

ATENÇÃO FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

Gabrielle Loara Wilke¹; Isabella Macedo de Oliveira¹; Bruna Pires^{2*}

¹ Graduando em Odontologia, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Cirurgiã dentista UNOESTE, docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

* autor correspondente: brupirestl@hotmail.com

RESUMO

O artigo a seguir é uma revisão de literatura com o objetivo de auxiliar o cirurgião dentista em como proceder o tratamento odontológico frente ao paciente portador de Osteogênese Imperfeita visando sua importância e cuidados. Compreende abordagens diagnósticas e preventivas buscando um tratamento de qualidade. Foi realizado um estudo de revisão da literatura. Para constatar os estudos que abordavam o tema, desenvolveram-se pesquisas literárias realizadas em bibliotecas virtuais. Foram desempenhadas buscas com termos em português, sem delimitação de ano da publicação, onde ocorreram especificamente o tratamento odontológico em pacientes portadores de odontogênese imperfeita. No que se refere às bibliotecas virtuais, foram utilizadas palavras-chave, como odontogênese imperfeita (OI), ossos de vidro e doença de Lobstein". O material foi selecionado conforme análise de publicações mais recentes e relevantes. Dado o exposto, considera-se que a OI é uma doença sem cura que causa uma grande fragilidade óssea, dentinogênese imperfeita e outras séries de problemas sistêmicos que vão além dos bucais. Dessa forma, é de extrema importância que o cirurgião-dentista seja apto para efetuar uma abordagem segura e efetiva, tendo conhecimento das manifestações orais, detalhes radiográficos pertinentes da doença, uso de medicamentos, tratamentos gerais cometidos ao paciente e a situação socioeconômica do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: osteogênese imperfeita; dentinogênese imperfeita; odontologia.

1 INTRODUÇÃO

A osteogênese imperfeita (OI) é uma doença grave e rara que se caracteriza pela fragilidade óssea causada pela insuficiência e baixa qualidade do colágeno tipo I. Acomete a dentina, pele, ossos, ligamentos e todas as estruturas compostas por colágeno (MACHADO et al., 2012; SANTOS et al., 2003). Esta condição ocorre devido às várias mutações em um dos dois genes que codificam o colágeno tipo I, sendo eles o COL1A1 ou o COL1A2. A diversidade da doença é grande, mas clinicamente se destacam 4 tipos onde se diferenciam e classificam de acordo com sua gravidade e aspectos clínicos, como também seu grupo de alterações hereditárias (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019;

MACHADO et al., 2012).

As alterações mais recorrentes são fragilidade óssea, deficiência no crescimento, perda auditiva, dentinogênese imperfeita (DI), esclerótica azulada, em casos mais graves problemas neurológicos como macrocefalia e hidrocefalia estão presentes, além de anormalidades cardíacas (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019; MACHADO et al., 2012; PEIXOTO et al., 2002).

A manifestação odontológica mais prevalente é a DI, mas dentre as características dentais, dentes translúcidos, irregularidade dos arcos, atraso na erupção e vulnerabilidade à cárie também estão presentes (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019; Santos et al., 2003). Além disso, a DI não está presente em todos os casos, apesar de afetar em 18% a

dentição decídua, já a dentição permanente é menos afetada clinicamente, por não haver atrição constante e fratura no esmalte (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019; MACHADO et al., 2012; PEIXOTO et al., 2002). Mal oclusões estão presentes em todos os tipos de OI e mordida cruzada em até 47% dos pacientes.

Especificamente sobre a dentinogênese imperfeita foi notada a incidência de 1 a cada 8.000 casos (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019). Os dentes afetados por essa condição são chamados de “dentes opalescentes” devido sua coloração típica, castanha ou âmbar. O esmalte tende a descamar 2 ou 4 anos após a erupção, deixando a dentina ou pelo menos uma parte dela exposta, favorecendo o atrito entre os dentes e expondo a dentina displásica, sendo ela, a dentina pulpar (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019; PEIXOTO et al., 2002).

Em relação ao tratamento odontológico dos pacientes com OI, é recomendado o acompanhamento de um cirurgião-dentista o quanto antes para avaliar a saúde bucal e as necessidades ortodônticas (CASTRO; ARIELA; ALVEZ, 2019). Algumas opções de tratamento incluem proteção dos dentes posteriores contra o desgaste, reconstrução com resina composta nos permanentes ou reabilitação com prótese, mas não usando esses dentes como pilares, pois pode ocasionar fraturas radiculares sendo necessário o tratamento endodôntico (PEIXOTO et al., 2002).

O presente artigo tem por objetivo auxiliar o cirurgião dentista em como proceder o tratamento odontológico frente ao paciente portador de OI visando sua importância e cuidados. Compreende abordagens diagnósticas e preventivas para tratamento de qualidade.

Realizou-se um estudo de revisão da literatura. Para constatar os estudos que abordavam o tema, desenvolveram-se pesquisas literárias realizadas em bibliotecas virtuais. Foram desempenhadas buscas com termos em português,

sem delimitação de ano da publicação, onde discorreram especificamente o tratamento odontológico em pacientes portadores de odontogênese imperfeita. No que se refere às bibliotecas virtuais, foram utilizadas palavras-chave como: odontogênese imperfeita; ossos de vidro e doença de Lobstein. O material foi selecionado conforme análise de publicações mais recentes e relevantes.

2 INCIDÊNCIA ODONTOLÓGICA DA OI

Em geral, a maioria dos pacientes apresenta uma protrusão dos ossos frontal e parietal, sendo que a DI não está presente em todos os casos, porém afeta mais a dentição decídua em 18% dos pacientes com OI tipo III e em 17% dos que portam o tipo IV. Os dentes permanentes não exibem atrição excessiva ou fratura coronária, mas as mal oclusões estão presentes em quase todos os tipos de OI. A mal oclusão de classe III está presente em 70,6% do tipo IV e 81,8% no tipo III. No caso, a mordida cruzada encontra-se em 36% dos pacientes com o tipo III e em 47% dos com o tipo IV, tanto na dentição decídua quanto na permanente. A DI pode atingir todos ou apenas alguns dentes, os decíduos são atingidos mais gravemente do que os permanentes. Os dentes com alteração de cor, sendo dentes com cor âmbar, opalescente azulada ou castanha, possuem uma tendência de serem mais prejudicados em relação a fraturas e desgaste de esmalte. Apesar dos dentes com DI serem de fato mais frágeis, eles aparentemente não são mais propensos à cárie do que os dentes normais, isso porque apresentam uma certa resistência em razão da obliteração dos túbulos dentinários (PEIXOTO et al., 2002).

3 QUANDO PROCURAR O CIRURGIÃO DENTISTA

O acompanhamento com o

cirurgião é necessário quando se inicia a erupção da dentição decídua e com isso, conseguem determinar a presença de DI ao acompanhar o desenvolvimento dos dentes e dos ossos craniofaciais. Muitos pacientes possuem mal oclusão de classe III. A DI se apresenta mais grave na dentição decídua, pois é evidenciada pelo abrupto desgaste dos dentes, sendo necessário proteger os molares decíduos com coroas protéticas. O diagnóstico deve ser rápido, pois o desgaste pode causar perda dentária, desgaste de algumas dimensões dos dentes e até a perda da função mastigatória. Em relação ao tratamento entre a dentição mista e permanente é necessário um planejamento, onde é necessária a integração de vários profissionais, como um protista, ortodontista e odontopediatra. O tratamento odontológico tende ser bem-sucedido quando é iniciado o mais cedo possível, podendo ocorrer a interação antecipada entre médicos e cirurgião dentista para que haja a oferta de saúde, e assim, redução dos danos (SILVA, 2016).

4 DIAGNÓSTICO PRECOCE DA OI

Quando iniciado o tratamento odontológico precoce dos pacientes com OI, os dentes com DI são tratados de forma primária, com o intuito de garantir o crescimento normal dos ossos da face, o favorecimento da erupção de dentes permanentes saudáveis, uma boa oclusão e uma estética satisfatória. O tratamento se baseia na prevenção das cáries, atenção ao desgaste dentário para evitar a perda demasiada de toda a estrutura dentária, ajustes da mal oclusão, sendo uma opção de tratamento a colocação de coroas artificiais, evitando também o mau desenvolvimento dos ossos craniofaciais (SILVA, 2016).

O intuito primordial do tratamento odontológico da DI ainda na dentição decídua, é com a manutenção da saúde bucal, poder conservar a vitalidade,

forma e dimensão dos dentes, proporcionando assim, uma estética agradável ao paciente. Promove também a manutenção da função mastigatória, mantém a dimensão vertical e evita interferências na erupção dos dentes permanentes, permitindo também o crescimento normal dos ossos craniofaciais e uma boa função da ATM (SILVA, 2016).

5 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO

Tendo em vista que pacientes portadores de OI possuem grande fragilidade e limitações, os casos que requerem tratamentos mais complexos e que apresentam grandes chances de complicações devem ser evitados o quanto possível. Por isso, o tratamento preventivo odontológico é de grande importância para evitar tratamentos mais complexos ou invasivos, sendo uma abordagem paliativa, pois apesar de não haver uma cura para a doença, as abordagens terapêuticas ajudam a limitar os danos à saúde e garantir assim uma maior qualidade de vida ao paciente, devendo a prevenção ser o primeiro elemento em ao se desenvolver um plano de tratamento (SOUZA, 2013; KANNO; OLIVEIRA, 2008).

A abordagem preventiva para pacientes com OI deve se iniciar com o preparo do cirurgião-dentista e da equipe que o acompanha, devendo estes estarem familiarizados com os aspectos bucais da doença e os tipos de medicamentos utilizados pelo paciente, cuidando com simples detalhes como a posição e postura de apoio do paciente e os movimentos que irá realizar durante a abordagem, para que o paciente esteja confortável e a intervenção seja segura, evitando o possível grandes forças ou movimentos abruptos. O manejo adequado é fundamental, assim como uma boa assistência multidisciplinar (BARROSO, et al., 2009; KANNO; OLIVEIRA, 2008).

Os pais ou responsáveis de pacientes portadores de OI devem ser instruídos sobre quando a primeira visita ao cirurgião-dentista deve ser feita (assim que os primeiros dentes se erupcionam) para que desde o momento já haja o acompanhamento precoce do desenvolvimento esquelético, tendo em vista que na maioria dos casos os pacientes apresentam uma mal oclusão de classe III e mordida cruzada sendo anterior e/ou posterior, menor altura facial, probabilidade de fratura na região condilar ao realizar abertura máxima bucal assim como a luxação da articulação temporomandibular (ATM), entre outros, e executar o controle de placas, cáries, doenças periodontais e análise de desenvolvimento de patologias, principalmente por meio de orientação sobre a higiene e seus hábitos alimentares juntamente com aplicação de flúor tópico e selantes. A intervenção precoce nos casos de atrição severa é muito considerada, comum a esses pacientes pela dentina apresentar grande deficiência de minerais (TESTA; RIBEIRO, 2020; SILVA, 2016; MACHADO et al., 2012; BARROSO et al., 2009; KANNO; OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, a principal função da abordagem preventiva é garantir que o paciente tenha uma saúde bucal adequada e funcional que lhe garanta uma maior qualidade de vida, preservando o máximo possível das características naturais de seus dentes e lhe garantindo uma estética satisfatória, a qual influencia diretamente seu meio psicológico (TESTA; RIBEIRO, 2020; SILVA, 2016; MACHADO et al., 2012).

O atendimento multiprofissional ao paciente portador de OI é de extrema importância para garantir a melhor abordagem e segurança do mesmo, levando em consideração que são casos em que há um comprometimento da saúde do paciente como um todo e não apenas bucal, devendo então conter uma intervenção somática de diversas áreas, como o pediatra, ortodontista, fisiotera-

peuta, odontopediatra, radiologista, entre outros, atendendo o máximo possível as necessidades de tratamento de cada paciente. O planejamento de cada abordagem odontológica deve ocorrer de forma específica para cada caso e sempre em contato com os profissionais que o acompanham (PEIXOTO et al., 2002).

6 EXAME RADIOGRÁFICO

A análise radiográfica odontológica assegura mais clareza para o cirurgião dentista desenvolver o melhor e mais adequado plano de tratamento para o seu paciente, visando a riqueza de detalhes das porções internas bucais como a raiz, mandíbula, elementos dentários em si e os demais detalhes internos que não podem ser visualizados sem o exame (MEGA IMAGEM, 2020).

A ineficiência na síntese do colágeno tipo I, característica da OI, pode resultar na dentinogênese Imperfeita do tipo I, muito predominante na OI Classe IV por possuírem uma variação fenotípica muito elevada (SILVA, 2016; BARROSO et al., 2009; KANNO; OLIVEIRA, 2008). Esta condição pode ser bem identificada por meio de exames radiológicos, apresentando um extenso desgaste do esmalte em relação a dentina por meio de fraturas e de sua fragilidade, deixando-a exposta a grande atrição e assim revelando um maior encurtamento da coroa e um aspecto arredondado ou bulboso, se tornando visível também uma redução significativa da área cervical, da densidade óssea e demais alterações ósseas que variam de acordo com a gravidade da doença (MACHADO et al., 2012; KANNO; OLIVEIRA, 2008; SANTILI, 2004; SANTOS et al., 2003).

Através de exames radiológicos periapicais (onde a radiolucidez pulpar se torna comum devida a exposição precoce) e panorâmicos, nota-se na porção radicular, o encurtamento e afinamento da raiz dentária, assim como na região da câmara pulpar e canais radiculares,

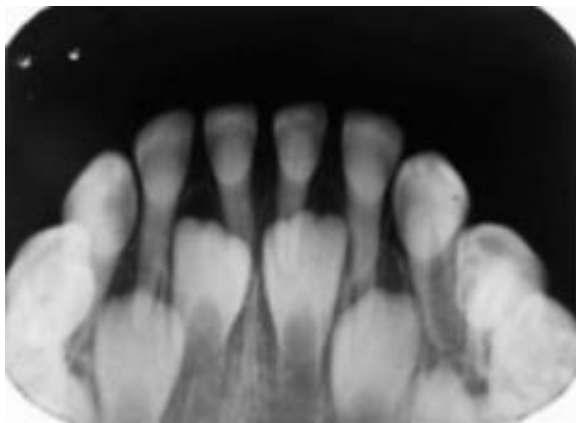
identifica-se que nos dentes recém-erupcionados ou que ainda se encontram em formação esta área se apresenta de forma ampla, diferentemente dos dentes inteiramente erupcionados (Figura 1), em que esta mesma porção vai sendo destruída (Figura 2), muitas vezes a polpa coronária pode se apresentar até mesmo calcificada, sendo a dentição decídua muito mais prejudicada em comparação à permanente (SILVA, 2016; MACHADO et al., 2012; BARROSO et al., 2009; KANNO; OLIVEIRA, 2008;).

Figura 1: Radiografia panorâmica de paciente portadora de osteogênese imperfeita associada à dentinogênese imperfeita. Canais radiculares totalmente obliterados em dentes erupcionados.



Fonte: Extraído de Kanno, 2009.

Figura 2 - Radiografia periapical da região anteroinferior da paciente aos quatro anos de idade. Observa-se a obliteração parcial dos condutos radiculares dos incisivos inferiores decíduos.



Fonte: Extraído de Machado, 2012.

Os exames radiográficos em pacientes com OI devem ser realizados apenas em sua necessidade, tendo em vista a segurança e o bem-estar dos pacientes, onde muitas vezes já foram

submetidos a inúmeras exposições por conta de suas fraturas (BARROSO et al., 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo de revisão literária e seus relatos em relação a OI, considera-se que a OI é uma doença sem cura que causa uma grande fragilidade óssea, dentinogênese imperfeita e outra série de problemas sistêmicos que vão além dos bucais. O diagnóstico precoce da doença permite que o cirurgião-dentista realize um papel fundamental no tratamento paliativo da doença, sendo este o único meio de tratamento, com métodos adequados prevenindo doenças periodontais e cáries, tendo em vista sempre a dificuldade dos procedimentos para este tipo de paciente e promovendo uma maior qualidade de vida tanto estética e psicológica quanto funcional, levando a melhora do prognóstico de seu paciente. Dessa forma, é de extrema importância que o cirurgião-dentista tenha a compreensão necessária para efetuar uma abordagem segura e efetiva, tendo conhecimento das manifestações orais, detalhes radiográficos pertinentes da doença, uso de medicamentos, tratamentos gerais cometidos ao paciente e a situação socioeconômica do mesmo, lhe permitindo estabelecer um bom plano de prevenção sendo esse o ponto principal do acompanhamento ao paciente. Para isso, o entrosamento entre a equipe multiprofissional é muito valioso.

REFERÊNCIAS

BARROSO, M. T. et al. Aspectos odontológicos de três irmãos com osteogênese imperfeita. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória – ES, v. 11, n. 1, p. 52-60, fev. 2009.

CASTRO, C.; ARIELA, V.; ALVEZ, B. L. Aspectos odontológicos da osteogênese imperfeita. Tese (Graduação em

odontologia) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2019.

KANNO, C. M.; OLIVEIRA, J. A. Características clínicas e radiográficas da osteogênese imperfeita associada à dentinogênese imperfeita. *Revista Odonto*, São Bernardo do Campo, v. 17, n. 33, p. 96-101, dez. 2008.

MACHADO, C. V. et al. Osteogênese imperfeita associada a dentinogênese imperfeita: relato de caso clínico. *Revista da faculdade de odontologia, Passo Fundo*, v. 17, n. 3, p. 336-341, set./dez. 2012.

MEGA IMAGEM. Tratamentos odontológicos: a importância da radiografia. 2020. Disponível em :<<https://www.megaimagem.com.br/blog/tratamentos-odontologicos-a-importancia-da-radiografia/>>. Acesso em: 14 maio 2021.

PEIXOTO, L. F. S. et al. Atenção odontológica ao paciente com osteogênese imperfeita: relato de caso clínico. *Jornal Brasileiro de odontopediatria e odontologia do bebê*, Curitiba, v.5, n.27, p.383-389, set./out. 2002.

SANTILI, C. Avaliação clínica, radiográfica e laboratorial de pacientes com

osteogênese imperfeita. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo – SP, v. 51, n. 4, p. 214-220, out. 2004.

SANTOS, M. T. B. R.; BIZIAK, T. R.; MANZANO, F. Aspectos clínicos e tratamento odontológico em um paciente portador de osteogênese imperfeita tipo IV. *Jornal Brasileiro de odontopediatria e odontologia do bebê*, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 32-35, jan./fev. 2003.

SILVA, J. M. Serviços de odontologia e osteogênese imperfeita no sistema único de saúde. 2016. 97 f. Dissertação (Mestre em ciências), Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, G. F. Osteogênese Imperfeita: um relato de caso. João Pessoa – PB, [s.n.], 2013.

TESTA, C. O.; RIBEIRO, G. M. Associação dos aspectos da Osteogênese Imperfeita e Dentinogênese Imperfeita para obtenção de um tratamento preventivo: Revisão de Literatura. 2020. 10 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília.