

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANDRIELLE BIANCK DOS SANTOS CARDOSO  
KATHLEEN DANIELLE CARDOSO NASCIMENTO

DISPLASIA DENTINÁRIA: RELATO DE CASO

Aracaju

2019

ANDRIELLE BIANCK DOS SANTOS CARDOSO  
KATHLEEN DANIELLE CARDOSO NASCIMENTO

## DISPLASIA DENTINÁRIA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Odontologia da  
Universidade Tiradentes como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

Msc. Vanessa dos Santos Viana

Aracaju

2019

ANDRIELLE BIANCK DOS SANTOS CARDOSO  
KATHLEEN DANIELLE CARDOSO NASCIMENTO

## DISPLASIA DENTINÁRIA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Odontologia da  
Universidade Tiradentes como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

Msc. Vanessa dos Santos Viana

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Professora Orientadora Msc. Vanessa dos Santos Viana

---

1ºExaminador: \_\_\_\_\_

---

2ºExaminador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana orientadora das discentes Andrielle Bianck Dos Santos Cardoso e Kathleen Danielle Cardoso Nascimento atesto que o trabalho intitulado: “**DISPLASIA DENTINÁRIA: RELATO DE CASO**” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Orientadora: Msc. Vanessa dos Santos Viana

*Apesar de um não eminente, lute até o fim pelo sim de seus sonhos. Não é demérito nenhum perder lutando. E lutar é a maneira mais honesta de buscar sonhos.*

*Professor Galvão*

## DISPLASIA DENTINÁRIA: RELATO DE CASO

Andrielle Bianck dos Santos Cardoso<sup>a</sup>, Kathleen Danielle Cardoso Nascimento<sup>a</sup>,  
Vanessa dos Santos Viana<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>Graduandas do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, <sup>b</sup> Professora Msc. do  
Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes.

---

### RESUMO

A Displasia Ectópica Dentinária (DD) que foi descrita por Rushton em 1939, sendo um distúrbio de desenvolvimento relacionado a formação da dentina que possui obliteração da polpa e defeito da formação da raiz. Descrita como uma condição rara e transmitida geneticamente ela pode ser dividida em tipos I e II, uma vez que ambas podem afetar as dentaduras decídua e permanente. O tratamento clínico transformou-se com o passar dos anos, sendo que o protocolo indicava a necessidade de exodontia para um tratamento menos invasivo, utilizando métodos que consistem na manutenção da higiene oral, a idade do paciente, a gravidade da doença, a extensão dos sintomas e atendimento odontológico regular. O Objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de displasia dentinária do tipo I em uma criança do sexo masculino com 8 anos de idade, com presença de restaurações insatisfatórias e dieta cariogênica. Dessa forma é significativo um planejamento adequado, uma higiene bucal adequada e manutenção do dente na cavidade bucal.

**PALAVRAS-CHAVES:** Monitoramento conservador, displasia, displasia da dentina.

---

### Abstract

The Dentin Ectopic Dysplasia (DD) which was described by Rushton in 1939, being a developmental disorder related to dentin formation that has pulpobliteration and root formation defect. Described as a rare and genetically transmitted condition, it can be divided in to types I and II, as both can affect deciduous and permanent dentures. The clinical treatment changed over the years, and the protocol indicated the need for extraction for less invasive treatment, using methods that Consist of main taining oral hygiene, the age of the patient, these verity of the disease, the extent of symptom sand regular dental care. The aimofthis study was to report a clinical case of type I dentinal dysplasia in an 8-year-old male child with unsatisfactory restoration sand a cariogenic diet. Thus, proper planning, proper oral hygiene and maintenance of the tooth in the oral cavity is significant.

**KEYWORDS:** Conservative monitoring, dysplasia, dentin dysplasia.

---

## 1- INTRODUÇÃO

A Odontogênese inicia-se na 6ª semana de vida intrauterina, quando a diferenciação da lâmina dentinária envolve células especializadas do epitélio oral, a partir do tecido ectomesênquimal do primeiro arco derivada das células das cristas neurais, resultando no processo de formação do dente (ANDRADE et al., 2017). A Dentinogênese ocorre em duas fases, a primeira caracteriza-se quando ocorre a diferenciação dos odontoblastos que são originários das células ectomesenquimais e da papila dentária, já na segunda fase ocorre o início da mineralização dentro das vesículas da matriz, que se rompem e fundem-se formando focos de mineralização sendo necessário que o epitélio externo e interno do órgão do esmalte unam-se e mergulhem em direção ao ectomesênquima que os envolve para ocorrer a formação das raízes e o desenvolvimento radicular (MACDOUGALL, 1998). Assim com a proliferação das células epiteliais nessa região, outra estrutura é formada, a bainha de Hertwing que induz a diferenciação do tecido conjuntivo (papila dentária) em odontoblastos que formará a dentina radicular (GUEDES-PINTO, 2011).

As fases da erupção dentária são divididas em pré-eruptiva, eruptiva e pós-eruptiva. A primeira fase começa com a formação completa da coroa, a segunda fase, eruptiva, tem a coroa formada chegando ao plano oclusal e a última fase pós-eruptiva termina quando o dente entra em oclusão (GUEDES- PINTO, 2011).

As teorias mais aceitas, de acordo com a literatura, são: crescimento radicular, que é a mais óbvia da erupção em virtude de que à medida que a raiz cresce, provoca a erupção do dente; a teoria do ligamento periodontal, que à medida que exerce a força do movimento dentário reside no ligamento periodontal, tendo a formação radicular que inicia com uma reabsorção óssea na base da cripta óssea para acomodar a raiz de formação; teoria de remodelação óssea, resultante de pequenos e curtos movimentos em várias direções, regiões de reabsorção na cripta óssea que ocorrem como consequência gerada da pressão do dente; a teoria do folículo dentário e do retículo estrelado tem um papel no início da reabsorção óssea associado na erupção dentária, produzindo um fator de

crescimento (TGB- $\beta$ 1) e interleucinas (IL-1 $\alpha$ ) induzindo um fator estimulante de colônias, atraindo as células precursoras de odontoblastos (CORRÊA et al.,2017).

Durante as fases de desenvolvimento dentinário podem ocorrer mutações genéticas devido às condições patológicas, metabólicas ou outras alterações ambientais que resultam anomalias dentárias. Essas anomalias podem ser classificadas como hereditárias, congênitas ou adquiridas. (MARTIN- GONZÁLEZ et al.,2012).

Nesta secção, é importante pontuar que a dentina é um tecido mineralizado constituindo um corpo recoberto pelo esmalte na sua porção coronária e pelo cemento na porção radicular. A sua matriz orgânica é secretada pelos odontoblastos. Entretanto, as células tipo odontoblásticas podem sofrer defeitos específicos na formação da matriz extracelular da dentina pelo gene DSPP (sialofosfoproteína dentinária) que codifica as principais proteínas não-colagenas da dentina (J.-W. KIM,2007), localizado no cromossomo 4q (DEAN et al.,1997).

Ao pontuar a Displasia Ectópica Dentinária (DD), a mesma foi descrita por Rushton em 1939, associada a um distúrbio de desenvolvimento na formação da dentina, apresentando obliteração da polpa e defeito da formação da raiz (BASTOS et. al., 2010). Sendo ela caracteriza como uma condição rara, transmitida geneticamente de forma autossômica dominante podendo ou não estar associada a doenças sistêmicas como: Calcínose universal, Artrite Reumatóide, Vitaminose D, Esclerose óssea, anomalias do esqueleto e Calcínose tumoral (ANDRADE et al., 2017). De acordo com MACHADO et al., (2012 apud SHAFER, 2012), a displasia dentária (DD) possui caráter hereditário pode ser dividida em tipos I e II. BASTOS et al., (2010 apud PHAROAH e WHITE 2007), observaram os casos de DD (1:100.000) comparado com os casos de dentinogênese imperfeita (1:8.000) e associaram à displasia radicular (tipo I) e a displasia coronária (tipo II), sendo que ambas podem afetar as dentições decídua e permanente.

Nessa perspectiva, a DD tipo I tem etiologia desconhecida, sendo que a mesma é hereditária. Ao analisar de forma histológica o esmalte e a dentina apresentam aspecto de normalidade, entretanto ocorre uma transição da dentina displásica onde o tecido alterado



se caracteriza pela formação de glóbulos espirais ocasionando no bloqueio dos túbulos dentinários (MACHADO et al., 2012). Segundo Ruela e Sampaio (1998), a displasia dentinária tipo I subdivide-se em 4 subtipos: 1a subtipo é a mais severa, apresenta uma obliteração pulpar completa e um desenvolvimento radicular mínimo ou ausente; 1b, apresenta raízes cônicas ou curtas, radiograficamente apresenta uma linha radiolúcida horizontal em forma de meia-lua ao longo da junção cimento- esmalte; 1c, apresenta linhas radiolúcidas em forma de meia-lua, uma voltada para junção cimento-esmalte com raízes exibindo metade do comprimento normal; 1d, uma discreta evidência da câmara pulpar ao nível da junção cimento-esmalte e completa formação das raízes ( BASTOS et al., 2010).

Já na DD tipo II os dentes decíduos têm características de dentinogênese imperfeita, os dentes permanentes tem de forma e cor normal na maioria dos casos, embora a polpa dentária apresente-se obliterada com pedras de celulose. Estudos genéticos revelam a ligação com DSPP (sialofosfoproteína dentinária) localizado no cromossoma 4q12-21 o que é responsável pela codificação da DSPP, sendo essencial para mineralização da dentina, ocorrendo uma mutação anormal na quantidade e reduzindo a matriz secretada de dentina formadora do odontoblastos e ameloblastos (PITAK-ARNNOP et al., 2019).

Comungando dessa ideia ANDRADE et al., (2017), vem pontuar ainda que radiograficamente, a DD tipo II apresenta uma grande câmara pulpar com canais radiculares alongados e finos.

Dentro das anomalias dentárias elas são observadas no exame clínico e radiográfico, traçando um prognóstico ruim na maioria dos casos. Quando associado a lesão cariosa e mobilidade os tratamentos conservadores como os endodônticos e ortodônticos são feitos na tentativa de preservar a dentição natural, ainda assim, muitos casos não são bem-sucedidos, sugerindo como tratamento adequado a exodontia da unidade dentária com a displasia dentinária e a instalação de prótese do elemento dentário perdido (BASTOS et al., 2010).

Com os avanços e inovações terapêuticas muitos pacientes acometidos por este distúrbio possuem como opção a possibilidade de manter seus dentes. Para que isto ocorra, devem ser observados fatores como: a manutenção da higiene oral, a idade do paciente, a gravidade da doença, a extensão dos sintomas e atendimento odontológico regular (J.-W.KIM, 2007; PITAK- ARNNOP et al., 2019).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de displasia dentinária do tipo I em uma criança do sexo masculino com 8 anos de idade com presença de restaurações insatisfatórias e dieta cariogênica.

## **2- RELATO DE CASO**

Paciente infantil, H.R.S.G., oito anos de idade, gênero masculino, compareceu a Clínica Odontológica da Unit, acompanhada pela mãe com o seguinte relato “meu filho arrancou o dente e até agora não nasceu”, SIC.O paciente tinha comparecido anteriormente, mas não deu continuidade ao tratamento, o que resultou na necessidade de uma nova anamnese e assim novo plano de tratamento.Segundo a responsável paciente não possui nenhuma sintomatologia dolorosa, não houve problemas durante a gestação e nem no parto, não apresenta doença congênita,não está fazendo tratamento médico, além de não possuir alergias a medicações e alimentos. Foi amamentado no seio até os 3 anos de idade e também fez uso de mamadeira com conteúdo de leite sem acréscimo de açúcar, realiza a escovação sem a presença dos responsáveis por 2 vezes ao dia. Ao exame extraoral (Figura 1 e Figura1.1) foram observadas pequenas máculas em região infra orbitaria e orbicular(Figura 2).

Figura 1 - imagens extra-orais do paciente (visão frontal em oclusão e em repouso).



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

Figura 1.1 - imagens extra-orais do paciente (visão lateral direita e lateral esquerda).



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

Figura 2 - imagem extra oral da região orbicular e labial.



**FONTE: caso clínico pesquisado.**

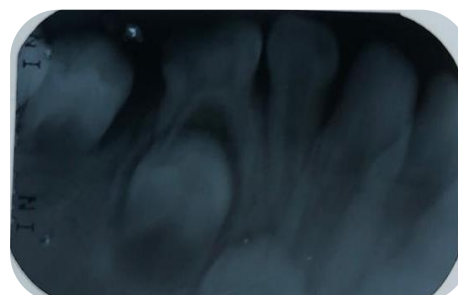
Ao primeiro exame intra bucal foram observadas língua saburrosa, presença de mau hálito, dentadura mista com ausência das unidades 12, 22, 75 e 85.

Aos exames radiográficos periapicais em região de molares em ambas as arcadas (maxilar e mandibular inferior) bilateralmente (esquerdo e direito) foi possíveis observar imagem radiopaca sugestiva de restaurações insatisfatórias em cavidade ampla referentes das unidades 54, 64 e 84(Figura 3).

Figura 3 - imagens radiográficas periapicais para análise das cáries.



Radiografia periapical de região de molar superior lado direito.



Radiografia periapical de região de molar inferior lado direito.



Radiografia periapical de região de molar superior lado esquerdo.

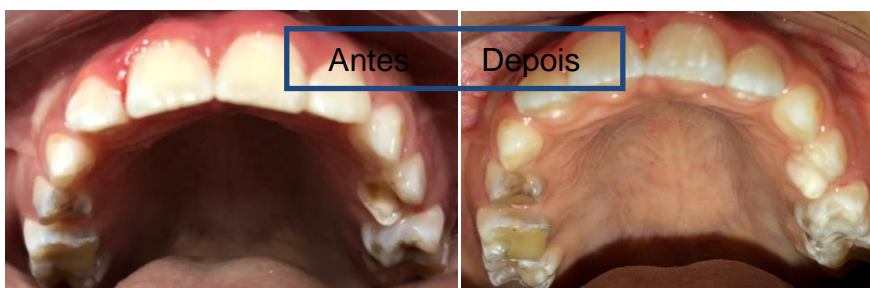


Radiografia periapical de região de molar inferior lado esquerdo.

**FONTE: caso clínico pesquisado.**

Restaurações insatisfatórias das unidades 54 classe 2 (ocluso-mesio-distal), 64 classe 2 (ocluso mesial) (Figura 4) e 84 (oclusal) (Figura 4.1).

Figura 4 - imagens intra oral restaurações insatisfatórias 54 classe 2 (ocluso-mesio-distal), 64 classe 2 (ocluso mesial) e suas respectivas restaurações.



**FONTE: caso clínico pesquisado.**

Figura 4.1 - imagens intra oral da restauração insatisfatória 84 (oclusal) e pós tratamento restaurador atraumático.



**FONTE: caso clínico pesquisado.**

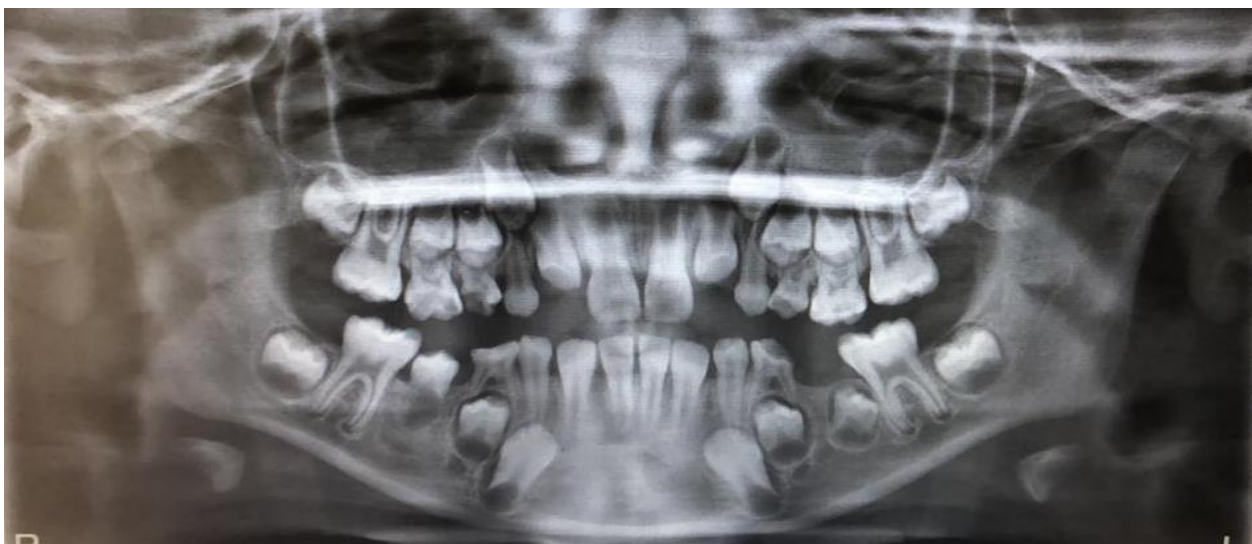


Diante do relato da mãe, foi constatada dieta cariogênica e solicitou-se que fosse feito diário alimentar da criança por um período de 07 dias.

A responsável foi comunicada a respeito do planejamento do tratamento que incluiu tratamento restaurador atraumático das unidades: 54 64 e 84. Ao analisar as radiografias periapicais,foiobservada alteração da unidade 45 que erupcionou precocemente e a presença de uma imagem radiolúcida na região correspondente a raiz onde se fez necessário a solicitação de exame complementar. Optou-se primeiramente pelo do exame radiográfico panorâmico para análise dos germes dentários.Nessa premissa, foi constatada a presença das unidades 11,12, 53, 54, 55,16, 21, 22, 63, 64, 65, 2631, 32, 73,74, 36, 41, 42, 83,84 e 46 irrompidas na cavidade oral e imagens radiopacas sugestiva de germes dentários das unidades 13, 14, 15, 23, 24, 25, 27, 33, 34, 37, 43, 44, 47; unidade 35 impactada em estagio 06 de Nolla e 45erupcionado na cavidadesem formação de raiz.

Ao analisar a radiografia panorâmica, foi diagnosticado na unidade dentária 45 displasia dentinária do tipo I, devido às características observadas. Assim, solicitou-setomografia cone Beande região de mandíbula inferior lado direito para análise mais minuciosa da unidade 45(Figura 5, Figura 6, Figura 6.1, Figura 7, Figura 8, Figura 9).

Figura 5 - imagem radiográfica panorâmica realizada em 13/03/2019.



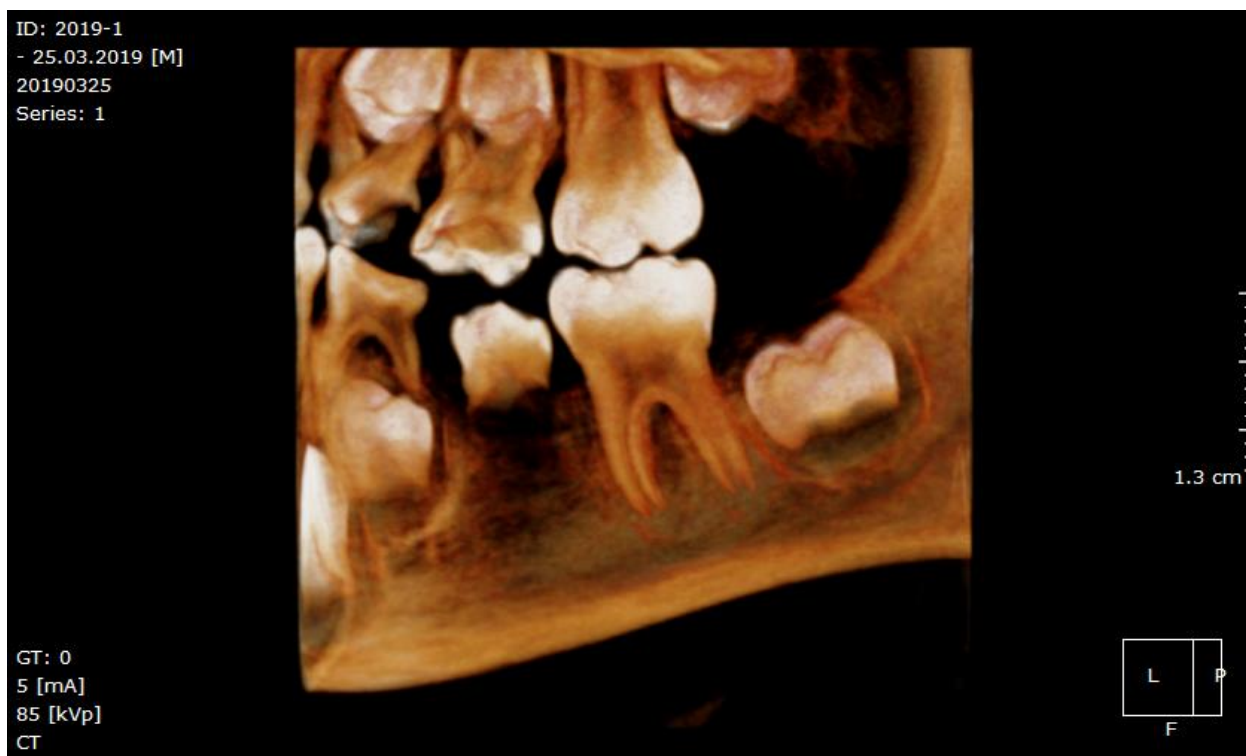
**FONTE: caso clínico pesquisado.**

Figura6 - Tomografia cone Bean, região mandibular lado direito vista vestibular.



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

Figura6.1 - Tomografia cone Bean, região mandibular lado direito vista lingual.



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

Figura 7 - Tomografia cone Bean, região mandibular lado direito corte transversal.



**FONTE: caso clínico pesquisado.**

Figura8 - Tomografia cone Bean, região mandibular lado direito corte sagital.



**FONTE: caso clínico pesquisado.**



Figura9 - Tomografia cone Bean, região mandibular lado direito corte coronal.



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

O tratamento do caso relatado consistiu-se em um controle da saúde bucal do paciente abrangendo a conservação dos tratamentos restauradores efetuados, controle do biofilme com profilaxia e aplicação tópica de flúor, verbalização de controle sobre a dieta cariogênica e acompanhamento radiográfico panorâmico dos germes dentários em favor de melhorias na manutenção profilática da displasia (Figura 10 e Figura 11).

Figura 10 - imagem intra oralde controle.



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

Figura 11 - imagem radiográfica panorâmica de acompanhamento. Após 6 meses 30/10/2019 .



**FONTE:** caso clínico pesquisado.

### 3- DISCUSSÃO

A Displasia Dentinária tipo I é um distúrbio hereditário raro caracterizado pela presença de dentes com esmalte normal e uma dentina atípica. Os dentes apresentam características morfológicas normais, entretanto radiograficamente apresentam uma obliteração pulpar e desenvolvendo radicular mínimo ou ausente (MELNICK,1980).

O tratamento consiste na manutenção da higiene oral do paciente, acompanhamento radiográfico e em casos não bem sucedidos extração do dente, instalação de prótese ou colocação de implantes na unidade perdida (PITAK-ARNNOP et al.,2019). A literatura relata que a DD tipo I na maioria dos casos está associado a doenças de alteração congênita com o gene DSPP (sialofosfoproteína dentinária) com o cromossoma 4q ocorrendo uma mutação genética e reduzindo a matriz secretora da dentina (DEAN et al.,1997).

No caso descrito, o paciente não possuía presença perceptível de alteração congênita. Para tanto, há análises de diversos estudos, entre eles existe o relato sobre casos nos quais a maioria dos pacientes apresentava síndromes de Stevens-Johnson e síndrome de Down, talassemia, hipoparatiroidismo, herpes zoster ou esclerodermia (GIANSANTI, 1974; KALK, 1998; SHANKEY, 1999; J.-W.KIM, 2006; BASTOS, 2010; FREITAS, 2012; MACHADO, 2012; LIMA, 2017; PITAK- ARNNOP, 2019).

De acordo com estudos, os genes principais para defeitos de dentina é DSPP que excreta matriz de dentina 1 com o cromossoma 4q21.3, DMP1 cromossoma 4q21 matriz protetora de dentina 1, IBSP cromossoma 4q21-q25 sialoproteína de ligação, EFEM fosfoglicoproteína extracelular da matriz e SPP1 secretora de fosfoproteína-1, são as causas genéticas de defeitos hereditários que se manifesta em membros da mesma família, tendo a principal característica entre irmãos gêmeos relacionada herança autossômica recessiva (KALK, 1998; WITKOP, 1999; SHANKEY, 1999; J.-W. KIM, 2007.), Dessa forma, não foi possível relacionar com o caso apresentado, por não haver o mapeamento genético da família do paciente.

Segundo Ruela e Sampaio (1998), após a discussão sobre a displasia dentinária e suas diferenças houve a necessidade de se nomear subdivisões e dessa forma foram indicados 4 subtipos da Displasia Dentinária tipo I. De acordo com o exame complementar a radiografia panorâmica o caso relatado apresentava o subtipo 1a que se classifica como a variação mais severa, tendo a característica uma obliteração pulpar e um desenvolvimento radicular mínimo ou ausente. Durante o acompanhamento de 6 meses observou-se a evolução da displasia dentinária tipo 1a e passou a ser classificada como displasia 1c por apresentar linhas radiopacas em volta de meia lua voltada para a junção cimento esmalte com a leve presença de formação de raízes apresentando-se como uma lâmina (BASTOS et al., 2010).

Em um estudo feito por Machado et al., (2012) existe uma grande variação na formação radicular em pacientes acometidos pela DD1, visto que a desorganização dentinária pode ocorrer em diferentes estágios do desenvolvimento dentário. Portanto, quanto mais cedo ocorrer a desorganização dentinária, mais precária e deficiente será a formação radicular.

E a partir desse acontecimento irá existir uma possível erupção precoce de acordo com a cronologia da erupção tanto dos dentes decíduos e permanentes, observando que a erupção do segundo pré-molar inferior deveria irromper na cavidade na idade entre 09 a 11 anos, porém diferentemente do caso relatado, o paciente possui a idade 08 anos o que divergiu da cronologia relatada pela literatura (GUEDES-PINTO, 2011) onde existiu a erupção precoce da dentição permanente.

O relato de Machado et al.,(2012) expõe que, devido ao grau de mobilidade exacerbada que pertence ao quadro de displasia existe a indicação de exodontia retratando em um quadro da perda precoce da unidade dentária acometida. Observando que esse seria a única necessidade como causa aparente sendo bem documentada na literatura. Diferindo do caso exposto, onde não houve a presença de mobilidade e assim o tratamento passou de uma conduta invasiva para uma conduta conservadora com intuito de prevenir a perda precoce, manejo profilático a partir do diagnóstico efetuando acompanhamento regular do paciente.

A displasia dentinária tipo I possui maior prevalência em pessoas do sexo masculino, com dentadura permanente e atingindo as unidades dentárias correspondentes aos pré-molares e molares, embora houvesse dois casos na literatura ter acometido no sexo feminino com a idade de 8 anos e 16 anos sem alteração congênita, a maioria dos casos encontrados os pacientes descobria que apresenta a DD com 20 anos de idade por achados radiográficos (GIANSANTI, 1974; BASTOS, 2010; PITAK- ARNNOP, 2019.). No caso acima relatado o paciente apresentava dentro dos achados clínicos.

No relato de caso aqui apresentado, inicialmente foi feita o exame radiográfico como periapicais, panorâmica e tomografia computadorizada para avaliação do dente com displasia tipo I na unidade 45 e a unidade 35 com impactação do dente permanente a unidade 36, logo que, o tratamento é a preservação para não haver perda dentária (PITAK-ARNOP et al.,2019). Os resultados são satisfatórios com a diminuição da dieta cariogênica e higiene oral adequada com o acompanhamento do cirurgião-dentista.

#### 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância que o Cirurgião dentista, principalmente o Odontopediatra, realize uma anamnese minuciosa para o planejamento adequado. O profissional deve ter conhecimento das fases de erupção dentária e das condições do paciente, que podem interferir no diagnóstico da displasia dentinária, oferecendo melhores formas de tratamento, incluindo um manejo profilático. Do mesmo modo, é indispensável o acompanhamento periódico para não haver a perda precoce dentária, e assim conservar a saúde oral, funcional e estética do paciente.

#### 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, C. E. D. S., LIMA, I. H. L., SILVA, I. V. D. S., VASCONCELOS, M. G., & VASCONCELOS, R. G. As principais alterações dentárias de desenvolvimento.. **Rev. Salusvita**, p. 533-563, 2017.
2. BASTOS, J. S., AGOSTINHO, C. N. L. F., ABREU, T. Q., CRUZ, M. C. F. N., & BASTOS, E. L. A. Displasia dentinária: um relato de caso. **REVISTA UNINGÁ**, v.24.n.1, 2010.
3. CIOLA, BENJAMIN; BAHN, SAUL L.; GOVIEA, GERALD L. Radiographic manifestation so fan unusual combination type I and type II dentin dysplasia. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v.45.n.2, 317-322, 1978.
4. CORRÊA, MARIA SALETE NAHÁS PIRES; MARTINS, ANA LÍDIA CIAMPONI F; BELMONT, LUCIANA FAZZI; HADDAD, ANA ESTELA. Erupção dentária, Cap 12. **Odontopediatria: na primeira infância uma visão multidisciplinar**, 4ªed. São Paulo, Quitessence Editora, 2017, 159-177p.
5. DEAN, J. A., HARTSFIELD JR, J. K., WRIGHT, J. T., & HART, T. C. Dentin dysplasia, type II link age tochromo some 4q. **Journal of crânio facial genetic sand develop mental biology**, v.17, n.4. p.172-177. 1997.
6. GUEDES-PINTO, ANTÔNIO CARLOS; SANTOS, ELAINE MARCÍLIO; MOURA, ANNA CAROLINA VOLPI MELLO; Odontogenese, Cap.1, **Odontopediatria**, 9ªed. São Paulo, Editora Santos, 2011, 5-15p

7. GUEDES-PINTO, ANTÔNIO CARLOS; SANTOS, ELAINE MARCÍLIO; CERQUEIRA, DANIELLA FERRAZ. erupção dentária. Cap. 2. **Odontopediatria**, 9ªed. São Paulo, Editora Santos, 2011, 16-47p.
8. GIANSANTI, JOSEPH S.; ALLEN, J. DAVID. Dentin dysplasia, type II, or dentin dysplasia, coronal type. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 38, n.6, p. 911-917, 1974.
9. KALK, WOUTER WI; BATENBURG, RUTGER HK; VISSINK, ARJAN. Dentin dysplasia type I: five cases within one family. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v.86, n.2, 175-178, 1998.
10. KIM, J.-W.; SIMMER, J. P. Hereditary dentin defects. **Journal of dental research**, v. 86, n.5, p. 392-399, 2007.
11. MACDOUGALL, MARY. Refined mapping of the human dentin sialophosphoprotein (DSPP) gene within the critical dentinogenesis imperfecta type II and dentin dysplasia type II loci. **European journal of oral sciences**, 106.S1: 227-233, 1998.
12. MACHADO, C. V., ROCHA, M. C. B. S. D., PASTOR, I., & TELLES, P. D. D. S. Displasia dentinária do tipo I: diferentes aspectos da mesma condição. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v.11, n.2. 165-166, 2012.
13. MARTÍN-GONZÁLEZ, J., SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, B., TARILONTE-DELGADO, M. L., CASTELLANOS-COSANO, L., LLAMAS-CARRERAS, J. M., LÓPEZ-FRÍAS, F. J., & SEGURA-EGEA, J. Anomalías y displasias dentarias de origen genético-hereditario. **Avance en Odontología**, v.28, n.6, p. 287-301, 2012.
14. MELNICK, MICHAEL; LEVIN, L. STEFAN; BRADY, JOHN. Dentin dysplasia type I: a scanning electron microscopic analysis of the primary dentition. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v.50, n.4, p. 335-339, 1980.
15. PITAK-ARNNOP, P., SUBBALEKHA, K., SIRINTAWAT, N., AUYPCHAI, P., & NEFF, A. Clinical approach to rhizome micry base on a case of dentine dysplasia type 1. **Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery**, 678. 2019.
16. SHANKLY, P. E.; MACKIE, I. C.; SLOAN, P. Dentin dysplasia type I: report of a case. **International journal of paediatric dentistry**, v.9, n.1: p. 37-42, 1999.

17. WITKOP JR, C. J. Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia revisited: problems in classification. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v.17, n.9-10, p. 547-553, 1988.



## ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE  
 IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS)  
 PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, Manuela Conceição da Silva, RG nº 1.514.933  
 residente à rua/avenida Albano Franco, nº 300, Bairro  
Ponte Dentas, na cidade de Aracaju, estado de SE, por meio  
 desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias,  
 vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR  
Anderson Rogério S. Gomes idade 8 anos, RG \_\_\_\_\_,  
 CPF \_\_\_\_\_, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão  
 realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado  
 Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Vanessa Lima.

Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 10 de março de 2019.

Manuela Conceição da Silva

Assinatura do responsável pelo paciente.

CPF: 024.225.165-05

RG: 1.514.933

Vanessa Lima

Assinatura do profissional responsável

CPF: 026.026.345-80

RG: 130.4.995

## ANEXO 2 - TERMO LIVRE E ESCLARECIDO



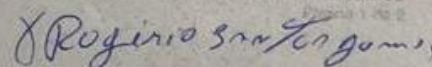
**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**PREZADO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:** O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua **AUTONOMIA** (vontade) em **CONSENTIR** (autorizar) é manifestada. O **DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO, TRATAMENTO E USO DE DADOS E IMAGENS PARA FINS ACADÊMICOS E CIENTÍFICOS**, somente será realizado após seu consentimento. Esse documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação, pergunte ao responsável antes de autorizar o início do tratamento. A assinatura no presente documento representa sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das consultas, inclusive quanto ao prosseguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

Por este instrumento, eu, **ROGERIO SANTOS GOMES**, portador (a) do RG nº 31088503, responsável pelo **HUANDERSON ROGER DA SILVA GOMES**, residente na RUA CHICO MENDES Cidade: ARACAJU Estado: SE, CEP: 49000000 Idade: 6, Data de Nascimento: 21/6/2011, Telefone: (Não Cadastrado), Celular: (79) 98864-5561 autorizo ser submetido a serviços odontológicos, na Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes, onde o tratamento será realizado pelos estudantes do Curso de Odontologia, sob a responsabilidade e supervisão profissional do corpo docente, havendo disponibilidade de vaga e após realização de triagem e devido encaminhamento para a disciplina (especialidade) indicada.

1. O paciente fica ciente que por este serviço deve efetuar o pagamento de taxa de cadastramento e triagem.
  - 1.1 A taxa deverá ser paga em dinheiro, junto à recepção da Clínica Odontológica da UNIT, situada na Rua de Siriri, nº 263, Bairro Centro, nesta capital.
  - 1.2 Esta taxa de cadastro é individual e intransferível, devendo ser renovada a cada semestre, a partir do 3º (terceiro) dia de atendimento.
  - 1.3 Ficam excluídos desta taxa os valores cobrados por exames radiográficos oclusais, panorâmicas e outros do gênero.
  - 1.4 Haverá possibilidade de isenção de pagamento nos casos específicos de radiografia periapical, se o paciente for atendido na disciplina de Radiologia ou outra disciplina clínica, entretanto, o número de radiografias não poderá exceder 10 (dez) unidades.
  - 1.5 Os serviços de prótese dentária ou de aparelhos móveis ortodônticos / ortopédicos serão pagos pelo paciente, ou responsável, diretamente ao laboratório credenciado pela Clínica Odontológica, sem qualquer ônus para Universidade Tiradentes.
  - 1.6 O recibo de pagamento será gerado nas datas previamente agendadas no prontuário e cartão de retorno.
2. O paciente fica informado que o atendimento ocorrerá na Clínica Odontológica da UNIT, no endereço acima citado, nos horários e dias previamente agendados por telefone e/ou pessoalmente, com registro em seu cartão de retorno.
3. O paciente fica avisado que não pode faltar sem justificativa, até no máximo duas vezes, caso contrário, será retirado do programa de atendimento da Clínica Odontológica. Desta forma, o não comparecimento sistemático as consultas odontológicas marcadas poderá ser caracterizado como abandono de tratamento.
  - 3.1 Nos casos de abandono ou faltas injustificadas, o paciente que desejar retornar ao atendimento, deverá realizar novo cadastramento e pagamento de nova taxa.
  - 3.2 O paciente, e/ou responsável, deverá manter a Clínica Odontológica informada de mudanças de endereço e/ou telefone. A não informação da mudança eximirá a Clínica Odontológica de responsabilidade quanto a eventuais comunicados de alterações dos dias e/ou horários de atendimento.
4. O tratamento odontológico a ser realizado será explicado previamente pelo professor, sobre as vantagens e desvantagens de outras técnicas, e autorizado pelo paciente, após ter compreendido o propósito do procedimento, bem como benefícios, riscos, efeitos adversos, condições e cuidados pré e pós-procedimento necessários para pleno êxito do tratamento.
  - 4.1 O tratamento utilizará técnicas reconhecidas cientificamente, bem como materiais adequados à execução do plano aprovado, assumindo-se a responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a privacidade do paciente e o necessário sigilo, bem como zelando pela sua saúde e dignidade.
  - 4.2 O plano de tratamento poderá sofrer alterações de acordo com a resposta biológica ou indicação científica, sendo sempre

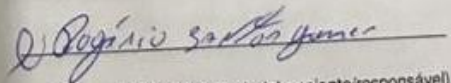
TEL: (79) 3218-2300

Rua Siriri, 263, Centro  
49010000, Aracaju SE  
Página 1 de 2


- comunicado e autorizado pela paciente.
- 4.3 Durante as consultas, todas as informações relatadas pelo paciente ou responsável, farão parte do prontuário (ficha clínica / anamnese).
- 4.4 O paciente fica advertido que não devem ser omitidas informações sobre suas condições de saúde geral, inclusive doenças conhecidas.
- 4.5 O paciente pode desistir do tratamento a qualquer momento, desde que haja comunicação ao professor titular da disciplina que realiza o atendimento.
5. O paciente fica ciente de que eventuais ausências às consultas de retorno e o não atendimento das orientações profissionais, prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo, assim algumas limitações.
- 5.1 O paciente fica advertido que o tratamento está sujeito aos seguintes fatores: sistema imunológico (defesa do paciente anatomia dental particular de cada dente, grau da doença, espécies de bactérias envolvidas e cooperação do paciente).
- 5.2 Ao paciente foi esclarecido que não existem garantias absolutas dos tratamentos realizados, possuindo um índice de insucesso como todos os procedimentos de saúde, uma vez que, o resultado esperado poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica, e limitações da ciência, além de outras variações de ordem local ou sistêmica, como a manutenção regular. De tal modo, ocasionalmente, o procedimento pode falhar, havendo necessidade de um novo tratamento/retratamento.
- 5.3 Durante o tratamento poderão ocorrer outras situações não diagnosticadas neste momento ou imprevistas, sendo necessárias alterações no plano clínico.
- 5.4 Para o tratamento poderá ser indicado o emprego de anestésico local, que apresenta os seguintes riscos: desmaio, dificuldade de respiração e reação alérgica.
- 5.5 Alguns tratamentos podem causar desconforto, inchaço, equimose, infecção e dormência prolongada.
6. O paciente será submetido a um questionário de avaliação biomédica, no qual serão pesquisados e excluídos possíveis fatores sistêmicos que possam comprometer ou contraindicar os procedimentos, bem como oferecer riscos à sua saúde geral.
7. O paciente poderá ter acesso a seus exames efetuados e quaisquer outras informações referentes ao diagnóstico, planejamento e tratamento solicitando cópia de seu prontuário a Coordenação Administrativa da Clínica Odontológica da UNIT, entretanto estará dando pleno direito de uso de imagem e dados desta Clínica Odontológica, que irá mantê-los sobre sua guarda com objetivos legais e didáticos, para fins de ensino e de divulgação, como publicação científica, respeitando respectivos códigos de ética, resguardando a sua identidade e tudo o que possa fazer reconhecimento pessoal.
- 7.1 Pelo uso de imagens e dados, para os fins já mencionados anteriormente, não será gerado nenhum ressarcimento ou pagamento ao paciente.
- 7.2 Caso o paciente, e/ou responsável, não permita o uso de sua imagem e dados, poderá ser atendido nesta instituição sem prejuízo algum ao seu tratamento.

Asseguro que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e compreender todas as informações constantes neste documento, antes de sua assinatura, estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas. Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecendo pontualmente às consultas marcadas.

Aracaju, 27/04/2018

  
(assinatura e n° identidade do (a) paciente/responsável)