

CONSIDERAÇÕES ODONTOPEDIÁTRICAS PARA PACIENTES COM SÍNDROME DE KAWASAKI: RELATO DE CASO

ODONTOPEDIATRIC CONSIDERATIONS FOR PATIENTS WITH KAWASAKI SYNDROME: CASE REPORT

Talyta Pinheiro Dos Santos Felberk¹, Samara dos Santos Garcia², Daniel Júnior Moreira de Paiva³, Karina Gerhardt

Silva Bianco⁴, Nataska Wanssa⁴, Flávio Salomão-Miranda⁴

¹ Especialista em Odontopediatria – ABO-RO; ² Professor de Graduação nos cursos de Odontologia UNIJIPA / FIMCA; ³ Aluno de Graduação de Odontologia – UNIJIPA; ⁴ Professores das Disciplinas de Odontopediatria nas Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA) e no curso de Pós-Graduação da Associação Brasileira de Odontologia - (ABO-RO), e-mail: prof.salomao.flavio@fimca.com.br

DOI: <https://doi.org/10.37157/fimca.v7i3.214>

RESUMO

A Síndrome de Kawasaki (SK), também conhecida como Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos ou Doença de Kawasaki, é uma síndrome sistêmica, muito rara, de origem desconhecida, com maior prevalência em crianças menores de cinco anos de idade. Caracteriza-se por uma fase febril aguda, rachaduras nos lábios, língua assemelhando-se a uma framboesa, eritema na mucosa da orofaringe e riscos de resultar em sequelas cardíacas tais como aneurisma coronário, infarto do miocárdio entre outros. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente com relato de Síndrome de Kawasaki que iniciou o seu tratamento na Clínica Odontopediátrica da Associação Brasileira de Odontologia – seção Porto Velho/Rondônia (ABO). Na ocasião, a mesa foi diagnosticada a agenesia dos incisivos laterais inferiores através do exame clínico e radiográfico. O conhecimento acerca da Síndrome de Kawasaki é relevante para o atendimento de pacientes odontopediátricos, assim como manifestações orais em sua fase aguda e a possibilidade de sequelas cardiovasculares, que necessitam de medidas específicas durante o tratamento odontológico.

Palavras-chave: Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos, Anodontia, Odontopediatria, Criança, Pessoas com Necessidades Especiais.

ABSTRACT

Kawasaki Syndrome (KS), also known as Mucocutaneous Lymph Node Syndrome or Kawasaki Disease, is a very rare systemic syndrome of unknown origin, with a higher prevalence in children under five years of age. It is characterized by an acute febrile phase, cracks in the lips, a tongue resembling a raspberry, erythema in the oropharyngeal mucosa and risks of resulting in cardiac sequelae such as coronary aneurysm, myocardial infarction, among others. The aim of this study is to report the case of a patient with a report of Kawasaki Syndrome who started her treatment at the Odontopediatric Clinic of the Brazilian Dentistry Association - Porto Velho / Rondônia section (ABO). At the time, the table was diagnosed with agenesis of the lower lateral incisors through clinical and radiographic examination. Knowledge about Kawasaki Syndrome is relevant for the care of pediatric patients, as well as oral manifestations in its acute phase and the possibility of cardiovascular sequelae, which require specific measures during dental treatment.

Key words: Mucocutaneous Lymph Node Syndrome, Anodontia, Pediatric Dentistry, Child, Disabled Persons.

INTRODUÇÃO

No período entre 1961 a 1967, no Japão, surgiu cerca de 50 casos de pacientes portando febre aguda, comprometimento mucocutâneo e dos gânglios linfáticos. Foi em 1967 que o Dr. Tomisaku Kawasaki descreveu pela primeira vez na literatura sobre a doença denominando-a de: Síndrome de Kawasaki (SK), também conhecida como Doença de Kawasaki ou Síndrome do Linfonodo Mucocutâneo, onde informou os casos encontrados (DAJANI et al., 1993; CHALEM et al., 1995; FREEMAN, SHULMAN, 2006; CASTRO, URBANO, COSTA, 2009; FERNANDES, CUNHA, MAGALHÃES, 2010). Desde então, foram diagnosticados muitos outros casos em todo o mundo, com frequência crescente na América do Norte e Europa (RATO et al., 1996), sendo os Estados Unidos o segundo país com maior incidência, no qual é considerada a causa mais comum de doença cardíaca adquirida (CHALEM et al., 1995; CASTRO, URBANO, COSTA, 2009).

É uma síndrome sistêmica, muito rara, tendo a sua origem desconhecida, com maior prevalência em crianças menores de 5 anos de idade e que se caracteriza por uma fase febril aguda (de 7 a 14 dias) associada a outros fatores e tendo ainda, riscos de ter sequelas cardíacas tais como aneurisma coronário, infarto do miocárdio entre outros (FIGUEIREDO et al., 2010).

De acordo com Rato e cols. (1996), trata-se de uma vasculite sistêmica aguda da infância, tendo a etiologia ainda desconhecida, porém acreditam que pode ser multifatorial. Segundo Castro, Urbano e Costa (2009) sugerem que a interação entre agentes etiológicos e ambientais junto a

predisposição genética pode ser relevante na etiopatogenia da doença; considerando os maiores índices da SK aparecem no inverno e primavera; que gêmeos tem o risco de ocorrência em 13%; e por volta de 50% dos segundos casos na mesma família, ocorrem nos primeiros 10 dias após o aparecimento do primeiro.

A doença geralmente acomete crianças entre 2 meses e 5 anos de idade, e é rara após os 8 anos, sendo mais prevalente no sexo masculino que no sexo feminino, com uma média de 1,5:1 (DAJANI et al., 1993; FERNANDES, CUNHA, MAGALHÃES, 2010).

O quadro da doença inicia-se com uma febre alta superior a 39°C, sem razão aparente, perdurando por no mínimo 5 dias. O diagnóstico é difícil, pois é descoberto apenas observando a presença das manifestações clínicas relacionadas à doença, como manchas vermelhas na pele, palmas das mãos e pés inchados e vermelhos, língua em forma de framboesa e conjuntivite (RATO et al., 1996; FREEMAN, SHULMAN, 2006; CASTRO, URBANO, COSTA, 2009).

Para padronizar os critérios de diagnóstico da SK, a American Heart Association estabeleceu critérios clínicos para o diagnóstico da SK. Se o paciente apresenta a febre persistente por mais de 5 dias, associada a quatro dos cinco seguintes critérios: Febre por 5 dias ou mais; conjuntivite não purulenta; língua com aspecto de framboesa, eritema e edema de orofaringe, fissuras e eritema labial; Eritema e edema de mãos e pés com descamação periungueal; Exantema escarlatiniforme, morbiliforme ou polimórfico; Linfonodomegalia cervical (CASTRO, URBANO, COSTA, 2009).

Nem sempre o paciente completa todos os critérios, porém tendo a febre alta por mais de 5 dias e a presença de mais 2 ou 3 dos critérios clínicos, pode ser considerada uma SK incompleta, sendo esta mais prevalente em crianças com menos de 6 meses (CASTRO, URBANO, COSTA, 2009).

Conforme Freeman e Shulman (2006), o diagnóstico da SK pode se tornar difícil devido a vários fatores em comum com outras patologias infantis, assim como Escarlatina, infecção por adenovírus e até mesmo reações adversas de medicamentos. Contudo, os fisiologistas devem manter a SK em seu diferencial para os pacientes que têm febre prolongada sem etiologia clara, porque as consequências do diagnóstico errado podem ter morbidade grave ou, em raros casos, levar a morte. Segundo To, Krazit e Kaye (2013), o índice de mortalidade da SK é cerca de 0,17%, com todas as mortes causadas pelas sequelas nas artérias coronárias.

O tratamento em sua fase aguda é indicado para reduzir a inflamação das artérias coronárias e prevenir a trombose coronária, sendo assim, opta-se pela administração de ácido acetilsalicílico (AAS ou aspirina) e altas doses de imunoglobulina intravenosa nos primeiros 10 dias da enfermidade, o qual contribui para diminuição da febre, potencializando o poder anti-inflamatório e reduz a probabilidade de aneurismas nas artérias coronárias. (CASTRO, URBANO, COSTA, 2009; MARTÍNEZ, MÉNDEZ, 2013).

De acordo com Berber e cols. (2017), para o tratamento odontológico de portadores de SK, devem ser observados: a condição atual cardiovascular do paciente, possíveis sequelas da SK, o consumo de fármacos anticoagulantes e o aspecto sanguíneo do paciente. Entretanto, faz-se necessário o contato com o Cardiologista do paciente para maiores informações. Em casos de procedimentos invasivos, que impliquem algum tipo de sangramento, é primordial realizar o pedido de exames laboratoriais a fim de verificar o conteúdo de células sanguíneas e os valores de coagulação.

O uso de anestésicos locais não é contraindicado em casos de procedimentos breves, pode ser usado anestésicos locais sem vasoconstritor, como, por exemplo, Mepivacaína 3% (CORTES et al., 1989). Além disso, em casos em que a situação do paciente está medicamente controlada, e se aplicado de forma cuidadosa e calculada (conforme idade e peso), também pode ser usado anestésicos com vasoconstritor (lidocaína com epinefrina) (FIGUEIREDO et al., 2010; BERBER et al., 2017).

Em procedimentos invasivos e conforme as seqüelas adquiridas pela SK, ou seja, tendo presente manifestações cardíacas, deve ser optado pelo manejo da profilaxia antibiótica que, segundo Cortes e cols. (1989), pode ser realizada da mesma forma que realiza para pacientes com endocardite bacteriana subaguda.

Os estudos de Silva, Pereira e Faggioni Júnior (2005), Seabra e cols. (2008) e Torres e cols. (2015), explicam que pacientes portadores de síndromes podem apresentar anomalias dentárias de número, assim como agenesia (diminuição de dentes na dentição permanente ou ambas), oligodontia (ausência congênita de seis ou mais dentes) e até a presença de dentes supranumerários.

Torres e cols. (2015) explicam que as anomalias de desenvolvimento dentário estão relacionadas aos distúrbios ocorridos durante a formação e diferenciação celular; e a

agenesia dentária tem a etiologia multifatorial, podendo ter influência por fatores genéticos e ambientais. Também afirmam que a agenesia ocorre com mais prevalência na maxila e não há diferença entre os lados e gêneros.

A agenesia dentária caracteriza-se pela diminuição do número de dentes na dentição decídua, permanente ou em ambas; é considerada uma das alterações mais comuns na dentição humana, sendo os terceiros molares (por volta de 20% da população), pré-molares superiores (3,4%) e incisivos laterais superiores (2,2%) os mais afetados; numa proporção de 3:2 de mulheres em relação aos homens. É rara na dentição decídua, porém quando ocorre geralmente está ligada a ausência do dente sucessor também (ANTONIAZZI et al., 1999; SILVA, PEREIRA, FAGGIONI JÚNIOR, 2005).

Tomadas radiográficas são fundamentais para o correto diagnóstico da agenesia dentária, por ser uma anomalia caracterizada pela ausência clínica e radiográfica de um dente numa idade em que ele deveria estar presente (ANTONIAZZI et al., 1999).

A agenesia dentária pode causar distúrbios na oclusão, devido ao excesso de espaços entre os dentes presentes na cavidade bucal; gerando uma redução na capacidade mastigatória, problema na articulação das palavras, e ainda, deficiência estética. O tratamento de pacientes com agenesia em dentes permanentes requer a atenção do ortodontista para o fechamento dos espaços, seja espontaneamente ou por uso de aparelhos bucais, e também a reabilitação protética, caso necessário; observando sempre a idade e o estágio de desenvolvimento dos dentes adjacentes (SILVA, PEREIRA, FAGGIONI JÚNIOR, 2005; LIU, 2011).

RELATO DE CASO

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 2.982.290.

Paciente feminino, 8 anos de idade, compareceu na Clínica de Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), na cidade de Porto Velho- Rondônia acompanhada pela mãe, a procura de tratamento odontológico.

Durante a anamnese foi relatado pela mãe que a filha manifestou Síndrome de Kawasaki (SK) quando a criança apresentava 6 anos. A paciente apresentou febre alta por cinco dias seguidos, o corpo ficou empoado e avermelhado, assim como a boca e a língua, com descamação nas mãos e pés, hemorragia nos olhos e não conseguia engolir. O diagnóstico da SK foi realizado no Hospital Infantil Municipal Cosme e Damião, onde também recebeu tratamento. Foi receitada pela equipe médica a terapia com Imunoglobulina e Ácido acetilsalicílico (AAS).

Segundo a mãe, não houve qualquer seqüela cardiovascular após este episódio da SK, e a criança age em todas as suas atividades de forma normal.

Durante o exame clínico odontológico da paciente, pôde-se observar:

- a) Restauração em amálgama satisfatória na face oclusal do dente 46.
- b) Restauração em amálgama insatisfatória na face oclusal do dente 54.
- c) Lesões de cárie ativas nos dentes: 64 (OD), 26 (P) e 46 (V).
- d) Lesões de cárie inativas: 55 (OP), 16 (OP), 65 (OP), 26 (O), 36 (OV) e 45 (O).

- e) Ausência dos incisivos laterais inferiores permanentes;
- f) Presença de um dente entre os incisivos centrais inferiores permanentes.



Figura 1. Arcada superior.



Figura 2. Arcada inferior.

Inicialmente acreditava-se tratar de um dente supranumerário entre os incisivos centrais inferiores permanentes, sendo a falta de espaço o motivo de não ter erupcionado os incisivos laterais permanentes. Foi realizado o exame radiográfico utilizando as técnicas periapical e oclusal no qual foi descoberto que, na realidade, havia a ausência dos incisivos laterais inferiores permanentes e o dente presente entre os incisivos centrais possivelmente seria o incisivo central inferior decíduo direito (81), por sua localização mais à direita em relação à linha média facial, o qual também apresentava a sua raiz completa.

A primeira intervenção odontológica realizada foi a evidenciação de placa bacteriana utilizando o corante fucsina líquida, profilaxia de todos os dentes com pasta profilática e aplicação tópica de flúor. Posteriormente iniciou-se o processo de restaurações com cimento ionômero de vidro nos dentes com cavitação e lesão de cárie ativa.

Para realizar a exodontia do elemento 81, foi realizada a anestesia tópica (com Gel Benzotop – Benzocaína 200mg/g) na região do dente e seguidamente a anestesia local infiltrativa e intraligamentar utilizando uma carpule com refluxo e anestésico Lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000 Alphacaine 100 da marca DFL®, sendo utilizado ½ tubete deste. Ao procedimento, utilizou-se descolador tipo Molt 9 para descolar os tecidos moles e o fórceps infantil nº

44 para a exodontia do dente 81. Em seguida, para compressão do sangue no local foi utilizada gaze estéril.



Figura 3. Mordida (Vista anterior).



Figura 4. Radiografia periapical dos incisivos inferiores.



Figura 5. Radiografia oclusal dos incisivos inferiores.

O tempo de atendimento da paciente na cadeira odontológica foi de 15 minutos entre verificação dos sinais vitais e o procedimento da exodontia, que ocorreu de forma segura e sem nenhum tipo de complicação.

A mãe foi alertada sobre a necessidade de uma avaliação ortodôntica para o fechamento do diastema anterior, a paciente foi remarcada para continuação do tratamento.



Figura 6. Dente extraído.

DISCUSSÃO

Rato e cols. (1996) relatam que SK tem aumentado a sua frequência desde foi descrita pela primeira vez no Japão em 1967. Acreditam que as formas atípicas da doença têm aparecido cada vez mais, dificultando o diagnóstico precoce; levando em relevância a precoce idade dos doentes e a maior incidência de alterações coronárias em pacientes do sexo feminino.

Devido o fato de ter manifestações orais em seus sinais clínicos, Berber e cols. (2017) defendem que é de suma importância que a odontopediatria saiba reconhecer através da anamnese e o exame clínico os sinais e sintomas da SK, em sua fase inicial, a fim de encaminhá-lo, o mais rápido possível, para o cardiologista recebendo-o a tempo oportuno e evitando sequelas cardiovasculares.

Figueiredo e cols. (2010), afirmam que o cirurgião-dentista pode realizar, no primeiro momento, um correto diagnóstico, e o seu papel é manter a higiene e saúde bucal do paciente para a prevenção de comorbidades associadas à síndrome. A antibioticoprofilaxia deve ser empregada por cirurgiões-dentistas em procedimentos cirúrgicos quando o paciente for considerado cardiologicamente comprometido, a fim de evitar a endocardite bacteriana.

Na Odontopediatria, o protocolo recomendado para crianças sem história de alergia à penicilina é utilizada a Amoxicilina, 50 mg/kg, por via oral, 1 hora antes do procedimento, a dose não pode ultrapassar a dose de adultos, que é de 2 g; e em casos de crianças alérgicas a penicilinas, Clindamicina, 20 mg/kg, por via oral, 1 hora antes do procedimento, a dose não pode ultrapassar a dose de adultos, que é de 600mg (VERDI, 2011).

Para elaboração de um plano de tratamento odontopediátrico, em caso de procedimentos cirúrgicos, após diagnóstico da SK, recomenda-se: avaliar o uso ou não da antibioticoprofilaxia, dependendo da presença de sequelas cardíacas; avaliar as células sanguíneas e os valores de coagulação, através de exames laboratoriais (BERBER et al., 2017).

No tratamento realizado, em relação a exodontia, utilizou-se ½ tubete de anestésico Lidocaína 2% com Epinefrina, pois Figueiredo e cols. (2010) indicam que podem ser usados anestésicos com vasoconstritor desde que seja empregada a dose apropriada conforme a idade e as condições cardiovasculares que o paciente se encontra.

Berber e cols. (2017) relatam que no atendimento

odontopediátrico de um paciente com SK, tendo como sequela a presença de aneurismas coronários bilaterais e sob tratamento rotineiro com cardiologista, foi realizado um tratamento que consistiu em profilaxia completa, restauração nos molares, exodontia de 4 incisivos superiores e colocação de mantenedor de espaço estético fixo sob anestesia local infiltrativa, utilizando anestésico com vasoconstritor – lidocaína com epinefrina. A cooperação do paciente e seus pais foram excelentes e não houve qualquer complicação durante o tratamento.

Pacientes portadores de síndromes podem apresentar agenesias dentárias (SILVA, PEREIRA, FAGGIONI JÚNIOR, 2005; SEABRA et al., 2008; TORRES et al., 2015) e existem mais de 120 síndromes que tem relação com a displasia ectodérmica (ANTONIAZZI et al., 1999). Nosso paciente apresentava a agenesia de incisivos inferiores, o que possivelmente tem relação com a Síndrome de Kawasaki.

Nos estudos de Antoniazzi e cols. (1999), contata-se que a maior prevalência de agenesia dentária acontece nos segundos pré-molares superiores (1,39%), segundos pré-molares inferiores (0,99%), incisivos laterais superiores (0,89%) e os incisivos laterais inferiores (0,39%); tendo o maior número de casos em pacientes do sexo feminino e maior predominância na maxila (2,28%) em comparação à mandíbula (1,38%).

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento da cronologia de erupção dentária para o diagnóstico precoce da agenesia, se clinicamente observar a ausência de algum dente permanente em uma idade que este deveria estar presente, emprega-se exames radiográficos para o correto diagnóstico (PAULA, FERRER, 2007).

Conforme mencionado, a confirmação da agenesia de nosso paciente aconteceu somente após exames radiográficos.

O melhor tratamento para casos em que há agenesia dentária é a movimentação através de aparelhos ortodônticos visando a função e estética oral (SILVA, PEREIRA, FAGGIONI JÚNIOR, 2005), por esse motivo a paciente foi orientado a agendar consulta para avaliação ortodôntica.

CONCLUSÃO

A anamnese geral é muito importante no atendimento odontológico, visando obter o máximo de informações possíveis sobre a saúde do paciente.

A busca pelo conhecimento acerca da Síndrome de Kawasaki é relevante para o atendimento de pacientes odontopediátricos, já que apresenta certa prevalência na infância, assim como manifestações orais em sua fase aguda e a possibilidade de sequelas cardiovasculares, que necessitam de medidas específicas durante o tratamento odontológico.

REFERÊNCIAS

- ANTONIAZZI, M.C.C., CASTILHO, J.C.M., MORAES, L.C., MÉDICI FILHO, E. Estudo da prevalência da anodontia de incisivos laterais e segundos pré-molares em leucodermas brasileiros, pelo método radiográfico. Rev. Odontol. Unesp. 1999; 28(1): 177-185.
<https://www.revodontolunesp.com.br/article/5880178e7f8c9d0a098b47bc>
- BERBER, M.A.R., RODRÍGUEZ, R.V., ROJAS, P.D.A., RODRÍGUEZ, M.S.R., RANGEL, J.A.G., POZOS-GUILLÉN, A.J. Manejo estomatológico de un paciente pediátrico com

- enfermedad de Kawasaki. Ortodoncia publicaciones. 2017; art 37. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-37/>
- CORTES, J., MARTÍNEZ, A., MONTINI, C., BARRAZA, P., REYES. Enfermedad de Kawasaki. Rev Dent Chile. 1989; 80(2): 85-87. http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123391/Cortes_J_1989.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- DAJANI, A.S., TAUBERT, K.A., GERBER, M.A., SHULMAN, S.T., FERRIERI, P., FREED, M., et al. Diagnosis and therapy of Kawasaki Disease in children. AHA Scientific Council. 1993; 87(5): 76-80. <https://doi.org/10.1161/01.cir.87.5.1776>.
- FERNANDES, F.M., CUNHA, F.S., MAGALHÃES, C.M.R. Aplicando raciocínio baseado em casos no auxílio ao diagnóstico médico da Síndrome de Kawasaki. Computer on the Beach. Artigos curtos: trilha de computação aplicada à saúde. 2010. <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/acotb/article/download/6348/3585>
- FIGUEIREDO, M.C., PIRES, P.D.S., FAUSTINO-SILVA, D.D., CERNICCHIARO, M.O., SQUEF, R. Consideraciones orales del Síndrome de Kawasaki: descripción de un caso clínico. Avances em odonto estomatologia. 2010; 26(4): 203-207. <http://hdl.handle.net/10183/49601>
- PAULA, A.F.B., FERRER, K.J.N. Prevalência de agenesia em uma clínica ortodôntica de Goiânia. RGO, Porto Alegre. 2007; 55(2): 149-153. <http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=950&article=563&mode=pdf>
- RATO, Q., MACEDO, A.J., HENRICKSON, I., TOMÉ, A., ABREU, M., AMADO, S., et. al. Formas Típicas e Atípicas da Doença de Kawasaki. Acta Pediat Port. 1996; 27(4): 675-679. http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2012/1/Acta%20Pediatr%20Port%201996_27_675.pdf
- SEABRA, M., MACHO, V., PINTO, A., SOARES, D., ANDRADE, C. A importância das anomalias dentárias de desenvolvimento. Acta Pediátrica Portuguesa. 2008; 39(5): 195-200. http://paediatric-dentistry.com/docs/A_importancia_das_anomalias_dentarias_de_desenvolvimento.pdf
- SILVA, E.R., PEREIRA, M., FAGGIONE JÚNIOR, G.G. Anomalias dentárias – agenesias e supranumerários – revisão bibliográfica. Biosci. J. Uberlândia. 2005; 21(2): 105-113. <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/6596>
- SILVA, R.B., ANTONIALI, M.M.S., MENEZES, F.G., NASCIMENTO, J.W.L. Perfil da prescrição de antibioticoprofilaxia em exodontia por cirurgias dentistas na cidade de São Paulo. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2009; 13(2): 113-117. <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/3013>
- TORRES, P.F., SIMPLÍCIO, A.H.M., LUZ, A.R.C.A., LIMA, M.D.M., MOURA, L.F.A.D., MOURA, M.S. Anomalias dentárias de números em pacientes ortodônticos. Rev Odontol Unesp. 2015; 44(5): 280-284. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.0066>.
- VERDI, D.C. Protocolo medicamentoso em odontopediatria. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Especialização em Odontopediatria, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/39246/R%20-%20E%20-%20DAYANA%20CRISTINA%20VERDI.pdf?sequence=2&isAllowed=y>