

# ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A PACIENTE INFANTIL COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: RELATO DE CASO

## DENTAL CARE FOR CHILD PATIENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: CASE REPORT

Pâmela Kalliny Soares de Sá \*  
Vitória Letícia de Oliveira Valente Dias \*\*  
Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos \*\*\*

### Unitermos:

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;  
Deficiência Intelectual;  
Anquiloglossia;  
Odontoma;  
Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências.

### RESUMO

A assistência odontológica a pacientes infantis, normalmente requer uma maior cautela do que em adultos e em se tratando de pacientes com deficiência, o tratamento se torna ainda mais desafiador. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso e descrever sobre os manejos clínicos usados em pacientes com deficiência, em especial com deficiência intelectual leve (DI) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). O caso clínico relatado, aborda um tratamento odontológico de um paciente de 8 anos com diagnóstico de DI leve, associado ao TDAH, com necessidade de intervenção cirúrgica (remoção de frênulo lingual e odontoma composto), e devido as características do TDHA, como a inquietude e não colaboração, houve necessidade de adequação do planejamento. O tratamento de anquiloglossia (AQ), baseia-se na remoção da inserção do freio para devolver movimentos adequados da língua. Já o odontoma composto (OC), mais comum tumor odontogênico, que no relato foi descoberto no exame radiográfico de rotina, deve ser enucleado e apresenta poucas chances de recidiva. Levando em consideração a situação clínica do paciente e visando seu conforto, foi optado a realização das cirurgias em ambiente hospitalar sob anestesia geral, garantindo acima de tudo a segurança do paciente e realizado tratamento odontológico completo em única sessão.

\* Graduada em Odontologia – Universidade Tiradentes  
\*\* Graduada em Odontologia – Universidade Tiradentes  
\*\*\* Doutora em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Sergipe

Attention deficit  
hyperactivity  
disorder; Intellectual  
disability;  
Ankyloglossia;  
Odontoma;  
Dental Care for  
Disabled.

Dental care for child patients, usually requires greater caution than in adults and in the case of patients with disabilities, treatment becomes even more challenging. This work aims to report a case and describe the clinical management used in patients with disabilities, especially with mild intellectual disability (ID) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The reported clinical case addresses a dental treatment of an 8-year-old patient diagnosed with mild ID, associated with ADHD, in need of surgical intervention (removal of lingual frenulum and composite odontoma), and due to the characteristics of TDHA, such as anxiety and non-collaboration, there was a need to adapt the planning. The treatment of ankyloglossia (AQ), is based on the removal of the brake insert to return adequate movements of the tongue. Compound odontoma (OC), the most common odontogenic tumor, which in the report was discovered in the routine radiographic examination, must be enucleated, and has little chance of recurrence. Considering the clinical situation of the patient and aiming at his comfort, it was decided to perform the surgeries in a hospital environment under general anesthesia, ensuring above all the patient's safety and performed complete dental treatment in a single session.

## INTRODUÇÃO

A Deficiência intelectual (DI) é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em crianças e adolescentes. A taxa de prevalência tradicionalmente citada é de 1% da população jovem, porém alguns autores mencionam taxas de 2 a 3%, e existem estimativas de até 10%, com maior acometimento no sexo masculino<sup>1</sup>. Esses pacientes não se enquadram nos parâmetros físicos, intelectuais ou emocionais normais, como padrões de crescimento, desenvolvimento mental e controle emocional<sup>2</sup>.

Sua definição é difícil, pois varia conforme o referencial adotado - neurológico, psicológico, fonoaudiológico, entre outros. Como característica essencial destaca-se um funcionamento intelectual significativamente inferior à média. Pode ser acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança<sup>3</sup>.

De acordo com a Associação Americana de Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento (AAIDD), o termo DI abrange a mesma população de indivíduos que eram previamente diagnosticados com atraso mental. Além disso,

todo o indivíduo que é, ou foi, elegível para um diagnóstico de atraso mental é igualmente elegível para um diagnóstico de DI<sup>4</sup>. Crianças e adolescentes com este quadro, são conhecidos por terem uma prevalência maior de transtornos psiquiátricos, incluindo transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos<sup>5</sup>.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é definido como um distúrbio do neurodesenvolvimento vitalício que muitas vezes se torna aparente antes da idade de 7 anos<sup>6</sup>. É uma desordem neuropsiquiátrica bastante comum na infância, com prevalência de 5 a 9% em crianças<sup>7,8</sup> (2014). A causa exata do TDAH é desconhecida. Uma vez que crianças estão sendo diagnosticadas hoje mais do que nunca, estratégias de tratamento adequadas para eles são de grande interesse a todos os cuidadores, incluindo aqueles da comunidade odontológica<sup>9</sup>.

As características do TDAH incluem atividade motora excessiva, nível de atividade inadequada para o desenvolvimento, baixa tolerância à frustração, impulsividade, mau comportamento organizacional, distração e incapacidade de manter a atenção e concentração<sup>10</sup>. Para o diagnóstico de TDAH, há a necessidade de que

seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos cinco sintomas<sup>11</sup>.

Um grande grupo de doenças bucais resulta de alterações orgânicas multifatoriais, sendo diretamente influenciado por classe social, grau de instrução, condições financeiras, idade, estado de saúde geral e atitudes. Assim, determinados grupos, como pessoas com distúrbios físicos, dependentes químicos e com deficiência mental, se enquadram numa categoria de risco aumentado para desenvolver alterações bucais<sup>12</sup>.

Neste contexto, alterações na língua, que afetam a fala e a deglutição, podem ocorrer nesse grupo de pacientes. Em alguns casos, o frênulo lingual (pequena prega de membrana mucosa que a conecta ao assoalho da boca)<sup>13,14</sup>, pode estar inserido de forma anômala, pela falha no processo de apoptose dessa estrutura durante a embriogênese sendo essa uma alteração congênita denominada anquiloglossia (AQ), comumente denominada de "língua presa"<sup>13,15</sup>.

A AQ é caracterizada pelo freio lingual curto, resultando na limitação dos movimentos da língua. É observada em 1,7% a 10,7% dos recém-nascidos, sendo mais comum no gênero masculino. Nos adultos, não é incomum observar casos leves, mas a AQ grave é relativamente rara, sendo estimada em dois a três casos a cada 10.000 indivíduos<sup>16</sup>.

As lesões de tecido duro são uma realidade em termos de saúde bucal, entretanto, relatados com alta frequência nos pacientes com deficiência<sup>17</sup>. Neste âmbito, os odontomas são os tipos mais comuns de tumores odontogênicos. Sua prevalência excede a de todos os outros combinados. São considerados como distúrbios de desenvolvimento (hamartomas), em vez de neoplasias verdadeiras. Quando totalmente desenvolvidos, os odontomas consistem principalmente em esmalte e dentina, com quantidades variáveis de polpa e cimento<sup>16</sup>.

Odontomas são lesões características de crianças e adultos jovens; a maioria é descoberta na segunda década de vida. A maxila é afetada um pouco mais frequente do que a mandíbula. São ainda subdivididos em tipo composto e tipo complexo, o composto consiste em múltiplas estruturas pequenas, semelhantes a dentes. O complexo se apresenta como uma massa amorfa de esmalte e dentina, que não exhibe qualquer semelhança anatômica com um dente, com uma tendência para os compostos ocorrerem na região

anterior dos ossos gnáticos, enquanto os odontomas complexos, na região posterior<sup>17,18,19</sup>.

Há uma grande dificuldade dos profissionais da área da Odontologia para lidar com pacientes com deficiência, devido à falta de experiência e conhecimento, o que torna mais difícil o convívio e atendimento a esses pacientes, que precisam de muita orientação e ajuda para realização da higiene bucal e manutenção da saúde oral<sup>20</sup>.

A abordagem odontológica a esse grupo de indivíduos requer muito cuidado, paciência, determinação e conhecimento do profissional da área. Cada um desses pacientes deve ser submetido aos tratamentos de maneira correta para assim evitar transtornos no consultório evitando o uso de anestesia geral<sup>21</sup>. Quando não se obtiver sucesso do tratamento ambulatorial, o tratamento odontológico deve ser realizado através da indução anestésica geral, pois assim, é possível realizar a reabilitação oral total numa única sessão, realizando desde profilaxias a cirurgias<sup>22</sup>.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é abordar os cuidados essenciais no tratamento odontológico realizados em pacientes com deficiência e relatar um caso de paciente infantil com DI e TDAH em relação a sua assistência odontológica ideal, destacando a qualidade do atendimento.

## DESCRIÇÃO DE CASO

Paciente, 08 anos, sexo masculino, foi encaminhado ao Serviço de Odontologia Para Pacientes Especiais do Hospital Universitário de Sergipe, para avaliação odontológica pela fonoaudióloga assistente, a fim de realização de frenectomia lingual. Foi relatado também uma queixa de retenção prolongada do dente 83.

Durante a anamnese, foi relatado pela família, que ele apresentava distúrbios de comportamento. O paciente é acompanhado pelo neurologista, e possui diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com deficiência intelectual leve, fazendo uso dos medicamentos Risperidona (2mg, 1 comprimido manhã e outro a noite) e Neuleptil (10mg por dia) para tratamento de tais distúrbios comportamentais.

Ainda em relação a história médica, também foi relatado que o paciente havia sido hospitalizado devido a uma pneumonia e que o seu perfil comportamental era agitado. Na avaliação clínica no ambulatório, paciente apresentou inquietude, sentou-se na cadeira odontológica, porém sempre com quadro de hiperatividade, o que dificulta a

realização dos procedimentos. Na avaliação intra-oral foi detectada a retenção prolongada da unidade 83, abaulamento discreto abaixo do ápice desse dente e a anquiloglossia com indicação para a frenectomia (Figura 1).

Para avaliação imaginológica das unidades dentárias e especial da retenção prolongada foi solicitada uma radiografia panorâmica e

radiografia periapical da região referida para fins diagnósticos. Na análise radiográfica, foi observado imagem radiopaca mista semelhante a microdentes, com halo radiolúcido, sugestivo de odontoma composto em região logo abaixo do dente 83 e presença de dente 43 levemente mesializado e impactado pela presença da lesão (Figuras 2 e 3).



**Figura 1** - Aspecto intraoral inicial.



**Figuras 2 e 3**- Radiografia periapical da unidade 83 e Radiografia panorâmica evidenciando a localização do odontoma composto.

Devido ao perfil de comportamento (falta de cooperação) do paciente e a necessidade de intervenção mais invasiva, o planejamento foi remoção do dente 83 e da patologia com tratamento da AQ, sob anestesia geral, ambiente

hospitalar, assim o profissional teria maior controle do procedimento. Foram solicitados avaliação do neurologista assistente e exames pré-operatórios, sendo feita a liberação pelo neurologista para a realização dos procedimentos, foi agendada a

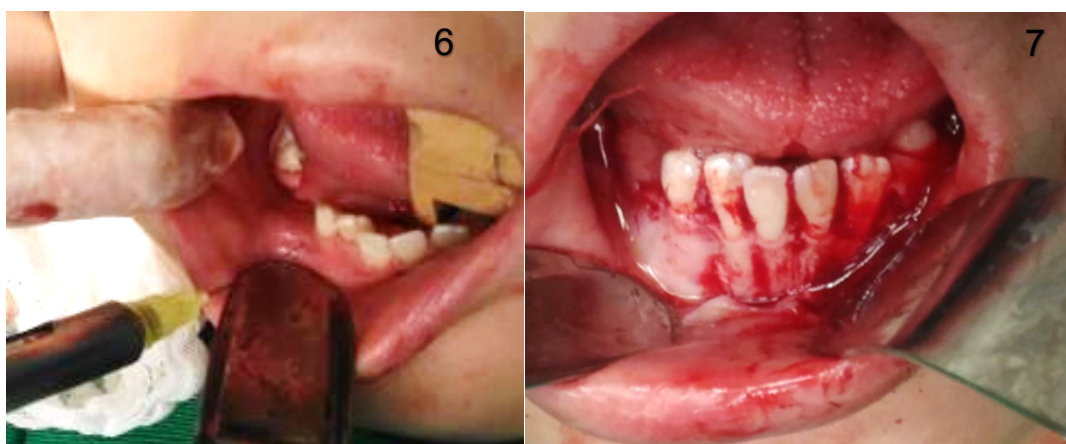
cirurgia. Após a intubação nasotraqueal aos cuidados da anestesiologia, não sendo realizada a anestesia local devido a inserção muito curta do frênulo, foi realizada a frenectomia lingual com a utilização do bisturi elétrico, sem necessidade de suturas, pois a hemostasia foi realizada durante cauterização (Figuras 4 e 5).

Para remoção do OC e da unidade 83, foi realizado anestesia infiltrativa na região com lidocaína 2% com epinefrina 1.100.000 (01 tubete), seguida de incisão sulcular (da distal do dente 83 até a região da unidade 73) e deslocamento mucoperiosteal (Figuras 6 e 7). Após exposição óssea, foi realizada a exodontia da unidade 83 por

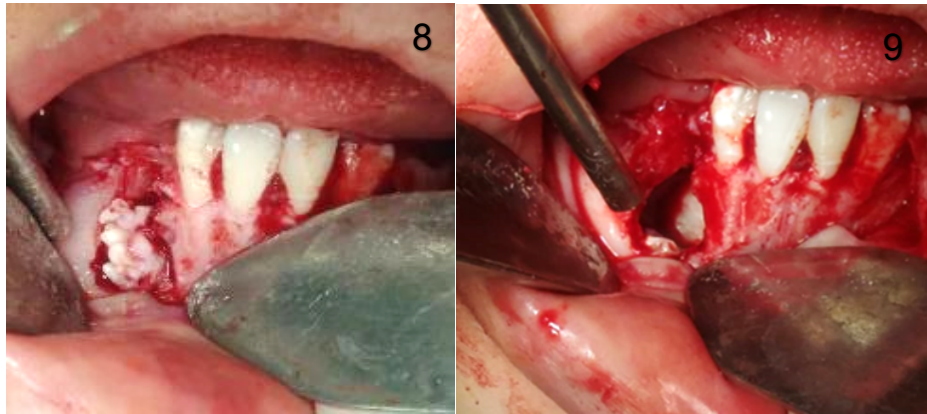
via alveolar sem intercorrências. Foi necessária uma osteotomia vestibular (broca esférica nº 08 para peça reta), para visualização do OC e facilitar sua exérese, foi realizada a enucleação da lesão, sendo removida a membrana que envolvia o odontoma e curetagem cuidadosa da região, conferindo a remoção de todos os dentículos, evitando danos a unidade 43 (Figuras 8 e 9). Foram realizadas suturas em ponto simples para reposicionamento do retalho utilizando fio absorvível monocryl 4-0 (Figuras 10 e 11). Paciente permaneceu em internação por 24 horas para observação do pós-operatório imediato.



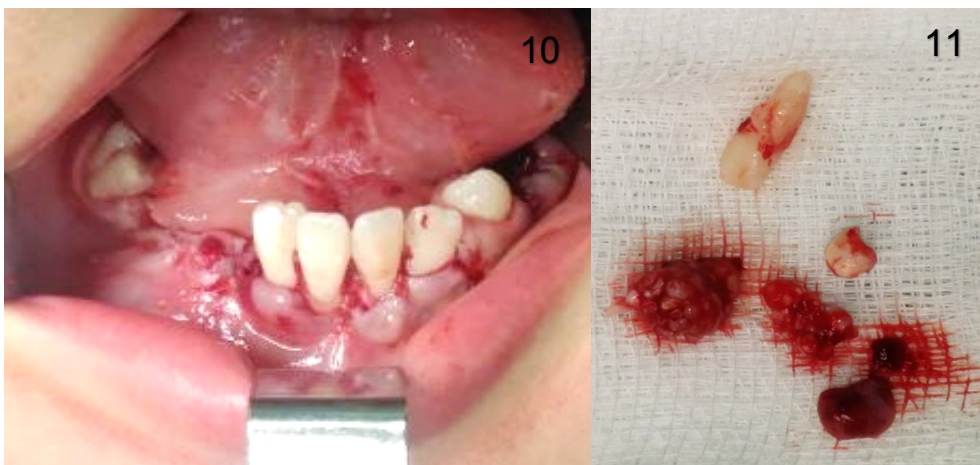
**Figuras 4 e 5** - Etapa transoperatória: frenectomia lingual utilizando bisturi elétrico



**Figuras 6 e 7**- Etapa Transoperatória: Anestesia local e retalho mucoperiosteal com exposição óssea da região abaixo ápice 83.



**Figuras 8 e 9** - Etapa Transoperatória: exodontia da unidade 83 com osteotomia vestibular para exposição do odontoma. Remoção da lesão com visualização da unidade.



**Figuras 10 e 11** - Etapa Transoperatória: Sutura do retalho e peça cirúrgica com dente 83.



**Figuras 12 e 13** - Etapa Pós-Operatória (15 dias): Sutura em posição em processo de cicatrização da mucosa e mobilidade lingual satisfatória.

Após 15 dias, foi realizado o acompanhamento pós-operatório em ambulatório. Paciente mantinha quadro de hiperatividade, mas pode-se observar suturas ainda em posições compatíveis com tipo de fio, sem quadro de edema ou infecção. A movimentação lingual estava compatível com pós cirúrgico, com mobilidade satisfatória (Figuras 12 e

13). Na radiografia de controle, foi observado alvéolo pós extração com área radiolúcida acima do dente 43, sem sinais de alterações dignas de nota (Figura 14).

Paciente foi orientado a retornar a fonoaudióloga após 30 dias de cirurgia para início da terapia fonoaudiológica.

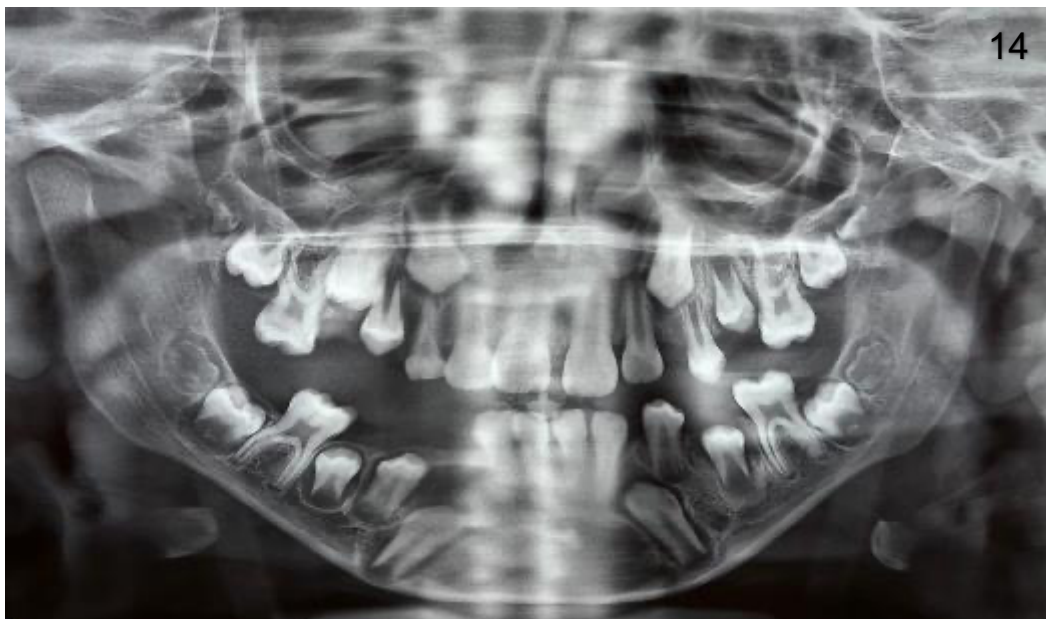


Figura 14- Radiografia panorâmica de controle para avaliação pós-operatória.

## DISCUSSÃO

A deficiência intelectual (DI) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado pelo déficit de cognição e função adaptativa com início durante o período de desenvolvimento<sup>23</sup>. As crianças acometidas muitas vezes apresentam-se ao pediatra geral com queixa de atraso na fala/linguagem, alteração do comportamento, ou baixo rendimento escolar<sup>1</sup>. Atualmente há um consenso de que o DI é mais comum no sexo masculino, devido à um achado atribuído às numerosas mutações dos genes encontrados no cromossomo X<sup>24</sup>.

Aproximadamente 85% dos casos de DI, são classificados como leve, que é geralmente diagnosticado após os 5 anos de idade, no período escolar, quando ocorre uma maior demanda social e intelectual. Em mais de 50% dos pacientes portadores desta deficiência, outras condições psiquiátricas estão presentes, sendo as mais comuns, o transtorno de controle do impulso, de ansiedade, do humor e TDAH<sup>25</sup>. O caso clínico exposto corrobora com os dados encontrados na literatura, paciente do sexo masculino de 08 anos, compareceu ao serviço com diagnóstico pela pediatra de DI leve e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, claramente observados já na consulta inicial.

TDAH é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais complexos e duradouros, que é um desenvolvimento de uma condição neurobiológica que afetará o comportamento das crianças<sup>8</sup>. A

presença de hiperatividade, impulsividade, desatenção, bem como problemas de gerenciamento de ansiedade e comportamento são os sintomas clássicos<sup>26/27</sup>.

Desta maneira, esses pacientes não conseguem ficar focados no tratamento dentário, por isso o manejo odontológico é um dos aspectos mais desafiadores no tratamento. Em termos de necessidades dentais, muitos desses pacientes não podem cumprir os cuidados ambulatoriais de rotina e muitas vezes exige o uso de sedação ou anestesia geral para fornecer um ambiente seguro e controlado para atendimento integral<sup>28</sup>. A literatura mencionada está de acordo com relato deste caso, o paciente se apresentou inquieto e pouco cooperativo ao atendimento odontológico, sendo necessário o uso de anestesia geral para a realização dos tratamentos.

No caso reportado, o tratamento de anquiloglossia foi realizado em ambiente hospitalar. Essa patologia pode apresentar manifestações clínicas variadas, desde casos leves e com pouco significado clínico, até casos raros de AQ completa, em que a língua é totalmente fusionada ao assoalho bucal<sup>16</sup>. O frênulo lingual alterado traz consigo uma série de consequências e sua permanência com o crescimento também traz prejuízos relacionados à dicção, à mastigação, à deglutição, devido a restrição da mobilidade lingual em vários graus<sup>29/30</sup>, o que leva a muitas crianças a tratamento com fonoaudiólogo.

A maior incidência de AQ foi observada entre

crianças menores de um ano de idade<sup>31</sup>. A partir de 2015, passou a ser obrigatória (Lei nº 13.002), na rede pública de saúde, a realização do “Teste da Linguinha”<sup>32</sup>, que prevê que ao nascimento, o recém-nascido deverá ser avaliado clinicamente com o objetivo de constatar previamente a AQ e se necessário for indicar a cirurgia, evitando complicações futuras<sup>33</sup>. A conduta do diagnóstico e tratamento pode ser orientada por diversos profissionais da saúde como o médico pediatra, odontopediatra e fonoaudiólogo<sup>34/35</sup>. Paciente relatado no caso, foi encaminhado pela fonoaudióloga para tratamento cirúrgico em momento tardio, com alterações de fala, devido a procura demorada por atendimento por parte dos familiares (após os 06 anos de idade), o que se contrapõe a maioria dos casos relatados na literatura, nos quais se é realizado o tratamento no primeiro ano de vida.

A segunda alteração descrita no caso foi o odontoma composto, que se caracteriza como uma anomalia dentária associada a erupção retardada e/ou acidentalmente detectada em exame de imagem de rotina. São descobertos principalmente durante período de erupção dentária permanente<sup>36/37</sup>. Radiograficamente, é visualizado múltiplas pequenas estruturas calcificadas que se assemelham a microdentes rodeados por uma zona radiolúcida, em 10% dos casos na mandíbula<sup>38-40/19</sup>. No caso citado, foi solicitado exame radiográfico panorâmico inicial para planejamento do tratamento odontológico, e observado a presença de odontoma e impacção do dente 43, corroborando a literatura.

Tratamento odontológico para pacientes com deficiência são comumente realizados sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, em uma única sessão, pois é o local ideal para garantir a segurança desses pacientes<sup>41</sup>, principalmente quando as técnicas de gestão comportamental no ambulatório são falhas<sup>42</sup>.

Apesar da modernização das técnicas de controle comportamental e de sedação farmacológica, há casos em que a reabilitação dentária sob anestesia geral é a única opção terapêutica para fornecer um tratamento odontológico seguro e eficaz<sup>43/44</sup>.

O tratamento do paciente relatado está de acordo com a literatura, tanto em relação ao seu comportamento não cooperativo na cadeira odontológica, em decorrência do TDHA, quanto os procedimentos que viriam a ser realizados, bem como a impossibilidade de cooperação extrema do paciente. Desta forma, foi optado para segurança e eficácia do tratamento, que tais fossem

realizados sob anestesia geral, obtendo assim o êxito esperado no final do tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma conclui-se que a assistência odontológica ideal para o paciente com deficiência, deve ser de maneira individualizada, levando em consideração sua capacidade cooperativa na cadeira odontológica e a complexidade dos procedimentos a serem realizados. Outro fator de extrema importância com relação ao atendimento desses pacientes é conhecer o diagnóstico médico, uma vez que a abordagem odontológica deve ser diferenciada em cada grupo de deficiência, avaliando-se os riscos, as necessidades versus oportunidades e o custo/benefício para o tratamento odontológico, seja em ambulatório, ou em ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MM. Retardo mental. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro. 1997; 80(2): 71-82.
2. Trentin, MS, Costa AAI, Barancelli M, Marceliano-Alves MFV, Miyagaki DC, Carli JP. Prevalence of dental caries in patients with intellectual disabilities from the Association of Exceptional Children's Parents and Friends of Southern Brazil. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. Campinas. Dec. 2017; 65 (4): 352-358.
3. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. Children and adolescents with developmental disabilities in the pediatric outpatient clinic. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(1): 33-42.
4. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. *Pediatrics*. 2002; 110(5):63.
5. Couto PSS. Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve. Covilhã, Portugal; 2018. [Tese de Doutorado - UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR Ciências da Saúde].
6. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil*. 2011; 36(2):137-43.
7. Friedlander AH. Attention-deficit hyperactivity disorder: setting the record straight. *Spec Care Dentist*. 2004; 24:249.
8. Alqahtani MM. Attention-deficit hyperactive disorder in school-aged children in Saudi Arabia. *Eur J Pediatr*. 2010; 169:113-7.
9. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.



10. Blumer S, Khoury RS, Peretz B. A prevalência de pacientes com TDAH entre dentistas pediátricos em Israel e o conhecimento dos aspectos dentários e comportamentais de tratá-los. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018; 42(3):212-16.
11. Friedlander AH, Yagiela JA, Mahler ME, Rubin R. The pathophysiology, medical management and dental implications of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Dent Assoc*. 2007; 138: 475-82.
12. Moreira MT, Remor KYT, Sakae TM, Blatt CR. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: prevalência e uso de psicofármacos em crianças de um ambulatório no sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2017; 46(3): 106-17.
13. Haas NAT, Alves UM, Rocha VCF. O desafio do diagnóstico oral em pacientes especiais. *RFO*. 2009; 14(3): 211-5.
14. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. *Pediatrics*. 2002; 110(5):63.
15. Pinto ABR, Crispim JB, Lopes TS, Stabile AM, Santin GC, Fracasso MLC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre o diagnóstico e conduta para anquiloglossia em bebês. *Saúde e Pesquisa*. 2019; 12(2): 233-240.
16. Braga LAS, Silva J, Pantuzzo LC, Motta AR. Prevalência de alterações de frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Rev CEFAC*. 2009; 11(3): 378-90.
17. Neville B, Damm DD, Allen CM, chi AC. *Patologia oral e maxilofacial*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2016.
18. França DCC. *Variações de normalidade e patologias bucais em crianças com deficiência, assistidas em um Centro Odontológico Especializado do Brasil*. São Paulo; 2012. 171 f. [Tese de doutorado - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106042>>.
19. Regezi JA, sciubba JJ. *Patologia Bucal: Correlações clínico patológicas*. Trad. 5ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2008.
19. Khan N, Shrivastava N, Shrivastava TV, Samadi FM. An unusual case of compound odontoma associated with maxillary impacted central incisor. *Natl J Maxillofac Surg*. 2014; 5:192-4.
20. Andrade APP, Eleutério ASLE. Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro. Jan./jun 2016; 72(1/2): 66-9.
21. Piovesana AMSG. Encefalopatia crônica (paralisia cerebral) etiologia, classificação e tratamento clínico. In: Fonseca, LF. 2002; 3(1): 18-48.
22. Lee PY, Chou MY, Chen YL, Chen LP, Wang CJ, Huang WH. Comprehensive dental treatment under general anesthesia in healthy and disabled children. *Chang Gung Med J*. 2009; 32(1): 636-42.
23. Marrus N, Hall L. Intellectual disability and language disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2017; 26(3): 539-54.
24. Patterson MC, Zoghbi HY. Mental retardation. X marks the spot. *Neurology*. 2003; 61: 156-7.
25. Yudofsky SC. *Essentials of Clinical Psychiatry*. Am Psychiatry Pub, INC, 2004.
26. Biederman, J. et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 343-51.
27. Broadbent JM., Ayers KM, Thomson WM. Is attention-deficit hyperactivity disorder a risk factor for dental caries? A case-control study. *Caries Res*. 2004; 38: 29- 33.
28. Taghizadeh N, Davidson A, Williams K. Autism spectrum disorder (ASD) and its perioperative management. *Paediatr Anaesth*. 2015; 25(11): 1076-78.
29. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: the adolescent and adult perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003; 128(5): 746-52.
30. Srinivasan B, Chitharanjan AB. Skeletal and dental characteristics in subjects with ankyloglossia. *Prog Orthod*. 2013; 14(1): 1-7.
31. Ellehaug E, Jensen JS, Gronhoj C, Hjuler T. Trends of ankyloglossia and lingual frenotomy in hospital settings among children in Denmark. *Danish medical journal*. 2020; 67(5):A01200051.
32. Agostini OS. *Cartilha do teste da linguinha: para mamar, falar e viver melhor*. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014.
33. Sousa EA. Teste da linguinha agora é obrigatório. [publicação na web]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/86749-teste-da-linguinha-agora-e-obrig>
34. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev CEFAC*. 2012; 14(1): 138-45.
35. Martinelli, RLC; Marchesan, IQ; Berretin-Felix, G. Protocolo para avaliação do frênulo lingual para bebês: Relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC*. 2013; 15(3): 599-610.
36. Singh S. Management of unerupted central incisor due to compound odontoma: A case report. *Int J Oral Maxillofac Pathol*. 2012; 3: 45-8.
37. Nammalwar RB, Moses J. A Rare Association of Compound Odontome with Missing Lateral Incisor. *Int J Clin Paediatr Dent*. 2014; 7: 50-3.
38. Bhasker SN. *Synopsis of oral pathology*. 6ª ed. St Louis: CV Mosby Co. 1977; :241-84.
39. Oliveira BH, Campos V, Marçal S. Compound

- odontoma – diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent*. 2001; 23(2): 151–157.
40. Pillai A, Moghe S, Gupta MK, Pathak A. A complex odontoma of the anterior maxilla associated with an erupting canine. *BMJ Case Rep*, 2013; (bcr2013200684).
41. Roeters J, Burgersdijk R. The need for general anesthesia for the dental treatment of mentally handicapped patients: a follow-up study. *J Dent Child*. 1985; 52: 344-46.
42. Veerkamp J, Porcelijn T, Gruythuysen R. Intravenous sedation for outpatient treatment of child dental patients: an exploratory study. *J Dent Child*. 1997; 64: 48-54.
43. Loyola-Rodriguez JP, Zavala-Alonso V, Gonzalez-Alvarez C, Juarez-Lopez L, Patiño-Marin N, Gonzalez C. Dental treatment under general anesthesia in healthy and medically compromised/developmentally disabled children: a comparative study. *J Clin Pediatr Dent*. 2009; 34:177-82.
44. Ramazani N. Different Aspects of General Anesthesia in Pediatric Dentistry: A Review. *Iran. J. Pediatr*. 2016; 26.

**Endereço para correspondência**

**Pâmela Kalliny Soares de Sá**  
E-mail: [pamela.kalliny@souunit.com.br](mailto:pamela.kalliny@souunit.com.br)

