

Restabelecimento da Estética e Função em Paciente com Amelogênese Imperfeita: Relato de um Caso Clínico

Recovering Function and
Aesthetic for a Patient with
Amelogenesis Imperfecta:
Clinical Case Report

Lafayette NOGUEIRA JÚNIOR*
Symone Cristina TEIXEIRA**
Raquel Lima de CARVALHO***
Maria Amélia Máximo de ARAÚJO****
Sérgio Ricardo Garcia BADINI*****

NOGUEIRA JR., L.; TEIXEIRA, S.C.; CARVALHO, R.L. de; ARAÚJO, M.A.M. de; BADINI, S.R.G. Restabelecimento da estética e função em paciente com amelogênese imperfeita: relato de um caso clínico. **JBD**, Curitiba, v.1, n.4, p.275-279, out./dez. 2002.

Este trabalho relata a resolução de um caso clínico de uma paciente jovem portadora de amelogênese imperfeita generalizada, na qual foram empregadas inicialmente facetas diretas em resina composta e, após três anos, facetas laminadas em todos os dentes anteriores e coroas totais cerâmicas nos pré-molares e primeiros molares.

PALAVRAS-CHAVE: Amelogênese imperfeita; Estética dentária; Facetas dentárias; Coroas.

– UNESP, Av. Professor Doutor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese/Faculdade de Odontologia de São José dos Campos
if_odonto@directnet.com.br Eng. Francisco José Longo, 777, São Dimas – CEP:12201-970, São José dos Campos, SP e-mail:

** Professora Doutora do Departamento Odontologia Social e Clínica Infantil/Faculdade de Odontologia de São José dos Campos

– UNESP

*** Estagiária do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese/Faculdade de Odontologia de São José dos Campos

– UNESP

**** Professora Titular do Departamento de Odontologia Restauradora/Faculdade de Odontologia de São José dos Campos

– UNESP

***** Professor Titular da Disciplina de Dentística/
Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES

INTRODUÇÃO

Amelogênese imperfeita representa um grupo de anomalias estruturais do esmalte, de natureza ectodérmica e hereditária, que pode ocorrer nas dentições decídua e permanente (SHAFER et al., 1987). É uma doença geneticamente heterogênea, podendo ser autossômica dominante, recessiva ou ligada ao cromossomo X (BACKMAN & HOLMGREN, 1988). Defeitos de formação de esmalte podem ocorrer sob dois principais tipos: hipoplásico e hipomineralizado. A forma hipoplásica é caracterizada por uma pequena espessura de esmalte associado a falhas de superfície devido ao defeito de formação da matriz do esmalte, enquanto que a forma hipomineralizada apresenta esmalte mineralizado insuficientemente, de menor consistência que o normal e facilmente abrasionado (WITKOP, 1989). A cor dos dentes pode variar de dente para dente e de paciente para paciente, do branco-opaco para o amarelo a marrom. Radiograficamente, o esmalte aparece com volume reduzido, muitas vezes, mostrando uma camada fina sobre as superfícies oclusais e interproximais (ARAÚJO & ARAÚJO, 1984).

Historicamente, pacientes com amelogênese imperfeita eram tratados com exodontias múltiplas ou overdentures, o que é psicologicamente severo quando aqueles são adolescentes (RENNER, 1983; GREENFIELD et al., 1992). Atualmente, com o desenvolvimento dos materiais cerâmicos e dos sistemas adesivos dentinários, é possível a realização de tratamentos reabilitadores altamente estéticos, através de facetas laminadas que possibilitam um menor desgaste da estrutura dental e, portanto, indicados para pacientes jovens com câmara pulpar ampla e coroas de cerâmica pura (QUALTROUGH, 1997).

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, com 15 anos de idade, compareceu à Clínica de Pós-Graduação em Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, UNESP, queixando-se

do aspecto estético de suas restaurações dos dentes superiores anteriores (Figura 1). Durante a anamnese, a paciente relatou que seus dentes eram manchados e por isso se submeteu a um tratamento odontológico aos 11 anos. Ao exame clínico foi verificada a presença de restaurações insatisfatórias nestes dentes (Figura



FIGURA 1: *Aspecto inicial.*



FIGURA 2: *Aspecto inicial, notar as falhas das restaurações.*



FIGURA 3: *Vista oclusal arco superior.*

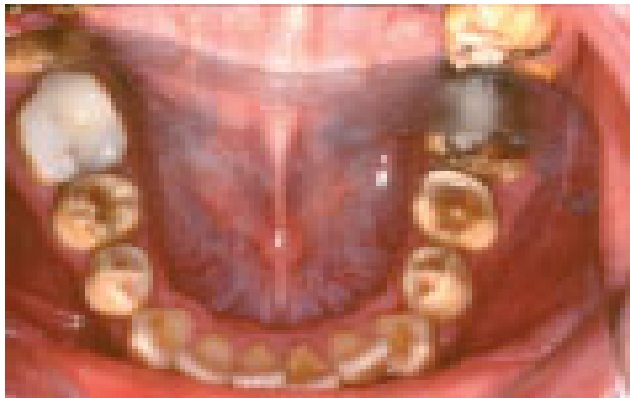


FIGURA 4: Vista oclusal arco inferior.

2) e que os dentes posteriores apresentavam perda de estrutura dentária e coloração castanho-escura, resultando em um sério comprometimento estético e funcional (Figuras 3 e 4). Foram realizados exames clínicos, radiográficos e constatou-se que se tratava de amelogenese imperfeita.

Devido à idade da paciente, optou-se por um tratamento conservador composto de facetas diretas em resina composta (Herculite-Sybron/Kerr). Após a confecção das facetas diretas (Figuras 5 a 9), a paciente não retornou para o término do tratamento. Decorridos três anos, a paciente voltou relatando sensibilidade nos dentes posteriores e insatisfação com o aspecto estético das facetas diretas, mostrando-se disposta a concluir o tratamento. Diante do quadro clínico apresentado, foi realizado um novo planejamento para o caso, sendo realizadas facetas laminadas de porcelana pura (NORITAKE) nos dentes anteriores superiores e inferiores (Figuras 10 a 13), coroas totais de porcelana

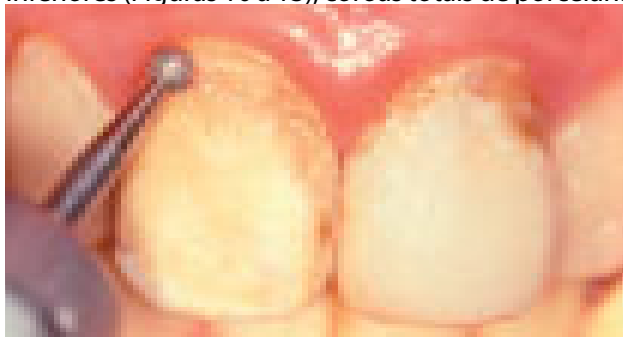


FIGURA 5: Confeção da terminação cervical.

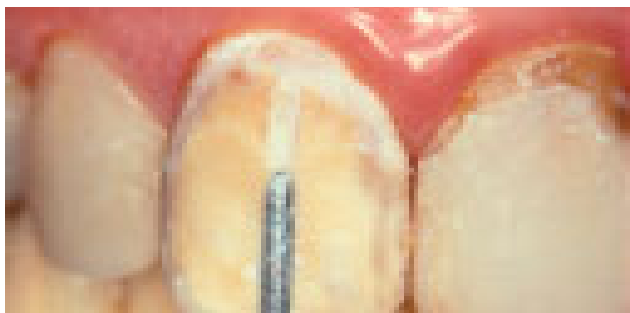


FIGURA 6: Desgaste axial.



FIGURA 7: Vista lateral do desgaste axial.



FIGURA 8: Preparos para facetas diretas.



FIGURA 9: Aspecto final das facetas diretas realizadas.

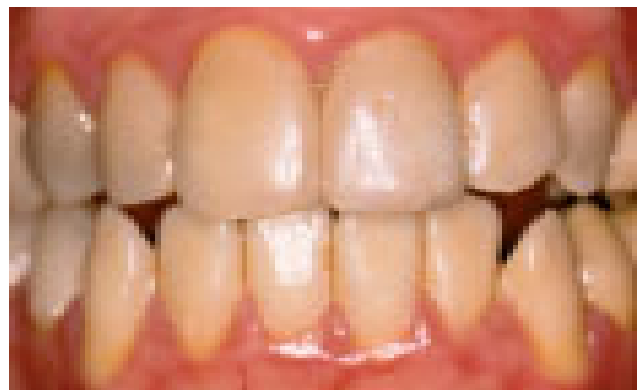


FIGURA 10: Após 3 anos da confecção das facetas diretas.



FIGURA 11: Preparo para confecção das facetas laminadas nos dentes anteriores.



FIGURA 12: Facetas laminadas superiores cimentadas.



FIGURA 13: Vista oclusal, notar recobrimento incisal.

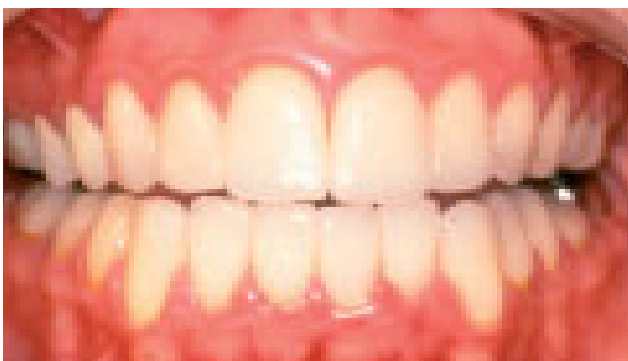


FIGURA 14: Facetas laminadas superiores e inferiores cimentadas.

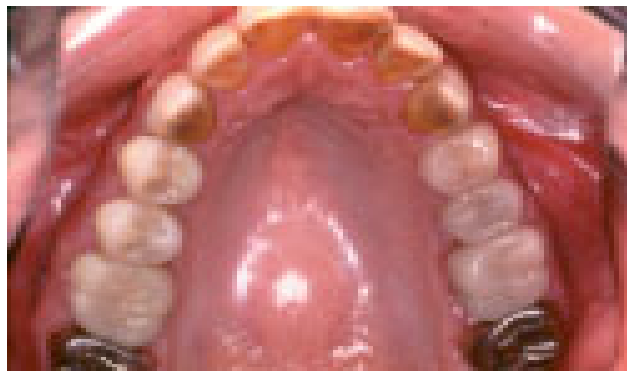


FIGURA 15: Vista oclusal do tratamento posterior superior terminado.

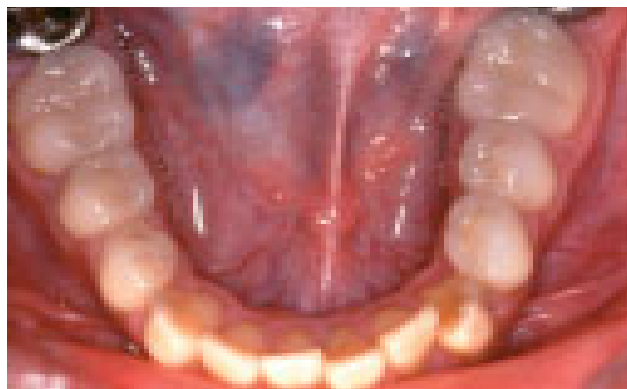


FIGURA 16: Vista oclusal do tratamento posterior inferior terminado.



FIGURA 17: Aspecto inicial.



FIGURA 18: Aspecto final.

(IPS EMPRESS II) nos pré-molares e primeiros molares e coroas totais metálicas nos segundos molares (Figuras 14 e 15). Todas as restaurações de porcelana foram cimentadas com o cimento resinoso Variolink (Vivadent) e as coroas metálicas foram cimentadas com cimento de fosfato de zinco (Vigodent).

DISCUSSÃO

Na reabilitação oral de pacientes esteticamente comprometidos, a satisfação de suas necessidades psicossociais e a garantia de um tratamento integral, observando não só o aspecto estético, mas também o funcional com a mesma importância, tornam-se imprescindíveis. A amelogênese imperfeita, por ser uma doença que compromete estética e funcionalmente o paciente, podendo

ocasionar sensibilidade e perda de dimensão vertical devido a um desgaste rápido da estrutura dental, necessita de um diagnóstico rápido e soluções clínicas adequadas (NEL et al., 1997; BOUVIER et al., 1999).

A possibilidade de realizarmos restaurações indiretas sem metal trouxe uma significativa melhora aos resultados estéticos, pois não se faz mais necessário o uso de opacificadores para metal que deixam as restaurações com aspecto artificial. Embora utilizadas desde o final do século XIX, as cerâmicas odontológicas adquiriram, somente na década de 90, propriedades que permitiram seu emprego isoladamente em coroas totais, sem necessidade de reforço interno com estruturas de metal (QUALTROUGH, 1997). A utilização da cerâmica pura, com sua translucidez compatível com a estrutura dental, proporcionou excelente padrão estético. Poder restaurar dentes comprometidos com estes materiais, que possuem maior compatibilidade estético-funcional, foi um grande avanço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de um tratamento integral de excelência funcional, estética e com longevidade, neste caso clínico, procurou-se associar a utilização de cerâmicas puras em regiões estéticas ao uso de coroas metálicas, em áreas onde a estética não era fundamental. Apesar do alto conteúdo orgânico do remanescente dentário, foi possível uma eficiente adesão das restaurações de porcelana.

NOGUEIRA JR., L.; TEIXEIRA, S.C.; CARVALHO, R.L. de; ARAÚJO, M.A.M. de; BADINI, S.R.G. Recovering function and aesthetic for a patient with amelogenesis imperfecta: clinical case report. **JBD**, Curitiba, v.1, n.4, p.275-279, out./dez. 2002.

This article shows the resolution of a clinical case in which porcelain laminate veneers were used in anterior teeth, full ceramic crowns in pre-molars and first molars, in a patient carrier of widespread imperfect amelogenesis.

KEYWORDS: Esthetic dental; Amelogenesis imperfecta; Dental veneers; Crowns.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, N.S.; ARAÚJO, V.C. **Patologia bucal**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1984. p.33-34.
BACKMAN, B.; HOLMGREN, G. Amelogenesis imperfecta: a genetic study. **Humy Hered**, v.38, p.189-206, 1988.
BOUVIER, D. *et al.* Amelogenesis imperfecta – a prosthetic rehabilitation: a clinical report. **J Prosthet Dent**, v.82, n.2, p.130-131, 1999.
GREENFIELD, R. *et al.* Periodontal and prosthodontic treatment of amelogenesis imperfecta: a clinical report. **J Prosthet Dent**, v.68, n.4, p.572-574, 1992.
NEL, J.C. *et al.* Restoring function and esthetics in a patient with amelogenesis imperfecta. **Int J Periodont Rest Dent**, v.17, n.5, p.479-483, 1997.
QUALTROUGH, A.J.E. Dentine-bonded ceramic crowns: two case reports. **Br Dent J**, v.183, n.2, p.408-411, 1997.
RENNER, R.P. Overdenture management of amelogenesis imperfecta. **Quintessence Int**, v.10, p.1009-1022, Oct. 1983.
SHAFER, W.G. *et al.* **Tratado de patologia bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.53-56.
WITKOP JR., D.J. Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia revisited: problems in classification. **J Oral Pathol**, v.17, p.547-553, 1989.