


HIPOPLASIA DE TURNER EM PRÉ-MOLAR: RELATO DE CASO

Turner hypoplasia of the premolar: case report

Access this article online	
Quick Response Code:	Website: https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/65789
	DOI: 10.22409/ijosd.v1i69.65789

Autores:**Ana Beatriz Machado Veloso Cruz**

Especialista em Odontopediatria - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLM), Serra/ES.

Bruno Pereira das Posses

Mestre em Odontopediatria – Faculdade SLM, Campinas/SP; Prof. do Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade SLM, Serra/ES.

Ana Paula Martins Gomes

Doutora em Odontopediatria – Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo/SP; Professora Voluntária da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo (UFES/ES); Profa. Dra. do Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade SLM, Serra/ES.

Lilian City Sarmento

Doutora em Odontopediatria – UNICSUL, São Paulo/SP; Profa. Adjunta do Departamento de Clínica Odontológica da UFES/ES; Profa. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM/ UFES).

José Carlos Pettorossi Imparato

Doutor em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria – Faculdade de Odontologia de São Paulo (FOUSP), São Paulo/SP; Prof. Livre Docente da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP, São Paulo/SP; Prof. Dr. do Programa de Pós-Graduação da Faculdade SLM, Brasil.

Josiane Ferreira Corteleti

Doutora em Clínicas Odontológicas, com ênfase em Clínica Odontológica – Faculdade SLM, Campinas/SP; Profa. Dra. do Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade SLM, Serra/ES.

Instituição na qual o trabalho foi realizado: Faculdade São Leopoldo, Unidade Grande Vitória, Espírito Santo.

Endereço para correspondência: Av. Nossa Senhora da Penha, RS Trade Tower, Salas 918/919, Praia do Canto, CEP: 29055-130, Vitória-ES. Telefone: +55 (27) 99971-7668

E-mail para correspondência: odontopediatria.slm.es@gmail.com



RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso de um paciente pediátrico com Hipoplasia de Turner em pré-molar, bem como apresentar a sequência de procedimentos clínicos realizados. Paciente, 12 anos de idade, sexo masculino, compareceu para atendimento odontológico em uma Instituição de Ensino Privada de Pós-Graduação em Odontopediatria – Serra, Espírito Santo (ES); acompanhada de seu responsável. Durante anamnese, a queixa principal foi de sensibilidade dolorosa com gelado, quente e ar e; não houve relato de comprometimento sistêmico. Em exame clínico, identificou-se alteração de esmalte em todas as faces do elemento dentário 14, de coloração acastanhada e irregular, com perda estrutural e dimensão reduzida, compatível com Hipoplasia de Turner. Em história pregressa, o elemento 54 apresentou lesão de cárie extensa. Em exame radiográfico, também foi identificada alteração na formação da raiz. O tratamento proposto consistiu em diminuição da sensibilidade com verniz de flúor e laserterapia. E restauração temporária com CIV convencional e, posteriormente, restauração indireta com resina composta. A abordagem possibilitou reestabelecimento da função mastigatória, bem como a devolução da estética e saúde. No entanto, a fim de garantir longevidade e saúde do elemento 14, será realizado acompanhamento a cada 6 meses, até o fechamento do ápice radicular.

Palavras-chave: Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte. Hipoplasia de Turner. Cárie dentária.

ABSTRACT

This work aims to present a case report of a pediatric patient with Turner Hypoplasia in the premolar, as well as to present the sequence of clinical procedures performed. Patient, 12 years old, male, attended dental care at a Private Postgraduate Teaching Institution in Pediatric Dentistry – Serra, Espírito Santo (ES); accompanied by their guardian. During the anamnesis, there were no reports of systemic involvement or painful symptoms. On clinical examination, enamel changes were identified on all sides of dental element 14, with a brownish and irregular color, with structural loss and reduced size, compatible with Turner's Hypoplasia. In the past, element 54 presented an extensive carious lesion. On radiographic examination, changes in root formation were also identified. The proposed treatment consisted of reducing sensitivity with fluoride varnish and laser therapy. And temporary restoration with conventional GIC and, later, indirect restoration with composite resin. The approach made it possible to reestablish chewing function, as well as restore aesthetics and health. However,



in order to guarantee the longevity and health of element 14, monitoring will be carried out every 6 months, until the root apex is closed.

Keywords: Enamel development defects. Turner hypoplasia. Dental caries.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dentário é um processo progressivo, e o seu trajeto pode ser afetado por fatores de cunho genético e ambiental (COSTA, 2022). A Hipoplasia de Turner ou dente de Turner é uma anomalia que ocorre na formação dentária causada por fatores endógenos e/ou exógenos. E pode, também, estar relacionada à trauma ou infecção local. Esses fatores podem afetar os ameloblastos na fase de formação da matriz do esmalte e reduzir sua espessura. A severidade dessa anomalia dependerá da gravidade de infecção e da fase de formação do dente permanente (SANTOS ET AL., 2023).

Os dentes de Turner afetam diretamente a estética do dente. Quanto ao diagnóstico clínico, apresentam-se com irregularidades na coroa do dente e ranhuras que podem ser imperceptíveis, manchas esbranquiçadas até uma coloração amarelo amarronzadas, tendo por característica visível à exposição da dentina (SANTOS ET AL., 2023; PINTO ET AL., 2023). Os dentes de Turner apresentam um esmalte com espessura reduzida e, pela falta de impermeabilidade da camada de esmalte, aumenta a sensibilidade e potencializa o risco à cárie dentária (HERNÁNDEZ-MILLÁN ET AL., 2022). O tratamento para a Hipoplasia de Turner é variado e depende da severidade do caso (SANTOS ET AL., 2023). Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso de um paciente pediátrico com Hipoplasia de Turner em pré-molar, bem como apresentar a sequência de procedimentos clínicos realizados.

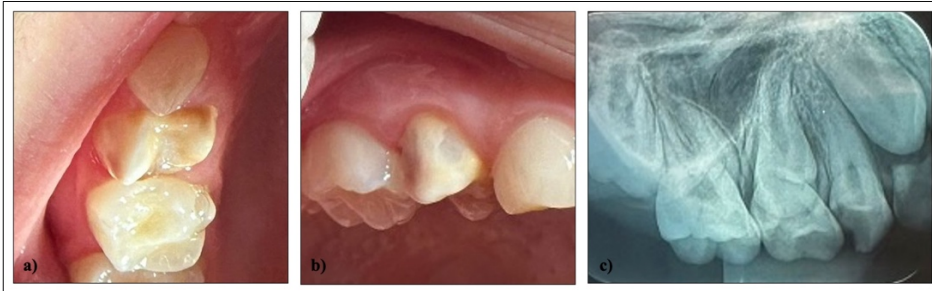
RELATO DE CASO

Relato de caso clínico de um paciente pediátrico com alteração em esmalte dentário no pré-molar, do tipo hipoplasia de Turner. Este trabalho foi realizado após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) CAAE nº 6.831.183, de acordo com a resolução CNS N.º 466/2012 e assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela responsável e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelo paciente.

Paciente, 12 anos de idade, sexo masculino, compareceu para atendimento odontológico em uma Instituição de Ensino Privada de Pós-Graduação em

Odontopediatria – Serra, Espírito Santo (ES); acompanhada de seu responsável. Durante anamnese, a queixa principal foi de sensibilidade dolorosa com gelado, quente e ar e; não houve relato de comprometimento sistêmico. Em exame clínico, identificou-se alteração de esmalte em todas as faces do elemento dentário 14, de coloração acastanhada e irregular, com perda estrutural e dimensão reduzida, compatível com hipoplasia de Turner. Em história pregressa, o elemento 54 apresentou lesão de cárie extensa. Em exame radiográfico, também foi identificado alteração na formação da raiz (Figura 1).

Figura 1 – Aspecto clínico e radiográfico inicial.

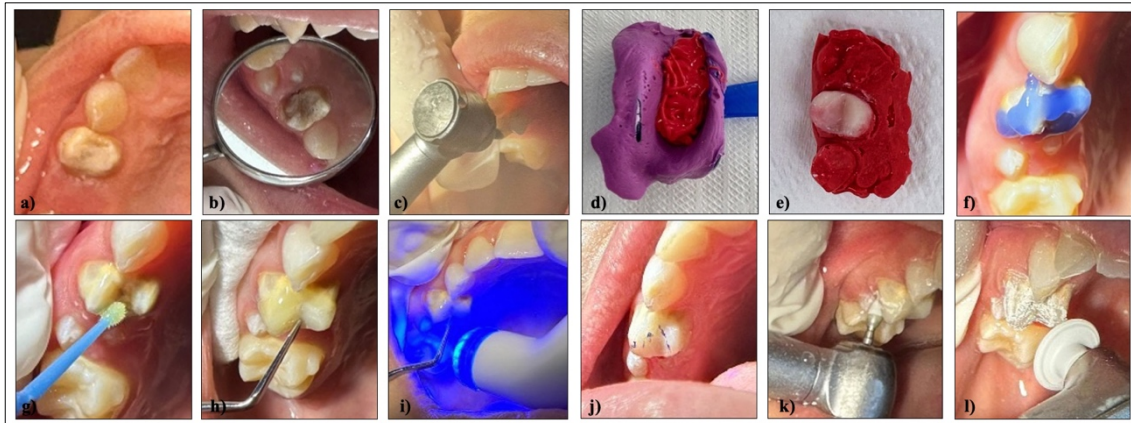


Legenda: a) aspecto clínico inicial, oclusal; b) aspecto clínico inicial, por vestibular; c) raio-x inicial.

Fonte: Autoria própria.

Após consentimento dos responsáveis, o tratamento da sensibilidade foi realizado, que consistiu em aplicação de verniz de flúor (Duraphat, Colgate®) e laserterapia com laser de diodo de baixa potência (*Laser Duo, MMOptics®*). De acordo com o protocolo e conduta de biossegurança, foi aplicado laser vermelho (660nm), 2J/cm², e laser infravermelho (808nm), 2J/cm². A luz foi aplicada de forma pontual, em região de coroa e ápice. Esse protocolo foi adotado em duas consultas e com relato de melhora.

Em seguida, devido a grande destruição coronária, foi realizada restauração temporária com CIV convencional e, posteriormente, restauração indireta com resina composta. O tratamento seguiu as etapas que serão subsequenciadas a seguir (Figura 2). A restauração temporária foi realizada com cimento de ionômero de vidro (CIV) convencional (*Riva Self Cure, SDI Limited®*, Austrália), de acordo com a recomendação do fabricante. Posteriormente, para restauração definitiva do elemento 14, foi realizado um pequeno desgaste na oclusal, moldagem com alginato (*Hydrogum, Zhermack®*) e uso de silicone de adição para confecção de modelos (*Die Silicone, VOCO®*). A partir do modelo, foi realizado à confecção de restauração indireta com resina composta (*Opallis Lab, FGM®*) cor DA1 e DB1.

Figura 2 – Passo a passo operatório.

Legenda: a) restauração com CIV convencional; b) aspecto clínico inicial; c) remoção do material provisório; d) moldagem com alginato e confecção de modelo de silicone de adição; e) confecção de restauração indireta com resina composta; f) condicionamento com ácido fosfórico, lavagem e secagem; g) aplicação de adesivo; h) cimentação da peça com cimento resinoso dual; i) polimerização; j) ajuste oclusal; k) acabamento; l) polimento.

Fonte: Autoria própria.

Para preparo do dente, foi feito profilaxia com água e pedra-pomes, condicionamento com ácido fosfórico 37% (*Blue Condac 37%*, FGM®, Santa Catarina, Brasil) por 15 segundos, lavagem abundante por 30 segundos e secagem com leve jato de ar. Em seguida, utilizou-se o sistema adesivo autocondicionante (*Single Bond Universal*, 3M®) com *microbrush* em esmalte e dentina por 10 segundos, de acordo com as indicações do fabricante, seguido de leve jato de ar para volatilizar o solvente. A cimentação da peça foi realizada com espátula de silicato nº1 (*Golgran*®) e cimento resinoso dual (*Allceram*) e, fotoativação por 40 segundos. O ajuste foi feito com alta rotação e broca 3118F e o acabamento e polimento, com caneta de baixa rotação e discos (KG®). Por fim, realizado o registro final da oclusão e estética do paciente (Figura 3). Em exame radiográfico final, é possível evidenciar que o elemento 14 não tem ápice fechado, dessa maneira, o acompanhamento será realizado a cada 6 (seis) meses.

Figura 3 – Aspecto clínico inicial e após restauração e radiográfico final.



Legenda: a) aspecto clínico inicial, oclusal; b) aspecto clínico pós restauração, por oclusal; c) aspecto clínico final, por vestibular; d) radiografia final.

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Os distúrbios no esmalte são conhecidos como defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE) e podem ser de dois tipos: quantitativo, com formação deficiente da matriz do esmalte; e o qualitativo, em que o esmalte apresenta alteração na sua translucência, com espessura normal (SOUSA ET AL., 2024). O diagnóstico precoce do DDE é extremamente importante e o maior desafio do profissional na área de Odontologia, uma vez que o esmalte sem anomalias corre o risco de ser confundido com o esmalte que sofreu alterações, ou possuir dois tipos de alteração no mesmo elemento. Portanto, é através do diagnóstico que é possível fazer o manejo clínico apropriado, pois as terapêuticas eletivas não atuam diretamente no DDE, mas sim na etiologia do problema (SALES ET AL., 2022).

A Hipoplasia de esmalte é um defeito quantitativo em que há a formação deficitária ou inacabada da matriz, mostrando-se com espessura reduzida, formação de sulcos, cavitações apequenadas, inexistência parcial ou perda dessa estrutura dentária (COSTA, 2022). A Hipoplasia de Turner é o defeito de esmalte apresentado no caso clínico deste artigo, também conhecida como dente de Turner. Quanto ao diagnóstico clínico, os dentes de Turner apresentam-se com um defeito de esmalte variando de ranhuras imperceptíveis, manchas esbranquiçadas até uma coloração amarelo-pardo com irregularidades na coroa do dente, tendo por característica visível à exposição da dentina (SANTOS ET AL., 2023; PINTO ET AL., 2023). Neste trabalho, o diagnóstico clínico foi fundamental para identificação da anomalia e a partir disso, foi solicitado exames complementares para confirmação. Isto posto, o diagnóstico precoce é um instrumento que possibilita estabelecer o melhor plano de tratamento de acordo com as necessidades e preferências do paciente (COTA, 2023).



Sabe-se que sua etiologia é multifatorial e abrange uma combinação de fatores metabólicos, sistêmicos e genéticos (SANTOS ET AL., 2023). Nesse sentido, devido à variedade etiológica da hipoplasia de esmalte há diferenciadas variações clínicas (SILVA ET AL., 2023). O tratamento da Hipoplasia de Turner é variado devido à severidade do caso, por isso o profissional deve estar capacitado para lidar com este tipo de anomalia, conhecendo a etiologia, e manifestações clínicas e radiográficas para o correto diagnóstico (SANTOS ET AL., 2023). Compete, portanto, ao profissional odontopediatra ter o conhecimento da etiologia, das manifestações clínicas e exame radiográfico a fim de proceder com a terapêutica mais adequada (SOUSA ET AL., 2024).

Neste caso clínico foi realizada a restauração indireta por possuir propriedades físicas e mecânicas superiores, contatos proximais ideais e reduzida contração de polimerização. Para além, pretendeu-se resultados estéticos superiores e morfologia anatômica mais precisa do que a utilização da restauração direta (ALVES, ANTEZANA-VERA, 2023). A reabilitação com resinas indiretas com confecção da resina composta fora da cavidade bucal e uma cimentação com cimento resinoso apresentam vantagem como, indiretos apresentam maior resistência mecânica quando comparados às restaurações com resinas compostas diretas. São técnicas menos susceptíveis a erros como comparadas às cerâmicas, além da promoção da estabilidade de cor e desgaste semelhante ao esmalte dental, com execução mais fácil do preparo dentário (RIBEIRO ET AL., 2020).

CONCLUSÃO

Diante do exposto foi possível concluir que o diagnóstico da Hipoplasia de Turner resultou de uma anamnese detalhada e permitiu proceder com a terapêutica mais indicada. Inicialmente, foi realizado a dessensibilização do dente com verniz de flúor e laserterapia. Em seguida, foi realizado a restauração temporária com CIV convencional para não deixar a cavidade exposta, interromper a progressão e perda estrutural, além de proporcionar a formação de cristais de fluorapatita e preservar a saúde do dente. Posteriormente, foi realizado reabilitação com resina composta, pela técnica indireta. A restauração com resina devolveu resistência mecânica e permitirá maior durabilidade.

A abordagem possibilitou reestabelecimento da função mastigatória, bem como a devolução da estética e saúde. No entanto, a fim de garantir longevidade e saúde do elemento 14, será realizado acompanhamento a cada 6 meses, até o fechamento do ápice radicular.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa AS, Silva CF, Frank D, Moraes NCV, Rodrigues TKA, Pacheco ABND *et al.* Tratamento Restaurador Atraumático: Técnica Minimamente Invasiva para Lesões de Cárie na Primeira Infância. *Arch Health Invest.* 2021;11(2):297-303.
2. Santos LV *et al.* A Hipoplasia de Turner - os desafios do diagnóstico diferencial: relato de caso. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2023. [citado 2024 jun 24]; 43(1): 32-36. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periódico/20230608_115846.pdf.
3. Pinto LXL *et al.* Defeitos no desenvolvimento do esmalte dentário: etiologia, características clínicas e tratamento – uma revisão integrativa. *BJHR.* 2023 [citado 2024 jun. 24]; 6(6):31042-59. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index./BJHR/article/view/654997>
4. Hernández-Millán AB *et al.* Hipoplasia do esmalte em dentes decíduos e permanentes. Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón, município de Cumanayagua. *RTEST* 2022; 2(1): 05-11. DOI:<https://doi.org/10.58594/rtest.v2i1.32>
5. Sousa GA *et al.* Promoção e educação em saúde sobre traumatismo na dentição decídua. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* 2024 [citado 2024 jun 24].; 6 (Issue 2): 1149-1163. Disponível em: <https://bjihis.emnuvens.com.br/bjihis/article/view/1477/1644>.
6. Sales, M. M. S.; Chisini, L. A.; Castanheira, V. Da S.; Castro, I. S.; Teixeira, L. S.; Demarco, F. F. Defeitos de esmalte não fluoróticos em crianças: aspectos clínicos e epidemiológicos. **RFO – UPF.** 2016; 21(2). DOI: 10.5335/rfo.v21i2.5428. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5428>. Acesso em: 4 dez. 2024.
7. Costa ANS. Defeitos de desenvolvimento do esmalte: Revisão de literatura e relato de casos clínicos [Trabalho de conclusão de curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN; 2022.



8. Cota NLB. Agenesia bilateral de dois pré-molares e um terceiro molar em paciente com Hipoplasia de Turner: Relato de caso. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Mauá: Centro Universitário UNIFACIG; 2023.
9. Silva SVS et al. Hipoplasia de esmalte: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review 2023 [citado 2024 jun 24]; 6(6): 31078-31093. Disponível em: <https://ojs.ournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65501>
10. Alves AB, Antezana-Vera SA. Restaurações em resinas compostas e suas funcionalidades: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review 2023 [citado 2024 set. 22]; 6(6): 29771–29783. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65149>
11. Ribeiro, AOP et al. Aplicabilidade clínica das resinas indiretas: uma revisão de literatura. Research, Society and Development 2020 [citado 2024 jul. 04]; 9(8): e867986286. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343383537> Aplicabilidade _clinica_das_resinas_indiretas_uma_revisao_de_literatura