

**UNIVERSIDADE DE UBERABA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOIDRÓTICA: RELATO DE CASO**

UBERABA – MG  
2017

**ISABELLE OLIVEIRA MARQUEZ DE SOUSA  
STEFANIA FRANÇA REIS**

## **DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOIDRÓTICA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para a conclusão do curso de graduação.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Borges.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Sara E. Medina Mattar.

UBERABA - MG

2017

S85d Sousa, Isabelle Oliveira Marquez de.  
Displasia ectodérmica hipoidrótica: relato de caso / Isabelle Oliveira Marquez de Sousa, Stefania França Reis. – Uberaba, 2017. 27 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia, 2017.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Borges.

Coorientadora: Profa. Dra. Sara E. Medina Mattar.

1. Odontologia. 2. Displasia ectodérmica. 3. Hipodontia – Tratamento. 4. Síndromes. I. Reis, Stefania França. II. Mattar, Sara E. Medina. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

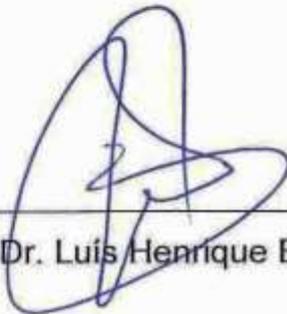
**ISABELLE OLIVEIRA MARQUEZ DE SOUSA  
STEFANIA FRANÇA REIS**

**DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOIDRÓTICA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para a conclusão do curso de graduação.

Apresentado em: 16/12/2017

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Luis Henrique Borges.



---

Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

UBERABA - MG

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Aos nossos familiares pela compreensão e apoio durante essa jornada de formação de graduação em odontologia.

Agradecemos a Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sara Elisa Medina Mattar, pelos ensinamentos, pela orientação, dedicação e carinho e pela oportunidade de poder realizar um trabalho como esse na graduação sob sua orientação. Muito obrigado.

Ao Técnico em Prótese Dentário André Luis Cardoso Ferreira, pelo apoio e qualidade durante a realização das etapas laboratoriais. Obrigado pela dedicação e carinho.

Ao nosso paciente e a seus pais por acreditar em nossa capacidade e pela confiança em permitir que nós fizéssemos todos os procedimentos necessários para a conclusão do caso clínico.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente na realização desse trabalho.

## RESUMO

A displasia ectodérmica é uma doença que engloba um conjunto de síndromes hereditárias, uma desordem genética associada ao cromossomo X. Ocorrem defeitos, originados do ectoderma, de um ou mais tecidos durante a embriogênese, como: pelos, unhas, dentes e pele. Dentre as alterações dentais decíduas e permanentes, as de número e forma são comuns, causando disfunção e estética desagradável. Foi realizado um caso clínico de um paciente que se apresentou, portando a doença, para tratamento odontológico na policlínica Getúlio Vargas: sexo masculino, 10 anos de idade, leucoderma, com presença de cabelo e sobrancelhas finas, dentes cônicos, ausência de germes permanentes e pele seca. A criança apresenta histórico familiar de mãe e avó materna diagnosticadas com displasia ectodérmica (DE). Foi realizada a revisão da literatura e discussão da etiologia e tratamento para o caso clínico. Conclui-se que, após o atendimento e reabilitação protética da criança, houve uma grande melhoria na qualidade de vida e satisfação. Ele deve ser acompanhado e controlado semestralmente pela equipe de ortodontia da policlínica Getúlio Vargas UNIUBE, para avaliação das estruturas ósseas e dentes, realizando a ativação dos expansores e grampos, bem como as restaurações para melhor função e estética. Posteriormente deve ser realizada a instalação de implantes osseointegrados como tratamento reabilitador definitivo, melhorando ainda mais as condições bucais do mesmo.

**Palavras-chave:** Displasia ectodérmica. Síndrome. Anodontia. Tratamento.

## ABSTRACT

Ectodermal dysplasia is a disease that encompasses a set of hereditary syndromes, a genetic disorder associated with the X chromosome. Defects of one or more tissues, originating from the ectoderm, occur during embryogenesis, such as: hair, nails, teeth and skin. Among deciduous and permanent dental alterations, number and shape are common, causing dysfunction and unpleasant esthetics. It was carried out a clinical case of a patient who presented, carrying the disease, for dental treatment in Getúlio Vargas polyclinic: male, 10 years old, leucoderma, with presence of hair and thin eyebrows, conical teeth, absence of permanent germs and skin. The child presents a family history of mother and maternal grandmother diagnosed with ectodermal dysplasia. The literature review and discussion of the etiology and treatment for the clinical case were made. It was concluded that after the care and prosthetic rehabilitation of the child, there was a great improvement in the quality of life and satisfaction of the child. The patient should have monitoring and control, provided biannually by the orthodontic team of UNIUBE Getúlio Vargas polyclinic, for the evaluation of the bone structures and teeth, performing the activation of the expanders and clamps, as well as the restorations for better function and esthetics. Subsequently, the installation of osseointegrated implants should be performed as a definitive rehabilitative treatment, further improving the buccal conditions of the same.

Keywords: Ectodermal dysplasia. Syndrome. Anodontia. Treatment.

## SUMÁRIO

1.	Introdução	8
2.	Proposição	11
3.	Materiais e Métodos – Relato do Caso Clínico	12
3.1	Situação Clínica Inicial	12
3.2	Confecção de Facetas Diretas	13
3.3	Moldagem dos arcos	14
3.4	Montagem dos modelos em Articulador Semi Ajustável	15
3.5	Confecção dos Grampos Ortodônticos	15
3.6	Confecção da Base de Prova e Planos de Cera	16
3.7	Seleção e montagem dos dentes, enceramento, instalação dos expansores e acrilização das próteses.	17
3.8	Ajuste Oclusal	18
3.9	Orientação de Uso e Higienização	19
4.	Discussão	21
5.	Conclusão	23
	Referências	24
	Anexo – Termo de consentimento livre e esclarecido.	26

## 1 INTRODUÇÃO

A displasia ectodérmica (DE) compreende um grande grupo heterogêneo de distúrbios hereditários; no caso, de mãe para filho. São definidos por defeitos primários no desenvolvimento de dois ou mais tecidos derivados do ectoderma embrionário (JAIN, P. et al., 2017). Estudos mostram que os genes WNT10A ou WNT10B foram encontrados em pacientes com síndrome de displasia ectodérmica. Foi realizado um estudo com 90 pessoas e cerca de 40% dos pacientes tinham uma mutação faltante. A mutação do gene WNT10A é maior em pacientes com agenesia dentária, que se assemelha com a hipodontia (MUES, G. et al., 2014).

A prevalência na população varia de 1:10.000 a 1:100.000 nascimentos com pessoas portando a síndrome DE e a proporção entre os sexos é de cinco homens para uma mulher (SANTOS FERREIRA, C. et al., 2012).

A displasia ectodérmica corresponde a um grupo de doenças que provocam alterações na camada externa de células do embrião humano (ectoderma) durante seu desenvolvimento, comprometendo todos os tecidos que esta forma, como: pele, unhas, dentes e pelos; além das glândulas sudoríparas, sebáceas, lacrimais, mucosas e salivares. Por interferir nas glândulas salivares e mucosas, o fluxo salivar pode ser reduzido e há ausência parcial de dentes; e aqueles presentes na boca se apresentam em cone, principalmente os caninos e os incisivos. O crescimento do osso alveolar ocorre em resposta à erupção dental; uma vez que não há a erupção pela falta dos germes dentários permanentes na displasia ectodérmica, o osso adapta-se e remodela-se de acordo com a necessidade dentária, reabsorvendo quando os dentes são perdidos, além da perda da dimensão vertical de oclusão, o que acarreta em um aspecto de pessoa mais velha (CASTILHOS RUSCHEL, H. et al., 2008).

Um exemplo de tratamento odontológico para paciente com DE foi a utilização de prótese para substituir os dentes faltantes, com a utilização de dois minis implantes, na arcada inferior, para sustentar ou permitir que a prótese tenha mais retenção. Além disso, os dentes anteriores foram restaurados com resina composta. As próteses foram adaptadas e a paciente tem um acompanhamento com

profissionais por estar em desenvolvimento. Tal técnica é considerada invasiva, uma vez que o paciente está em fase de desenvolvimento; porém, com tal retenção, o paciente apresenta melhora na fala, mastigação e estética (MELLO, B. et al., 2015).

As Displasias Ectodérmicas podem ser classificadas de acordo com a produção de suor, em duas formas: hidrótica, em que há produção de suor; e hipodrótica, em que a produção de suor é reduzida ou ausente. Na forma hidrótica, as principais alterações encontradas são: unhas distróficas, pelos escassos e anomalias dentárias, não havendo, entretanto, comprometimento das glândulas sudoríparas e sebáceas (SANTOS FERREIRA, C. et al., 2012).

Há ocorrência de perda de dimensão vertical de oclusão – devido à ausência de elementos dentários - associada à presença de discretas fissuras ao redor da boca e olhos, o que determina uma aparência de senilidade – o que pode ser melhorado com a utilização da prótese durante o tratamento. A redução ou ausência da lâmina dental leva os incisivos e caninos a apresentarem forma de cone e a utilização de facetas diretas pode ser uma escolha de tratamento (SANTOS FERREIRA, C. et al., 2012).

O impacto que a fisionomia do portador da displasia ectodérmica (DE) tem na sua vida é perceptível. A protuberância frontal e da maxila são subdesenvolvidas; os pacientes são suscetíveis a dermatites na pele, pele seca e escamosa, resultado do subdesenvolvimento das glândulas sudoríparas e sebáceas. Podem apresentar hipodontia total ou parcial. O desenvolvimento mental e sexual é geralmente normal (RAMÍREZ, M. et al., 2016)

As crianças afetadas por essa condição necessitam de um tratamento multidisciplinar. O enfoque no presente trabalho é o tratamento odontológico; mas os danos psicológicos nos indivíduos portadores da DE são consideráveis, por possuírem características diferentes das outras pessoas: como a ausência congênita de dentes decíduos, permanentes e germes dentários. Além da dificuldade de mastigação, há discordância estética e dificuldade na fala, o que leva a implicação de tratamento fonoaudiólogo. O tratamento odontológico satisfatório permite o restabelecimento da função mastigatória, fonética e estética, bem como uma

melhora na autoestima e no bem-estar social do paciente e o único tratamento efetivo desses pacientes é o tratamento odontológico (JAIN, N. et al., 2012).

## **2. PROPOSIÇÃO**

Considerando o efeito que a síndrome da displasia ectodérmica pode afetar a vida de uma pessoa, tanto em relação à estética, fala e mastigação, este trabalho tem como proposta, planejar e proporcionar tratamento para paciente com hipodontia devido à doença hereditária, visando melhorar sua qualidade de vida e sua satisfação pessoal.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS – RELATO DO CASO CLÍNICO

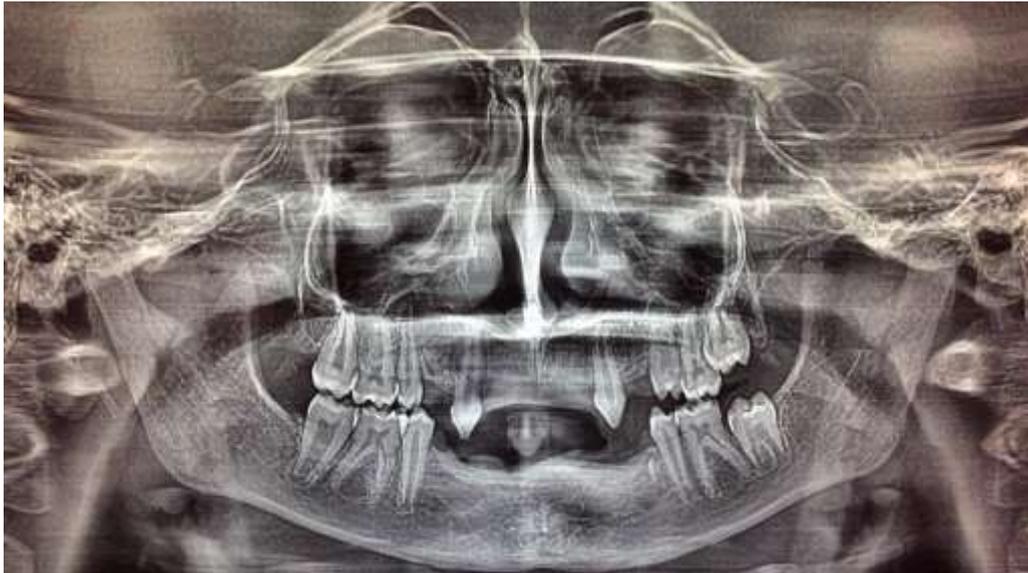
#### 3.1 SITUAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, foi encaminhado para a clínica odontológica da Universidade de Uberaba, em Uberaba, Minas Gerais. Referente à situação inicial, o paciente constava de: caninos superiores permanentes afunilados e coroa clínica pequena, com risogênese incompleta; os segundos pré-molares e primeiros molares permanentes inferiores e superiores, de ambos os lados, presentes, com coroa clínica pequena e ápices abertos. Há presença de segundos molares superiores e inferiores, lado direito erupcionados e lado esquerdo inclusos. Não há mais presença de outros dentes e germes dentários. O paciente estava utilizando mantenedores de espaço superiores e inferiores com expansores de maxila e mandíbula, respectivamente.



**Figura 1: Mantenedor de espaço superior e inferior**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**



**Figura 3: Radiografia Panorâmica**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**

A queixa principal apresentada pelo paciente era: "Me incomoda a forma e a cor dos meus caninos; e ter que passar "Corega" no meu aparelho de cima, porque "toda hora cai". Os mantenedores de espaço com expansores, que estavam sendo utilizados, foram confeccionados por uma cirurgiã dentista que acompanhava o paciente antes. Durante o exame extra oral, notou-se pele seca e com manchas; e sobrancelhas com poucos pelos, apesar de apresentar bastante cabelo no couro cabeludo.

De acordo com a anamnese, o paciente era o primeiro filho de pais não consanguíneos, pai saudável e mãe apresentando diagnóstico de displasia ectodérmica. Segundo relato, na família materna há indivíduos com displasia ectodérmica a partir da bisavó. Abaixo será citado o que foi realizado durante o tratamento.

### 3.2 CONFECÇÃO DE FACETAS DIRETAS

Para a confecção de facetas não foi possível a realização do isolamento absoluto; então, foi realizado um isolamento relativo com algodão e gaze. Fez-se o uso do ácido fosfórico 37%, por 30 segundos, depois houve enxágue por mais 30 segundos. Referente ao sistema adesivo (Scotch Bond) foram realizadas duas camadas de primer de modo ativo, uma camada de adesivo e depois o adesivo foi

polimerizado. Após isso, houve incrementos de resina A3 para uma melhor anatomia dos caninos. Por último, acabamento e polimento.



**Figura 5: Sistema adesivo convencional de 3 passos. Antes e depois das facetas diretas.**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**

### 3.3 MOLDAGEM DOS ARCOS

Foi realizada a moldagem total superior e inferior, maxila e mandíbula, respectivamente, com material de moldagem hidrocolóide irreversível: alginato “hydrogum - Zhermack”. Foram dadas instruções ao paciente para que durante os 4 minutos de presa, ele ficasse calmo e com respiração constante. Foram levadas à cavidade bucal as moldeiras totais de plástico número 5, ambas esterilizadas. Após a moldagem, vazou-se gesso Herostone rosa tipo IV “Coltene”, retirou-se os modelos prontos da moldeira após 1 hora; depois foram recortados os excessos de gesso.



**Figura 7: moldagem total interior e superior**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017**

### 3.4 MONTAGEM DOS MODELOS EM ARTICULADOR SEMI AJUSTÁVEL

Foi realizada a montagem do arco facial, para registrar a posição espacial da arcada superior do paciente em relação à base do crânio e do eixo de rotação condilar, para transferir ao articulador. Primeiro tirou-se o registro da oclusal dos dentes superiores: posteriores presentes e dos caninos com godiva – material de moldagem termoplástico - no garfo com 4 pontos, 2 posteriores e 2 anteriores. A oclusão é apanhada com a mordida em máxima na cera 7, assim estabelecendo a relação maxilo mandibular, para não ter interferências e contatos prematuros na adaptação da prótese no paciente. Na montagem no articulador (ART), o modelo superior foi adaptado no arco facial e fixado ao ART com gesso tipo II branco, e o modelo inferior foi adaptado de acordo com o registro de mordida na cera 7 ao superior e fixado no ART com gesso branco.



**Figura 8: Relação maxilomandibular e modelos montados em Articulador Semi Ajustável**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**

### 3.5 CONFECÇÃO DOS GRAMPOS ORTODÔNTICOS

A prótese foi planejada para obter retenção nos dentes posteriores presentes na cavidade bucal a partir de grampos ortodônticos; para os segundos pré-molares foram feitos grampos circunferenciais simples com fio de aço ortodôntico 0.8 e nos primeiros molares, grampos de Adams com fio 0.7, assim oferecendo retenção para que o paciente não necessite da utilização de “Corega” - que o incomodava.



**Figura 10: grampos ortodônticos vista axial e vista lateral.**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**

### 3.6 CONSTRUÇÃO DA BASE DE PROVA E PLANO DE CERA.

As bases de prova foram executadas com resina acrílica transparente, adaptadas nos modelos, para determinar a altura da sela acrílica que estará presente na vestibular do osso alveolar anterossuperior para estimular formação óssea e ajustar os roletes de cera 7 para determinar a inclinação dos dentes. Os dentes foram escolhidos de acordo com a cor e tamanho dos dentes naturais restaurados e com aprovação do paciente (A2 anterior e A3 posterior).



**Figura 11: bases de prova com roletes e dentes de estoque.**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017**

### 3.7 SELEÇÃO E MONTAGEM DOS DENTES, ENCERAMENTO, INSTALAÇÃO DOS EXPANSORES E ACRILIZAÇÃO DAS PRÓTESES

Após ajuste da base de prova, foi feito o enceramento da prótese com cera 7 e adaptados os expansores de mandíbula e maxila nas mesmas.

A prótese foi acrilizada em mufla e depois de pronta foi cortada com disco diamantado na linha mediana superior e inferior para a ativação dos expansores.



**Figura 12: Relação de oclusão no Articulador Semi Ajustável**  
Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.



**Figura 14: Enceramento e montagem de dentes e acrilização das próteses**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017**

### 3.8 AJUSTE OCLUSAL

Durante a instalação da prótese pediu-se para o paciente ocluir em relação máxima sob uma ficha de carbono fino para verificação de contato prematuro; não foram necessários ajustes no fechamento e abertura. Posteriormente, o paciente fez lateralidade e protrusão, onde houve interferência oclusal e foram feitos os devidos ajustes.



**Figura 16: Instalação da prótese.**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**

### 3.9 ORIENTAÇÃO DE USO E HIGIENIZAÇÃO

Foi indicado uso diário da prótese, com higienização bucal e da prótese utilizando escova dental e dentifrício após cada refeição e antes de dormir; mas ao dormir retirá-la para descanso da mucosa e deixar a mesma imersa em “Corega TABS” - que é um limpador de prótese antibacteriano.



**Figura 17: Fotografia final após instalação da prótese. Satisfação e auto estima do paciente**

**Fonte: arquivo pessoal dos autores, 2017.**

#### 4. DISCUSSÃO

Segundo Corrêa et al., 1997 e Oliveira et al., 2000, a forma mais frequente é a Síndrome Displasia Ectodérmica Hipohidrótica e sua freqüência estimada na população é de 1:100.000 nascimentos, tendo uma prevalência maior em homens do que em mulheres, já que o distúrbio possui na sua maioria caráter recessivo ligado ao sexo (cromossomo X).

A displasia Ectodérmica é uma doença hereditária que apresenta alterações em estruturas originárias do ectoderma (pelos, glândulas, dentes, pele), predominante no sexo masculino. O cirurgião dentista deve estar preparado para receber e diagnosticar um paciente com displasia ectodérmica; assim capaz de encaminhar e tratar o paciente.

A odontologia é a ciência que estuda e trata o sistema estomatognático; o profissional se dedica ao cuidado e tratamento da face, dentes, boca e ossos, músculos e pescoço a fim de proporcionar bem-estar e saúde para a comunidade. Foi feito um trabalho multidisciplinar neste relato de caso: várias especialidades odontológicas foram trabalhadas - incluindo odontopediatria, ortodontia, prótese dentística - associado às especialidades médicas otorrinolaringologistas e dermatologistas; além de acompanhamento por fonoaudiólogo; etapas unidas durante o tratamento, a fim de proporcionar um resultado de excelência. Não foi necessário tratamento psicológico, embora na maioria dos casos de DE seja solicitado.

O paciente procurou tratamento já com o diagnóstico médico da síndrome Displasia Ectodérmica. Não houve a necessidade de pedir exames pelas características patognomônicas que o mesmo apresentava, tais como hipotricose (cabelos, sobrancelhas, cílios e pêlos escassos), hipohidrose (escassez de fluídos: lágrimas, saliva, suor), hipodontia ou anodontia, mas em caso de dúvida, o paciente deveria ser submetido a uma biópsia em uma região de glândulas salivares ou sudoríparas, onde no histológico estaria com alterações nas glândulas mucosas e

sebáceas e diminuição ou mesmo ausência de glândulas sudoríparas, comumente associadas à hipertermias recorrentes e incapacidade de suportar altas temperaturas. (Corrêa et al., 1997; Oliveira et al., 2000).

Alguns relatos de casos apresentaram reabilitação oral de paciente com o uso de mini implantes para promover maior retenção da prótese. A opção no presente relato foi por não utilizar a alternativa supracitada, já que o paciente tem dentes suficientes para promover retenção com grampos ortodônticos; e com o crescimento ativo da mandíbula e maxila do paciente, os grampos adaptam-se melhor aos dentes durante o acionamento dos expansores; e de maneira menos invasiva, já que o desejo para o futuro do paciente seja colocar implantes unitários. Porém, em vários pacientes com DE são necessárias algumas alternativas de reabilitação. Os implantes dentários, frequentemente usados para ancoragem ortodôntica e pilares de prótese, - têm sido utilizados para aumentar o suporte ou retenção de próteses definitivas - foram sugeridos como implantes convencionais com dimensões menores. Os pacientes tratados com mini-implantes como pilares dentários demonstraram maior satisfação com a reabilitação do que aqueles tratados com próteses convencionais (MELLO, B. et al., 2015).

Segundo Corrêa et al., 1997, bem como neste relato de caso, ficou estabelecido que o paciente deve submeter-se a uma avaliação contínua, pois seus dentes que foram restaurados e os pilares dos grampos estão com ápice aberto - em fase de erupção. Um controle periódico do desenvolvimento ósseo e dental do paciente é necessário para evitar alterações na direção de erupção dos dentes encobertos por restaurações além de ajuste nos grampos ortodônticos nos dentes posteriores.

## 5. CONCLUSÃO

De acordo com a literatura consultada e com o relato de caso clínico apresentado, conclui-se que:

1. O tratamento reabilitador melhorou significativamente a qualidade de vida e satisfação da criança.
2. O paciente deve ser acompanhado e controlado semestralmente pela equipe de ortodontia da policlínica Getúlio Vargas UNIUBE, para avaliação das estruturas ósseas e dentes, realizando a ativação dos expansores e grampos, bem como as restaurações para melhor função e estética;
3. Posteriormente deve ser realizada a instalação de implantes osseointegrados como tratamento reabilitador definitivo, melhorando ainda mais as condições bucais do mesmo.

## REFERÊNCIAS

CASTILHOS RUSCHEL, Henrique; RODRIGUES LEOPOLDO, Cristiane; FRANCO DA CRUZ, Fernanda; MEDEIROS FARACO JUNIOR, Ítalo. Displasia ectodérmica de baixa expressividade - relato de caso. **RFO**. Brasil, v. 13, n. 3, p. 66-72, set/dez 2008.

JAIN, Neha; NAITAM, DinesH; WADKAR, ArtI; NEMANE, Anuradha; KATOCH, Shiva; DEWANGAN, Ashish. Prosthodontic Rehabilitation of Hereditary Ectodermal Dysplasia in an 11-Year-Old Patient with Flexible Denture: A Case Report. **Journal Case Reports in Dentistry**. India, v. 2012, Dec. 2012.

JAIN, Parul; KAUL, Rahul; SAHA, Subrata; SARKAR, Subir. Tricho-dento-osseous syndrome and precocious eruption. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**. Spanish, P. 494 – 497, Mar. 2017.

MELLO, Bianca; SILVA, Thiago; RIOS, Daniela; MACHADO, Maria Aparecida; PINELLI VALARELLI, Fabrício; OLIVEIRA, Thais. Mini-implants: Alternative for Oral Rehabilitation of a Child with Ectodermal Dysplasia. **Journal Braz. Dent**. Brazil, vol.26 no.1. Jan. /Feb. 2015.

MUES, Gabriele; BONDS, John; XIANG, Lilin; R. VIEIRA, Alexandre; SEYMEN, Figen; KLEIN, Ophir; N. D'SOUZA, Rena. The WNT10A gene in Ectodermal Dysplasias and Selective Tooth Agenesis. **Am J Med Genet A**. Dallas, 10.1002/ajmg.a.36520, Oct. 2014.

RAMÍREZ, Mayra; JAIMES, Leidy; F. PIERUCCINI, Jose; J. RODRÍGUEZ, Martha. Ectodermal dysplasia: A case report. **Rev. Estomatol. Herediana**. Colômbia, vol.26 no. 3, jul. 2016.

SANTOS FERREIRA, Cristiane; FERREIRA, Rúbia; M. F. FERNANDES, Maria Luíza; M. G. R. BRANCO, Kelly; RESENDE ARANTES, Rodrigo; LIMA LEÃO,

Letícia. Displasia Ectodérmica: relato de caso. **Arquivos em odontologia**. Brasil, vol.48 no.1, jan. /mar. 2012.

CORRÊA, M.S.N.P.; ULSON, R.C.B.; RODRIGUES, C.R.;AZEVEDO, A.M. Displasia ectodérmica hereditária: revista da literatura com relato de caso clínico. **Rev Paul Odontol**, 1997; 19(1):30-4.

OLIVEIRA E.S.; SAMPAIO E.; MAIA L.C.; VALENÇA A.M.G. Displasia ectodérmica hereditária anidrótica - relato de um caso raro. **J Bras Odontoped Odontol Bebê** 2000; 3(15): 374-80

## ANEXO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Uberaba, 19 de Junho de 2017.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do trabalho: Displasia Ectodérmica: Relato de Caso

Responsável pelo Projeto:

**Nome:** *Luís Henrique Borges*

Conselho Regional nº: 17318-MG

Telefone para contato: 34-99978-0017

Endereço: Rua Jaime Bilharinho nº 335

Projeto: Displasia Ectodérmica –Relato de Caso

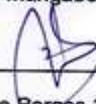
Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa na Universidade. O objetivo deste projeto será a realização de um tratamento odontológico para paciente com Displasia Ectodérmica.

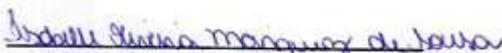
Os dados de seu filho serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua jamais aparecerá.

Pela participação de seu filho no estudo, você não receberá nenhum pagamento. Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para o paciente ou para seu tratamento/atendimento. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem o tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado.

Você receberá uma cópia desse termo, assinado pela equipe, onde constam os nomes e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira ou precise entrar em contato com eles.

  
\_\_\_\_\_  
João Martins Mangabeira

  
\_\_\_\_\_  
Luís Henrique Borges-34-99978-0017

  
\_\_\_\_\_  
Isabelle Oliveira Marquez

  
\_\_\_\_\_  
Stefania França Reis

## Termo de AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu *João Martins Leal*  
 RG *777 0591*

CPF *724 056 356-15*  
 responsável pelo menor *João Gabriel*

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Isabelle Oliveira Marquez e Stefania França Reis, sob orientação do Professor Luís Henrique Borges a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, Lei Nº 8.069/1990).

*João Martins*  
 João Martins Mangabeira

*Luís Henrique Borges*  
 Luís Henrique Borges