

## Promoção de saúde bucal em paciente com Síndrome de Sotos – relato de caso e orientações

Cláudia Maria de Souza **PERUCHI**<sup>1</sup>, Bárbara Feitosa **FERRER**<sup>2</sup>, Andréia de Aquino **MARSIGLIO**<sup>1</sup>, Rafaela Sabino e **ANDRADE**<sup>1</sup>, Lais David **AMARAL**<sup>1</sup>, Daniele Machado da **SILVEIRA-PEDROSA**<sup>1</sup>, Alexandre Franco **MIRANDA**<sup>1</sup>

### Resumo

A síndrome de Sotos é uma condição genética rara caracterizada por um crescimento físico acelerado, o qual se inicia no período intrauterino e estende-se através dos primeiros anos de vida. É chamada também de gigantismo cerebral, devido ao tamanho aumentado do crânio e a sua forma alterada. Geralmente observa-se nestes indivíduos uma deficiência no desenvolvimento intelectual, motor e social. O objetivo do presente trabalho foi o de relatar as características e a atuação odontológica de um paciente com síndrome de Sotos atendido na Clínica de Odontologia de Pacientes Especiais (COPE) do Curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB) visando ressaltar a importância da promoção da saúde bucal para esses pacientes bem como evidenciar as características da síndrome e os aspectos de maior interesse odontológico. Os pacientes com esta síndrome não necessitam de cuidados odontológicos diferenciados para que haja sucesso no tratamento, mas a promoção de saúde bucal é importante para minimizar problemas dentários. Conclui-se, no específico relato de caso, que as condutas preventivas e a promoção em saúde bucal contribuiriam para a qualidade de vida do paciente e não diferiram do atendimento de pacientes sem a referida síndrome. Importante ainda ressaltar a importância do papel exercido pelos familiares e cuidadores no sucesso do controle da atividade de cárie, bem como nos cuidados de higiene e restrição de dieta cariogênica, que diferenciou esse tratamento dos outros descritos na literatura.

**Palavras-chave:** Síndrome de Sotos. Gigantismo Cerebral. Retardo Mental. Saúde bucal. Pacientes Especiais. Educação em Odontologia.

<sup>1</sup>Professor(a) do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB) – Clínica de Odontologia para Pacientes Especiais (COPE).

<sup>2</sup>Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Católica de Brasília (UCB).

**Submetido:** 16/05/2018 - **Aceito:** 23/05/2018

**Como citar este artigo:** Peruchi CMS et al. Promoção de saúde bucal em paciente com Síndrome de Sotos – relato de caso e orientações. R Odontol Planal Cent. 2018 Jul-Dez;8(2):3-9.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

**Autor para Correspondência:** Cláudia Maria de Souza Peruchi  
Endereço: Universidade Católica de Brasília (UCB) – Curso de Odontologia/Clínica de Odontologia para Pacientes Especiais (COPE) – Campus I – Bloco S – QSS 07 Lote 01 EPCT - Brasília-DF, Brasil  
CEP: 71966-700  
Telefones: + 55 (61) 3356-9606  
email: cperuchi@hotmail.com

Categoria: Caso Clínico  
Área: Odontologia para Pacientes Especiais

### Introdução

A síndrome de Sotos, também chamada de gigantismo cerebral, é uma condição genética rara descrita inicialmente em 1964. É uma das síndromes de malformações congênitas mais complexas e

faz parte do grupo das síndromes associadas a macrosomias<sup>1,2</sup>.

Sua etiologia ainda é pouco conhecida, porém deve-se considerar o risco de transmissão pelo fato de alguns casos estarem associados a padrões de herança autossômica dominante, que acomete mais comumente o sexo masculino<sup>3</sup>. Sua prevalência é de 1-9/100.000.

É caracterizada pelo crescimento físico excessivo nos quatro primeiros anos de vida. Esse desenvolvimento físico acelerado inicia-se na vida intrauterina. Ao nascimento o bebê tem, em média, 55,2 cm e 3.900 g, ressaltando que a estatura aumenta mais que o peso, principalmente durante a infância e início da puberdade<sup>2,4</sup>.

A taxa de crescimento diminui, prosseguindo em ritmo aproximadamente normal quando o indivíduo atinge o pico de crescimento pubertário, visto que os adultos portadores da Síndrome de Sotos estão dentro dos parâmetros normais de altura, sendo que a maioria dos pacientes não

necessita de tratamento hormonal para limitar o tamanho adulto final, em especial as meninas<sup>1,3</sup>.

Os indivíduos portadores dessa síndrome apresentam determinadas características, tais como mãos e pés grandes, unhas quebradiças e finas, deficiência intelectual, maturidade óssea avançada, alteração na coordenação motora, cardiopatia congênita, cifoescoliose e alterações eletroencefalográficas<sup>3,5</sup>.

Nos casos de alterações cardíacas congênitas, que podem estar presentes na maioria dos casos de portadores da Síndrome de Sotos, é necessária a realização da profilaxia antibiótica antes de qualquer intervenção odontológica invasiva<sup>4</sup>.

O mais importante para o diagnóstico desta síndrome é a exclusão de outras com características semelhantes, tais como a síndrome do X-Frágil, síndrome de Weaver, síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba e síndrome de Klinefelter (XXY) que geralmente acometem o sexo masculino e estão também associadas ao crescimento acelerado na infância e comportamento agressivo<sup>1,2,4</sup>.

Dentre as características craniofaciais dessa síndrome podemos destacar a macrocrania, prognatismo mandibular, a fronte proeminente com dolicocefalia, fissuras palpebrais oblíquas direcionadas para baixo, palato alto e estreito, hipertelorismo ocular e erupção dentária precoce<sup>6</sup>.

As alterações bucais mais comuns nesses pacientes são a doença cárie e a doença periodontal. Essas doenças seriam mais prevalentes pelo fato da precariedade da higiene bucal, devido à dificuldade de coordenação motora, associada ao consumo de alimentos cariogênicos<sup>3,5,7,8</sup>.

A realização de radiografias de mão e punho na criança portadora da Síndrome de Sotos estaria indicada para a determinação de sua maturação óssea, pois no caso dessa síndrome há avanço de 2 a 3 anos na idade óssea nesses indivíduos<sup>3,5</sup>.

As informações e discussões sobre esta síndrome são importantes por fornecer informações científicas aos profissionais da área da Odontologia para que estes se tornem mais familiarizados com a doença. Quanto mais o cirurgião-dentista conhecer as características clínicas e as possíveis implicações desta síndrome, menores serão as

dificuldades para que esse atendimento seja bem-sucedido e de alta qualidade, uma vez que esta doença é de baixa prevalência.

O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico em que as medidas de orientações e promoção de saúde bucal foram dadas a um paciente do gênero masculino, portador da síndrome de Sotos, atendido na Clínica de Odontologia para Pacientes Especiais (COPE) da Universidade Católica de Brasília (UCB) – Distrito Federal.

## Relato do caso

Paciente H.W., sexo masculino, leucoderma, 16 anos, portador da Síndrome de Sotos, compareceu à Clínica de Odontologia para Pacientes Especiais (COPE) do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB) acompanhado de sua mãe a procura de tratamento odontológico.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) da UCB foi assinado pela responsável legal autorizando a utilização das imagens clínicas e do paciente, respeitando todas as exigências éticas e legais.

Foi realizado o questionário inicial à mãe para obtenção das informações pré e pós-natais do paciente. A mãe não soube informar o peso e a estatura do paciente ao nascimento, relatando esquecimento desses dados, mas informou que, desde o período pré-natal tomou ciência do fato de que seu filho nasceria com algum tipo de problema congênito podendo este ser uma síndrome, pois nos exames pré-natais o médico já havia detectado as alterações iniciais de uma síndrome, tais como estatura e peso alterados.

Foi relatado que o paciente teve o diagnóstico conclusivo da Síndrome de Sotos apenas aos 3 anos de idade, quando sua estatura estava bem acima das crianças de mesma idade. Desde então o mesmo teve acompanhamento médico com relação ao crescimento e peso até o início da puberdade.

A mãe relatou que o paciente não apresentava problemas cardíacos congênitos, alterações eletroencefalográficas, mas possuía uma ligeira deficiência intelectual e dificuldade de aprendizagem, além da dificuldade motora e de coordenação, própria da síndrome.

O paciente não fazia uso de medicamentos controlados e apresentava comportamento colaborador, apresentando hostilidade apenas quando provocado por alteração de voz ou sons muito altos.

Pôde-se observar, nas imagens abaixo, presença da proeminência da região frontal e dolicocefalia (FIGURA 1), mãos e pés grandes (FIGURAS 2A e 2B), grande curvatura corporal com presença de cifoescoliose (FIGURA 3), e prognatismo mandibular (FIGURA 4). Segundo o relato da mãe, o paciente apresentava um limiar de dor alto, ou até mesmo não conseguia expressar-se bem quando estivesse sentindo dor.



FIGURA 1 - Visão frontal do paciente mostrando o crescimento da face em padrão dolicocefálico.



FIGURA 2A e 2B – Visão das mãos e pés de tamanho aumentado para a idade.



FIGURA 3 - Visão lateral onde pode ser observada a cifoescoliose do paciente.

A mãe procurava atendimento odontológico há tempos para o paciente, mas quando os profissionais tomavam conhecimento da síndrome, negavam o atendimento por falta de informação sobre a doença.

O atendimento odontológico iniciou-se com a anamnese detalhada e os exames clínicos e radiográficos iniciais.

Durante a consulta, a mãe relatou que o filho tem muita dificuldade para realizar a higienização bucal. Neste sentido o foco inicial do tratamento odontológico foi baseado na adoção de medidas voltadas para a instrução e motivação de higiene bucal tanto para o

paciente quanto para sua responsável legal.

O paciente foi classificado como de baixo risco à cárie, bem como baixa atividade de cárie e/ou doença periodontal.

Na avaliação clínica intrabucal foi identificada somente uma lesão de cárie cavitada no incisivo central superior direito e algumas lesões de mancha branca ativa em outros elementos dentários, além de inflamação gengival localizada em áreas de acúmulos de placa. Foi observado ainda palato ogival e atrésico, além de acentuado apinhamento dos dentes inferiores anteriores e molares superiores (FIGURAS 5A e 5B).



FIGURA 4 – Visão frontal em oclusão - Classe III devido à proeminência do crescimento mandibular da síndrome.



FIGURAS 5A e 5B - Visão oclusal dos apinhamentos dentários.

O plano de tratamento proposto foi o de adequação do meio bucal preconizando a instrução higiene bucal, com profilaxia (escova de Robinson e pasta profilática) e remineralização de manchas brancas ativas com aplicações de verniz fluoretado em 4 sessões semanais. Na sequência, foi realizada a restauração do dente 11 (incisivo central superior direito) com resina composta (microhíbrida) seguindo todos os passos clínicos proposto pelo fabricante.

Atividades lúdicas e educacionais foram realizadas com a mãe e o paciente objetivando a motivação e manutenção do trabalho clínico realizado (FIGURAS 6A e 6B).



FIGURAS 6A e 6B - Mãe executando a higienização após orientação sobre higienização para ela e paciente.

Após 60 dias o paciente retornou em boas condições de higiene bucal, sem apresentar processos inflamatórios, com pouco acúmulo de biofilme e integrado às rotinas odontológicas.

A mãe do paciente questionou a possibilidade do mesmo em usar aparelho ortodôntico, uma vez que este possui grande apinhamento dentário, palato estreito,

atrésico e má posicionamento dentário.

O paciente recebeu alta temporária da Clínica de Odontologia para Pacientes Especiais (COPE), devendo retornar em intervalos de 6 meses para proervação das lesões de cárie remineralizadas, controle do biofilme, manutenção e promoção de sua saúde bucal.

## Discussão

Considerando a revisão da literatura dos últimos anos em relação aos princípios técnicos, clínicos, científicos e sociais da abordagem integral de pacientes especiais, pode-se considerar “possível e desejável” uma aproximação ética, social, psicológica e de saúde bucal, envolvendo a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação da saúde bucal de pacientes que apresentam Síndrome de Sotos.

A literatura ainda é escassa sobre a atenção integral em saúde bucal para pacientes com Síndrome de Sotos, mas existem trabalhos relatando a complexidade relacionado ao atendimento odontológico em pacientes diagnosticados com Síndrome de Sotos, devido a seu déficit intelectual, padrões de comunicação limitados e habilidade reduzida no entendimento<sup>9,10,11</sup>.

O paciente neste caso demonstrou-se apreensivo e com dificuldade de socialização pelo medo do desconhecido no início, porém, ao término do tratamento demonstrou-se tranquilo e altamente cooperativo, principalmente com a sua higienização bucal, que teve uma melhora considerável. Ainda, em virtude do comportamento colaborador do paciente, todos os procedimentos foram realizados sem a necessidade da utilização de métodos de estabilização protetora, controle de voz, sendo apenas empregada a técnica do dizer-mostrar e fazer.

Este caso clínico foi realizado com a dedicação e os cuidados que devem ser empregados a todos os pacientes, sempre buscando a criação do vínculo de confiança entre o profissional, o paciente e sua família, o qual permite ao cirurgião-dentista ir além das práticas odontológicas, propondo e executando mudanças na rotina e nos hábitos deste paciente e de seus familiares.

Apesar de vários estudos<sup>5,8,9,12,13</sup>

relatarem que os pacientes com a Síndrome de Sotos apresentam alto risco e atividade da doença cárie, no caso relatado foi observado baixo risco da doença cárie, provavelmente devido à dedicação e atenção que o mesmo recebia dos seus familiares e cuidadores.

É importante relatar que pacientes especiais tendem a ter uma maior prevalência de problemas de saúde bucal pelo maior consumo de alimentos cariogênicos, pastosos e pegajosos e também pela dificuldade de escovação e de outros cuidados<sup>8,13,14</sup>, o que não foi encontrado nesse caso clínico.

São recomendados o planejamento e a execução educacional para a prevenção de doenças bucais objetivando o controle do biofilme, que é o agente causal determinante da patologia periodontal<sup>5,15,16</sup>.

O apoio dos familiares e cuidadores para a higienização bucal é de fundamental importância, pois em alguns casos, existe a necessidade da adoção de técnicas de manejo e adaptação associada às medidas facilitadoras, tais como, a individualização de escova dental<sup>3</sup>.

Existem também outras estratégias para a facilitação e colaboração do paciente especial para a higienização bucal, tanto no consultório como no domicílio, tal como a musicalização, que permite que o paciente relaxe e colabore no momento da escovação<sup>15</sup>. Nesse caso, observamos que a utilização da escova elétrica proporcionou ao paciente um incentivo e maior autonomia nas atividades de higienização bucal.

Os responsáveis pelo paciente portador de necessidades especiais devem ser devidamente orientados a realizar a higiene bucal dos mesmos, ainda que estes sejam auto capacitados, sendo os programas educacionais um fator de conscientização dos pais sobre a saúde bucal do filho, que uma vez negligenciada, desencadeará problemas bucais que trarão dores, desconforto e complicações<sup>10,14</sup>.

No caso clínico observou-se uma mãe preocupada com a saúde do filho e muito empenhada em proporcionar o que for melhor para o mesmo, realizando todos os procedimentos domiciliares necessários para uma correta higienização bucal e para a sua promoção de saúde.

Com relação à indicação do tratamento ortodôntico, a síndrome de Sotos

não seria fator impeditivo da realização<sup>17</sup>. No específico caso, foi explicado à mãe que para a solução do problema ortodôntico do paciente, deveriam procurar um profissional especialista para a avaliação do caso. A mãe ainda foi orientada de que aparelho ortodôntico é considerado um fator predisponente para o desenvolvimento da doença cárie e periodontal, caso a higienização não seja realizada corretamente.

Muitos pacientes especiais não são capazes de expressar corretamente o sentimento de dor e desconforto contribuindo para que o tratamento odontológico não seja uma prioridade<sup>1,2,14</sup>. O relato da mãe nesse caso corrobora com os achados na literatura em relação à sensação dolorosa, pois este não reclamava de dor quando estimulado. Apesar desse relato da mãe, todos os procedimentos odontológicos invasivos foram realizados com o protocolo de uso de anestesia local, a fim de evitar dor e desconforto ao paciente.

Em relação aos cuidados odontológicos, é preocupante que alguns profissionais se recusem a dar uma assistência digna e capacitada a estas pessoas, provavelmente pela falta de conhecimento da síndrome, suas especificidades e deficiência na formação profissional<sup>5,18</sup>.

O relato de caso foi realizado em ambiente acadêmico visando a aprendizagem de um profissional com uma formação ética, humanizada e conhecimento mais detalhado desta condição, dedicação aos pais e aos pacientes, enfatizando que o tratamento e os cuidados de um paciente diagnosticado com esta síndrome não diferem do paciente sem necessidades especiais.

A partir da adoção de estratégias e condutas interdisciplinares, com efetiva participação da família, aumentam as chances de resultados notáveis e duradouros na saúde bucal destes pacientes especiais.

## Conclusão

Concluiu-se que pacientes com esta síndrome não necessitam de cuidados odontológicos diferenciados para que haja sucesso no tratamento, mas que a promoção de saúde bucal é importante para minimizar os problemas dentários. Importante ainda ressaltar a importância do papel exercido pelos familiares e cuidadores no sucesso do

controle da atividade de cárie, bem como nos cuidados de higiene e restrição de dieta cariogênica, que diferenciou esse tratamento dos outros descritos na literatura.

## Promoting oral health in patient with Sotos Syndrome – case report and guidelines

### Abstract

Sotos Syndrome is a rare genetic condition characterized by accelerated physical growth: it starts during the intrauterine period and extends throughout the child's first years of life. The syndrome is also known as cerebral gigantism, because it increases the size and changes the shape of the skull. Individuals with this syndrome often present deficient intellectual, motor and social development. The aim of the present study is to report the dental features and performance of a Sotos Syndrome patient treated at the Special Patients Dental Clinic (COPE - Clínica de Odontologia de Pacientes Especiais) - Dentistry Course, Catholic University of Brasília (UCB - Universidade Católica de Brasília) - to emphasize the importance of promoting oral health in these patients, as well as to highlight the characteristics of such syndrome and the aspects of great dental interest. The successful treatment of Sotos Syndrome patients does not require differentiated dental care; however, it is essential promoting their oral health to help minimizing their dental issues. Preventive measures and oral health promotion contributed to the quality of life of the patient addressed in the herein presented case report, although they did not differ from the dental care applied to patients who do not have this syndrome. It is important to emphasize the importance of the role played by family members and caregivers in the success of caries control, as well as hygiene care and restriction of cariogenic diet, which differentiated this treatment from others described in the literature.

**Descriptors:** Sotos Syndrome. Mental Delay. Oral Health Promotion.

### Referências

- Lane C, Milne E, Freeth M. The cognitive profile of Sotos syndrome. *J Neuropsychol*. 2018;15.
- Sheth K, Moss J, Hyland S, Stinton C, Cole T, Oliver C. The behavioral characteristics of Sotos syndrome. *Am J Med Genet A*. 2015;167A(12):2945-56.
- Silva JMG. Síndrome de Sotos – relato de caso clínico. *Rev ABO Nac*. 2009;16(6):377-81.
- Juneja A, Sultan A. Sotos syndrome. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011;29(6 Suppl 2):S48-51.
- Gomes-Silva JM, Ruvierre DB, Segatto RA, de Queiroz AM, de Freitas AC. Sotos syndrome: a case report. *Spec Care Dentist*. 2006;26(6):257-62.
- Takei K, Sueishi K, Yamaguchi H, Ohtawa Y. Dentofacial growth in patients with Sotos syndrome: case report. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2007;48(2):73-85.
- Carvalho EMC, Araújo RPC. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. *Pesq Bras Odontol Clin Integr*. 2004;4(1):65-75.
- Giro EMA, Orrico SRP, Campo JADB, Lorena SM, Cortez LMS. Prevalência de carie em pacientes com necessidades especiais institucionalizado ou não-institucionalizados: consumo de carboidratos simples. *Rev Odontol UNESP*. 2004;33(2):75-9.
- Lane C, Milne E, Freeth M. Cognition and Behaviour in Sotos Syndrome: A Systematic Review. *PLoS One* [periódico na internet]. 2016 Fev [acesso em 2018 Abril 18] 11(2): [aproximadamente 11 p]. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149189>
- Lewis CW. Dental Care and Children with Special Health Care Needs: A population-based perspective. *Acad Pediatr*. 2009;9(6):420-6.
- Raitz R, Laragnoit A. Supernumerary teeth and dental management in Sotos syndrome. *J Dent Child (Chic)*. 2009;76(3):246-50.
- Callanan AP, Anand P, Sheehy EC. Sotos syndrome with hypodontia. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16(2):143-6.
- Ferguson FS, Cinotti D. Home oral health practice: The foundation for desensitization and dental care for special needs. *Dent Clin N Am*. 2009;53: 375-87.
- Inokuchi M, Nomura J, Mtsamura Y, Sekida M, Tagawa T. Sotos syndrome with enamel hypoplasia: a case report. *J Clin Pediatr Dent*. 2001;25(4):313-6.
- Tashiro BAF, Marsiglio AA, Miranda AF, Peruchi CMS. O atendimento odontológico de paciente com paralisia cerebral utilizando a musicalização para adequação comportamental – relato de caso. *Oral Sci*. 2012;4(2):48-53.
- Lane C, Milne E, Freeth M. Characteristics of Autism Spectrum Disorder in Sotos Syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(1):135-43
- Takano M, Kasahara K, Ogawa C, Katada H, Sueishi K. A case of Sotos syndrome treated with distraction osteogenesis in maxilla and mandible. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2012;53(2):75-82.
- Melo TCT, Carvalho TM, Anguiano MG, Miranda AF. Odontologia para pacientes com necessidades especiais: Importantes considerações. *R Odontol Planal Cent*. 2017;7(2):4-11.

## Tratamento de lesão vascular bucal com oleato de monoetanolamina a 5%

Cláudio Augusto de SOUZA<sup>1</sup>, Fernando Henrique de QUEIROZ<sup>2</sup>, Vitor Rizzotti GALVÃO<sup>3</sup>, Cleomar Donizeth RODRIGUES<sup>4</sup>, Virgílio GALVÃO<sup>5</sup>

### Resumo

Lesões vasculares são malformações benignas de vasos sanguíneos, caracterizadas pelo aumento dos vasos, que podem se manifestar tanto na pele quanto em mucosa. Existem várias formas de tratamento mencionadas na literatura. No entanto, a indicação deve ser criteriosa, conforme a localização e tamanho da lesão, e condição sistêmica do paciente. Este trabalho teve como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente do gênero feminino, 19 anos, com lesão vascular de aproximadamente 5 mm de diâmetro em mucosa jugal, assintomática e de coloração avermelhada escurecida. Foi realizada diascopia com lâmina de vidro para auxílio do diagnóstico, confirmando uma característica clínica típica de um hemangioma: isquemia tecidual após compressão. O tratamento escolhido foi a esclerose química com oleato de monoetanolamina a 5% (Ethamolín<sup>®</sup>), injetando 1 ml da solução na região central da lesão, com o auxílio de uma seringa descartável estéril. Sintomas como febre, dor e edema localizado foram relatados pela paciente. Resultados positivos foram observados após 8 meses de acompanhamento sem recidiva, verificada pela ausência de volume e com coloração da mucosa em seu aspecto de normalidade. O uso de oleato de monoetanolamina a 5% contribuiu no tratamento da lesão vascular, obtendo o sucesso clínico verificado pela regressão total da lesão.

**Palavras-chave:** Hemangioma. Mucosa Bucal. Escleroterapia.

<sup>1</sup>Cirurgião-Dentista graduado pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP), São Mamede - PB, Brasil.

<sup>2</sup>Estudante de graduação de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Católica de Brasília – UCB, Brasília, Brasil.

<sup>3</sup>Estudante de graduação de Odontologia do Centro Universitário UDF - Brasília, Brasil.

<sup>4</sup>Professor Doutor em Ciências da Saúde, Disciplina de Imaginologia e Radiologia da Uniceplac.

<sup>5</sup>Professor Doutor em Ciências da Saúde, Disciplina de Patologia Geral do Centro Universitário – UDF, Brasília, Brasil.

**Submetido:** 21/06/2018 - **Aceito:** 23/11/2018

**Como citar este artigo:** Souza CA, Queiroz FH, Galvão VR, Rodrigues CD, Galvão V. Tratamento de lesão vascular bucal com oleato de monoetanolamina. R Odontol Planal Cent. 2018 Jul-Dez;8(2):10-4.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

**Autor para Correspondência:** Cláudio Augusto de Souza  
Endereço: Praça Coronel José Paulo Neto, 06, Centro, São Mamede-PB, Brasil. CEP: 70715-900  
Telefone: (61) 9973-1779  
E-mail: claudioaugustosm@gmail.com

Categoria: Caso clínico  
Áreas: Patologia

### Introdução

As lesões vasculares consistem em anomalias na morfogênese dos vasos sanguíneos e linfáticos. São alterações clínicas que geram dúvidas com relação às

intervenções odontológicas em pacientes que as apresentam, por serem complexas e haver a possibilidade de ocorrência de hemorragia.

O termo hemangioma, tradicionalmente, tem sido usado para descrever uma variedade de anomalias vasculares de desenvolvimento<sup>1</sup>. É uma lesão vascular, podendo representar uma neoplasia benigna dos vasos sanguíneos, um hamartoma ou uma malformação vascular<sup>2</sup>. Geralmente são assintomáticos, porém, traumatismos localizados podem causar dor, ulcerações e sangramentos inesperados<sup>3</sup>. Clinicamente, sua coloração pode variar entre tons azulados a vermelho escurecido. Sua característica clínica pode ser uma bolha ou uma mancha de conteúdo sanguinolento, avermelhada ou azulada<sup>4,5</sup>. São pulsáteis e têm temperatura mais elevada que os tecidos adjacentes, seu tamanho é variável indo de poucos milímetros até vários centímetros e podendo até causar uma assimetria facial<sup>4</sup>.

Para seu diagnóstico a definição clínica é primordial, pois em casos extensos, a realização da cirurgia pode resultar em sangramento de difícil controle transoperatório<sup>5</sup>.

O tratamento do hemangioma pode ser realizado por meio de algumas opções terapêuticas, conforme a extensão e localização da lesão. A excisão cirúrgica convencional, eletrocauterização, laserterapia, embolização, crioterapia e escleroterapia química<sup>3</sup>. Corticosteróides sistêmicos ou tópicos, microembolização e em alguns casos radioterapia<sup>6</sup>.

O objetivo deste artigo foi relatar um caso de hemangioma em mucosa jugal, em paciente do gênero feminino, tratado por apenas uma sessão de escleroterapia com oleato de monoetanolamina a 5%.

## Revisão de literatura

Os hemangiomas são neoplasias benignas, que têm como principal característica a proliferação de vasos sanguíneos<sup>7</sup>. Sua etiologia ainda é incerta; estímulos endócrinos e inflamatórios podem ativar essa malformação vascular<sup>8</sup>.

Por se tratar de uma lesão vascular, a realização de biópsia incisional não está indicada nestes casos, devido ao risco de hemorragias<sup>9</sup>.

Manobras semiotécnicas e exames complementares utilizados no diagnóstico são absolutamente conclusivos, na maioria dos casos de hemangiomas em mucosa bucal<sup>5,10</sup>. Dependendo da profundidade da lesão e da localização no tecido, desaparecem momentaneamente com a compressão digital ou a vitropressão, retornando ao seu volume primitivo. Pode-se, assim, estabelecer o diagnóstico clínico<sup>5,10</sup>.

Dentre as hipóteses que compõem o diagnóstico diferencial clínico, há os cistos de retenção, mucocelos, Sarcoma de Kaposi e granuloma piogênico<sup>11</sup>.

O tratamento depende da localização e do tamanho da lesão, e da idade do paciente. Lesões pequenas podem ser tratadas pela exérese, através da cirurgia convencional, eletrocirurgia ou criocirurgia<sup>12</sup>.

Dentre as opções de tratamento, a escleroterapia vem sendo utilizada com sucesso tanto em lesões pequenas quanto em lesões maiores que não podem ser operadas<sup>3,5,10,12</sup>.

O agente esclerosante mais indicado nas publicações tem sido oleato de monoetanolamina a 5%. O seu componente oleico provoca a coagulação local por meio da ativação do fator de Hagemman e a etanolamina inibe a formação do coágulo de fibrina pela quelação do cálcio e, a ação de ambas, evita a hemorragia após a administração. Sua ação provoca uma irritação, uma resposta inflamatória e fibrose endotelial<sup>13</sup>.

A escleroterapia é de baixo custo e eficaz e geralmente é feita em aplicações semanais de pequenas doses<sup>14,15</sup>.

O paciente poderá apresentar uma leve dor, inchaço e a sensação de queimação após a deposição do fármaco no interior do tumor que, em alguns casos, poderá persistir por mais de 24 horas<sup>16</sup>. A injeção de um volume maior do que o recomendado pode levar a necrose tecidual e até desencadear uma reação anafilática em pacientes sensíveis ao fármaco<sup>17</sup>.

A anestesia nem sempre é indicada. A substância esclerosante deverá ser aplicada de forma lenta e gradual para evitar a ruptura dos vasos sanguíneos e mais profundamente evitando a necrose superficial<sup>18</sup>.

Alguns autores contraindicam a anestesia uma vez que, ao atingir tecidos saudáveis, o agente esclerosante promove sensação dolorosa, devendo-se interromper o procedimento<sup>12</sup>. Por outro lado, o uso dos anestésicos, através de seus agentes vasoconstritores, assegura uma vasoconstrição periférica, limitando a ação do medicamento e aumentando seu tempo de ação e, conseqüentemente, evitando a sintomatologia dolorosa<sup>19</sup>. Nesta perspectiva, é importante ressaltar a necessidade da anestesia à distância<sup>20</sup>.

Cem por cento de treze pacientes diagnosticados com hemangioma oral, submetidos à terapia esclerosante com o oleato de monoetanolamina a 5%, em uma retrospectiva de cinco anos, apresentaram regressão total das lesões e ausência de recidiva<sup>10</sup>. Para a regressão completa do hemangioma apenas uma aplicação foi suficiente em cinco casos (38%), seguida de três aplicações em quatro casos (31%), duas aplicações em três casos (23%) e quatro ou mais aplicações apenas em um caso relatado (8%)<sup>10</sup>.

## Relato de caso clínico

Paciente do gênero feminino, 19 anos, solteira, apresentou-se à clínica odontológica da Universidade Católica de Brasília do Distrito Federal (UCB-DF), para avaliação das condições bucais. Durante a anamnese, a paciente relatou hábitos parafuncionais (mordida de lábio e em mucosa jugal) e negou a existência de complicações sistêmicas. Ao exame intrabucal, verificou-se uma lesão exofítica, de superfície lisa, assintomática, de cor vermelho escurecido e com diâmetro aproximado de 5 mm na mucosa jugal do lado esquerdo (FIGURA 1). Por ser uma alteração bucal presente em uma região de difícil visualização, a paciente não soube relatar o período inicial.



FIGURA 1 - Presença de lesão em mucosa jugal do lado esquerdo.

Para confirmar se a lesão era vascular, foi realizada a técnica de diascopia, que se baseia em uma compressão por uma lâmina de vidro, conforme demonstra a FIGURA 2. Nesta técnica a isquemia tecidual decorre da desvascularização do vaso. Os achados obtidos foram compatíveis com as características de uma lesão de origem vascular.

Diante do diagnóstico, foi realizado o tratamento da lesão por escleroterapia química, que consistiu na injeção de 1 ml da solução de Oleato de monoetanolamina a 5% (Ethamolin® - Zest Farmacêutica Ltda) no

centro da lesão (FIGURA 3), após anestesia local com Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000.



FIGURA 2 - Exame de diascopia: presença de isquemia tecidual na região da lesão.



FIGURA 3 - Injeção da solução de Oleato de monoetanolamina a 5% na lesão.

Após 12 horas da aplicação, a paciente relatou a presença de sinais de inflamação como febre, edema localizado e sensibilidade na região. Houve formação de um nódulo local que permaneceu durante 8 dias.

Após 7 dias da aplicação, houve regressão considerável, cuja região apresentou coloração semelhante à mucosa jugal saudável adjacente, tendo resultado positivo após 21 dias mediante avaliação clínica, verificado pela ausência da lesão (FIGURA 4).



FIGURA 4 - Característica clínica após 21 dias: coloração tecidual normal e ausência de recidiva.

## Discussão

O Hemangioma é uma neoplasia vascular benigna e/ou uma malformação vascular de origem endotelial que pode se manifestar em pele ou mucosa. No caso apresentado a paciente não apresentava acometimento cutâneo, apenas na mucosa jugal.

Para contribuição no diagnóstico, foi realizado exame de diascopia, que é um método útil e simples, para confirmação de lesões vasculares, uma vez que ocorre isquemia tecidual após compressão<sup>5,10</sup>, conforme foi verificado na paciente. Lesões com aspectos clínicos semelhantes a lesão vascular, como cistos, mucocelos, equimoses e o sarcoma de Kaposi, não se tornam pálidas após diascopia<sup>5</sup>.

Alguns métodos terapêuticos são propostos na literatura para o tratamento de lesão vascular<sup>6</sup>. Dentre eles, a escleroterapia química, demonstrou ser um método de simples execução, de baixo custo e com resultados bastante positivos e vem sendo utilizada com grande sucesso em lesões pequenas, sem a necessidade de cirurgia<sup>14</sup>. No entanto, a indicação e o planejamento dependem de avaliação cautelosa da região da lesão, assim como de seu tamanho. Os resultados obtidos neste caso clínico, em que apenas uma sessão foi necessária para a regressão da lesão, foram bastante satisfatórios. Esse resultado está de acordo com alguns casos clínicos publicados<sup>10</sup> e diferencia-se do que foi encontrado por outros, que mencionaram a necessidade de

reaplicações da medicação<sup>10,14</sup>, obtendo resultados satisfatórios apenas após a terceira sessão<sup>15</sup> ou até em mais de quatro sessões<sup>10</sup>. Estas contradições podem ser explicadas pelo tamanho diferenciado das lesões e pelo grau de acometimento dos tecidos.

Para o sucesso do tratamento de lesão vascular por meio da escleroterapia é necessário um fármaco que promova uma ação no tecido endotelial de forma que torne a parede do vaso mais espessa<sup>21</sup>. Por isso o Oleato de monoetanolamina a 5% foi escolhido, por apresentar exatamente tais propriedades, por atuar diretamente na camada endotelial, resultando em fibrose da parede do vaso e em sua oclusão. A substância, também, se difunde rapidamente através da parede venosa e produz uma reação inflamatória extravascular dose-relacionada<sup>21</sup>.

De acordo com as informações do fabricante, este medicamento não deve ser usado em veias varicosas volumosas ou com insuficiência ostial e valvular; com infecções agudas, arteriopatas oclusivas, trombose venosa profunda, úlcera de estase, flebite aguda, edema grave, pacientes senis ou não cooperativos, com doenças sistêmicas graves, mulheres nos 1º e 3º trimestres de gravidez ou amamentando e, também, naqueles indivíduos que apresentam hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. Em pacientes com disfunção hepática e doença cardiorrespiratória concomitante é aconselhável reduzir a dose total por sessão e fazer um monitoramento cuidadoso.

No caso apresentado a paciente relatou a presença de sintomas como: febre, edema localizado, dor e formação de um nódulo local, resultantes da inflamação provocada pela ação do medicamento, já descrito na literatura<sup>16,17</sup>. No entanto, a paciente havia recebido orientações prévias em relação aos possíveis efeitos colaterais.

A escolha da dose administrada de 1ml de Oleato de monoetanolamina foi baseada em relatos da literatura<sup>10,16,17</sup> e em função da dimensão da lesão. Quantidade que foi suficiente para promover o tratamento definitivo, não sendo observada recidiva durante oito meses de acompanhamento.

## Conclusão

A terapia esclerosante com Oleato de monoetanolamina a 5% demonstrou-se uma técnica segura, de baixo custo e contribuiu de forma definitiva para o tratamento da

malformação de origem vascular bucal da paciente. O Cirurgião Dentista deve mencionar possíveis efeitos e sintomas adversos que podem ocorrer após a injeção da substância e o monitoramento se faz necessário para maior assistência e orientação ao paciente.

## Oral treatment of vascular injury with 5% ethanolamine oleate

### Abstract

Vascular lesions are benign vascular malformations, characterized by the growth of blood vessels, which can manifest in the skin and/or mucosa. There are several treatment options mentioned in the literature. However, the treatment indication shall be object of a careful evaluation, depending on location and size of the lesion and on the patient's systemic condition. This article aims to report the clinical case of a 19-year-old female patient with a vascular lesion in the jugal mucosa, measuring approximately 5 mm in diameter, asymptomatic, and with a dark red colouration. A diascopy with a glass slide was performed to aid diagnosis, which confirmed a typical clinical characteristic of a hemangioma: tissue ischemia observed after compression. The chosen treatment consisted of a chemical sclerotherapy using Monoethanolamine oleate 5% (Ethamolin®) – 1 mL of the solution was injected into the central area of the lesion, using a disposable and sterile syringe. Symptoms such as fever, pain and local oedema were reported by the patient. Positive results were observed after eight months of follow-up, with no recurrence of the lesion, ascertained by the analysis of volume and colour of mucosa, both in their normal aspect. The use of Monoethanolamine oleate 5% has contributed to the treatment of the vascular lesion, with great clinical results, observed by complete lesion regression.

**Descriptors:** Hemangioma. Oral Mucosa. Sclerotherapy.

### Referências

- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Tumores dos tecidos moles. In: Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Marcucci G. Fundamentos da odontologia: estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 264p.
- Jaeger F, Alvarenga RL, Galizes BF, Girardi GP, Alvarenga GL, Leal RM. Escleroterapia com oleato de etanolamina a 5% em hemangioma oral: relato de caso clínico. *Ver Port Estomatol Med Cir Maxilofac.* 2003;54(2):91-4.
- Boraks S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
- Toledo H, Castro E, Castro A, Soubhia A, Salvador FB Jr. Hemangioma cavernoso de lábio inferior: Caso clínico. *Rev Odontol Araçatuba.* 2004;25(1):9-11.
- Satish V, Bhat M, Maganur PC, Shah P, Biradar V. Capillary hemangioma in maxillary anterior region: A case report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2014;7:144-7.
- Khateeb TAL, Hamasha AALH, Almasri NM. Oral and maxillofacial tumours in north Jordanian children and adolescents: a retrospective analysis over 10 years. *International Journal of Oral e Maxillofacial Surgery.* 2003;32(1):78-83.
- Barret AW, Speight PM. Superficial arteriovenous hemangioma of the oral cavity. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, Endod.* 2000;90(6):731-8.
- Khurana KK, Mortelliti AJ. The role of fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis and management of juvenile hemangioma of the parotid gland and cheek. *Arch Pathol Lab Med.* 2001;125(10):1340-3.
- Prado BN, Santos AF, Oliveira JMM, Vaccarezza GF, Freitas CF. Uso de oleato de etanolamina para hemangiomas da cavidade bucal: um estudo de cinco anos. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2011;23(1):5-42.
- Anastassov G, Escobar V. Hemangioma-like lesions: diagnosis and management. *Gen Dent.* 1998;46(4):372-375.
- Rocha LB, De Padua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. *RGO.* 2000;48(3):150-2.
- Johann ACBR, Aguiar MCF, Carmo MAV, Gomez RS, Castro WH, Mesquita RA. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanolamine oleate: An open clinical trial with 30 lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:579-84.
- Silva WB, Ribeiro AL, Menezes AS, Jesus VPI, Melo AJS. Oral capillary hemangioma: a clinical protocol of diagnosis and treatment in adults. *Oral and Maxillofac. Surg.* 2013;18(4):431-7.
- Palma FR, Garcia JAC, Jung R, Garcia RN, Aranha FCS. Escleroterapia de hemangioma oral. Relato de caso. *SALUSVITA.* 2016;5(1):85-93.
- Gómez Z. Hemangiomas. Tratamiento. Resultados en 15 casos tratados. *Acta Odontol Venez.* 1984;22(2):105-20.
- Pedron IG, Carnaval TG, Loureiro CCS, Utumi ER, Magalhães JCA, Adde CA. Opção terapêutica de hemangioma labial. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2008;26(4):477-81.
- Matsumoto K, Nakanishi H, Koizumi Y, Seike T, Kanda I, Kubo Y. Sclerotherapy of hemangioma with late involution. *Dermatol Surg.* 2003;29(6):668671.
- Palacios CJ, Herrera CP, Lugo MV. La escleroterapia como una alternativa en el tratamiento de los hemangiomas de los tejidos blandos de la cavidade bucal. *Acta Odontol Venez.* 2000;38(2):4-8.
- Seo J, Utumi E, Zambon C, Pedron I, Rocha A. Escleroterapia de hemangioma labial. *Rev Odonto.* 2009;17(34):106-12.
- Dias GF, França LHG, Fraiz FC, Wambier DS, Kozlowski Jr VA, Céspedes JMA. Hemangioma bucal em crianças. *Publ. UEPG Ci Biol Saúde.* 2013;19(1):21-9.

## Abordagem do paciente com TEA na clínica odontológica

Raíssa de Oliveira LEITE<sup>1</sup>, Marcelo de Moraes CURADO<sup>2</sup>, Letícia Diniz Santos VIEIRA<sup>3</sup>

### Resumo

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) engloba de um grupamento de problemas do desenvolvimento neurológico de acordo com um grupo principal de fatores definidores que incluem o convívio social afetado, a comunicação e os modelos comportamentais específicos ou constantes. Um dos primeiros sinais observados no diagnóstico do TEA é a incapacidade de produzir a atenção conjunta, que consiste na ausência de interesse pelo meio ao seu redor e a incapacidade da criança de se comunicar, através do diálogo, suas ações e contato visual. O objetivo deste trabalho, por meio de uma revisão de literatura, foi abordar o contexto do atendimento odontológico para pacientes com TEA, bem como colaborar na capacitação profissional através de uma abordagem humana, ética e de condutas individualizadas de manejo e adaptação profissional. O manejo odontológico adequado para uma criança com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA, englobando diversas técnicas como: PECS, ABA, TEACCH, dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz e modelação. Conclui-se que o papel da educação continuada de profissionais da odontologia e pais é essencial para superar as dificuldades encontradas pela criança com TEA durante a consulta odontológica.

**Palavras-chave:** Cárie Dentária. Prevenção Primária. Diagnóstico Precoce.

<sup>1</sup>Estudante do curso de Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC

<sup>2</sup>Mestre e especialista em Ortodontia – São Leopoldo Mandic.

<sup>3</sup>Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria e Especialista em Ortodontia.

**Submetido:** 06/12/2018 - **Aceito:** 17/12/2018

**Como citar este artigo:** Leite RO, Curado MM, Vieira LDS. Abordagem do paciente com TEA na clínica odontológica. R Odontol Planal Cent. 2018 Jul-Dez;8(2):15-21.

- Os autores declaram não terem interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

**Autor para Correspondência:** Raíssa de Oliveira Leite  
Endereço: Quadra 14 Casa 56 Setor Oeste Gama-DF, Brasil  
CEP: 72425-140  
Telefones: + 55 (61) 99847-9081  
email: leithraissa@gmail.com

Categoria: Revisão de Literatura  
Área: Odontopediatria

### Introdução

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) engloba um grupamento de problemas do desenvolvimento neurológico de acordo com um grupo principal de fatores definidores que incluem o convívio social afetado, a comunicação e os modelos comportamentais específicos ou constantes. O espectro compreende em Transtorno Autista (TA), Transtorno de Asperger (SA) e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra

Especificação (TID-SOE) que diferem no número e na gravidade dos recursos diagnósticos<sup>1</sup>. Tem seu início até o fim dos três anos de vida, através de uma predominância quatro vezes maior no gênero masculino do que no feminino, em contraparte, meninas tendem a ser mais gravemente afetadas e a ter uma relação superior no comprometimento mental<sup>2</sup>.

Um dos primeiros sinais observados no diagnóstico do TEA é a incapacidade de produzir a atenção conjunta, que consiste na ausência de interesse pelo meio ao seu redor e a incapacidade da criança de se comunicar, através do diálogo, suas ações e contato visual. É aceitável que dentro do TEA a ausência de explicações a manifestações e a imperícia de criar relacionamentos pessoais possam ofuscar as técnicas profissionais de higiene oral. Concepção sensorial lesada também tem sido bem referida na literatura para pacientes com TEA<sup>2,3</sup>. Portanto, o mau desempenho na compreensão da ingestão de motivações por parte do transtorno, pode ocasionar resultados irregulares aos sinais visuais, auditivos, táteis, olfativos e gustativos<sup>3</sup>.

O presente trabalho teve como objetivo, por meio de uma revisão de

literatura baseado em evidências científicas, abordar o contexto do atendimento odontológico para pacientes com TEA, bem como colaborar na capacitação profissional através de uma abordagem humana, ética e de condutas individualizadas de manejo e adaptação profissional. Essa revisão bibliográfica foi feita entre artigos publicados no período de 2009 a 2017, nas bases de dados BVS, Scielo e MEDLINE.

## Revisão da Literatura

### *Etiologia, diagnóstico e classificação do TEA*

A origem do TEA é apontada como uma anormalidade em partes do cérebro, mas não há uma conclusão definida<sup>2</sup>. O TEA consiste em uma desordem complexa, caracterizada por alterações do comportamento relacionadas a limitações motoras, convívio social e linguagem. Já a sua etiologia é incerta, onde os pesquisadores buscam evidências e chegam a uma multicausalidade<sup>1,2,4</sup>.

O TEA está associado então a fatores neurológicos e biológicos, ou seja, os problemas estão associados a uma anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central, e também a interação entre múltiplos genes<sup>5</sup>.

Segundo a OMS (2010)<sup>6</sup>, o diagnóstico do TEA é clínico e deve ser feito dentre os critérios do CID 10, através de uma anamnese completa e a análise da criança por especialistas, pais e cuidadores, mediante observação clínica dos comportamentos. As principais características são: alterações de comunicação verbal e não verbal, na relação social e comportamentos restritos e repetitivos<sup>1,7</sup>.

O reconhecimento antecipado dos sinais do TEA é provável, pois vários desses indícios podem ser observados antes dos três anos de idade o que é de suma importância porque permite uma intervenção antecipada<sup>7</sup>.

Entre as principais características identificadas nos pacientes com TEA, a alteração na comunicação verbal e não verbal são uma destas, sendo observado atraso ou falta de linguagem, ausência de contato visual, expressão dos sentimentos ou gestos<sup>1,2</sup>.

Os pacientes diagnosticados com TEA têm prejuízos na sua relação social, preferindo atividades mais solitárias, buscando seus próprios interesses, pois apresenta dificuldade para compartilhar seus sentimentos. Os comportamentos limitados e recorrentes que estes pacientes apresentam como bater palmas ou balançar as mãos, bater os pés, proporcionam um bem-estar ou simplesmente pela intenção às repetições, que é uma condição do TEA<sup>1,7,8</sup>.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5<sup>9</sup> foi publicada em maio de 2013, contendo mudanças expressivas nos parâmetros de diagnósticos de autismo e aderindo, finalmente, o termo TEA como nível de diagnóstico.

Houve uma inclusão por parte do DSM-5, englobando algumas categorias dos TID (Transtornos Invasivos Do Desenvolvimento) do DSM-4 na condição de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Foram elas: Transtorno Autista, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Conforme o DSM-5, esses transtornos não terão mais legitimidade em termos de condições diagnósticas distintas. Assim sendo, passarão a ser analisados no mesmo espectro do TEA<sup>9</sup>.

O TEA apresenta classificações segundo o grau de severidade e está relacionado ao Quociente de Inteligência (QI). As variações podem ser desde retardo mental severo (abaixo de 70), QI normal que apresenta um comprometimento leve, ou acima da média que é o autismo de alto funcionamento<sup>2</sup>.

O Transtorno Autista (TA) se define por um quadro clínico em que prevalecem prejuízos na interação social, nos comportamentos não verbais (como contato visual, postura e expressão facial) e na conversação, podendo existir atraso ou mesmo falta da linguagem<sup>10</sup>.

Pode haver, também, repetição de palavras e uso de linguagem padronizada. As pessoas com o TA apresentam dificuldades na implantação da convivência social, preferindo atividades mais solitárias<sup>2</sup>.

Também apresentam dificuldades sociais para partilhar interesses, começar ou manter interações sociais; possuem

dificuldades em entender expressões faciais de sentimentos e afetos. Comportamentos estereotipados são vistos (como bater palmas ou movimentar os braços como que batendo asas), as preferências são específicas e há dificuldade em modificar rotinas, dentre outras alterações<sup>2,7,10</sup>.

O Transtorno de Asperger (SA) é denominado como um problema que acarreta de suaves a graves malefícios na relação social, restrição de interesses e ações, adesão aparentemente inflexível a hábitos e práticas, alteração da entonação da fala e comportamentos seguidos e repetitivos<sup>11</sup>.

Uma diferença clínica que existe entre o SA e o TA é que, nesse último, normalmente têm sido designados atrasos de desenvolvimento da fala e faltas importantes nas habilidades cognitivas e de autocuidado, diferentemente do que surge em pessoas com SA<sup>5,11</sup>.

Em relação ao Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE), o quadro clínico deste é caracterizado por prejuízos severos na interação social e na comunicação verbal e não verbal e por comportamentos estereotipados, apresenta início tardio após 36 meses<sup>8</sup>.

São indivíduos, sobretudo indiferentes e tímidos em seu envolvimento social, crianças que demonstram dificuldades sociais como consequência de uma exclusividade em seus relacionamentos, sendo eles parciais, importantes problemas na coordenação dos afetos, especificamente ansiedade e raiva e os distúrbios intelectuais na regulação das imagens e dos pensamentos<sup>7,8</sup>.

#### *Atendimento odontológico para pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*

O TEA normalmente expressa uma barreira ao atendimento odontológico e ao cirurgião-dentista, enquanto as técnicas de manejo têm valor na mudança de comportamentos nocivos, o uso do sistema de recompensas traz dificuldades quando a recompensa prometida não é mais possível<sup>12</sup>.

Visto que o consultório odontológico, expressa um lugar de estímulo de ansiedade com luzes fluorescentes fortes, equipamentos

que geram ruídos agudos como a caneta de alta rotação, além de materiais de textura, gosto e aroma desconhecidos, esse incômodo emocional causado pelo ambiente ao redor pode ser minimizado pela adequação sensorial do ambiente clínico<sup>1</sup>.

É importante reconhecer que identificando e minimizando estes fatores provocadores do comportamento negativo, a criança com TEA poderá transformar-se num agente cooperador no processo de assistência odontológica. O profissional pode aplicar o método de avaliação comportamental funcional durante uma consulta anterior dos pais, deve-se organizar todo um preparo indo à residência da criança com TEA mostrando alguns instrumentos que serão utilizados na consulta posterior à visita. Utilizar-se de frases como “sente-se nesta cadeira”, “deixe-me ver seus dentinhos”, apresentando à criança fotografias personalizadas do consultório onde ela irá ser atendida<sup>1</sup>.

As condições relaxantes de luz, música rítmica e pressão intensa no consultório reduzem os efeitos adversos dos pacientes e acresceu a participação positiva na higienização profilática dentária. A participação dos pais pode ser solicitada onde estes podem levar para a consulta: videoclipe ou CD de músicas favoritas da criança, descritos por autores<sup>1,3,13</sup>.

A duração da consulta odontológica e a sensibilização sensorial devem ser mínimas. Por fim, mesmo enquanto o procedimento está em funcionamento, profissionais especialistas e assistentes odontológicos devem estar firmemente concentrados na identificação de fatores que estimulam efeitos desviantes de conduta<sup>13,14</sup>.

O TEA deve ser observado pelo cirurgião-dentista para prevenção e tratamento das doenças orais como em qualquer outro paciente, tendo em vista que o paciente com TEA apresenta problemas bucais comuns – cárie, elevado índice de placa, gengivite, maloclusões – resultantes de dieta cariogênica, má higienização bucal, hábitos parafuncionais e utilização de medicamentos, sendo imprescindível a técnica odontológica curativa e preventiva. Portanto, se faz relevante a elaboração de um plano de higienização e educação sobre saúde bucal para a família do paciente com TEA<sup>2,12</sup>.

A realização de um tratamento odontológico abrangente pode ser necessária sob anestesia geral em 30% dos casos<sup>12</sup>. As técnicas sedativas foram ineficazes devido aos tipos anormais de resultado. No caso de grandes necessidades odontológicas e o emprego de técnicas de modificação do comportamento não são bem-sucedidas, para que os cuidados sejam executados de maneira eficiente, utiliza-se da anestesia geral na sala de cirurgia para gerar um ambiente controlado sem sérios problemas envolvendo pacientes com TEA<sup>2,12</sup>.

### *Capacitação profissional e tratamento multiprofissional*

O conhecimento e a visão significativa dos tipos comportamentais básicos são claros para atender com êxito uma criança com TEA no consultório odontológico. Um dos primeiros sinais do TEA é a incapacidade de desenvolver a atenção uniforme, que significa, literalmente, o desinteresse e a falta curiosidade pelo espaço e a incapacidade da criança de dividir informações utilizando linguagem verbal, gestos e contato visual<sup>13</sup>.

Embora as informações disponíveis sugiram uma ligação entre a socialização e os mecanismos sensoriais em indivíduos com TEA, o processo cronológico dos eventos ainda não foi explicitamente estabelecido. Mais importante ainda, o profissional de odontologia durante o exame deve ter em mente que indivíduos com TEA exibem grande variação em habilidades, inteligência e desempenho, direcionando sua abordagem terapêutica de acordo com as características que cada criança apresenta<sup>1,7</sup>.

É importante ressaltar a necessidade de uma equipe multidisciplinar no atendimento do TEA, para que haja uma

abordagem humanizada e capacitada, pressupondo a terapêutica. No tratamento médico, a inclusão de pediatras, psiquiatras, neurologistas e, no tratamento não médico, que seriam os profissionais de odontologia, fonoaudiologia, pedagogia, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e orientação familiar<sup>2</sup>.

Existem métodos que tem um foco no atendimento a pacientes com TEA. TEACCH (Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlacionados à Comunicação) é um método voltado para organização do paciente do seu ambiente cotidiano, onde se organiza sua rotina através de agendas, painéis e quadros. Pode-se utilizar de estímulos visuais, corporais e sonoros também, buscando orientar cada paciente de forma que possa compreender cada espaço e sua função, atividades em sequência onde as crianças possam compreender sua ordem em cada uma delas<sup>2,15</sup>.

Outro método que é utilizado para estabelecer uma comunicação entre paciente e profissional é o PECS (Sistema de Comunicação por Figuras) que auxilia o TEA através da comunicação por figuras a perceber e escolher o que quer mais rápido<sup>2,15</sup>.

Além destes dois métodos já citados existe também o ABA (Análise Aplicada ao Comportamento), que direciona o paciente com TEA a desenvolver habilidades que ainda não adquiriu através de fases que ele vai superando. A recompensa ou reforço de comportamentos desejados e adequados são estimulados e tem muita relevância, conforme seu desenvolvimento é estimulado seus comportamentos inadequados vão sendo minimizados, modificando assim seu comportamento e contribuindo para a evolução positiva do seu tratamento<sup>2</sup> (Tabela 1).

TABELA 1 – Métodos para o atendimento a pacientes com TEA.

Métodos	Tipo de abordagem
TEACCH	Adaptação do ambiente e dos materiais <sup>2</sup> Comunicação alternativa <sup>2</sup> Uso de estímulos visuais <sup>2</sup> .
PECS	Comunicação por figuras <sup>2</sup> Forma funcional de expressar suas necessidades, escolhas e vontades <sup>2</sup> .
ABA	Objetivo atuar em prol do desenvolvimento do TEA <sup>2</sup> . Uso de técnicas para ampliar a capacidade cognitiva, motora, de linguagem e de integração social <sup>2</sup> . Ensino de habilidades que estimulem atitudes positivas <sup>2</sup> .

Fonte – Elaborada pelos autores

## Conduitas individualizadas de manejo

Existem modelos de abordagens psicológicas usadas em Odontopediatria, que também podem ser empregadas para os pacientes com TEA, sendo eles: dizer-mostrar-fazer (Tell-show-do), distração, dessensibilização, controle de voz, reforço positivo ou recompensa, e modelação.

Contudo, esses recursos são mais complicados de serem aplicados em pacientes com TEA, mas devem ser estimulados. Também é possível usar a linguagem corporal, de maneira que o profissional, por meio de suas expressões faciais, consiga transmitir para a criança sua satisfação pelo bom comportamento, ou não <sup>1,2</sup> (Tabela 2).

TABELA 2 – Técnicas de condicionamento em Odontopediatria.

Técnicas	Tipo de abordagem
Tell-show-do	Consiste em apresentar aos poucos à criança alguns elementos do consultório odontológico, explicando verbalmente, demonstrando o passo a passo até a sua utilização, em uma linguagem que ela entenda <sup>1,2</sup> .
Controle de voz	Muito eficaz para interceptar condutas inapropriadas assim que começam a ocorrer <sup>1,2</sup> .
Reforço positivo	Visa a recompensa após o tratamento à criança que colabora satisfatoriamente ou que, mesmo tendo chorado, permitiu o tratamento <sup>1,2</sup> .
Distração	Desvio da atenção do paciente daquilo que possa ser percebido como um procedimento desagradável <sup>1,2</sup> .
Linguagem corporal	A postura corporal deve ser considerada na condução psicológica do comportamento da criança <sup>1,2</sup> .
Dessensibilização	Consiste em fazer o paciente sentir-se confortável e calmo, diminuindo a tensão, ao permitir que a criança fique em estado de relaxamento, realizando gradualmente os procedimentos odontológicos <sup>1,2</sup> .
Modelação	Nesta técnica, a criança com medo e/ou ansiosa observa o tratamento de uma criança colaboradora, para ela entender qual o comportamento adequado no atendimento odontológico <sup>1,2</sup> .

Fonte – Elaborada pelos autores

A aplicação do conceito de pedagogia visual ou o uso combinado de modelagem, reforço e adaptação sensorial também podem permitir que pacientes com TEA passem por exames odontológicos. Para uma criança com habilidades receptivas restritas e falta de concentração conjunta, o uso de declarações de recompensa pode não trazer os benefícios estimados durante o tratamento odontológico <sup>3,13,15</sup>.

Crianças com TEA mais jovens podem responder melhor a certas técnicas de manejo, como reforço positivo. Deste modo, a influência da idade da criança nas práticas sociais pode ser crítica no tratamento do comportamento do paciente com TEA<sup>2</sup>.

### Estabilização protetora

A estabilização protetora compreende na limitação da liberdade de movimentos da criança, mediante a autorização e o consentimento dos pais, com a finalidade de controlar ou eliminar manobras que possam ser nocivos para o tratamento odontológico, visando reduzir o risco de lesões tanto na equipe odontológica quanto no paciente, facilitando assim a execução dos procedimentos dentários com segurança e de forma eficiente<sup>16,17</sup>.

## Discussão

É consenso na literatura que a etiologia do TEA é multifatorial<sup>1,2,4</sup>. Há uma associação de fatores, podendo ser neurológicos, ocorrendo alguma anormalidade no sistema nervoso central, e também a fatores genéticos, devido à interação gênica<sup>1,4,5,10</sup>.

O diagnóstico do TEA é realizado clinicamente, em concordância com os parâmetros descritos no CID 10 (OMS, 2010), observando as alterações de comportamento, sendo elas a de comunicação verbal e não verbal, na relação social e comportamentos restritos e repetitivos<sup>1,7</sup>.

O DSM-5 definiu o termo TEA como nível de diagnóstico, incluindo as categorias dos TID na condição de TEA<sup>9</sup>. O grande grupo TEA apresenta tais características, como alterações constantes na relação e interação social em múltiplos contextos, comportamento social anormal onde há falta de interesses, emoções ou afeto, atividades restritas, comportamento estereotipado e repetitivo, comunicação verbal e não verbal limitada<sup>8,9</sup>. São subdivididos em três níveis de acordo com a severidade, estando relacionado ao QI variando de leve a grave, inúmeros autores referendam esse diagnóstico<sup>2,9,17</sup>.

Os prejuízos no quadro clínico do TA,

consiste em repetições de palavras e uma padronização da linguagem, além de apresentarem dificuldades sociais, atraso na fala, contato visual, postura e expressões faciais prejudicados e, comportamentos repetitivos são vistos, como bater palmas ou movimentar os braços, referendados em diversos estudos<sup>2,7,10</sup>.

Existem vários métodos básicos de orientação comportamental que são propostos com o objetivo de adaptar o comportamento de pacientes com TEA, como o TEACCH, o PECS e o ABA, além das técnicas utilizadas na Odontopediatria como a técnica dizer-mostrar-fazer, distração, linguagem corporal e comandos curtos e objetivos, referenciados em artigos<sup>1-3,13</sup>.

Para uma criança que tem certas restrições nas habilidades receptivas e falta de concentração conjunta, não é recomendável utilizar o uso de declarações de recompensa, este processo pode não trazer os benefícios esperados durante um tratamento odontológico, para isso deve-se aplicar o conceito de pedagogia visual ou o uso combinado de modelagem, reforço e adaptação sensorial, estes métodos podem contribuir para um exame odontológico satisfatório, discutido em estudos<sup>3,13</sup>.

Quando todas as demais técnicas não forem capazes de minimizar o comportamento negativo do paciente com TEA, e houver necessidade de diagnóstico ou tratamento urgente e prolongado, ou até mesmo para o paciente não reagir com ações involuntárias e impulsivas, deve-se utilizar esta técnica de estabilização protetora, com o objetivo de preservar a segurança da equipe médica, do paciente e de seus responsáveis no decorrer do atendimento. Todavia não é recomendada quando o paciente não pode ser contido de forma segura devido a condições físicas ou médicas ou quando o paciente carrega consigo um trauma psicológico e físico oriundo de atendimentos anteriores onde lhe trouxe experiências traumáticas, como mostrados em estudos<sup>16,17</sup>.

Para alguns autores a estabilização protetora em crianças com TEA é capaz de apresentar um efeito tranquilizante pela sensação de pressão que resulta da sua utilização. Porém nem todos os pacientes reagem de maneira similar a este tipo de controle, é necessário levar em consideração

que podem piorar o comportamento em futuras consultas<sup>16,17</sup>.

Se porventura esta técnica não está indicada ou não for aceita pelos responsáveis tem-se a possibilidade de realizar uma sedação consciente, estabelecendo uma explicação detalhada e embasada junto ao consentimento informado, objetivando diminuir consideravelmente as preocupações dos pais ou responsáveis, gerando assim uma confiança no trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais, a sedação consciente ou anestesia geral será realizada em último caso, sendo esta praticada num ambiente hospitalar ou ambulatório, referenciados em diversos estudos<sup>3,6,17</sup>.

Portanto, com a finalidade de auxiliar o cirurgião dentista e, este tenha uma orientação mais didática sobre o assunto, fica proposto um folder de orientação com ênfase no diagnóstico do TEA, nos principais sinais além das técnicas mencionadas anteriormente.

## Conclusão

O manejo odontológico adequado para uma criança com TEA requer uma individualização e uma compreensão aprofundada do perfil comportamental do TEA, englobando diversas técnicas como: PECS, ABA, TEACCH, dizer-mostrar-fazer, distração, dessensibilização, controle de voz e modelação. Conclui-se que o papel da educação continuada de profissionais da odontologia e pais é essencial para superar as dificuldades encontradas pela criança com TEA durante a consulta odontológica.

## Approach of the TEA patient in the dental clinic

### Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) addresses a grouping of neurodevelopmental problems according to a major group of defining factors that include social interaction, communication, and specific or constant behavioral patterns. One of the first signs observed in the diagnosis of ASD is the inability to produce joint attention, which consists of the absence of interest in the surroundings and the child's inability to communicate through his or her actions and visual contact. The objective of this work, through a literature review based on scientific evidence, aims to address the context of dental care for patients with ASD, as well as collaborate in professional training through a human approach, ethics and individualized management and adaptation behaviors professional. Appropriate dental management for a child with ASD requires an individualized and in-depth understanding of the behavioral profile of ASD, encompassing several techniques such as: PECS, ABA, TEACHH, tell-show-do, distraction, desensitization, voice control, positive reinforcement or reward, and modeling. It is concluded that the role of continuing education of dental professionals and parents is essential to overcome the difficulties encountered by the child with ASD during the dental consultation.

**Descriptors:** Dental Caries. Primary Prevention. Early Diagnosis.

### Referências

- Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral, Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(6):e862-8.
- Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, de Oliveira A, Straioto FG. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archiv Oral Res*. 2012;2(8):143-51.
- Elmore JL, Bruhn AM, Bobzien JL. Interventions for the Reduction of Dental Anxiety and Corresponding Behavioral Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Dental Hyg*. 2016;90(2):111-20.
- Moraes ÍAP, Massetti T, Crocetta TB, da Silva TD, de Menezes LDC, de Mello Monteiro CB, et al. Motor learning characterization in people with autism spectrum disorder. *Dement Neuropsychol*. 2017;11(3):276-86.
- Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *J Pediatr*. 2015;91:111-21.
- Organização Mundial de Saúde - Brasil. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. Folha informativa - Transtornos do espectro autista. 2017 Abril; Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontentview=articleid=5651:folha-informativa-transtornos-do-espectro-autistaltemid=839>.
- Miranda Seize M, Borsa JC. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. *Psico-USF*. 2017;22(1):161-76.
- Orsati FT, Mecca T, Schwartzman JS, Macedo EC. Percepção de faces em crianças e adolescentes com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. *Paidéia*. 2009;19:349-56.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a EDIÇÃO DSM-5. 2013;p. 1 - 992. [acesso em 05 de setembro de 2018] Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagnóstico-eEstatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>.
- Bialer M. Um Estudo Descritivo do Funcionamento Psíquico de uma Autista. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017;37(4):1025-36.
- Rosman NP, Bergia BM. Childhood Disintegrative Disorder: Distinction From Autistic Disorder and Predictors of Outcome. *J Child Neurol*. 2013;28(12):1587-98.
- Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *J Appl Oral Sci*. 2011;19(3):2012-17.
- Berkovits L, Eisenhower A, Blacher J. Emotion Regulation in Young Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(1):68-79. [acesso em 10 de agosto de 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27838805>
- Chawarska K, Macari S, Shic F. Context modulates attention to social scenes in toddlers with autism. *J Child Psychol Psych*. 2012;53(8):903-13.
- Wibisono WL, Suharsini M, Wiguna T, Sudiroatmodjo B, Budiardjo SB, Auerkari EI. Perception of dental visit pictures in children with autism spectrum disorder and their caretakers: A qualitative study. *J Internat Soc Prevent Commun Dent*. 2016;6(4):359-65.
- Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E. Treating Children with Autism Spectrum Disorders: A Toolkit for Dental Providers. *Am J Psych*. 2011;168(9):904-12.
- Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Base Dent Pract*. 2014;14(s):115-26.