

Otimização estética na região anterior em paciente portador de displasia ectodérmica
Aesthetic optimization in anterior region in a patient with ectodermal dysplasia
Optimización de Estética en la región anterior en un paciente con displasia ectodérmica

Keylla Mara Cardoso de Sousa ¹

Diógenes Alexandre da Costa Lopes ²

RESUMO

Objetivo: Reabilitar a estética em o paciente portador de Displasia ectodérmica com dentes conóides e áreas anodonticas. **Métodos:** para a reanatomização dos dentes conóides foi escolhida a técnica de restauração adesiva direta em resina composta com enceramento de diagnóstico prévio, usando barreira de silicóna. E para áreas anodonticas, foi usado dos implantes ósseos integráveis, para a região anteroinferior. **Resultados:** tratamento de restabelecimento imediato da função e estética usando técnica de restauração direta com resina fotopolimerizável, de baixo custo e grande satisfação do paciente, devolvendo função, estética e autoestima. **Conclusão:** Aumento da autoestima e convívio social pelo paciente síndrômico, usando os recursos de baixo custo, fácil execução e resultado imediato, lançando mão dos cosméticos da odontologia moderna, com a possibilidade de visualização prévia á execução e reversibilidade para reanatomização, e instalação definitiva do dentes inferiores com implantes. Novo sorriso, mais bem estar.

Descritores: displasia ectodérmica; reanatomização; tratamento multidisciplinar estético.

ABSTRACT

Objective: To rehabilitate the aesthetics in the ectodermal dysplasia patient with conoides teeth and anodonticas areas. **Methods:** for reanatomização of conoides teeth was chosen to direct adhesive restoration technique in composite resin with previous diagnosis waxing, using silicóna barrier. And anodonticas areas, was used bone implants of integrable to the anterior region. **Results:** Treatment immediate restoration of function and aesthetics using direct restoration technique with light-curing resin, low cost and high patient satisfaction, returning function, aesthetics and self-esteem. **Conclusion:** Increased self-esteem and social life by syndromic patient, using low-cost resources, easy implementation and immediate

1 Cirurgiã dentista. Imersão em ortodontia e ortopedia e atualização em ortodontia autoligável.

2 Mestre em enfermagem. Professor do curso de enfermagem da AJES. diogenesalexandre@yahoo.com.br.

results, making use of modern cosmetic dentistry, with the possibility of preview to the execution and reversibility for reanatomização, and final installation of the lower teeth with implants. New smile, more welfare.

Descriptors: ectodermal dysplasia; reanatomização; aesthetic multidisciplinary treatment.

RESUMEN

Objetivo: *rehabilitar la estética en el paciente con displasia ectodérmica conoides con dientes y anodónticas áreas. Métodos:* *para reanatomização de conoides dientes fue elegido para dirigir técnica de restauración adhesiva en resina compuesta con previa encerado diagnóstico, utilizando barreras de silicona. Y anodónticas áreas, se utilizaron implantes óseos de integrable a la región anterior. Resultados:* *El tratamiento inmediato restablecimiento de la función y la estética utilizando la técnica de restauración directa con resina fotopolimerizable, de bajo costo y alta satisfacción del paciente, la función de volver, la estética y la autoestima. Conclusión:* *El aumento de la autoestima y la vida social de los pacientes sindrómico, utilizando los recursos de bajo costo, fácil implementación y resultados inmediatos, haciendo uso de la odontología cosmética moderna, con la posibilidad de vista previa para la ejecución y la reversibilidad de reanatomização, y la instalación final de la dientes inferiores con implantes. Nueva sonrisa, un mayor bienestar.*

Descriptoros: displasia ectodérmica; reanatomização; tratamento multidisciplinar estético.

1 INTRODUÇÃO

A saúde, preconizada pela OMS é "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social". Uma exigência para um bom convívio social, ingressar no mercado de trabalho, melhorar a autoestima, e conseqüentemente, melhora na saúde.

A displasia ectodérmica hereditária é um distúrbio hereditário, de estruturas derivadas do ectoderma consideradas como mutação recessiva. As mulheres menos frequentemente envolvidas que os homens. A ausência de glândulas sudoríparas pode ser total ou parcial; os pêlos podem se apresentar em quantidade bastante reduzida; a pele se apresenta seca, fina e lisa. Tais pessoas não podem transpirar, e em conseqüência, sofrem de hipertermia. Podem apresentar anodontia total ou parcial, e quando presente os dentes são de forma cônica e as maloclusões são muito frequentes (NEVILE, 2008 pg. 472).

Segundo Regezi (2008), a anodontia parcial é mais tipicamente encontrada nessa síndrome e os poucos dentes encontrados são geralmente conóides ou forma cônica. O diagnóstico é clínico, baseado na tríade hipotricose, hipohidrose e hipodontia, no entanto, pode-se utilizar o recurso do método molecular indireto, para estudo genético.

Com relação aos princípios de estéticas segundo Nocchi Conceição et. al. (2007), deve-se levar em consideração o biótipo conforme face do paciente, linha mediana, tipo de lábio, periodonto, contorno gengival, papila interdental, alinhamento dental e inclinação axial que vão definir a anatomia e arquitetura dos elementos.

Existem várias técnicas que viabilizam o tratamento. Portanto iremos adotar métodos que serão de baixo custo e mais viáveis ao perfil do paciente, como a restauração direta com resina composta, e implantes. Técnica essa vantajosa, por ter resultado imediato e baixo custo e passível de ser reversível, possibilitando tratamentos mais invasivos se necessário. (BARATIERI, 1998).

A resina composta foi o primeiro material restaurador polimérico utilizado na odontologia (NOCCHI CONCEIÇÃO et. al.; 2007 p.164). É composta de matriz resinosa, partículas de carga, silano que promove a união das cargas, iniciadores que quando ativados desencadeiam a reação de polimerização das resinas compostas.

Um mecanismo de união de adesivo ao esmalte é explicado pelo aumento da energia superficial do esmalte após condicionamento ácido e pela criação de micro porosidades que serão preenchidas pelo adesivo formando tags (NOCCHI CONCEIÇÃO et. al. 2007). A manutenção ou restabelecimento da guia anterior de desoclusão ou da guia canina em lateralidade é fundamental importância para o equilíbrio e proteção da dinâmica oclusal (NOCCHI CONCEIÇÃO et. al. 2007), por isso será priorizado essa condição oclusal.

Além dos materiais restauradores diretos e adesivos, hoje lançamos mão também da implantodontia, que em casos de diagnóstico definido por junta de profissionais multidisciplinar, é uma solução bastante indicada para tratamentos cosméticos reabilitadores. As indicações dos implantes osseointegrados, são bastante conhecidas. Atualmente, a maioria das limitações já não é mais obstáculo para a realização das cirurgias de implantes. A grande impossibilidade do passado, que se constituía na pouca quantidade de tecido ósseo pode ser solucionada com a realização de variados tipos de enxertos (BIANCHINI, 2010).

A fim de otimização estética dos dentes anteriores, o objetivo desse trabalho é o relato de caso clínico com plastia dental dos dentes conóides, usando restauração estética direta e colocação de implantes no arco inferior na região de incisivos centrais em paciente síndrômico.

2 MÉTODO

Foi realizado estudo de caso clínico, no ano de 2013, seguiu os pareceres éticos com seres humanos de acordo com a lei 466/2012, com o protocolo nº 70406/2012.

2.1 Relato de caso clínico

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 30 anos, morador de Serrania/ MG, procurou atendimento odontológico no Centro Pró-Sorriso da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), queixando-se de falta de dentes na boca, e por não possuir recursos financeiros para arcar com o tratamento em consultório particular. Visto que o Centro Pró Sorriso assiste as pessoas síndrômicas com manifestações de patologias bucais gratuitamente, vinculado a UNIFENAS.

O paciente apresentava insatisfeito esteticamente e não sorria, intra-oral os dentes apresentavam anodontia, microdontia e diastemas devido a forma cônica. Os dentes estavam hígidos, mas com falta de alinhamento e contorno. Após exame clínico e anamnese, foi diagnosticado o mesmo ser portador da patologia: displasia ectodérmica, como a etiologia das alterações e discrepâncias orais.

Com intuito de melhorar a estética e autoestima foi proposto uma reanatomização dos dentes conóides, fechamento dos diastemas através da restauração direta com resina composta e instalação de implantes na área desdentada parcial em mandíbula no setor anteroinferior.

Previamente as restaurações estéticas, foi feito enceramento e diagnóstico, como manobra prévia da reanatomização utilizando siliconas, que auxiliam na etapa restauradora, assim como a moldagem e posterior confecção dos modelos de estudo, montagem de articulador semi-ajustável, com o intuito de checagem oclusal e inter proximal e dos espaços protéticos para as próteses sobre implantes. Neste mesmo segmento, será confeccionado o guia cirúrgico para a instalação dos implantes na região de incisivos inferiores.

Para a área a ser implantada, utilizamos o guia cirúrgico e será feita uma incisão linear sobre o rebordo de canino à canino com duas relaxantes preservando papilas e contorno gengival. Verificaremos a necessidade de uma osteoplastia na área implantada. Nesta etapa a verificação do espaço protético será decisiva para definir a implantação de um implante suportando duas coroas, ou dois implantes com duas coroas, obedecendo a premissa distância entre os implantes, altura, largura, posicionamento do eixo axial. Para tanto foi necessário a verificação em exames complementares como: radiografia panorâmica, para a seleção do tipo de implante que necessita no mínimo de 3,75 mm de diâmetro, assim como o tipo de plataforma que será implantado.

A checagem da oclusão nos dentes anteriores é extremamente importante, pois restabelece função e equilíbrio aos componentes ortognásticos funcionais, favorecendo os movimentos protrusivos, lateralidades montando em relação centrada objetivando um deslizamento mandibular anterior, restabelecendo a máxima intersupidação habitual e alcançando a ROC, relação de oclusão centrada (NOCCHI CONCEIÇÃO et. al. 2007).

2. 2 Plano de execução

Previamente à execução, foi solicitado os exames pré-operatórios, hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma, com finalidade de atestar saúde geral. A partir disso, avaliados todos os resultados radiográficos e exames clínicos foi dado seguimento ao tratamento.

O tratamento proposto foi a reabilitação estética dos dentes anteriores através de restaurações diretas, usando barreira de silicone, iniciando pela arcada superior, reanatomizando dentes conóides e diastemas sem tirar função dos elementos anteriores, de canino a canino otimizando a estética.

Após a conclusão da arcada superior será usado a mesma técnica nos caninos inferiores conóides. Em seguida, cirurgia de implantação de dois parafusos inferiores na região de incisivos centrais.

Ao final do tratamento, foram realizados acabamento e polimento das restaurações, esplintagem dos elementos provisórios sobre implante, usando dentes de estoque até prazo de cicatrização dos implantes, onde, posteriormente serão trocados os provisórios por prótese sobre implantes definitivos em porcelana.

2.3 Plano de trabalho

Primeira sessão: anamnese, exames radiográficos, hemograma completo, coagulograma, glicemia em jejum, índice de placa, e instrução de higiene oral.

Segunda sessão: mapa periodontal, moldagem da arcada superior, registro interoclusal, conforme figura 1.



Figura 1. Obtenção do modelo de trabalho.

Terceira sessão: reanatomização cosmética dos dentes conóides, e fechamento dos diastemas usando guia de silicona (figura 2a) usando moldeira de estoque carregada com alginato, obtenção do molde e vazamento do gesso tipo 4, obtendo o modelo, enceramento e diagnóstico na mesma sessão, e barreira com massa densa para o guia de silicone. Para técnica direta com resina composta fotopolimerizável, o primeiro passo para a restauração, foi a

seleção de cores utilizando escala Vita, seguido de isolamento relativo do campo operatório. Foi realizado ataque ácido na superfície dental dos elementos a restaurar com ácido fosfórico a 37% durante 30 a 40 segundos. Após condicionamento ácido, lavagem da superfície pelo dobro do tempo do ataque ácido, secagem com jato de ar leve, aplicação do adesivo seguido de fotopolimerização por 20 segundos.

Após este preparo, foram colocados os incrementos de resina sobre a muralha de silicone confeccionada previamente, na área correspondente a lingual através de enceramento. Fotopolimeriza por 20 segundos cada elemento, remoção da silicona, em seguida posteriores incrementos de resina para realizar a reanatomização procurando reproduzir os detalhes anatômicos (figura 2b).

Remoção do isolamento relativo, acabamento, polimento imediatos com lamina de bisturi, checagem da oclusão com tira de carbono fazendo análise dos movimentos em protrusão e lateralidade conforme figura 2c e 2d.



Figura 2 a. Guia de silicona.

Figura 2b. Incrementos de resina.

Figura 2c. Vista vestibular.

Figura2d. Vista palatina.

Quarta sessão: avaliação cirúrgica, moldagem do modelo inferior para confecção da guia cirúrgica e solicitação de exames cirúrgicos. Montagem dos modelos em articulador semi-ajustável e registro de mordida. Enceramento e diagnóstico dos dentes incisivos e inferiores usando os dentes de estoque a33 cor 66, enceramento dos caninos inferiores, obtendo previsibilidade do tratamento proposto.



Figura 3a. Montagem em ASA.



Figura 3b. Acrilização.



Figura 3c. Guia cirúrgico.

Quinta sessão: reanatomização dos caninos conóides inferiores na técnica direta, em resina composta fotopolimerizável seguindo os mesmos passos preconizados na terceira sessão. Prescrição prévia de antibioticoterapia (Amoxicilina 500mg, de 8 em 8 horas, por 7 dias, iniciando 1 dia antes da cirurgia), anti-inflamatório (Nimesulida 100mg, de 12 em 12

horas por 5 dias no pós operatório), bochecho de Digluconato de Clorexidina a 0,12%, 2 vezes ao dia por 7 dias, analgesia com Dipirona Sódica 500mg de 6 em 6 horas no pós operatório em caso de dor por no máximo 48 horas. Agendamento da cirurgia de instalação dos implantes.

Sexta sessão: cirurgia de implantação onde foi realizada anestesia local com Mepivacaína 2%, incisão intrasulcular nos elementos 33 e 43 com incisão linear no rebordo alveolar dos 41 e 31, duas relaxantes nos caninos, reanatomização do alvéolo cirúrgico, uso da guia cirúrgica para orientação das perfurações com brocas para implante na sequência: broca lança, helicoidal, piloto, countersink, paralelômetros entre as perfurações, instalação de dois parafusos 3.3 x 13mm em titânio da Neodent®.

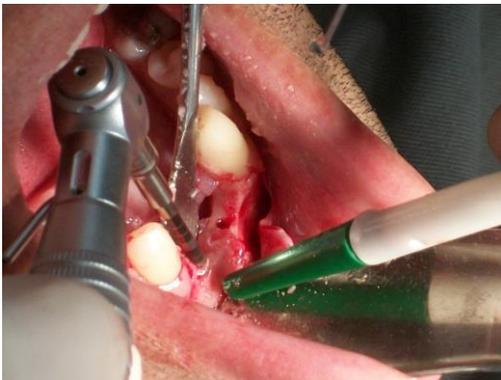


Figura 4 a. Perfuração inicial.



Figura 4b. Instalação dos parafusos.

Sétima sessão: após trinta dias, reabertura em incisão linear, usando lamina de bisturi número 12, rebatimento do retalho e instalação dos cicatrizadores de 4 mm, sutura simples com fio de nylon 0.5, prescrição de analgésicos, e bochechos usados anteriormente.

Oitava sessão: remoção da sutura após sete dias, esplintagem dos provisórios em de estoque acrilizados pós-enceramento laboratorial tipo a33 na cor 66, usando fio ortodôntico por lingual, e ancorando com resina A3, deixando em infra-oclusão e sem contato ou carga mastigatória nos parafusos.



Figura 5 a. Cicatrizadores.

Figura 2b. Provisórios esplintados.

3 DISCUSSÃO

O motivo principal do trabalho era solucionar de forma simples os problemas apresentados na cavidade oral devido à displasia ectodérmica. Apesar do paciente ser sindrômico, como na maioria dos casos, a grande consequência causada por tal, é a questão estética. Onde interferindo diretamente na autoestima e convívio social, uma vez que não há nenhuma outra consequência sistêmica relevante, salvo pacientes que possuem alteração da temperatura corporal causada pela hipohidrose. Onde as glândulas sudoríparas têm com função reguladora térmica, e são diminuídas nessa síndrome. Porém nesse caso, o paciente apresenta-se com boa saúde geral, sem sinais de hipotricose ou hipohidrose.

O tratamento para a displasia ectodérmica, quando manifestada apenas pelos sinais clínicos bucais como diastemas, dentes conóides, anodontias ou hipodontia, é feito apenas em caráter estético usando recursos modernos da odontologia restauradora direta, ou também indireta, como é o caso das facetas de porcelana ou cerômeros, além de implantes osteointegráveis. As restaurações e implantes devem se limitar em recuperar a estética e não interferir em função, mastigação e fonação.

Outra modalidade de tratar os diastemas seria uma correção ortodôntica previa, a fim de minimizar os espaços generalizados. Porém nem sempre é indicado ou ainda o paciente pode não concordar, por exemplo, em relação ao tempo de tratamento ou custo. Por isso as restaurações diretas em resina composta usando uma barreira de sílica se mostra um tratamento barato de fácil execução e também com reversibilidade. Talvez possamos citar uma única limitação dessa técnica que seria o tempo clínico, por necessitar de moldagens prévias, uso de fase laboratorial e enceramento e diagnóstico. Por outro lado, como fator positivo, conseguimos ter uma previsibilidade do caso.

Nosso caso lançou mão desse recurso restaurador estético baseando em resultados colhidos (NOCCHI CONCEIÇÃO et. al. 2007) e (BARATIERI, 1998), onde o objetivo da recuperação estética e funcional foi alcançado como proposto ao paciente. Além de instalação de implantes nas áreas anodonticas anteroinferior. O resultado final ficou satisfatório, e com muita aceitação pelo paciente, que acompanhou todo processo nos enceramentos e diagnósticos prévios.

4 CONCLUSÃO

Em se tratando de uma paciente sindrômico, e cuja patologia envolvesse um corpo multidisciplinar, tanto para diagnóstico como tratamento, a questão que mais implicava no fator psicológico e autoestima foi era a estética bucal. Devolver o sorriso ao paciente tão sofrido pela falta de envolvimento social e funcional foi a parte mais importante de todo tratamento. Pacientes que sofrem de displasia ectodérmica, passam por vários profissionais de saúde antes ou procurar o cirurgião dentista, e muitas vezes são encaminhados por psicólogos ou médicos clínicos gerais, para sanar o verdadeiro problema. Ao final do tratamento odontológico proposto, conseguimos o resultado esperado e autorizado pelo paciente. A técnica de enceramento prévio permitiu ao paciente visualizar previamente em modelos de gesso, o resultado final. Essa técnica foi um método simples, barato, de fácil execução com resultado satisfatório estético, definitivo e reversível, quanto á parte de reanatomização dos elementos conóides. E com relação ás áreas anodonticas, após exames prévios e acompanhamento médico, onde foi atestado bom estado de saúde geral, possibilitou a implantação de dois implantes, que hoje consideramos última palavra em reabilitação oral estética e definitiva. Isso possibilitou ao paciente levar uma vida normal, devolvendo a saúde bucal, estética e aumentando a autoestima, o que fez melhorar seus vínculos sociais.

Referência

Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) 2000. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/20000/5400rdc.htm>>.

SANTOS, KT et al. **Displasia Ectodérmica Hipohidrótica**. Revista Brasileira <http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos>.

NOCCHI Conceição, Ewerton e colaboradores. **Dentística Saúde e Estética**, Porto Alegre -2ª edição – Artmed, 2007.

Bianchini, Marco Aurélio. **O passo-a-passo cirúrgico na implantodontia**: da instalação á prótese, São Paulo – 2º reimpressão – Santos 2010.

MONDELI, José. **Fundamentos de dentística operatória**, São Paulo – 4ª reimpressão, Santos 2010.

BARATIERI, Luiz Narciso et.al. **Odontologia Restauradora- Fundamentos e Possibilidades**, São Paulo – 2ª reimpressão – Santos 2002.