

REABILITAÇÃO PROTÉTICA PROVISÓRIA EM DISPLASIA DENTINÁRIA TIPO I: RELATO DE CASO CLÍNICO

Bruna Santos Ferreira¹
Samara Rodrigues Duarte²
Soraia Veloso da Costa³

RESUMO

A Displasia Dentinária (DD) é uma doença rara, hereditária e incomum que afeta o desenvolvimento dentinário humano. É dividida em dois tipos: I (radicular) e tipo II (coronária). A tipo I é a mais comum, podendo afetar a dentição decídua e permanente. Clinicamente as unidades dentárias não apresentam nenhuma alteração de formação, porém pode-se notar mobilidade e perda precoce, devido a má formação ou ausência radicular, observada radiograficamente. O objetivo deste relato de caso é discorrer sobre a reabilitação protética provisória e experimental da arcada superior de uma paciente de 8 anos de idade com diagnóstico precoce de Displasia Dentinária tipo I desde os 3 anos de idade. A paciente encontra-se em acompanhamento por uma equipe interdisciplinar e, durante as consultas odontológicas, percebeu-se a necessidade de proporcionar conforto e mais qualidade de vida para a criança. Sendo assim, foi proposto a confecção de uma prótese provisória mucossuportada. O tratamento da displasia dentinária ainda é incerto e com poucos relatos na literatura, uma vez que não há um consenso sobre quais as melhores condutas a serem realizadas. É importante um acompanhamento interdisciplinar e multidisciplinar para esses casos.

Palavras-chave: Displasia da Dentina. Reabilitação Bucal. Prótese Parcial Temporária. Odontopediatria.

TEMPORARY PROSTHETIC REHABILITATION IN TYPE I DENTINARY DYSPLASIA: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

Dentin Dysplasia (DD) is a rare, hereditary and unusual disease that has affected human dentin development. It is divided into two types: I (radicular) and type II (coronary). Type I is the most common, and may affect the deciduous and permanent dentition. Clinically, the dental units do not present any change in formation, but mobility and early loss can be noted, due to poor formation or root absence, observed radiographically. The objective of this case report is to discuss the provisional and experimental prosthetic rehabilitation of the upper arch of an 8-year-old patient with an early diagnosis of Type I Dentin Dysplasia since she was 3 years old. The patient is being monitored by an interdisciplinary team and, during dental consultations, the need to provide comfort and better quality of life for the child is perceived. Therefore, the creation of a mucous-supported provisional prosthesis was proposed. The treatment of dentin dysplasia is still uncertain and with few reports in the literature, since there is no consensus on the best conducts to be performed. An interdisciplinary and multidisciplinary follow-up is important for these cases.

Keywords: Dentin Dysplasia. Mouth Rehabilitation. Denture Partial Temporary. Pediatric Dentistry

¹ Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba, email: brufferreira80@hotmail.com

² Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba, email: samduartee@gmail.com

³ Professora Orientadora do Centro Universitário UniFTC Salvador-Ba. Especialista e Mestra em Odontopediatria, email: scosta.ssa@ftc.edu.br

INTRODUÇÃO

A displasia dentinária (DD) é considerada uma doença rara de defeito genético. Essa má formação dentinária é dada por uma herança autossômica dominante, apresentando-se como uma das formas mais raras e prevalência de distúrbios dentinários humanos. Essa condição afeta uma em cada cem mil pessoas, acometendo dentição decídua e permanente, com comprometimento do esmalte e/ou dentina, no desenvolvimento dentário. A ocorrência da DD pode gerar problemas estéticos, funcionais e psicológicos. Ela é dividida em dois tipos: tipo I (radicular) e tipo II (coronária). São ainda classificadas como hereditárias, congênicas ou adquiridas (TOOMARIAN *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2011; NEVILLE *et al.*, 2016; AKHIL JOSE *et al.*, 2019).

No tipo I, tanto na dentição decídua como na permanente, o aspecto clínico dos dentes não apresenta nenhuma alteração de formação, porém observa-se a presença acentuada de mobilidade. As imagens radiográficas revelam a presença de raízes curtas e mal formadas, ou até mesmo, a ausência delas o que justifica a mobilidade acentuada. Com isso, a esfoliação prematura dos dentes pode ocorrer espontaneamente ou após pequenos impactos (MACHADO *et al.*, 2012; CHEN *et al.*, 2019). Já no tipo II, os dentes decíduos apresentam uma alteração de cor, com uma transparência que varia entre o azul, âmbar e marrom, enquanto a dentição permanente permanece sem ser afetada clinicamente. Mas, radiograficamente, apresenta raízes delgadas, além de obliteração precoce da polpa (NEVILLE *et al.*, 2016).

Carrol *et al.* (1991) e Ruela & Sampaio (1998), subdividiram a DD tipo I em 04 subtipos: a DDla, é a forma mais grave, na qual há obliteração completa da polpa e o desenvolvimento radicular geralmente é incompleto ou ausente; a DDlb apresenta raiz cônica e curta, com uma linha radiolúcida horizontal em forma de meia-lua ao longo da junção cimento-esmalte; a tipo DDlc tem duas linhas horizontais sendo côncavas e a raiz tem cerca de metade do comprimento normal; a DDld é a menos severa dos subtipos, na qual as raízes têm comprimento normal, porém pode ter uma pequena alteração da câmara pulpar ao nível da junção cimento-esmalte (BASTOS *et al.*, 2010; MALIK S *et al.*, 2015; CHEN D *et al.*, 2019).

Ainda que a Displasia Dentinária tipo I (DDI) possa ocorrer nas duas dentições, a dentição decídua é a mais afetada, com maior severidade, pouca ou nenhuma polpa

detectável e raízes acentuadamente pequenas ou ausentes (NEVILLE *et al.*, 2016). Por isso, o odontopediatra tem papel importantíssimo na realização de um diagnóstico precoce, com o intuito de realizar um plano de tratamento adequado para cada caso (CARNEIRO, 2014).

O objetivo deste trabalho foi relatar a reabilitação protética provisória e experimental da arcada superior em uma paciente portadora de Displasia Dentinária do tipo I, com diagnóstico precoce e em acompanhamento desde então, evidenciando as características clínicas, radiográficas e hereditárias desta patologia, enfatizando a importância do acompanhamento e tratamento interdisciplinar e multidisciplinar.

RELATO DE CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO

Paciente J.J.F.M., oito anos de idade, sexo feminino, brasileira, estudante. Compareceu a clínica escola de odontopediatria da UniFTC, campus Paralela em Salvador-Ba, com os seus pais para uma consulta de retorno. A genitora nega alergias e doenças de base. A mesma relatou: “minha filha está sofrendo bullying na escola por falta dos seus dentes”. Comentou ainda, que a condição atual da dentição afetou a auto estima da criança, trouxe dificuldades em socializar, interferindo na realização de ações vitais como se alimentar e falar, devido à mobilidade e perda dentária precoce. Junto com a queixa principal, os familiares relataram preocupação e angústia com o futuro de sua filha e suas limitações no decorrer do seu desenvolvimento, tanto estéticos quanto funcionais.

Durante a anamnese e revisão do prontuário, foi constatado o diagnóstico prévio de Displasia Dentinária Tipo I (DDI), aos três anos de idade, quando a criança foi atendida pela primeira vez na instituição e foi feita uma anamnese detalhada, exame clínico completo e solicitação da primeira panorâmica, assim como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Desde então os pais foram orientados sobre a importância e necessidade de acompanhamento periódico, assim como sobre as limitações ainda existentes em relação ao tratamento para o caso. O genitor relatou ainda, que também foi diagnosticado aos onze anos de idade com a mesma condição dentária da filha. Ao longo do acompanhamento odontológico da criança a mesma já foi submetida a procedimentos preventivos (instrução de higiene

oral, profilaxia e aplicação tópica de flúor) e procedimentos restauradores com cimento de ionômero de vidro e resina composta (Tabela 1).

Tabela 1: Atendimentos anteriores.

Data do atendimento	Procedimentos executados
05/11/2018	Primeira consulta, profilaxia e ATF.
12/11/2018	Avaliação do diário alimentar, controle de comportamento, profilaxia e aplicação tópica de flúor.
10/09/2019	Restauração classe I com CIV Light Cure (SDI) (dente 54) e restauração classe IV com resina composta (dente 63).
05/11/2019	Restauração com resina composta EB1 (FORMA) (dente 63) e fotografias intrabucais.
03/11/2021	Reavaliação, profilaxia, restaurações com CIV Light Cure (SDI) (dentes 63 e 54).
10/11/2021	Profilaxia, restauração com CIV Light Cure (SDI) (dente 16).
17/10/2021	Fotografias intrabucais, frontal e lateral.
05/05/2022	Reavaliação, profilaxia, fotografias intrabucais.
31/05/2022	Restaurações com CIV Light Cure (SDI) (16,63 e 74), fotografias intrabucais.
13/09/2022	Fotos intrabucais, radiografias periapicais dos dentes 36 e 46 e solicitação de panorâmica.
01/11/2022	Fotos intrabucais e moldagem anatômica e registro de mordida.

Como descrito na tabela 1, em setembro de 2022 uma radiografia panorâmica foi solicitada com a finalidade de investigar a formação dentária da criança e a mesma só retornou no final de novembro de 2022. A figura 1 revelou dentadura mista,

ausência das unidades decíduas 51-52-61-62-71-72-75-81-82-83-84-85 e permanentes 11-21-31-32-33-41-42-43; terceiros molares superiores e inferiores (18-28-38-48) em desenvolvimento no estágio 2 de Nolla; dentes decíduos e permanentes com raízes curtas e alteração da morfologia, sugestiva de Displasia Dentinária Radicular, além de seios maxilares simétricos e bem desenvolvidos.

Figura 1. Radiografia panorâmica realizada em outubro de 2022.



Na consulta de retorno, em abril de 2023, a anamnese foi refeita para confirmação dos dados e novas fotos extraorais foram realizados, para identificação do perfil facial da paciente (Figura 2). No exame clínico extraoral, observou-se que a criança apresenta respiração buconasal, além de visíveis alterações na fonação. Já na avaliação intrabucal, pôde-se observar dentadura mista, perda precoce de dentes decíduos, presença de restauração insatisfatória no canino decíduo superior esquerdo (63) e primeiro molar decíduo superior esquerdo (64) (Figura 3).

Figura 2. Fotos faciais: frontal em repouso (A); frontal sorrindo (B) e perfil direito (C).

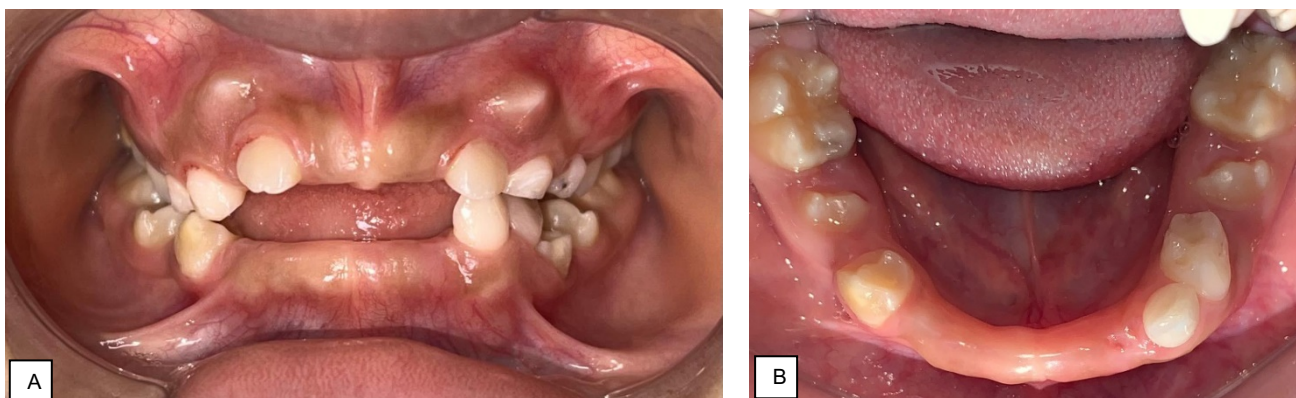


Figura 3. Vista oclusal do arco superior.



Após a consulta de retorno, um plano de tratamento foi elaborado para a paciente e durante as consultas seguintes observou-se que os caninos permanentes superiores direito (13) e esquerdo (23) começaram a erupcionar de forma ectópica por vestibular e que o primeiro pré-molar inferior do lado esquerdo (34) também estava erupcionando de forma ectópica devido a retenção prolongada do primeiro molar decíduo do lado esquerdo (74) (Figura 4). A partir disso, solicitou-se uma nova radiografia panorâmica, para acompanhamento do desenvolvimento dentário e para auxiliar na elaboração do novo plano de tratamento, envolvendo uma equipe interdisciplinar.

Figura 4. Dentes 13 e 23 erupcionando de forma ectópica por vestibular (A) Dente 74 erupcionando de forma ectópica por vestibular (B).



A elaboração do plano de tratamento foi a etapa mais complexa deste caso clínico, visto que trata-se de um caso com necessidade de intervenção interdisciplinar e multidisciplinar. Além da adequação do meio bucal, notou-se a necessidade de reabilitar proteticamente a paciente, já que a queixa dos seus genitores também envolvia a estética e funcionalidade relacionada à perda precoce dos dentes. Na discussão com os profissionais envolvidos, surgiu uma dúvida sobre qual seria a melhor proposta para a paciente. No primeiro momento, houve discordância em confeccionar uma prótese, devido a diferentes fatores, como a pouca idade da criança, interferência no crescimento e desenvolvimento ósseo, adaptação, possível aceleração no processo de reabsorção radicular, e falta de estudos na literatura. Porém, todos concordaram que não era possível a realização de tratamento com implantes ainda nessa fase (AKHIL JOSE *et al.*, 2019; CHEN *et al.*, 2019). Após estudos e discussão optou-se por confeccionar uma prótese provisória mucossuportada.

Analizando os achados clínicos e radiográficos e, em decorrência do estágio de desenvolvimento ósseo e dentário atual da paciente, foi traçado um novo plano de tratamento envolvendo a confecção de uma prótese mucossuportada, de forma provisória para adaptação, além de trazer uma melhor qualidade de vida a paciente. O plano de tratamento proposto foi passado e explicado aos responsáveis que concordaram e autorizaram sua execução.

O tratamento foi iniciado com adequação do meio bucal, através da realização de profilaxia e substituição das restaurações na face palatina da unidade 63 e na face ocluso distal da unidade 64, com cimento de ionômero de vidro modificado por resina

(Riva Ligth Cure- SDI, Bayswater, Victoria - Australia) (Figura 5). Para isso, removeu-se a restauração pré-existente com broca carbide nº6 (KAVO dental GMBH - Biberach an der Riß, Alemanha), seguida da remoção de remanescentes de material com cureta dentinária nº 17 (Golgran - São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) pois as mesmas estavam mal adaptadas (Figura 6). Foi realizado isolamento relativo com roletes de algodão (Cremer- Blumenau, Santa Catarina) e condicionamento do tecido dentinário com ácido poliacrílico 26% (Riva Conditioner - SDI, Bayswater, Victoria - Austrália) por 10 segundos, lavagem e secagem da superfície com bolinha de algodão. Em seguida, trocou-se o isolamento relativo e manipulou-se o material em bloco de espatulação com auxílio de espátula de manipulação número 24, na proporção de 2 medidas de líquido para uma medida do pó, seguindo a recomendação do fabricante, presente na bula. Com o material pronto, seguiu-se para a sua inserção com espátula de inserção (Millenium - Golgran - São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) e fotopolimerização por 20s em cada face, com fotopolimerizador (RADII-CAL CX com potência 1200 mW/cm²). Foram utilizadas duas porções do material restaurador para completo preenchimento das cavidades. Realizou-se a checagem de oclusão com papel carbono e pinça Muller e os ajustes oclusais foram realizados com broca 3168 F (KG Sorensen - Serra, Espírito Santo, Brasil) e 1190 F (KG Sorensen - Serra, Espírito Santo, Brasil) e as restaurações apresentou-se satisfatórias concluindo o procedimento restaurador (Figura 7).

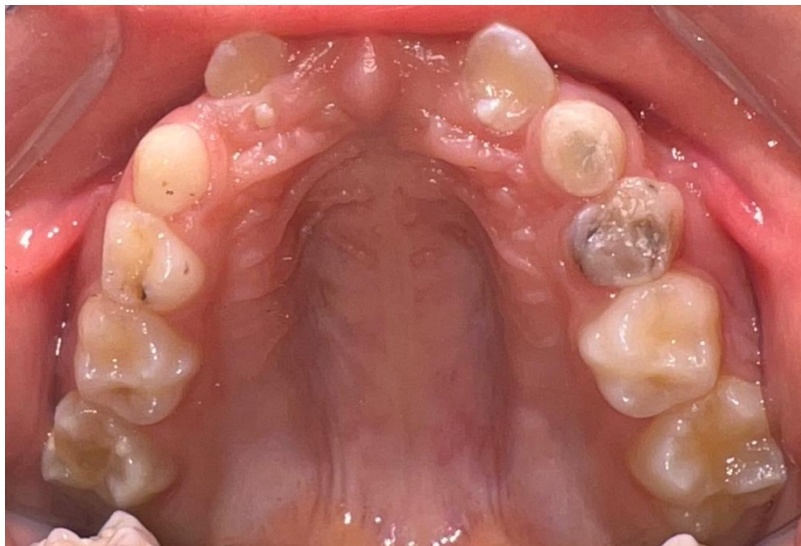
Figura 5. Material utilizado para as restaurações.



Figura 6. Cavidade após remoção do material restaurador antigo (CIV).



Figura 7. Vista oclusal após restauração com CIV modificado por resina nos dentes 63 e 64.



A segunda etapa de adequação do meio consistiu na exodontia do primeiro molar decíduo inferior do lado esquerdo (74), que encontrava-se retido, dificultando a erupção do primeiro pré-molar inferior esquerdo (34). Para o procedimento foi utilizado $\frac{1}{4}$ do tubete com o anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL

- Rio de Janeiro, Rio de Janeiro), a técnica anestésica utilizada foi infiltrativa local, descolador de Molt 2-4 (Golgran - São Caetano do Sul, São Paulo) e fórceps nº1 (Golgran - São Caetano do Sul, São Paulo). Não houve necessidade de sutura no local, pois o dente permanente (primeiro pré-molar inferior esquerdo – 35), já se encontrava e boca (Figura 8).

Figura 8. Pós-cirúrgico exodontia do dente 74.



A etapa reabilitadora experimental, aconteceu em paralelo à fase de adequação do meio, e teve início com a moldagem dos arcos e registro de mordida por meio de silicona de condensação (Zetaplus - Zhermack, Itália) para obtenção do modelo de estudo (Figura 9). Foi utilizada moldeira infantil nº 2 (Morelli - Sorocaba, São Paulo) para moldagem do arco superior e moldeira infantil nº 1 (Morelli - Sorocaba, São Paulo, Brasil) para arco inferior (Figura 10). Em seguida, foi confeccionado modelo de trabalho com gesso especial tipo IV (Yamany - Atibaia, São Paulo, Brasil), que foi utilizado para a confecção da prótese mucossuportada.

Figura 9. Registro de mordida.

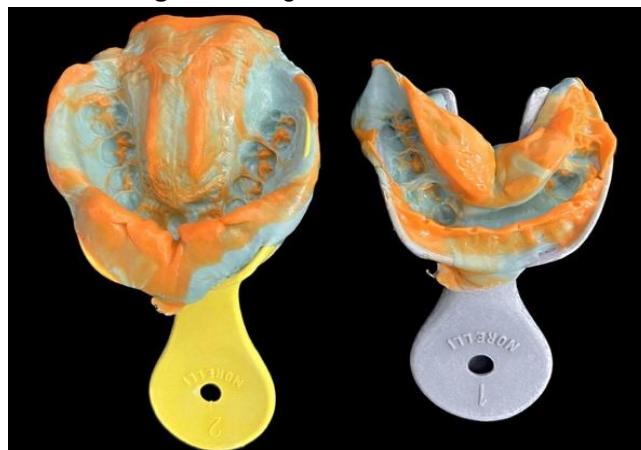
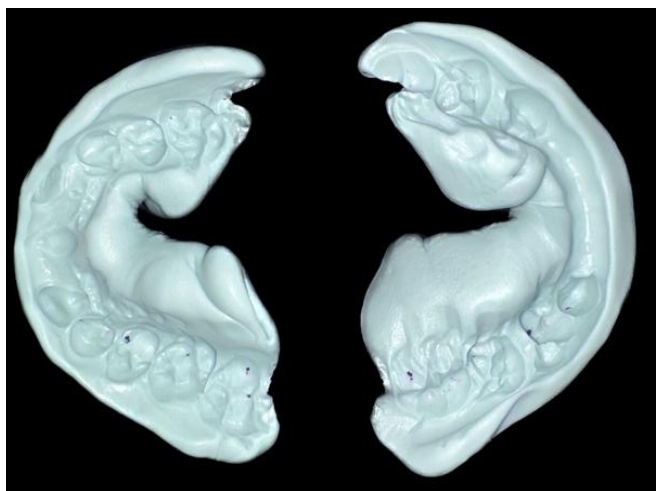


Figura 10. Moldagem dos arcos com silicona de condensação.



Para a confecção da prótese, foram utilizados incisivos centrais de dentes de estoque A26 cor 62 (Triunfo - Pirassununga, São Paulo, Brasil) (Figura 11), que foram desgastados para adaptação anatômica, funcional e estética. Em seguida, o modelo de gesso foi protegido com Cel-Lac (SS-WHITE - Rio de Janeiro, Brasil) e, em um pote paladon, foi depositada a resina acrílica autopolimerizável em pó incolor e líquido (Clássico - JET - Campo Limpo Paulista, São Paulo, Brasil). Misturou-se com espátula 24, com consistência adequada, e aplicou-se em área palatina do modelo de trabalho e área vestibular onde os dentes foram posicionados, finalizando a acrilização dos dentes. Com a prótese confeccionada, realizou-se o acabamento e polimento com as brocas maxicut e minicut e kit de acabamento e polimento universal (American Burrs - Palhoça, Santa Catarina, Brasil) (Figura 12).

Figura 11. Dentes de estoque.



Figura 12. Prótese parcial removível superior.



A etapa subsequente consistiu na adaptação da prótese em boca. Nesse momento, notou-se a necessidade de realizar ajustes na peça para uma melhor adaptação. O alívio foi efetuado apenas na área correspondente ao freio labial. Com a prótese adaptada, a paciente foi instruída quanto ao uso, higiene e armazenamento, além de passar por testes de inserção e remoção em boca e testes de fonação, falando frases completas. No mesmo dia, foram realizadas radiografias periapicais dos dentes 12 e 22 (Figura 13 a e b) para avaliação de mobilidade detectada na hora da inserção da prótese. No final do atendimento, registrou-se a entrega da peça por fotos e vídeos intrabucais (Figura 14-17).

Figura 13. a) radiografia periapical do dente 12; b) radiografia periapical do dente 22.

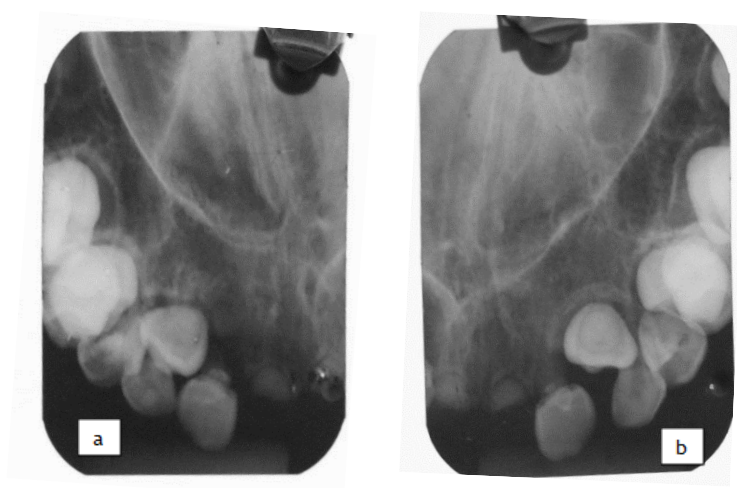


Figura 14. Vista vestibular da prótese em boca.



Figura 15. Sorriso da paciente com a prótese parcial removível superior.



Figura 16. Vista oclusal da prótese parcial removível superior.



Figura 17. Foto frontal da paciente com prótese em boca.



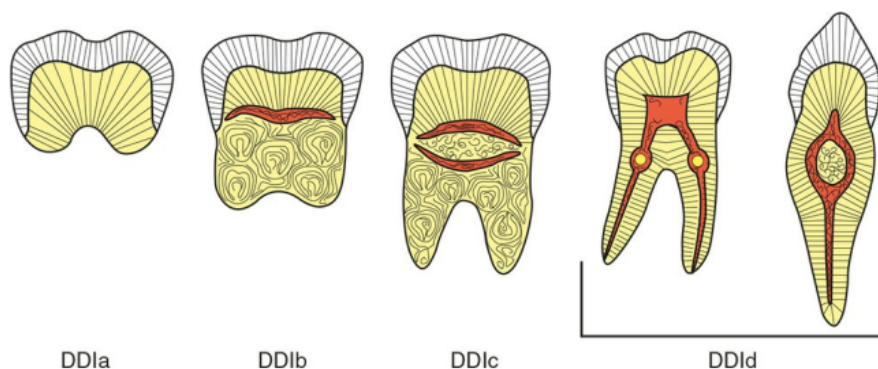
A paciente retornou para um novo atendimento na semana seguinte, para avaliação da adaptação da prótese. A mesma relatou boa adaptação e bastante satisfação. A criança continuará em acompanhamento no ambulatório da UniFTC para novas opções de tratamento.

A etiopatogenia da displasia dentinária ainda hoje é motivo de discussões dentro da ciência odontológica. Melnick, em 1980, dividiu a DD em tipo I e tipo II. A tipo I é um distúrbio raro e clinicamente apresenta dentes com esmalte sem alterações e uma dentina atípica. Radiograficamente, apresentam obstrução pulpar e pouco ou nenhum desenvolvimento radicular, resultando em mobilidade dentária e esfoliação precoce dos dentes decíduos e permanentes. Diante desta condição, é de extrema importância o diagnóstico precoce e o acompanhamento multidisciplinar, pois não há um consenso em tratamentos específicos para a DD (AKHIL JOSE *et al.*, 2019).

A DDI pode ser dividida em 4 subtipos (Figura 18). A DDla é considerada a mais severa, não apresenta câmara pulpar, desenvolvimento radicular mínimo ou ausente e frequente radiolucidez periapical; DDlb, dispõe de uma única polpa, pequena e orientada horizontalmente, apresentam raízes crônicas ou curtas; Na DDlc é possível encontrar duas áreas de polpa orientada horizontalmente e crescente em forma de meia-lua, comprimento radicular significativo, mas ainda encurtado e variável radiolucidez periapical; por fim, a DDld, apresenta-se com câmara pulpar e canais visíveis, perto do comprimento normal da raiz, alargamento da polpa com a

presença de cálculos na porção coronária, criando um abaulamento localizado do canal e da raiz, constricção apical da polpa para o ápice, e pouca radiolucidez periapical (BASTOS *et al.*, 2010; NEVILLE *et al.*, 2016; CHEN D *et al.*, 2019).

Figura 18. Subdivisão da DDI.



Fonte: Neville *et al.*, (2016. p109).

No caso relatado, acredita-se que a paciente seja portadora da DD tipo I, já que a mesma apresenta dentes com esmalte sem alterações, dentina atípica. Radiograficamente, apresenta obstrução pulpar e pouco ou nenhum desenvolvimento radicular (Figura 19). Acredita-se que a sua subdivisão seja do tipo B, pois a mesma apresenta uma única polpa, pequena e orientada horizontalmente, raízes crônicas ou curtas.

Foto 19. Radiografia panorâmica realizada em maio de 2023.



A paciente perdeu precocemente unidades decíduas, além de ter perdido também unidades permanentes, ilustrando a gravidade do quadro clínico. Diante disto, é importante que a mesma continue em constante acompanhamento. Por uma equipe interdisciplinar a prótese mucossuportada provisória confeccionada para o paciente, será substituída em curtos intervalos de tempo, por conta das novas perdas e trocas dentárias, evitando também maiores danos ao crescimento e desenvolvimento dos maxilares.

A literatura revela diferentes tipos de tratamentos para a displasia dentinária. No caso da DDI, como ocorre a perda dos dentes tanto em dentição decídua como em permanentes, o tratamento consiste em reabilitação protética parcial ou total, até que o crescimento esteja completo. Implantes dentários só são indicados quando o crescimento do paciente estiver completo, por volta dos 18 anos de idade (BARRON *et al.*, 2008).

Ainda não há um consenso na literatura sobre o melhor tratamento para a DD, visto que os relatos mostram casos com características bem diferentes entre si. Há ainda uma dificuldade em encontrar trabalhos sobre tratamentos na infância.

O diagnóstico precoce da DD faz com que haja um prognóstico mais favorável. Mas, ainda assim, não há alternativas menos invasivas do que a confecção de próteses, parciais ou totais, ou protocolos com implantes em casos de DDI (AKHIL JOSE *et al.*, 2019; CHEN D *et al.*, 2019). A literatura ainda é pouco discutida tanto em relação às causas da DD quanto aos possíveis tratamentos para esta alteração. Há uma certa dificuldade em encontrar artigos que discutam e relatem a presença de displasia dentinária e os respectivos tratamentos.

Como a reabilitação com implantes dentários não é recomendada para pacientes com formação óssea incompleta, o tratamento proposto para a paciente foi a confecção de prótese dentomucossuportada, que visa devolver função, estética e fonação adequadas. Por se tratar de uma paciente de apenas 8 anos de idade e que teve o diagnóstico com 3 anos de idade, essa prótese precisará ser trocada com certa frequência, para que a sua presença não afete o crescimento ósseo. Além disso, com a perda das unidades precocemente, por ausência ou má formação radicular, a prótese acaba ficando desadaptada, necessitando de uma nova peça. Sendo assim, a paciente ficará em constante acompanhamento odontológico.

CONCLUSÃO

Como a displasia dentinária é uma alteração irreversível, é de suma importância que o seu diagnóstico aconteça o mais cedo possível, visando uma melhor conduta, tanto na manutenção dos dentes presentes, quanto na reabilitação das unidades ausentes ou perdidas. O odontopediatra tem papel relevante nesses casos, visto que é o profissional que fará esse diagnóstico precoce e dará início ao acompanhamento clínico. O tratamento da displasia dentinária ainda é incerto e com poucos relatos na literatura, uma vez que não há um consenso sobre quais as melhores condutas a serem realizadas. Considera-se importante a tentativa de reabilitação protética provisória, visando restabelecer função e estética, além de melhora na qualidade de vida desses pacientes. Sendo assim, ressalta-se a importância do tratamento e acompanhamento interdisciplinar e multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- AKHIL JOSE EJ, PALATHINGAL P, BABY D, THACHIL JM. **Dentin dysplasia Type I: A rare case report.** J Oral Maxillofac Pathol 2019;23:309.
- BARRON, MARTIN J. et al. **Hereditary dentine disorders: dentinogenesis imperfecta and dentine dysplasia.** Orphanet journal of rare diseases, v. 3, p. 1-10, 2008.
- BASTOS, JANAÍNA SENS et al. **Displasia dentinária: um relato de caso.** Revista Uningá, v. 24, n. 1, 2010.
- CHEN D, LI X, LU F, WANG Y, XIONG F, LI Q. **Dentin dysplasia type I-A dental disease with genetic heterogeneity.** Oral Dis. 2019 Mar;25(2):439-446.
- CARNEIRO, G. V. **Estudo radiográfico da prevalência de anomalias dentárias por meio de radiografias panorâmicas em diferentes faixas etárias.** Departamento de Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. (Tese de doutorado). Campo Grande, 2014.
- CARROLL, M. Kevin O.; DUNCAN, William K.; PERKINS, Teresa M. **Displasia dentinária: revisão da literatura e proposta de subclassificação baseada em achados radiográficos.** Cirurgia oral, medicina oral, patologia oral, v. 72, n. 1, pág. 119-125, 1991.

MACHADO, CÍNTIA VASCONCELOS et al. **Displasia dentinária do tipo I: diferentes aspectos da mesma condição.** Odontologia Clínico-Científica (Online), v. 11, n. 2, p. 165-168, 2012.

MALIK S, GUPTA S, WADHWAN V, SUHASINI GP. **Dentin dysplasia type I – A rare entity.** J Oral Maxillofac Pathol 2015;19:110

NEVILLE, BRAD W. et al. **Patologia oral e maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2016. 912 p.

ROCHA CT, NELSON-FILHO P, SILVA LA, ASSED S, QUEIROZ AM. **Variation of dentin dysplasia type I: Report of atypical findings in the permanent dentition.** Braz Dent J 2011;22:74-8.

RUELA, A. C. O.; SAMPAIO, R. K. P. L. Revisão de literatura: **displasia dentinária e odontodisplasia regional.** Rev Univ Alfenas, v. 4, p. 39-44, 1998.

TOOMARIAN L, MASHHADIABBAS F, MIRKARIMI M, MEHRDAD L. **Dentin dysplasia type I: A case report and review of the literature.** J Med Case Rep 2010;4:1.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Menor (TCLE).

UNIFTC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DA UNIFTC – SALVADOR, para, por meio de seus professores e alunos devidamente autorizados, após exames clínicos realizados e consequentemente diagnóstico, realizarem o planejamento e o tratamento odontológico da criança Julia de Jesus Ferreira, Miranda, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da Especialidade em Odontopediatria e/ou Ortodontia, pois entendi claramente a proposta e as técnicas que serão utilizadas e todas as minhas perguntas foram esclarecidas. Serei informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre quaisquer mudanças e/ou finalidades de cada etapa do tratamento proposto.

Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à saúde de meu(minha) filho(a) não omitindo nenhuma informação, o que possibilitou o correto diagnóstico e consequentemente tratamento.

Tenho pleno conhecimento que esta clínica e laboratórios, aos quais a criança acima citada se submete para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração destinados a profissionais da área de saúde, e que o atendimento Odontológico se realiza pelos alunos devidamente orientados por seus professores. Concorde, pois, com toda orientação seguida, quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas.

Tenho pleno conhecimento de que durante o período de tratamento, a criança por ser menor de idade, deverá estar acompanhada por um responsável legal, maior de idade, preferencialmente o pai e/ou a mãe.

Tenho pleno conhecimento de que meu(minha) filho(a) poderá não ser atendido(a) em todas as suas necessidades de tratamento odontológico, devido à complexidade do caso ou mesmo ausência de vagas disponíveis para atendimento indicado.

Tenho pleno conhecimento que possuo direito de solicitar informações adicionais sobre o seu tratamento.

Tenho pleno conhecimento da possível necessidade de utilização de contenção física para a proteção de meu(minha) filho(a), assim como a utilização de abridores de boca e inclusive com a solicitação de minha ajuda nestas manobras.

Tenho pleno conhecimento do tratamento a ser recebido pelo meu/minha filho/a e recebi todas as informações necessárias para autorizá-lo.

Concordo plenamente com a programação de atendimento proposta pela Faculdade.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos dos arcos dentários, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, a qual dou pleno direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes, tendo-me sido assegurado a preservação e resguardo da identidade de meu(minha) filho(a).

Salvador, 05 de NOVEMBRO de 2012

Nome do Responsável: Jeremias de Jesus Miranda
RG 1348042-94 CPF 032.320.215-35
Assinatura (pai, tutor ou responsável): Jeremias de Jesus Miranda
Assentimento do adolescente: [assinatura]
Nome e assinatura do(a) aluno(a): [assinatura]
Assinatura do professor(a) responsável: [assinatura]

OBS.:
Para pacientes crianças ou adolescentes, é exigida a assinatura de uma pessoa responsável acima de 18 anos.
Para criança/adolescente com 12 ou mais anos é necessário colher a assinatura de assentimento.