

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM DISPLASIA ECTODÉRMICA –
RELATO DE CASO CLÍNICO**

*ORAL REHABILITATION IN A PATIENT WITH ECTODERMAL DYSPLASIA – A CASE
REPORT*

Recebido em: 21/09/2022

Aceito em: 03/08/2023

DOI: 10.47296/salusvita.v41i03.352

MAYARA SOUZA RIBAS¹

MARIA CAROLINA NEVES²

JOEL FERREIRA SANTIAGO JUNIOR³

JOÃO HENRIQUE NOGUEIRA PINTO⁴

JOSÉ FERNANDO SCARELLI LOPES⁵

¹*Especialista em Prótese Dentária. Departamento de Prótese Dentária, Hospital de Anomalias Craniofaciais, HRAC- USP, Bauru, SP, Brasil, 17012900. E-mail: mayara.s.ribas@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0003-1089-5648.*

²*Pós graduada em Prótese Dentária. Departamento de Prótese Dentária, Hospital de Anomalias Craniofaciais, HRAC- USP, Bauru, SP, Brasil, 17012900. E-mail: carolnevesodonto@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6383-4008.*

³*Docente no curso de Odontologia. Centro de Ciências da Saúde, Unisagrado, Bauru, SP, Brasil 17011-160. E-mail: jf.santiagojunior@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-1735-2224*

⁴*Docente na especialização em Prótese Dentária. . Departamento de Prótese Dentária, Hospital de Anomalias Craniofaciais, HRAC- USP, Bauru, SP, Brasil, 17012900. E-mail: joaoh@usp.br. ORCID ID: 0000-0001-8447-5828.*

⁵*Docente na especialização em Prótese Dentária. . Departamento de Prótese Dentária, Hospital de Anomalias Craniofaciais, HRAC- USP, Bauru, SP, Brasil. 17012900. E-mail: jscarelli@usp.br. ORCID ID: 0000-0003-4593-0327*

Autor correspondente:

JOSÉ FERNANDO SCARELLI LOPES

E-mail: jscarelli@usp.br

Estudo: Estudo de caso

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM DISPLASIA ECTODÉRMICA – RELATO DE CASO CLÍNICO

ORAL REHABILITATION IN A PATIENT WITH ECTODERMAL DYSPLASIA – A CASE REPORT

RESUMO

A Displasia Ectodérmica é caracterizada como um grupo de síndromes hereditárias, que apresentam defeitos no desenvolvimento de um ou mais tecidos de origem ectodérmica. O objetivo deste trabalho é apresentar uma reabilitação oral de um paciente com displasia ectodérmica realizada com próteses fixas e removíveis, tendo sido possível devolver a função e a estética e, conseqüentemente, elevando sua autoestima. Paciente apresentou-se para tratamento ambulatorial no Hospital de Anomalias Craniofaciais no setor de prótese dentária, queixando-se da estética e da prejudicada função mastigatória. Ao exame intra-oral foram observada numerosas ausências dentárias por agenesias e mal formação nos poucos dentes remanescentes (região dos dentes 13, 11, 21 23). Após o exame clínico e radiográfico, foi estabelecido o plano de tratamento com a confecção de coroas totais fresadas nos elementos 11,13, 21 e 23 (06 elementos), com encaixes bilaterais na região dos caninos para receber uma prótese parcial removível (classe I de Kennedy), colocando dentes nas extremidades livres devido à impossibilidade de instalação de implantes. No arco inferior, os únicos dentes que o paciente apresentava eram os caninos 33 e 43, com agravante de estarem girovertidos e mal formados. Foi confeccionada uma prótese fixa de canino a canino e uma prótese parcial removível para região posterior. A paciente demonstrou-se satisfeita com o tratamento proposto, finalmente recomendou-se as técnicas de higienização e manutenção da saúde bucal.

Palavras-chave: Reabilitação. Prótese Dentária. Displasia Ectodérmica

ABSTRACT

Ectodermal dysplasia is a group of hereditary syndromes that presents defects in the development of one or more tissues of ectodermal origin. This study aimed to describe an oral rehabilitation of a patient with ectodermal dysplasia. Performed with fixed and removable prostheses, it returned the function and aesthetics, raising his self-esteem. Patient went for outpatient treatment at the Hospital for Craniofacial Anomalies in the dental prosthesis sector, complaining of esthetics and impaired masticatory function. On intraoral examination, numerous tooth absences were observed due to agenesis and malformation in the few remaining teeth (teeth region 13, 11, 21 23). After the clinical and radiographic examination, the treatment included the manufacture of total crowns milled in elements 11, 13, 21, and 23 (06 elements), with bilateral fittings in the canine region to receive a removable partial denture (class I of Kennedy), placing teeth on the free ends due to the impossibility of installing implants. In the lower arch, the only teeth the patient had were the canines 33 and 43, with the aggravating factor that they were rotated and malformed. A fixed canine-to-canine denture and a removable partial denture for the posterior region were made.

Keywords: Rehabilitation. Dental prosthesis. Ectodermal Dysplasia

INTRODUÇÃO

As displasias ectodérmicas foram classificadas como síndromes, com características hereditárias que acarretam falhas no desenvolvimento dos tecidos de origem ectodérmica. Elas podem manifestar-se sob duas formas clínicas, a hidrótica, caracterizada pela ausência dentária e a forma hipohidrótica, que apresenta diminuição dos cabelos, líquidos corporais e agenesia dentária. (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

Os pacientes com essa displasia podem apresentar diversas manifestações clínicas. No entanto, as alterações dentárias em número, como a falta de alguns dentes, são as mais prevalentes. Além disso, em casos mais severos, pode ocorrer a ausência de todos os elementos dentários (anodontia). Evidencia-se também alterações na forma anatômica, visto que alguns dentes podem apresentar anatomia coronária conoide. (GRECCHI *et al.*, 2010).

Dentre as várias síndromes em que a displasia ectodérmica se encontra está a síndrome EEC (Ectrodactyly Ectodermal Dysplasia Cleft: ectrodactilia (E), displasia ectodérmica (E) e fissura labiopalatal (C)). Os indivíduos afetados apresentam além da displasia ectodérmica a presença da fissura de lábio e/ou palato (GRECCHI *et al.*, 2010; PINTO; LOPES, 2007).

Do ponto de vista odontológico, os pacientes com displasia ectodérmica demandam maiores cuidados, bem como tratamento com equipe multidisciplinar desde a primeira infância. O sucesso do tratamento depende diretamente do grau de severidade das manifestações clínicas, além da idade de intervenção, visto que quanto mais tardio o tratamento, menor é o prognóstico. Dessa maneira, visa-se buscar o equilíbrio funcional e estético, bem como melhorar a qualidade de vida e convívio social do paciente a fim de diminuir as queixas estéticas que a maioria desses pacientes apontam. (YAVUZ *et al.*, 2006; PINTO; LOPES, 2007).

Em geral, para a maioria dos pacientes, as próteses fixas têm um maior nível de aceitação do que prótese removível, provavelmente por causa da ausência de micro movimentos, e melhor retenção e estabilidade durante a mastigação e fonética.

Desse modo, este trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de uma reabilitação oral utilizando próteses fixas e removíveis, em um paciente do gênero masculino portador da síndrome EEC, realizado no setor de prótese dentária do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), em Bauru-SP.

RELATO DE CASO

O caso clínico apresentado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 20821019.6.0000.5441).

Paciente do gênero masculino, 18 anos, apresentando síndrome EEC (ectrodactyly, ectodermal displasia cleft) associada à fissura pós forame incompleta compareceu ao setor de prótese do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC) com queixa principal da estética e função mastigatória que eram prejudicadas devido à ausência de vários elementos dentários (Figura 01). Ressalta-se também a presença de problemas emocionais, limitando seu convívio social já em idade final da adolescência.

Figura 01: Foto inicial do paciente



Para realização do plano de tratamento, foram avaliados aspectos extra e intra-orais, sendo realizada anamnese e investigação minuciosa dos dentes e estruturas de suporte, como periodonto de proteção e sustentação. Como exames complementares, utilizamos radiografia panorâmica e tomografia para avaliar a possibilidade de instalação de implantes, pois apenas eram presentes os dentes 11,13,21,23,33 e 43.

Como plano de tratamento, optou-se no arco superior pela confecção de próteses fixas na região anterior e próteses removíveis na região posterior, sendo essas conectadas por um sistema de encaixe para melhora da estética. Isso foi possível porque o número de pilares apresentava-se adequado. No arco inferior, como existiam dois dentes para suporte, optou-se por próteses fixas e removíveis, porém sem o sistema de encaixe, considerando a pouca quantidade de dentes pilares e a condição estética do inferior menos crítica, foi utilizado um retentor extra-coronário. Nesse aspecto, a confecção da prótese fixa de canino a canino foi planejada atendendo a um pedido do paciente, considerando que, em uma análise mais prudente e preliminar, idealizou-se apenas próteses fixas nos caninos e uma prótese removível envolvendo inclusive a região dos incisivos. Contudo, optou-se por atender a solicitação do paciente para que na região anterior fosse instalada uma prótese fixa. Inicialmente, o caso foi montado em articulador semiajustável na posição de relação cêntrica e numa dimensão vertical de oclusão, visando o adequado posicionamento espacial da maxila em relação à mandíbula e à correta confecção das coroas provisórias. Os dentes foram preparados pela

técnica da silhueta, buscando as inclinações necessárias para um plano de inserção adequado (Figura 2 A). Desta forma, a partir do caso montado em articulador, foi possível a confecção de coroas provisórias atendendo os princípios de estética e guias anteriores capazes de promover a correta oclusão do paciente (Figura 2 B e C). Além das coroas provisórias fixas, foram confeccionadas e instaladas próteses parciais removíveis para garantir a dimensão vertical de oclusão estabelecida (Figura 2 D).

Os dentes preparados foram moldados pela técnica do casquete individual com material de moldagem a base de poliéster (3M ESPE) para obtenção das infraestruturas metálicas das próteses fixas. Nas distais das infra-estruturas dos elementos 13 e 23, foi unida uma parte dos componentes dos encaixes para serem utilizados como retenção da prótese parcial removível superior. As infraestruturas foram provadas e unidas com resina acrílica Duralay – Reliance (Figura 2 E) e removidas em posição para solda para posteriormente se tornarem uma única peça. Com a infraestrutura unida, foi realizado o registro e moldagem em posição para remontagem (Figura 2 F), assim como o encaminhamento para o laboratório aplicar a cerâmica.

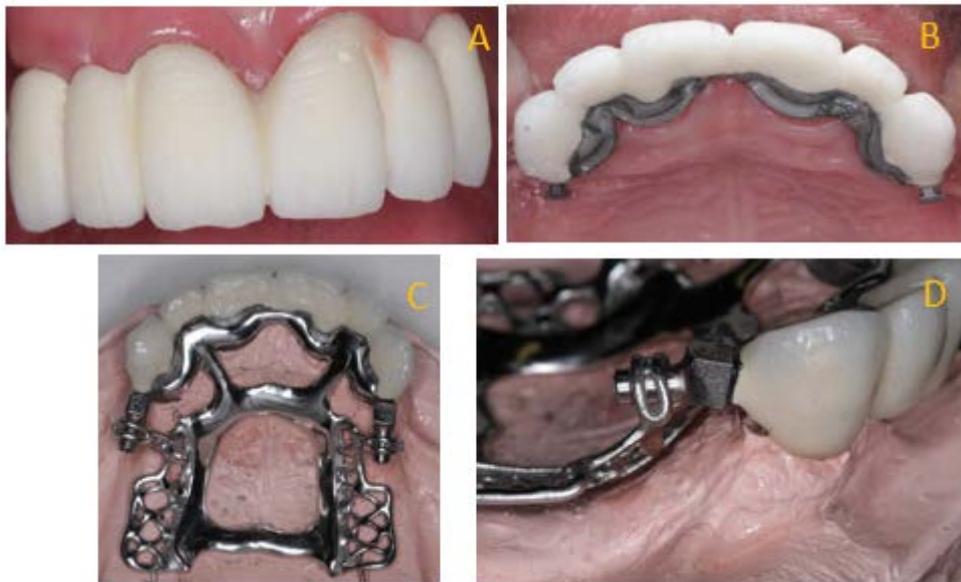
Figura 02 - Apresentação da técnica empregada



Legenda: A- Preparo total dos dentes 11,13,21,23,33 e 43. B- Coroas provisórias instaladas. C- Prova dos dentes das próteses removíveis provisórias. D- Próteses removíveis provisórias instaladas. E- prova da infraestrutura metálica e ponta de solda. F- Moltagem para remontagem.

Com o intuito de melhorar a estética e atender o pedido do paciente, aplicou-se cerâmica na cor A1 (escala Vita Classical - Wilcos) nos 06 elementos. Dessa forma, foi feito o ajuste da cerâmica visando o estabelecimento estético e funcional do caso. Após todos os ajustes da prótese fixa com a cerâmica aplicada, a mesma foi transferida para um modelo de trabalho por meio de uma moldagem com poliéster, com objetivo da confecção de uma armação metálica perfeitamente ajustada as coroas fresadas e com a possibilidade do correto posicionamento da outra parte dos encaixes (Figura 03).

Figura 03 – Prova e órtese dentária



Legenda: A- Prova da cerâmica. B- Vista oclusal da prótese fixa. C- Prótese fixa com encaixes (attachment) e armação metálica da prótese parcial removível superior. D- Vista lateral do attachment.

A armação metálica foi provada e ajustada, a dimensão vertical de oclusão foi obtida dentro da relação cêntrica e o caso foi montado novamente em articulador semiajustável para montagem dos dentes. Selecionou-se a cor A1 para os dentes e cor 15 para a gengiva (escala Tomas Gomes - VIPI) da futura prótese parcial removível.

Após a acrilização da prótese parcial removível, seguimos para o passo da cimentação das coroas fresadas. Foi realizada profilaxia com pedra pomes e água nos dentes preparados anteriormente à cimentação das coroas com cimento ionomérico reforçado por resina (RelyX luting 2 – 3M ESPE). Destaca-se a necessidade do imediato posicionamento da prótese parcial removível após a prótese fixa ter sido cimentada para garantir o correto posicionamento dos encaixes. A prótese parcial removível somente deve ser retirada com pelo menos 24 horas para garantir o total endurecimento do cimento Figura 04).

Figura 04 - Prova dos dentes, fase de cimentação das coroas fresadas e instalação da prótese.



Legenda: A- Prova dos dentes em cera da prótese parcial removível. B- Fase de cimentação das coroas fresadas e instalação da prótese parcial removível. C- Vista oclusal das próteses instaladas.

A etapa subsequente foi a realização da moldagem com casquete individual e a utilização do material de impressão poliéster para obtenção das infra-estruturas inferiores. As mesmas foram ajustadas e unidas por um único ponto de solda. Após a prova, a mesma foi remontada para aplicação de cerâmica na cor A1 e foram realizados os devidos ajustes estéticos e funcionais antes de sua cimentação com o cimento de escolha, que foi cimento ionomérico reforçado por resina (RelyX luting 2 – 3M ESPE). Após 24 horas, realizou-se o registro na chapa de prova inferior para confecção da prótese parcial removível inferior (Figura 05).

Figura 05 - Prova da infra-estrutura da prótese fixa inferior



Legenda: A- Prova da infra-estrutura da prótese fixa inferior após a união para solda. B- Vista oclusal da infra-estrutura da prótese fixa inferior. C- Prótese fixa já cimentada. D- Vista oclusal da prótese fixa, nota-se a presença de nichos por lingual. E- Registro na chapa de prova inferior para confecção da prótese parcial removível inferior.

Após a obtenção dos registros, foram montados os dentes da prótese parcial removível inferior na cor A1 e realizada a prova dos dentes. Após a aprovação do paciente, deu-se sequência ao tratamento com a tomada de cor para a gengiva, cor 15 (escala Tomas Gomes - VIPI). Encaminhou-se para o laboratório realizar a acrilização da prótese. Com a acrilização, instalou-se a prótese, em que foi possível notar a devolução da função e melhora na estética e fonética do paciente (Figura 06).

Figura 06: Prova dos dentes e instalação da prótese parcial removível.



Legenda: A- Prova dos dentes da prótese parcial removível inferior. B- Instalação da prótese parcial removível. C e D- vista lateral da prótese parcial removível inferior instalada.

Ressalta-se que a reabilitação, nesse caso, durou três meses, entre a consulta de anamnese e a entrega das próteses dentárias para o paciente. Destaca-se também que foi realizado o acompanhamento, após um ano, no qual realizou-se a avaliação clínica da adaptação das próteses e a verificação da higienização correta das mesmas. Elas encontravam-se íntegras e em boas condições. Além disso, o paciente demonstrou estar satisfeito com o tratamento e seguindo as recomendações quanto ao uso e higiene das próteses dentárias.

DISCUSSÃO

Este relato de caso clínico objetivou elucidar a reabilitação oral em paciente com Displasia Ectodérmica, visto que a literatura aponta que essa condição pode ter manifestações orais como atraso na erupção dentária e até mesmo ausência de alguns elementos dentários, impactando na estética e função, exigindo, assim, o conhecimento do profissional sobre manejo e reabilitação desses pacientes (Kargul *et al.*, 2001; Nowak *et al.*, 1988).

A reabilitação pode ser realizada com próteses fixas sobre dentes ou implantes, próteses removíveis totais ou parciais, sobredentaduras. Ela pode variar de acordo com a particularidade de cada caso, assim como o comprometimento de cada paciente pela síndrome, porém é desafiador conseguir próteses com estabilidade e retenção devido às alterações encontradas nesses pacientes (ANUROOPA *et al.* 2012; MINATEL *et al.* 2018).

Além disso, o planejamento de coroas diretas combinadas com próteses parciais removíveis muitas vezes é necessário para melhorar os contornos e formatos adequados nos dentes, que muitas vezes se apresentam hipoplásicos e morfológicamente deformados para serem utilizados como pilares para próteses parciais removíveis, auxiliando na retenção da mesma (D TRIVEDI *et al.*, 2013).

No presente caso, o exame de tomografia mostrou a impossibilidade da utilização de implantes pela ausência de osso. Dessa forma, optou-se pela prótese fixa fresada com removível, unida por um encaixe de precisão. Assim, foi possível evitar o aparecimento de um grampo extra-coronário na região de canino superior, o que seria anti-estético. O encaixe de precisão, segundo Bonachella *et al.* (1998), é caracterizado por um sistema pré-fabricado e com travamento. Além dos encaixes bilaterais, as coroas foram fresadas para garantir um íntimo contato com a armação metálica da removível, garantindo uma grande estabilidade em função da limitação de movimento da Prótese parcial removível.

No arco inferior, além da limitação da utilização dos implantes, não se poderia utilizar os encaixes considerando a fragilidade do suporte dentário, apenas 2 dentes. Foi considerada a extrema vontade do paciente em fazer uma fixa unindo os dois caninos. Embora se possa considerar que o risco do suporte estabelecido pela prótese parcial removível é grande, para fixação anterior, o fato de não se utilizar o encaixe minimiza o esforço transmitido aos dois únicos dentes pilares.

Casos que envolvem a reabilitação protética de pacientes com displasia ectodérmica tornam-se um grande desafio para o cirurgião dentista, visto a limitação funcional e estética dessa condição. Dessa forma, ressalta-se a importância da realização de um planejamento reabilitador prévio concomitante ao paciente, a fim de promover sua satisfação e bem estar estético, funcional e social.

CONCLUSÃO

O papel do cirurgião-dentista, juntamente com uma equipe multidisciplinar, é de extrema importância para o tratamento reabilitador e o desenvolvimento dos pacientes com displasia ectodérmica, pois esses pacientes apresentam um quadro clínico complexo e, na maioria dos casos, necessitam de reabilitação protética. O cirurgião dentista deve estar ciente dessa condição visto que ela apresenta inúmeros sinais clínicos na cavidade bucal,

como, por exemplo, a hipodontia. Além disso, afeta a função e a estética do paciente. No caso clínico relatado, foi possível devolver ao paciente função, estética e, conseqüentemente, elevar sua autoestima. Logo, o cirurgião-dentista exerce um papel fundamental na reabilitação de pacientes com displasia ectodérmica.

REFERÊNCIAS

- ANUROOPA, A.; ABDULLA, J.; LOVELY, M. “Oral Rehabilitation of a Young Patient with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia: A Clinical Report.” **Contemporary Clinical Dentistry** v.3, n. 1, p. 33-6, Apr. 2012. Acesso em: 30 jul.2022.
- BONACHELA, Wellington Cardoso e TELLES, Daniel de Moraes. Planejamento em reabilitação oral com prótese parcial removível. **Livraria e Editora Santos**, São Paulo, 1988. Acesso em: 17 ago. 2022.
- FIGUEIREDO, M, C. Reabilitação estética de paciente portador de displasia do ectoderma: relato de caso clínico. **UEPG Ci. Biol. Saúde**. Ponta Grossa, v. 13, n. ½, p. 59-64, mar-jun 2007. Acesso em: 30 jul.2022.
- GRECCHI, F. et al. Implant rehabilitation in grafted and native bone in patients affected by ectodermal dysplasia: evaluation of 78 implants inserted in 8 patients. **Implant dentistry**, v. 19, n. 5, p. 400–408, out. 2010. Acesso em: 31 jul.2022.
- KARGUL B, ALCAN T, KABALAY U, ATASU M. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: dental, clinical, genetic and dermatoglyphic findings of three cases. **J Clin Pediatr Dent**, v. 26, n. 1, p. 5-12, nov. 2001. Acesso em: 30 jul.2022.
- MINATEL, L. Possibilidade de reabilitação oral com prótese tipo overlay em paciente com síndrome EEC – relato de caso clínico. Trabalho de conclusão de curso. **Hospital de Anomalias Craniofaciais**; 2018. Acesso em: 17 ago.2022.
- NOWAK, A. J. Tratamento odontológico para pacientes com displasia ectodérmica. **De-feitos de nascença**. 1988; 24 : 243-252. Acesso em: 30 jul.2022.
- PINTO, J. H. N.; LOPES, J.F.S. Reabilitação oral com prótese dentária. In: TRINDADE, I. E. K.; Silva Filho, O. G. da, coord. **Fissuras labiopalatais: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Editora Santos, 2007. p. 261-274. Acesso em: 31 jul. 2022.
- TRIVEDI, B. D.; BHATIA, R. “Complete and Removable Partial Prosthesis for a Child with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia.” **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.6, n.1, p. 71-4, Jan. 2013. Acesso em: 15 ago. 2022.
- YAVUZ, I. et al. Ectodermal dysplasia: Retrospective study of fifteen cases. **Archives of medical research**, v. 37, n. 3, p. 403–9, abr. 2006. Acesso em: 15 ago.2022.