, estão entre as características dentárias principais na prática do *bullying*, bem como *overjet*, *overbite*

e dentes ausentes, resultam num comprometimento social de crianças e adolescentes, sendo estes os principais alvos e, com o aumento da idade, o *bullying* tende a diminuir.

As crianças com displasia ectodérmica enfrentam desafios emocionais, como timidez, baixa autoestima e muitas vezes *bullying* devido as características físicas associadas à condição, como ausência dentária. O apoio emocional, a compreensão e a intervenção adequada, tanto pelos familiares quanto pelos profissionais da saúde em relação ao tratamento, são de suma importância para ajudar essas crianças a desenvolver uma autoimagem positiva e lidar com as questões sociais. (Bhargava *et al.*, 2010).

Ferreira *et al.* (2016), descreveram a importância do tratamento multidisciplinar da displasia ectodérmica. Eles relataram que além dos aspectos físicos do tratamento, é de suma importância considerar o suporte psicológico e emocional, especialmente em casos em que a condição pode afetar a autoestima e a integração social desses pacientes. Os profissionais de odontologia podem trabalhar em conjunto com outros especialistas para oferecer uma abordagem abrangente e personalizada para cada paciente que apresentam o diagnóstico da displasia ectodérmica.

Avaliar a possível presença de *bullying*, na vida da criança com displasia ectodérmica, é essencial para esclarecimento dos pais e pacientes e também para início de tratamento para amenizar as consequências dentárias relacionadas à essa síndrome e favorecer a estética, já que estudos demonstram que a maioria dos pacientes que iniciam o tratamento odontológico relatam melhora em relação ao sofrimento de *bullying* devido suas características dentárias (SEEHRA; NEWTON; DIBIASE, 2013).

## **CASO CLÍNICO**

Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, foi encaminhada pela dentista do Centro de Especialidades Odontológicas de Ourinhos (CEO), para atendimento na Clínica de Odontologia, do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Ourinhos – Unifio, por motivo de “agenesias de vários dentes”. A queixa principal apresentada pela mãe era “a minha filha não tem alguns dentes e isso está afetando a vida dela, principalmente devido a parte de baixo na frente que não tem nenhum”. A mãe ainda relatou que a filha nunca teve nenhum dente na região anterior inferior.

Na avaliação clínica observou-se os seguintes sinais clínicos: pele ressecada

e fina, ponte nasal deprimida, hipoidrose, hipotricose corporal causando sobrancelhas finas e com falhas, cabelo fino e com falhas, ausência de pelos nos braços (Figuras 1 e 2). A paciente apresentava desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. A mãe relatou que a paciente realiza tratamento com dermatologista desde bebê devido a pele ressecada, disse não ter recebido nenhuma informação de médicos sobre a possível presença de displasia ectodérmica.

**Figura 1** - Foto extrabucal frontal (Sobrancelhas finas e com falhas).



**Figura 2** - Foto extrabucal lateral (Cabelos finos e com falhas).



O exame intrabucal realizado na clínica do curso de odontologia da Unifio revelou que a criança se apresentava na fase de dentição decídua com ausência dos quatro incisivos inferiores (71,72, 81 e 82) e dos incisivos laterais superiores (52 e 62) (Figuras 3, 4 e 5).

**Figura 3** – Foto intrabucal frontal – Ausências Dentárias.



**Figura 4** – Foto intrabucal lateral direita– Ausências Dentárias.



**Figura 45** – Foto intrabucal lateral esquerda- Ausências dentárias.



A radiografia panorâmica encaminhada pelo CEO demonstrou ausência dos germes dentários dos incisivos inferiores permanentes (31,32, 41 e 42) e dos incisivos laterais superiores permanentes (12 e 22) (Figura 6). Maxila e mandíbula apresentavam desenvolvimento normal.

**Figura 6 –** Radiografia Panorâmica (Agenesia dos incisivos inferiores e dentes 12 e 22).



O tratamento odontológico proposto foi inicialmente orientar a mãe da paciente sobre a condição presente em sua filha e a adequação da paciente, por meio de ações educativas relacionadas à saúde bucal e prevenção de doenças como a cárie com o intuito de melhorar a autoestima da paciente e melhor envolvimento durante o tratamento. A paciente apresentava uma ótima higienização bucal, mas foi reforçado técnicas de higiene. Ao perceber que a paciente sentia muita vergonha de falar e sorrir, uma preocupação da equipe foi interagir com a criança de forma lúdica e demonstrar que o tratamento proporcionaria uma melhora na sua qualidade de vida. Devido à ausência dos incisivos inferiores ser a queixa principal da mãe e da paciente, foi proposto a instalação de uma prótese fixa funcional suspensa por bandas ortodônticas para restabelecer a estética e a função.

A prótese fixa funcional foi construída com auxílio de um sistema com tubo telescópico na região anterior para não interferir no crescimento lateral e desenvolvimento da mandíbula, já que a paciente estava em fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial. Esse aparelho foi planejado como forma temporária e com a função de mantenedor de espaço devolvendo para a paciente a estética e a função relacionada à mastigação e fonação (Figuras 7, 8, 9, 10 e 11).

**Figura 7 –** Prótese fixa funcional suspensa por bandas ortodôntico e sistema com tubo telescópico na região anterior.





**Figura 8** – Foto intrabucal frontal com a prótese fixa funcional instalada



**Figura 9** – Foto intrabucal lateral direita com a prótese fixa funcional instalada.



**Figura 10** – Foto intrabucal lateral esquerda com a prótese fixa funcional instalada.



**Figura 11** – Foto intrabucal oclusal inferior com a prótese fixa funcional instalada.



Após a instalação da prótese foi realizado consultas de controle em 48h, 15 dias, 30 dias, 3 meses e 6 meses e após isso realizará controle semestral, avaliando

a adaptação da prótese, realizando ajustes necessários até o final da fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial, quando o planejamento protético definitivo será realizado.

No controle de 15 dias da instalação do aparelho, a paciente já apresentava uma grande melhora no comportamento. A mãe relatou que ela voltou a sorrir e que a professora notou uma melhora no relacionamento dela com os outros alunos. Após 3 meses da instalação do aparelho já houve uma melhora na fonética da paciente e a mãe aguardava ser chamada para o tratamento multidisciplinar com fonoaudióloga.

## **DISCUSSÃO**

A paciente descrita no caso clínico, apresentava as características compatíveis com a da síndrome da displasia ectodérmica hipodróica.

Ao fazer a comparação das características da paciente com as relatadas na literatura, pode – se observar as seguintes características: pele ressecada e fina, hipoidrose (diminuição da sudorese) hipotricose (redução de cabelos), agenesia, hipodontia (Silveira *et al.*, 2012; Pinheiro *et al.*, 2011).

Dentre os planejamentos para o tratamento odontológico em casos de pacientes com a síndrome da displasia ectodérmica, podemos dizer que existe diversas abordagens de tratamento, dentre elas os autores relatam as próteses fixas, próteses removíveis com ou sem expensor, em casos de agenesia total temos as próteses totais e também temos as opções de aparelhos removíveis. Os autores relatam que o planejamento odontológico depende das necessidades específicas de cada paciente e do estágio de desenvolvimento de cada indivíduo (Queiroz *et al.*, 2017).

O tratamento multidisciplinar em casos de paciente com displasia ectodérmica é fundamental, observando os aspectos físicos do tratamento, porém é de suma relevância considerar o suporte psicológico e emocional do indivíduo, principalmente em casos que a condição da síndrome da displasia ectodérmica afeta a autoestima e interação social desses pacientes (Ferreira *et al.*, 2016).

Conforme descrito no caso, a paciente apresentava agenesia dos quatro incisivos inferiores decíduos e permanentes e dos dois incisivos laterais superiores decíduos e permanentes. Esta condição traz consequências físicas afetando funções como mastigação e fonética além de prejuízo para a estética (Jorge, 2009).

A indicação de dispositivos próticos ou ortodônticos em casos de ausências dentárias em crianças deve ser realizada após cuidadosa anamnese levando-se em consideração fatores como idade, oclusão, valorização da estética pela criança, dificuldade de fonação, grau de colaboração da criança e envolvimento dos pais ao tratamento e assim optar-se por dispositivos fixos ou removíveis. Embora a falta de colaboração dessa paciente no uso do dispositivo não fosse uma preocupação durante o planejamento, já que a criança e a mãe estavam bem estimuladas, optou-se por um dispositivo fixo para proporcionar à paciente maior segurança ao realizar suas atividades, sem o risco de falta de estabilidade do dispositivo devido possível interferência da língua e pela necessidade de próteses removíveis necessitarem de ajustes periódicos.

A prótese fixa utilizada nesse caso foi do tipo funcional, pois além de restabelecer a estética e as funções de fala e mastigação permite, através de seu sistema na região anterior com tubo telescópico, o crescimento e desenvolvimento da mandíbula por não formar uma conexão rígida entre os hemiarcos inferiores.

Na maioria dos casos, o tratamento reabilitador precoce é de suma importância, pois as crianças a partir de 4 anos necessitam de tratamento multidisciplinar como fonoaudióloga, psicólogo e dermatologista (FERREIRA *et al.*, 2016). A paciente do caso descrito está realizando tratamento com dermatologista e também foi encaminhada para o tratamento com fonoaudióloga para auxiliar na função fonética. Nas consultas de acompanhamento foi verificado uma melhora significativa na autoestima da paciente, com melhora no relacionamento social o que foi confirmado pela mãe e por isso não foi realizado o encaminhamento para atendimento psicológico, porém orientamos a mãe a nos reportar qualquer problema que pudesse acontecer no aspecto social e emocional para que pudéssemos assim realizar o encaminhamento.

O tratamento foi realizado de forma provisória observando-se que a paciente se encontra na fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial e conseqüentemente ainda não permite a possibilidade de se realizar um tratamento e planejamento permanente, como por exemplo uma prótese sobre implantes (Shigli *et al.*, 2005; Sarmiento *et al.*, 2006; Muzio *et al.*, 2005; Kramer *et al.*, 2007).

## CONCLUSÕES

O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental nos tratamentos de pacientes portadores de displasia ectodérmica devido as inúmeras alterações dentárias que eles podem apresentar desde a presença de dentes conoides até ausência de inúmeros dentes e, portanto, é essencial que esteja capacitado para diagnosticar, reabilitar e encaminhar o paciente adequadamente devido a essa condição requerer uma abordagem multidisciplinar, uma vez que o objetivo do tratamento é promover uma melhora de qualidade de vida para esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

AMORIM R. F.B., NUÑEZ M, A, G., SALES M, A, O., RULZ P, A., MEDEIROS A, M, C., FREITAS R, A. Displasia ectodérmica hereditária. Relato de 3 casos em uma família e revisão da literatura. **Rev Assoc Dental Mexicana (Rev ADM)**. v. 59, n. 2, p:67-72, 2002

ALABDULRAZAQ, R. S.; AL-HAJ ALI, S. N. Parental reported bullying among Saudi schoolchildren: its forms, effect on academic abilities, and associated sociodemographic, physical, and dentofacial features. **International Journal of Pediatrics**, v. 5, n.6, 2020.

AL-BITAR, Z. B. *et al.* Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.144, n.6, p.872-8, 2013.

AL-OMARI, I. K. *et al.* Impact of bullying due to dentofacial features on oral health-related quality of life. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 146, n. 6, p. 734–739, 2014.

BHALLA G, AGRAWAL KK, SINGH K, SINGH BP, GOEL, P. Um estudo preliminar para analisar o crescimento facial crânios de um paciente com displasia ectodérmica após reabilitação protética. **J Indian Prosthodont Soc.**, v. 13, n.1, p.43-8, 2013.

BHARGAVA., SHARMA A., POPLIS., BHARGAVA R. Prosthodontic management of a child with ecto-dermal dysplasia: a case report, **J Indian Prosthodont soc.**, v.10, n.2, p:137-40, 2010.

ROJAS, L. V., CLÍNICO, C., DALBEN DA SILVA, G. (2015).Características clínicas y radiográficas cas Hypohidrotic ectodermal dysplasia: clinical and radiographic characteristics. **Revista Odontológica Mexicana Displasia ectodérmica hipohidrótica**, v. 19, 2015.

CORRÊA., M. S. N. P. *et al.*, Displasia ectodérmica hereditária: revista da literatura

com relato de um caso clínico. **Revista Paulista de Odontologia**, v.5, n. 1, p. 30-34, 1997.

CURA, C., AIZAGA, M. (2017). Abordaje odontológico en un caso de Displasia Ectodérmica. **Rev Col Odont Entre Ríos**, nº156, p.6-7, 2017.

CURVELO, J. G. M., MAGALHÃES, M. C. B. L., AMORIM, B. M. M. L., TORRES, A., PEIXOTO, F. B., & AMARAL, Â. L. C. Reabilitação oral em paciente pediátrico portador de displasia ectodérmica hipodróica: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n.6, p.5604–5615, 2019.

ECHEVERRIA S.R., FERNANDES A.L., POLITANO G.T., IMPARATO J.C.P. Reabilitação estético-funcional em paciente com síndrome da displasia ectodérmica hereditária hidrótica. **JBCJ Bras Clin Odontol Integr.**, v.7, n. 41, p.417-420, 2003.

FERREIRA, C.S., FERREIRA, R. A. M. H., FERNANDES M. L. M. F., BRANCO, K. M. G. R., ARANTES, R. R., LEÃO, L. L. Displasia ectodérmica: relato de caso. **Arquivos em odontologia**, v. 48, n. 1, 2016.

ITIN, P. H., & FISTAROL, S. K. Ectodermal dysplasias. **In american journal of medical genetics-seminars in medical genetics**, v. 131, n.1, p. 45-51, 2004.

JORGE, T.M *et al.* Relação entre Perdas Dentárias e Queixas de Mastigação, Deglutição e Fala em Indivíduos Adultos. **Revista CEFAC.**, v. 11, p.391-397, 2009.

KISHORE M., PANAT S.R., AGGARWAL A., AGGARWAL N., UPADHYAY N., AJAI K., *et al.* Displasia ectodérmica hipodróica: uma série de casos. **J Clin Diagn Res**, v. 8, n.1, p.273-275, 2014.

KRAMER F.J., BAETHGE C., TSCHERNITSCHKEK H. Implants in children with ectodermal dysplasia: a case report and literature review. **Clin Oral Implants Res.**, v.7, n. 18, p.:140-6, 2007.

MACÊDO TFO, COSTA MVOC, CHEFFER LA, MUNIZ VRVM, DULTRA FCA, DULTRA JA. Características clínicas e diagnóstico da displasia ectodérmica: relato de caso. **Rev.Odontol.Araçatuba**, v. 34, n. 1, p. 27-31, 2013;

MUZIO LO., BUCCI P., CARIFE F. Prosthetic rehabilitation of a child affected from anhydrotic ectodermal dysplasia: a case report. **J Contemp Dent Pract.**; v. 6, n.1, p. 5, 2005.

OLIVEIRA T.M., HONÓRIO H.M., PETER E.A., SILVA S.M.B, MACHADO M.A.A.M. Tratamento Reabilitador para criança com síndrome da displasia ectodérmica hereditária. **Odontol Clin Cient.**, v. 5, n.4, p.327-36, 2006.

PINHEIRO M., FREIRE-MAIA N. Ectodermal dysplasia a clinical classification and a causal review. **Am J Med Genet.**, v. 53, n. 2, p:153-62, 1994.

QUEIROZ, K. T. de, NOVAES, T. F., IMPARATO, J. C. P., COSTA, G. P. da, & BONINI, G. C. (2017). The role of the dentist in the diagnosis of ectodermal dysplasia.

**RGO, Rev Gaúch Odontol**, Porto Alegre, v.65, n.2, p. 161-167, abr./jun., 2017.

SARMENTO VA., TAVARES RB., VILAS-BOAS R., RAMALHO LM., FALÇÃO AF., MEYER GA. Displasia ectodérmica: revisão da literatura e relato de casos clínicos. **Sitientibus.**, v. 34, n.87, p.100, 2006.

SEEHRA, J.; NEWTON, J. T.; DIBIASE, A. T. Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. **Eur J Orthod**, v. 35, n. 5, p. 615-21, 2013.

SHIGLI A., REDDY RP., HUGAR SM, Deshpande D. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: A unique approach to esthetic and prosthetic management. **J Indian Soc Pedod Prev Dent.**, v. 23, p.31-4, 2005.

SILVEIRA, J. M *et al.* Reabilitação estética-funcional de pacientes com displasia ectodérmica em idade precoce. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.66, n.1, p.42-47, 2012.

TABORDA, E. C., PAIS, G. M., SIMETTE, L. P., SILVA, J. Y. B. Reabilitação oral com prótese total em pacientes infantis com displasia ectodérmica – relato de caso clínico. **RSBO**, v.15, n. 1, p:41-9, 2018.

TRISTÃO, S. K. P. C. *et al.* Is there a relationship between malocclusion and bullying? A systematic review. **Prog Orthod**, v. 21, n.1, p. 26, 2020.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS  
FACULDADES INTEGRADAS  
DE OURINHOS (UNIFIO)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Reabilitação estético-funcional em paciente infantil com displasia ectodérmica e relato de caso

**Pesquisador:** JULIANA MOURA STORNILO DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 78776224.0.0000.0332

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MIGUEL MOFARREJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.809.729

**Apresentação do Projeto:**

Os pacientes portadores de displasia ectodérmica (DE) apresentam manifestações clínicas que determinam a realização de um tratamento multidisciplinar e entre os profissionais envolvidos está o cirurgião-dentista. Este trabalho descreve o caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 6 anos de idade, que foi encaminhada à clínica odontológica do curso de odontologia do Centro Universitário de Ourinhos. A paciente apresentava-se com características da displasia ectodérmica e como consequências da cavidade oral agenesia dos incisivos inferiores decíduos e permanentes e incisivos laterais superiores decíduos e permanentes. O tratamento foi realizado com a instalação de uma prótese fixa funcional inferior suportada por bandas ortodônticas e com sistema de tubo telescópico na região anterior permitindo o crescimento e desenvolvimento do arco dentário inferior e restabelecendo estética, função e aumento da autoestima da paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento odontológico reabilitador protético de forma precoce em uma criança portadora de displasia ectodérmica e seus efeitos psicossociais pós reabilitação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios do presente trabalho estão relacionados à melhora funcional e estética de incisivos

**Endereço:** Rodovia BR 153, Km 338,420, SN, Campus Universitário Unifio - Sala 13 e Bloco 4B  
**Bairro:** Bairro Cateto **CEP:** 19.909-100  
**UF:** SP **Município:** OURINHOS  
**Telefone:** (14)3302-6423 **E-mail:** cep@unifio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS  
FACULDADES INTEGRADAS  
DE OURINHOS (UNIFIO)**



Continuação do Parecer: 6.809.729

inferiores, como descrito pelo autores (o benefício relatado deve ser descrito em relação à pesquisa desenvolvida e não aos benefícios diretos ao paciente, por se tratar de um relato de caso). Em relação aos riscos, os autores descrevem na PB e no TCLE que será mantido o sigilo sobre a identidade da paciente, porém no estudo existe uma imagem do rosto da paciente, sem aplicação de nenhum recurso que possa impedir a identificação da mesma, indo contra a manutenção do sigilo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta boa relevância clínica, contudo os autores devem atentar-se a Carta Circular 166/2018 CONEP/SECNS/MS e Resolução CNS 510/2016. Sendo as principais considerações descritas abaixo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos necessários para a referida pesquisa estão presentes em sua maioria, porém recomendamos a inclusão do termo de autorização do responsável pela clínica de odontologia da UNIFIO, sobre a utilização dos dados de prontuários da paciente. O TCLE descreve "os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo a identidade de sua filha, assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato" porém no trabalho existe um foto do rosto da criança, podendo fazer assim a sua identificação, faço a sugestão do borramento da imagem, caso seja inviável o TCLE e TALE deve descrever como será publicada esta imagem. Conforme carta circular 166/2018 os autores devem incluir no texto do TCLE "de forma clara e afirmativa que, em caso de danos recorrentes ao relato de caso, será assegurado o direito à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, além do direito de buscar indenização" e fato este reforçado pela Resolução 510/2016.

**Recomendações:**

- a) Os autores devem se atentar as recomendações sobre o TCLE e TALE como descrito anteriormente.
- b) A imagem do voluntário deve ser preservada de identificação;
- c) Todos o projeto (artigo) envolve custo que não foram descritos na PB, como os gastos para publicação e/ou divulgação da pesquisa devem ser considerados pelos autores;
- d) As datas do cronograma devem ser reconsideradas pelos autores, na PB está descrito que que entre 22/04/24 a 26/04/24 será realizada a coleta de dados, porém o trabalho foi submetido ao CEP em 21/03/24. Assim como os autores devem também reconsiderar a data de confecção do artigo de relato de caso clínico;
- e) De acordo com a carta circular 166/2018 para relatos de caso o campo "Propósito Principal

**Endereço:** Rodovia BR 153, Km 338,420, SN, Campus Universitário Unifio - Sala 13 e Bloco 4B  
**Bairro:** Bairro Cateto **CEP:** 19.909-100  
**UF:** SP **Município:** OURINHOS  
**Telefone:** (14)3302-6423 **E-mail:** cep@unifio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS  
FACULDADES INTEGRADAS  
DE OURINHOS (UNIFIO)**



Continuação do Parecer: 6.809.729

do Estudo (OMS)", localizada na aba 2 da PB, deve ser preenchido como "estudo observacional e de braço único";

f) Deve ser incluído na PB o termo de autorização para utilização de informações como fotos, exames e prontuários assinado pelo responsável pela Clínica de Odontologia da UNIFIO, e caso o mesmo faça parte da equipe da pesquisa o documento deve ser assinado por seu superior.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Orienta-se que os autores respondam a recomendações listadas anteriormente por meio de uma carta resposta anexada à PB, assim como devem realizar as adequações no sistema da PB.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2306336.pdf	21/03/2024 07:40:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.pdf	21/03/2024 07:40:23	JULIANA MOURA STORNILO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ASSENTIMENTO.pdf	20/03/2024 17:17:08	JULIANA MOURA STORNILO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/03/2024 17:16:56	JULIANA MOURA STORNILO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	20/03/2024 17:15:38	JULIANA MOURA STORNILO DE SOUZA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rodovia BR 153, Km 338,420, SN, Campus Universitário Unifio - Sala 13 e Bloco 4B  
**Bairro:** Bairro Cateto **CEP:** 19.909-100  
**UF:** SP **Município:** OURINHOS  
**Telefone:** (14)3302-6423 **E-mail:** cep@unifio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS  
FACULDADES INTEGRADAS  
DE OURINHOS (UNIFIO)



Continuação do Parecer: 6.809.729

OURINHOS, 07 de Maio de 2024

---

**Assinado por:**  
**MARCIA YURI KAWAUCHI**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia BR 153, Km 338,420, SN, Campus Universitário Unifio - Sala 13 ç, Bloco 4B  
**Bairro:** Bairro Cateto **CEP:** 19.909-100  
**UF:** SP **Município:** OURINHOS  
**Telefone:** (14)3302-6423 **E-mail:** cep@unifio.edu.br

