



**UNIVERSIDADE CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

SHEYLA CRISTINY RODRIGUES MENDES

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM
DISPLASIA ECTODÉRMICA: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2026

SHEYLA CRISTINY RODRIGUES MENDES

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM
DISPLASIA ECTODÉRMICA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
ao curso de Odontologia da Universidade Christus
como requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Ximenes
Damasceno

FORTALEZA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M538t Mendes, Sheyla Cristiny Rodrigues.
Tratamento odontológico em pacientes com displasia displasia
ectodérmica: relato de caso / Sheyla Cristiny Rodrigues Mendes. -
2026.
41 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2026.
Orientação: Profa. Dra. Juliana Ximenes Damasceno .
Coorientação: Profa. Dra. Maria Elisa Quezado Lima Verde.

1. Displasia Ectodérmica . 2. Odontologia . 3. Reabilitação. I.
Título.

CDD 617.6

SHEYLA CRISTINY RODRIGUES MENDES

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM
DISPLASIA ECTODÉRMICA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
ao curso de Odontologia da Universidade Christus
como requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Ximenes
Damasceno

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Juliana Ximenes Damasceno
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Dra. Maria Elisa Lima Verde
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. José Luciano Pimenta Couto
Universidade Federal do Ceará (UFC-Sobral)

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que guiou cada passo da minha caminhada e nunca me desamparou, mesmo nos momentos mais difíceis. A Ele, toda honra e toda gratidão, por ter me concedido força, fé, sabedoria e perseverança para vencer cada obstáculo e tornar este sonho possível.

Este trabalho representa não apenas o encerramento de uma etapa, mas a concretização de um sonho

AGRADECIMENTOS

A Deus Pai, a Jesus Cristo e ao Espírito Santo, que foram minha base, minha força e minha direção durante toda essa caminhada. Em todos os momentos de dúvida, cansaço e dificuldade, foi na fé que encontrei forças para continuar. Sei que cada passo dado até aqui foi guiado por suas mãos.

Ao Espírito Santo, por iluminar minha mente e meu coração nas horas em que precisei de sabedoria e serenidade. A Jesus Cristo, por ser meu exemplo de amor, perseverança e propósito. À Virgem Maria, Nossa Senhora, por sua intercessão constante, por me proteger e me acompanhar em cada etapa da minha vida.

À minha mãe, Cristiane, que sempre foi meu maior exemplo de força e dedicação. Todo o esforço que você fez ao longo da vida para me proporcionar oportunidades se reflete hoje na mulher que me tornei. Nada do que conquistei seria possível sem sua luta, seu amor incondicional e sua confiança em mim. Você sempre acreditou nos meus sonhos e nunca mediu esforços para que eu pudesse realizá-los.

Ao meu pai, Francisco Sheylywan, por ter sido meu porto seguro durante toda a minha vida. Obrigada por sempre estar ao meu lado, me apoiando, me aconselhando e me dando a segurança necessária para seguir em frente. Seu cuidado, sua presença e sua força sempre foram fundamentais para mim.

Ao meu companheiro, Gabriel, que chegou na minha vida no final dessa jornada, mas que rapidamente se tornou uma das pessoas mais importantes da minha história. Você foi um verdadeiro presente de Deus. Mesmo tendo entrado na minha vida nos últimos capítulos da graduação, trouxe apoio, carinho, incentivo e uma nova luz para os meus dias. Obrigada por acreditar em mim, por torcer pelas minhas conquistas e por caminhar ao meu lado com tanto amor. Tenho certeza de que essa é apenas a primeira de muitas vitórias que viveremos juntos.

À minha avó Maria Eliane e ao meu avô José Magno, que também tiveram um papel fundamental na minha criação. Obrigada por todo amor, cuidado e por sempre estarem presentes em minha vida. Cada ensinamento, cada gesto de carinho e cada palavra de incentivo fizeram parte da construção de quem sou hoje.

À minha avó Luciene, pelo carinho, pelas orações e pelo amor que sempre demonstrou ao longo da minha vida.

Às minhas melhores amigas, Tayane e Lívia, que caminham comigo desde o ensino médio. Compartilhamos sonhos, inseguranças, desafios e toda a intensa preparação para o vestibular. Vocês estiveram comigo antes mesmo da faculdade começar e acompanharam cada etapa dessa trajetória. Sou extremamente grata por uma amizade tão verdadeira, construída com cumplicidade, apoio e muitos momentos inesquecíveis.

À Rebeca, minha melhor amiga e, sem dúvida, um dos maiores presentes que a faculdade me trouxe. Você foi meu porto seguro dentro da universidade. Esteve comigo em todos os momentos importantes: nas ligas acadêmicas, nos projetos, pesquisas, jornadas e em tantos outros desafios que enfrentamos juntas. Obrigada por dividir comigo

as conquistas, os aprendizados, as inseguranças e os sonhos. Sua amizade tornou essa caminhada muito mais leve e especial.

Ao Álvaro, que também fez parte dessa jornada e esteve presente em momentos importantes da minha vida durante a faculdade. Obrigada pela amizade, pela parceria e pelos momentos compartilhados ao longo dessa caminhada. Sua presença contribuiu para tornar essa etapa ainda mais significativa, e sou grata por termos dividido parte dessa trajetória.

À Juliana Ribeiro, de forma muito especial, por toda generosidade e amizade ao longo da graduação. Obrigada por todo apoio, pelos momentos de parceria e, inclusive, pelas inúmeras caronas que me ajudaram tanto no dia a dia da faculdade. Pequenos gestos como esses fizeram grande diferença nessa caminhada.

Aos amigos Emily, Paulo Victor, Tallya, Gabriel, Salete e Juliana Alves, pela amizade, companheirismo e por todos os momentos vividos ao longo da graduação. A vida universitária é feita de desafios, mas também de encontros e amizades que tornam tudo mais leve. Cada conversa, cada ajuda, cada momento compartilhado e cada experiência vivida juntos contribuíram para tornar essa jornada mais rica e inesquecível.

À professora Flávia Jucá, por ter me acolhido na Liga Acadêmica de Prótese e Estética Dentária e por contribuir significativamente para o meu desenvolvimento acadêmico. Sua orientação, dedicação ao ensino e incentivo foram fundamentais para despertar ainda mais meu interesse pela área e fortalecer minha formação profissional.

Às professoras Elisa Lima Verde e Juliana Ximenes, deixo um agradecimento profundamente especial. Tenho por vocês um carinho, admiração e gratidão imensos. Muito obrigada por acreditarem em mim, pelas oportunidades que me proporcionaram ao longo da graduação e por todo o incentivo ao meu crescimento acadêmico e profissional. Ser recebida no NEMO foi uma experiência extremamente marcante na minha formação. Vocês não apenas ensinaram conteúdos, mas também inspiraram pelo exemplo, pela dedicação à Odontologia e pelo cuidado com os alunos. Levarei comigo todos os ensinamentos e a admiração que tenho por vocês.

À professora Cássia Nobrega e ao professor Carlos Eduardo, por todos os ensinamentos, orientações e experiências proporcionadas durante o projeto de extensão do CUORE. Cada aprendizado adquirido nesse período contribuiu significativamente para minha formação e para a construção da profissional que estou me tornando.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa caminhada e contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. A graduação em Odontologia foi uma jornada intensa, cheia de desafios, aprendizados e transformações. E cada pessoa que esteve ao meu lado ao longo desse caminho faz parte dessa conquista.

Minha eterna gratidão.

RESUMO

A displasia ectodérmica é uma doença genética heterogênea e hereditária, causada por mutações nos genes, que se dá principalmente, pela transmissão do traço recessivo ligado ao cromossomo X. Pode-se observar manifestações clínicas caracterizadas por alterações em estruturas de origem ectodérmica, afetando principalmente pele, pelos, unhas, glândulas sudoríparas e dentes. Desse modo, o objetivo deste trabalho é relatar um tratamento odontológico de um paciente infantil com displasia ectodérmica. Paciente de 12 anos, portador de displasia ectodérmica, apresentou cabelos finos, sobrancelhas com pelos escassos, pele seca, lábios protusos, hipoplasia de esmalte nos incisivos centrais superiores, caninos superiores e inferiores conóides, além de agenesia de vários elementos dentários. O paciente relatou ainda insatisfação com a estética do sorriso. Foram realizadas restaurações em resina composta nos dentes 11, 21, 13 e 23, tratamento ortodôntico com ancoragem posterior utilizando uma barra transpalatina para correção de diastema e criação de espaço para os incisivos laterais superiores, bem como a confecção de próteses parciais removíveis, superior e inferior, visando à reabilitação estético-funcional. A longo prazo, será realizada a instalação de implantes após o término da fase de crescimento do paciente. Em conclusão, o tratamento do paciente com displasia ectodérmica envolveu uma abordagem multidisciplinar focada em alcançar melhor estética e funcionalidade dentária permitindo uma reabilitação estético-funcional inicial. A previsão de instalação de implantes dentários ressalta o compromisso com a continuidade e a eficácia do tratamento a longo prazo, garantindo melhorias significativas na qualidade de vida e na autoestima do paciente.

Palavras-chaves: displasia ectodérmica, odontologia, reabilitação.

ABSTRACT

Ectodermal dysplasia is a heterogeneous and hereditary genetic disease caused by gene mutations, primarily through the transmission of the X-linked recessive trait. Clinical manifestations are characterized by alterations in ectodermal structures, mainly affecting the skin, hair, nails, sweat glands, and teeth. Therefore, the objective of this work is to report on the dental treatment of a child patient with ectodermal dysplasia. The patient, 12 years old, presented with ectodermal dysplasia, thin hair, sparse eyebrows, dry skin, protruding lips, enamel hypoplasia in the upper central incisors, conoid upper and lower canines, and agenesis of several teeth. The patient also reported dissatisfaction with the aesthetics of their smile. Composite resin restorations were performed on teeth 11, 21, 13, and 23, orthodontic treatment with posterior anchorage using a transpalatal bar to correct diastema and create space for the upper lateral incisors, as well as the fabrication of upper and lower removable partial dentures, aiming at aesthetic-functional rehabilitation. In the long term, implant placement will be performed after the patient's growth phase is complete. In conclusion, the treatment of the patient with ectodermal dysplasia involved a multidisciplinary approach focused on achieving better dental aesthetics and functionality, allowing for initial aesthetic-functional rehabilitation. The planned placement of dental implants highlights the commitment to the continuity and effectiveness of the long-term treatment, ensuring significant improvements in the patient's quality of life and self-esteem. Keywords: Ectodermal dysplasia, Dentistry, Rehabilitation.

Keywords: ectodermal dysplasia, dentistry, rehabilitation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Definição	14
3.2 Classificação	14
3.3 Etiopatogenia	15
3.4 Epidemiologia	15
3.5 Características clínicas	15
3.6 Características radiográficas	16
3.7 Tratamento	16
4. MATERIAIS E MÉTODOS	18
4.1 Aprovação pelo Comitê de Ética	18
5. RELATO DE CASO.....	19
6. DISCUSSÃO	31
7. CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A displasia ectodérmica consiste em um grupo de doenças de etiologia genética heterogênea, caracterizadas por mutações que afetam o desenvolvimento de estruturas derivadas do ectoderma, como pele, cabelos, unhas, dentes e glândulas. A forma mais comum apresenta padrão de herança recessivo ligado ao cromossomo X, no qual o gene mutado é geralmente transmitido por mulheres portadoras assintomáticas, acometendo predominantemente indivíduos do sexo masculino. Trata-se de uma condição rara, com incidência variável, evidenciando maior prevalência no sexo masculino (CUNHA *et al.*, 2024; TERÊNCIO *et al.*, 2023).

Atualmente, mais de 100 formas de displasia ectodérmica já foram descritas na literatura, sendo frequentemente classificadas de acordo com a função das glândulas sudoríparas em dois principais grupos: hidrótica e hipoidrótica (REYES-REALI *et al.*, 2018; ITIN; FISTAROL, 2004). A forma hidrótica, também conhecida como síndrome de Clouston, apresenta herança autossômica dominante e acomete ambos os sexos de maneira semelhante. Clinicamente, caracteriza-se por unhas distróficas, rarefação capilar e alterações dentárias, sem comprometimento das glândulas sudoríparas e sebáceas. Por outro lado, a displasia ectodérmica hipoidrótica, forma mais prevalente, apresenta manifestações mais severas, incluindo hipofunção ou ausência das glândulas sudoríparas, o que pode levar a quadros de hipertermia, além de alterações craniofaciais como fronte proeminente, cristas supraorbitais acentuadas, depressão da ponte nasal e lábios protuberantes (REYES-REALI *et al.*, 2018; CUNHA *et al.*, 2024).

As manifestações clínicas são amplas e podem envolver múltiplos sistemas, uma vez que a doença afeta tecidos derivados do ectoderma. Entre as alterações mais frequentes, destacam-se a hipoidrose, que pode predispor à hipertermia, disfunções lacrimais, rinite atrófica, além de maior suscetibilidade a infecções respiratórias e gastrointestinais (TERÊNCIO *et al.*, 2023; AVILA *et al.*, 2022). Alterações faciais típicas incluem pigmentação periorbitária, orelhas de implantação baixa, região supraciliar proeminente e pele fina, seca e descamativa. No âmbito odontológico, são frequentemente observadas hipodontia ou anodontia parcial ou total, alterações de forma dentária, especialmente dentes conóides, hipoplasia de esmalte e perda da dimensão

vertical de oclusão (DANELON *et al.*, 2021; CUNHA *et al.*, 2024). Em alguns casos, também pode ocorrer redução do fluxo salivar, levando a quadros de xerostomia.

O manejo clínico de pacientes com displasia ectodérmica deve ser individualizado, considerando o grau de comprometimento e as necessidades específicas de cada paciente, com o objetivo de promover melhora funcional, estética e qualidade de vida. Nesse contexto, destaca-se a importância de uma abordagem multidisciplinar envolvendo diferentes profissionais da saúde (CUNHA *et al.*, 2024; AVILA *et al.*, 2022). No campo da odontologia, o tratamento pode variar desde abordagens conservadoras até reabilitações mais complexas, incluindo próteses dentárias e implantes osseointegrados, preferencialmente indicados após a estabilização do crescimento craniofacial (MACIEL *et al.*, 2024).

Dessa forma, o cirurgião-dentista desempenha papel fundamental no diagnóstico precoce, planejamento terapêutico e acompanhamento desses pacientes, sendo essencial a realização de anamnese detalhada e exame clínico criterioso. Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a conduta clínica adotada em um paciente com displasia ectodérmica, por meio da apresentação de achados clínicos e radiográficos.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Relatar um caso clínico de um tratamento reabilitador de paciente com displasia ectodérmica.

Objetivos Específicos:

- I. Descrever as características clínicas da displasia ectodérmica e suas implicações na saúde oral.
- II. Enfatizar as implicações clínicas da condição e as estratégias utilizadas para restaurar função e estética oral.
- III. Apresentar as etapas do planejamento e execução do tratamento reabilitador, destacando a abordagem interdisciplinar.
- IV. Avaliar os resultados funcionais e estéticos obtidos, considerando a qualidade de vida do paciente.
- V. Contribuir para a disseminação de conhecimento sobre técnicas e desafios no tratamento odontológico de pacientes com condições genéticas raras.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definição

A Displasia Ectodérmica corresponde a um conjunto de desordens hereditárias caracterizadas por alterações no desenvolvimento de estruturas derivadas do ectoderma, incluindo dentes, cabelos, unhas e glândulas sudoríparas. Essas alterações decorrem de falhas durante a embriogênese, comprometendo a formação adequada desses tecidos (PINHEIRO; FREIRE-MAIA, 1994).

Do ponto de vista odontológico, a condição assume grande relevância devido ao impacto direto sobre a dentição, sendo frequentemente observadas alterações como hipodontia, oligodontia ou até anodontia. Essas manifestações interferem não apenas na função mastigatória, mas também na estética e no desenvolvimento craniofacial do paciente (KRAMER *et al.*, 2007).

Além disso, a displasia ectodérmica pode comprometer a qualidade de vida do indivíduo, especialmente quando associada a alterações funcionais e psicossociais desde a infância (CLARKE, 1987).

3.2 Classificação

A displasia ectodérmica apresenta grande heterogeneidade clínica e genética, sendo classificada principalmente com base na função das glândulas sudoríparas. Nesse contexto, destacam-se duas formas principais: a hipohidrótica (ou anidrótica) e a hidrótica (FREIRE-MAIA; PINHEIRO, 1982).

A forma hipohidrótica é a mais comum e caracteriza-se pela redução ou ausência de sudorese, estando frequentemente associada a mutações ligadas ao cromossomo X. Já a forma hidrótica apresenta preservação da função sudorípara, embora outras estruturas ectodérmicas permaneçam comprometidas (LAMARTINE, 2003).

Atualmente, a literatura descreve mais de 150 subtipos distintos de displasia ectodérmica, classificados de acordo com critérios clínicos e genéticos. Essa diversidade reflete a complexidade da condição e exige abordagem individualizada para cada paciente (ITIN; FISTAROL, 2004).

3.3 Etiopatogenia

A etiopatogenia da displasia ectodérmica está relacionada a mutações em genes envolvidos na comunicação celular durante o desenvolvimento embrionário, especialmente aqueles que participam da interação entre ectoderma e mesoderma. Entre os principais genes envolvidos destacam-se EDA, EDAR e EDARADD (MORTIER; WOUTERS, 2019).

Essas mutações comprometem vias de sinalização fundamentais para a formação de anexos ectodérmicos, resultando em falhas na diferenciação celular e no desenvolvimento estrutural desses tecidos. No sistema estomatognático, isso se traduz em alterações significativas na odontogênese, como redução do número de dentes e alterações morfológicas (MORTIER; WOUTERS, 2019).

Além disso, a deficiência de glândulas salivares pode contribuir para quadros de xerostomia, aumentando a suscetibilidade a infecções bucais e dificultando a adaptação a dispositivos protéticos, nesses casos pode ser utilizado saliva artificial. (KRAMER *et al.*, 2007).

3.4 Epidemiologia

A displasia ectodérmica é considerada uma condição rara, com prevalência estimada entre 1:10.000 e 1:100.000 nascimentos, dependendo do subtipo clínico (NATIONAL FOUNDATION FOR ECTODERMAL DYSPLASIAS, 2020).

A forma hipoidrótica apresenta maior incidência em indivíduos do sexo masculino, em razão de seu padrão de herança ligado ao cromossomo X. Já as mulheres, na maioria dos casos, atuam como portadoras e podem apresentar manifestações clínicas mais leves (CLARKE, 1987).

Apesar da baixa prevalência, o impacto clínico é significativo, especialmente devido às alterações funcionais, estéticas e psicossociais, que podem comprometer o desenvolvimento geral do paciente (ITIN; FISTAROL, 2004).

3.5 Características clínicas

As manifestações clínicas da displasia ectodérmica são bastante características e frequentemente permitem o diagnóstico ainda na infância. No âmbito odontológico, destacam-se a hipodontia ou anodontia, dentes conóides e atraso na erupção dentária (KRAMER *et al.*, 2007).

Além disso, é comum a presença de rebordos alveolares pouco desenvolvidos, o que dificulta a retenção de próteses e compromete a reabilitação oral. A xerostomia também pode estar presente, agravando o quadro clínico (MORTIER; WOUTERS, 2019).

As manifestações sistêmicas incluem cabelos finos e escassos, pele seca e redução da sudorese. Em muitos casos, observa-se ainda uma face característica, com fronte proeminente e lábios evertidos, o que pode impactar negativamente a autoestima do paciente (ITIN; FISTAROL, 2004).

3.6 Características radiográficas

Os exames de imagem são fundamentais para o diagnóstico e planejamento terapêutico em pacientes com displasia ectodérmica. Radiograficamente, é comum observar ausência de germes dentários, dentes inclusos e redução do volume ósseo alveolar (KRAMER *et al.*, 2007).

Essas alterações refletem diretamente o comprometimento da odontogênese e auxiliam na avaliação da extensão da condição. Além disso, exames como radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas são importantes para o planejamento de reabilitações protéticas e implantossuportadas (MORTIER; WOUTERS, 2019).

A análise radiográfica também contribui para a identificação de possíveis estruturas dentárias remanescentes, o que pode influenciar na escolha da abordagem terapêutica.

3.7 Tratamento

O tratamento odontológico de pacientes com displasia ectodérmica deve ser planejado de forma individualizada e multidisciplinar, levando em consideração a idade do paciente, o grau de comprometimento e suas condições sistêmicas (KRAMER *et al.*, 2007).

Em pacientes pediátricos, as próteses removíveis são frequentemente indicadas com o objetivo de restabelecer função mastigatória, estética e auxiliar no desenvolvimento craniofacial. Essas próteses devem ser periodicamente ajustadas devido ao crescimento ósseo (ITIN; FISTAROL, 2004).

Em pacientes adultos, pode-se considerar o uso de próteses fixas ou implantes osseointegrados, desde que haja condições ósseas favoráveis. Em alguns casos, pode ser necessária a realização de enxertos ósseos prévios (MORTIER; WOUTERS, 2019).

Além disso, o acompanhamento preventivo é essencial, incluindo orientação de higiene oral, uso de flúor e monitoramento contínuo, com o objetivo de preservar estruturas remanescentes e garantir o sucesso do tratamento a longo prazo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional descritivo do tipo relato de caso.

4.1 Aprovação pelo Comitê de Ética

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado no dia 30/05/2025 pelo Parecer nº: **7.607.900**

4 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 12 anos de idade (ao início do tratamento no ano de 2019), compareceu à clínica-escola do curso de especialização em Odontopediatria da Universidade Christus, localizada em Fortaleza, Ceará, para avaliação odontológica e acompanhamento da saúde bucal. Durante a anamnese, foi relatado diagnóstico prévio de Displasia Ectodérmica, estabelecido por profissional da área de genética ainda na primeira infância. A principal queixa do paciente estava relacionada à estética do sorriso, com desejo de reabilitação por meio de prótese superior. O paciente já fazia uso de prótese parcial removível (PPR) inferior desde os seis anos de idade.

No histórico familiar, foi relatada a possibilidade de consanguinidade parental distante. O paciente possui irmãos por parte materna e paterna, sem manifestações clínicas semelhantes ou diagnóstico de doenças genéticas, sugerindo padrão hereditário isolado no caso em questão.

Ao exame físico extraoral, observaram-se características fenotípicas compatíveis com a condição, incluindo cabelos finos e escassos, rarefação de pelos em sobrancelhas, pele ressecada e lábios com aspecto protruso (Figura 1).

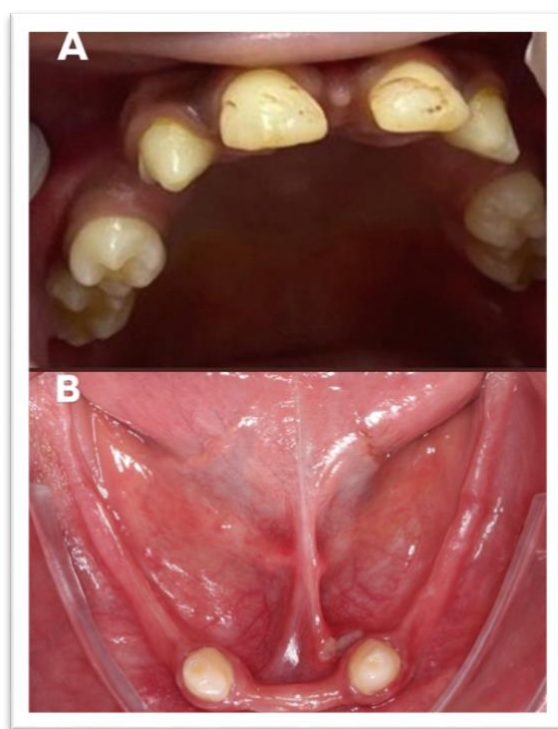
Figura 1 A: Aparência física do paciente, vista frontal. B: Aparência física do paciente, vista lateral.



Fonte: Acervo pessoal

No exame clínico intraoral, constatou-se a presença dos elementos dentários 11, 13, 16, 17, 21, 23, 26, 27, 33 e 43. Observou-se ainda hipoplasia de esmalte nos incisivos centrais superiores, bem como alteração morfológica dos caninos superiores e inferiores, que apresentavam formato conoide. O dente 16 apresentava alteração anatômica nas cúspides méso-vestibular e disto-vestibular, com aspecto semelhante a cúspides em garra (Figura 2).

Figura 2: A. Aparência clínica inicial do arco dentário superior do paciente. B. Aparência clínica inicial do arco dentário inferior do paciente.



Fonte: Acervo pessoal

Foi solicitada radiografia panorâmica como exame complementar. A análise radiográfica evidenciou ausência de dentes inclusos ou impactados. Entretanto, observou-se ausência dos germes dentários correspondentes aos elementos 12, 14, 15, 22, 24, 25, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 44, 45, 46 e 47 (Figura 3), caracterizando um quadro de oligodontia. Além disso, verificou-se redução do desenvolvimento dos processos alveolares, especialmente na região posterior da mandíbula, com diminuição da altura óssea alveolar associada à ausência de múltiplos elementos dentários. Na maxila posterior, observou-se íntima relação entre as raízes dos dentes remanescentes e o assoalho do seio maxilar, sugerindo pneumatização sinusal associada à reabsorção e ao reduzido desenvolvimento ósseo alveolar.

Figura 3: Radiografia panorâmica evidenciando múltiplas ausências dentárias.

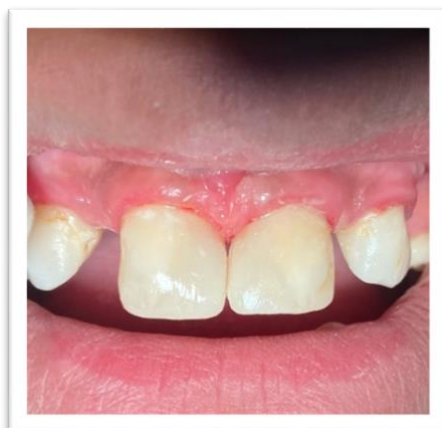


Fonte: Acervo pessoal

Considerando o contexto clínico e as condições socioeconômicas do paciente, o planejamento terapêutico foi direcionado à reabilitação estética e funcional em curto prazo, priorizando abordagens conservadoras e resolutivas.

Inicialmente, foram realizadas orientações de higiene bucal, associadas à raspagem supragengival, com o objetivo de promover controle do biofilme. Em seguida, foram confeccionadas restaurações em resina composta nos dentes 11, 21, 13 e 23, com adequação de forma e proporção, visando melhora estética (Figura 4).

Figura 4: Aspecto clínico após restaurações em resina composta nos elementos 11, 21, 13 e 23



Fonte: Acervo pessoal

Na etapa subsequente, foi instituído tratamento ortodôntico com a finalidade de reorganizar os espaços no arco dentário, tornando viável a reabilitação protética. A mecânica ortodôntica incluiu a instalação de barra transpalatina (Figura 5) para reforço de ancoragem posterior, associada à progressão de fios ortodônticos. Foram utilizados dispositivos auxiliares, como power arms, com o objetivo de fechamento de diastemas e criação de espaços adequados para os incisivos laterais superiores (Figura 6, 7 e 8).

Figura 5: Fotografia intraoral evidenciando a utilização de barra transpalatina durante tratamento ortodôntico.



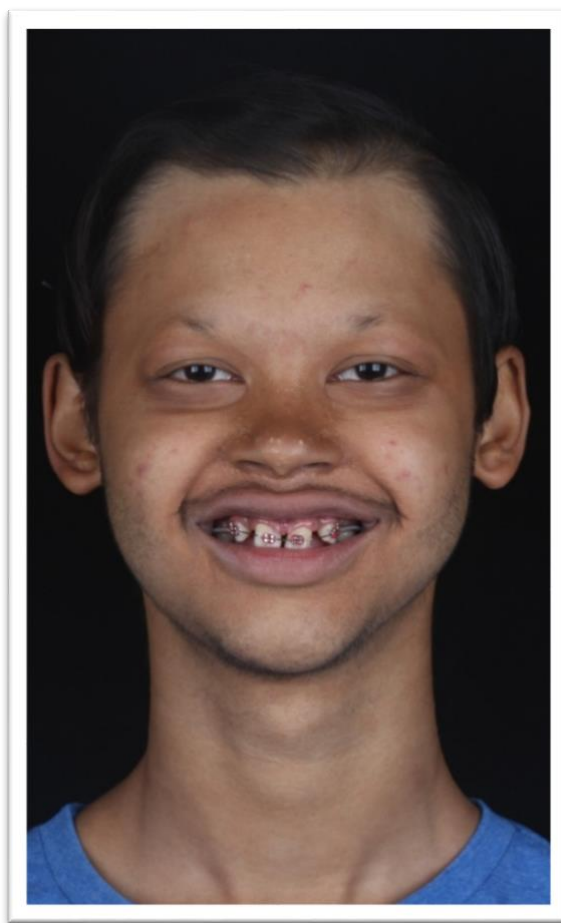
Fonte: Acervo pessoal

Figura 6: Fotografia intraoral do aparelho ortodôntico fixo na fase inicial do tratamento.



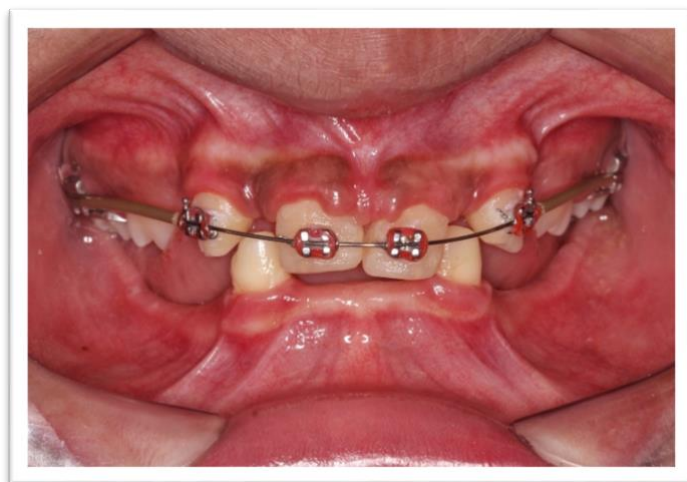
Fonte: Acervo pessoal

Figura 7: Fotografia extraoral do aparelho ortodôntico fixo na fase inicial do tratamento.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 8: Fotografia intraoral do aparelho ortodôntico fixo durante tratamento ortodôntico.



Fonte: Acervo pessoal

Adicionalmente, a intervenção ortodôntica contribuiu para a melhora da adaptação da prótese inferior previamente utilizada, uma vez que esta apresentava contatos prematuros. Após a etapa de adequação ortodôntica, foi realizada a moldagem funcional dos arcos superior e inferior com material elastomérico, visando maior precisão na reprodução dos tecidos de suporte. A partir dos modelos obtidos, procedeu-se ao planejamento e confecção de próteses parciais removíveis (PPRs) superior e inferior do tipo semiflexível, confeccionadas em material termoplástico, sem estrutura metálica, proporcionando maior conforto, estética e melhor aceitação pelo paciente.

A seleção dos dentes artificiais considerou aspectos como forma, tamanho e cor, buscando harmonização com as características faciais do paciente. A montagem em articulador possibilitou o ajuste oclusal adequado, respeitando os princípios de equilíbrio e estabilidade protética. Após a prova estética e funcional, as próteses foram finalizadas e instaladas em boca, com orientações detalhadas quanto ao uso, higienização e adaptação (Figura 9, 10 e 11).

Figura 9: Prótese Parcial Removível inferior.



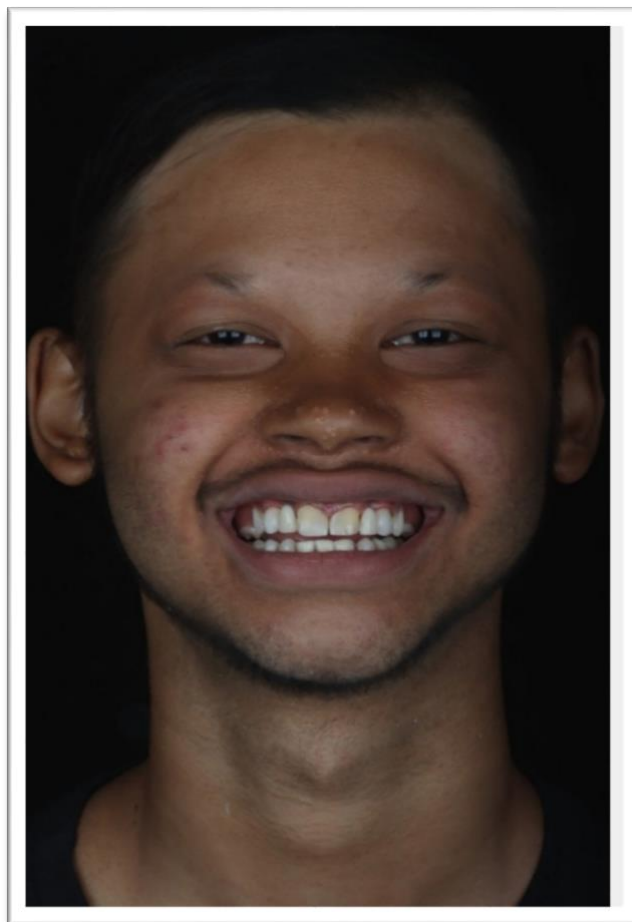
Fonte: Acervo pessoal

Figura 10: Fotografia clínica intraoral após a instalação das próteses parciais removíveis superior e inferior.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 11: Fotografia extraoral final do paciente evidenciando o resultado após reabilitação oral completa.



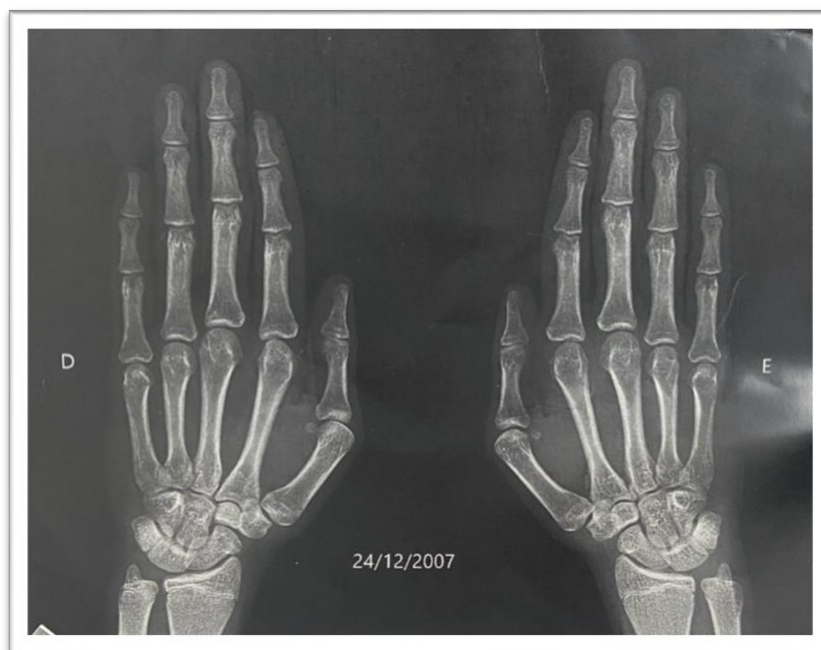
Fonte: Acervo pessoal

A reabilitação protética proporcionou melhora significativa na estética do sorriso, além de favorecer funções essenciais, como mastigação e fonação. Observou-se também impacto positivo na autoestima e interação social do paciente, aspectos frequentemente comprometidos em indivíduos com Displasia Ectodérmica.

O paciente foi inserido em um programa de acompanhamento periódico, com retornos a cada seis meses, com o objetivo de monitorar as condições de saúde bucal, avaliar a adaptação das próteses e realizar intervenções preventivas e curativas quando necessário. Durante o acompanhamento, foi identificada a presença de lesão cáries no elemento dentário 21, a qual foi devidamente tratada por meio de restauração em resina composta, restabelecendo sua integridade estrutural e função. Além disso, em cada consulta de revisão, foi realizada avaliação da adaptação das próteses parciais removíveis semiflexíveis, considerando aspectos como retenção, estabilidade, conforto e possíveis áreas de trauma nos tecidos de suporte. Ajustes foram realizados sempre que necessário, garantindo a manutenção da eficiência funcional e do conforto do paciente ao longo do tempo.

Durante o acompanhamento, também foi considerada a possibilidade de reabilitação oral por meio de implantes osseointegrados, tendo em vista as limitações das próteses removíveis a longo prazo. Para auxiliar na determinação do momento adequado para essa intervenção, foi solicitada radiografia carpal (Figura 12), com o objetivo de avaliar a maturação esquelética do paciente. A análise desse exame baseia-se na observação de diferentes indicadores ósseos, incluindo o aparecimento do osso sesamoide do polegar, marcador associado ao pico de crescimento puberal, bem como a avaliação dos estágios de fusão entre epífises e diáfises das falanges e do rádio, considerados parâmetros importantes para determinar a proximidade do término do crescimento esquelético.

Figura 12: Radiografia de mão e puno (Carpal).

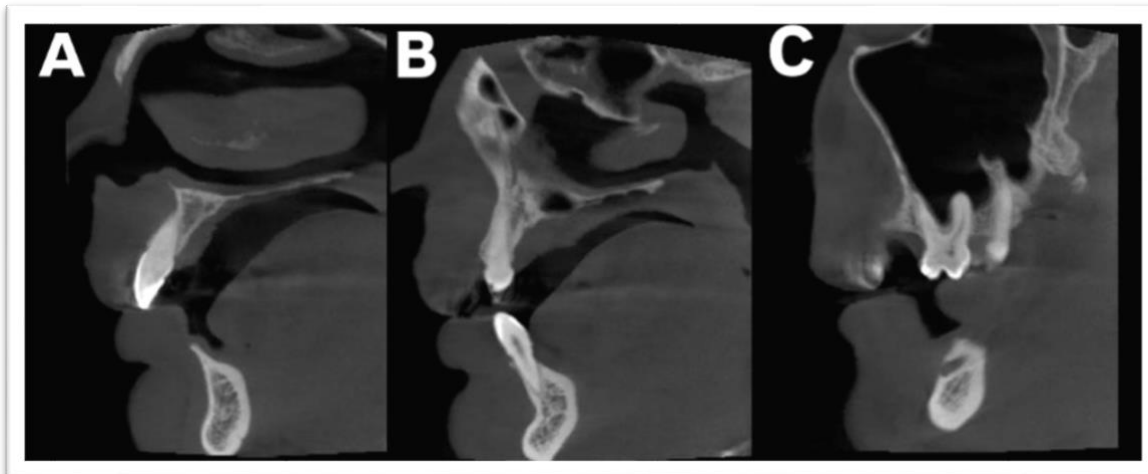


Fonte: Acervo pessoal

O exame, realizado em outubro de 2024, quando o paciente apresentava 17 anos de idade, evidenciou sinais de maturação esquelética avançada, compatíveis com a fase final do crescimento ósseo. A interpretação foi baseada na avaliação conjunta dos indicadores de maturação presentes na radiografia carpal, permitindo maior segurança para o planejamento de uma futura reabilitação implantossuportada. Além da radiografia carpal, foi solicitada a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), com o objetivo de avaliar tridimensionalmente as estruturas ósseas maxilomandibulares e subsidiar o planejamento reabilitador.

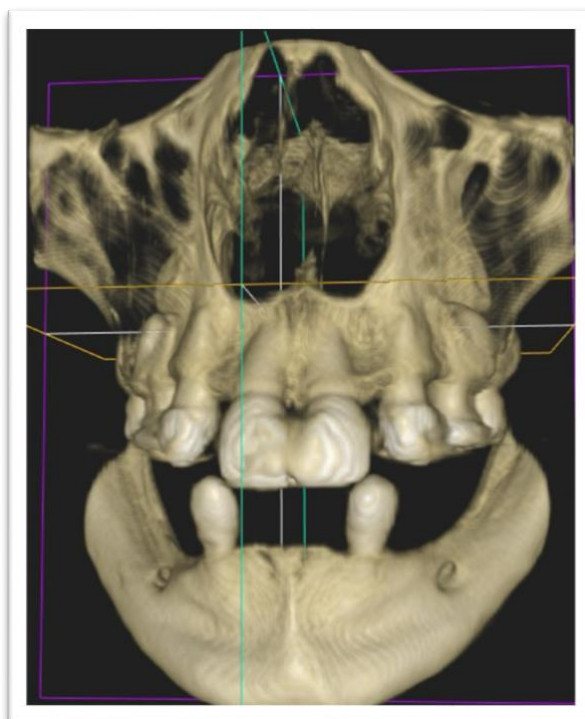
A análise tomográfica evidenciou redução do volume ósseo alveolar, especialmente em regiões edêntulas, achado frequentemente associado à displasia ectodérmica em decorrência da oligodontia e da deficiência de estímulo funcional necessária para o adequado desenvolvimento dos processos alveolares (Figuras 13 e 14). Observou-se ainda importante reabsorção óssea, principalmente na região posterior da mandíbula, além do adelgaçamento das tábuas ósseas vestibulares e linguais em diferentes áreas dos arcos dentários.

Figura 13: Cortes tomográficos laterais obtidos por tomografia computadorizada de feixe cônico. Em A, na região anterior, observa-se importante reabsorção óssea mandibular e diminuição da espessura da tábua óssea vestibular da maxila. Em B, na região de caninos, verifica-se afinamento das tábuas ósseas vestibular e lingual em ambos os arcos. Em C, na região posterior, observa-se acentuada reabsorção óssea, sobretudo mandibular, bem como íntima proximidade radicular com o seio maxilar.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 14: Reconstrução tridimensional obtida por tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliação do padrão ósseo maxilomandibular do paciente.



Fonte: Acervo Pessoal

Apesar da indicação favorável, após esclarecimento sobre o planejamento e benefícios do tratamento com implantes, o paciente e seus responsáveis optaram por não realizar o procedimento naquele momento, em decorrência de limitações financeiras. Dessa forma, o paciente permanece em acompanhamento clínico, com possibilidade futura de reabilitação implantossuportada, conforme evolução das condições clínicas e viabilidade do tratamento.

5 DISCUSSÃO

A Displasia ectodérmica apresenta manifestações clínicas marcantes no sistema estomatognático, sendo a hipodontia e a oligodontia achados frequentes que comprometem significativamente a função mastigatória e a estética facial. No presente relato, a ausência de múltiplos elementos dentários e as alterações morfológicas observadas corroboram com a literatura, que descreve essas alterações como consequência direta de distúrbios na odontogênese (ZHU *et al.*, 2025; BARVE *et al.*, 2025).

Além disso, pacientes com essa condição frequentemente apresentam desenvolvimento deficiente dos rebordos alveolares e redução do fluxo salivar, fatores que agravam a dificuldade de reabilitação oral e aumentam a suscetibilidade a alterações bucais (ZHU *et al.*, 2025). Esses aspectos foram compatíveis com os achados clínicos observados no paciente deste estudo.

A reabilitação protética precoce é amplamente recomendada na literatura para pacientes pediátricos com displasia ectodérmica, especialmente devido ao impacto funcional, estético e psicossocial causado pela ausência dentária. Próteses removíveis representam a principal alternativa terapêutica durante a fase de crescimento, uma vez que permitem ajustes periódicos e acompanham as modificações craniofaciais do paciente (KORT-KAMP *et al.*, 2025). No presente caso, a utilização de próteses parciais removíveis semiflexíveis mostrou-se uma abordagem adequada, considerando a necessidade de conforto, estética e adaptação em paciente jovem. Estudos demonstram que próteses removíveis, quando bem indicadas, promovem melhora significativa na mastigação, fonação e autoestima, sendo fundamentais no desenvolvimento social da criança (BARVE *et al.*, 2025).

Outro aspecto relevante observado neste caso foi a necessidade de acompanhamento periódico e ajustes protéticos. A literatura destaca que, em pacientes em crescimento, as próteses devem ser frequentemente reavaliadas, podendo necessitar de reembasamento, substituição ou adaptação ao longo do tempo devido às mudanças ósseas e dentárias (ZHU *et al.*, 2025). Esse achado está em concordância com o acompanhamento clínico realizado, incluindo ajustes das próteses e intervenções restauradoras, como no caso da lesão cariosa identificada no elemento 21.

No que diz respeito à reabilitação com implantes osseointegrados, observa-se um crescente avanço na literatura, com resultados promissores mesmo em pacientes jovens. Estudos recentes demonstram taxas de sucesso entre 88% e 100% em pacientes com displasia ectodérmica, com melhora significativa na estabilidade protética e na qualidade de vida (BARVE *et al.*, 2025). Entretanto, a instalação de implantes em pacientes pediátricos ainda requer criteriosa avaliação, principalmente devido à influência do crescimento craniofacial. A literatura enfatiza que a colocação precoce pode resultar em alterações na posição do implante ao longo do tempo, sendo recomendada a avaliação da maturidade esquelética antes da intervenção (ZHU *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a utilização da radiografia carpal como método auxiliar para determinação do pico de crescimento puberal é amplamente descrita como ferramenta confiável para auxiliar na tomada de decisão clínica quanto ao momento ideal para instalação de implantes. A identificação do osso sesamoide como marcador de maturação esquelética permite maior previsibilidade no planejamento terapêutico.

Apesar da indicação favorável para implantes no presente caso, a não realização do tratamento por limitações financeiras reflete uma realidade comum na prática clínica. Ainda assim, é importante destacar que a reabilitação implantossuportada apresenta vantagens significativas em relação às próteses removíveis, incluindo maior retenção, estabilidade, eficiência mastigatória e preservação do osso alveolar (KORT-KAMP *et al.*, 2025).

Adicionalmente, em casos de deficiência óssea acentuada, como frequentemente observado em pacientes com displasia ectodérmica, podem ser necessárias abordagens complementares, como enxertos ósseos ou utilização de implantes de menor diâmetro, o que amplia as possibilidades terapêuticas (SFEIR *et al.*, 2014).

Dessa forma, o presente relato reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada, considerando as limitações clínicas e socioeconômicas do paciente. Mesmo na ausência de implantes, a reabilitação por meio de próteses removíveis associada ao acompanhamento contínuo mostrou-se eficaz na promoção da função, estética e qualidade de vida, com possibilidade futura de reabilitação definitiva por meio de implantes.

6 CONCLUSÃO

A Displasia Ectodérmica representa um desafio significativo na prática odontológica, especialmente devido às alterações estruturais e funcionais que comprometem o desenvolvimento do sistema estomatognático, a estética e qualidade de vida do paciente. A utilização de próteses parciais removíveis semiflexíveis mostrou-se uma alternativa viável e eficaz durante a fase de crescimento, proporcionando conforto, adaptação e melhora da autoestima.

REFERÊNCIAS

- AHISKALIOGLU, Elif Oral et al. Anesthetic management of a pediatric patient with hypohidrotic ectodermal dysplasia undergoing emergency surgery. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s.l.], v. 65, p. 522-524, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614152/>. Acesso em: 24 mar. 2026.
- AVILA, M. L. M. M. et al. Displasia ectodérmica: relato de caso de reabilitação estético-funcional. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, [s.l.], v. 64, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2177-0018.125861>. Acesso em: 15 mar. 2026.
- CALLEA, Michele et al. Clinical and molecular study in a child with X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia. **Archivos Argentinos de Pediatría**, [s.l.], v. 113, n. 6, p. e341–e344, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26593813/>. Acesso em: 24 mar. 2026.
- CALLEA, Michele et al. Clinical and molecular study in a family with autosomal dominant hypohidrotic ectodermal dysplasia. **Archivos Argentinos de Pediatría**, [s.l.], v. 115, n. 1, p. e34–e38, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28097853/>. Acesso em: 24 mar. 2026.
- CLARKE, A. Hypohidrotic ectodermal dysplasia. **Journal of Medical Genetics**, [s.l.], v. 24, n. 11, p. 659–663, 1987. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1050342/>. Acesso em: 24 mar. 2026.
- CUNHA, J. B. T. et al. Ectodermal dysplasia: clinical and therapeutic aspects in a literature review. **Anais do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão (CIPEEX)**, Anápolis, GO, 2024. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/14514>. Acesso em: 24 mar. 2026.
- DANELON, M. et al. Displasia ectodérmica em odontopediatria. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, [s.l.], v. 11, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/146> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- FREIRE-MAIA, N.; PINHEIRO, M. Ectodermal dysplasias: a clinical classification and a causal review. **American Journal of Medical Genetics**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 183–213, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7856640/>. Acesso em: 24 mar. 2026.
- GARCÍA-DOMÍNGUEZ, Miguel et al. Chronic mucocutaneous candidiasis associated with autoimmunity and ectodermal dysplasia: a case report. **Revista Alergia México**, [s.l.], v. 68, n. 2, p. 144–149, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525787/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- ITIN, P. H.; FISTAROL, S. K. Ectodermal dysplasias. **American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics**, [s.l.], v. 131C, n. 1, p. 45–51, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15468153/> . Acesso em: 24 mar. 2026.

- ITTHAGARUN, Anut; KING, Nigel M. Ectodermal dysplasia: a review and case report. **Quintessence International**, [s.l.], v. 28, n. 9, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9477874/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- KRAMER, F. J. et al. Orofacial features and management of ectodermal dysplasia. **Journal of Oral Rehabilitation**, [s.l.], v. 34, n. 11, p. 860–867, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/388034149_Ectodermal_Dysplasias_Orofacial_Manifestations_and_Management . Acesso em: 24 mar. 2026.
- KUPIETZKY, Ari; HOUP, Milton. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: characteristics and treatment. **Quintessence International**, [s.l.], v. 26, n. 4, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7568749/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- LAMARTINE, J. Towards a new classification of ectodermal dysplasias. **Clinical and Experimental Dermatology**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 351–355, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12823289/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- MACIEL, GABRIEL et al. Displasia ectodérmica hipohidróica: reabilitação de paciente pediátrico. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, [s.l.], v. 29, n. 1, 2024. Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/15904> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- MORTIER, K.; WOUTERS, J. Ectodermal dysplasia: clinical and molecular review. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1–10, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29855039/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- NORIEGA-JUÁREZ, Miguel A. et al. X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia by a de novo recurrent variant in a Mexican patient. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, [s.l.], v. 77, n. 4, p. 212–217, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32713954/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- PINHEIRO, M.; FREIRE-MAIA, N. Ectodermal dysplasias: a clinical classification. **Journal of Medical Genetics**, [s.l.], v. 31, p. 153–160, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7856640/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- REYES-REALI, Julia et al. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: clinical and molecular review. **International Journal of Dermatology**, [s.l.], v. 57, n. 8, p. 965–972, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29855039/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- SALAS-ALANIS, Julio C. et al. Mutation in the ED1 gene in a patient with X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia. **Revista Médica de Chile**, [s.l.], v. 139, n. 12, p. 1601–1604, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22446708/> . Acesso em: 24 mar. 2026.
- TAPE, M. W.; TYE, E. Ectodermal dysplasia: literature review and a case report. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, [s.l.], v. 16, n. 5, p. 524–528, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8624991/> . Acesso em: 24 mar. 2026.

TERÊNCIO, Hérica Roque et al. Displasia ectodérmica e suas implicações na prática clínica odontológica: uma revisão de literatura. **Anais do COMCISA**, [s.l.], v. 14, p. 48-48, 2023. Disponível em: <https://anais.unipam.edu.br/index.php/comcisa/article/view/3003> . Acesso em: 24 mar. 2026.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE COM DISPLASIA ECTODÉRMICA: RELATO DE CASO

Pesquisador: Juliana Ximenes Damasceno

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88619125.4.0000.5049

Instituição Proponente: Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.607.900

Apresentação do Projeto:

A displasia ectodérmica trata-se de uma doença de etiologia genética heterogênea, causada por mutações nos genes, que se dá principalmente, pela transmissão do traço recessivo ligado ao cromossomo X, no qual o gene é transportado pela portadora feminina, que normalmente não apresenta sinais e sintomas. Segundo estudos recentes, essa condição é considerada rara, com uma taxa de incidência que varia de 1:100.000 a 1:10.000 recém-nascidos, com uma proporção entre o sexo masculino e feminino de 1:5, evidenciando que a condição é mais presente no sexo masculino. (NORIEGA et al., 2020)

Mais de 117 formas de displasia ectodérmica já foram descritas e classificadas, sendo as mais frequentes classificadas pela produção de suor:

hidrótica quando há produção de suor e hipodrótica quando há reduzida ou nenhuma produção de suor. (ITTHAGARUN e KING, 1997). Na displasia

ectodérmica hidrótica ou síndrome de clouston observa-se um padrão de herança genética autossômica dominante, onde se apresenta com a

mesma frequência tanto no sexo feminino como masculino. Como sintomatologia, pode-se observar unhas distróficas, pelos escassos e anomalias

dentárias, não havendo, entretanto, comprometimento das glândulas sudoríparas e sebácea. Já

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.607.900

a displasia ectodérmica hipodérmica, apresentação mais comum dessa condição, mostra a presença de manifestações severas nos folículos pilosos, bossa frontal com cristas supraorbitais proeminentes, depressão da ponte nasal, lábios protuberantes, pele seca, hipertermia e febre alta como resultado da deficiência de glândulas sudoríparas (FITA e TYE, 1995)

As alterações mais comuns nesses pacientes são a hipodrose podendo levar a um quadro de hipertermia e convulsões, disfunção lacrimal, cataratas congênitas, testa proeminente, hipoplasia da ponte nasal, rinite atrófica, infecções respiratórias e gastrointestinais causadas pelo mau desenvolvimento das glândulas mucosas, além de pigmentação periórbita, lábios protusos, orelhas com implantação oblíqua, região supraciliar proeminente, pele fina, desidratada, descamativa e pigmentada. Pode observar ainda, alterações de desenvolvimento do sistema nervoso central e dos órgãos sensoriais, como pele, língua, nariz, ouvidos e olhos. Nas alterações orais, pode-se citar como as mais presentes a hipoplasia de esmalte, hipodontias parciais ou totais de dentição decídua e/ou permanente, taurodontismo, perda da dimensão vertical de oclusão ocasionada pelas ausências dentárias e em poucos casos descritos também observa-se diminuição de fluxo salivar resultando em quadros de xerostomia e disfagia. A redução ou ausência da lâmina dental leva os incisivos e caninos a apresentarem forma conoide, sendo o grupo dentário mais afetado.

(BAKRI et al., 1995)

O tratamento de pacientes com essa alteração varia individualmente, dependendo do grau de desenvolvimento e demandas pessoais do paciente em questão, alcançando melhoria na qualidade de vida. Observa-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar, composta por médico geneticista, dermatologista, fonoaudiólogo, psicólogo e cirurgião dentista para prevenir, amenizar e reabilitar as manifestações clínicas nesses pacientes. Na odontologia pode-se dispor desde tratamentos mais conservadores, como restaurações estéticas até a indicação de tratamentos mais complexos como o uso de aparelhos ortodônticos, próteses dentárias totais ou removíveis, além de implantes, recomendados para pacientes pós puberdade

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.607.900

com crescimento craniofacial já estabilizado. O cirurgião dentista deve estar apto para identificar, através de uma minuciosa anamnese e exame clínico, as displasias ectodérmicas bem como suas manifestações clínicas para assim realizar um correto diagnóstico e prognóstico, estabelecendo um plano de cuidado adequado que englobe, além da reabilitação, um controle periódico para acompanhamento e reforço nas instruções sobre saúde bucal. Desse modo, o trabalho em questão visa relatar a conduta clínica realizada em um caso de paciente com displasia ectodérmica, dispondo de imagens clínicas e radiográficas do caso.

Introdução:

Data de Submissão do Projeto: 10/05/2025 Nome do Arqui

Objetivo da Pesquisa:

A reabilitação odontológica desses pacientes é desafiadora, exigindo abordagens personalizadas para restaurar a função e a estética oral, sendo o dentista um membro essencial no tratamento de pacientes com a displasia ectodérmica.

Objetivo Primário:

Relatar a reabilitação oral de um paciente com displasia ectodérmica, enfatizando as implicações clínicas da condição e as estratégias utilizadas para restaurar função e estética oral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde.

Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade.

Benefícios:

Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tratamento odontológico em pacientes com displasia ectodérmica, de forma que

o conhecimento que será construído a partir deste trabalho possa vir a orientar na promoção de saúde bucal da criança, onde o pesquisador se

compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.607.900

coletadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trabalho de ic e de tcc

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

presentes

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2548337.pdf	10/05/2025 16:53:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Displasia.pdf	10/05/2025 16:52:43	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	05/05/2025 19:05:27	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.pdf	29/04/2025 11:19:57	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	FIEL_DEPOSITARIO.pdf	29/04/2025 11:19:35	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	29/04/2025 11:19:19	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	29/04/2025 11:19:01	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	29/04/2025 11:18:40	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/04/2025 11:18:30	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocal

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.607.900

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Maio de 2025

Assinado por:

OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br