



**PAULA RENATA MALUF VASCONCELOS**

**ODONTODISPLASIA: APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS ENVOLVENDO  
IRMÃOS**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2018**



**PAULA RENATA MALUF VASCONCELOS**

**ODONTODISPLASIA: APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS ENVOLVENDO  
IRMÃOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE-Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para conclusão do Curso de Odontopediatria.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Renata Belchior de Barros.

CAMPO GRANDE – MS

2018



ASSOCIAÇÃO DE ENSINO PESQUISA E CULTURA

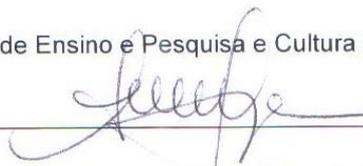
Monografia intitulada "Odontodisplasia: apresentação de casos clínicos envolvendo irmãos" de autoria de Paula Renata Maluf Vasconcelos, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_

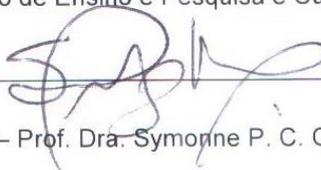
CD – Prof. Ma Renata Santos Belchior de Barros - Orientadora

AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

  
\_\_\_\_\_

CD – Prof. Ma. Ana Paula Pinto de Souza

AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

  
\_\_\_\_\_

CD – Prof. Dra. Symonne P. C. O. L. Parizzoto

AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

Campo Grande – MS, 13 de Dezembro de 2018.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Vasconcelos, Paula Renata Maluf.

Odontodisplasia: apresentação de casos clínicos envolvendo irmãos / Paula Renata Maluf Vasconcelos. – 2018.

37 f.; il.

Orientadora: Renata Santos Belchior de Barros.

Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2018.

1. Odontodisplasia. 2. Dentes fantasmas. 3. Odontopediatria. 4. Alterações dentais.

I. Odontodisplasia: apresentação de casos clínicos envolvendo irmãos.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Prof.<sup>a</sup> e orientadora **Renata Belchior de Barros**, que me permitiu com todo zelo e amor ser a dentista responsável por este caso clínico, que me acrescentou muito profissional e pessoalmente.

Dedico também a minha paciente C. A. por ser a grande inspiração da escolha do tema e concretização desde trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Finalmente o grande dia chegou, com perseverança e dedicação venci os obstáculos, lutei contra os medos, vivi intensamente e aprendi a ver o novo, como uma forma de concretizar meus sonhos. Hoje realizo este, que muito antes de ser meu, foi sonhado por Deus. A Ele toda minha gratidão, por ser meu maior alicerce e inspiração, por me sustentar e aos poucos me capacitar a amar e a fazer a diferença na vida do próximo.

Agradeço a todos os meus familiares, avós, tios, primos e a amigos/professores, em especial a minha orientadora Renata e minha colega de curso Vanessa Cristina, que se dispuseram a ajudar e a dar todo suporte necessário para realização deste trabalho, aproveito para agradecer as professoras Ana Paula e Symonne e as amigadas conquistadas, Aline, Gabriel, Jeane, Karine, Mariana, Marry, Nadyenka, Nayara. Foi desafiador, encantador e edificante o que juntas pudemos descobrir e explorar na Odontopediatria.

Vô Orlando, cito seu nome, como forma de representar toda minha família materna e paterna, apenas para agradecer por eu pertencer a uma família composta de pessoas extraordinárias como o senhor, um verdadeiro espelho e manual de pessoa íntegra, feliz, de caráter, honesta, respeitosa e exemplo de Odontólogo para mim. Por fim, obrigada a todos.

## RESUMO

A Odontodisplasia é uma anomalia de desenvolvimento dentário raro, que resulta na ausência dentária ou alterações visíveis de esmalte e dentina dos dentes afetados, sendo chamados de dentes fantasmas, por apresentarem esmalte fino e dentina, rodeada por uma polpa radiolúcida e larga, o que resulta na palidez da imagem. Pode ocorrer envolvendo um quadrante, denominada Odontodisplasia regional, ou mais de um quadrante, conhecida como generalizada. De etiologia multifatorial, pode acometer a dentição decídua e a permanente. Os casos apresentados mostram a raridade da anomalia, por acometer dois irmãos de sexos diferentes, mostrando que há uma possível interação genética envolvida em sua ocorrência. Conclui-se que para execução do plano de tratamento é necessário muito estudo e comprometimento do profissional, da família e do próprio paciente, por se tratar de um caso raro e que requer maior atenção.

**Palavras-chave:** Odontodisplasia – Dentes Fantasmas – Odontopediatria – Alterações Dentais

## **ABSTRACT**

Odontodisplasy is a rare developmental anomaly that results in the absence of teeth or visible changes of enamel and dentin of the affected teeth, being called phantom teeth because they present fine enamel and dentin surrounded by a large radiolucent pulp which results in the pallor of the image. It may occur involving a quadrant, called regional odontodysplasia, or more than one quadrant, known as generalized. Of multifactorial etiology, it can affect deciduous and permanent dentition. The cases presented show the rarity of the anomaly, because it affects two siblings of different sexes, showing that there is a possible genetic interaction involved in its occurrence. It is concluded that for the implementation of the treatment plan it is necessary a lot of commitment from the professional, the family and the own patient, because it is a rare case and requires more attention.

**Key-words:** Odontodysplasia – Ghost teeth – Pediatric dentistry – Dental changes.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS .....</b>	<b>21</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>30</b>

## INTRODUÇÃO

O termo Odontodisplasia, em inglês *Odontodysplasia*, foi definido por Zegarelli e colaboradores, em 1963, para identificação de uma anomalia descrita e atribuída aos pioneiros no assunto, McCall & Wald, em 1947 (FERREIRA, PANELLA & DE FREITAS, 2011).

Essa anomalia é considerada rara por afetar as estruturas dentárias como os folículos, esmalte, dentina, cemento e polpa, podendo se apresentar na dentição decídua ou permanente (GERLACH, 1998). Assim, apenas um dente pode se apresentar comprometido, um grupo ou todos eles (SADEGHI & ASHRAFI, 1981).

Para entendimento em grupo, vários termos podem ser usados: suspensão do desenvolvimento dentário localizado, malformação dentária unilateral, odontogênese imperfeita, displasia odontogênica, amelogênese imperfeita em segmento não hereditário, dente fantasma, sendo mais coerente o termo Odontodisplasia regional ou generalizada (KAHN & HILSON, 1991; NEUPERT & WRIGHT, 1989). Para O'Neil, Koch & Lowe (1990) e Pandis, Polido e Bell (1991), a Odontodisplasia regional como uma anormalidade rara, que afeta as duas dentições, sendo mais frequente na maxila, no sexo feminino e na região anterior.

Kahn & Hilson (1991) e Ansari *et al.*, (2009), avaliam como generalizada, quando o comprometimento ultrapassa a linha média e podem alterar a formação de todos os dentes, tanto em casos de ocorrência bilateral ou em multiquadrante (GUZMAN, ELLIOT & ROSSIE, 1990). A etiologia da Odontodisplasia ainda é desconhecida, podendo apresentar múltiplas hipóteses. O fator hereditário não é favorável e considerado inconsistente. Sugere-se que a hereditariedade pode estar relacionada com a etiologia, e, através de revisão de literatura e apresentação de

dois casos clínicos, acompanhados no curso de especialização em Odontopediatria, da Associação de Ensino de Pesquisa e Cultura (AEPC). Ressalta-se que este é um quadro duplamente raro: a Odontodisplasia afetando toda a dentição permanente em irmãos de sexos diferentes.

## **METODOLOGIA**

Com o intuito de busca e procura de artigos científicos para o embasamento e compreensão e apresentação dos casos clínicos envolvendo irmãos, foram utilizadas as palavras-chaves: "Odontodisplasia, anormalidades dentárias e anormalidades congênitas", consultadas nas bases de dados: Harvard Library, Medline, Scielo, Pubmed, além da literatura de autores renomados.

## **OBJETIVO**

Apresentar as principais características da Odontodisplasia a partir de dois casos clínicos raros de irmãos de sexo diferente, portadores dessa anomalia, de modo há descartar a ideia do fator hereditário não se aplicar em sua casualidade, já que neste caso se aplica esta possibilidade.

## CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA

Odontodisplasia foi o termo definido por Zegarelli *et al.*, 1963, para identificar uma anomalia rara, de forma que este nome pudesse abranger a doença de maneira integral, sem suas especificidades em relação ao seu acometimento ser regional ou generalizado McCall & Wald em 1947 (FERREIRA, PANELLA & DE FREITAS, 2011).

Porém sugere-se que antes mesmo de abordar a doença de forma integral, em 1934 Hitchin, em seus primeiros atendimentos, já iniciava estudos para especificá-la, sendo Odontodisplasia regional, o termo mais apropriado para referenciar esta anomalia (KAHN & HILSON, 1991; NEUPERT & WRIGHT, 1989).

Nas literaturas outras nomenclaturas são aceitas e encontradas e aceitas, como: dentes fantasmas, malformação dental unilateral, odontogênese imperfeita, suspensão do desenvolvimento dentário localizado, displasia odontogênica, amelogênese imperfeita em segmento não hereditário (WAL *et al.*, 1993), além da hipoplasia localizada e desenvolvimento dental interrompido (GERLACH, 1998).

Odontodisplasia regional é o termo mais apropriado devido as suas consequências afetarem em um mesmo segmento de osso, vários dentes adjacentes (NEUPERT & WRIGHT, 1989).

Essa anomalia manifesta-se durante a irrupção dos dentes decíduos ou durante a dentição mista (CRAWFORD & ALFRED, 1989), podendo seu diagnóstico ser revelado na época correlacionada com a erupção normal dos dentes decíduos: 2 a 4 anos; e dos permanentes: 7 a 11 anos de idade. Logo após o envolvimento dos decíduos é geralmente seguido por sucessores comprometidos do mesmo modo (NEVILLE *et al.*, 2004).

Já outra forma específica é conhecida como Odontodisplasia generalizada, esta é considerada rara por afetar em uma mesma continuidade de osso, vários dentes adjacentes, tornando-se mais singular quando ocorre bilateralmente ou em vários quadrantes, cruzando, por exemplo, a linha média (KAHN & HILSON, 1991; RUELA & SAMPAIO, 1998). Neste caso, pode haver interposição de um dente não afetado, com a sequência de um grupo de elementos alterados, assim de maneira lateral – que se apresenta localizado do mesmo lado – de ambos os arcos e alterações bilaterais, ou seja, denomina-se generalizada diante da Odontodisplasia Regional presente em mais de dois quadrantes (NEVILLE *et al.*, 2004).

Quanto a etiologia segundo Neupert & Wright (1989), ainda não existe teoria capaz de explicar a anormalidade em sua análise integral. Em numerosos estudos, o fator hereditário já é descartado ou considerado pouco provável para etiologia da mesma, como foi dito por Neville e Bouquot (1998) e Carreira, *et al.*, (2011).

Volpato *et al.*, (2008) associam a Odontodisplasia Regional a um ou mais fator causal, o que resulta na má formação dos tecidos dentários ao logo do desenvolvimento, indo ao encontro a ideia de Kahn e Hilson (1991), que relaciona o fator causal, as consequências tanto em dentição decídua, quanto em permanente.

Alguns autores apostam que a etiologia da doença, pode estar correlacionada a desordens circulatórias locais, trauma, alterações metabólicas, infecção localizadas, mutação somática, vírus latente presente no germe permanente (KINIRONS, O'BRIEN & GREGG, 1988; PANDIS, POLIDO & BELL, 1991).

Neville *et al.*, (2004) reconhece que muitos casos ocorrem de maneira idiopática, ou seja, a partir de uma causa desconhecida, mas em outros pode estar relacionada a síndromes, anomalias de crescimento, alterações neurais e

malformações neurais, sendo assim, algumas das doenças são observadas em associação com a Odontodisplasia Regional, como exemplos: Displasia ectodérmica, Nevo epidermal, Hidrocefalia, Hipofosfotasia, Hipoplasia facial ipsilateral, Neurofibromatose, incompatibilidade do fator Rh, Nevo vascular.

Segundo Neville *et al.*, (2004), Metin *et al.*, (1999) e Zucchino (2001), a causa mais coerente e difundida é a teoria da alteração do suprimento vascular, porém, várias outras podem ser sugeridas, como: Migração anormal de células da crista neural, virose latente, infecção ou trauma local, hipotermia, desnutrição, mediação principalmente as administradas durante a gestação, radioterapia, mutação somática.

Fanibunda e Soames (1996), apontam outros possíveis fatores responsáveis pelas causas da Odontodisplasia Regional: falha na migração de células da crista neural; infecção viral; traumas e uso de substâncias entorpecentes.

Gerlach (1998), sugerem também como etiologia associações com diversas doenças como nevo vascular, síndrome de nevos epidermóides, coloboma orbital (síndrome dos olhos de gato) e displasia ectodérmica.

Diante de todas essas possibilidades, a proposta mais difundida e a mais relevante aponta para o envolvimento no suprimento vascular, o que foi observado em evidências de pacientes com nevos vasculares de cabeça e pescoço, além de quando induzidas em animais apresentaram alterações semelhantes (NEVILLE *et al.* 2004). Esta hipótese também foi realizada de estudo de Gomes *et al.* (1997), que apontou a isquemia como sendo a consequência de distúrbios vasculares, também responsável por causar mudanças na Odontogênese (RAEZ, 1990). Esta suposição se apoia na presença de hemangiomas em regiões contrárias aos dentes afetados.

Quanto as características clínicas, a mais observada é a ausência dentária, onde geralmente os dentes afetados não estão presentes (não irrompem) na cavidade e quando presentes, na maioria dos casos, estão fora da cronologia normal (GERLACH *et al.*, 1998; CAHUANA; GONZÁLES & PALMA, 2005).

Outras características clínicas são os dentes manchados, hipocalcificados e hipoplásicos (NEUPERT & WRIGHT, 1989; RAEZ, 1990). Assim também descrito por Gerlach *et al.*, (1998), que complementa dizendo ser dentes geralmente mais curtos, com forma e formato irregular da coroa.

Os dentes erupcionados apresentam coroas irregulares e pequenas, de coloração que variam o tom de amarelo e castanho, podendo apresentar superfície áspera (MARQUES, CASTRO & CARMO, 1999).

Dentes afetados apresentam morfologia anormal, contornos irregulares da superfície, descoloridos de tonalidade amarelo ou marrom amarelado e hipocalcificados e hipoplásicos (FEARN, WILLIAMS & BROOK, 1986).

A gengiva ao redor dos dentes envolvidos apresenta hiperemia, edemas, fibrose e em muitos casos com fístulas (GOMES *et al.* 1997). Presença de expansão gengival não inflamatória na região de dentes não erupcionados (NEVILLE *et al.* 2004).

Para possível diagnóstico diferencial da doença, a avaliação por método radiográfico é de suma importância. O aspecto radiográfico depende do estágio e que o dente com a anomalia é radiografado, apresentando assim dados dos diferentes estágios de evolução do processo de mineralização (GIBSON *et al.*, 2003).

Segundo Neville *et al.*, (2004) e Kahn & Hilson (1991), Kerebel *et al.*, (1989), Kinirons, O'Brien & Gregg (1988), O'Neil, Koch & Nowe (1990), os dentes com esta

anormalidade apresentam esmalte extremamente fino e dentina rodeada por uma polpa radiolúcida e larga, o que resulta na palidez e delicadeza de imagem, contorno tênue, flocoso, apresentando uma aparência de “fantasma”, por este motivo pode ser chamado de Dente Fantasma.

Não há contraste entre dentina e esmalte o que resulta em desfoque na silhueta da coroa; além de canais e câmeras pulpares alargadas, enquanto as raízes são curtas e grossas com ápices abertos (NEVILLE *et al.*, 2004).

Outro estudo que possibilita mais conhecimento desta anomalia, é através das características histológicas, assim é possível observar redução na dentina, com alargamento da camada de pré-dentina, extensas áreas de dentina interglobular e padrão tubular irregular da mesma; além de ser observado a presença de corpos calcificados ao redor dos dentes não erupcionados na cavidade bucal (KEREBEL *et al.*, 1989; KINIRONS, O'BRIEN & GREGG, 1998).

Neville *et al.*, (2004) e Marques, Castro & Carmo (1999), apontam em estudos redução considerável de dentina e túbulos dentinários reduzidos em número. É possível ainda, segundo os autores, observar histologicamente esmalte hipoplásico e hipomineralizado, além de tecido pulpar com presença de cálculos aderidos ou livres, podendo apresentar túbulos ou calcificações.

Diversos estudos apontam para a prevalência e ocorrência da doença. Quando em análise é o tipo de dentição; a Odontodisplasia se apresenta como uma anomalia que afeta tanto dentes decíduos, quanto dentes permanentes (QUINDERÉ *et al.* 2010). É possível observar que quando o dente está envolvido, o seu correspondente permanente é invariavelmente afetado (KAHN & HILSON, 1991; GERLACH, 1998; NEVILLE *et al.* 2004).

Os dentes mais comumente afetados, são os incisivos centrais, incisivos laterais e caninos, mas, qualquer dente geralmente consecutivo pode estar envolvido (VOLPATO et al., 2008; KANNAN; SARASWATHI, 2001; GOMES et al., 1997).

Na ocorrência desta anomalia pode ocorrer ausência dos pré-molares e/ou molares no segmento afetado, possibilitando assim erupções retardada e tardia dos dentes permanentes adjacentes e hipoplasia dos molares decíduos (GERLACH, 1998).

A maxila é acometida com uma frequência duas vezes maior que a mandíbula (KAHN & HILSON, 1991; NEUPERT & WRIGHT, 1989) ou duas vezes e meio a mais segundo Neville et al. (2004).

O'Neil, Koch & Lowe (1998), Pandis, Polido e Bell (1991) e Crawford e Alfred (1989), apresentaram em seus respectivos estudos que o lado esquerdo é envolvido com maior frequência e a região anterior é mais envolvida que posterior.

Ao analisar o sexo de prevalência, estudos apresentam um acometimento maior no sexo feminino e não tem tendência em ocorrer em grupos étnicos específicos (NEUPERT & WRIGHT, 1989; REGEZI, SCIUBBA & JORDAN, 2012; TERVONEN *et al.*, 2004; CRAWFORD & ALFRED, 1989; HAMDAN, 2004; VOLPATO *et al.* 2008; MAGALHÃES *et al.*, 2007; LUSTMANN; KLEIN & ULMANSKY *et al.* 1975;).

Não há consenso na literatura da quanto ao sexo mais atingido e nem predileção pela raça (CHO, 2006), porém estudos relatam ligeira tendência no gênero feminino seguindo uma proporção de 4:1, esta maior prevalência pode estar relacionada com variações hormonais, as quais estão mais sujeitas (ZUCCHINO, 2001).

Para o diagnóstico desta anomalia rara é necessário que se faça a combinação das características coletadas nos achados clínicos, histológicos e radiográficos (RAEZ, 1990; RUELA E SAMPAIO, 1998; VOLPATO *et al.* 2008; MAGALHÃES *et al.*, 2007; CRAWFORD & ALFRED, 1989).

Para auxílio no diagnóstico, deve-se verificar a coloração dental, além de radiograficamente observar presença de fratura de coroa e comprometimento radicular (KAHN & HILSON, 1991).

Quanto a idade de diagnóstico, deve-se correlacionar, segundo Neville *et al.*, (2004) ao tempo normal de erupção das dentições decídua e permanente, sendo assim, um diagnóstico precoce acontece entre 2 e 4 anos (correlacionado a idade de erupção dos decíduos) e diagnóstico tardio entre 7 e 11 anos (correlacionado a idade de erupção dos permanentes).

## CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente C. E. S. O., 12 anos de idade, melanoderma e o irmão M. J. S. O., 13 anos de idade, melanoderma, compareceram à Universidade Anhanguera Uniderp, de Campo Grande - MS, para tratamento odontológico. Devido a severidade do caso familiar, foi necessário o encaminhamento para o curso de Especialização em Odontopediatria, do Instituto AEPC, também nesta cidade.

Ao realizar uma nova anamnese, foi questionado ao pai o motivo pelo qual procurou atendimento odontológico e o mesmo completou *“porque ela/ele não tem dente e os que tem vai nascendo e amolece”*. Ainda na anamnese, não apresentaram história médica relevante, sem histórico de internação hospitalar, reações alérgicas, ou problemas durante a gestação da mãe.

Neste primeiro contato com os dois irmãos, foi possível notar a timidez excessiva diante de tamanha dificuldade de fazê-los sorrir. As crianças relataram terem vergonha dos amigos do colégio e, por isso, sofrem com comentários e apresenta um quadro de baixa auto-estima.

Ao realizar o relatório da dieta, utilizando o método recordatório das últimas 24 horas, observou-se dieta líquida e pastosa para ambos devido aos episódios de dor ao mastigar e mobilidade dentária. Foi orientado ao responsável a permanecer com a dieta em que estavam acostumados, restringindo alimentos duros e ácidos, para evitar desgaste dentário e sensibilidade.

Foi realizado profilaxia nos pacientes e ensino da correta maneira de higienização, quantidade de creme dental a ser utilizado, local adequado para realização da prática, e orientação da escova de dente ideal, e questões que englobam a redução da força e velocidade para a realização da prática diária de higienização.

Nos dois pacientes, tanto do sexo feminino, quanto masculino, foi realizado exames clínicos avaliando a face, observando assim o padrão de referência e também exame intra-bucal, observando então a coloração, forma, tamanho, presença ou ausência dentária.

Ao exame extra-bucal, a paciente do sexo feminino, apresenta características referentes ao padrão facial III, e nenhuma projeção do osso zigomático, o que faz com que a maxila não se evidencie. O mesmo para o paciente do sexo masculino, onde foi possível observar características do padrão facial III e pouca projeção do osso Zigomático, que faz com que seja perceptível a deficiência de maxila.

O exame histológico, não foi possível de ser executado nos pacientes, devido à ausência de material para a confecção de lâmina e pela falta de elemento dentário doado para estudo de tal fim.

Ao realizar avaliação intra-bucal, verificou-se ausências dentárias no sexo masculino dos elementos: 11, 12, 18, 21, 22, 31, 32, 33, 38, 41, 42 e 48; e no sexo feminino: 53, 12, 22, 63, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 e 17. Mobilidade dentária grau 2 em todos os dentes presentes. Quanto a coloração das coroas e anatomia, estas fugiram dos padrões de normalidade, apresentando, portanto, cor amarelada e anatomia irregular; além de acúmulo generalizado de placa bacteriana nos dois pacientes. Sendo assim, para melhor análise dos casos, foram realizados exames

complementares de imagens, compostos de fotografias extras e intra-bucais e radiografia panorâmica.

Paciente C. E. O. S. - Fotos frontal, do sorriso, perfil direito e aproximado.



Fonte: Centro Radiológico Digital X (Abril, 2017).

Paciente M. J. S. O. - Fotografia lado direito, lado esquerdo, frontal, oclusal superior e inferior.



Fonte: Centro Radiológico Digital X (Abril, 2017).

Paciente M. J. S. O. – Radiografia panorâmica.



Os achados clínicos baseados no exame complementar da paciente M. J. S. O. foram:

- Ausências dentárias: elementos 11, 12, 18, 21, 22, 31, 32, 33, 38, 41, 42 e 48;
- Dente em formação: 28;
- Dentes apresentam imagem sem distinção de esmalte, dentina e câmara pulpar alargada;
- Diagnóstico radiográfico: semelhante a má formação ou Odontodisplasia.

Paciente C. E. O. S. - Fotos frontal, do sorriso, perfil direito e aproximado



Fonte: Centro Radiológico Digital X (Abril, 2017).

Paciente C. E. O. S. – Fotografia lado direito, esquerdo, frontal, oclusal superior e inferior.



Fonte: Centro Radiológico Digital X (Abril, 2017).

Paciente C. E. O. S. – Radiografia panorâmica



Fonte: Centro Radiológico Digital X (Abril, 2017).

Os achados clínicos baseados no exame complementar do paciente C. E. foram:

- Ausências dentárias: elementos 53, 12, 22, 63, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 e 17; inclusos: 11, 21;
- Hipodontia: dentes decíduos e permanentes com raízes curtas e anômalas ou ausentes, anomalia na forma da coroa;
- Diagnóstico radiográfico: Displasia dentinária.

## DISCUSSÃO

Para avaliação e conduta frente a doença Odontodisplasia, é necessário que haja um ótimo relacionamento entre paciente, família e profissional, para que se realize um diagnóstico que possa abranger uma anamnese bem elaborada, exames clínicos, radiográficos, fotografias (RAEZ, 1990, RUELA E SAMPAIO, 1998; VOLPATO et al. 2008, MAGALHÃES et al., 2007; CRAWFORD & ALFRED, 1989); correlacionando esta necessidade, ao longo de todo o acompanhamento do caso, houve negligência do responsável em compreender esta necessidade, o que culminou no abandono posterior após 5 sessões clínicas.

É sabido na literatura que as consequências da doença podem se manifestar tanto em dentição decídua, quanto permanente (CRAWFORD & ALFRED, 1989; QUINDERÉ et al. 2010); logo, quando o dente está envolvido, seu correspondente também será afetado e comprometido (KAHN & HILSON, 1991; GERLACH, 1998; NEVILLE et al. 2014). O mesmo é possível observar no caso dos irmãos citados; já que apresentavam a dentição permanente residual toda comprometida.

Nos casos citados, houveram diversas dificuldades enfrentadas, a começar pela severidade da doença e a baixa autoestima dos envolvidos em sorrir e falar, por vergonha excessiva, devido as ausências dentárias e também erupção dentária fora de sua cronologia normal, que são as características clínicas mais observadas nos estudos (GERLACH et al. 1998; CAHAUANA; GONZÁLES & PALMA, 2005).

Outra característica observada nos dois casos refere-se às ausências dentárias. Os dentes que apresentam maior acometimento são os incisivos centrais, laterais e caninos (VOLPATO *et al.*, 2008; KANNAN; SARASWATHI, 2001, GOMES *et al.*, 1997).

Sendo também a maxila (KAHN & HILSON, 1991; NEUPERT & WRIGHT, 1989; Neville et al. (2004) e a região anterior mais afetada nos estudos e no caso dos irmãos O'Neil, Koch & Lowe (1998), Pandis, Polido e Bell (1991) e Crawford e Alfred (1989).

Na condução das consultas, houve cuidado profissional em apresentar aos pais as possibilidades etiológicas e as nomenclaturas. Quanto a causa, Neupert & WRIGHT (1999) afirmam não existir ainda uma teoria capaz de explicá-la, sendo o fator hereditário pouco provável segundo Neville e Bouquot (1998) e Carreira, *et al.*, (2011). Em contrapartida, o caso apresentado é um acometimento entre irmãos, algo raro na literatura estudada. Das nomenclaturas pertinentes ao caso dos irmãos, o termo Odontodisplasia Generalizada é o mais apropriado, já que o acometimento afetou em um mesmo segmento de osso, vários dentes adjacentes, cruzando a linha média e bilateralmente (KAHN & HILSON, 1991; RUELA & SAMPAIO, 1998).

Pela procura dos pais ter sido tardia, o diagnóstico não ocorreu na idade mais apropriada, pois segundo Neville *et al.*, (2004), um diagnóstico precoce se correlaciona a erupção dos dentes decíduos, entre os 2 e 4 anos. No caso dos irmãos, realizado aos 12 anos na menina e 13 anos no menino. Com isto, houve a tentativa de se estabelecer um plano de tratamento mais pertinente aos irmãos, englobando assim, orientações de higiene, controle de placa e dieta líquida/ pastosa com o objetivo de minimizar possíveis agravos aos dentes permanentes ainda presentes, além de exames periódicos para acompanhar o desenvolvimento ósseo e planejar os procedimentos transdisciplinares de reabilitação junto à várias especialidades odontológicas.

## **CONCLUSÃO**

Com a finalização deste trabalho, verificou-se possibilidade de ocorrência da Odontodisplasia Regional tendo como fator causal a hereditariedade. Para estabelecimento de planos de tratamento individualizados, faz-se necessário estudos clínicos mais completos, com auxílio de outras especialidades odontológicas. Ressaltamos que a colaboração dos pacientes e familiares é imprescindível para a resolução futura dos casos apresentados. No entanto, os casos ficaram até o momento, apenas no estudo teórico, devido ao abandono dos pacientes.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANSARI, G. et al. Regional odontodysplasia: report of four cases. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v. 7, n. 2, p. 107 – 113, 2009.

CAHUANA, A.; GONZÁLEZ, Y.; PALMA, C. Clinical management of regional odontodysplasia. **Pediatric Dentistry**, v. 27, p. 34-9, 2005.

CARREIRA, A. S. D. et al. Odontodysplasia regional: relato de caso em maxila com transposição de linha média. RGO – **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 135 – 9, 2011.

CHO, S. Conservative management of regional odontodysplasia: case report. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 72, n. 8, p. 735-8, 2006.

CRAWFORD, P. J.; ALDRED, M. J. Regional odontodysplasia: a bibliography. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 18, n. 7, p. 425, 1989.

DURSO, C. B.; VARGAS, A. C.; LEMOS, L. S. Odontodysplasia regional: aspectos estomatológicos de interesse do odontopediatra e clínico geral. **Odontologia.com.br**. 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=326>>.

FANIBUNDA, K. B.; SOAMES, J. V. Odontodysplasia, gingival manifestations, and accompanying abnormalities. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 81, n. 1, p. 84 - 8, 1996.

FEARNE, J.; WILLIAMS, D. M.; BROOK, A. H. Regional odontodysplasia: a clinical and histological evaluation. **J. Int. Assoc. Dent. Child.**, v. 17, p. 21-5, 1986.

FERREIRA, T. L. D.; PANELLA, J.; DE FREITAS, C. F. Odontodysplasia – caso familiar. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 278 – 83, 2011.

GERLACH, R. F. Regional odontodysplasia: report of two cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 85, n. 3, p. 308 – 313, 1998.

GIBSON, T. et al. Regional odontodysplasia: a review of the literature and a report of 3 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 96, n. 3, p. 294, 2003.

GOMES, A. et al. Odontodysplasia regional: aspecto clínico, radiográfico e histológico. **Rev. Odontopediatria**, v. 5, n. 4, p. 147-53, 1997.

GUZMAN, R.; ELLIOTT, M. A.; ROSSIE, K. M. Odontodysplasia in a pediatric patient: literature review and case report. **Pediatr. Dent.**, v. 12, n. 1, p. 45 – 8, 1990.

HAMDAN, M. A. et al. Regional odontodysplasia: a review of the literature and report of a case. **Int. J. Ped. Dent.**, v. 14, n. 5, p. 363 – 70, 2004.

HITCHIN, A. D. Unerupted deciduous teeth in a youth aged 15 ½. **Br. Dent. J.**, v. 56, p. 631-3, 1934.

KAHN, M. A.; HILSON, R. L. Regional odontodysplasia. Case report with etiologic and treatment considerations. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 72, n. 4, p.462 – 7, 1991.

KANNAN, S. K.; SARASWATHI, K. Regional odontodysplasia (ghost teeth): a case report. Indian. **J. Dent. Res.**, v. 12, n. 4, p. 242-6, 2001.

KEREBEL, B. et al. Regional odontodysplasia: new histopathological data. **J. Biol. Buccale**, v. 17, n. 2, p. 121-8, 1989.

KINIRONS, M. J.; O'BRIEN, F. V.; GREGG, T. A. Regional odontodysplasia: an evaluation of three cases based on clinical, microradiographic and histopathological findings. **Br Dent. J. London**, v. 165, n. 4, p. 136-139, 1998.

KOVACS, A. P. *et al.* Odontodisplasia regional: importância do diagnóstico precoce e tratamento complementar. **Rev. Odontol. UNESP.**, v. 36, Edição Especial, 2007.

LUSTMANN, J.; KLEIN, H.; ULMANSKY, M. Odontodysplasia: report of two cases and review of the literature. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 39, p. 781-93, 1975.

MAGALHÃES, A. C., et al. Regional odontodysplasia: A case report. **J. Appl. Oral. Sci.**, v. 15, p. 465-9, 2007.

MARQUES, A. C.; CASTRO, W. H.; CARMO, M. A. Regional odontodysplasia: an unusual case with a conservative approach. **Br. Dent. J.**, v. 186, n. 10, p. 522-4, 1999.

METIN, M. et al. Regional odontodysplasia presenting as a soft tissue swelling. **J. of Medical Sciences**, v. 29, p. 715-7, 1999.

NEUPERT, E. A.; WRIGHT, J. M. Regional odontodysplasia presenting as a soft tissue swelling. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 67, n. 2, p. 193-6, 1989.

NEVILLE, D.; BOUQUOT, S. Anomalias dos dentes. In.: NEVILLE, D. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 88-9, 1998.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

O'NEIL, D. W.; KOCH, M. G.; LOWE, J. W. Regional odontodysplasia: report of case. **ASDC J. Dent. Child.**, v. 57, n. 6, p. 459 – 461, 1990.

PANDIS, N.; POLIDO, C.; BELL, W. H. Regional odontodysplasia: a case associated with asymmetric maxillary and mandibular development. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 72, n. 4, p. 492-6, 1991.

QUINDERÉ, L. B. et al. Regional odontodysplasia involving three quadrants of the jaws: a case report. **Quintessence Int.**, v. 41, p. 13-6, 2010.

RAEZ, A. G. Unilateral regional odontodysplasia with ipsilateral mandibular malformation. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 69, n. 6, p. 720-2, 1990.

REGEZI, J.; SCIUBBA, J.; JORDAN, RICHARD. **Patologia oral – correlações clinicopatológicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RUELA, A. C. O.; SAMPAIO, R. K. P. L. Revisão de literatura: displasia dentinária e Odontodisplasia regional. **Rev. Univ. Alfenas**, v. 4, p. 39 – 44, 1998.

SADEGHI, E. M.; ASHRAFI, M. H. **Regional odontodysplasia**: clinical, pathologic, and therapeutic considerations, v. 102, n. 3, p. 336 – 339, 1981.

TERVONEN, S. A. et al. Regional odontodysplasia: a review of the literature and report of four cases. **Clin. Oral Invest.**, v. 8, n. 2, p. 45-51, 2004.

VOLPATO, L. et al. Regional odontodysplasia: report of a case in the mandible crossing the midline. **Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 9, n. 3, p. 1-7, 2008.

WAL, J. E. et al. Regional odontodysplasia: report of three cases. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 22, p. 356-8, 1993;

WALTIMO, J.; RANTA, H.; LUKINMAA, P. L. Transmission electron microscopic appearance of dentin matrix in type II dentin dysplasia. **European Journal of Oral Sciences**, 1991.

ZUCCHINO G, G. S. Odontodisplasia regional: Caso clínico. **Revista Hospital Clínico Universidad de Chile**, v. 12, p. 282-7, 2001.

