

Anodontia infantil na displasia ectodérmica: caso clínico

João Carlos Ramos¹, Ana Luísa Costa^{1*}, Joana Leonor Pereira¹, Pedro Nicolau¹, Moisés Rocha¹, Márcio da Fonseca²
1: Área de Medicina Dentária - Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra; 2: Chicago College of Dentistry - University of Illinois

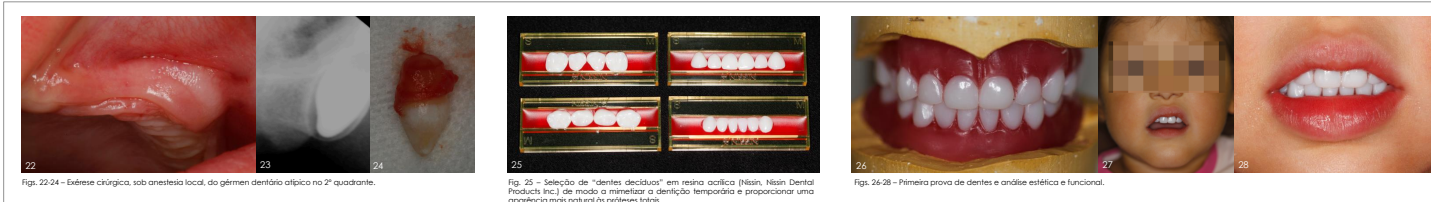
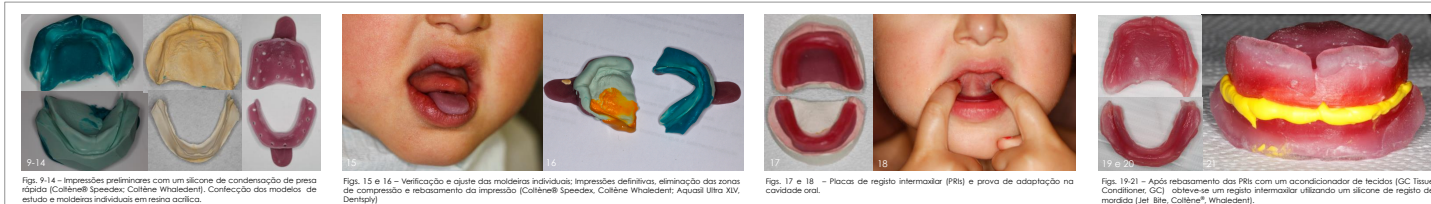
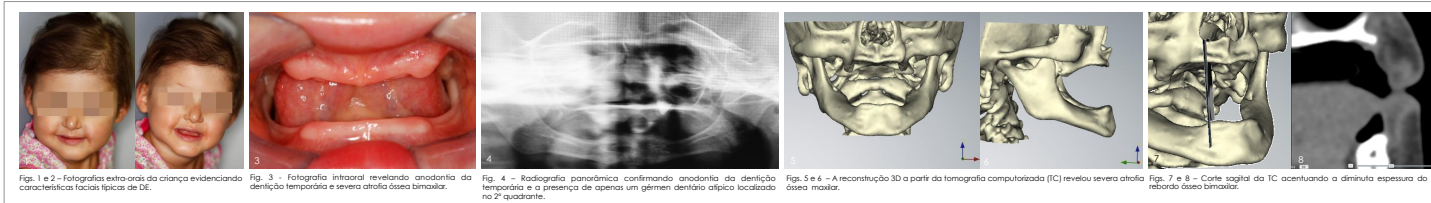
Introdução

A displasia ectodérmica (DE) abrange um complexo grupo de doenças congénitas caracterizadas pela aplasia ou displasia de estruturas de origem ectodérmica e, ocasionalmente, dos tecidos derivados da mesoderme. Estima-se que a prevalência desta condição varie entre 1:10.000 a 1:100.000, sendo que se encontram descritos mais de 120 tipos. A DE hipohidráulica constitui o mais comum e é caracterizada por uma tríade clínica clássica: anomalias dentárias de número (oligodontia, hipodontia ou anodontia) ou forma, alterações das glândulas sudoríparas (hipohidrose ou anidrose) e pêlos escassos e finos (alopécia ou hipotricose). Tradicionalmente, a reabilitação oral destas crianças envolve a confecção seriada de próteses removíveis totais ou parciais durante o crescimento e posterior reabilitação fixa.

Caso clínico

Criança do sexo feminino, de 4 anos de idade, com DE hipohidráulica, anodontia da dentição temporária e apenas um gérmen dentário atípico no maxilar superior. Apresentava várias manifestações sistémicas associadas à sua patologia genética e, em virtude do edentulismo total bimaxilar, eram evidentes rebordos muito atróficos por ausência de osso alveolar e osso basal reduzido, nomeadamente no maxilar superior, exibindo um perfil de pseudoclasse III. Os exames imagiológicos puderam confirmar a ausência de gérmenes dos dentes permanentes, perspetivando também uma anodontia da mesma dentição. A reabilitação da menina consistiu, nesta primeira fase, na exérese cirúrgica de um gérmen dentário atípico retido e execução de duas próteses totais removíveis com bases moles.

Descrição do caso clínico



Discussão e conclusões

Apesar das limitações inerentes à atrofia bimaxilar, total ausência de experiência de mastigação e deglutição adequadas, hábitos fonéticos incorretos e idade reduzida da criança, foi possível uma reabilitação funcional e estética, proporcionando uma situação morfológica e fisiológica que a criança nunca havia experimentado. Atualmente, embora não exista consenso relativamente à idade ideal para o início da reabilitação destes casos, é amplamente aceite que o seu planeamento precoce se traduz em benefícios a nível psicológico, social, fisiológico e funcional. Contudo, a colocação precoce de próteses em crianças com DE está associada a uma exigência fundamental de ajustes periódicos devido a alterações ósseas decorrentes do crescimento, bem como a diversas dificuldades na obtenção de uma boa retenção e estabilidade. A reabilitação ponderada com implantes em idade, locais e posições muito específicas, poderá constituir uma opção terapêutica útil para os casos mais complexos de anodontia.

Bibliografia

1. Ladda R, Gangadhar S, Kasal V, Bhargava A. Prosthodontic management of hypohidrotic ectodermal dysplasia with anodontia: a case report in pediatric patient and review of literature. *Ann Med Health Sci Res.* 2013 Apr;3(2):277-81. 2. Singer SL, Henry PJ, Lidzlaw G, Rosenberg J. Long-term follow-up of implant treatment for oligodontia in an actively growing individual: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2012 Nov;108(5):279-85. 3. Kumar K, Shetty DC, Das M, Das A, Chandras R. An insight into the genesis of hypohidrotic ectodermal dysplasia in a case report. *Case Rep Dent.* 2012;2(2):282-7. 4. Heilmann S, Jostel K, Heilmann R, Baderhans S. Dental management of ectodermal dysplasia: two clinical case reports. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2012 Summer;3(1):8-12. 5. Montanari M, Colles M, Bellini F, Piana G. Oral rehabilitation of children with ectodermal dysplasia. *Bril Case Rep.* 2012 Jun;2(1):2012. 6. Bala M, Pathak A. Ectodermal dysplasia with the anodontia. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011 May;15(2):244-4. 7. Bi Datta Chakrabarti R, Chakrabarti W. Ectodermal dysplasia: dental management and benefits: a case report. *Eur J Paediatr Dent.* 2011 Dec;12(6):283-4. 8. Mankari N, Chowdhary DR, Poff DB, E DN, Madadi DP. Dental implants in children and adolescents: A literature review. *J Oral Implantol.* 2012 Jun;3. 9. Manjula N, Pass S, Parthi R, Singh N. Management of a case of ectodermal dysplasia: a multidisciplinary approach. *J Dent Child (JCHD).* 2011 Jul;78(5):107-10. 10. Gupta S, Tyagi P. Prosthodontic management of anirachic ectodermal dysplasia. *Indian J Dent Res.* 2011 Mar-Apr;22(2):148-51. 11. Darbarina MA, Sibson MC, Landon MM, Howesou A. Case report: Early prosthetic treatment in children with ectodermal dysplasia. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010 Dec;11(6):301-5. 12. Baki F, Güler AU, Sen Tunç E. Technological oral rehabilitation with endosseous implants in a child with ectodermal dysplasia: a case report. *Eur J Prosthodont.* 2010 Sep;11(3):148-52. 13. Top AK, Kumbargil I. Dental implants in patients with ectodermal dysplasia and tooth agenesis: a critical review of the literature. *Int J Prosthodont.* 2009 Nov;22(5):268-76. 14. Antropoulos S, Martin JK, Suckow GD. Prosthodontic rehabilitation of a 10-year-old ectodermal dysplasia patient using provisional implants. *Pediatr Dent.* 2009 Jan-Feb;31(1):52-7.