



**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL EM ODONTOPEDIATRIA

## Uma revisão sistemática integrativa

Francisco de Borja Saenz-Diez Vazquez

Dissertação conducente ao Grau de .Mestre em Medicina Dentária em.(Ciclo Integrado)

Gandra, 19 de setembro de 2020-2021



**CESPU**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Francisco de Borja Saenz-Diez Vazquez**

Dissertação conducente ao Grau de. Mestre em Medicina Dentária em. (Ciclo Integrado)

**REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL EM ODONTOPEDIATRIA**  
**Uma revisão sistemática integrativa**

**Trabalho realizado sob a Orientação de Mestre M<sup>a</sup> Arminda Santos**



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Declaração de Integridade

Eu, **Francisco de Borja Saenz-Diez Vazquez**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.



## Agradecimentos

Aos meus pais, por me darem a oportunidade de estudar aquilo que eu realmente gosto. Graças a eles estudei nesta instituição que me permitiu alcançar aquilo que sou hoje.

À minha orientadora, Dra. Maria Arminda Santos, pelo apoio e ajuda na realização desta tese.

Às minhas avós, que hoje não podem estar aqui para se orgulhar daquilo que consegui realizar.

Agradeço também aos amigos que fiz ao longo destes anos em Portugal, em especial:

**Pauline Ifergan** (pelo apoio que recebi sempre, sei que será também uma excelente profissional e que vai conseguir tudo aquilo a que propuser. Dou graças por te ter conhecido),

**Pablo Canovas** (o meu binómio, estivemos juntos a tratar os pacientes e só espero que lhe corra tudo bem no seu futuro a nível pessoal e profissional), **Efraim Vazquez**, **Miguel Iozano**,

**Pedro Duy**, **Pedro Otero**, **Enrique Cabero**, **Lucas Rubio**, **Ramon Gantes**, **Carla Quintas**, **Mila-**

**gros Zavala**, **Carltonia Besos**, **Candela Bescansa**, **Bárbara Amorim**, **Ivana Cunha**, **Marta Mar-**

**tinetez**, **Dana Porco**, **Gauthier Jeannes**, **Agathe Morin**, **Ilona Bouniol**, **Roman Obl**, **Alessandro**

**Castanha**, **Tomaso M. Florini**, **Antonio Trota**, **Piergiorgio Altomarie**, **William Garofalo**, **Antonio**

**Gamone**, **Gianni Delpiano**, **Giovanni Spinelli**, **Giovanni Mango**, **Luigi Magno**, **Stephano Roer**,

**Nicola Antonio Tasone** e **Nicolo Garofalo**.

Também a toda a comunidade francesa da Cespu.

Aos meus amigos de Espanha, especialmente:

**Alejandro Bouzo**, **Manuel Fernandez de León**, **Jimmy Perez**, **Andres Suarez**, **Raul Estevez**,

**Adrian Alonso**, **Eduardo Gonzalez**, **Martin Molina**, **Aaron Guede**, **Mikel Rua**, **Fernando (Fer-**

**chu)**, **Jaime Rebollo**, **Miguel Armesto**, **Brais Vega**, **Cristina Zuazo**, **Maria Zuazo**, **Rocio Roper**,

**Ricardo Taozes**, **Juan Bedoya** e **Nuria DG**.

Obrigado a todos vocês por todo este tempo com tantas memórias e recordações que nunca me vou esquecer .



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Índice

1) Introdução .....	8
1.1 Cáries.....	9
1.2 Síndrome de displasia ectodérmica.....	10
2) Objetivos .....	12
3) Material e métodos.....	13
4) Resultados .....	15
4.1 Tabela de resultados .....	19
5) Discussão.....	22
6) Conclusão.....	25
7) Bibliografia .....	26



## Resumo / Abstract

**Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática das distintas possibilidades de reabilitação estético-funcionais em pacientes pediátricos.

**Material e métodos:** A metodologia utilizada baseia-se na realização de uma pesquisa bibliográfica, através de bancos de dados.

**Resultados:** Como possibilidades de reabilitação protética existem próteses removíveis ou próteses fixas. Dependendo da condição e das necessidades do doente, a opção de tratamento também pode variar.

**Conclusão:** É importante realizar uma reabilitação protética o mais cedo possível. A opção mais utilizada, é geralmente, a prótese removível, uma vez que nos permite fazer modificações adaptadas ao crescimento ósseo e à erupção dos dentes permanentes.

**Palavras-chave:** *"anodontia", "hipodontia", "oligodontia", "reabilitação protodôntica", "dentisteria pediátrica", "cáries da primeira infância", "displasia ectodérmica".*

## 1. Introdução

A odontopediatria é o ramo da medicina dentária que se encarrega da prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias da cavidade oral nas crianças. A OMS (Organização Mundial de Saúde), define a saúde oral como "a ausência de dor oral e facial, cancro de boca ou de garganta, infeções e chagas bucais, patologias periodontais, cáries, perda de dentes e outras patologias e transtornos que limitam, na pessoa afetada, a capacidade de morder, mastigar, sorrir e falar, ao mesmo tempo que repercutem no seu bem-estar psicossocial".

Em algumas ocasiões, encontramos-nos com crianças que apresentam ausência de algumas ou de todas as peças dentárias. Esta ausência ou perda prematura das peças dentárias pode ser devida não a síndromes, mas sim devido à presença de lesões de cárie, traumatismos, alterações dentárias induzidas por fármacos, desequilíbrios nutricionais, alterações estruturais ou germinais dos dentes mas, podem também estar associadas a um síndrome como é o caso da displasia ectodérmica, síndrome de Down, síndrome de Nance- Horan, síndrome de Rieger, lábi leporino e fenda palatina. <sup>(9)</sup>.

A ausência de dentes ou agenesia dentária, pode ser classificada de acordo com o número de dentes que estão ausentes, podendo ser diferenciados por, hipodontia quando faltam menos de 6 dentes; oligodontia quando faltam mais de 6 dentes e anadontia quando existe ausência da dentição. Cabe destacar que nesta classificação, não levamos em conta a ausência de terceiros molares. <sup>(3)</sup>

A agenesia na dentição temporária é considerada rara, não sendo tão comum como na dentição permanente, com uma prevalência de aproximadamente 1% na população caucasiana, sendo maior a sua prevalência em populações japonesas. Além disso, tem-se visto uma relação entre agenesias nos dentes decíduos e portanto, também a falta do sucessor permanente correspondente. A oligodontia tem uma prevalência que vai desde os 0,08% até 1,1%. <sup>(12)</sup>

## 1.1 Cáries

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a cárie dentária como um processo localizado de origem multifatorial que se inicia depois da erupção dentária, determinando o amolecimento do tecido duro do dente e que evolui até à formação de uma cavidade.

Os dentes temporários anteriores, são perdidos com maior frequência por cáries ou traumas em idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos. Esta é a idade em que a criança começa a desfrutar de atividades desportivas ao ar livre, jogos, etc. Na infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum, que não retrocede e não é curável mediante fármacos. Afeta uma grande proporção de crianças em idade pré-escolar em países industrializados e/ou em desenvolvimento que não têm acesso a programas preventivos. <sup>(1,5)</sup>

Podemos definir a cárie infantil precoce na presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas, ausência de partes por cáries e/ou partes restauradas por cáries presentes em crianças menores de 71 meses de idade. <sup>(1)</sup>

## 1.2 Síndrome de displasia ectodérmica

Uma das síndromes que mais afeta os dentes em idades muito jovens é a displasia ectodérmica. Caracteriza-se pelo desenvolvimento anormal de derivados embriológicos da ectoderme. Afeta as estruturas ectodérmicas como dentes, pele, unhas, cabelos e glândulas sudoríparas. Foram descritos mais de 150 tipos, sendo a forma hipohidrótica a mais comum. Esta apresenta uma taxa de mortalidade infantil entre 2% e 20%, dependendo do diagnóstico precoce e do tratamento. Caracteriza-se pela tríade: hipohidrose (capacidade reduzida de sudorese), oligodontia e hipotricose (ausência de cabelo). <sup>(13)</sup>

As manifestações orais desta síndrome incluem: forma anormal dos dentes, hipoplasia do esmalte, altura reduzida da crista alveolar, retrusão maxilar, espaçamento generalizado entre os dentes, erupção tardia dos dentes permanentes, arco palatino alto e ausências dentais que vão desde a falta de algumas peças até à ausência completa de todas. <sup>(2)</sup>

As agenesias ou perdas prematuras de peças dentárias temporárias podem implicar problemas de má oclusão, dificuldade para uma correta mastigação, dificuldade na fonação e problemas estéticos. <sup>(5)</sup>

Quando se perde um dente temporário de forma prematura, os dentes adjacentes tendem a inclinar-se criando problemas de apinhamento ou má-oclusão, diminuindo a longitude da arcada e fechando o espaço do dente permanente que vai erupcionar<sup>(5)</sup>

Inclusivamente, a anodoncia ou a completa ausência de peças dentárias manifesta-se com uma falta de desenvolvimento da crista alveolar o que implica uma diminuição da dimensão vertical, reduzindo a parte inferior do rosto e o bordo avermelhado dos lábios, dando uma aparência de envelhecimento à criança. Tudo isto pode influenciar o desenvolvimento psicossocial da criança e, como tal, a odontopediatra deve tentar evitar ou atenuar estes problemas mediante a realização de reabilitações estético-funcionais utilizando próteses removíveis completas ou parciais, ou se possível, próteses fixas. Deste modo, podemos conseguir um bom desenvolvimento do sistema estomatogmático conservando uma boa função mastigatória, fonética e estética, mantendo a longitude da arcada e ajudando à correta posição da língua, prevenindo assim possíveis aparições de hábitos indesejados. <sup>(8,1)</sup>

Estes tratamentos representam um desafio para a odontopediatra, uma vez que temos de ter em consideração a colaboração do paciente, podendo ser necessário consultas de longa duração. O custo do tratamento não tem que ser muito elevado, nem interferir no desenvolvimento ou crescimento do paciente. É recomendado um tratamento provisório pois a criança continua em fase de crescimento. <sup>(6)</sup>

Em casos de dentição temporária, temos em consideração que o tamanho das peças dentárias são menores e que se tratam de dentes que vão esfoliar e mudar-se para uma dentição permanente. Estas próteses devem ser monitorizadas, uma vez que requerem ajustes e trocas constantes, dado que a criança se encontra em crescimento que vai induzir a perda e troca de peças dentárias. <sup>(4,11)</sup>

Quando encontramos ausências dentárias e temos que selecionar o tipo de dispositivo a colocar no paciente, devemos ter em consideração diferentes fatores:

- O número de peças dentárias ausentes,
- A alteração estética presente, o estado de desenvolvimento dentário da criança e o estado das peças dentárias adjacentes. <sup>(5)</sup>

Tendo em consideração estes dados, conseguimos decidir com mais segurança o tipo de material a utilizar, se a reabilitação a utilizar deve ser fixa ou removível, unilateral ou bilateral.

## 2. Objetivos

O objetivo geral é realizar uma revisão sistemática sobre as diferentes possibilidades de reabilitação estético-funcionais em odontopediatria.

Como objetivos específicos podemos estabelecer:

- Conhecer as causas mais comuns de perda e/ou ausência de peças dentárias em crianças;
- Comparar os diferentes métodos de reabilitação protética em crianças;
- Estabelecer o melhor método, dependendo das necessidades de cada caso, ou seja, se prevalece a necessidade estética, a funcional ou simplesmente a necessidade de se manter o espaço para a erupção do dente permanente.

### 3. Material e métodos

A metodologia utilizada baseia-se na realização de uma pesquisa bibliográfica através das seguintes bases de dados: "PubMed", "SCOPUS", "Scielo", no portal de jornais científicos da Universidade Federal de Juiz de Fora.

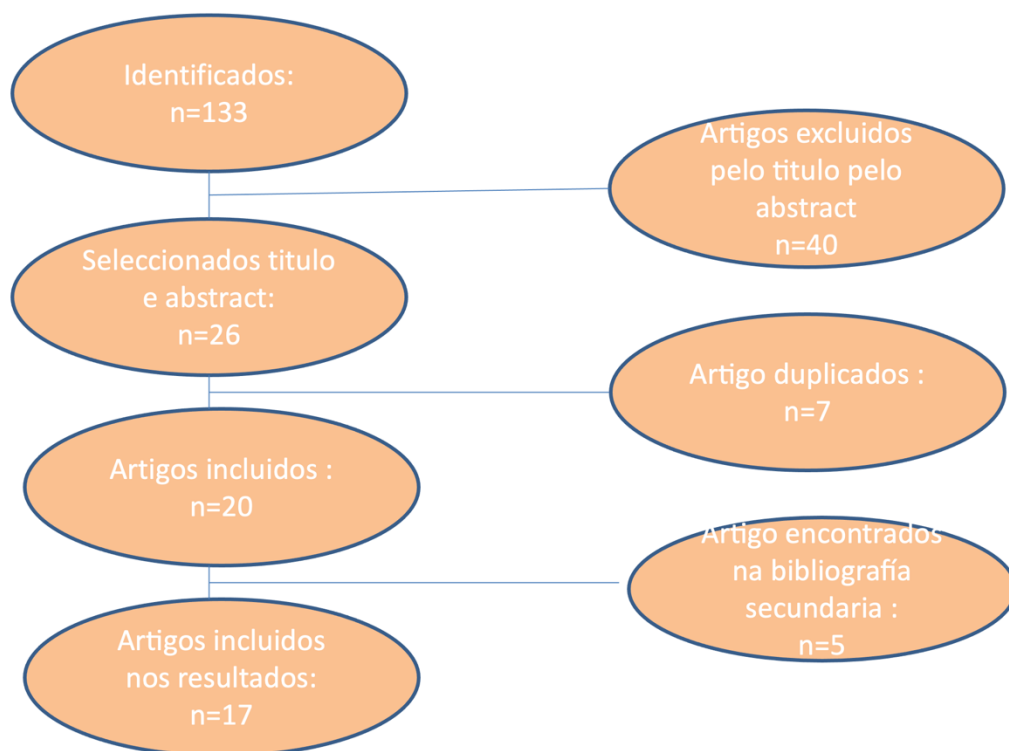
Para a procura utilizaram-se as palavras-chave *"anodontia", "hipodontia", "oligodontia", "reabilitação protodôntica", "dentisteria pediátrica", "cáries na primeira infância", "displasia ectodérmica"*.

Dos artigos obtidos, foram selecionados aqueles que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos com o texto completo disponível;
- Nos idiomas inglês, português e castelhano;
- Artigos publicados nos últimos 20 anos (2001–2021)

Nº procura	Palavras-chave	Artigos
1	"Prosthodontic rehabilitation" OR "prosthetic rehabilitation" AND "childhood"	20
2	"Prosthodontic rehabilitation" OR "prosthetic rehabilitation" AND "pediatric dentistry"	74
3	"Prosthodontic rehabilitation" OR "prosthetic rehabilitation" AND "ectodermal displasia"	39
TOTAL 133		

- Março de 2021





## 4. Resultados

Tal como foi referido na introdução, a ausência de dentes temporários em crianças pode afetar um ou vários dentes com consequências funcionais e estéticas. Uma vez que nem todos os dentes têm a mesma função na boca, os planos de tratamento podem variar dependendo se se encontram no setor anterior, onde pode ser importante a estética da criança, ou no setor posterior, onde se privilegia a mastigação e manutenção da longitude da arcada, para uma posterior erupção dos dentes permanentes.

Também teremos em conta, na hora de decidirmos pelo tipo de prótese, o número de peças dentárias ausentes.

Seguidamente, relataremos alguns casos clínicos encontrados na bibliografia, de crianças com ausências dentárias e que foram resolvidos de diferentes formas.

Em 2019, AlNuaimi e R. Mansoor descreveram um caso clínico de displasia e oligodontia. Estes autores avaliaram um paciente de 5 anos de idade com Displasia Ectodérmica Hipodróica. No exame intraoral, apresentava os seguintes dentes em boca: segundos molares superiores, caninos permanentes superiores e inferiores e caninos temporários superiores. Os caninos temporários superiores apresentavam um tratamento dentário para melhorar a estética e simular os incisivos centrais. O paciente apresentava sobremordida profunda e cristas alveolares delgadas e atroficas em forma de lâmina de faca. A mucosa oral estava seca e a língua era grande. Apresentava uma saliva espessa e uma higiene deficiente.

As opções de tratamento para este paciente foram as seguintes: próteses parciais removíveis, sobredentaduras, usando como âncoras os dentes aos quais se teria que realizar tratamento pulpar seletivo ou próteses parciais fixas.

Finalmente para a parte superior foi selecionado um mantenedor de espaço do tipo botão de Nance com bandas nos segundos molares e com bases metálicas a fim de incorporar ao aparelho os primeiros molares e um dente incisivo para melhorar a estética e a mastigação. Na parte inferior, os autores colocaram uma ponte fixa de 8 peças de metal-cerâmica sobre os caninos inferiores permanentes, preenchendo com pânticos os incisivos inferiores e os primeiros molares temporários.

As próteses parciais removíveis foram descartadas pela escassa retenção, consequência da crista alveolar atrofica e a escassa e espessa saliva. As sobredentaduras foram descartadas

pela solicitação dos pais de realizar um tratamento mais conservador para os dentes remanescentes.

Neste caso de um paciente de 5 anos de idade, relatado pelo autor Marwaha em maio de 2012, podemos observar na análise intraoral a presença de cáries com destruição total da coroa em todos os dentes temporários superiores e no segundo molar inferior esquerdo. Apresenta os primeiros molares permanentes com cáries que foram restaurados.

Devido à impossibilidade de realizar terapia pulpar e restauradora das peças temporárias superiores e do 75 procedeu-se à extração após a cicatrização da gengiva.

Para a reabilitação da arcada superior deste caso, ao apresentar muito poucas peças dentárias, as opções de tratamento reduzem-se a uma opção. Pelo que se optou por uma prótese parcial removível de resina que se fixaria mediante retentores de gancho aos primeiros molares superiores permanentes. Na arcada inferior colocou-se um mantenedor de espaço tipo banda-alça. A banda foi colocada no 36 e a alça apoiou-se no 74.

No seguinte caso relatado pelos autores M. Grazia Cagetti, um paciente de 3 anos de idade com uma meningite bacteriana de origem dentária foi reencaminhado à clínica odontológica para a extração de peças dentárias.

Produziu-se a extração de todas as peças superiores, exceto o canino superior direito, o 53, que foi escolhido por ser o último a esfoliar e pelas suas dimensões para ser usado como retenção numa prótese removível tipo sobredentadura.

Neste caso, as opções de tratamento foram: prótese removível completa, sobredentadura completa usando uma peça dentária como pilar.

Decidiram-se pela sobredentadura para melhorar a retenção da prótese superior. Para isso, foi realizado um tratamento do canal no 53 e colocou-se uma bola protética dentro do canal do conduto.

Em continuação, a sobredentadura foi elaborada usando-se a bola como gancho.

No seguinte caso pelos autores Goenka P. foi relatado: um menino de 4 anos que comparece à consulta com dor severa e contínua no incisivo central direito temporal. Os pais relataram traumatismo causado por uma queda de bicicleta no ano anterior. Na exploração intraoral apresentava eritema e inchaço da gengiva, mobilidade grau III e sensibilidade à palpação. No exame radiográfico, apresentou uma considerável perda óssea. Por tudo isto, optou-se pela extração da peça dentaria. <sup>(5)</sup>

As opções de tratamento que se apresentaram eram: mantenedor de espaço removível, mantenedor de espaço fixo mediante o uso de bandas nos segundos molares temporários e com arame e cinta que segure um dente de resina, fibra de vidro reforçada com resina. Finalmente foi realizada a terceira opção em que se colocou uma fibra de vidro reforçada com resina apoiada nos dentes adjacentes cimentando-se sobre ela a coroa do dente provisório de forma semelhante a um Maryland.

No caso seguinte, do autor Abdulla, AM foi descrito um paciente de 7 anos de idade com Síndrome de Christ-Siemens-Touraine. Esta síndrome caracteriza-se pela seguinte tríade: redução da quantidade de cabelo (hipotricose), ausência de glândulas sudoríparas (anidrose) e a ausência de glândulas sebáceas (esteotose). Ao exame intraoral, apresenta os primeiros molares permanentes, segundos molares temporários, os quatro caninos temporários com forma cônica e incisivos temporários <sup>(8)</sup>

Neste caso, o tratamento mais adequado foi a colocação de duas próteses parciais removíveis, uma superior e outra inferior. Além disso, os incisivos superiores foram reconstruídos com compósito para melhorar a estética do paciente.

No seguinte caso dos autores Hyeon-Goo Kang foi descrito um relatório de um paciente de 5 anos de idade que comparece à consulta com um quadro de policaries. A mãe adverte que ele não escova os dentes e que devido ao mau aspecto dos seus dentes e uma criança introvertida e pouco sociável no ambiente escolar. Na análise clínica podemos observar uma higiene deficiente, gengivite, cáries nas peças 51,52,53,54,55,61,62,63,65 e 73, restos radiculares das peças 74,75,84 e 85 <sup>(17)</sup>

O plano de tratamento consistiu na remoção e reabilitação daquelas peças dentárias que se podiam conservar e na extração daquelas que estavam muito destruídas.

Em continuidade procedeu-se à realização de uma prótese parcial removível superior e outra inferior que repuseram as peças ausentes.

## 4.1 Tabela de resultados

	Causa de ausência dental	Tipo de tratamento	Conclusões
Medeiros C et al. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. (2009) (1)	Cáries	Prótese parcial removível	A prótese removível melhora a função mastigatória, fonética e estética
AINuaimi R, Mansoor M. Prosthetic rehabilitation with fixed prosthesis of a 5-year-old child with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia and Oligodontia: a case report. (2009) (2)	Displasia ectodérmica	Ponte fixa cimentada inferior. Mantenedor de espaço tipo botão de Nance modificado com dentes em ausência superiores.	A reabilitação precoce é importante e melhora a qualidade de vida dos pacientes com displasia ectodérmica
Rathee M et al. Early functional, esthetic, and psychological rehabilitation of preschool child with non-syndromic oligodontia and anodontia in mixed dentition stage through conservative systematic approach: A case report with 5year followup. (2016) (3)	Oligodontia maxilar e anodontia mandibular idiopática	Prótese parcial removível	É importante a reabilitação protética precoce desde um ponto de vista funcional e psicológico. Essas próteses requerem monitorização e ajustes.
Marwaha M, Bhat M, Nanda KDS. Building-up a Smile in a 5-Year-Old Child: A Case Report. (2012) (4)	Cáries	Prótese fixa mediante uma ponte de compósito reforçado com fibra	É uma técnica mais estética, funcional e confortável do que a prótese removível.
Goenka P et al. Simple Fixed Functional Space Maintainer. (2014) (5)	Traumatismo	Prótese fixa com fibra reforçada com compósito	É uma técnica simples, funcional e estética quando se perde uma peça dental temporária.
Goldenfum GM et al. Esthetic Rehabilitation in Early Childhood Caries: A Case Report. (2019) (6)	Cáries	Mantenedor de espaço com dentes de acrílico acoplados	O uso de resinas é uma das primeiras opções para repor peças anteriores.
Gholman RR et al. Dental Rehabilitation of a Child with Ectodermal Dysplasia: A Case Report. (2019) (7)	Displasia ectodérmica		Esses pacientes necessitam uma abordagem odontológica multidisciplinar

Abdulla AM et al. Prosthodontic Management of a Pediatric Patient with Christ-Siemens-Touraine Syndrome: A Case Report. (2019) (8)	Síndrome Christ-Siemens-Touraine	Prótese parcial removível	Necessita-se uma abordagem multidisciplinar para conseguir uma correta função mastigatória com revisões e ajustes das próteses.
Hyeon-Goo K, Yoon-Hyuk H, Chan-Jin P, Lee-Ra C. Rehabilitation of a patient with non-syndromic partial oligodontia. (2016) (9)	Oligodontia de causa genética	Ortodontia e implantes (trata-se de um paciente de 17 anos)	Abordagem multidisciplinar em paciente adolescente (17 anos)
Cagetti MG et al. Special-needs patients in pediatric dentistry: Progeroid syndrome. A case of dental management and oral rehabilitation. (2019) (10)	Síndrome progeróide	Prótese parcial removível	Com as próteses removíveis, consegue-se uma estética e função adequadas e podem ser modificadas
Cezária T et al. Oral rehabilitation with overdenture in a pediatric patient. (2009) (11)	Meningite bacteriana	Sobredentadura removível ancorando uma bola na raiz do canino para melhorar a retenção	Conseguir uma correta função, uma estética e desenvolvimento psicossocial.
Alves N, Oliveira RJ, Deana NF. Displasia ectodérmica hipohidrótica - un síndrome de interés para la odontología. (2012) (12)	Displasia ectodérmica		O tratamento da oligodontia nestes pacientes é importante para conseguir uma melhor qualidade de vida e mitigar as alterações no crescimento facial que sofrem.
Vázquez E, Gómez B, Gómez B, Gómez V, Planells del Pozo P. Displasia ectodérmica hipohidrótica. Posibilidades de rehabilitación oral en el paciente infantil. (2013) (13)	Displasia ectodérmica	Prótese removível, próteses fixas e inclusive comenta a possibilidade de implantes	Melhora a qualidade de vida destes pacientes
Domínguez A, Aznar T. Removable prostheses for preschool children: report of two cases. (2004) (14)	Cáries	Prótese removível	Melhorar a função, a estética e o desenvolvimento psicossocial.
Barrios Z. Rehabilitación bucal en el paciente pediátrico. Reporte de caso. (2011) (15)	Cáries	Prótese removível	A reabilitação devolve-lhe a funcionalidade, a fonética, a estética, o bem-estar físico e social. Atua preventivamente no desenvolvimento de maloclusões



Corona AA et al. Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: Reporte de un caso. (2014) (16)	Cáries	Prótese removível	Melhora a função, a estética, a fonética
Pipa A. López-Arranz E. González M. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica. Actualización. (2006) (17)	Displasia ectodérmica	Prótese removível	A prótese removível melhora a estética e função de forma consideravelmente fácil e económica.

## 5. DISCUSSÃO

Algumas das causas mais frequentes para a perda ou ausência de peças dentárias em crianças são as cáries e algumas síndromes como a displasia ectodérmica. Contudo, também existem outras causas como traumatismos, infecções generalizadas, ou de origem genéticas ou ambientais.

Como vimos nos casos clínicos, dispomos de várias opções de tratamento. Dependendo do caso, devemos ter em consideração o tipo de reabilitação a realizar:

- O tipo de paciente, ou seja, se é colaborante ou não. Se o paciente se mostra calmo e aguenta na cadeira o tempo necessário, poderemos decidir-nos por uma prótese fixa (sempre que as características das peças dentárias o permitirem). Contudo, se não é colaborante, teremos que optar por um tratamento mais rápido como uma prótese removível;
- A higiene do paciente;
- O número de peças temporárias ausentes, assim como, se apresenta agenesia de peças permanentes;
- A posição das peças dentárias ausentes. Se se encontram no setor anterior, procuramos mais estética e se se encontram no setor posterior procuramos função mastigatória;
- A questão econômica, uma vez que com a erupção das peças permanentes, o dispositivo pode necessitar ajustes ou inclusive de ser substituído por um novo.

AlNuaimi, num artigo de 2019, afirma que as próteses fixas são mais cómodas para o paciente e apresentam um resultado higiénico e estético mais estável. Afirma também, que melhoram a função mastigatória e a fala e têm menos sequelas negativas do que outros tipos de próteses. O que as converte na opção ideal para pacientes jovens. Contudo, quando o paciente não apresenta agenesia das peças permanentes, os aparelhos fixos tendem a ser mais complexos na hora de fazer os ajustes, pelo que o aparelho removível seria mais adequado nos casos que não apresentassem ausência de peças permanentes. É por isso



que as próteses parciais removíveis são o tratamento mais comum realizado em crianças. Por outro lado, quando o paciente apresenta uma displasia ectodérmica, esse tipo de reabilitação apresenta dificuldades de retenção e estabilidade causadas pelo mau desenvolvimento das cristas alveolares e pouca secreção salivar. Nesse ponto, o artigo de Gholman RR et al, está de acordo. Diz-nos que nestes casos a sobredentadura é a melhor opção, já que preserva mais osso alveolar em comparação com as próteses removíveis. Como desvantagem, precisamos que tenha dentes presentes na boca que nos sirvam de ancoragem e tratamento endodôntico das peças.

Nesse mesmo artigo, fala-nos dos efeitos secundários não desejados da ausência dentária em crianças, como é o caso da reabsorção da crista alveolar, a diminuição da dimensão vertical e a tendência à classe III.

Domínguez e Aznar no seu artigo de 2004, dizem que a prótese removível não impede o correto desenvolvimento da mandíbula e está destinada a preservar o espaço para os dentes permanentes, prevenindo a extrusão do antagonista e promovendo uma função mastigatória adequada. Como parte negativa deste tipo de reabilitação, é difícil alcançar o êxito total, pois a adaptação e os passos da elaboração da prótese dependerão da colaboração de criança e familiares.

Tanto AlNuaimi et al e Rathee M et al, coincidem nos artigos sobre a importância de se realizar a reabilitação protética em crianças o mais cedo possível.

Marwaha M et al, no artigo mostra-nos as vantagens de um aparelho removível, como ser mais fácil limpar fora da boca e manter uma melhor higiene oral, bem como que podem ser usados quando o paciente queira; como desvantagem, podem extraviar-se ou partir-se e que, se não se usam adequadamente, podem deixar de ser eficazes. Também comenta que os aparelhos fixos se desenham de forma correta, são menos danosos para os tecidos orais. Goldenfum GM et al também concorda com estas vantagens e desvantagens.

Todos os artigos realizados concordam com a realização de um exame clínico e radiológico de forma minuciosa do paciente pediátrico, para poder escolher a melhor opção de reabilitação protética. Também coincidem nas consequências que a ausência de peças dentais

pode acarretar, como sejam problemas fonéticos, estéticos, mastigatórios, psicológicos, sociais... A falta de peças produz problemas de apinhamento ou má oclusão, diminuição da longitude da arcada, reabsorção do rebordo ósseo.

Nos artigos revistos, sempre que as peças tenham sido perdidas por cáries, estabelece-se uma parte do plano de tratamento que consiste em educação e prevenção para que não volte a acontecer o mesmo e não se desenlace nas peças permanentes.

Nos casos anteriores, vimos diferentes tipos de reabilitações protéticas que se podem realizar no paciente pediátrico. Porém, uma vez realizadas, requerem monitorização mediante revisões periódicas para que a erupção das partes permanentes seja controlada, sempre que o paciente não apresente também agenesia dessas peças. Portanto, quando nos encontramos com uma peça que está irrompendo e o paciente usa uma prótese parcial removível que, como dizíamos nos parágrafos anteriores, é o tratamento que mais se realiza em pacientes pediátricos, procedemos a retocar essa prótese parcial removível, extraída do artigo de Rathee et al, em que realizaram uma janela palatina para a erupção da peça permanente.

## 6. Conclusão

As causas mais comuns de ausência dentária em crianças são as cáries ou síndromes como a displasia ectodérmica.

É importante realizar uma reabilitação protética o mais rápido possível para conseguir uma correta função do aparelho mastigatório, evitar atrofias dos ossos maxilares, evitar deslocamentos das peças dentárias que possam interferir na erupção dos dentes definitivos e conseguir uma estética aceitável para que a criança tenha um desenvolvimento psicossocial adequado.

Na maioria dos casos, opta-se por uma prótese removível na qual se podem fazer modificações conforme vão rompendo os dentes permanentes.

## Bibliografia

1. Medeiros C et al. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. HU Revista [Internet]. 2009; 35 (1). 59-64. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/504>
2. AlNuaimi R, Mansoor M. Prosthetic rehabilitation with fixed prosthesis of a 5-year-old child with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia and Oligodontia: a case report. Medical Case Reports [Internet]. 2009; 13 (329). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2268-4>
3. Rathee M et al. Early functional, esthetic, and psychological rehabilitation of pre-school child with nonsyndromic oligodontia and anodontia in mixed dentition stage through conservative systematic approach: A case report with 5year followup. Contempclinden [Internet]. 2016; 7 (2). 232-235. Disponível em: <http://www.contempclindent.org>
4. Marwaha M, Bhat M, Nanda KDS. Building-up a Smile in a 5-Year-Old Child: A Case Report. Int J Clin Pediatr Dent. 2012; 5(2):151-154. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148736/>
5. Goenka P et al. Simple Fixed Functional Space Maintainer. Int J Clin Pediatr Dent. 2014; 7(3):225-228. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335120/>

6. Goldenfum GM et al. Esthetic Rehabilitation in Early Childhood Caries: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019; 12(2):157–159. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6749867/>
  
7. Gholman RR et al. Dental Rehabilitation of a Child with Ectodermal Dysplasia: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019; 12(4):362–365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6898874/>
  
8. Abdulla AM et al. Prosthodontic Management of a Pediatric Patient with Christ-Siemens-Touraine Syndrome: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019; 12(6):569–572. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229389/>
  
9. Hyeon-Goo K, Yoon-Hyuk H, Chan-Jin P, Lee-Ra C. Rehabilitation of a patient with non-syndromic partial oligodontia. *J Adv Prosthodont.* 2016; 8:241-50. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/upload/SynapseData/PDFData/0170jap/jap-8-241.pdf>
  
10. Cagetti MG et al. Special-needs patients in pediatric dentistry: Progeroid syndrome. A case of dental management and oral rehabilitation. *Italy Pediatric Reports.* 2019; 11(2):7951. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6548995/>
  
11. Cezária T et al. Oral rehabilitation with overdenture in a pediatric patient. *Odontol pediátr.* 2009; 17(3): 186-192. Disponível em: [https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/148\\_casclin3.09.pdf](https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/148_casclin3.09.pdf)

12. Alves N, Oliveira RJ, Deana NF. Displasia ectodérmica hipohidrótica - un síndrome de interés para la odontología. Int. J. Odontostomat. 2012; 6(1):45-50. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262619140\\_Displasia\\_Ectodermica\\_Hipohidrotica\\_un\\_Sindrome\\_de\\_Interes\\_para\\_la\\_Odontologia](https://www.researchgate.net/publication/262619140_Displasia_Ectodermica_Hipohidrotica_un_Sindrome_de_Interes_para_la_Odontologia)
13. Vázquez E, Gómez B, Gómez B, Gómez V, Planells del Pozo P. Displasia ectodérmica hipohidrótica. Posibilidades de rehabilitación oral en el paciente infantil. Gaceta dental. 2013; 253: 120-128. Disponible en: [https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2013/11/253\\_CIENCIA\\_DisplasiaEctodermica.pdf](https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2013/11/253_CIENCIA_DisplasiaEctodermica.pdf)
14. Domínguez A, Aznar T. Removable prostheses for preschool children: report of two cases. Quintessence International. 2004; 35(5): 397- 400. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/8575845\\_Removable\\_prostheses\\_for\\_preschool\\_children\\_Report\\_of\\_two\\_cases](https://www.researchgate.net/publication/8575845_Removable_prostheses_for_preschool_children_Report_of_two_cases)
15. Barrios Z. Rehabilitación bucal en el paciente pediátrico. Reporte de caso. MedULA. 2011; 20(1): 67 -72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4768971>
16. Corona AA et al. Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: Reporte de un caso. Rev Tamé. 2014; 3(7): 223-229. Disponible en: [http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_7/Tam137-5.pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_7/Tam137-5.pdf)



17. Pipa A. López-Arranz E. González M. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica. Actualización. Av odontoestomatol. 2006; 22(3): 171-176. Disponible en:  
<https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n3/03.pdf>

