

# “Amelogénese Imperfecta e Bruxismo em Odontopediatria” – a propósito de um caso clínico



**Andrade G.\*, Bexiga F.\*\*, Figueiredo A.\*\*\*, Ribeiro O.\*\*\*\***  
 \*Aluno do 4º ano do Mestrado integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa  
 \*\*Assistente convidado da área disciplinar de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa  
 \*\*\* Docente responsável da área disciplinar de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa  
 \*\*\*\* Docente responsável da área disciplinar de Oclusão da Universidade Católica Portuguesa



## Introdução

A amelogenese imperfecta (AI) é um termo utilizado para definir um grande número de condições anormais de formação de esmalte <sup>(1)</sup> e que afecta tanto a dentição decídua como a permanente <sup>(2)</sup>. Existem até 12 tipos de amelogenese imperfecta <sup>(3)</sup>. Segundo a literatura, independentemente do subtipo de AI, as complicações orais são semelhantes: sensibilidade dentária, estética dentária comprometida e diminuição da dimensão vertical <sup>(2)</sup>.

Segundo a primeira classificação proposta por Witkop and Rao de 1971 <sup>(1)</sup>, classificamos a AI em tipo hipoplásico, hipocalcificado e hipomaturado. Na AI hipoplásica, a quantidade e a espessura de esmalte é reduzida. Na AI hipocalcificada, a quantidade de esmalte é adequada mas o seu grau de mineralização é baixo, tornando o esmalte “mole” e friável. Já na AI hipomaturada, o esmalte revela-se duro, contendo, no entanto, manchas características amareladas, esbranquiçadas ou acastanhadas. <sup>(3)</sup>

Estas alterações de esmalte têm um forte componente hereditário associado. O mesmo autor apresenta uma definição para esta condição, caracterizando-a como um grupo de condições de origem genómica, que afectam a aparência clínica e estética do esmalte de quase todos os dentes e que podem estar associadas a alterações morfológicas e bioquímicas a nível sistémico.

Em 1995, Aldred e Crawford classificaram a origem da AI como tendo causas de: localização genética, mutações, reacções bioquímicas, hereditariedade e fenótipo. <sup>(1)</sup>

Relativamente ao Bruxismo, a sua origem é considerada controversa e multifatorial. <sup>(4, 5)</sup> É uma desordem dos movimentos do sistema mastigatório caracterizado pelo ranger e apertar de dentes, nocturno ou diurno. Tem uma prevalência de 10% na população adulta e é um dos possíveis factores causais das disfunções temporomandibulares, dor e desgaste dentário <sup>(6)</sup> tendo sido definido como uma actividade parafuncional, de movimentos involuntários. <sup>(4, 5)</sup>

A prevalência em crianças varia entre 7-15,1%, sendo mais frequentes no sexo feminino. <sup>(4)</sup>

## Caso clínico

Paciente do sexo feminino, de 7 anos de idade, apresentou-se na consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa com queixas de “dentes escurecidos e gastos”.

O exame clínico revelou incisivos centrais, laterais e primeiros molares permanentes já erupcionados.

A paciente começou a ser seguida em Abril de 2013, apresentando lesões cáries nos dentes 55 e 74 e restaurações nos dentes 64, 84 e 85. Tanto os dentes permanentes como os dentes decíduos apresentavam manchas acastanhadas, bem como lesões de atrição e desgaste oclusal acentuado (bruxismo excêntrico noturno diagnosticado pelos pais).



Fig. 1 Ortodontografia



Fig. 2 Fotografia Inicial (4/10/2013)

## Discussão



Fig. 3 Fotografia Controlo (10/1/2014)

O plano de tratamento estabelecido envolveu o tratamento das lesões de cáries ativas, confecção de goteiras oclusais rígidas modificadas e controlos periódicos trimestrais para acompanhamento da erupção dentária, controlo do desgaste oclusal, e prevenção e tratamento de novas lesões de cárie.



Fig. 4 Fotografia Oclusal Superior



Fig. 5 Fotografia Lateral Esquerda



6 Fotografia Oclusal Inferior

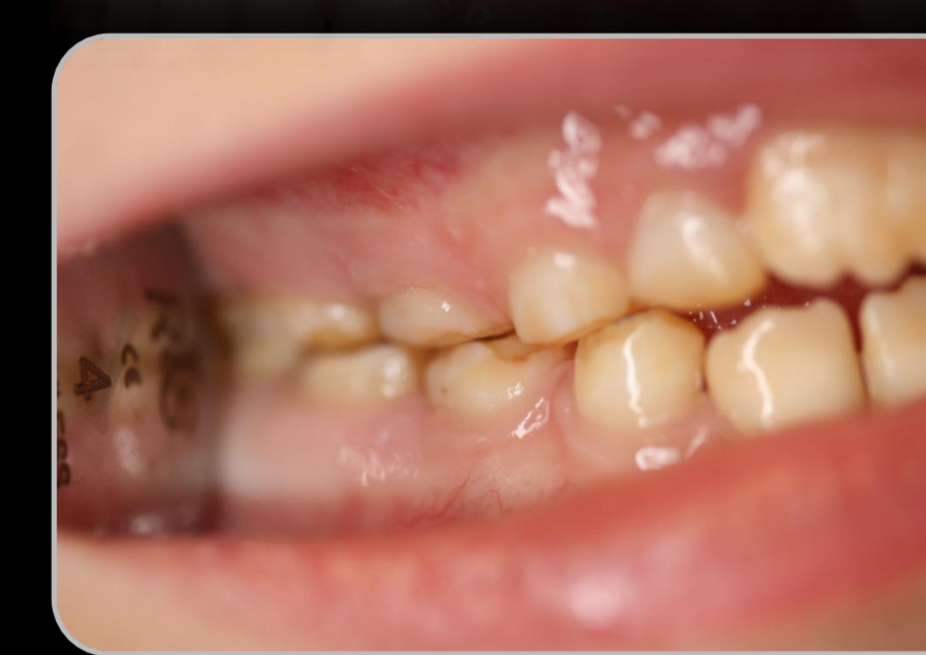


Fig. 7 Fotografia Lateral Direita



Fig. 8 Modelo inf. C/ placa termofórmável



Fig. 9 Fotografia Controlo (13/6/2014)



Fig. 10 Goteira oclusal inferior

Nas consultas de controlo periódicas tem-se verificado uma estabilização do desgaste oclusal comparativamente ao estado inicial apresentado.

## CONCLUSÕES

A reabilitação em casos de Amelogenese Imperfecta é importante por questões estéticas, funcionais e psicológicas. Uma abordagem multidisciplinar do caso é essencial para uma correta avaliação, diagnóstico e elaboração do plano de tratamento.

Tendo em conta as características que a Amelogenese Imperfecta confere às propriedades do esmalte, e levando em consideração o nível de desgaste dentário apresentado pela paciente, considera-se que, a longo prazo, o bruxismo poderá acentuar as alterações provocadas no tecido dentário, influenciando a estética e função e podendo dar origem a disfunções temporomandibulares.

Espera-se que com controlos frequentes e com confecções periódicas de goteiras que assegurem a correcta erupção dentária definitiva, uma estabilização do desgaste oclusal patente nos primeiros molares definitivos, bem como nos incisivos superiores e inferiores.

No futuro, a preocupação passará pela avaliação dos parâmetros de estética do paciente e reabilitar com facetas, salvaguardando sempre a estabilidade e o conforto oclusal do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Peter JM Crawford MA, Agnes Bloch-Zupan. Amelogenesis imperfecta - Review. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2007;2(17):11.
2. Fonda G, Robinson D, a and James E. Haubenreich, DDS. Oral rehabilitation of a young adult with hypoplastic amelogenesis imperfecta: A clinical report. THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY. 2006;95(1):4.
3. Tugrul Sari DAU, DDS, PhD. Restoring function and esthetics in a patient with amelogenesis imperfecta: A clinical report. J Prosthet Dent. 2003;90:4.
4. Tais de Souza Barbosa LSM, Rafael de Liz Pocztaruk, Camilla Pinhata Rocha, Maria Beatriz Duarte Gavião. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: Review of the literature. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2008;72:16.
5. C. RESTREPO AP, E. ALVAREZ, C. PAUCAR, P. ABAD. Digital imaging of patterns of dental wear to diagnose bruxism in children. International Journal of Paediatric Dentistry. 2006;16:8.