

Atendimento Odontológico em pacientes com necessidades especiais

Maria Cristina Borsatto (Brasil), Ana Lidia Ciamponi (Brasil - Coordenadora)

Maria Cristina Duarte Ferreira (Brasil - Relatora), Maria Gabriela Acosta Torrealba (Venezuela), Gilmer Torres Ramos (Peru), Agda Maria de Moura (Brasil), Silvia Medici (Argentina), Susanne Krämer (Chile), Gabriela Scagnet (Argentina)

Abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais

Iniciando os trabalhos Profa. Borsatto descreve a importância do núcleo familiar quando no nascimento de uma criança especial, o impacto inicial dos pais e familiares e citou um texto de Emily Perl Knisley, de 1987 intitulado “Bem-vindo à Holanda” onde ela descreve a experiência de dar a luz a uma criança com deficiência, que é como planejar uma bela viagem para Itália e após meses de preparação, na hora do avião pousar o comissário de bordo diz, bem-vindo a Holanda, assim a mãe/passageira tem que reorganizar toda a vida para o filho deficiente que chegou. Ocorre a perda daquele filho imaginário/perfeito e, muitas vezes o choque inicial leva a dificuldade de aceitação da deficiência que a criança apresenta, podendo ocorrer a negação, a tristeza e por fim a aceitação. A partir daí, ocorre o início de uma série de tratamentos médicos, fisioterápicos, fonaudiológicos e o tratamento odontológico em geral é deixado para um segundo plano. Quando este paciente chega ao cirurgião dentista, já existem muitas necessidades, na maioria das vezes com doenças bucais instaladas, ressaltando a importância da abordagem odontológica precoce com prioridade na prevenção e tratamento minimamente invasivo nestes pacientes considerados de alto risco.

Quando falamos em tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais é importante que se conheça quem são esse pacientes para a odontologia, assim eles são

classificado da seguinte maneira: 1. Desvios de inteligência (deficiência intelectual, superdotados); 2. Desvios sociais; 3. Distúrbios comportamentais (autismo, déficit de atenção); 4. Distúrbios de comunicação (deficiência visual, auditiva, de fala); 5. Distúrbios psiquiátricos (esquizofrenia, distúrbios alimentares); 6. Estados fisiológicos especiais (gravidez); 7. Distúrbios endócrinos e metabólicos; 8. Distúrbios congênitos e 9. Distúrbios ambientais. No Brasil de acordo com o censo 2010, 24,5% da população apresenta algum tipo de deficiência e entre 6 a 8% pode ter alguma doença rara. Em 2014 a Portaria no. 199 de 30/01/2014, publicada pelo Ministério da Saúde, instituiu a política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com doenças Raras. Essa portaria aprovou diretrizes para o atendimento no SUS (Sistema Único de Saúde) e instituiu incentivos financeiros de custeio.

A abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais deve estar embasada em uma anamnese detalhada, com todos os dados do indivíduo e da deficiência que irão auxiliar no planejamento, diagnóstico e prognóstico do tratamento. O manejo do paciente vai depender de uma série de adaptações de acordo com o tipo de deficiência, a idade e a necessidade odontológica. Devemos colocar a criança o mais confortável possível e podemos utilizar vários dispositivos como, a calça da vovó, o triângulo, a macri, sempre com o auxílio da mãe e quando necessário, fazer uso de equipamentos de contenção física como faixas e estabilizadores. Os abridores de boca empregados podem ser os de

borracha, palitos de madeira, prendedor de roupa, abridores de molt, boquilhas de garrafa pet e dedeiras acrílicas. Para o controle químico e mecânico do biofilme utiliza-se soluções de clorexidina, flúor e adaptações para a higienização como adequações no cabo da escova e uso de orteses que facilitam a apreensão.

O uso da acupuntura no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais ajuda a controlar movimentos involuntários e os mantêm mais calmos durante a consulta. A técnica tradicional chinesa permite que as faixas de contenção sejam freqüentemente dispensadas. De acordo com pesquisas realizadas pela Profa. Borsatto, as famílias também relatam que os pacientes ficaram mais calmos em casa, dormem bem e apresentam melhoras em outros sintomas.(1)

Dando continuidade ao curso, Dra. Torrealba discorre sobre o tema: Manifestações bucais em crianças com doenças sistêmicas

Os dados epidemiológicos de crianças com doenças renais na Venezuela demonstram que 32% das insuficiências renais são causadas por infecções, 28% por desordens metabólicas, 9,5% por glomerulonefrite e 30% por urolitíase das mais diversas causas colocando a Venezuela com estabelecimento de políticas nacionais de cuidados de saúde apropriados.(2) Com o número crescente de indivíduos com doenças renais, cresce também a necessidade do conhecimento dos aspectos e cuidados bucais nestes pacientes, o odontopediatra deve estar ciente dos múltiplos sistemas que podem estar afetados, os efeitos adversos dos medicamentos que serão prescritos levando em consideração o comprometimento renal no metabolismo e excreção das drogas.(3)

Existem algumas condições bucais que podem estar associadas a insuficiência renal, dentre elas hipoplasia de esmalte (4), amelogenese imperfeita (5), retardo na erupção, obliteração pulpar, sangramento gengival e hiperplasia gengival. (6) A hiperplasia gengival ocorre principalmente em pacientes transplantados renais como efeito colateral do uso do imunossupressor Ciclosporina A, atualmente este medicamento pode ser substituído por Tacrolimus que não provoca efeitos adversos nos tecidos periodontais.(7)

Uma equipe multidisciplinar contendo um odontopediatra deve estar envolvida no tratamento de crianças com insuficiência renal, esta equipe deve estar atenta ao diagnóstico e eliminação de focos infecciosos precocemente.

Outra enfermidade sistêmica que deve ser considerada na odontopediatria é a diabetes mellitus, uma doença endócrina metabólica cujas características são: poliúria, sede, fome e perda de peso. A Associação Americana de Diabetes classifica em 2 tipos, Tipo I que pode ser por imunidade ou idiopática e Tipo II que apresenta um componente genético. (8) As manifestações bucais do diabético são: diminuição do fluxo salivar, halitose, cáries e presença de cálculo dental, alteração na cicatrização devido a menor resposta vascular periférica, síndrome da boca ardente, redução da sensibilidade, microangiopatias e presença de infecções bucais como candidíase, leucoplasia e líquen plano. A Associação Dental Americana preconiza como protocolo para o atendimento de diabéticos uma anamnese detalhada com toda história médica, contato com o médico que acompanha o paciente, averiguar as interações medicamentosas, dieta e monitorar os níveis de glicose sanguínea. O horário da consulta deve levar em consideração tempo da última refeição e do uso da insulina para evitar episódios de hipoglicemia.(9)

O Câncer infantil também é uma doença sistêmica que o odontopediatra deve estar atento, dentre os tipos de câncer, o mais comum em crianças é a leucemia, principalmente a leucemia linfocítica aguda (LLA) que afeta as células brancas, é mais freqüente em meninos na faixa etária dos 3 aos 5 anos e sua etiologia é multifatorial. As crianças leucêmicas apresentam as mucosas pálidas, petéquias e ulcerações. Outro tipo de câncer é o linfoma de Hodkin, raro em indivíduos menores que 5 anos, já dos linfomas não Hodkin comuns em crianças podemos citar o neuroblastoma, osteossarcoma, tumor de Wilms, retinoblastoma e o linfoma de Burkitt.

O tratamento do câncer é realizado pela quimioterapia e/ou radioterapia. A quimioterapia é o tratamento mais comum, e consiste de 3 fases: a fase de indução da remissão, a de consolidação da remissão e a de manutenção. Como efeito colateral a quimioterapia apresenta as mucosites, que são ulcerações nas mucosas, principalmente na mucosa bucal. O odontopediatra deve atuar antes do início, durante e após o tratamento quimioterápico. Antes, eliminando focos de infecção, fazendo a prevenção e orientação quanto a higiene e dieta. Durante fazendo o diagnóstico precoce dos efeitos adversos como as infecções oportunista devido a imunossupressão, o aparecimento de lesões ulceradas, orientação de dieta líquida e pastosa e uso de escovas ultra-macias. E depois da quimioterapia fazendo a manutenção da saúde bucal.

A radioterapia também pode causar manifestações bucais, como a xerostomia, mucosite e osteoradionecrose. O importante é o odontopediatra identificar as enfermidades bucais e seu risco afim de estabelecer um programa de tratamento personalizado.

Encerrando sua brilhante apresentação Dra. Torrealba descreveu outra situação sistêmica que

afeta muitas crianças e que o odontopediatra deve estar atento, a desnutrição, que é o resultado de uma ingestão de alimentos insuficiente para satisfazer as necessidades energéticas, ou de absorção deficiente e/ou de uso biológico deficiente dos nutrientes consumidos.(10)

Os sinais clínicos da desnutrição são: face de velho, pele seca, baixo peso, e diminuição do tecido muscular (Síndrome de Kwashiorkor).(11) Na cavidade bucal podemos citar a hipoplasia de esmalte, diminuição do perímetro do arco e estomatite aftosa recorrente.(12)

A desnutrição é uma condição sistêmica que deve ser tratada por uma equipe multidisciplinar que deve incluir o odontopediatra.

Prof. Dr. Gilmer deu continuidade ao ciclo de palestras com o tema Atenção odontológica em pacientes com doenças hematológicas nos relatando que em 2006, no início do seu trabalho no Instituto Nacional de Salud Del Niño, não havia interesse em reabilitar pacientes hospitalizados e que a proposta era apenas remoção de focos infecciosos (13). A partir de 2012 passaram a utilizar mais os procedimentos conservadores, conservando dentes, evitando cirurgias, hemorragias e hospitalizações muitas vezes desnecessárias. Mesmo nos casos de dentes com comprometimento de furca, o tratamento endodôntico é realizado evitando a remoção cirúrgica do dente. Nestes casos a instrumentação é feita com instrumentos rotatórios sob isolamento absoluto, a pasta obturadora é reabsorvível – MTA – que favorece a regeneração óssea e é realizada a reconstrução dental para manter a função. As polipotomias são realizadas usando o sulfato férrico como hemostático e depois o uso de pasta de óxido de zinco - eugenol como base para a posterior reconstrução do dente.(14) Também pode ser utilizado para hemostasia o eletro-

cautério que promove a coagulação dos cotos radiculares, entretanto este procedimento está contra indicado para pacientes que usam marcapasso.(15). Para regeneração tissular nos casos de comprometimento de furca também pode ser utilizada a pasta de Oshino (16).

O tratamento conservador se justifica em pacientes anêmicos pela grande incidência (80%) de apneias pós procedimentos cirúrgicos em indivíduos com hematocrito abaixo de 30%.(17) Na anemia falciforme assim como nas neutropenia (18) deve ser utilizada a profilaxia antibiótica de acordo com AHA(19) quando for necessária a realização de procedimentos mais invasivos. Nos casos de anemia aplásica onde as 3 séries de células sanguíneas estão comprometidas é indicado o uso de enxaguantes bucais com clorexidina para o maior controle dos micro-organismos bucais. (20)

A palestra seguinte foi ministrada pela Profa. Silvia Medici que abordou o tema HIV em odontopediatria

A doença do HIV continua sendo no planeta um problema sério da saúde.(21) A nível mundial, em 2011 ocorreram cerca 2.5 milhão casos novos, e perto de 34 milhões de pessoas vivem no mundo com o HIV. Embora seja a África que enfrenta o maior número de casos, o sul e o sudeste de Ásia, a Europa Oriental, a Ásia central, e os países da America Latina são afetados significativamente pelo HIV. Os países da America Latina com alta prevalência de pessoas infectadas (entre 4.5 e 6.4/1.000 habitantes) são a República Dominicana, Panamá, El Salvador e Honduras; ainda a Bolívia, Colômbia e Paraguai apresentam maior numero de crianças infectadas entre de 0 e 14 anos de idade. (22) É importante conhecer a via de transmissão da doença e os fatores incidentes maternos e fetais na transmissão vertical. A carga viral materna é uma de-

terminante preliminar do progresso da doença nas crianças. A cavidade oral é suscetível às infecções pela grande quantidade de microorganismos que a habitam normalmente, isto constitui uma ameaça para aqueles pacientes que são imunossuprimidos, por isso podemos esperar uma gama de manifestações bucais bacterianas, fúngicas, virais e também neoplásias orais nas crianças infectadas pelo HIV. As lesões mais freqüentes são: candidiase pseudomenbranosa, infecção de glândulas salivares, candidiase eritematosa, queilite angular linear, eritema gengival, o herpes simples e menos freqüentemente a leucoplasia pilosa. A fim planejar um protocolo de atenção odontológica para atendimento de crianças com HIV, é necessário fazer o diagnóstico e avaliação dos antecedentes médicos: forma da transmissão, data do diagnóstico, história das doenças de transmissão sexual, história de doenças infecciosas, história de doenças oportunistas, medicações, alergias, exames laboratoriais, avaliação sistêmica (cabeça e pescoço; trato gastrointestinal; sistema cardiovascular; sistema pulmonar; sistema nervoso). De acordo com a avaliação e diagnostico é que se determina se o paciente necessitará de profilaxia antibiótica antes das intervenções odontológicas. Se a contagem de plaquetas estiver entre 150.000 - 400.000/mm³ é possível realizar endodontia, dentística, prevenção e extrações simples. Devem receber profilaxia antibiótica pacientes que se apresentam algumas seguintes características: risco do endocardite infecciosa, pacientes neutropênicos (<500 cel/mm³), pacientes com níveis CD4 > 750 cel/mm³ (menores de 1 ano), > 500 cel/mm³ (1-5 anos), > 200 cel/mm³ (maiores de 5 anos e adultos), os medicados com o AZT durante os períodos prolongados nos estágios avançaram da doença e os medicados com AZT e de outras drogas indutivas do neutropenia. Vários fatores influenciam o planejamento do tratamento: controle da infecção, reabilitação da função mastigatória, estado geral

do paciente, prognóstico do paciente e recursos econômicos do paciente.(23) Uma vez analisada a história médica, faz-se o exame clínico, solicita-se o raio X panorâmico, os exames laboratoriais dos últimos 6 meses que indicam a carga e a contagem viral e CD4. O planejamento deve consistir inicialmente da resolução das urgências: infecções, dor e traumatismos. Se na primeira consulta do paciente, houver a necessidade de intervenções de urgência, o tratamento deve ser apenas medicamentoso até que se obtenha todos os dados laboratoriais. O protocolo clínico de atenção ao paciente com HIV deve ter como prioridade o controle das infecções estomatológicas, fúngicas, virais e bacterianas. Como são pacientes de alto risco cariogênico deve-se fazer o controle químico/mecânico do biofilme, a inativação de lesões de carie.(24) Orientação de dieta e cuidados com administração dos medicamentos que contem muito açúcar, controle das infecções pulpares, periapicais e periodontais. (25) Fortificação das estruturas dentais através de aplicação tópica de fluoretos e de selantes de fósforos e fissuras. Estimulação da secreção de saliva, reabilitação e manutenção.

A saúde bucal não é considerada uma prioridade pelos pais ou cuidadores na maioria das crianças infectadas por HIV, conseqüentemente existe a necessidade de que a equipe interdisciplinar (pediatras, nutricionistas, odontopediatras, pais, cuidadores, etc.) auxilie na promoção de programas de atenção odontológica com um forte componente preventivo

A palestrante seguinte foi Profa. Dra. Susanne Kramer que discorreu sobre o tema: Atenção Odontológica de pacientes com epidermólise bolhosa

A epidermólise bolhosa (EB) constitui um grupo de enfermidades de severidade variável (32 sub-

tipos), de origem genética, com uma prevalência de 1:100.000 nascimentos. É caracterizada por uma fragilidade epitelial que ao atrito provoca bolhas ou vesículas na pele e mucosas (boca, esôfago, faringe, estomago, intestino, vias respiratórias e urinárias, pálpebras e córnea). É uma condição sempre muito dolorosa e potencialmente mortal ainda na infância em suas formas mais graves.(26) A EB é classificada segundo o nível afetado pela mutação: Simples, Juncional, Distrófica e Síndrome de Kindler.

Na EB Simples 40,3% dos afetados apresentam história de úlceras orais já no período neonatal. A EB juncional é mais severa, com uma prevalência de 1:4.000.000, provoca tecido de granulação perioral, lesões sem cicatrização, as narinas se fecham e devido a isso a traqueostomia é freqüente para auxiliar a respiração. Apresentam sobreinfecções severas com o uso constante de antibióticos e antifúngicos para o tratamento. A EB juncional aparece entre 6 e 9 meses de idade e pode ir diminuindo no decorrer do tempo. A abertura de boca fica limitada devido ao tecido de granulação peribucal, a mucosa oral apresenta poucas lesões mas as que aparecem são de difícil cicatrização. Amelogenese imperfeita ocorre em 100% dos casos, sensibilidade dentinária, além dos problemas estéticos e a abrasão dental que também pode ser encontrada.

Na EB do tipo distrófica ocorrem bolhas por todo o corpo, as unhas são distróficas, apresentam alopecia, contração das mãos(em forma de miton) e um carcinoma espinocelular pode ocorrer entre 13 e 40 anos de idade. Estes pacientes apresentam limitação da abertura bucal devido a microstomia, lesões na comissura, obliteração do vestíbulo, língua despapilada, anquilosia, ausência de freio lingual, alto índice de cárie e as bolhas podem ser hemorrágicas ou serosas. No tratamento odontológico devemos tomar cuida-

do para fazer pressão suave nos tecidos e evitar o aparecimento das bolhas, a anestesia deve ser por infiltração profunda e, na necessidade de prescrição medicamentosa deve ser ministrado na forma líquida devido a estenose esofágica, não podemos utilizar sugadores de alta potência e o contato com o médico é primordial. No tratamento sob anestesia geral a equipe auxiliar deve estar preparada e ter conhecimento sobre a EB.(27)

De uma forma geral todo tratamento odontológico pode ser realizado em pacientes com EB, apenas com alguns cuidados: sempre apoiar o sugador em dentes e não em mucosa, esvaziar as bolhas hemorrágicas, usar de selantes na prevenção, realizar as moldagens com silicón pesada sem o uso de moldeiras e a reabilitação pode ser realizada com Cerec. O ideal é que a consulta odontológica seja realizada o mais precoce possível com controles periódicos e orientação para o uso de escovas com cerdas curtas e extra macias.(28)

Dando seqüência aos trabalhos do curso, a Profa. Dra. Agda Maria de Moura nos apresentou o tema: Programa de Prevenção da cárie dentária no Ambulatório de Fissura Lábio Palatina da FOUSP

A fissura labiopalatal está entre as malformações congênitas mais comuns em humanos, tendo uma interação complexa de fatores genéticos e ambientais, com recorrência relativa. A literatura internacional relata índices epidemiológicos de fissura de lábio e / ou palato variando de 0,87 a 1,03 por mil nascimentos (29). Estes índices são semelhantes aos relatados em estudos realizados no Brasil.

Apesar desta alta incidência, a fissura labiopalatal não é uma causa importante de mortalidade nos países desenvolvidos, no entanto as fissuras de lábio e/ou palato apresentam morbidade considerável em crianças afetadas e impõem um custo alto às famílias e também à sociedade (30). Estes custos se devem não só ao longo período de tratamento, o qual perdura durante o crescimento e desenvolvimento do complexo maxilomandibular, mas também à necessidade de uma equipe multidisciplinar, pois a presença da fissura labiopalatal gera problemas estéticos, funcionais e psicológicos.

Ao nascimento de uma criança com fissura, dificilmente os seus pais têm a exata dimensão do processo de reabilitação, sendo que suas expectativas são específicas e relacionam-se à eficácia do tratamento cirúrgico. Eles não conseguem dimensionar a estreita relação entre a saúde oral e a reparação cirúrgica, a reabilitação da fala e a correção da má-oclusão.

O Ambulatório de Fissura Labiopalatina da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, o qual existe desde a década de 70 e hoje tem como responsável a Profa. Dra. Marcia André, adota como filosofia de trabalho a intervenção precoce por meio de equipe multidisciplinar. Independente da extensão da fissura e da conduta cirúrgica o protocolo de tratamento consiste em avaliação do recém-nascido, orientação aos pais e proposta de um plano terapêutico em relação ao crescimento facial e à saúde oral. Os estudos são direcionados para determinar meios de prevenir e tratar a cárie dentária sob a ótica que contempla biológica e social.

Destaca-se o incremento de flúor, a higiene oral e a dieta adequada como fatores de prevenção relacionados aos aspectos biológicos da doença cárie. Por este motivo a orientação quanto à hi-

giene oral e à dieta adequada vem sendo objetivo do Ambulatório de Fissura Labiopalatina da FOUSP. Estas orientações são individualizadas, uma vez que outras crianças recebem o aleitamento natural e outras por meio de mamadeiras ou até mesmo sondas. A posição a correta durante o aleitamento evita otites, as quais são muito frequentes nos bebês e crianças fissuradas.

Existem fatores de risco para cárie dentária que são inerentes à própria fissura, tais como anomalias dentárias de número, de posição e de estrutura, e também sobras teciduais ou presença de fístulas que criam nichos retentivos para resíduos alimentares dificultando, a higienização.

No Ambulatório além das orientações quanto à dieta e procedimentos preventivos de cárie, e também realizada a ortopedia oral precoce, através da instalação de placas palatinas passivas ou ativas, sempre que necessário. Isto implica em consultas frequentes, de modo que o reforço de orientação é constantemente revisto. Decorridos 8 a 10 anos da implantação deste Programa de Orientação, a percepção clínica mostrava uma significativa diminuição na cárie dentária dos pacientes. Por esta razão foram realizadas duas pesquisas, sendo que a primeira foi conduzida em 2008 abrangendo a faixa etária de 6 meses a 36 meses, em 143 pacientes atendidos pelo Programa de Orientação Precoce do Ambulatório de Fissura Labiopalatina da FOUSP. Os resultados mostraram índices de cárie mais favoráveis que os da população geral do Brasil.(31) Em um segundo estudo, concluído em 2013, repetiu-se os critérios de inclusão, aumentou-se a amostra para 255 crianças portadoras de fissura na faixa etária compreendida entre 6 meses e 72 meses e os resultados mostraram que as crianças com fissura não manifestaram um alto índice de cárie dentária e que a prevalência de cárie não difere entre irmãos, também mostrou que não há associação com a gravidade da fissura.(32)

O esforço empreendido nestes trabalhos permitiu a reavaliação de condutas e procedimentos clínicos aplicados à promoção e manutenção da saúde oral das crianças fissuradas, com a finalidade de traçar diretrizes mais eficazes para o controle da cárie dental.

Encerrando as atividades do curso a Profa. Dra. Gabriela Scagnet ministrou a palestra intitulada: Atualização Internacional em Educação e Atenção Odontológica Integral de Crianças com Necessidades especiais

Em 2012 o Comitê de Educação da IADH – International Association for Disability and Oral Health realizou um trabalho de consenso de 43 países para estabelecer um curriculum de graduação em odontologia para Pacientes Especiais. Este trabalho foi traduzido para o francês, espanhol e logo será para o português, estando disponível na página da web da IADH – www.iadh.org, com a finalidade de que cada Universidade possa adaptá-lo a sua realidade. Mostrou diferentes estratégias para que os alunos possam compreender as competências do curriculum de graduação do atenção odontopediátrica integral em crianças com necessidades especial. O plano de estudo se baseia na aprendizagem baseado no aluno, que incluem modalidades criativas que os sensibilizem para esta problemática. As estratégias e modalidades de abordagem estão fundamentadas na interdisciplinaridade que envolva todas as especialidades das ciências da saúde envolvidas na atenção de crianças com necessidades especiais e sistemicamente comprometidas.(33)

A seqüência de palestras do curso demonstrou que para o atendimento odontológico integral do

paciente com necessidade especial uma equipe multidisciplinar é fundamental. É importante o conhecimento e a individualização do paciente para que a abordagem humanizada seja a mais adequada possível. Devemos estabelecer protocolos de atendimento que devem priorizar a intervenção precoce através de medidas preventivas e quando necessários outros procedimentos levar

em consideração a oportunidade X necessidade do tratamento. O aprendizado do atendimento odontológico do paciente com necessidade especial deve ser iniciado ainda na graduação onde são desenvolvidas as habilidades e capacidades de demonstrar atitude positivas e também se adquire o conhecimento do contexto social e cultural em que o aluno de graduação está inserido.

Referências

1. Galo R, Torres CP, Contente MM, da Silva JM, Borsatto MC. Acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders in Sydenham's chorea patient: a case report. *Acupunct Med.* 2009;27(4):188-9.
2. Orta-Sibu N, Lopez M, Moriyon JC, Chavez JB. Renal diseases in children in Venezuela, South America. *Pediatr Nephrol.* 2002;17(7):566-9.
3. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res.* 2005;84(3):199-208.
4. Ibarra-Santana C, Ruiz-Rodríguez MeS, Fonseca-Leal MeP, Gutiérrez-Cantú FJ, Pozos-Guillén AeJ. Enamel hypoplasia in children with renal disease in a fluoridated area. *J Clin Pediatr Dent.* 2007;31(4):274-8.
5. Elizabeth J, Lakshmi Priya E, Umadevi KM, Ranganathan K. Amelogenesis imperfecta with renal disease--a report of two cases. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(10):625-8.
6. Davidovich E, Schwarz Z, Davidovitch M, Eidelman E, Bimstein E. Oral findings and periodontal status in children, adolescents and young adults suffering from renal failure. *J Clin Periodontol.* 2005;32(10):1076-82.
7. James JA, Jamal S, Hull PS, Macfarlane TV, Campbell BA, Johnson RW, et al. Tacrolimus is not associated with gingival overgrowth in renal transplant patients. *J Clin Periodontol.* 2001;28(9):848-52.
8. Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2014;37 Suppl 1:S81-90.
9. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. *J Am Dent Assoc.* 2003;134 Spec No:4S-10S.
10. De la Mata C. Malnutricion, Desnutricion y Sobrealimentacion. *Rev Med Rosario;* 2008. p. 17 - 20.
11. González T, Khazam K, Acosta de Camargo MG, Sanabria Z. Influencia del estado nutricional sobre IgA secretora salival. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria;* 2013. p. 1-8.
12. Caufield PW, Li Y, Bromage TG. Hypoplasia-associated severe early childhood caries--a proposed definition. *J Dent Res.* 2012;91(6):544-50.
13. Parry JA, Khan FA. Provision of dental care for medically compromised children in the UK by General Dental Practitioners. *Int J Paediatr Dent.* 2000;10(4):322-7.
14. Smith NL, Seale NS, Nunn ME. Ferric sulfate pulpotomy in primary molars: a retrospective study. *Pediatr Dent.* 2000;22(3):192-9.
15. Dean JA, Mack RB, Fulkerson BT, Sanders BJ. Comparison of electrosurgical and formocresol pulpotomy procedures in children. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(3):177-82.
16. Nakornchai S, Banditsing P, Visetratana N. Clinical evaluation of 3Mix and Vitapex as treatment options for pulpally involved primary molars. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(3):214-21.
17. Welborn LG, Hannallah RS, Luban NL, Fink R, Ruttimann UE. Anemia and postoperative apnea in former preterm infants. *Anesthesiology.* 1991;74(6):1003-6.
18. Lockhart PB, Brennan MT, Sasser HC, Fox PC, Paster BJ, Bahrani-Mougeot FK. Bacteremia associated with toothbrushing and dental extraction. *Circulation.* 2008;117(24):3118-25.

19. Pérez-Lescure Picarzo J, Crespo Marcos D, Centeno Malfaz F, Congénitas GdCCdlSEdCPyC. [Clinical guidelines for the prevention of infective endocarditis]. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(3):187.e1-5.
20. Thomas E. Efficacy of two commonly available mouth rinses used as preprocedural rinses in children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011;29(2):113-6.
21. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. July, 2014. p. 184.
22. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buena-Casal G. [Current epidemiological situation of HIV / AIDS in Latin America: analysis of differences among countries]. *Rev Med Chil*. 2012;140(1):50-8.
23. Squassi AF, Allesandrello H, D'Érasmo L, Piovano S, Bordoni NE. Estudio de costos de la atención odontológica en niño infectados con VIH o con SIDA. *Bol AAON*; 2005. p. 12-8.
24. Eldridge K, Gallagher JE. Dental caries prevalence and dental health behaviour in HIV infected children. *Int J Paediatr Dent*. 2000;10(1):19-26.
25. Medidi S, Palazzo P, Sánchez G, Bordoni NE, Squassi AF. Estado dentario en niños con VIH: estudio comparativo y post implementación de terapia entirretroviral de gran actividad (TARGA). *Bol AAON*; 2006. p. 22-6.
26. Scagnet G. Protocolo de atención odontológica en niños con Epidermólisis Ampollar. *Revista de odontopediatria Latinoamericana*; 2013.
27. Krämer SM, Serrano MC, Zillmann G, Gálvez P, Araya I, Yanine N, et al. Oral health care for patients with epidermolysis bullosa--best clinical practice guidelines. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22 Suppl 1:1-35.
28. Krämer SM. Oral care and dental management for patients with epidermolysis bullosa. *Dermatol Clin*. 2010;28(2):303-9, x.
29. Derijcke A, Eerens A, Carels C. The incidence of oral clefts: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1996;34(6):488-94.
30. Wehby GL, Cassell CH. The impact of orofacial clefts on quality of life and healthcare use and costs. *Oral Dis*. 2010;16(1):3-10.
31. Moura AM, André M, Lopez MT, Dias RB. Prevalence of caries in Brazilian children with cleft lip and/or palate, aged 6 to 36 months. *Braz Oral Res*. 2013;27(4):336-41.
32. Moura AM, Paiva TBS, Lopez MT, André M. Prevalência de cárie em crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. *Odonto*; 2013. p. 55-63.
33. Faulks D, Norderyd J, Molina G, Macgiolla Phadraig C, Scagnet G, Eschevins C, et al. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe children referred to special care or paediatric dental services. *PLoS One*. 2013;8(4):e61993.