

Caso Estomatológico

José M. S. Amorim¹

Criança de 12 anos de idade que foi enviada à consulta de Estomatologia deste hospital devido a alterações do esmalte dentário. Estas alterações surgiram nos dentes decíduos e voltaram a surgir nos dentes definitivos. Segundo a mãe, os dentes nasceram normais e depois pareceram “desfa-

zer-se”. Refere também queixas álgicas difusas.

Ao exame oral não apresentava lesões de cárie mas o esmalte dentário apresentava o aspecto que se pode observar na figura 1.

Antecedentes pessoais: lesões do esmalte dentário na dentição decídua.

Antecedentes familiares: pai e um irmão mais novo com o mesmo problema.

Face ao descrito:

Qual o seu diagnóstico?

Qual a sua atitude?



Figura 1

¹ Serviço de Estomatologia Hospital de Crianças Maria Pia - Porto

A situação acima exposta insere-se no quadro das lesões de esmalte dentário com etiologia não cariogénica.

Tendo em conta os antecedentes familiares e os antecedentes pessoais esta situação insere-se no quadro das anomalias da estrutura e da cor da dentição, e em particular da amelogenese imperfeita.

A amelogenese imperfeita é uma anomalia estrutural do esmalte dentário e é hereditária sendo de transmissão autossómica dominante e nalguns subtipos ligada ao cromossoma X. Esta anomalia deve-se a uma função anormal dos ameloblastos ou a uma alteração no depósito estrutural e calcificação da matriz do esmalte.

Os portadores desta doença apresentam uma baixa incidência de cárie, devido a sulcos pouco profundos e à falta de contactos interdentários, mas apresentam maior incidência de patologia periodontal.

A lesão limita-se exclusivamente ao esmalte dentário

Os defeitos estruturais do esmalte classificam-se em 3 formas clínicas de apresentação:

1 – Amelogenese tipo hipoplásico

É a forma mais rara de apresentação, em que o dente apresenta zonas sem qualquer esmalte, porque a lesão

estabelece-se no estado embrionário do dente levando à falta de epitélio interno não se formando ameloblastos. O dente pode apresentar pequenas áreas sem esmalte ou não apresentar qualquer esmalte dentário. Existem 6 tipos deste tipo de amelogenese. Transmite-se de forma autossómica dominante, excepto o subtipo hipoplásico rugoso que se herda de forma autossómica recessiva e o subtipo hipoplásico liso que tem ligação ao cromossoma X.

2 – Amelogenese tipo hipocalcificado

É a forma mais frequente de apresentação desta patologia. A alteração manifesta-se na fase de calcificação da matriz orgânica do esmalte. O problema não é a quantidade de esmalte mas a sua qualidade. O dente nasce normal mas porque o esmalte é de fraca qualidade este vai-se fracturando deixando a dentina exposta, o que leva a queixas álgicas com as variações térmicas e com a força mecânica da mastigação. A transmissão faz-se predominantemente de forma autossómica dominante embora estejam descritos casos de transmissão, mais graves, de forma autossómica recessiva.

3 – Amelogenese tipo hipomaduro

Neste tipo de apresentação clínica a alteração manifesta-se na fase final da

amelogenese, durante a fase de maturação do esmalte. Os dentes têm espessura normal mas a quantidade de sais minerais é diminuta (calcificação deficiente). A raiz é normal, o esmalte é fraco, rugoso e de grande permeabilidade. Ao rx a coroa dentária apresenta uma densidade igual à da raiz. Transmite-se de forma autossómica dominante, ligada ao cromossoma X e de forma autossómica recessiva.

Este caso trata-se de uma amelogenese imperfeita tipo hipocalcificado.

O tratamento desta situação passa pela sensibilização dos pais e da criança para a necessidade de uma higiene cuidadosa afim de evitar o aparecimento de cáries neste esmalte fragilizado. Na altura devida pode-se melhorar a função e a estética desta criança com recurso à colocação de coroas metalomecânicas nos dentes atingidos.

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 43-44

BIBLIOGRAFIA

E. Barbería Leache, Odontopediatria, 2ª edición, Masson SA, 2001, Pag.85-91