

- 1 - Dentinogênese Imperfeita
- 2 - Hemangioma da Cavidade Bucal
- 3 - Colagem Homógena

1 Dentinogênese Imperfeita

Abordagem Clínica e Relato de Casos na Dentição Decídua

INTRODUÇÃO

A dentinogênese imperfeita é uma forma localizada de displasia mesodérmica da dentina, afetando ambas as dentições (13,16). Os primeiros relatos (7) desta anomalia datam de 1887, e desde então vários casos foram descritos na literatura (5,8,9,11,13,14,15,16,18). Segundo Witkop (19) sua frequência é de 1:8.000 nascidos vivos.

Esta anomalia apresenta um padrão de herança autossômica dominante (4,5,10,16,19) com alta penetrância e expressividade variável (3,4,14). Tal variação não ocorre apenas entre os indivíduos, mas também nas dentições de um mesmo indivíduo (11), sendo a dentição decídua normalmente mais afetada que a permanente (17).

A dentinogênese imperfeita pode ocorrer associada com a osteogênese imperfeita, sendo classificada como tipo I por Shields et al. (17), que denominou como tipo II quando ocorre isoladamente, e tipo III ou "Brandywine" aquela observada em uma comunidade triracial no estado de Maryland – EUA (8). Já Witkop (19), propôs a denominação de dentina opalescente hereditária para o defeito dentinário isolado, utilizando o termo dentinogênese imperfeita para quando houver a presença da osteogênese imperfeita.

Clinicamente, os dentes apresentam alteração de cor e perda de esmalte com conseqüente abrasão do tecido dentinário subjacente (2,18,19), ficando uma superfície dentinária lisa e polida com perda da dimensão vertical (14,15).

Ao exame radiográfico, a característica mais típica é a obliteração total ou parcial da cavidade pulpar (1,5,9,13,16,17), as raízes são curtas e delgadas (1,17,19) e as coroas bulbosas (5,9,15,19) em função da constrição da junção amelo-cementária (9). Pode-se observar rarefação periapical na dentição decídua (19), no entanto, aparentemente sem relação com exposição ou necrose pulpar (8,9,18).

O tratamento para os dentes afetados varia desde a preservação do caso (12,14,15), até a realização de restaurações estéticas (facetas de resina composta, coroas de celulóide) (1,12,15), coroas de aço (9,12,14,15), reabilitação protética (3,13,16) e exodontia (11,18).

Frente ao exposto, o presente artigo apresentará o relato de três casos de dentinogênese imperfeita do tipo II na dentição decídua, todos pertencentes a mesma geração de uma família afetada por esta patologia há três gerações sucessivas.

RELATO DE CASOS

Caso clínico (Paciente III.1)

Paciente B.M.S. do sexo masculino, cor branca, com 3 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia - U.F.R.J., acompanhado de sua mãe, apresentando como motivo de consulta relato de "dor de dente". Com a anamnese não foram verificadas alterações no quadro de saúde geral do

Henrique Castilhos Ruschel

*Professor de Odontopediatria da FO/
Canoas/ULBRA*

Adriana Modesto

*Professora de Odontopediatria da FO/Rio
de Janeiro/UFRJ*

Cláudia da Silva Marassi

*Professora de Odontopediatria da FO/
Valença/RJ*

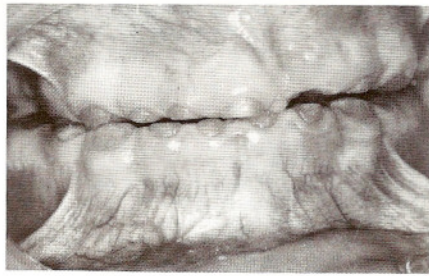


Fig. 1 - Aspecto clínico da dentição do paciente III.1 afetada pela dentinogênese imperfeita.

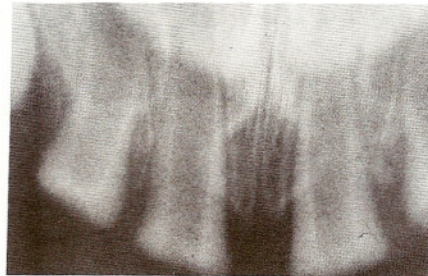


Fig. 2 - Imagem radiográfica do paciente III.2. Incisivos desgastados, câmaras pulpares amplas e rarefações periapicais associadas.



Fig. 3 - Arcada superior do paciente III.2 com comprometimento severo pela dentinogênese imperfeita.

saúde geral do paciente, e a mãe relatou casos de má formação dentária em outros membros da família semelhante ao observado no seu filho. O paciente, até o momento, não havia sido submetido a tratamento odontológico.

Durante o exame clínico, constataram-se dentes decíduos com coloração amarelo-acastanhada e desgaste acentuado (esmalte somente à nível cervical das coroas), com decorrente perda da dimensão vertical. Além disso, observou-se a presença de um incisivo decíduo supranumerário na arcada superior. Os exames radiográficos panorâmico e periapical revelaram dentes decíduos com raízes delgadas, obliteração total da câmara pulpar e parcial a nível de condutos radiculares, áreas radiolúcidas periapicais e agenesia do incisivo lateral superior direito permanente. Até o momento, não se verificou a formação dos germes dos segundos pré-molares inferiores e nem alterações nos dentes permanentes.

Os dados obtidos conduziram ao diagnóstico de uma anomalia na formação do tecido dentinário denominada dentinogênese imperfeita do tipo II.

Casos de abscessos e/ou fistulas voltaram a ocorrer, afetando o primeiro molar superior direito, o canino inferior direito e o primeiro molar inferior direito os quais também foram removidos.

Foi confeccionada uma "overdenture" (2) superior, no entanto o paciente não aceitou o uso desta, mesmo após várias tentativas. Como justificativa, este relatava "ter seus próprios dentes". O paciente foi inserido em um programa trimestral de revisões.

Caso clínico 2 (Paciente III.3)

Paciente V.M.S., sexo masculino, cor branca, com 1 ano e 3 meses de idade, também foi levado à primeira consulta odontológica, junto com seu irmão B.M.S., apresentando abscessos e dor nos incisivos centrais superiores e no incisivo central inferior direito.

Na anamnese não foram relatadas alterações de ordem geral e através do exame clínico e radiográfico, constatou-se o quadro de dentinogênese imperfeita do tipo II.

Realizou-se terapia endodôntica nos elementos dentários que apresentavam dor e abscesso. O incisivo central inferior direito foi extraído, devido à persistência do abscesso. No acompanhamento do caso, outros dentes abcedaram (primeiros molares superior e inferior direito) e foram também removidos, bem como o incisivo central inferior esquerdo que apresentava pequena exposição pulpar. Atualmente o paciente está sob acompanhamento em intervalos trimestrais de revisões.

Caso clínico 3 (Paciente III.7)

Paciente P.S.R., com 2 anos e 6 meses de idade, sexo masculino, cor branca, primo em primeiro grau dos outros indivíduos, compareceu à consulta por possuir dentes com alteração de cor.

O paciente não manifestava alterações sistêmicas e clinicamente foi observado um pequeno desgaste na borda dos incisivos, sendo mais acentuado nos centrais e sem perda de esmalte nos caninos e molares. Os dentes apresentavam uma coloração amarelo-acastanhada e o exame radiográfico exibiu coroas bulbosas, raízes delgadas e obliteração parcial da cavidade pulpar, bem como rarefação periapical. Confirmou-se o diagnóstico de dentinogênese imperfeita do tipo II e o paciente entrou em um programa de chamadas semestrais.

DISCUSSÃO

A dentinogênese imperfeita é descrita na literatura como uma herança autossômica dominante (1,5,8,11,14,15,16,18), com alta penetrância (3,4,14,17). Nos casos relatados neste artigo confirma-se esta herança pela presença de indivíduos afetados nas três gerações. MacDougall et al. (10) relataram que o gene responsável pela dentinogênese imperfeita tem sido mapeado no braço longo do cromossomo 4, na região 4q11-q21. A variação na expressividade (3,4,17) foi confirmada pelo diferente grau de comprometimento da dentição decídua entre os casos relatados.

Em função da ausência de alterações de caráter sistêmico, tais como esclera azul, ligamentos flácidos e ossos frágeis, características da osteogênese imperfeita (4,5), descartou-se o diagnóstico de dentinogênese imperfeita do tipo I nos casos clínicos relatados.

Um aspecto que despertou atenção nos casos descritos foi o severo desgaste dos dentes decíduos atingindo níveis gengivais, principalmente no indivíduo III.2, com apenas 1 ano e 3 meses de idade. Tal fato foi relatado por Mars & Smith (12), segundo os quais a atrição dos dentes decíduos frequentemente resulta no desgaste até o nível gengival em 3 anos. Darendeliler-Kaba & Maréchaux (3) relatam que tal atrição é frequentemente rápida e severa, e os dentes afetados podem abcedar. Provavelmente, a rápida atrição nos dois primeiros casos descritos tenha favorecido uma maior proximidade com a polpa dentária em um curto espaço de tempo, acarretando a contaminação pulpar via túbulos dentinários e consequentes abscessos.

A ocorrência de rarefação periapical na dentição decídua

tem sido descrita na dentinogênese imperfeita (19), no entanto, aparentemente não apresenta correlação com a exposição ou necrose pulpar (11, 14, 15). Além disso, os pacientes apresentam índice de cárie baixo *8, 15) devido ao desgaste precoce das fissuras e contatos dentários (12). Com relação aos quadros de abscessos e fistulas relatados, é difícil estabelecer se as rarefações periapicais observadas são de ocorrência ocasional ou de natureza infecciosa. Por exemplo, o paciente III.7 possui tais rarefações, porém, não apresenta, até o momento, um maior desgaste e nem quadros infecciosos.

Coim relação ao aspecto radiográfico, para Malmgren et al. (11), a obliteração pulpar observada pode ocorrer antes mesmo do aparecimento do dente na cavidade bucal e, conseqüentemente, não apresenta correlação com o estímulo gerado pela atrição. Tal informação pôde ser constatada no paciente III.2, que apresentava desgaste severo de suas coroas, mas sem evidência de obliteração pulpar até o momento. No que diz respeito à presença de incisivo Isupranumerário, bem como de agenesia dentária no paciente III.1, provavelmente estas anomalias são distintas da dentinogênese imperfeita, visto que relatos semelhantes não foram encontrados na literatura consultada.

Com referência às terapias adotadas nos casos descritos, algumas considerações são válidas. Apesar do objetivo principal de manter os dentes decíduos, os insucessos observados com a terapia endodôntica contra-indicou sua realização posterior; a atresia pulpar e a dificuldade de localização dos canais, com o risco de perfuração a nível de furca limitam e dificultam esta forma de terapia. Além disso, a confecção de "overdenture" tem sido aceita e utilizada no tratamento de pacientes com dentinogênese imperfeita (2,3). Optou-se por esta terapia reabilitadora no paciente III.1 pois o severo desgaste generalizado dos dentes tornaria o tratamento com coroas de aço e de celulóide bastante demorado e questionável quanto a sua durabilidade. Cehreli et al. (2) concluíram em seu estudo que o uso de "overdenture" pode exercer importante papel na prevenção do desgaste dentinário e restabelecer a dimensão vertical perdida, sendo este último o propósito para a sua confecção no paciente III.1. Para o paciente III.7 também se planeja a confecção de "overdentures" quando estiver em idade mais avançada.

A realização de facetas estéticas tem sido sugerida para o tratamento de incisivos afetados pela dentinogênese imperfeita (1,12), sendo esta uma terapia proposta no tratamento do paciente III.2 que apresenta leves desgastes em incisivos.

CONCLUSÃO

Neste contexto, é de suma importância o diagnóstico o mais precoce possível desta anomalia dentinária, com o propósito de impedir ou minimizar as seqüelas dela decorrentes, como as observadas nos casos descritos. Dentre estas seqüelas, o fator psicológico, por vezes esquecido, talvez seja o mais relevante para o pequeno paciente.

RESUMO

A dentinogênese imperfeita é uma anomalia do tecido

dentinário de caráter hereditário que afeta ambas as dentições. Os autores relatam casos com envolvimento da dentição decídua em indivíduos de uma mesma família, discutindo os principais aspectos desta patologia bem como sua abordagem clínica.

Unitermos: dentinogênese imperfeita, dentes decíduos-anormalidades

SUMMARY

Dentinogenesis imperfecta is an inherited dentin defect affecting the primary and permanent dentition. A family wherein individuals affected with dentinogenesis imperfecta in the primary dentition is presented. The authors also discuss the main aspects of this pathology and its clinical approach.

Uniterms: dentinogenesis imperfecta, deciduous tooth-abnormalities

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem ao aluno do curso de Mestrado em Odontopediatria (FO-UFRJ), Maurício Assumpção Souza Jr. pelo auxílio no atendimento dos pacientes referidos no presente artigo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATTAGEL, J.M.; LEVINKIND, M. Dentinogenesis imperfecta: an interdisciplinary approach. *Br Dent J*, v.165, n.9, p.329-331, Nov. 1988.
- CEHRELI, Z.C., ALTAY, N. Dentinogenesis imperfecta: influence of an overdenture on gingival tissues and tooth mobility. *J Clin Pediatr Dent*, v.20, n.4, p.277-280, Summer 1996.
- DARENDELILER-KABA, A., MARÉCHAU, S.C. Hereditary dentinogenesis imperfecta: a treatment program using an overdenture. *ASDC J Dent Child*, v.59, n.4, p.273-276, July/Aug. 1992.
- GAGE, J. P. Dentinogenesis imperfecta. A new perspective. *Aust Dent J*, v.30, n.4, p.285-290, Aug. 1985.
- GIANSANTI, J.S., BUDNICK, S.D. Six generations of hereditary opalescent dentin: report of case. *J Am Dent Assoc*, v.90, n.2, p.439-442, Feb. 1975.
- GUEDES-OINTO, A.C., et al. Tratamento de dentes decíduos com polpa mortificada. *Rev Ass Paul Cir Dent*, v.35, n.3, p.240-245, Maio/Jun. 1981.
- GUILFORD, S.H. Anomalies of the teeth and maxillae. In Litch, W. F.: *The American system of dentistry*, 1 ed., Lea Brothers, Philadelphia, 1887, v. 3, pp 415-416.
- HURSEY, R.J., WITKOP, C.J., MIKLASHEK, D. et al. Dentinogenesis imperfecta in a racial isolate with multiple hereditary defects. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 9, n.6, p.641-658, June 1956.
- LEVIN, L.S., LEAF, S.H., JELMINI, R.J., et al. Dentinogenesis imperfecta in the Brandywine isolate (DI type III): Clinical, radiologic, and scanning electron microscopic studies of the dentition. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.56, n.3, p.267-274, Sept. 1983.
- MCDUGALL, M., ZEICHNER-DAVID, M., MURRAY, J., et al. Dentin phosphoprotein gene locus is not associated with dentinogenesis imperfecta types II and III. *Am J Hum Genet*, v.50, n.1, p.190-194, Jan. 1992.
- MALMGREN, B., LUNDBERG, M., LINDSKOG, S. Dentinogenesis imperfecta in a six generation family. *Swed Dent J*, v.12, n.3, p.73-84, 1988.
- MARS, M., SMITH, B.G.N. Dentinogenesis imperfecta. An integrated conservative approach to treatment. *Br Dent J*, v.152, n.1, p.15-18, Jan. 1982.
- MAYORDOMO, F.G., ESTRELA, F., AALDECOA, E.A. Dentinogenesis imperfecta: a case report. *Quintessence Int*, v.23, n.12, p.795-802, Dec. 1992.
- MODESTO, A., ALVES, A.C., VIEIRA, A.R. Dentinogênese imperfeita tipo II - Relato de casos em uma família. *Rev Odontopediatr*, v.4, n.1, p.63-73, Abr/Maio/Jun. 1995.
- MODESTO, A., ALVES, A.C., VIEIRA, A.R., et al. Dentinogenesis imperfecta type II: case report. *Braz dent J*, v.7, n.1, p.47-52, 1996.
- NAYAR, A.K., LAITA, J.B., SONI, N.N. Treatment of dentinogenesis imperfecta in a child: report of case. *ASDC J Dent Child*, v.48, n.6, p.453-455, Nov/Dec. 1981.
- SHIELDS, E.D., BIXLER, D., EL-KAFRAWY, A.M. A proposed classification for heritable human dentine defects with a description of a new entity. *Arch Oral Biol*, v.18, n.4, p.543-553, Apr. 1973.
- SHOKEIR, M.H.K. Dentinogenesis imperfecta: severe expression in a probable homozygote. *Clin Genet*, v.3, n.6, p.442-447, 1972.
- WITKOP JR., C.J. Hereditary defects of dentin. *Dent Clin North Am*, v.19, n.1, p.25-45, Jan. 1975.