

## DISPLASIA DENTINÁRIA TIPO I: RELATO DE CASO

Recebido em: 02/06/2023

Aceito em: 03/07/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i7.2023-003

Juliana Dantas da Costa<sup>1</sup>  
Sarah Basílio Rodrigues<sup>2</sup>  
Júlio César Barbosa<sup>3</sup>  
Gabrielle Oliveira de Sousa<sup>4</sup>  
Sávio Martins Alves<sup>5</sup>  
Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri<sup>6</sup>  
Denise Hélen Imaculada Pereira Oliveira<sup>7</sup>  
Filipe Nobre Chaves<sup>8</sup>  
Marcelo Magalhães Dias<sup>9</sup>

**RESUMO:** A displasia dentinária tipo I é um distúrbio hereditário autossômico dominante raro, associada a uma malformação da dentina radicular, que pode causar a perda espontânea dos dentes. Clinicamente, os dentes apresentam aspectos de normalidade, no entanto, radiograficamente, podem ser observadas raízes curtas e mal formadas. O objetivo desse trabalho foi relatar o diagnóstico de uma paciente portadora de displasia dentinária tipo I. Paciente, M.G.S, sexo feminino, 34 anos, compareceu a Clínica Odontológica da UFC – Sobral com intuito de fazer uma nova prótese parcial removível. Ao realizar o exame clínico, constatou-se que a paciente apresentava uma boa higiene oral, porém observou-se mobilidade e dor nos dentes 12, 13, 23, 32 e 33, além do relato de perda precoce de outros elementos dentários devido a mobilidade. Foram realizadas radiografias periapicais, onde foi observado pela primeira vez o aspecto encurtado de todas as raízes dentárias. O encurtamento das raízes foi novamente observado na radiografia panorâmica e na tomografia computadorizada solicitadas a paciente. Após o estudo do caso, a paciente foi diagnosticada com Displasia Dentinária tipo I. A paciente foi reabilitada com prótese protocolo superior e inferior. Conclui-se que a Displasia Dentinária tipo I é uma condição rara e que afeta a dentina radicular de dentes decíduos e permanentes. O tratamento da DDI é difícil e requer abordagem

<sup>1</sup> Mestranda em Clínica Odontológica. Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: [julianadantas38@gmail.com](mailto:julianadantas38@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3321-6436>

<sup>2</sup> Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: [sarahbasilio@gmail.com](mailto:sarahbasilio@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5226-5957>

<sup>3</sup> Mestrando em Implantodontia. Instituto Cearense de Especialidades Odontológicas (ICEO - UNINGÁ).

E-mail: [juliocesarbarbosa437@gmail.com](mailto:juliocesarbarbosa437@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7073-8498>

<sup>4</sup> Pós-Graduanda em Ortodontia. Instituto Cearense de Especialidades Odontológicas (ICEO - UNINGÁ).

E-mail: [gabiiods63@gmail.com](mailto:gabiiods63@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6058-8091>

<sup>5</sup> Graduado em Odontologia. Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral.

E-mail: [saviomartins@alu.ufc.br](mailto:saviomartins@alu.ufc.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6539-6075>

<sup>6</sup> Doutor em Estomatologia. Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral.

E-mail: [mar\\_sampieri@hotmail.com](mailto:mar_sampieri@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7492-6642>

<sup>7</sup> Doutora em Patologia Oral. Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral.

E-mail: [denisehelen2011@hotmail.com](mailto:denisehelen2011@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6020-2374>

<sup>8</sup> Doutor em Odontologia. Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral.

E-mail: [filipenobrechaves@gmail.com](mailto:filipenobrechaves@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6345-8156>

<sup>9</sup> Doutor em Biotecnologia. Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral.

E-mail: [marcelomgdias@gmail.com](mailto:marcelomgdias@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6611-9432>

multidisciplinar, devendo devolver a autoestima, além de favorecer a função mastigatória e a estética.

**PALAVRAS-CHAVE:** Displasia da Dentina; Estomatologia; Anormalidades Dentárias.

### DENTIN DYSPLASIA TYPE I: CASE REPORT

**ABSTRACT:** Dentin dysplasia dentin type I is a rare autosomal dominant hereditary disorder associated with a root dentin malformation that can cause spontaneous tooth loss. Clinically, the teeth present normal aspects; however, radiographically, short and malformed roots can be observed. The aim of this paper was to report the diagnosis of a patient with dentin dysplasia type I. Patient, M.G.S, female, 34 years, attended the Dental Clinic of UFC - Sobral in order to make a new partial denture. During clinical examination it was found that the patient had good oral hygiene, but there was mobility and pain in teeth 12, 13, 23, 32 and 33, besides the report of early loss of other teeth due to mobility. Periapical radiographs were taken, where the shortened appearance of all dental roots was first observed. The shortening of the roots was again observed in the panoramic radiograph and CT scan requested from the patient. After the case study, the patient was diagnosed with Dentin Dysplasia type I. The patient was rehabilitated with upper and lower protocol prosthesis. It is concluded that Dentin Dysplasia type I is a rare condition and affects the root dentin of deciduous and permanent teeth. The treatment of DDI is difficult and requires a multidisciplinary approach, and should restore self-esteem, in addition to favoring masticatory function and aesthetics.

**KEYWORDS:** Dentin Dysplasia; Stomatology; Dental Abnormalities.

### DISPLASIA DENTINARIA TIPO I: INFORME DE UN CASO

**RESUMEN:** La displasia dentinaria tipo I es un trastorno hereditario autosómico dominante poco frecuente asociado a una malformación de la dentina radicular que puede causar la pérdida espontánea de dientes. Clínicamente, los dientes presentan aspectos normales; sin embargo, radiográficamente pueden observarse raíces cortas y malformadas. El objetivo de este estudio fue informar sobre el diagnóstico de un paciente con displasia dentinaria tipo I. Paciente, M.G.S, sexo femenino, 34 años, acudió a la Clínica Odontológica de UFC - Sobral con el objetivo de realizar una nueva prótesis parcial removible. En el examen clínico, se constató que la paciente tenía buena higiene bucal, pero se observó movilidad y dolor en los dientes 12, 13, 23, 32 y 33, y el informe de pérdida precoz de otros elementos dentales debido a la movilidad. Se tomaron radiografías periapicales y por primera vez se observó el aspecto acortado de todas las raíces dentales. El acortamiento de las raíces se observó de nuevo en la radiografía panorámica y el TAC solicitados a la paciente. Tras el estudio del caso, la paciente fue diagnosticada de displasia dentinaria tipo I. La paciente fue rehabilitada con prótesis de protocolo superior e inferior. Se concluye que la Displasia Dentinaria tipo I es una enfermedad rara y afecta a la dentina radicular de los dientes deciduos y permanentes. El tratamiento de la DDI es difícil y requiere un abordaje multidisciplinar, debiendo restaurar la autoestima, además de favorecer la función masticatoria y la estética.

**PALABRAS CLAVE:** Displasia Dentinaria; Estomatología; Anomalías Dentales.

## 1. INTRODUÇÃO

A Displasia Dentinária tipo I é um distúrbio na organização da dentina radicular que causa malformação ou até mesmo agenesia da raiz. Apesar de apresentar formação de esmalte normal e ter uma aparência clínica sem alterações na coroa dentária, ao exame radiográfico pode-se constatar obliterações pulpare, taurodontismo, radiolucências periapicais, além do encurtamento ou ausência radicular (MACHADO et al., 2012; RASARATNAM; DJEMAL, 2017).

Ballschmiedel, em 1922, relatou uma condição apresentada em seis crianças da mesma família, onde os dentes tinham raízes curtas e embotadas com obliteração pulpar, chamando-a de "dentes sem raízes" (BALLSCHIEDEL, 1922 apud CHAMBERLAIN *et al.*, 1983). O termo "displasia dentinária" foi utilizado pela primeira vez em 1939 por Rushton, em que ele descreveu essa condição como sendo raramente encontrada na prática odontológica (RUSHTON, 1939 apud CHAMBERLAIN *et al.*, 1983). Witkop em 1975, classificou como DDI a "displasia da dentina radicular" e DDII a "displasia da dentina coronal", indicando assim as principais partes dos dentes envolvidas (WITKOP, 1975 apud MALIK *et al.*, 2015).

O padrão de herança da displasia dentinária tem característica autossômica dominante, podendo afetar os dentes decíduos e permanentes. A sua prevalência é de 1 em 100.000 pacientes (RASARATNAM; DJEMAL, 2017; QARI et al., 2017). Até o momento, três genes patogênicos foram encontrados em diferentes famílias (SSUH2, VPS4B e SMOC2) o que é uma evidência altamente sugestiva de que a doença possui heterogeneidade genética (CHEN et al., 2017).

Carroll et al. (1991), baseados em achados radiográficos, descreveram uma subclassificação para a displasia dentinária tipo I (DDI). O DDI foi classificado em quatro subtipos: Ia, Ib, Ic e Id. O tipo Ia é caracterizado por uma obliteração completa da polpa e geralmente com pouco ou nenhum desenvolvimento radicular. O subtipo Ib tem uma linha radiolúcida horizontal, em forma de lua crescente, que separa a dentina coronal normal da dentina radicular anormal e raízes curtas, cônicas e rudimentares. Os dentes afetados tipo Ic mostram duas linhas radiolúcidas horizontais em forma de lua crescente, com suas concavidades uma na outra na junção cimento- 12 esmalte. As raízes são metade dos comprimentos normais. A formação normal da raiz, que às vezes pode ser bulbosa

no terço coronal, é vista no tipo Id. Esta apresenta cálculos pulpares no terço coronal do canal radicular e raramente apresentam radiolucências periapicais.

A desorganização dentinária pode ocorrer em diferentes estágios da formação dentária, por isso há uma ampla variação na formação radicular. Essa variabilidade ocorre tanto de paciente para paciente como de dente para dente num mesmo indivíduo. Ademais, características como mobilidade dentária acentuada e perda precoce dos dentes são os primeiros sinais clínicos da displasia dentinária tipo I. (NEVILLE, 2009, p. 108).

O tratamento da displasia dentinária é complexo e diversas estratégias de tratamento têm sido propostas, incluindo terapia endodôntica convencional, curetagem periapical, obturação retrógrada das raízes ou regime preventivo. Na maioria dos casos, apesar do diagnóstico precoce e do fornecimento regular de atendimento odontológico, os dentes são perdidos devido à formação de abscesso espontâneo. (GUERRA et al., 2006).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de paciente diagnosticado com Displasia Dentinária tipo I e reabilitada com próteses implantossuportadas, o que se justifica pela ausência de comprometimento ósseo. Assim, avalia-se aqui a viabilidade da osseointegração como conduta terapêutica reabilitadora dos pacientes acometidos com esta condição.

## **2. METODOLOGIA**

Este artigo se trata de um relato de caso clínico, que visa uma abordagem qualitativa e descritiva. Conforme Estrela et al. (2018), este estudo é baseado em uma coleta direta de dados, sendo o pesquisador o principal meio. Esta pesquisa teve amparo legal e autorização do paciente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) desenvolvido pelos setores de Estomatologia e Reabilitação Oral da Universidade Federal do Ceará -Campus Sobral.

## **3. RELATO DE CASO**

A paciente M.G.S. de 34 anos e do gênero feminino, compareceu à Clínica Odontológica da UFC - campus Sobral com queixa de dor e mobilidade dentária em alguns elementos. Relatou uma perda dentária precoce ocasionada por mobilidade. A princípio a paciente chegou na Clínica de Reabilitação 1 com intuito de fazer uma nova prótese parcial removível. Após anamnese e exame físico, constatou-se que a paciente era

normossistêmica, apresentava uma boa higiene oral, coroas dentárias com aspectos normais e mobilidade severa nos elementos 12, 13, 23, 32 e 33 (Figura 1). A paciente relatou que a mãe teve histórico de perda precoce dos dentes, e que desde muito nova fazia uso de prótese total removível convencional (PT). Foram realizadas radiografias periapicais onde se observou pela primeira vez o aspecto encurtado de todas as raízes dentárias. Solicitou-se à paciente a realização de uma radiografia panorâmica (Figura 2), onde se confirmou os aspectos identificados nas radiografias periapicais. Foram, também, solicitadas radiografias panorâmicas das filhas da paciente, no entanto não foram observadas alterações patológicas nos exames. Após estudo do caso com a equipe da Estomatologia e Reabilitação Oral, a paciente foi diagnosticada com Displasia Dentinária Tipo I.

Figura 1: Aspecto intraoral.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Figura 2: Radiografia panorâmica



Observa-se o aspecto encurtado de todas as raízes dentárias com a presença de câmaras pulpares alongadas, sugestivas de taurodontismo nos dentes 36 e 37. Identificou-se nos dentes 16 e 36 a presença de calcificações que obliteram as câmaras pulpares.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A princípio, soluções possíveis foram dadas à paciente, para que esta, em posse das informações pertinentes, pudesse optar pela que melhor lhe atendesse. A primeira opção era reabilitação com nova prótese parcial removível (PPR), pois o novo planejamento utilizaria novos pilares. A segunda opção de tratamento viável seria reabilitação com implantes osseointegráveis de titânio das áreas edêntulas. Uma terceira opção proposta foi a remoção dos dentes e reabilitação com prótese total removível convencional (PT). Uma variação desta colocada como quarta opção foi a reabilitação com próteses overdentures após as exodontias e colocação de pelo menos dois implantes em cada arco. Por fim, uma quinta opção de tratamento seria a remoção de todos os elementos dentários e imediata reabilitação com implantes e prótese fixa do tipo Protocolo de Branemark.

Avaliando as condições para cada possibilidade, a possível – e provável – esfoliação posterior dos demais elementos, a dificuldade de manutenção biomecânica da PPR, a perda óssea pós-exodontias, a decisão tomada pela paciente foi de realizar exodontia de todos os elementos dentários, pois o prognóstico de pacientes com DDI é a esfoliação dos dentes, e realizar a reabilitação com prótese sobre implantes, pois ela tinha estrutura óssea suficiente para colocação dos implantes. Assim, iria resolver-se a queixa principal de perda dentária precoce da paciente, aumentaria a autoestima devido à pouca idade, além de poder favorecer a função mastigatória e a estética, bem como manutenção óssea por função (NETTEM et al., 2014). O tratamento proposto teve total aceite da parte da paciente e da equipe de tratamento.

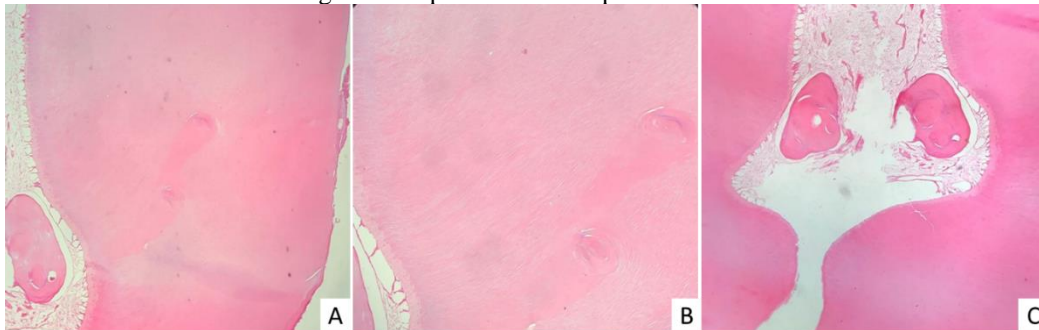
Após a realização da cirurgia de implantes, uma amostra dos dentes foi enviada para estudo histopatológico. Os cortes histológicos obtidos do dente 23, que passou por um processo de descalcificação (Figura 3), foram corados em Hematoxilina e Eosina (HE) e examinados em microscopia de luz, revelando uma obliteração parcial da polpa, preenchida com material calcificado incomum, que consistia em massas globulares e irregulares de dentina. Além disso, foi observado na dentina radicular, áreas concêntricas de dentina displásica em forma globular e espiralada, dando uma aparência característica do histopatológico da displasia DDI, que é o “riacho que flui em torno de obstáculos”, sendo os novos túbulos dentirários chamados de “riacho” e a dentina displásica chamada de “obstáculos”, assim completando o quadro (Figura 4).

Figura 3: Dente 23 enviado para confecção de lâmina histopatológica



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Figura 4: Aspectos microscópicos da DD - I



- A) Presença de dentina radicular displásica e massa globular irregular de dentina (coloração H&E, x10);  
B) Visão em maior detalhe do aspecto da dentina radicular displásica em forma de glóbulos e espirais (coloração H&E, x40); C) Visão ampliada das massas globulares irregulares de dentina displásica preenchendo parcialmente a polpa (coloração H&E, x10).

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

#### 4. DISCUSSÃO

A DDI apresenta como características clínicas coroas dentárias com aspecto de normalidade, com esmalte e dentina saudáveis, porém devido a presença de mobilidade nos dentes acometidos, o prognóstico desses dentes é a esfoliação precoce (NEVILLE, 2009; RASARATNAM; DJEMAL, 2017; TOOMARIAN et al., 2010). Tais achados clínicos corroboram com o que foi encontrado no exame clínico realizado na paciente, com coroas dentárias normais, onde o esmalte dentário não apresentava sinal de desgaste ou perda anormal de esmalte. Porém, mesmo sendo livre de cáries e apresentando uma boa higiene oral, havia mobilidade severa nos elementos 12, 13, 23, 33 e 32 e histórico de perda precoce de outros dentes.

Os achados radiográficos de um dente com DDI mostraram uma deficiência na formação radicular, com a presença de raízes curtas e malformadas,

ou até mesmo, a ausência de raiz, podendo haver calcificações nas câmaras pulpares, abaulamento localizado do canal e da raiz, constricção apical da polpa, taurodontismo e radiolucências periapicais (NEVILLE, 2009; MALIK et al., 2015; RASARATNAM; DJEMAL, 2017; COMER et al., 2002). Na análise da radiografia panorâmica do referido caso, observou-se o aspecto encurtado de todas as raízes dentárias com a presença de câmaras pulpares alongadas, sugestivas de taurodontismo nos dentes 36 e 37. Identificou-se nos dentes 16 e 36 a presença de calcificações que obliteram as câmaras pulpares, em contrapartida, não foi observado a presença de radiolucências periapicais como descrito na literatura.

Os exames histopatológicos de dentes com DDI trazem como características comuns da patologia, a presença de um material calcificado incomum obliterando parcialmente ou totalmente a polpa dentária. Na literatura, esse material é descrito como dentina tubular, osteodentina e massas globulares irregulares de dentina. Além disso, também é bastante comum observar em microscopia de luz a presença de massas de dentina displásica que consistem em glóbulos de dentina espiralados e túbulos de dentina mineralizados, esses impedem a formação normal dos túbulos dentinários, assim formando uma estrutura característica da patologia, que é "riacho que flui em torno de obstáculos" (ALHILOU et al., 2018; MALIK et al., 2015; TOOMARIAN, 2010). No caso em questão, observou-se a obliteração da polpa dentária e massas de dentina displásica.

O papel do cirurgião dentista no diagnóstico precoce dessa condição é essencial para que se possa preservar as estruturas dentais em boca durante o maior tempo possível, ou até que o desenvolvimento dos ossos maxilares esteja completo para se planejar uma reabilitação implantossuportada (FUSCO et al., 2023). O acompanhamento do paciente diagnosticado com DDI requer procedimentos voltados para a prevenção da doença periodontal e de cáries, entretanto mesmo que essas condições patológicas sejam prevenidas, existe um índice relativamente grande de perdas dentárias precoces (BASTOS et al., 2010; MACHADO et al., 2012; NETTEM et al., 2014; RASARATNAM; DJEMAL, 2017). Dentes com prognóstico ruim devem ser extraídos e colocados mantenedores de espaço ou próteses até que o crescimento ósseo tenha findado, e a partir daí se pensar na possibilidade de fazer o tratamento com implantes dentários (GUMBER *et al.*, 2018).

A anatomia interna dos dentes com DDI mostrou-se como descrito em diversos trabalhos científicos, tais como os de Ravanshad *et al.*, (2006); Sahoo *et al.*, (2014);



Rasaratnam; Djemal (2017). Já a morfologia da câmara pulpar apresenta-se atípica, com presença de calcificações pulpares e encurtamento das raízes, o que tornam o tratamento endodôntico um desafio para o cirurgião-dentista.

Em casos onde não se é possível preservar os dentes ou acontece esfoliação precoce, para reestabelecer a funcionalidade e a estética do sistema estomatognático, faz-se necessário a confecção de próteses totais ou parciais removíveis. De acordo com o estágio de crescimento dos ossos estomatognáticos e erupção dentária, pode ser necessário fazer alterações ou troca da prótese, sendo assim importante o acompanhamento por meio de visitas regulares ao dentista (GUPTA *et al.*, 2014; GUMBER *et al.*, 2018). No caso em questão, observando a possível esfoliação posterior dos demais elementos dentários, discutiu-se a dificuldade de manutenção biomecânica da PPR, e a perda óssea pós-exodontias para instalação de uma PT, tendo, por fim, essas opções descartadas pela paciente e pela equipe.

Em casos onde não há reabsorção dos ossos maxilares e nem a necessidade de realizar levantamento de seios maxilares, como observado nos exames de imagem da paciente tratada nesse trabalho, pode-se partir para a cirurgia de implantes. Após realizar a cirurgia dos implantes, é necessário fornecer aos pacientes próteses temporárias a fim de melhorar a estética a função do sistema estomatognático no pós operatório. Deve ser feito as recomendações pós operatória para minimizar os efeitos colaterais da cirurgia. Além disso, o paciente deve ser acompanhado periodicamente para minimizar intercorrências (NETTEM *et al.*, 2014).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DDI é uma condição rara e hereditária que leva a esfoliação precoce dos dentes. Essa perda precoce desfavorece a função mastigatória e estética do paciente, além de poder gerar uma atrofia óssea dos ossos maxilares, já que os mesmos não teriam os dentes em função.

O tratamento da DDI é difícil e requer abordagem multidisciplinar, já que a perda precoce dos dentes pode refletir na autoestima e função do sistema estomatognático. A conduta ideal dependerá de vários fatores, como a idade do paciente, o subtipo da displasia tipo I e a gravidade dos sintomas.

Em acordo com os achados deste estudo, podemos dizer que a ancoragem de implantes osseointegrados de titânio é uma conduta terapêutica viável, desde que seguidos os cuidados inerentes ao procedimento.

Ainda seguindo-se os achados, perdas dos dispositivos de titânio podem ocorrer, sem que haja uma causa conclusiva de seu acontecido, infecção ou trauma, por exemplo. Portanto, mais estudos devem ser conduzidos no sentido de elucidar em que condições a implantodontia deve ser a terapêutica de primeira escolha.

## REFERÊNCIAS

- Alhilou, Ahmed *et al* (2018). Dentin dysplasia: diagnostic challenges. *Bmj Case Reports*, 1-5.
- Bastos, J. S. *et al* (2021). Displasia dentinária: um relato de caso. *REVISTA UNINGÁ*, Uningá, v. 24, n. 1, jun. 2010. ISSN 2318-0579.
- Carroll, M. K. O. *et al* (1991). Dentin dysplasia: review of the literature and a proposed subclassification based on radiographic findings.: Review of the literature and a proposed subclassification based on radiographic findings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 72, (1) 119-125.
- Chamberlain, B. B. *et al* (1983). Management of dentin dysplasia and facial disharmony. *Special Care In Dentistry*, 3 (3), 113-116.
- Chen, D. *et al* (2018). Dentin dysplasia type I-A dental disease with genetic heterogeneity. *Oral Diseases*, 25 (2), 439-446
- Comer, T. L. *et al* (2002). Hereditary pattern for dentinal dysplasia type Id: a case report: A case report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology*, 94 (1). 51-53.
- Estrela, C (2018). Metodologia científica: ciência, Ensino, pesquisa. 3 ed. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, v. 1. 707p
- FUSCO, L. A. *et al* (2023). Práticas adotadas pelas equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família: uma revisão da literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 2, p. 666-683.
- Guerra, M. F. M (2006) *et al*. Dentin Dysplasia Type I Treated with Onlay Bone Grafting, Sinus Augmentation, and Osseointegrated Implants. *Implant Dentistry*, 15(3), 248-253.
- Gumber, S. *et al* (2018). Dentin dysplasia type 1 - clinical management dilemmas: a case report of first-generation sufferers. *Journal Of Indian Society Of Pedodontics And Preventive Dentistry*, 36(2), 213-219.
- Gupta, Dheeraj *et al* (2014). A Case of Dentin Dysplasia with Full Mouth Rehabilitation: a 3-year longitudinal study. *International Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*, 7(2), p. 119-124
- Machado, C. V.*et al* (2012). Displasia dentinária do tipo I: diferentes aspectos da mesma condição. *Odontol. Clín.-cient*, 2 (11), p. 165-168,
- Malik, S. *et al* (2015). Dentin dysplasia type I - A rare entity. *Journal Of Oral And Maxillofacial Pathology*, 19 (1), p. 110-119.
- Nettem, S .*et al* (2014). Implant-based oral rehabilitation of a variant model of type I dentinal dysplasia: A rare case report. *Dent Res J (isfahan)*, 04, (11), p. 513-517.
- Neville, B. W. *et al* (2009). *Paroloria Oral e Maxilofacial*. 3. ed. South Carolina: Elsevier Editola Ltda., 2009. 108 p.

Qari, H.; Kesller, H.; Narayana, N.; Premaraj, S (2017). Symmetric multiquadrant isolated dentin dysplasia (SMIDD), a unique presentation mimicking dentin dysplasia type 1b. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology*, 123 (5), p. 164-169.

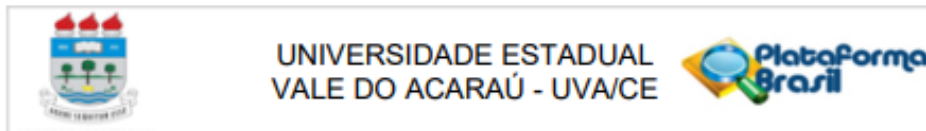
Rasaratnan, L.; Djemal, S. (2017). Type-1 dentine dysplasia – diagnostic and clinical challenges in restorative management. *Dental Update*, 44 (3) p. 174-180.

Sahoo, S. R. et al (2014). Dentin dysplasia type 1d: A rare case. *Indian Journal Of Dental Research*, 25(6) p. 832-834.

Toomarian, L. et al (2010). Dentin dysplasia type I: a case report and review of the literature: a case report and review of the literature. *Journal Of Medical Case Reports*, 4 (1), p. 1-6.

## ANEXO 1

### Parecer Consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Displasia dentinária tipo 1: Do diagnóstico a reabilitação.

**Pesquisador:** Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15154819.0.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.522.093

##### Apresentação do Projeto:

O projeto será enviado ao Comitê de Ética local (CEP/UVA, Sobral/CE) para avaliação e atenderá às normas vigentes de ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12). Após parecer favorável, será iniciada o planejamento e cirurgia de implantes dentários na paciente. Após a cirurgia de instalação dos implantes osseointegrados será feito o acompanhamento radiográfico do paciente para determinar o sucesso do tratamento. Esse tratamento visa o restabelecimento de uma função mastigatória adequada, bem como melhorar a estética do sorriso trazendo uma melhora na qualidade de vida do paciente.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo primário do estudo é relatar o diagnóstico e a reabilitação com implantes dentários de uma paciente diagnosticada com Displasia dentinária tipo 1 atendida na Clínica Odontológica da Universidade Federal do Ceará- Campus Sobral.

Objetivo Secundário:

- 1-Discutir o planejamento dos implantes dentários como tratamento reabilitador da Displasia Dentinária tipo 1
- 1.2-Contribuir para estudos científicos

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com

Página 01 de 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE

Continuação do Parecer: 3.522.093

em Odontologia relativos ao tratamento reabilitador para casos de Displasia Dentinária tipo 1.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Os riscos são aqueles das cirurgias orais tais como inchaço, sangramento e dor. Os riscos serão minimizados através da prescrição de anti-inflamatórios, de analgésicos e das instruções pós-operatórias tais como repouso e aplicação de compressa com gelo.

**Benefícios:**

Melhora das funções mastigatórias da paciente, melhora estética do sorriso bem como melhora da qualidade de vida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo de conclusões, pendências e lista de inadequações.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo de conclusões, pendências e lista de inadequações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem óbices éticos. Encaminhar relatório final a este CEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

AO final enviar relatório ao 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_1363746.pdf	05/08/2019 10:10:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomod.docx	05/08/2019 10:09:37	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	05/06/2019 15:21:40	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/05/2019 13:44:11	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito
Orçamento	orca.docx	24/05/2019 11:24:45	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150  
Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
UF: CE Município: SOBRAL  
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com

Página 02 de 03



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.522.093

Outros	fieldepult.pdf	24/05/2019 11:23:52	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autinstult.pdf	24/05/2019 11:22:27	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito
Cronograma	crono.docx	24/05/2019 11:21:11	Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 21 de Agosto de 2019

Assinado por:

**Maria do Socorro Melo Carneiro**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com

Página 03 de 03