

Removable Prosthodontic Treatment For Children With HED

Próteses Removíveis em Crianças Com Displasia Ectodérmica Hipoidrótica (DEH)

INTRODUÇÃO

A Displasia Ectodérmica Hipoidrótica (DEH), é uma síndrome associada a alterações no desenvolvimento dos tecidos e órgãos de origem ectodérmica. É transmitida como um caráter recessivo ligado ao cromossomo X, o gene é transmitido pela mulher e manifesta-se no homem, a mulher portadora (heterozigótica), pode apresentar algumas manifestações da síndrome na forma de ausência de alguns dentes, dentes apinhados ou conóides. Através do exame dentário e teste de suor, noventa por cento das mulheres portadoras podem ser identificadas (FREIRE-MAIA, e PINHEIRO, 1984; MCDONALD, e AVERY, 1987; LYONS, 1997).

Segundo KUPIETZKY e HOUPT, (1991), a prevalência é de 1:10.000 a 1:100.000, sendo possível a mutação genética e a ocorrência da síndrome em famílias sem antecedentes na sua história médica. As alterações provavelmente aparecem durante o primeiro trimestre da gravidez, e dependendo da severidade, na sexta semana de vida embrionária ocorrerão alterações na formação dos dentes. As outras estruturas ectodérmicas serão afetadas após a oitava semana de vida embrionária.

Diagóstico:

O diagnóstico freqüentemente não é feito até constatar um atraso na erupção de um ou vários dentes. Após o exame clínico dentário e radiográfico e observando as características clínicas deve ser feita uma investigação familiar para descartar outras síndromes. O diagnóstico definitivo pode ser confirmado pela análise de DNA (FREIRE-MAIA e PINHEIRO, 1984; OSÓRIO, e ROBINSON, 1993; National Organization for Rare Disorders, Inc.).

Caso Clínico

J.C.B. 8 anos, masculino, manifestando preocupação pela "falta de dentes"; com história de quadros clínicos de febres altas, alergias, rinite e bronquite até ser hospitalizado por um quadro de pneumonia. Ao exame físico apresentava hipoidrôse provavelmente por hipoplasia das glândulas sudoríparas o que ocasiona intolerância ao calor e febres altas de origem desconhecida; hiperqueratose palmo-plantar; sobrelas e cabelos finos, escassos e opacos. Ao exame bucal o paciente apresentava hipodontia, lábios proeminentes e fluxo salivar reduzido. todas estas características compatíveis com a DEH. Ao exame radiográfico foi constatada a ausência de dentes permanentes (GORLIN, e colaboradores, 1979; KUPIETZKY e HOUPT, 1991; MCLAUGHLIN, 1991; GUEDES-PINTO, 1997; BONILLA, GUERRA e LUNA, 1997; National Organization for Rare Disorders, Inc.).

Marcela, H. Cancino

Bolsista Cnpq e Aluna do Curso de Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FO/PUCRS

Jon, B. Weber

Especialista e Mestre em Odontopediatria pela FOB/USP. Professor da disciplina e do Curso de Especialização em Odontopediatria da FO/PUCRS

Ingeburg Hellwig

Especialista e Mestre em Odontopediatria pela FO/PUCRS. Reçente e professora da disciplina de Odontopediatria. Professora do Curso de Especialização em Odontopediatria

Flavio, A.M. Oliveira

Doutor em Estomatologia Clínica, Especialista e Mestre em Odontopediatria. Coordenador do Curso de Especialização em Odontopediatria da FO/P. Alelgre/PUCRS

Os AA relatam um caso de displasia (DEH), onde ocorrem alterações na formação dos dentes. Tratam com prótese removível.



Fig. 1 - Caso clínico

Diagnóstico

O diagnóstico foi feito levando em conta as características clínicas da criança, a avaliação do exame radiográfico e o padrão de herança sob a elaboração do heredograma (KUPIETZKY e HOUP, 1995; CAVALCANTI, SANTOS e ALTAVISTA, 1998).

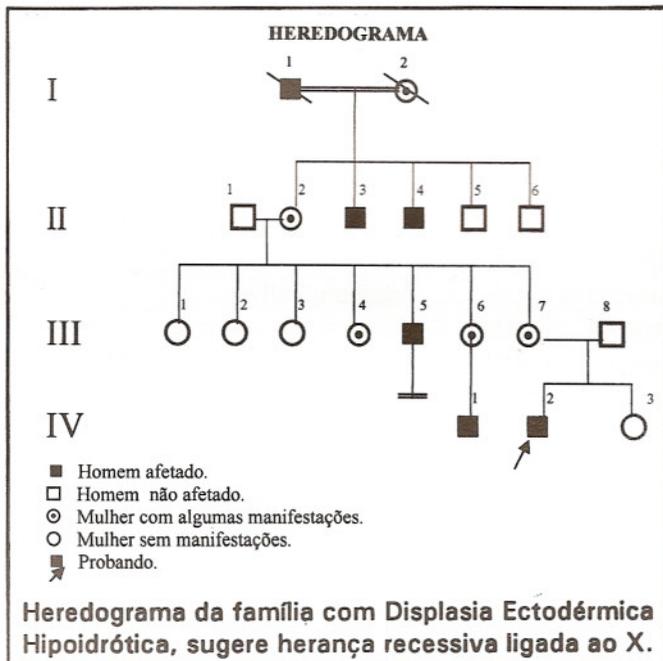


Fig. 2 - Exame panorâmico do menino.

ter retenção foram usados fios ortodônticos. (GUCKES, e colaboradores, 1998; DARUNEE, 1999; KOTSIOMITI e colaboradores, 2000).

As próteses foram colocadas no paciente, verificou-se a oclusão e adaptação dos grampos. O paciente usou as próteses por duas semanas, ao final das quais, foi realizado o primeiro controle; neste controle se constatou que foram bem aceitas pela criança e, além de permitirem o crescimento ósseo normal, restabeleceram a estética, a função mastigatória e a fonação, ou seja, a saúde bucal como um todo, bem como elevaram acentuadamente a auto-estima da criança.

Os controles foram realizados a cada dois semanas no primeiro mês e a cada mês no primeiro ano, o paciente continua em observação semestral e as próteses são ajustadas e renovadas quando o crescimento assim determinar; está se acompanhando o crescimento ósseo e a erupção dos permanentes até o paciente chegar a uma idade que permita outro tipo de tratamento.



Conduta

Programaram-se consultas curtas, procedimentos rápidos e uso de materiais toleráveis para o paciente. Seguindo os princípios das próteses, foram feitas moldagens e registros de oclusão. Uma vez determinadas as relações maxilomandibulares com base na altura dos três terços da face; a relação do plano oclusal e a língua; a posição da relação cêntrica mandibular e o espaço livre; foi aumentada a dimensão oclusal vertical 1 mm. As próteses foram confeccionadas em acrílico e para ob-

RESUMO

A displasia ectodérmica Hipoidrótica é uma desordem congênita transmitida como um caráter recessivo ligado ao cromossomo X; são afetadas as estruturas e apêndices ectodérmicos como dentes, pêlos, unhas, pele e as glândulas sudoríparas. Neste artigo os autores relatam o caso clínico de um menino de 8 anos de idade com algumas manifestações da síndrome e, sugerem próteses removíveis para tratamento bucal deste paciente.

SUMMARY

The Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia is a congenital disorder transmitted as a X-linked recessive character, this disorder affects several tissues of origin ectodermic. The syndrome is characterized by complete or partial absence of teeth, abnormal development in the hair, nails and sweat glands. This clinical report describes the characteristics and prosthodontic treatment of a patient with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BONILLA-ED; GUERRA-L; LUNA-O, Overdenture prosthesis for oral rehabilitation of hypohidrotic ectodermal dysplasia: a case report. Quintessence-

Int. Oct; 28 (10): 657-65, 1997.

2. CAVALCANTI A. L.; SANTOS E; ALTAVISTA O; Displasia Ectodérmica Hereditária: Diagnóstico e Tratamento. Revista Paulista de Odontologia. 1.998.(6).

3. DARUNEE P. NABADALUNG; Prosthodontic rehabilitation of an anhidrotic ectodermal dysplasia patient: A clinical repor. Journal Prosthetic Dentistry. 81(5):499-502, 1999.

4. FREIRE-MAIAN; PINHEIRO M; Displasias Ectodérmicas. Manual para profissionais da área de saúde. Centro de Estudos de Displasias Ectodérmicas (Universidade Federal do Paraná),4:74, 1984.

5. GORLIN R.J; PINDBORG J.J.; COHEN, JR; Síndromes de la Cabeza y el Cuello. 1ª ed. Barcelona, Toray, S.A. 92:98, 262. 1979.

6. GUCKES A D; ROBERTS M. W; MCCARTHY G. R; Pattern of permanent teeth present in individuals with ectodermal dysplasia and severe hypodontia suggests treatment with dental implants. American Academy of Pediatric Dentistry 20 (4): 278-280. 1998.

7. GUEDES-PINTO A. C; Odontopediatria. 6ª ed. São Paulo, Livraria Santos Editora LTDA. 752:753, 1997.

8. KOTSIOMITI E; ARAPOSTATHIS K; KAPARI D; KONSTANTINIDIS A; Removable prosthodontic treatment for the primary and mixed dentition. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 24(2):83-89, 2000.

9. KUPIETZKY-A; HOUP-T-M, Hypohidrotic ectodermal dysplasia: characteristics and treatment. Quintessence-Int. Apr; 26 (4): 285-291,1995.

10. LYONS JONES K. M.D.: Smyth's Recognizable Patterns of Human Malformation. 5ª ed. Philadelphia, W.B.Saunders, 540:543, 1997.

11. MCDONALD R. E; AVERY D. R.; Odontopediatria. 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A. 96:98, 1987.

12. MCLAUGHLIN W.S; Congenital absence of all primary and permanent lateral incisors in a carrier of X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia. International Journal of pediatric Dentistry 2: 99-103, 1991.

13. National Organization for Rare Disorders, Inc. (NORD). Home Page: <http://www.rarediseases.org>. e-mail: orphan@rarediseases.org

14. OSÓRIO M; ROBINSON W; Genética Humana. Porto Alegre, Universidade/UFRGS/Artes Medicas, 1993.

ÁUDIO LIVRO É A ÚLTIMA NOVIDADE PARA VOCÊ MOTIVAR SEUS CLIENTES

Áudio livro está revolucionando a comunicação entre os dentistas americanos e os clientes. É uma forma criativa para quem não tem tempo para ler.

Áudio livro é o livro ou manual em forma de fita cassete. Especialmente lido para o cliente ouvir no carro, no trabalho, em casa... Por meio de Toca-fita, conjunto de som ou "walkman".

Este Audio livro de prevenção pode ser usado como complementação ao programa de higiene bucal desenvolvido no consultório. Constitui-se numa importante ferramenta de marketing profissional.

Embalagem com possibilidade de personalização no verso, contendo a fita e o manual.

Atrás da fita K-7 há um manual colorido de higiene bucal, onde o cliente encontrará um resumo do conteúdo relatado no áudio.

A fita K-7 (30 minutos de gravação) está sub-dividida em quatro programas como especificado abaixo.

A caixa, além de servir de embalagem, também pode ser usada como kit de higiene bucal, tendo espaço interno nas duas laterais para colocação de escova, pasta, espelho...

Assim como nas laterais, nas partes superior e inferior interna, há espaço para colocação de revelador, flúor, fio...

Conteúdo da fita cassete:

Partes	Assuntos abordados	Duração	Objetivos
1	Porque é importante ter bons dentes	5 min.	Motivação inicial
2	Causa da cárie e D.G.	7 min.	Determinação da causa
3	Como escovar os dentes	10 min.	Método de remoção (A)
4	Como usar o fio dental	8 min.	Método de remoção (B)

Um lançamento **RGQ** Pedidos:

Caixa Postal: 11.091

CEP: 90151-880-972 - P. Alegre/RS

Fone: (51) 32-48-57-55

Fax: (51) 32-48-32-48

INVISTA NA COMUNICAÇÃO COM SEUS CLIENTES

