

HIPOPLASIA DE ESMALTE: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E REFLEXO PSICOLÓGICO NO PACIENTE ACOMETIDO

Nathália da Silva Gomes¹
Maria Luiza Stoupa de Sá Ottoni²
Marina de Cássia Silva³
marinacs24@gmail.com

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Hipoplasia de esmalte, diagnóstico de hipoplasia, hipoplasia local e hereditária.

INTRODUÇÃO

As anomalias do esmalte dental, se originam da ação de vários fatores etiológicos durante os estágios de formação do esmalte no processo de desenvolvimento dentário (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004). Pode ter causa sistêmica, local ou genética, afetando dentes isolados, grupos de dentes, ou mesmo em todos eles, nas dentições decídua e permanente. Os tratamentos incluem desde clareamento, microabrasão, restaurações estéticas conservadoras e reabilitações protéticas (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004) dependendo da severidade do caso. A hipoplasia é um distúrbio de formação do esmalte, que pode ser suave com corrosão superficial do esmalte, ou se manifestar desenvolvendo uma linha horizontal na coroa dental, na forma severa pode se apresentar até a ausência parcial ou completa de esmalte (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004). É de grande importância o conhecimento dos diferentes tipos de hipoplasia, para que por meio de uma anamnese minuciosa se possa detectar a causa e o tipo de mancha intrínseca que o paciente apresenta, determinando assim, o tratamento mais adequado e um prognóstico favorável (KATCHBURIAN e ARANA, 2004). Este artigo pretende discutir a etiologia, diagnóstico e os possíveis tratamentos e reflexo psicológico no paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, onde foram utilizados artigos pesquisados no primeiro semestre 2019, nas plataformas de busca Scielo, PubMed, e demais bases referenciadas neste estudo. Os descritores utilizados foram: Hipoplasia de esmalte, diagnóstico de hipoplasia, hipoplasia local e hereditária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O esmalte dentário é o tecido com maior grau de mineralização do organismo, composto de hidroxiapatita de cálcio, (KRAMER E FELDENS, 2002), sendo secretado pelos ameloblastos, e após sua formação não sofre remodelação, assim qualquer evento que ocorra durante sua formação ficará registrado pra sempre (RIBAS E CZLUSNIAK 2004; NEVILLE,2007; SEOW, 1991).O esmalte é formado em três

¹ Acadêmica do curso de odontologia-Faculdade Vértice- Univertix

² Cirurgiã Dentista- Pós-Graduada em Periodontia, Implantodontia- Especialista em Docência do Ensino Superior- Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade Vértice-Univertix- Matipó

³ Cirurgiã Dentista -Especialista em docência do ensino superior -Professora da faculdade vértice- Univertix- Matipó

etapas a formativa, que consiste na deposição de matéria orgânica; a mineralizadora, quando o esmalte é parcialmente mineralizado; e a maturação quando o esmalte é calcificado (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004; NEVILLE, 2007). Os ameloblastos são extremamente sensíveis a estímulos do meio externo, quer sejam locais quer sejam sistêmicos, isso resulta em anomalias no esmalte final (NEVILLE, 1998). Esse estímulo pode acontecer nas três fases de formação do esmalte. Uma agressão acontecida na fase formativa diminui a formação de matriz orgânica que depois é mineralizado e calcificado resultando numa camada de esmalte mais delgada (CHAGAS, *et al.* 2007; SHAFER *et al.*, 1987). A hipoplasia pode então ser conceituada como uma formação defeituosa ou incompleta da matriz orgânica, resultando em um esmalte com espessura mais fina (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004).

Possuir um esmalte de estrutura hipoplásica pode estar relacionada a hereditariedade, (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004) sendo decorrente de fatores genéticos associada (WILLIAMS E BECKER, 2000). Essa doença afeta a oclusão e estética, a dimensão vertical é rapidamente afetada pelo desgaste dos dentes, por que estes são mais sensíveis à atrição, esse fato afeta diretamente a estética, acarretando problemas psicológicos no indivíduo acometido, traz problemas gengivais, por que a irregularidade da superfície do favorece o acúmulo de placa, e também cria obstáculos para o controle de biofilme (PASSOS, 2007; RIBAS e CZLUSNIAK, 2004), com risco de cárie, abrasão e danos pulpares aumentados (BRAGA *et al.*, 2007; WILLIAMS E BECKER, 2000; NEVILLE, 1998; RIBAS E CZLUSNIAK, 2004; SHAFER *et al.*, 1987). Fatores químicos como, o uso de tetraciclina, flúor, talidomida ou patológicos como infecções virais e bacterianas, diabetes, hipocalcemia, hipotireoidismo, má absorção intestinal, deficiências de vitaminas A e D, distúrbios neurológico e nutricionais, prematuridade fetal, rubéola hipóxia cerebral e raquitismo, tem associação direta com a hipoplasia de esmalte segundo Needleman *et al.*, (1992) e Gerlach *et al.*, (2000). De acordo com Neville *et al.*, (2007); Shafer *et al.*, (1987) e Pinkham *et al.*, (1996), a sífilis congênita tem relação com um padrão hipoplásico de esmalte raro, os chamados dentes de Hutchinson, que tem um formato anormal.

A hipoplasia de esmalte pode ter origem local, quando um dente decíduo é acometido por uma lesão periapical ou sofre um traumatismo, que afeta os ameloblastos do dente permanente que está em desenvolvimento (BENDO *et al.*, 2007) acontece em geral em dentes isolados e onde o esmalte adquire um padrão assimétrico, a intensidade vai depender do trauma sofrido (RIBAS E CZLUSNIAK, 2004), sendo os pré-molares os dentes mais acometidos (SHAFER *et al.*, 1987; NEVILLE *et al.*, 2007), geralmente aspecto focal branco, amareladas ou castanhas, quando extensas podem acometer a coroa inteira (BOUVIER *et al.*, 1996; BRAGA, 2005; PITHAN, 2002; PINHEIRO, 2003; RUSHEL, 2006). Traumatismo dental em crianças são comuns, as consequências dependem da idade da criança no momento do trauma, grau de reabsorção da raiz do dente traumatizado, extensão do trauma e etapa de desenvolvimento do dente permanente, que pode deixar sequelas no dente permanente (ADREASEN E ADREASEN, 1994; NEVILLE *et al.*, 2007). A hipoplasia compromete a estética, função gera sensibilidade e maior susceptibilidade a cárie, sendo comum ser encontrada na clínica odontológica infanto-juvenil (SEOW, 1982). O diagnóstico deve ser feito através de uma boa anamnese e conhecimento das patologias e seus aspectos clínicos. O exame clínico deve ser feito em um ambiente com iluminação adequada profilaxia da cavidade oral e secagem das superfícies,

também pode se usar um transiluminador para averiguar aspectos do esmalte (BENDO *et al.*, 2007; PASSOS *et al.*, 2007; CRUVINEL, 2009; HOFFMAN, 2006).

A hipoplasia quando em dentes anteriores traz para o paciente problema psicológicos, relacionados a baixa da autoestima. Quando o problema acomete crianças, estas podem desenvolver problemas comportamentais, psicológicos e queda da auto confiança, nesse contexto o tratamento odontológico restaurador exerce um papel além do convencional atuado também como um determinante psicológico (ARAÚJO E DUTRA, 2000; BARATIERI, 2001; ARAÚJO E DUTRA, 2000), preconiza-se que os procedimentos seja feitos de forma menos invasiva possível (CORRÊA, 1998).

A escolha de tratamento é feita de acordo com a severidade da hipoplasia, nos casos de manchas menos severas pode-se optar por um clareamento associado a técnica de microabrasão, uma técnica minimamente invasiva e de resultados satisfatórios. Nos casos moderados e severos, é preconizado processos restauradores diretos e indiretos, facetas e coroas. (FRANCO *et al.*, 2001; WILLIAMS E BECKER 2000; PITHAN *et al.*, 2002 ;SHAFFER *et al.*, 1987; BERNARDON E GONDO, 2010) .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipoplasia de esmalte é uma patologia comum em pacientes infanto-juvenis, tendo como principal causa agressões aos ameloblastos no período de formação do esmalte dentário os aspectos seus aspectos variam desde manchas brancas até a ausência parcial ou total de esmalte. Esta associada a diversas patologias e traumatismo dental. O diagnostico é feito através de uma minuciosa e detalhada anamnese. Os tratamentos possíveis vão desde os menos invasivos como microabrasão e clareamento até restaurações estéticas e confecção de coroas totais metalocerâmicas, restaurando a autoconfiança e autoestima do paciente.

REFERÊNCIAS

ANDREASEN J.O.; ANDREASEN F.M. **Textbook na Color Atlas of Traumatic injuries to the Teeth**. 3ª edição. Copenhagen: Munksgaard, 1994

BARATIERI, L. N. **Dentística restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos, 2000.

BENDO C.B.; SACARPELLI A.C.; JUNIOR J.B.N.;VALE M.P.P; PAIVA S.M.; PORDEUS I.A. Hipoplasia de esmalte em incisivos permanentes: um acompanhamento de seis meses. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v.55, n.1, p.107-112, 2007

BERNARDON J.K.; GONDO R. **Tratamento restaurador de mancha hipoplásica. Visão Clínica :casos e soluções**. Ed.Ponto Florianópolis, 2010.

BOUVIER, D.; DUPREZ, J. P.; BOIS, D. Rehabilitation of young patients with amelogenesis imperfecta: A report of two cases. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 63, n. 6, p. 443-447, 1996.

BRAGA, L.C.C. Hipoplasia de esmalte localizada - Dente de Turner. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v.53, n.4, p.329-34, 2005

CHAGAS M.S.; JACOMO D.R.E.S.; CAMPOS U.R. Frequency of enamel hypoplasia on anterior permanent teeth after injury in their antecessors. **Arquivo Bras. de Odontologia**, 2007.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria – Na Primeira Infância**. São Paulo: Santos, 1998. cap.18, p. 209-219.

CRUVINEL V.R.N. Prevalência de defeitos do esmalte e cárie dentária nas dentições decídua e permanente em criança de nascimento prematuro. **UNB**, Brasília, 2009.

FRANCO, E. B.; ALMEIDA, J. C. F.; GARCIA, F. C. P. Recuperação estética do sorriso através de colagem autógena de fragmento dentário e restauração com resina composta: caso clínico. **Rev. JBC J. Bras. Clín. Estét. Odontol.**, Bauru, v.5, n.26, p.104-110, 2001.

GERLACH, R. F.; SOUSA, M. da L. R. de; CURY, J.A. Esmalte Dental com Defeitos: de marcador biológico a implicações clínicas. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre 2000. v.15, n.31, p.87-102.

HOFFMAN R.H.S. Prevalence of enamel defects and the relationships to dental cáries in decíduos and permanente dentition in Indaiatuba, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, V.23, n.2, p.435-444, 2007.

KATCHBURIAN E.; ARANA V. **Histologia e embriologia oral** .2º edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004.

KRAMER R.J.; FELDENS C.A. **Traumatismos na dentição decídua**. RJ. Editora: Santos; 2002

NEEDLEMAN, H. L.; ALLRED, E.; BELLINGER, D.; LEVITON, A.; RABINOWITZ, M.; IVERSON, K. Antecedents and correlates of hypoplastic enamel defects of primary incisors. **Pediatric Dentistry**, v.14, n.3, p.158-166, 1992.

NEVILE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p.972

PASSOS I.A. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. **Inst. Ciênc. Saúde**, v.25, n.2 p.187-192, 2007

PINHEIRO, I.V.A. Lesões brancas no esmalte dentário: como diferenciá-las e tratá-las. **Rev Bras Patol Oral**, v.2, n.1, p.11-18, 2003.

PINKHAM, J. R.; CASAMASSIMO, P. S.; FIELDS; MCTIGUE; NOVAK. **Odontopediatria da Infância à Adolescência**. 2ºedição. São Paulo: Artes Médicas, cap.4, p.63-76, 1996.

PITHAN, J. C. de A.; MALMANN, A.; PITAN, S. A.; COSTA, C. C. Amelogênese Imperfeita: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.10, n.2, p.88-92, 2002.

RIBAS A.O.; CZLUSNIAK G.D. Anomalias do esmalte dental: Etiologia, diagnóstico e tratamento. **Publ UEPG Ciências Biológicas Saúde**. V.10, n.1, p.23-35. 2004



RUSCHEL, H.C. Hipoplasia e hipocalcificação de primeiros molares permanentes. **Rev ABO Nac**, v.14, n.2, p.89-94, 2006.

SEOW W.K. Enamel hypoplasia in the primary dentition. **J. Dent Chil**, v.58, n.6, p. 441-52, 1991

SEOW, W. K. Enamel hypoplasia in the primary dentition: a review. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.58, n.6, p.441- 452. 1991.

SHAFER W.G.; HINE M.K.; LEVY B.M. **Distúrbios do desenvolvimento das estruturas bucais e parabucais. Tratado de patologia bucal.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1987. 4° edição. Cap 1, p. 2-79

WILLIAMS, W. P.; BECKER, L. H. Amelogenesis imperfecta: Functional and esthetic restoration of a severely compromised dentition. **Quintessence International**, Chicago, v.31, n. 6, p. 397-403.2000.