

# Cárie de Estabelecimento Precoce em Paciente Portador de Nanismo Hipofisário: Relato de Caso

## *Early Childhood Caries in a Patient With Hypopituitary Dwarfism: Case Report*

Luciana Pomarico\*  
 Patrícia C. de Albuquerque Mendes\*\*  
 Laura Guimarães Primo\*\*\*  
 Fábio Claudino Heil\*\*\*\*

Pomarico L, Mendes PC de A, Primo LG, Heil FC. Cárie de estabelecimento precoce em paciente portador de nanismo hipofisário: relato de caso. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(33):366-70.

O nanismo hipofisário é uma síndrome que se caracteriza por baixa estatura em decorrência de uma deficiência do hormônio do crescimento. Este artigo relata um caso de cárie de estabelecimento precoce em paciente portador desta síndrome, ressaltando a importância da interação médico-odontológica a fim de viabilizar um atendimento adequado e o bem-estar do paciente como um todo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Glândulas endócrinas; Nanismo hipofisário; Erupção dentária; Cárie dentária.

Atualmente, a Odontologia encontra-se principalmente voltada para a prevenção, que certamente é o modo mais aceitável de assegurar a saúde bucal (Weddell *et al.*, 2001). Esta filosofia é particularmente

importante em se tratando de crianças com comprometimento sistêmico, devido à necessidade de vários cuidados em função da sua condição (Roberts, Roberts, 1979). Desta forma, muitas vezes o estado de saúde bucal é mais grave nos indivíduos portadores de alguma doença sistêmica (Dens *et al.*, 1995; Hede, 1995; Franco *et al.*, 1996; Souza *et al.*, 1996). Esta gravidade pode ser atribuída, muitas vezes, à falta de interação médico-odontológica, resultante de tratamentos individualizados em cada área, deixando de dar atenção ao paciente como um todo (Castro *et al.*, 2001), principalmente àqueles que fazem uso de medicamentos açucarados ou necessitam de dieta hipercalórica.

O nanismo hipofisário (nanismo hipopituitário, hipopituitarismo ou anão pituitário) resulta de uma deficiência do hormônio do crescimento (Setian, 1992), devido a uma hipofunção da glân-

dula pituitária ou hipófise, situada na sela túrcica e responsável pela secreção de diversos hormônios. Ela possui dois lobos, anterior e posterior, sendo o primeiro o responsável pela secreção do hormônio do crescimento (Elfebaum, 1967). A deficiência na secreção deste hormônio ocasiona uma desaceleração acentuada do crescimento dos ossos e tecidos moles do corpo (Elfebaum, 1967; McDonald, Avery, 2001). Esta deficiência pode ser total ou parcial, podendo ainda ocorrer sob a forma isolada ou associada à deficiência de outras trofinas hipofisárias, como o hormônio estimulador da tireóide (TSH) e o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) (Setian, 1992).

Segundo Setian (1992), a incidência desta anomalia é de 1:100.000 na Noruega. No Brasil, esta condição é considerada rara, apesar de não existirem dados estatísticos. A frequência do na-

Flamengo – CEP 22210-030, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: lupomarico@superig.com.br

\*\*Mestranda em Odontopediatria – FO/UFRJ

\*\*\* Professora Adjunta da Disciplina de Odontopediatria – FO/UFRJ, Doutora em Odontopediatria – FO/USP

\*\*\*\* Especialista em Odontopediatria – FO/UFRJ

## INTRODUÇÃO

nismo hipofisário é três vezes maior nos meninos do que relação nas meninas.

O anão pituitário é um indivíduo bem-proporcionado, porém, lembra uma criança de muito menos idade, e algum grau de incapacidade cognitiva pode ocorrer com frequência (McDonald, Avery, 2001). Outros autores afirmam que a inteligência destes indivíduos não é afetada (Elfebaum, 1967; Setian, 1992). Esta síndrome é caracterizada pelo crânio e face arredondados, fronte proeminente, nariz pequeno com raiz em cela, exoftalmia, pescoço curto, laringe pequena com voz fina, mãos e pés pequenos, cabelos finos, acúmulo de gordura no tronco e criptorquidia (Setian, 1992). Em alguns casos, há queda de pêlos e do metabolismo basal nas crianças, emagrecimento e hipersensibilidade à insulina, favorecendo o envelhecimento precoce (Fourniol Filho, 1998).

Quanto aos achados bucais, são características a mandíbula pequena (Elfebaum, 1967; Kosowicz, Rzymiski, 1977; Sarnat *et al.*, 1988; Setian, 1992), a hipomineralização dos tecidos dentários (Postlethwaite, Roberts, 1989), a erupção retardada da dentição (Elfebaum, 1967; Cohen, 1975; Kosowicz, Rzymiski, 1977; Tracey, Roberts, 1985; McDonald, Avery, 2001), a ausência de reabsorção radicular dos dentes decíduos (Kosowicz, Rzymiski, 1977), a hipoplasia de esmalte (Ditto, Fast, 1968), o encurtamento das raízes (Elfebaum, 1967; Tracey, Roberts, 1985), o aumento de volume da câmara pulpar e o espessamento do forame apical (Elfebaum, 1967). O tamanho da coroa dos dentes pode (Tracey, Roberts, 1985), ou não, ser afetado (Elfebaum, 1967; McDonald, Avery, 2001). Nos casos graves, os dentes decíduos não são reabsorvidos e podem ficar retidos pelo resto da vida. Os dentes permanentes continuam a se desenvolver, porém não há erupção. A extração dos dentes decíduos é contra-indicada, pois a erupção dos permanentes é incerta (McDonald, Avery, 2001).

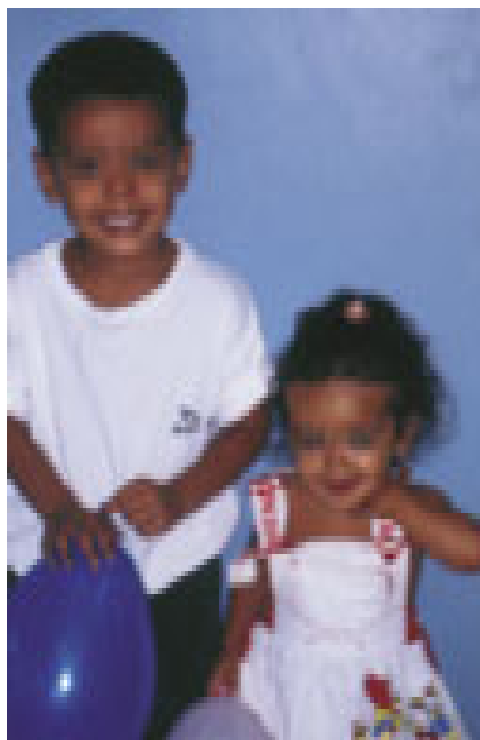
O objetivo deste artigo é relatar um caso de cárie de estabelecimento precoce em um paciente portador de nanismo hipofisário, dando ênfase à interação médico-odontológica.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 5 anos de idade, melanoderma, portadora de nanismo hipofisário diagnosticado nesta época e apresentando 70cm de altura (Figura 1) compareceu à clínica de Odontopediatria de uma instituição pública de ensino superior, acompanhada de encaminhamento do ambulatório de Pediatria da mesma instituição, com queixa principal do "péssimo estado de conservação de seus dentes". Através do prontuário médico, verificou-se que a paciente nasceu a termo, de parto normal,

pesando 3.150g e medindo 49cm. Estavam descritos também episódios de bronquiolite, pneumonia e infecção urinária de repetição, hipoglicemia, problemas gástricos, hepatomegalia, convulsões, crises de ausência, icterícia e anemia. Na ocasião ela fazia uso de hormônio do crescimento, hormônio tireoidiano e corticosteróide. Ainda no prontuário, foi verificada história de baixa estatura na família (avó paterna) e dieta rica em carboidratos e açúcares, com alimentação a cada 3 horas prescrita pelo Pediatra devido à sua hipoglicemia. Havia também relato de dor à mastigação.

Ao exame clínico extrabucal, foi verificado que a paciente apresentava fronte proeminente, achatamento da base do nariz e hipertelorismo (Figura 2). No exame clínico intrabucal verificou-se higiene bucal inadequada, com gengivite generalizada e a



**FIGURA 1:** Aspecto físico da paciente aos 5 anos de idade, medindo 70 centímetros de altura, ao lado do irmão saudável de 3 anos de idade.

presença de todos os elementos decíduos erupcionados, os quais apresentavam lesões cariosas, com exceção dos incisivos centrais inferiores decíduos (Figuras 3, 4 e 5), caracterizando um quadro de cárie de estabelecimento precoce. Após as radiografias, foi realizado o plano de tratamento, que consistiu em adequação do meio bucal com cimento de ionômero de vidro, para posterior realização de restaurações definitivas. Após o processo cariioso controlado e a constatação da saúde gengival, com o estabelecimento de uma boa higiene bucal por parte da responsável, que se encontrava motivada juntamente com a criança, com o relato da

satisfação da criança em comer alimentos sólidos, realizaram-se as restaurações. A paciente, hoje com 7 anos de idade, apresenta os elementos 31 e 41 em erupção, após a exfoliação do 71 e 81, e encontra-se em acompanhamento com consultas periódicas para prevenção.

### DISCUSSÃO

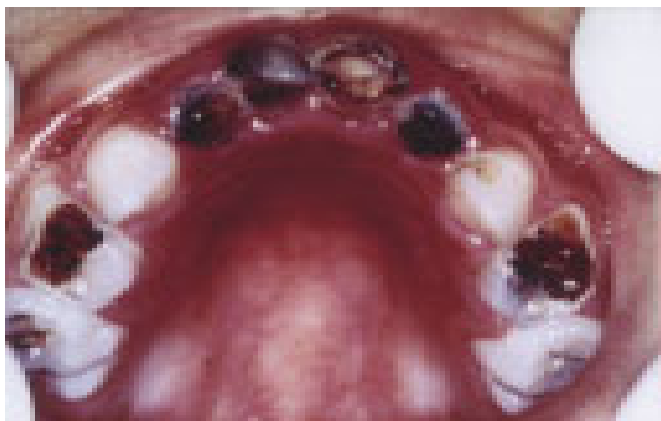
Geralmente, os responsáveis por crianças portadoras de necessidades especiais apresentam ansiedade em relação à sua condição sistêmica,



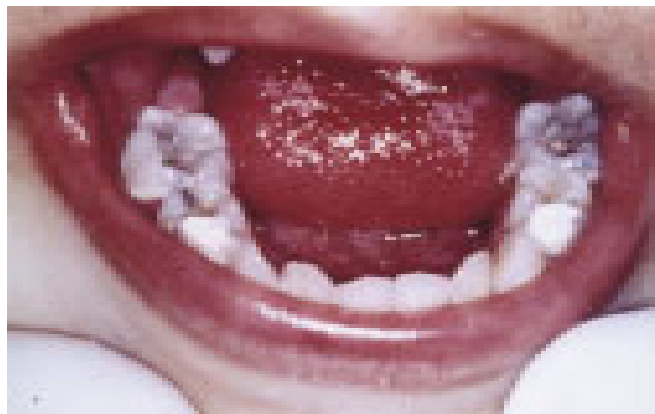
**FIGURA 2:** Vista extrabucal evidenciando frente proeminente, achatamento da base do nariz e hipertelorismo.



**FIGURA 3:** Vista intrabucal frontal.



**FIGURA 4:** Vista intrabucal do arco superior.



**FIGURA 5:** Vista intrabucal do arco inferior.

lógico e até ocorrer uma significativa progressão da doença bucal (Weddell *et al.*, 2001). De acordo com Hallett *et al.* (1992), a precária saúde bucal destes pacientes sistemicamente comprometidos é resultado da negligência com a higiene, que muitas vezes é relegada a segundo plano por parte dos responsáveis em função da condição da criança, e da ingestão constante de medicamentos açucarados. Este quadro pôde ser observado no presente relato, no qual apresenta-se o caso de uma paciente com comprometimento sistêmico, fazendo uso de vários medicamentos, com dieta hipercalórica de alta freqüência e higiene bucal inadequada. Destaca-se, ainda, que no prontuário médico, já aos três anos e meio de idade, havia o registro do precário estado de saúde bucal da criança, assim como uma referência da indicação para tratamento odontológico. Provavelmente, faltou um pouco mais de incentivo por parte dos profissionais da área médica no sentido de motivar a família em relação aos cuidados bucais, tão importantes para o não-agravamento da condição da paciente. Pois, a mãe e a criança, após iniciar o tratamento odontológico, encontraram-se motivadas para a realização da higiene bucal. Lannes, Vilhena-Moraes (1995) ressaltam a importância da interação com a família, que também é considerada especial. Salientam que a higiene bucal destes pacientes é bastante precária devido a uma série de fatores, incluindo dieta pastosa e rica em carboidratos.

Castro *et al.* (2001) verificaram, em estudo com Médicos de um ambulatório de AIDS pediátrica, que 75% deles acreditavam que o uso freqüente de medicamentos açucarados aumentava o risco de cárie precoce em crianças infectadas pelo HIV. Porém, 100% indicavam a ingestão de medicamentos associados com líquidos açucarados e apenas 25% orientavam a higienização após o uso do medicamento, apesar de todos acharem que o Médico tem responsabilidade na prevenção da cárie.

Segundo Elfebaum (1967), os Cirurgiões-dentistas devem reconhecer precocemente, através de radiografias, os sinais do nanismo hipofisário e, desta forma, alertar aos pais, pois as características clínicas só começam a se desenvolver por volta dos 8 anos de idade. Mais recentemente, outros autores afirmaram que, geralmente, esses pacientes têm peso e altura normais ao nascimento (Tracey, Roberts, 1985; Setian, 1992) e velocidade de crescimento diminuída já no segundo ano de vida. O diagnóstico no período neonatal é realizado quando há malformação na área hipotálamo-hipofisária, acompanhada de insuficiência respiratória e convulsões por hipoglicemia (Setian, 1992). No caso descrito, o diagnóstico somente foi realizado aos 5 anos de idade; no entanto, desde os 7 meses já tinha sido notada a baixa estatura da criança, apesar de esta ter nascido com peso e altura normais. Ressalta-se, ainda, a história de baixa estatura, na família, pois, segundo Setian (1992), a baixa estatura constitucional ou familiar é um diagnóstico diferencial para o nanismo hipofisário. Outros diagnósticos diferenciais são os de pacientes portadores de hipotireoidismo congênito (cretinismo), o hipoparatiroidismo, a disostose cleido-cranial, a displasia ectodérmica, o nanismo decorrente da subnutrição (Elfebaum, 1967), a deficiência estatural intra-uterina, a síndrome de Laron, a síndrome de Turner e a privação psicossocial (Setian, 1992).

A proposta para realização dos procedimentos restauradores visou ao aproveitamento de todos os elementos das arcadas, sem a realização de exodontias dos dentes decíduos, já que, segundo McDonald, Avery (2001), não se pode garantir a erupção dos dentes permanentes correspondentes. No entanto, Ditto, Fast (1968) não verificaram atraso de erupção dos dentes em seu relato o mesmo ocorrendo no presente caso, já que os

elementos 31 e 41 se encontravam em erupção e sem apresentar alteração em sua estrutura, corroborando Cohen (1975), que cita que o tamanho dos dentes permanentes não é afetado.

Além de todos os problemas médicos já envolvidos, destaca-se a dificuldade apresentada durante o tratamento odontológico no que diz respeito à abertura de boca, devido ao tamanho da cavidade bucal da criança em decorrência de sua síndrome.

A complexidade dos problemas apresentados por uma criança com hipofunção da glândula pituitária (hipopituitarismo) requer que várias especialidades da área de saúde cooperem com seus conhecimentos nas práticas necessárias para assegurar um tratamento abrangente que vise ao seu completo bem-estar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desconhecimento da etiologia da doença cárie por parte dos Pediatras e da população em geral é um dos fatores responsáveis pelo surgimento e agravamento de problemas na cavidade bucal de pacientes infantis, principalmente naqueles com comprometimento sistêmico. Desta forma, o Odontopediatra deve fazer parte das equipes médicas, para prevenir o aparecimento e a evolução destes problemas. Portanto, faz-se necessário haver uma inter-relação entre o Pediatra e o Odontopediatra para que os conceitos em promoção de saúde sejam divulgados, visando ao bem-estar do paciente como um todo.

Pomarico L, Mendes PC de A, Primo LG, Heil FC. Early childhood caries in a patient with hypopituitary dwarfism: case report. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(33):366-70.

Hypopituitary dwarfism is a syndrome present in small stature individuals and can have early childhood caries as a patient having this syndrome, emphasizing the importance of medical-dental interaction as a way of providing adequate treatment and the patient's well-being.

**KEYWORDS:** Endocrine glands; Dwarfism, pituitary; Tooth eruption; Dental caries.

## REFERÊNCIAS

- Castro GF, Castro RAL, Souza IPR. Paciente pediátrico com doença sistêmica: considerações sobre a importância do atendimento primário ao paciente especial. *Rev Centro de Estudos – FO/UERJ* 2001; 7(2):42-6.
- Cohen MM. Congenital genetic and endocrinologic influences on dental occlusion. *Dent Clin North Am* 1975; 19(3):499-514.
- Ditto RR, Fast T. Enamel hypoplasia present in a hypopituitary dwarf. *J Indianap Dist Dent Soc* 1968; 22(8):28-9.
- Dens F, Boute P, Otten J, Vinckier E, Declercq D. Dental caries, gingival health, and oral hygiene of long term survivors of pediatric malignant diseases. *Arch Dis Child* 1995; 72(2):129-32.
- Elfebaum A. Clinical conference – oral manifestations of dwarfism. *Dental Digest* 1967; 73(4):178-80.
- Franco EF, San A, Góes P, Rodrigues J, S, Fajardos F. Do Pacientes especiais na odontologia. São Paulo: Santos; 1999. Cap 2, p. 27-33.
- microflora and salivary IgA of children with severe congenital cardiac disease: an epidemiological and oral microbial survey. *Pediatr Dent* 1996; 18(3):228-35.
- Hallett KB, Radford DJ, Seow WK. Oral health of children with congenital cardiac disease: a controlled study. *Pediatr Dent* 1992; 14(4):224-30.
- Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23(1):44-8.
- Kosowicz J, Rzymiski K. Abnormalities of tooth development in pituitary dwarfism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1977; 44(6):853-63.
- McDonald RE, Avery DR. Erupção dos dentes: fatores locais, sistêmicos e congênicos que influenciam o processo. In: \_\_\_\_\_. *Odontopediatria*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.129-50.
- Postlethwaite KM, Roberts GJ. A morphometric and quantitative microradiographic study of dental tissues in the hypopituitary dwarf mouse. *Arch Oral Biol* 1989; 34(7):563-70.
- Roberts IF, Roberts GJ. Relation between medicines sweetened with sucrose and

dental caries. Br Med J 1979; 2:14-6.

Sarnat H, Kaplan I, Pertzlan A, Laron Z. Comparison of dental findings in patients with isolated growth hormone deficiency treated with human growth hormone (hGH) and in untreated patients with Laron-type dwarfism. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1988; 66(5):581-6.

Setian N. Patologias das glândulas endócrinas. In: Marcondes E. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 1992. p.1271-302.

Souza IPR, Teles GS, Castro GF, Primo LG, Vianna RBC, Peres M. Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. Rev Bras Odontol 1996; 53(1):49-51.

Tracey C, Roberts GJ. A radiographic study of dental development in the hypopituitary dwarf mouse. Arch Oral Biol 1985; 30(11/12):805-11.

Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE. Problemas dentários da criança deficiente. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 413-35.

Enviado para reformulação em:06/12/2002

Aceito para publicação em:05/06/2003

Recebido para publicação em:04/10/2002