



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DE UM PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Trabalho submetido por
Thaissa Ribeiro Brito dos Santos

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Abordagem multidisciplinar de um paciente odontopediátrico: A propósito de um caso clínico.

Trabalho submetido por
Thaissa Ribeiro Brito dos Santos
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Ana Raquel Garcia Barata

e coorientado por
Prof. Doutora Gunel Mammadova Nazim Kizi

Setembro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese de mestrado aos meus pais, Keropp Brito e Valéria Brito, meu filho, Arthur Brito Vieira, meu marido, Diego Santos e minha irmã, Ivna Carvalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha querida orientadora, Prof. Doutora Ana Raquel Barata por toda a sua disponibilidade, por toda a sua competência, seu carinho e por ter aceitado e acreditado em mim para a execução desse trabalho.

Agradeço à minha co-orientadora, Prof. Doutora Gunel Kizi por todo o apoio que me deu na tese.

A Deus por me dar a vida, por me proteger e guardar debaixo do seu amor, me dar saúde para que eu pudesse caminhar e chegar até aqui.

Aos meus pais, Keropp e Valéria, que me deram todo o apoio financeiro e emocional, abriram as portas da sua casa e dos seus corações para me receber com todo o amor durante mais um período importante da minha vida, que foi a realização desse curso, aqui em Portugal. A vocês, meus pais tão amados, toda a minha gratidão e amor.

A minha irmã, Ivna, que eu tanto amo e que esteve por perto, sempre disposta a me ajudar no que eu precisasse. Agradeço imenso pelas palavras de incentivo durante essa e outras jornadas da minha vida.

Ao meu amado marido, Diego, que todo o tempo esteve me incentivando, mesmo distante fisicamente, sempre se fazendo presente, me lembrando o quanto precisamos seguir em frente, sendo meu amigo e companheiro em todos os momentos dessa nossa caminhada.

Ao maior amor da minha vida, aquele que me transformou como ser humano e que é a minha prioridade sobre todas as coisas. Meu amado filho, Arthur. Meu companheiro de todos os momentos desde que nasceu. Muito obrigada, filho, você é o meu combustível, minha alegria, minha força, a razão do meu caminhar, razão da minha existência, a minha vida. Foi pensando em você que a mamãe fez cada exame, cada trabalho, cada atendimento na clínica, durante todo esse mestrado. Todos os passos dados por mim, sempre para e por você.

Meus agradecimentos aos integrantes do meu trio clínico, Javier Neto e Thalita Sorrilha, que foram mais do que excelentes colegas de trabalho, pessoas que tornaram, essa caminhada mais suave e feliz. Amigos queridos que estarão para sempre presentes no meu coração.

Por fim agradeço aos amigos queridos, que fiz ao longo do curso. Agradeço aos professores e aos funcionários da Universidade Egas Moniz .

O meu muito obrigada a cada um de vocês.

RESUMO

O bruxismo é definido como um hábito parafuncional, caracterizando-se pelo ato de ranger ou apertar os dentes, podendo ocorrer tanto durante o dia como à noite, sendo uma das principais queixas que levam os pais a procurar um odontopediatra. Este hábito parafuncional têm um impacto negativo na qualidade de vida tanto da criança como da família, comprometendo o bem-estar de ambos.

A etiologia do bruxismo é multifatorial. Alguns autores defendem que pode estar associado a vários fatores, nomeadamente: dentários, fisiológicos, psicológicos e neurológicos, o que pode implicar um tratamento multidisciplinar.

O hemangioma é um tumor benigno de origem vascular e considerado o mais comum na infância, com incidência entre 2 e 12% em recém-nascidos. Forma-se ainda na fase embrionária do desenvolvimento da criança, apresentando o seu pico de desenvolvimento nos primeiros meses de vida, depois podendo estagnar, regredir ou até desaparecer. É uma lesão assintomática e que pode estar localizada nos lábios, língua, mucosa jugal e palato, com predileção no género feminino (3:1).

Clinicamente esse tumor pode ser plano ou elevado, com superfície lisa ou nodular e com tamanhos variados.

Devido a elevada relevância clínica do tema, o objetivo deste trabalho consistiu em relatar o caso clínico de um paciente do género masculino, com 7 anos que apresenta sinais clínicos compatíveis com bruxismo e um hemangioma no lábio e freio labial superior.

Em 2014, o paciente residente no Brasil, foi submetido a aplicações de laser ao hemangioma. Em 2020 mudou-se para Portugal e recorreu à consulta de odontopediatria na Clínica Universitária Egas Moniz, onde é seguido até a data. O tratamento consistiu numa abordagem multidisciplinar, onde foram abrangidas várias áreas da medicina dentária.

O caso clínico irá englobar uma breve revisão de literatura para contextualização do tema e a abordagem clínica será baseada na revisão bibliográfica.

Palavras-Chave: Odontopediatria; Hemangioma; Bruxismo; Infância.

ABSTRACT

Bruxism is defined as a non-functional habit, characterized by the act of grinding, or clenching your teeth, which can happen both during the day and at night.

One of the main complaints that leads parents to seek out a pediatric dentist is bruxism. This parafunctional habit has a negative impact on the quality of life of both the child and the family, compromising both.

The etiology of bruxism is multifactorial. Some authors argue that it can be associated with several factors, such as: dental, physiological, and neurological.

Due to its multifactorial etiology, it must involve professionals such as pediatricians, psychologists, pediatric dentists and otorhinolaryngologists.

Hemangioma is a benign tumor of vascular origin and considered the most common in childhood, with an incidence of between 2 and 12% in newborns. It is also formed in the embryonic phase of the child's development, having its greatest activity in the first months of development. Then it can stagnate, regress, or even disappear.

It is an asymptomatic lesion and may be located on the lips, tongue, cheek mucosa and palate, with a predilection for females (3: 1).

Clinically, this tumor may be flat or elevated, with a smooth or nodular surface and with varying sizes.

Due to the high clinical relevance of the theme, I propose the presentation of a clinical case, of a child, male, with 7 years old who presents clinical signs compatible with bruxism and a hemangioma on the lip and upper lip.

In 2014, the patient residing in Brazil, underwent laser applications to the hemangioma. In 2020, he moved to Portugal and sought a pediatric dentistry consultation at the Clínica Universitária Egas Moniz, where he has been followed up to date. The treatment consisted of a multidisciplinary approach, which covered several areas of dentistry.

The clinical case will include a brief literature review to contextualize the theme and the clinical approach will be based on the literature review.

Key-Words: Odontopediatria; Hemangioma; Bruxism; Childhood.

Índice Geral

I. Introdução.....	9
1. Hemangioma.....	9
1.1 Definição de Hemangioma infantil.....	9
1.2. Prevalência.....	10
1.3. Etiologia.....	10
1.4. Características clínicas.....	10
1.5. Diagnóstico.....	11
1.6. Diagnóstico diferencial.....	11
1.7. Tratamento.....	12
2. Bruxismo	13
2.1 Definição do Bruxismo na infância.....	13
2.2. Prevalência Bruxismo.....	14
2.3. Etiologia características clínicas.....	15
2.4. Diagnóstico do bruxismo na infância.....	16
2.5. Abordagens e estratégias terapêuticas.....	18
2.6. Características psicológicas destes doentes.....	19

II. Descrição do caso clínico.....	21
III. Discussão.....	41
IV. Conclusão.....	45
V. Bibliografia.....	47
VI. ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fotografia extra-oral (07/10/2013).....	22
Figura 2. Fotografia intra-oral (07/10/2013)	22
Figura 3. Fotografia extra-oral (13/12/2013).....	23
Figura 4. Fotografia intra-oral (13/12/2013)	23
Figura 5. Fotografia extra-oral (14/03/2014).....	24
Figura 6. Fotografia intra-oral (14/03/2014)	24
Figura 7. Fotografia extra-oral (27/09/2014).....	25
Figura 8. Fotografia extra-oral (23/01/2015).....	26
Figura 9. Fotografia extra-oral (09/03/2017).....	27
Figura 10. Fotografia extra-oral (24/08/2017).....	28
Figura 11. Ortopantomografia (2020)	29
Figura 12. Telerradiografia de perfil (2020)	30
Figura 13. Traçado cefalométrico (2020).....	30
Figura 14. Ficha Dentária Internacional	31
Figura 15. Fotografia extra-oral inicial (12/03/2021).....	32
Figura 16. Fotografia extra-oral perfil inicial (12/03/2021).....	32
Figura 17. Fotografia intra-oral frontal inicial(12/03/2021).....	33
Figura 18. Fotografias intra-orais laterais iniciais (12/03/2021).....	33
Figura 19. Fotografias intra-orais oclusais iniciais (12/03/2021).....	33
Figura 20. Fotografia após impressão (12/03/2021).....	34
Figura 21. Fotografias dos modelos de gesso (12/03/2021).....	34
Figura 22. Fotografia aparelho inferior (23/04/2021)	35
Figura 23. Fotografia aparelho superior (23/04/2021)	36
Figura 24. Fotografia intra-oral com aparelho (07/05/2021).....	36
Figura 25. Fotografias intra-orais com aparelho colocado (07/05/2021).....	37
Figura 26. Fotografias intra-orais sem aparelho (25/06/2021).....	38
Figura 27. Fotografias intra-orais com aparelho colocado (09/07/2021).....	39
Figura 28. Fotografia intra-oral com aparelho colocado (03/09/2021)	40
Figura 29. Fotografia intra-oral sem aparelho colocado (03/09/2021).....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

DTM – Disfunção tempromandibular

EMG – Eletromiografia

HI – Hemangioma Infantil

OSA – Apnéia Obstrutiva do Sono

PDL – Laser de Corante Pulsátil

RME – Expansão Rápida da Maxila

SB – Bruxismo do Sono

FDI – Ficha dentária Internacional

I. INTRODUÇÃO

1. Hemangioma

1.1. Definição de Hemangioma infantil (HI)

O hemangioma infantil é um dos tumores benignos mais comum da infância, normalmente aparece nas primeiras semanas de vida e apresenta um crescimento rápido, seguido por um período gradual de não evolução (Chen et al., 2020; Lie et al., 2018).

As lesões podem estar ausentes ou evidentes no nascimento, e as lesões iniciais são frequentemente confundidas com algum tipo de trauma que possa ter ocorrido durante o nascimento da criança. Com cerca de 2 a 4 semanas de vida, normalmente o Hemangioma fica visível, entrando a partir desse momento num período com rápido crescimento linear (Chen et al., 2020; Lie et al., 2018).

Existe uma grande variação na taxa e duração do crescimento, mas alguns estudos realizados destacaram que, em média, um hemangioma infantil atinge cerca de 80% do seu tamanho final em 5 meses e completa o seu crescimento em média aos nove meses de idade da criança. A fase subsequente é a involutiva, sendo mais prolongada e tendo concluído a sua involução aos 48 meses e com poucas mudanças, ocorrendo até aos 3 a 5 anos de idade. (Olsen et al., 2020; Li et al., 2019).

O hemangioma infantil superficial é o subtipo mais comum, não invade a derme papilar e apresenta-se em forma de uma mácula, pápula ou placa de cor rosa brilhante a vermelha. Já o Hemangioma infantil profundo geralmente apresenta-se com nódulos subcutâneos com descoloração azul-claro. Há ainda, o Hemangioma misto, que contém componentes superficiais e profundos (Olsen et al., 2020).

1.2 Prevalência

O hemangioma é considerado a malformação vascular mais comum em crianças com uma prevalência de 5-10% de casos em bebês. Geralmente desenvolve-se na infância e a sua incidência é maior quando associada a fatores como sexo feminino, raça caucasiana, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, gestações múltiplas e anomalias durante a gestação (Satterfield & Chambers, 2019).

A patogênese exata do Hemangioma Infantil permanece desconhecida, sendo esta considerada multifatorial, mas as principais teorias sugerem que a hipóxia local pode desencadear angiogênese e vasculogênese. Estudos realizados revelam que 2% dos pacientes com Hemangioma Infantil podem apresentar episódios fatais, como obstrução das vias aéreas ou comprometimento cardíaco. O mesmo estudo relata que 31% dos pacientes sofrem consequências que alteraram a sua vida, incluindo ulceração, desfiguração permanente e comprometimento funcional das estruturas visuais e auditivas (Olsen et al., 2020; Kralik et al., 2018).

1.3 Etiologia

Este tipo de lesão torna-se evidente logo após o nascimento, tem um período proliferativo e sofre um processo de involução lento subsequente. Geralmente assintomáticos, aproximadamente 10% requerem tratamento durante a fase proliferativa para ulceração, hemorragia, comprometimento funcional e visual. Além disso, pode acontecer redundância cutânea residual, resíduos fibrosos e gordurosos e telangiectasia. De acordo com estudos realizados, a prematuridade pode ser considerada um fator de risco para o hemangioma infantil (Polites et al., 2019).

1.4 Características clínicas

Embora sejam tipicamente benignos, tanto microscopicamente quanto no comportamento clínico, podem comprometer a respiração ou a alimentação, obstruir a visão, levando à ambliopia, causar insuficiência cardíaca de alto débito ou hipotireoidismo. Devido ao envolvimento visceral, pode ocorrer ulceração dolorosa e hemorragia. Podem

estar associados a anormalidades genitorinárias graves, ou levar a alterações permanentes e deformidade estética residual significativa. Hemangiomas infantis são descritos como localizados (focais), o que significa que são confinados espacialmente, ou segmentares. As lesões podem ser indeterminadas, superficiais (na derme), profundos (no tecido adiposo), ou de morfologia mista (Lee & Bercovitch, 2013).

1.5 Diagnóstico

Segundo estudos, o diagnóstico de hemangioma pode ser feito por exame físico e clínico. O tratamento médico pode ser iniciado pelos seguintes motivos: rápido crescimento, localização, ou um Hemangioma complicado associado a hemorragia, ulceração ou dor (Polites et al., 2019).

1.6 Diagnóstico diferencial

O Hemangioma infantil pode ser encontrado na cabeça e rosto, extremidades e outras regiões do corpo. O hemangioma não complicado pode se resolver espontaneamente até aos 5 anos de idade da criança, e a partir dessa idade, quase 50% dos hemangiomas simples tornam-se involuídos (Dachlan et al., 2020).

Alguns dos hemangiomas profundos estão localizados por via subcutânea ou mesmo no septo orbital, mostrando apenas protuberâncias locais e massas palpáveis sob a pele normal. Combinado com características clínicas e de exame de imagem um diagnóstico preliminar pode ser feito, mas ainda precisa ser distinguido de outros tumores ricos em suprimento de sangue (como o angioendotelioma e o hemangiossarcoma). (Kralik et al., 2018). Nestes casos, uma biópsia pode ser realizada para confirmar o diagnóstico. Os hemangiomas periorbitais, por exemplo, têm características especiais de crescimento e podem ser diagnosticados pela aparência, ultrassom, tomografia computadorizada e propranolol como terapia experimental, se necessário (Sun et al., 2020; Bonafede et al., 2020).

1.7 Tratamento

Existem muitas terapias clínicas para pacientes com Hemangioma infantil que podem ser usadas, tais como excisão cirúrgica, laser, injeções de corticosteróides, embolização, criocirurgia, radioterapia e ciclofosfamida. Até agora, o medicamento mais comumente usado foi a prednisolona oral. O uso do Propranolol é considerado seguro para tratar Hemangiomas, quando administrado em pacientes apropriados (Alsaid & Al-Musalhi, 2020). A Prednisolona oral e propranolol mostram excelentes resultados quando usados individualmente e a combinação dos dois componentes reduz significativamente o tamanho do tumor na fase de proliferação, com incidência mínima de efeitos colaterais leves. As crianças têm alta tolerância com este método, o tratamento combinado é altamente seguro e produz uma diferença significativa na prática clínica (Dachlan et al., 2020; Abdel-Aziz et al., 2021).

O uso de glucocorticóides para o tratamento de hemangiomas refratários e complicados foi durante muito tempo a terapia de escolha. No entanto, complicações locais e sistêmicas dos glucocorticóides sempre foram consideradas questões preocupantes. Em 2008, os Glucocorticóides começaram a ser substituídos pelo propranolol oral no tratamento de hemangiomas graves, os β -bloqueadores substituíram gradualmente os glucocorticóides como primeira linha de terapia para os hemangiomas e assim tem sido até aos dias atuais (Sun et al., 2020; Lee & Bercovitch, 2013; Zhang et al., 2020).

Nos últimos anos o tratamento precoce tem sido preconizado devido, em parte a dados de segurança sobre opções de tratamento, como β -bloqueadores, bem como o crescente reconhecimento de que a intervenção precoce pode prevenir danos permanentes (Lahrichi et al., 2018).

Um hemangioma infantil pode exigir terapia sistêmica se atender a um dos seguintes critérios:

(1) em risco de complicações com risco de vida, como um hemangioma das vias aéreas, que causa obstrução ou hemangioma hepático causando insuficiência cardíaca congestiva;

(2) com risco de comprometimento funcional, assim como os hemangiomas que

afetam as estruturas envolvidas na alimentação, visão e audição;

(3) em risco ou presença de ulceração;

(4) em risco para desfiguração permanente, incluindo cicatrizes ou destruição de estruturas anatómicas importantes (Moyakine et al., 2017).

Nesses casos o início oportuno do tratamento dá-se no início da fase proliferativa, ou seja, idealmente em torno de 1-2 meses de idade, pois essa fase é crítica para prevenir danos permanentes. A ressecção urgente e tratamentos com laser (PDL) são geralmente reservados para os casos de hemangiomas que já completaram a involução e requerem reconstrução de estruturas anatómicas ou que seja necessário fazer ressecção de tecido fibrogorduroso residual. O uso de Laser (PDL) no tratamento de hemangiomas ulcerados foi relatado em alguns casos, mas o consenso de especialistas sugere que o propranolol oral continua a ser o tratamento mais eficaz, mesmo quando há presença de ulceração. Devido a natureza extremamente vascular dos hemangiomas infantis e da eficácia do propranolol oral, a ressecção durante a proliferação raramente é indicada, apenas em casos de lesões que estejam a obstruir ou deformar estruturas ou funções vitais, como a visão e a via aérea (Xu et al., 2020).

Ao determinar um cronograma para intervenções cirúrgicas, deve-se levar em consideração o risco anestésico na faixa etária do paciente em questão, bem como o desejo de limitar o número total de procedimentos a serem realizados. A cirurgia reconstrutiva é idealmente realizada em torno de 3-5 anos de idade, a fim de minimizar qualquer impacto psicológico na vida da criança (Olsen et al., 2020; Zhang et al., 2020).

2. Bruxismo

2.1. Definição de Bruxismo da infância

Diversos sistemas fisiológicos compõem o ser humano, tendo cada um a sua função. Esses sistemas funcionam em conjunto e dessa forma, garantem um adequado funcionamento do organismo. O sistema mais importante para o Médico Dentista é o estomatognático, composto por estruturas musculares, esqueléticas, ATM, tecidos de suporte, dentes, sistema vascular linfático e também nervoso. As suas principais funções estão associadas com mastigação, sucção, deglutição, degustação e fala sendo que a

eficácia dessas ações depende do funcionamento efetivo e equilibrado das estruturas que integram o sistema estomatognático (Insana et al., 2013).

O termo bruxismo é derivado da palavra grega *brygmos*, cujo significado é “ranger os dentes.” Sendo uma atividade parafuncional, é assim descrito e relatado ao longo da história (Bach et al., 2019). Considerado um hábito inconsciente, o bruxismo pode apresentar-se como mobilidade, desgaste dentário, assim como dor articular e na musculatura (Jacobs et al., 2016).

O aperto e ranger dos dentes às vezes pode estar associado a dentição, nesse caso, tem um papel fundamental na saúde oral e no desenvolvimento maxilofacial. O bruxismo é considerado clinicamente mal adaptativo e patológico quando está associado ao desgaste dentário excessivo. São considerados fatores de risco para o Bruxismo patológico, o esforço psicológico ou físico, angústia, anormalidades comportamentais e distúrbios do sono. As modalidades atuais de tratamento em odontopediatria são frequentemente limitadas e concentram-se nas consequências do bruxismo como por exemplo, realização de restaurações dentárias e à compreensão e abordagem de fatores associados que podem predispor a repetitivos hábitos de atividade do músculo mastigatório (Oh et al., 2021).

2.2. Prevalência Bruxismo

O bruxismo é um hábito parafuncional comum, manifesta-se no decorrer da vida do indivíduo. Ocorre em cerca de 85% a 90% da população. Sua incidência é variável e possui valores subestimados. Pode haver variação de 6% a 95% e esta, se deve às metodologias utilizadas para o diagnóstico, à classificação do bruxismo e às características da população que está participando do estudo. (Carra et al., 2013).

Estudos apontam para uma prevalência na população infantil, entre os 14% e os 20% com tendência ao decréscimo no decorrer da vida. Comumente aparece na juventude, demonstrando uma prevalência de 13% entre os 18 e os 29 anos. O bruxismo é diagnosticado em cerca de 5% a 8% dos adultos, sendo que esta prevalência diminui para os 3% após os 60 anos de idade (de La Hoz-Aizpurua et al., 2011).

Segundo Oh et al., (2021), a prevalência de bruxismo em crianças é altamente variável com um intervalo de 3,5 a 40,6%. Identificar o bruxismo numa idade precoce é crucial pois é um fator de risco clínico para desgaste dentário e fraturas, além de fadiga muscular da mandíbula e dor.

Nos últimos anos, observou-se aumento de interesse no estudo desta parafunção, havendo uma crescente no número de publicações e de investigações discutindo esse tema. Mesmo assim, considera-se ainda importante que investimentos sejam cada vez mais destinados à abordagem desta parafunção, com o objetivo de evolução dos estudos num sentido mais multidisciplinar, quando comparado a visão atual (Dias et al., 2014).

2.3 Etiologia características clínicas

Estudos realizados mostram que os indivíduos com bruxismo apresentam níveis mais altos de catecolaminas na urina em comparação com os que não apresentam esse hábito parafuncional. Tais descobertas apoiam uma ligação entre stresse emocional e bruxismo, uma vez que o excesso de catecolaminas pode explicar a resposta do corpo ao stresse, a medida em que o sistema nervoso simpático é ativado, elevando, portanto, os níveis de catecolaminas do corpo. Crianças podem também aprender a apertar, observando por exemplo, um pai reagir ao stresse, raiva ou frustração, imitando seus comportamentos (Amato et al., 2015).

Também identificaram bruxismo como um fator de risco clínico no reconhecimento psicológico ou psiquiátrico de transtornos, como ansiedade grave ou patológica, transtornos de humor e de personalidade (Insana et al., 2013).

Dessa forma, a experiência de um psicólogo pode ser útil e os dentistas podem ser essenciais no encaminhamento para facilitar o tratamento e a educação do paciente. Além disso o controlo do sono visa reduzir qualquer influência do stresse psicológico no bruxismo noturno. São medidas a serem tomadas como evitar cafeína perto da hora de dormir, manter o quarto bem ventilado e uso de técnicas de relaxamento antes de dormir. Estudos realizados mostram uma incidência significativamente maior de bruxismo ocorrendo em crianças com hipertrofia das amígdalas. As crianças que sofrem de

obstrução das vias aéreas puxam a mandíbula para frente para manter mecanicamente uma melhor permeabilidade das vias aéreas e isso pode estimular o aumento do tônus das vias aéreas, levando ao bruxismo. Vários autores concluem assim, que a correção da obstrução das vias aéreas diminui os despertares durante o sono, levando a uma diminuição da atividade parafuncional do bruxismo. A respiração oral durante o sono, assim como a respiração oral enquanto acordado foram significativamente associados ao bruxismo (Oh et al., 2021).

A respiração pela boca interfere no ciclo do sono, afetando a oxigenação cerebral provocando contrações musculares involuntárias dos músculos da face, desencadeando o bruxismo noturno. Além do fato de que respirar pela boca levaria à secura oral, também contribuindo com aumento do desgaste dentário (Oh et al., 2021).

2.4. Diagnóstico do bruxismo na infância

O bruxismo consiste em atividade muscular de repetição da mandíbula caracterizada por apertar ou ranger os dentes e / ou movimento de apoiar ou empurrar a mandíbula, sendo comum o relato dos pais ou familiares ouvirem os seus filhos rangendo os dentes ser usado como método auxiliar no diagnóstico de bruxismo na infância (Clementino et al., 2017).

O padrão de eletromiografia (EMG) do bruxismo noturno ou do sono (SB) é produzido por episódios repetitivos e recorrentes de mastigação rítmica, atividade muscular (RMMA) dos músculos masséter e temporal, que geralmente estão associados ao despertar do sono (Huynh et al., 2016).

O bruxismo pode ocorrer durante o sono, a vigília (bruxismo acordado), ou em ambos os casos (Demir et al., 2004) e sua origem pode ser dividida em: fatores locais, sistêmicos, psicológicos, hereditários, e estar associado aos distúrbios do sono (Barbosa et al., 2008).

Existe correlação entre imaturidade do sistema mastigatório e neuromuscular da criança com bruxismo, com contatos dentários prematuros, interferências oclusais,

reabsorção radicular, presença de cálculo dentário, quistos dentígeros, dentes perdidos, excesso de material restaurador e tensão muscular . (Soares et al., 2021).

Há correlação do bruxismo com parasitoses, distúrbios gastrointestinais, problemas no sistema respiratório e endócrino, desnutrição, paralisia cerebral, Síndrome de Down e deficiência mental. Os problemas respiratórios relacionados a alergias, também podem ter associação com esta parafunção. (Britto & Santos, 2020; Christine et al., 2016).

O bruxismo é um fator de risco clínico para desgaste dentário e fraturas, fadiga muscular e dor (Jacobs et al., 2016). Identificar os sinais clínicos do bruxismo em idade precoce é fundamental para prevenir as consequências patológicas que podem ocorrer. (Serra-Negra et al., 2014).

Embora a fisiopatologia do bruxismo permaneça mal compreendida, a sua prevalência parece aumentar significativamente em indivíduos com distúrbios respiratórios e do sono. Este tem sido associado ao sono fragmentado, despertares durante o sono que levam ao aumento da atividade parafuncional e ativação dos músculos das vias aéreas superiores, como uma compensação para passagens estreitas das vias aéreas. Estudos realizados, mostram que há uma correlação positiva entre a carga de distúrbios respiratórios do sono devido à hipertrofia adenotonsilar, com bruxismo em crianças e melhora significativa após adeno tonsilectomia. No entanto, existem muitos indivíduos sem distúrbios respiratórios do sono que relatam ranger de dentes e sinais de desgaste dentário de moderado a grave. Outros fatores de risco conhecidos para bruxismo patológico incluem sofrimento psicológico ou físico, além de fontes não respiratórias de distúrbios do sono (Restrepo et al., 2017).

Segundo estudos realizados, o bruxismo noturno pode estar significativamente associado à respiração nasal prejudicada, respiração bucal, mobilidade restrita da língua e / ou hipertrofia tonsilar. O médico dentista deve estar preparado e ser capaz de diagnosticar (Oh et al., 2021).

Os Médicos Dentistas devem investigar a presença de distúrbios do sono quando observarem desgastes dentários resultantes do bruxismo noturno. Um diagnóstico precoce

do bruxismo pode ajudar a prevenir problemas subsequentes nas estruturas orofaciais e na saúde geral das crianças (Giannasi et al., 2014).

Quando uma criança é diagnosticada com bruxismo, esse diagnóstico pode ser um indicador de que está a acontecer algo de errado com o seu bem-estar, devendo assim, existir uma pesquisa mais profunda (Britto & Santos, 2020).

2.5 Abordagens e estratégias terapêuticas.

O diagnóstico deste hábito é feito através da cuidadosa e minuciosa anamnese realizada pelo Médico Dentista, na qual analisa-se também as questões psicológicas do doente. Após efetuar o diagnóstico e identificar a causa da parafunção, desenvolve-se um planeamento para tratar o doente. Apesar dos tratamentos realizados em casos de bruxismo ainda não serem muito bem definidos e esclarecidos, utiliza-se na maioria das vezes, terapias de carácter não invasivo, visando minimizar o hábito parafuncional (Saulue et al., 2015).

Exemplos de tratamentos utilizados para controlar os sintomas desta parafunção são: uso de placas miorelaxantes, toxinas botulínicas, fisioterapia e medicação (Britto & Santos, 2020).

Estudos mostram que anomalias ortodônticas e craniofaciais são comuns entre crianças que sofrem com apneia obstrutiva do sono. Essas crianças podem apresentar amígdalas aumentadas, uma via aérea superior estreita, estreitamento maxilar / palato, algum grau de retrognatismo mandibular, mordida cruzada, rosto comprido, respiração oral, olheiras, desgaste dentário, incompetência labial e uma posição baixa da língua. Além disso, os pais comumente relatam ronco, bruxismo, pesadelos, movimentos durante o sono e alterações de humor após vigília. A prevalência de apnéia obstrutiva do sono (OSA) na população pediátrica é cerca de 5,7%, podendo levar a transtornos comportamentais, cognitivos e de aprendizagem (Souto-Souza et al., 2020).

Estudos relatam que a prevalência de ronco e OSA em crianças com amígdalas aumentadas é 85 e 45%, respectivamente (Grechi et al., 2008).

Observa-se redução no ronco e AOS com o uso de expansão rápida da maxila (RME). O tratamento deve envolver uma equipa multidisciplinar e dependendo dos sintomas, varia de terapia cognitiva à cirurgia (Souza et al., 2020).

A persistência do padrão de respiração oral pode afetar o resultado do tratamento ortodôntico (Giannasi et al., 2014). Diante da etiologia multifatorial do bruxismo, não existe uma terapia capaz de suprimir totalmente os seus sinais e sintomas. O tratamento nos dias atuais, consiste na tentativa de diminuir os sintomas e as suas consequências sobre o sistema estomatognático e sobre a reabilitação oral destes doentes, englobando tratamento dentário, farmacológico e comportamental, (Britto & Santos, 2020).

2.6 Características psicológicas destes doentes.

Relata-se que existe associação entre crianças em idade escolar, que tiveram problemas de relacionamento com colegas ou de maneira geral, problemas sociais, emocionais, comportamentais e o bruxismo noturno. A presença de bruxismo pode ser um sinal de stresse ou tensão e ansiedade relacionados com hábitos orais prejudiciais. Crianças com stresse e com histórico de onicofagia ou objetos são mais propensas a ter bruxismo do sono. Nessa mesma linha, alguns traços de personalidade foram também associados a maior prevalência de bruxismo. Os pesquisadores também descobriram que o bruxismo noturno está associado a dificuldades na manutenção deste, atividade, ritmo social e padrões alimentares (Brancher et al., 2020; DOS SANTOS et al., 2020).

II. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

O paciente A.B.V, do gênero masculino, com 7 anos, aos 30 dias de vida foi diagnosticado com hemangioma de face. A mãe relatou que o paciente realizou tratamentos no Brasil, onde foi administrado Propranolol e realizou-se sessões de laser para controle do tumor e melhoria estética.

A programação do tratamento foi definida de acordo com o protocolo adotado na Clínica Ibirapuera, com Propranolol oral, conforme receita médica, iniciado em 10/11/2013.

Em 07/05/2015, o tratamento com propranolol oral foi suspenso, uma vez que a mãe relatou intercorrência clínica compatível com laringite, não relacionada com o hemangioma. A partir desta data o paciente passou a ser monitorizado e foram realizadas sessões de laser nas datas abaixo, conforme o protocolo adotado na clínica acima citada.

O Hemangioma será abordado neste caso clínico, uma vez que é um dos tumores mais prevalentes nas crianças com recorrência na face e na cavidade oral.

1. 1ª Consulta (07/10/2013)

Aos 49 dias de vida, o paciente compareceu na Clínica Ibirapuera (Brasil), para avaliação uma vez que apresentava manchas rosadas e escuras na face que persistiam desde o nascimento, com agravamento progressivo desde então. Após observação clínica e realização de exames foi diagnosticado ao paciente uma lesão compatível com Hemangioma da Infância. De seguida, delineou-se a melhor abordagem terapêutica diante o quadro clínico apresentado.

O tratamento passou por medicação farmacológica com o propranolol e foi marcada uma consulta de seguimento 2 meses após o início do tratamento.



Figura 1. Fotografia extra-oral (07/10/2013)



Figura 2. Fotografia intra-oral (07/10/2013)

2. 2ª Consulta (13/12/2013).

Com cerca de 30 dias de uso do propranolol oral, o paciente apresentou melhoria do quadro inflamatório, tonalidade rosa e redução do volume da lesão.



Figura 3. Fotografia extra-oral(13/12/2013)



Figura 4. Fotografia intra-oral (13/12/2013)

3. 3ª Consulta (14/03/2014).

Realizou-se aos 5 meses e 3 semanas de idade, e constatou-se uma melhoria acentuada, efetivando o resultado positivo do tratamento. Nesta altura, o doente

continuou a medicação com propranolol e preconizou-se iniciar após estabilização da lesão, terapia com sessões de laser.



Figura 5. Fotografia extra-oral (14/03/2014)

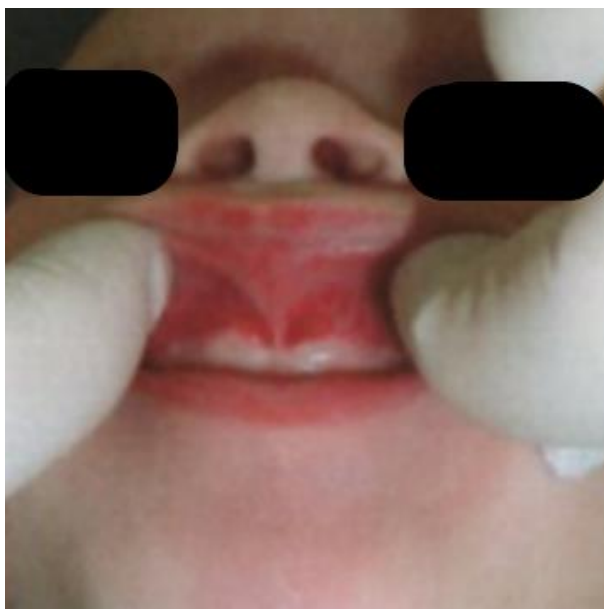


Figura 6. Fotografia intra-oral (14/03/2014)

4. 4ª Consulta (27/09/2014).

Realizou-se consulta de controlo e observou-se estabilização do quadro clínico sendo que as lesões foram diminuindo de tamanho.



Figura 7. Fotografia extra-oral (27/09/2014)

5. 5ª Consulta (23/01/2015).

Nesta consulta, foi observado que o quadro clínico das lesões apresentou melhorias acentuadas.



Figura 8. Fotografia extra-oral (23/01/2015)

Em 07/05/2015, o tratamento com propranolol oral foi suspenso, a mando do médico assistente, uma vez que havia uma elevada intercorrência clínica de laringite não relacionada com o hemangioma. Paciente apresentou sucessivos episódios de alergia respiratória e foi acompanhado, mas sem uso de medicação para o hemangioma.

Retornou às consultas presenciais em 2017 e neste mesmo ano iniciou as sessões de laser, conforme o protocolo utilizado na clínica onde era seguido, tendo como objectivo reduzir a coloração avermelhada típica dos vestígios da lesão do hemangioma, obtendo assim, melhoria na estética.

A mãe do paciente recebeu orientações que foram seguidas antes e após a realização das sessões de laser, ficando claro que o tratamento poderia ser suspenso a partir do momento em que os resultados estéticos estivessem satisfatórios.

6. 6ª Consulta (09/03/2017).

Nesta consulta foi realizada a primeira sessão de laser. Foi recomendado uso de corticóide oral após a realização do procedimento.



Figura 9. Fotografia extra-oral (09/03/2017)

7. 7ª Consulta (24/08/2017).

Foi realizada a segunda sessão de laser, tendo o paciente sido medicado com corticóides por via oral.

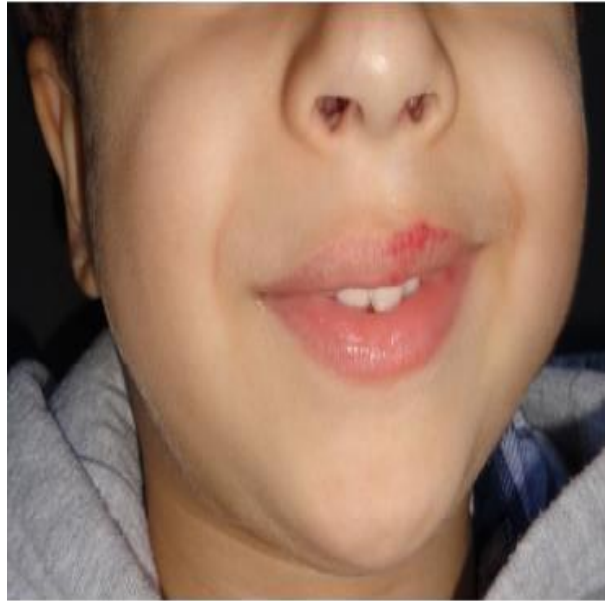


Figura 10. Fotografia extra-oral (24/08/2017)

A família do paciente mudou de País, no ano 2020, passando a residir em Portugal onde a mãe procurou a Clínica Universitária Egas Moniz para uma consulta de rotina e com queixas de que o seu filho rangia os dentes.

1. 1ª Consulta de Odontopediatria (30/10/2020)

Foi realizada a história clínica e anamnese. Foi assinado o termo de consentimento informado, que autoriza a observação clínica e a recolha de dados do menor, com o intuito de permitir um correto diagnóstico e plano de tratamento. Durante a anamnese a mãe relatou que o filho é psicologicamente ansioso e que já tinha sido avaliado por um médico otorrinolaringologista, não sendo detectado nenhuma alteração encontrando-se as amígdalas e adenóides normais e compatíveis com a sua idade. Como exames complementares de diagnóstico foram realizadas ortopantomografia e telerradiografia de perfil, passando o paciente a ser seguido na consulta de Odontopediatria.

Verificou-se que o paciente tem configuração craniofacial mesofacial, não possui assimetrias faciais e apresenta a dimensão vertical mantida. Em relação à história clínica pregressa o paciente tem asma e toma Xinafoato de Salmeterol/Propionato de Fluticasona 125mg/25mg, suspensão aerossol. A mãe relata que a criança a mais de 2 anos não tem

nenhuma crise de asma. No exame intra-oral, apresenta alteração da mucosa compatível com hemangioma no lábio, nariz e freio labial superior. Apresenta boa higiene oral, ausência de cáries, sem hemorragia gengival e boa saúde periodontal.

No exame funcional observou-se deglutição adulta e respiração nasal. O paciente apresenta um palato estreito, mordida cruzada posterior bilateral, com os primeiros molares ainda em erupção. Foi observado que o doente fez esfoliação precoce do dente 65 e que houve mesialização do dente 26, não havendo portanto espaço para correta erupção do dente 25. Essa questão será abordada em outra etapa do tratamento do doente e não será mencionada neste caso clínico.

Foram observados desgastes de esmalte em algumas superfícies dentárias, que sugerem a presença de bruxismo, assim como, freio labial superior baixo, tendo como consequência um diastema interincisivo de 3,5mm e falta de espaço para erupção dos incisivos laterais superiores.

Nesta mesma consulta, foi realizado profilaxia e polimento dentário.

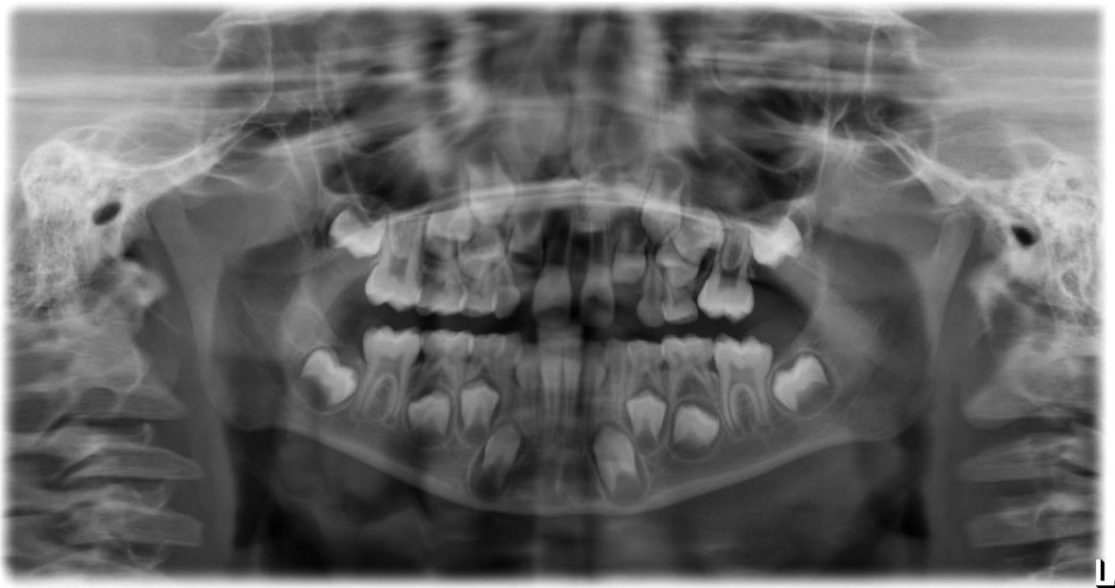


Figura 11. Ortopantomografia (30/10/2020)



Figura 12. Teleradiografia de perfil (2020)



Figura 13. Traçado cefalométrico (2020)

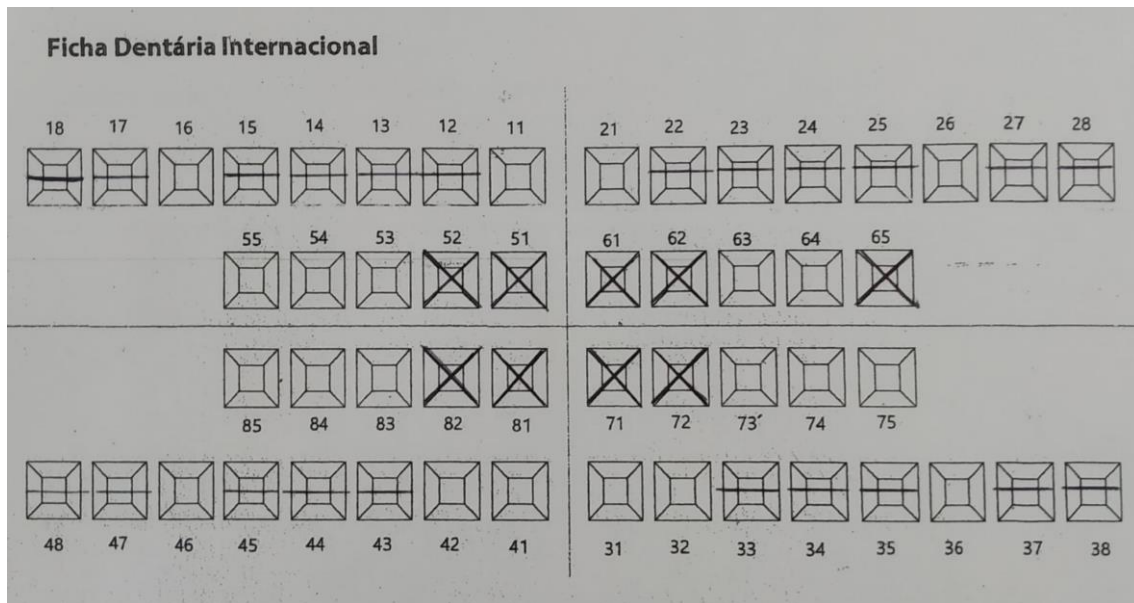


Figura 14. Ficha dentária Internacional (FDI).

2. 2ª Consulta de Odontopediatria (12/03/2021)

Na segunda consulta de odontopediatria foram realizadas as fotografias iniciais, impressões em alginato das arcadas superior e inferior e confeccionados os modelos de estudo. Durante esta consulta, o paciente teve muita dificuldade para a realização das impressões em alginato, uma vez que apresentava reflexo ao vômito.



Figura 15. Fotografia extra-oral inicial (12/03/2021).

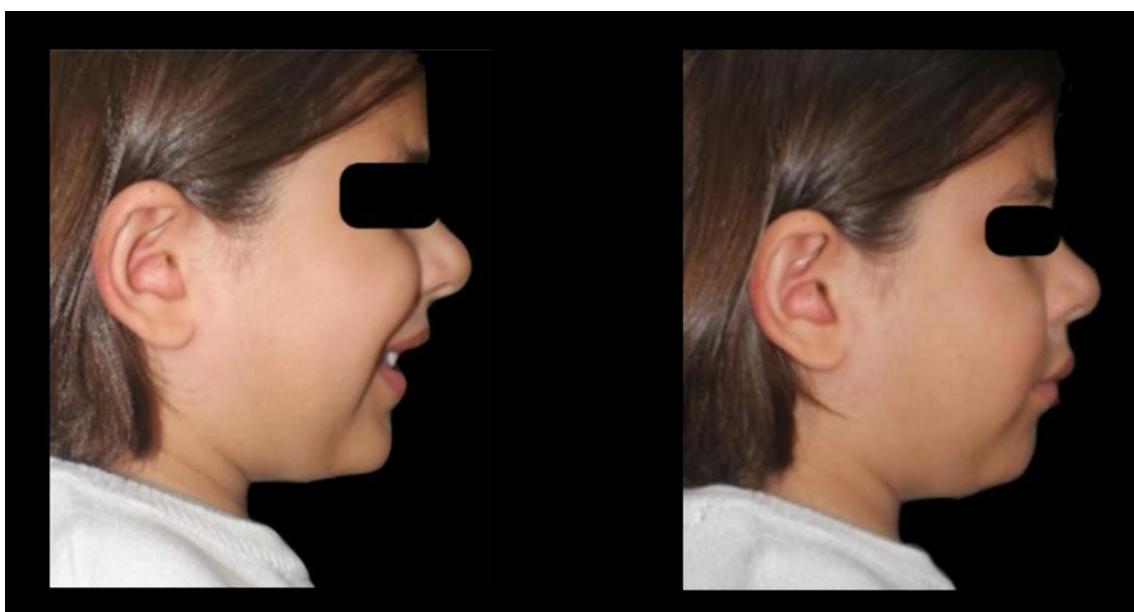


Figura 16. Fotografia extra-oral perfil inicial. (12/03/2021)



Figura 17. Fotografia intra-oral frontal inicial (12/03/2021)



Figura 18. Fotografias intra-orais laterais iniciais (12/03/2021)



Figura 19. Fotografias intra-orais oclusais iniciais (12/03/2021)



Figura 20. Fotografia após impressão. (12/03/2021)



Figura 21. Fotografias dos modelos de gesso (12/03/2021).

3. 3ª Consulta de Odontopediatria (23/04/2021)

Perante a análise do quadro clínico observado e após a recolha de informação necessária, chegou-se a conclusão que os principais problemas do doente eram:

- Constrição do maxilar superior;
- Mordida cruzada bilateral posterior;
- Freio labial com inserção baixa;
- Falta de espaço para erupção dos incisivos laterais superiores;
- Desgastes das superfícies dentárias, devido a presença de bruxismo.

De seguida, delineou-se a melhor abordagem terapêutica possível, que consistiu na confeção de um aparelho removível funcional que fosse capaz de corrigir as alterações acima mencionadas.

Nesta consulta, foi feita a entrega e ajustes no aparelho ortodôntico preconizado para o paciente. Foram dadas orientações para o uso tanto de dia como de noite, estando nesta fase inativo e tendo como principal objetivo apenas a adaptação da criança ao uso do mesmo.



Figura 22. Fotografia aparelho inferior (23/04/2021).

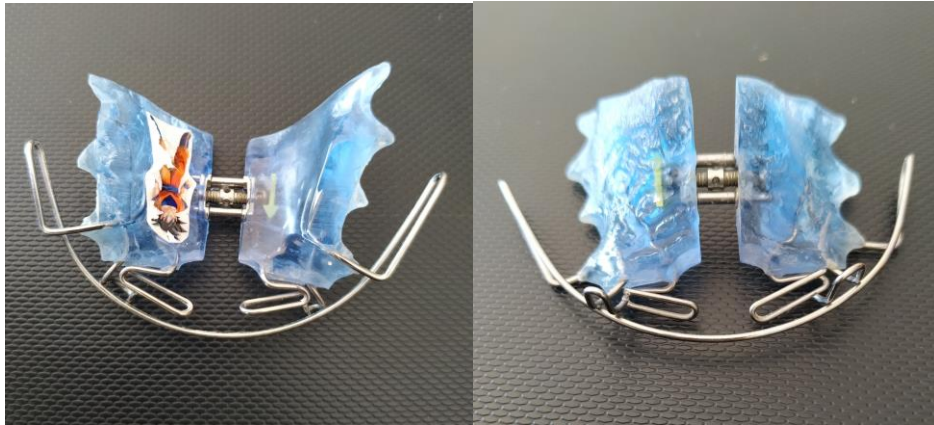


Figura 23. Fotografia aparelho superior (23/04/2021).

4. 4ª Consulta de Odontopediatria (07/05/2021)

Nesta consulta foi feita a primeira ativação do aparelho superior, o inferior não foi ativado. A mãe foi orientada a ativar um quarto de volta em dias alternados e o paciente orientado a manter o uso de ambos os aparelhos. Foram feitas fotos para acompanhamento da evolução do caso clínico.



Figura 24. Fotografia intra-oral com aparelho (07/05/2021)



Figura 25. Fotografias intra-orais com aparelho (07/05/2021)

5. 5ª Consulta de Odontopediatria (14/05/2021)

Na quinta consulta foi observado melhorias uma vez que o doente deixou de ranger os dentes e ocorreu uma diminuição ligeira da mordida cruzada posterior. O doente foi instruído a continuar a usar o aparelho e ativar $\frac{1}{4}$ de volta, dia sim, dia não, durante duas semanas.

6. 6ª Consulta de Odontopediatria (28/05/2021)

Nesta consulta foi feito ajuste do aparelho, pois o paciente relatou uma ferida na região vestibular e foram mantidas as mesmas orientações da consulta anterior. Verificou-se que o paciente continuou a responder bem ao tratamento.

7. 7ª Consulta de Odontopediatria (10/06/2021)

Na sétima consulta, verificou-se que a mordida cruzada estava diminuída e o doente foi instruído a continuar a ativar o aparelho com a mesma técnica acima descrita.

8. 8ª Consulta de Odontopediatria (25/06/2021)

Nesta consulta o doente continuou a responder de forma satisfatória ao tratamento. Foram feitas fotografias para acompanhamento e descrição do caso clínico.



Figura 26. Fotografias intra-orais sem o aparelho (25/06/2021)

9. 9ª Consulta de Odontopediatria (09/07/2021)

Observou-se que a mordida cruzada foi corrigida, o diastema entre os incisivos centrais superiores diminuiu consideravelmente, o freio labial superior regrediu e o espaço para erupção dos incisivos laterais foi recuperado. Segundo informação obtida através da mãe, a criança já não apresenta o hábito de ranger os dentes, diminuindo assim o agravamento do desgaste dentário.

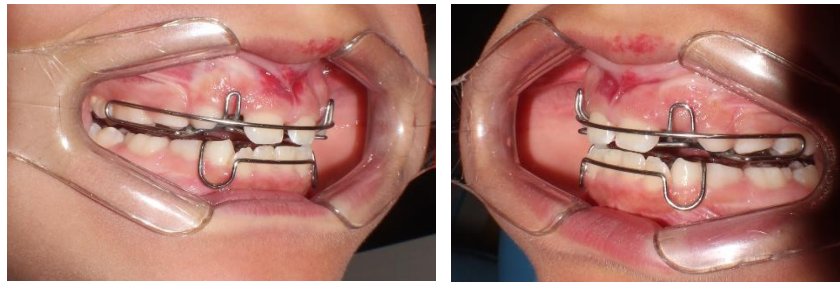
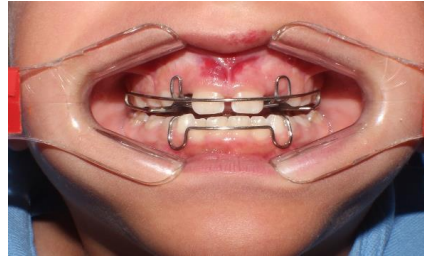


Figura 27. Fotografias intra-orais com aparelho colocado (09/07/2021)

10. 10ª Consulta de Odontopediatria (03/09/2021)

Observou-se que a mordida cruzada bilateral posterior foi corrigida na sua totalidade, segundo as informações fornecidas pela mãe a criança já não apresenta o hábito de ranger os dentes, concluindo assim que os objetivos principais do tratamento foram alcançados.



Figura 28. Fotografia intra-oral com aparelho colocado (03/09/2021)



Figura 29. Fotografia intra-oral sem aparelho colocado (03/09/2021)

III. DISCUSSÃO

Os hemangiomas infantis são os tumores benignos mais comuns da infância, são distintos de outras malformações vasculares pela sua natureza dinâmica (Hanson et al., 2018).

Aparecem nas primeiras semanas de vida e sofrem crescimento rápido, seguido por um período gradual de involução. Uma superior incidência de HI foi associada ao sexo feminino, raça caucasiana, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, gestações múltiplas e anomalias genéticas. A patogênese exata dos Hemangiomas infantis permanece desconhecida. Segundo estudos realizados, cerca de 2% dos pacientes com hemangioma infantil sofreram consequências fatais, como obstrução das vias aéreas ou comprometimento cardíaco, e 31% dos pacientes sofreram consequências que alteraram a vida, incluindo ulceração, desfiguração permanente e comprometimento funcional das estruturas visuais e auditivas, que não ocorreu neste caso clínico devido a intervenção médica precoce (Speicher et al., 2021).

Estima-se que menos de 0,1% dessas crianças desenvolvem hemangioma intracraniano (Kang et al., 2016; Uda et al., 2019). Nos últimos anos, a taxa de tratamento aumentou gradualmente devido, em parte, a segurança acerca do tratamento com β -bloqueadores, bem como o reconhecimento de que a intervenção precoce pode prevenir danos permanentes. Pacientes com vários hemangiomas estão mais propensos a ter hemangioma hepático (Ji et al., 2021).

Ulceração, que não ocorreu neste caso, é a complicação mais comum do hemangioma infantil, afetando 10-15% dos pacientes e normalmente ocorre durante a fase de proliferação. É mais provável que ocorra em grandes hemangiomas infantis segmentares e em lesões no lábio, pescoço ou região genital (Olsen et al., 2020).

O propranolol por ser antagonista não seletivo dos adrenoreceptores β_1 e β_2 , causa vasoconstrição, impedindo os sinais pró-angiogênicos, em HI. Ainda assim, os potenciais efeitos colaterais do propranolol, como hipotensão, bradicardia e hipoglicemia devem ser monitoradas (Janmohamed et al., 2015; Wnęk et al., 2017).

O cloridrato de propranolol é um betabloqueador, sua função é inibir a estimulação dos receptores beta-adrenérgicos (beta-1 e beta-2) presentes por exemplo, no coração e nos vasos sanguíneos. Este fármaco é produzido por vários laboratórios. O medicamento pode ser de uso oral ou injetável e só deve ser usado por indicação médica. É indicado para controlar de hipertensão, angina pectoris (sensação de pressão e dor no peito), controle das arritmias cardíacas prevenção da enxaqueca, controle do tremor essencial, controle da ansiedade e taquicardia por ansiedade, controle adjuvante da tireotoxicose (aumento da secreção da glândula tiroide) e crise tireotóxica, controle da cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (aumento do volume do coração e problemas no seu funcionamento), controle de feocromocitoma (tipo de tumor, geralmente benigno, localizado na glândula supra-renal). O cloridrato de propranolol, não deve ser utilizado na presença de conhecida hipersensibilidade (alergia) ao propranolol e aos outros componentes da fórmula, hipotensão, bradicardia, distúrbios graves da circulação arterial periférica, síndrome do nó sino-atrial (um tipo de arritmia cardíaca), choque cardiogênico (problemas graves na circulação do coração), acidose metabólica (alto nível de ácidos no sangue), após jejum prolongado, em pacientes com histórico de asma brônquica ou broncoespasmo (contrações nos brônquios do pulmão). Também não deve ser utilizado por pacientes com predisposição à hipoglicemia. A dose utilizada em crianças deve ser determinada individualmente.

O cloridrato de propranolol pode bloquear/modificar os sinais e sintomas da hipoglicemia (baixa quantidade de açúcar no sangue), especialmente taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos). Pode causar hipoglicemia, mesmo em pacientes não-diabéticos, por exemplo, recém-nascidos, lactentes, crianças, pacientes idosos, pacientes submetidos à hemodiálise, pacientes com doença hepática crônica e pacientes com superdosagem.

Antes do uso de propranolol como tratamento de HI, os corticosteroides eram considerados a droga de escolha, no entanto, o uso a longo prazo de corticosteróides tem vários efeitos como hipertensão, intolerância à glicose, complicações da ferida e aumento do risco de infecções. Até agora, o manejo do hemangioma ainda é controverso (Wu et al., 2020).

No referido caso clínico, o paciente foi devidamente diagnosticado pelo pediatra que o acompanhava e encaminhado para tratamento, dessa forma conseguiu-se evitar complicações funcionais e estéticas que poderiam ter acometido o paciente, caso o mesmo não tivesse realizado o tratamento, na época proposto pela médica assistente.

As parafunções orais causam alterações principalmente no Sistema Estomatognático e são determinadas por padrões neuromusculares atípicos, que quando realizadas repetidas vezes, podem ter vínculo com a liberação de tensões emocionais. O bruxismo é um exemplo desse tipo de hábito deletério e inconsciente. (Feitosa et al., 2016). Conforme relatamos neste caso clínico, o paciente em questão se apresenta psicologicamente ansioso.

A origem do bruxismo pode ter ligação com condições psicológicas, sistêmicas ou genéticas. Esses são alguns fatores capazes de influenciar o seu desenvolvimento, apesar de não existir um consenso a respeito da etiologia deste hábito. (Guo et al., 2018).

A associação do bruxismo com condições emocionais e psicológicas durante muito tempo só era feita entre pacientes adultos. Contudo, nos dias atuais sabe-se que o estresse e a ansiedade também têm relação com o bruxismo em crianças, uma vez que cada dia mais, elas têm apresentado essas condições psicológicas, (Cabral et al., 2018), como referimos no caso clínico descrito acima.

Esta fricção dos dentes promovida pela atividade involuntária dos músculos pode causar alterações no sistema mastigatório e desordens temporomandibulares (DTM), além de causar dor. No relato deste caso, observou-se superfícies dentárias com desgastes compatíveis com bruxismo. No caso das crianças, essa atividade pode ainda provocar reabsorção de raízes dos dentes decíduos e apinhamento dentário. Por conta disso, o diagnóstico precoce deve ser obtido, para que o doente possa ser devidamente tratado e acompanhado (Nahás-Scocate et al., 2014).

Estudos relatam os efeitos de RME (dispositivo de expansão rápida da maxila) em distúrbios do sono. RME é uma técnica não invasiva que atinge resultados satisfatórios e deve ser empregada, quando a estrutura óssea ainda está em desenvolvimento (Bellerive et al., 2015).

No entanto, antes de qualquer tipo de tratamento, um histórico detalhado do paciente deve ser feito e um exame clínico deve ser realizado para determinar o estado do palato duro e o tamanho das amígdalas e adenóides. A redução dos sintomas de distúrbios do sono é relacionada ao movimento para baixo e para frente de os maxilares causados pelo RME, o que leva a um aumento nas câmaras nasais e melhora do ar fluxo (Bellerive et al., 2015).

De acordo com (Giannasi et al., 2015), o efeito ortopédico de tais aparelhos nos tecidos circundantes a maxila leva a um aumento no espaço nasofaríngeo e a uma melhora na posição de a língua. Este alargamento do osso maxilar ocorre através da distração osteogênica, que é favorecido pelo fato de esta região ser composta por osso compacto lateralmente e tecido fibroso com fibras de colágeno, fibroblastos e vasos sanguíneos centralmente.

Na resolução deste caso clínico, foi usado aparelho ortopédico móvel, para promover a expansão da maxila.

De fato, o presente caso, evidenciou melhora em uma série de sinais e sintomas resultantes da dinâmica da expansão da maxila.

IV. CONCLUSÃO

O estudo e resolução desse caso clínico, tornou-se interessante e possibilitou aprendizagem acerca de duas problemáticas bastante recorrentes na prática clínica, o hemangioma, muito comum na infância e o bruxismo, um tema que tem sido sistematicamente estudado.

A elevada prevalência destas duas condições, torna importante capacitar os profissionais para o preciso diagnóstico e informar os pais e responsáveis para dar melhor qualidade de vida para essas crianças.

O Médico Dentista desempenha um papel importante na prevenção, diagnóstico e tratamento destas temáticas. Deve alertar os pacientes e os seus responsáveis para as graves consequências de um tratamento tardio ou mesmo a ausência dele.

Este caso clínico demonstra que é possível devolver a qualidade de vida aos nossos pacientes após um correto e minucioso diagnóstico, seguido de eficiente tratamento. É fundamental que o paciente colabore, cumprindo o tratamento que foi proposto pelo Médico Dentista. Lembrando que a adesão às consultas propostas é parte integrante de um bom resultado do tratamento.

Com base nas presentes conclusões, o uso de métodos não invasivos, como RME e expansão da maxila, podem ser um tratamento eficaz no ronco e outros comportamentos de sono indesejáveis em crianças, como o bruxismo.

Os resultados finais deste caso clínico são bastante satisfatórios. O caso apresenta um follow-up de 4 anos no que diz respeito ao tratamento do hemangioma e a alta do paciente. Os hemangiomas podem provocar problemas de auto-estima sendo por isso, importante tratar o paciente como um todo. No tratamento do bruxismo, houve uma grande melhoria, demonstrando a eficácia do tratamento proposto e aplicado.

V. BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Aziz, R. T., Aly, U. F., & Mady, F. M. (2021). Enhanced skin delivery of propranolol HCl using nonionic surfactant-based vesicles for topical treatment of infantile hemangioma. *Journal of Drug Delivery Science and Technology*, 61(November 2020), 102235. <https://doi.org/10.1016/j.jddst.2020.102235>
- Alsaid, R. Q., & Al-Musalhi, B. H. (2020). Progressing eczematous dermatitis in an infantile hemangioma with minimal or arrested growth treated with tacrolimus ointment. *JAAD Case Reports*, 6(6), 572–573. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2020.04.031>
- Amato, J. N., Tuon, R. A., Castelo, P. M., Gavião, M. B. D., & Barbosa, T. D. S. (2015). Assessment of sleep bruxism, orthodontic treatment need, orofacial dysfunctions and salivary biomarkers in asthmatic children. *Archives of Oral Biology*, 60(5), 698–705. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2015.02.011>
- Bach, S. de L., Moreira, F. P., Goettems, M. L., Brancher, L. C., Osés, J. P., da Silva, R. A., & Jansen, K. (2019). Salivary cortisol levels and biological rhythm in schoolchildren with sleep bruxism. *Sleep Medicine*, 54, 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.09.031>
- Barbosa, T. de S., Miyakoda, L. S., Pocztaruk, R. de L., Rocha, C. P., & Gavião, M. B. D. (2008). Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: Review of the literature. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72(3), 299–314. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2007.11.006>
- Bellerive, A., Montpetit, A., El-Khatib, H., Carra, M. C., Remise, C., Desplats, E., & Huynh, N. (2015). The effect of rapid palatal expansion on sleep bruxism in children. *Sleep and Breathing*, 19(4), 1265–1271. <https://doi.org/10.1007/s11325-015-1156-4>
- Bonafede, L., Go, M., Cheng, J., Belcastro, A. A., Bellet, J. S., Gabr, H., Freedman, S. F., & Velez, F. G. (2020). Periocular infantile hemangioma masquerading as dacryocoele. *Journal of AAPOS*, 24(5), 326–328. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2020.07.001>
- Brancher, L. C., Cademartori, M. G., Jansen, K., da Silva, R. A., Bach, S., Reyes, A., Boscato, N., & Goettems, M. L. (2020). Social, emotional, and behavioral problems and parent-reported sleep bruxism in schoolchildren. *Journal of the American Dental Association*, 151(5), 327–333. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2020.01.025>

- Britto, A. C. S., & Santos, D. B. F. (2020). A Importância do Diagnóstico Precoce para o Tratamento Efetivo do Bruxismo: Revisão de Literatura / The Importance of Early Diagnosis for Effective Treatment in Brussels: Literature Review. *ID on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 14(53), 369–380. <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i53.2788>
- Cabral, L. C., Lopes, A. J. da C., Moura, M. B., Ramos da Silva, R., Fernandes Neto, A. J., & Simamoto Júnior, P. C. (2018). Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis fatores de risco. *Revista Da Faculdade de Odontologia de Lins*, 28(1), 41. <https://doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v28n1p41-51>
- Carra, M. C., Huynh, N. T., El-Khatib, H., Remise, C., & Lavigne, G. J. (2013). Sleep bruxism, snoring, and headaches in adolescents: Short-term effects of a mandibular advancement appliance. *Sleep Medicine*, 14(7), 656–661. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.03.009>
- Chen, J., Wu, D., Dong, Z., Chen, A., & Liu, S. (2020). The expression and role of glycolysis-associated molecules in infantile hemangioma. *Life Sciences*, 259(107), 118215. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.118215>
- Christine, T., Imbaud, D. S., Mallozi, M. C., Beatriz, V., Coelho, T., Solé, D., Medicina, E. P. De, Federal, U., Paulo, D. S., & Paulo, S. (2016). *REVISTA PAULISTA Frequência de rinite e alterac.* 34(2), 184–188.
- Clementino, M. A., Siqueira, M. B., Serra-Negra, J. M., Paiva, S. M., & Granville-Garcia, A. F. (2017). The prevalence of sleep bruxism and associated factors in children: a report by parents. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18(6), 399–404. <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0312-x>
- Dachlan, I., Wahdini, S. I., Putri, I. L., Seswandhana, M. R., Wicaksana, A., & Fauzi, A. R. (2020). Integrated propranolol, methylprednisolone, and surgery in managing a rare case of infantile hemangioma with concurrent cleft lip and palate. *Annals of Medicine and Surgery*, 56(June), 91–94. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.06.015>
- de La Hoz-Aizpurua, J. L., Díaz-Alonso, E., Latouche-Arbizu, R., & Mesa-Jiménez, J. (2011). Sleep bruxism. Conceptual review and update. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 16(2). <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e231>
- Demir, A., Uysal, T., Guray, E., & Basciftci, F. A. (2004). The relationship between bruxism and occlusal factors among seven- to 19-year-old Turkish children. *Angle Orthodontist*, 74(5), 672–676. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(2004\)074<0672:TRBBAO>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(2004)074<0672:TRBBAO>2.0.CO;2)

- Dias, I. M., Mello, L. M. R. de, Maia, I. D., Reis, L. de O., Leite, I. C. G., & Leite, F. P. (2014). Avaliação dos fatores de risco do bruxismo do sono TT - Evaluation of the risk factors of sleep bruxism. *Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais*, 50(03), 113–120. <https://doi.org/10.7308/aodontol/2014.50.3.02>
- Ding, A. A., Gong, X., Li, J., & Xiong, P. (2019). Role of ultrasound in diagnosis and differential diagnosis of deep infantile hemangioma and venous malformation. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 7(5), 715–723. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.01.065>
- DOS SANTOS, T. R., PINTOR, A. V. A. Z. B., IMPARATO, J. C. P., & TANNURE, P. N. (2020). Controle Do Bruxismo Do Sono Na Infância: Revisão De Literatura Tt - Control of Sleeping Bruxism in Childhood: Literature Review. *Rev. Rede Cuid. Saúde*, 14(1), 62–76. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/5853/3210%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2eq92>
- Feitosa, G. M. D. A., Félix, R. C. D. R., Sampaio, D. C., Vieira-Andrade, R. G., Santos, C. C. de O., & Fonseca-Silva, T. (2016). Bruxismo Na Infância: Perfil De Comportamento, Características Do Sono E Sintomatologia. *Revista Bahiana de Odontologia*, 7(2). <https://doi.org/10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v7i2.918>
- Giannasi, L. C., Freitas Batista, S. R., Matsui, M. Y., Hardt, C. T., Gomes, C. P., Oliveira Amorim, J. B., Oliveira, C. S., de Oliveira, L. V. F., & Gomes, M. F. (2014). Effect of a hyperbolide mastication apparatus for the treatment of severe sleep bruxism in a child with cerebral palsy: Long-term follow-up. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(1), 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2013.05.009>
- Giannasi, L. C., Santos, I. R., Alfaya, T. A., Bussadori, S. K., Leitaõ-Filho, F. S., & de Oliveira, L. V. F. (2015). Effect of a rapid maxillary expansion on snoring and sleep in children: A pilot study. *Cranio - Journal of Craniomandibular Practice*, 33(3), 169–173. <https://doi.org/10.1179/2151090314Y.0000000029>
- Grechi, T. H., Trawitzki, L. V. V., de Felício, C. M., Valera, F. C. P., & Alnselmo-Lima, W. T. (2008). Bruxism in children with nasal obstruction. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72(3), 391–396. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2007.11.014>
- Guo, H., Wang, T., Niu, X., Wang, H., Yang, W., Qiu, J., & Yang, L. (2018). The risk factors related to bruxism in children: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Oral Biology*, 86(143), 18–34.

- <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2017.11.004>
- Hanson, B., Spector, L. G., Boull, C., Polcari, I., Hook, K., & Maguiness, S. (2018). Co-occurrence of infantile hemangiomas and other birthmarks. *Journal of the American Academy of Dermatology*. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.049>
- Huynh, N. T., Desplats, E., & Bellerive, A. (2016). Sleep bruxism in children: Sleep studies correlate poorly with parental reports. *Sleep Medicine*, *19*, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.09.023>
- Insana, S. P., Gozal, D., McNeil, D. W., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Community based study of sleep bruxism during early childhood. *Sleep Medicine*, *14*(2), 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.09.027>
- Jacobs, H., Singhi, S., & Gladstein, J. (2016). Medical Comorbidities in Pediatric Headache. *Seminars in Pediatric Neurology*, *23*(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2016.02.001>
- Janmohamed, S. R., Van Oosterhout, M., De Laat, P. C. J., Van Rosmalen, J., Madern, G. C., & Oranje, A. P. (2015). Scoring the therapeutic effects of oral propranolol for infantile hemangioma: A prospective study comparing the Hemangioma Activity Score (HAS) with the Hemangioma Severity Scale (HSS). *Journal of the American Academy of Dermatology*, *73*(2), 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.05.012>
- Ji, Y., Chen, S., Yang, K., Xiang, B., Jiang, X., Xu, X., Li, L., Qiu, T., Zhou, J., Dai, S., Zhang, X., Lu, G., Kong, F., Yang, G., & Qiu, Q. (2021). Screening for infantile hepatic hemangioma in patients with cutaneous infantile hemangioma: A multicenter prospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *84*(5), 1378–1384. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.11.062>
- Kang, E., Friedman, N., Mamoun, I., Tamburro, J., & Golden, A. (2016). Beta Blockade as Treatment for Intracranial Infantile Hemangioma: Case Report and Literature Review. *Pediatric Neurology*, *59*, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2016.01.018>
- Kralik, S. F., Haider, K. M., Lobo, R. R., Supakul, N., Calloni, S. F., & Soares, B. P. (2018). Orbital infantile hemangioma and rhabdomyosarcoma in children: differentiation using diffusion-weighted magnetic resonance imaging. *Journal of AAPOS*, *22*(1), 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2017.09.002>
- Lahrichi, A., Hali, F., Baline, K., Fatoiki, F. Z. E., Chiheb, S., & Khadir, K. (2018). Effects of propranolol therapy in Moroccan children with infantile hemangioma.

- Archives de Pediatrie*, 25(8), 449–451. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.002>
- Lee, K. C., & Bercovitch, L. (2013). Update on infantile hemangiomas. *Seminars in Perinatology*, 37(1), 49–58. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.11.003>
- Li, M. M., Dong, C. X., Sun, B., Lei, H. Z., Wang, Y. L., Gong, Y. Bin, Sun, L. L., & Sun, Z. W. (2019). LncRNA-MALAT1 promotes tumorigenesis of infantile hemangioma by competitively binding miR-424 to stimulate MEKK3/NF- κ B pathway. *Life Sciences*, 239(October), 116946. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2019.116946>
- Lie, E., Psoter, K. J., & Püttgen, K. B. (2018). Lower Socioeconomic Status is Associated with Delayed Access to Care for Infantile Hemangioma, a Cohort Study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.041>
- Moyakine, A. V., Herwegen, B., & van der Vleuten, C. J. M. (2017). Use of the Hemangioma Severity Scale to facilitate treatment decisions for infantile hemangiomas. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(5), 868–873. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.06.003>
- Nahás-Scocate, A. C. R., Coelho, F. V., & de Almeida, V. C. (2014). Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not? *Dental Press Journal of Orthodontics*, 19(5), 67–73. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.5.067-073.oar>
- Oh, J. S., Zaghi, S., Ghodousi, N., Peterson, C., Silva, D., Lavigne, G. J., & Yoon, A. J. (2021). Determinants of probable sleep bruxism in a pediatric mixed dentition population: a multivariate analysis of mouth vs. nasal breathing, tongue mobility, and tonsil size. *Sleep Medicine*, 77, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.11.007>
- Olsen, G. M., Nackers, A., & Drolet, B. A. (2020). Infantile and congenital hemangiomas. *Seminars in Pediatric Surgery*, 29(5), 150969. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2020.150969>
- Polites, S. F., Watanabe, M., Crafton, T., Jenkins, T. M., Alvarez-Allende, C. R., Hammill, A. M., & Dasgupta, R. (2019). Surgical resection of infantile hemangiomas following medical treatment with propranolol versus corticosteroids. *Journal of Pediatric Surgery*, 54(4), 740–743. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.08.001>
- Restrepo, C., Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2017). Sleep behaviors in children with different frequencies of parental-reported sleep bruxism. *Journal of Dentistry*,

- 66(22), 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.08.005>
- Satterfield, K. R., & Chambers, C. B. (2019). Current treatment and management of infantile hemangiomas. *Survey of Ophthalmology*, 64(5), 608–618. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2019.02.005>
- Saulue, P., Carra, M. C., Lalueque, J. F., & d’Incau, E. (2015). Understanding bruxism in children and adolescents. *International Orthodontics*, 13(4), 489–506. <https://doi.org/10.1016/j.ortho.2015.09.001>
- Serra-Negra, J. M., Paiva, S. M., Fulgêncio, L. B., Chavez, B. A., Lage, C. F., & Pordeus, I. A. (2014). Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: A case-control study. *Sleep Medicine*, 15(2), 236–239. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.08.797>
- Soares, J. P., Moro, J., Massignan, C., Cardoso, M., Serra-Negra, J. M., Maia, L. C., & Bolan, M. (2021). Prevalence of clinical signs and symptoms of the masticatory system and their associations in children with sleep bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 57, 101468. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101468>
- Souto-Souza, D., Mourão, P. S., Barroso, H. H., Douglas-de-Oliveira, D. W., Ramos-Jorge, M. L., Falci, S. G. M., & Galvão, E. L. (2020). Is there an association between attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents and the occurrence of bruxism? A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101330>
- Souza, G. L. N., Serra-Negra, J. M., Prado, I. M., Aguiar, S. O., Hoffmam, G. de F. e. B., Pordeus, I. A., Auad, S. M., & Abreu, L. G. (2020). Association of facial type with possible bruxism and its related clinical features in adolescents: A cross-sectional study. *International Orthodontics*, 18(4), 758–769. <https://doi.org/10.1016/j.ortho.2020.08.004>
- Speicher, M. V., Lim, D. M., Field, A. G., & Childers, R. C. (2021). An Unusual Case of Neonatal High-Output Heart Failure: Infantile Hepatic Hemangioma. *Journal of Emergency Medicine*, 60(1), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.10.008>
- Sun, L. M., Xu, Y., Xu, M. N., Wang, M., Su, Y., & Yuan, S. M. (2020). Diagnosis and treatment of periorbital infantile hemangiomas: Case series and literature review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 136(April). <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110157>

- Uda, K., Okubo, Y., Matsushima, T., Sadahira, C., Kono, T., & Hataya, H. (2019). Multifocal Infantile Hemangioma. *Journal of Pediatrics*, *210*, 238-238.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.02.048>
- Wnęk, A., Andrzejewska, E., Kobos, J., Taran, K., & Przewratil, P. (2017). Molecular and immunohistochemical expression of apoptotic proteins Bax, Bcl-2 and Caspase 3 in infantile hemangioma tissues as an effect of propranolol treatment. *Immunology Letters*, *185*, 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.imlet.2017.03.005>
- Wu, H., Wang, X., Liang, H., Zheng, J., Huang, S., & Zhang, D. (2020). Enhanced efficacy of propranolol therapy for infantile hemangiomas based on a mesoporous silica nanoplatfrom through mediating autophagy dysfunction. *Acta Biomaterialia*, *107*, 272–285. <https://doi.org/10.1016/j.actbio.2020.02.033>
- Xu, P., Yu, Q., Huang, H., Zhang, W., & Li, W. (2020). Lip Infantile Hemangiomas Involving the Vermillion Border Have Worse Outcomes and Prognosis to Oral Propranolol Than Lesions Confined to One Side of the Vermillion. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *78*(3), 446–454. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.09.010>
- Zhang, J. W., Yin, S. Y., Zhou, D. K., Wen, J. X., Gao, H., Chen, L., & Wang, Z. X. (2020). Quantitative Evaluation of Percutaneous Local Drug Perfusion Against Refractory Infantile Hemangioma via 3-D Power Doppler Angiography. *Ultrasound in Medicine and Biology*, *46*(3), 610–619. <https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2019.11.002>

VI. ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

INSTITUTO SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

NOME DO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL PELO (A) MENOR

NOME DA CRIANÇA

A Prof^ª Doutora Virginia B. Milagre, responsável pela disciplina de Odontopediatria da Clínica Universitária Egas Moniz, bem como a sua equipa, solicitam o consentimento para recolha de dados da ficha clínica do(a) menor, para estudos científicos, salvaguardando sempre a identidade da paciente.

Fomos informados de que somos livres de aceitar ou recusar, sem que isso altere as nossas relações no que diz respeito aos cuidados a serem prestados.

Poderemos a todo o momento, se o desejarmos, parar a nossa participação, sem suportar alguma responsabilidade.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais. Autorizamos a recolha, a escolha e tratamento dos dados contidos no processo pelas pessoas sujeitas ao segredo profissional. As informações serão utilizadas para fins de investigação médica, clínica ou fundamental. Em nenhum caso, o nosso nome aparecerá na publicação dos resultados.

Poderemos a todo o momento pedir informação complementar.

Monte da Caparica ____ de ____ 20__

Nome legível do/a responsável pelo/a menor

_____ BI _____

Assinatura do/a responsável pelo/a menor

Docente clínico responsável

CONSENTIMENTO INFORMADO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA
ODONTOPEDIATRIA

NOME DO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL PELO (A) MENOR

NOME DA CRIANÇA

A equipe da Unidade Curricular, Clínica de Odontopediatria, da Clínica Universitária do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz, vem por este meio solicitar o consentimento para a observação clínica e obtenção de dados do(a) menor com o intuito de chegar a um diagnóstico clínico. Permitindo-nos assim efectuar planos de tratamentos, prognósticos e orçamentos para uma proposta de tratamento e realização do mesmo.

Caso sejam necessárias consultas futuras, para garantir o sucesso dos tratamentos, estas podem vir ser solicitadas por outro profissional caso se verifique indisponibilidade temporária ou definitiva do primeiro.

Os dados clínicos da criança deverão estar disponíveis para o novo clínico que venha a atender a criança, caso se verifique a situação anterior, para que este possa ter acesso a todas as informações complementares e dados registados na história clínica até então recolhidos.

Informamos ainda que no decorrer dos tratamentos poderá haver evidência clínica para alteração do plano terapêutico inicialmente delineado em função do diagnóstico prévio.

Reconhecendo ter sido suficientemente informado(a), na qualidade de responsável pelo(a) doente menor de idade, autorizo os profissionais que integram as consultas da Clínica Universitária do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz a realizar os actos médicos que julguem convenientes ao bem-estar e melhor saúde oral do meu encarregado.

Monte da Caparica ___ de ___ 20__

Nome legível do(a) responsável pelo(a) menor

_____ BI _____

Assinatura do(a) responsável pelo(a) menor

Docente clínico responsável



Proc. Interno nº 928

Ex.ma Senhora

Thaissa Ribeiro Brito dos Santos

Monte de Caparica, 28 de janeiro de 2021.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Abordagem multidisciplinar de um paciente odontopediátrico: A propósito de um caso clínico”**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita