

Centro Universitário UDF

Curso de Odontologia

Trabalho de Conclusão de Curso

AMANDA GOMES KLEIN

JÂNIO LEANDRO SPINELLI

VIVIANE BRITO BARROSO VIEIRA

MANIFESTAÇÕES ORAIS E SISTÊMICAS EM PACIENTE PORTADOR DE  
IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA SUBMETIDO A TRATAMENTO COM  
IMUNOGLOBULINA: RELATO DE CASO

Brasília

2020

AMANDA GOMES KLEIN  
JÂNIO LEANDRO SPINELLI  
VIVIANE BRITO BARROSO VIEIRA

MANIFESTAÇÕES ORAIS E SISTÊMICAS EM PACIENTE PORTADOR DE  
IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA SUBMETIDO A TRATAMENTO COM  
IMUNOGLOBULINA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Graduação em  
Odontologia do Centro Universitário UDF,  
como requisito para a obtenção do título de  
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Abreu de  
Moraes.

Brasília

2020

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de  
nós.”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

## **DEDICATÓRIA**

Chegamos ao fim de um ciclo de muitas risadas, medos, cumplicidade, frustrações, conquistas e muito crescimento. Sendo assim, dedicamos este trabalho a todos que fizeram parte desta etapa de nossas vidas: aos nossos familiares, que sempre sentiram orgulho e respeitaram nossas decisões, aos amigos que nos incentivaram a sermos pessoas melhores e aos cônjuges que não nos deixaram desistir de nossos sonhos, mesmo sabendo o quanto foi cansativo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, o Criador da existência, que permitiu que todas as coisas se concretizassem, que nos deu forças para continuar quando o cansaço parecia ser insuportável.

Em segundo lugar agradecemos a todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para a construção dos nossos valores: nossos familiares que acompanharam nosso esforço e dedicação; nossos cônjuges que se fizeram presentes e entenderam os motivos de algumas noites em claro; aos colegas de turma que nos cederam amizade e companheirismo; aos professores, nossos mestres, que compartilharam seus conhecimentos conosco; aos técnicos, recepcionistas e todo o pessoal de apoio da Clínica Escola de Odontologia da UDF, que sempre nos ajudaram da melhor forma possível.

Também não podemos deixar de agradecer por toda compreensão e ressaltar a importância de algumas pessoas especiais: nossas duplas de atendimento que foram nosso braço direito e olhos a todo momento nos atendimentos compartilhados; nossa orientadora e amiga Prof. Dra. Daniela Abreu de Moraes que doou seu tempo de descanso e conhecimento para nos guiar no que fosse preciso até concluirmos esta trajetória; aos nossos pacientes pela compreensão, confiança e respeito durante os atendimentos. Por fim, agradecemos a Deus por nosso trio de TCC; pela dedicação no desenvolvimento do trabalho proposto, parceria ao longo dos cinco anos de graduação, profissionalismo, responsabilidade na vida cotidiana e porque até mesmo as divergências, nunca foram outra coisa além de mais combustível para nosso crescimento.

Esses são, do fundo de nosso coração, nossos mais sinceros agradecimentos.

## RESUMO

A hipogamaglobulinemia é uma alteração da imunidade humoral, caracterizada por baixos níveis séricos de anticorpos, podendo ter causas primárias e secundárias. Com isso, pacientes com hipogamaglobulinemia apresentam uma susceptibilidade a infecções bacterianas de repetição ou crônicas. As manifestações orais correlacionadas a imunodeficiência primária são pouco relatadas na literatura. Alguns poucos estudos sugerem uma maior prevalência de lesões liquenóides, doenças periodontais, candidíase pseudomembranosa, úlcera aftosa recorrente (UAR) e hipoplasia de esmalte. Esse estudo tem como objetivo contribuir para o conhecimento a fim de auxiliar o cirurgião-dentista na detecção precoce de manifestações orais, bem como suas possíveis alterações e complicações, associadas a imunodeficiências primárias, especificamente a hipogamaglobulinemia. Trata-se de um estudo de caso, realizado por meio da análise documental de prontuário médico-odontológico e da avaliação clínica intra e extraoral, em um paciente do sexo masculino, feoderma, de 19 anos de idade, em acompanhamento no Hospital da Criança de Brasília José Alencar, apresentando quadro de imunodeficiência primária e comorbidades, com o intuito de detectar a prevalência de manifestações orais em pacientes acometidos por hipogamaglobulinemia.

Palavras-chave: Hipogamaglobulinemia. Imunodeficiência. Imunodeficiências primárias. Manifestações bucais. Infecções recorrentes.

## ABSTRACT

Hypogammaglobulinemia is an alteration in humoral immunity, characterized by low serum levels of antibodies, which can have primary and secondary causes. As a result, patients with hypogammaglobulinemia are susceptible to recurrent or chronic bacterial infections. Oral manifestations related to primary immunodeficiency are rarely reported in the literature. A few studies suggest a higher prevalence of lichenoid lesions, periodontal diseases, pseudomembranous candidiasis, recurrent aphthous ulcer (UAR) and enamel hypoplasia. This study aims to contribute to knowledge in order to assist the dentist in the early detection of oral manifestations, such as their possible changes and complications, associated with primary immunodeficiencies, specifically hypogammaglobulinemia. This is a case study, carried out by means of documentary analysis of medical-dental records and clinical assessment intra and extraoral, in a 19-year-old patient, in a male patient, feoderma accompanied at the Hospital da Criança in Brasília José Alencar, presenting a picture of primary immunodeficiency and comorbidities, in order to detect the prevalence of oral manifestations in patients affected by hypogammaglobulinemia.

Keywords: Hypogammaglobulinemia. Immunodeficiency. Primary immunodeficiencies. Oral manifestations. Recurrent infections.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>7</b>
<b>3 HIPÓTESE</b> .....	<b>7</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>7</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>8</b>
5.1 Imunodeficiência Comum Variável (ICV).....	8
5.2 Hipogamaglobulinemia.....	9
5.3 Manifestações Bucais.....	9
<b>6 RELATO DE CASO</b> .....	<b>10</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>20</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>23</b>
ANEXO A .....	23
ANEXO B .....	28
ANEXO C .....	29

## 1 INTRODUÇÃO

As imunodeficiências podem ser primárias (genéticas) e secundárias (adquiridas).<sup>1</sup> As imunodeficiências primárias (IDP) representam um grupo heterogêneo de doenças resultantes de defeitos hereditários no desenvolvimento, na maturação e na função normal das células do sistema imunológico. As IDP muitas vezes têm uma importante base genética e levam a diferentes doenças imunológicas associadas a infecções, doenças autoimunes e outras doenças malignas.<sup>2</sup> As imunodeficiências secundárias (IDS) são causadas por vários fatores que afetam um sistema imunitário que, de outra forma, seria normal.<sup>3</sup>

As deficiências primárias de anticorpos (DAP) são o tipo mais comum de doenças primárias por imunodeficiência, caracterizados por defeitos qualitativos e quantitativos no sistema imunológico humoral e apresentados com baixos níveis séricos de imunoglobulinas. Essas doenças podem ser desenvolvidas principalmente como resultado de distúrbios geneticamente heterogêneos com defeitos durante a diferenciação e desenvolvimento de células B.<sup>4,5,6,7</sup>

A hipogamaglobulinemia decorrem da falta de mutação de genes no receptor precursor de células B que resulta na falta de maturação destas, afetando a produção de imunoglobulinas, incluindo imunodeficiência combinada variável (ICV), combinada grave, combinada de células T e B (HlgM) e agamaglobulinemia (XLA).<sup>8</sup> Com isso, pacientes com hipogamaglobulinemia apresentam uma susceptibilidade a infecções bacterianas de repetição ou crônicas.<sup>9</sup>

Mesmo a boca sendo a porta de entrada para vários microrganismos, as manifestações orais correlacionadas à imunodeficiência primária são pouco relatadas na literatura, apesar da doença ser conhecida desde 1954. Alguns poucos estudos sugerem uma maior prevalência de lesões liquenóides, doenças periodontais, candidíase pseudomembranosa, herpes simples, úlcera aftosa recorrente (UAR) e hipoplasia de esmalte.<sup>10</sup>

Devido à detecção precoce da doença e os novos tratamentos que levaram ao aumento da sobrevida, se justifica a importância de se conhecer mais sobre a saúde bucal destes pacientes, para que assim se possa intervir nas principais alterações orais e nas possíveis complicações associadas, oferecendo condições adequadas e seguras para tratamento odontológico.

## **2 OBJETIVO**

Avaliar a incidência de manifestações e alterações orais em um paciente com diagnóstico de hipogamaglobulinemia que recebe tratamento com imunoglobulina.

## **3 HIPÓTESE**

Existem alterações odontológicas presentes no paciente com diagnóstico de hipogamaglobulinemia relacionadas à condição sistêmica e ao tratamento com imunoglobulinas.

## **4 METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se um estudo de relato de caso, realizado na Clínica Escola de Odontologia da UDF. Paciente do gênero masculino, 19 anos de idade e portador de imunodeficiência primária, submetido à tratamento com imunoglobulina mensalmente, até os dias do presente estudo.

Os dados foram coletados a partir do prontuário médico do paciente, cedido pela responsável legal, já que o paciente apresentava déficit cognitivo associado a IDP. Além do prontuário, foi realizada pelos pesquisadores a anamnese, em fichas adaptadas de odontopediatria (anexo A), após a assinatura do termo de consentimento (TCLE) (anexo B) e termo de assentimento (TALE) (anexo C). Todo o diálogo, comportamento e manifestações do paciente também foram utilizados como dados qualitativos, que foram transcritos na descrição do caso. Imagens também foram utilizadas para registro e informações e foram autorizadas pela responsável.

Os atendimentos consistiram na realização dos seguintes procedimentos: anamnese, exame clínico extra e intraoral, odontograma, índice de placa, instrução de higiene oral, análise de exames complementares, radiográficos e procedimentos odontológicos pertinentes, que incluíram promoção de saúde, prevenção e terapêutica.

Foram utilizados para compor a revisão de literatura os artigos presentes nas bases de dados eletrônicas (Google Acadêmico, Lilacs e Pubmed) com intuito de

corroborar para a discussão sobre IDPs, principalmente Hipogamaglobulinemia, de uma forma estruturada e com comprovação bibliográfica.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Imunodeficiência Comum Variável (ICV)

As imunodeficiências primárias (IDPs) são caracterizadas pelo comprometimento de um ou mais setores da resposta imunológica, resultando em menor defesa, aumento de infecções e, em certos casos, maior incidência de doenças autoimunes e neoplasias. São consideradas doenças raras, embora muitas delas sejam mais frequentes do que as atualmente diagnosticadas pelo "teste do pezinho". Suas manifestações são heterogêneas e surgem geralmente por defeitos genéticos do sistema imunológico e do seu desenvolvimento. São descritas na literatura como anormalidades funcionais de células B, células T, fagócitos, do complemento, entre outras.<sup>11,12</sup>

A imunodeficiência comum variável (ICV) é a segunda mais frequente das imunodeficiências primárias. A prevalência de ICV no mundo é de aproximadamente 1:25.000 – 50.000 pessoas. Sua idade de apresentação tem distribuição bimodal, com picos na primeira década de vida e no início da terceira década, sendo a mesma prevalência entre os sexos masculino e feminino.<sup>12</sup>

Caracteriza-se pelos níveis reduzidos de IgG e IgA e os de IgM podem se apresentar normais ou diminuídos. Pacientes com ICV não apresentam anticorpos a antígenos vacinais e metade destes podem apresentar comprometimento de imunidade celular e as células B podem se apresentar em número reduzido. Embora seja a desordem imunológica mais comum na infância e em adultos jovens, algumas vezes pode ser detectada somente na idade adulta. Os pacientes com ICV apresentam níveis séricos de imunoglobulinas no sangue abaixo de 300mg/dl e resposta deficiente a protocolos de imunização.<sup>1,12, 13</sup>

O diagnóstico é estabelecido pelo histórico de infecções recorrentes, nível baixo de imunoglobulinas, deficiente resposta a protocolos de imunização e exclusão de outras imunodeficiências.<sup>14,15</sup> As infecções mais frequentes na ICV são pneumonias, sinusites e otites.<sup>16</sup> Além disso, há alta prevalência de doenças

gastrointestinais infecciosas e inflamatórias, hepatite C, doenças autoimunes, doenças linfoproliferativas e granulomatosas.<sup>17</sup>

O tratamento da ICV baseia-se na reposição periódica de imunoglobulina humana por via endovenosa, uma vez que ocorre deficiência na produção dos anticorpos, apesar do número de linfócitos B poder estar normal.<sup>17,18</sup> Boa parte dos pacientes apresenta também anormalidades do número e função das células T CD4 e CD8, e conseqüentemente, desregulação na produção de citocinas.<sup>11,14</sup>

## 5.2 Hipogamaglobulinemia

A ICV engloba um grupo heterogêneo de transtornos nas quais a característica mais comum é a hipogamaglobulinemia. As hipogamaglobulinemias são decorrentes de alterações da imunidade humoral, podendo ocorrer concomitantemente ou ser decorrente de alteração da imunidade celular.<sup>19</sup> A hipogamaglobulinemia primária (ou de origem genética) decorre da mutação de genes no receptor precursor de células B que resulta na falta de maturação destas células, afetando assim, a produção de imunoglobulinas e incluem ICV, HlgM, imunodeficiência combinada grave e XLA. Nos casos de ICV acometeram os pacientes com grave redução de IgG e IgA com valores séricos de células B normal, reduzidos ou aumentados.<sup>11, 12, 17</sup>

Os pacientes com estas alterações apresentam uma maior susceptibilidade a infecções bacterianas, fúngicas, virais e parasitárias, devido ao defeito na função dos linfócitos T e da hipogamaglobulinemia, além de neutropenia que frequentemente estão associados a úlceras orais, estomatites e abscessos bucais, sendo necessário portanto, a reposição de imunoglobulina humana, como forma de tratamento mais eficaz.<sup>11,18</sup>

## 5.3 Manifestações Bucais

A boca é porta de entrada para diversos microrganismos, podendo ser alvo de infecções em pacientes que apresentam alguma alteração imunológica, porém há poucos estudos sobre manifestações bucais em pacientes com hipogamaglobulinemia, apesar desta doença ser conhecida e ser bastante estudada na área da imunologia, existem poucos trabalhos científicos publicados na área de odontologia e poucas informações sobre a repercussão bucal desta doença.

Destes, vale ressaltar a pesquisa realizada por Fernandes (2010), onde foram realizados um estudo com 100 pacientes com hipogamaglobulinemias, avaliou um grupo de estudo e um grupo controle. Observou-se nos pacientes do grupo de estudo maior prevalência de alteração bucal, sendo as mais frequentes: lesões de cárie (66), gengivite (31), periodontite (44) e candidíase (3). Dezoito (18) pacientes apresentaram queixas de úlcera aftosa recorrente (UAR) com frequência. Além destas alterações alguns pacientes apresentavam alterações como candidíase pseudomembranosa, herpes simples, lesões liquenóides e hipoplasia de esmalte.<sup>20</sup>

## **6 RELATO DO CASO**

E.P.C, sexo masculino, atualmente com 19 anos, é portador de hipogamaglobulinemia, imunodeficiência comum variável (ICV) e fruto de uma gestação não planejada, sem acompanhamento total, preventivo e antecipado de pré-natal nos meses gestacionais.

É o primeiro filho do casal, entretanto seus pais nunca foram casados e desde então encontram-se separados. A mãe e responsável relatou não saber ao certo a idade gestacional no momento do parto, complementando a informação de “aproximadamente 09 meses de gestação”. Também relatou que seu filho “demorou para nascer”. O tipo de parto foi normal e após o nascimento o recém-nato não apresentava respiração, sendo necessário reanimação cardiopulmonar e permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Faz tratamento regular de infusão de imunoglobulina no Hospital da Criança de Brasília (HCB) desde os 16 anos, recebendo um total de 9 frascos com intervalo de 21 dias a cada sessão. Apresenta também outras comorbidades como: Transtorno do Espectro Autista (TEA), Deficiência Mental (DM), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), plaquetopenia, hipotireoidismo, talassemia minor, asma intermitente, bronquite, rinite, dermatite atópica leve, gastrite, diarreia crônica e sobre peso com resistência insulínica. A mãe também a relata a ocorrência de oito episódios de pneumonia, sendo o último aos 15 anos.

Faz-se necessário desde o nascimento o uso de fármacos para controle de infecções e alterações congênitas. O uso de antibióticos teve início logo depois do nascimento, psicóticos aos 3 anos de idade e anticonvulsivantes aos 4 anos. Em caso

de dor, faz uso de Buscopam Composto; em caso de desconforto abdominal, Simeticona 125mg e Dipirona 500mg antes, durante e depois da infusão de imunoglobulina. Tem em sua rotina o uso das seguintes medicações e suplementações (quadro 1):

MANHÃ	TARDE	NOITE
01 comp. Puran®88mcg (jejum)		01 comp. Puran®88mcg
02 comp. Omeprazol®20mg (jejum)	01 comp. Cálcio + Vitamina D	01 comp. Cálcio + Vitamina D
01 comp. Domperidona®10mg (jejum)		01 comp. Domperidona®10mg (jejum)
01 comp. Depakene®500mg	01 comp. Depakene®500mg	02 comp. Depakene®500mg
01 comp. Topiramato®100mg	01 comp. Topiramato®100mg	01 comp. Topiramato®100mg
01 comp. Biperideno®2mg	01 comp. Biperideno®2mg	
	01 comp. Prometazina®25mg	02 comp. Prometazina®25mg
01 comp. Aripiprazol®10mg		01 comp. Aripiprazol®10mg
03 comp. Haloperidol®1mg		01 comp. Haloperidol®5mg
01 comp. Azitromicina®500mg		

Quadro 1: rotina de medicações e suplementações.

A mãe quando indagada sobre a frequência de idas ao dentista, relatou que desde cedo o mesmo é atendido no Sistema Único de Saúde (SUS), mas começou a frequentar com maior regularidade o consultório dentário assim que iniciou o tratamento multiprofissional no HCB, onde foi realizado anamnese, remoção de

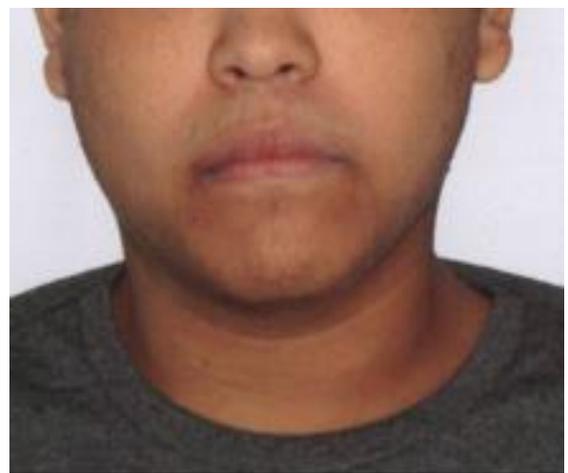
cálculo, restaurações, aplicação tópica de flúor e acompanhamento periódico. No ano de 2019 recebeu alta da equipe de odontologia do hospital. Segundo a mãe o paciente “não gosta de escovar os dentes”, porém tem plena compreensão do que é realizado no ato da escovação, bem como sua finalidade, mais se recusa a fazer. “Está sendo uma luta diária para manter a saúde oral”, relata a responsável.

Na anamnese foi observado um nível razoável de entendimento, bom grau de socialização e de interação com os profissionais. Atende aos comandos verbais apesar de apresentar atraso cognitivo e hiperatividade. Utiliza-se de linguagem oral simples, faz uso de frases curtas e com conteúdo razoável. Embora o paciente apresente transtorno do espectro autista (TEA), deficiência mental (DM), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), ele mostrou-se cooperativo durante os atendimentos.

Durante o exame extraoral foi observado que face de contorno simétricos; desvio de linha média para esquerda (figura 1); dificuldade no selamento labial, tendo como consequência respiração bucal (figura 2); e quadro de mal oclusão (figura 3). Confirmado o diagnóstico no momento do exame intraoral como classe III de Angle.



*Figura 1: Desvio de linha média*



*Figura 2: Dificuldade no selamento labial*



*Figura 3: mal oclusão (Classe III de Angle)*

As descobertas durante o exame intraoral foram: desvio maxilar para esquerda (figura 4 e 5), língua hipotônica (figura 6 e 7), higiene bucal deficiente (figura 8), confirmada através da evidenciação de placa (figura 9), principalmente pela presença de biofilme, gengivite, sangramento gengival, hipoplasia de esmalte (figura 10), ulcerações aftosas recorrentes (UAR) e princípio de lesões liquenóides. Não foram observadas cáries ativas na superfície dentária, principalmente nas faces oclusais (figura 11 e 12). Já no exame radiográfico interproximal (bite-wing), pôde ser confirmado ausência de cáries (figura 13).



*Figura 4: Desvio maxilar*



*Figura 5: Desvio maxilar*



*Figura 6: Língua hipotônica*



*Figura 7: Língua hipotônica*



*Figura 8: Higiene bucal deficiente*



*Figura 9: Evidenciação de placa*



*Figura 10: Hipoplasia de esmalte*



Figura 11: Face oclusal superior



Figura 12: Face oclusal inferior



Figura 13: Radiografias interproximais (bite-wing)

## 7 DISCUSSÃO

Existem diversas alterações imunológicas relatadas na literatura que se desconhece haver uma repercussão direta na cavidade bucal do paciente e, por esta razão, são pouco estudadas pelos cirurgiões-dentistas. No entanto, algumas delas podem interferir na saúde bucal do paciente, razão pela qual, precisam de uma boa avaliação, e, portanto, merecem serem estudadas.

As manifestações clínicas mais comuns encontrados em pacientes com hipogamaglobulinemia são otites, sinusites, pneumonias, bronquiectasia, diarreia crônica, doenças hepáticas, citomegalovírus, linfomas, doença da tireóide (hipotireoidismo), diabetes, obesidade, síndrome de Sjögren, doença renal, gastrite, refluxo gastroesofágico, anemia, meningoencefalite, doenças auto-imunes, úlceras orais recorrentes, estomatites e abscessos bucais.<sup>17,20</sup>

Segundo a história médica do paciente, ele apresenta alterações sistêmicas como: plaquetopenia, hipotireoidismo, talassemia minor, asma intermitente, bronquite, rinite, dermatite atópica leve, gastrite, diarreia crônica e sobre peso com resistência insulínica.

Já as manifestações bucais em pacientes com hipogamaglobulinemia têm sido pouco estudadas, não sendo possível, estabelecer um perfil da situação bucal deste tipo de paciente. Há poucas pesquisas observacionais e relatos de casos clínicos esporádicos na literatura. Apesar de poucos, alguns estudos relatam, que estes pacientes, apresentam com maior frequência Ulcerações Aftosa Recorrente (UAR), doença periodontal, candidíase pseudomembranosa, lesões liquenóides e hipoplasia de esmalte.<sup>17,20</sup>

Foram encontradas, no caso clínico em questão, manifestações orais como: hipoplasia de esmalte, Ulcerações Aftosas Recorrentes (UAR), lesões liquenóides, gengivite, sangramento gengival e higiene bucal deficiente, avaliada através do índice de placa, principalmente pela presença de biofilme.

A presença de hipoplasia de esmalte pôde ser observada, durante os atendimentos, nos elementos dentários 11, 12, 13, 16, 21, 22, 23, 26, 32, 36, 43 e 46. Segundo estudos os pacientes que apresentaram esta má formação no esmalte receberam o diagnóstico de hipogamaglobulinemia durante a infância. Estes pacientes, possivelmente, começaram o uso contínuo de antibióticos na infância, no

período de odontogênese.<sup>17, 20, 21</sup> A mãe relatou que o paciente utiliza antibióticos diariamente, desde o nascimento.

A hipoplasia do esmalte é definida como formação incompleta ou defeituosa da matriz orgânica do esmalte, podendo expor os túbulos dentinários, destacando-se como etiologia: deficiências nutricionais, hipocalcemia, trauma, eritroblastose fetal, infecções, ingestão de substâncias químicas e alterações hereditárias. Alguns autores relacionam a ocorrência de hipoplasia de esmalte com o uso frequente de antibióticos na fase da formação do esmalte dentário. Oliveira et. al. (2015) observou que pacientes que utilizaram algum tipo de antibiótico durante a infância, têm grande possibilidade de apresentar esse aspecto, por ocorrer uma alteração na formação do esmalte dentário.<sup>22</sup>

Já Consolaro (2011), defende que não há indução desta aplasia por parte dos antibióticos, e neste casos, são causas sistêmicas que atuam sobre a formação do esmalte, ou amelogênese, apresentando assim o comprometimento dos dentes, de forma bilateral e concomitante nas arcadas superiores e inferiores em formação naquele momento em que o estado sistêmico esteve atuando, justificando os defeitos hipoplásicos no paciente.<sup>23</sup>

Outra comorbidade importante que pode estar relacionada a hipoplasia de esmalte é o hipotireoidismo. O hipotireoidismo é uma desordem endócrina, de natureza sistêmica, constituída pela disfunção da glândula tireoide. Sabe-se que distúrbios na secreção de hormônios tireoidianos, tais como Tiroxina (T3) e Triiodotironina (T4), podem estar associados a disfunções no sistema estomatognático e alguns autores os correlacionam com causa de hipoplasia de esmalte.<sup>24, 25</sup>

O paciente apresenta histórico de Ulcerações Aftosas Recorrentes (UAR). A UAR não tem uma etiopatogenia definida, sendo atribuída a diversos fatores tais como: nutricionais, estresse, histórico familiar, alterações hormonais, deficiência imunológica, doença celíaca e doença inflamatória do intestino. Alguns autores acreditam ter como fator predisponente a imunidade celular, principalmente quando as células CD4 encontram-se inferiores a 100 cels/mm<sup>3</sup>, condição comum em pacientes com ICV.<sup>20,27</sup>

As lesões liquenoides é uma condição inflamatória crônica mucocutânea imunologicamente mediada, é relativamente comum em pacientes com hipogamaglobulinemia. Clinicamente é caracterizada por mancha branca ou ulcerações generalizadas que afeta toda a mucosa. Histologicamente, há

hiperceratose, destruição da camada basal do epitélio e infiltrado linfocítico em banda abaixo do epitélio. Há relatos do paciente ter apresentado lesões liquenóides algumas vezes.

A incidência de doença periodontal e cárie nos pacientes com hipogamaglobulinemia não é bem conhecida, já que alguns estudos revelam aumento nesta frequência e outros revelam diminuição. Pode-se dizer que os achados conflitantes da literatura ocorrem porque a cárie e doença periodontal são doenças multifatoriais, que dependem de fatores do hospedeiro, da microbiota local, do sistema imune, dos aspectos sociais e hábitos alimentares. É difícil relacionar cárie e doença periodontal apenas com aspectos imunológicos do paciente.<sup>17, 20</sup>

Porém, alguns estudos mostram que pacientes com ICV tem maior susceptibilidade em desenvolver alterações gengivais, representado principalmente por um aumento de sangramento gengival e gengivite, devido a deficiência da resposta imunológica. Nosso paciente apresentou sangramento gengival e gengivite. Essas manifestações gengivais em pacientes com hipogamaglobulinemia são semelhantes às encontradas em qualquer indivíduo. A diferença é que, em pacientes imunodeficientes o sangramento gengival e perdas ósseas são mais severas e desproporcionais ao acúmulo de placa bacteriana.<sup>17,20,26</sup>

A mãe relatou que o paciente é portador de asma e bronquite e já teve pneumonia 8 vezes na infância, sendo hospitalizado algumas delas. Os pacientes com hipogamaglobulinemia apresentam infecções respiratórias recorrentes e a cavidade bucal é um sítio rico de bactérias causadoras destas infecções. Embora não tenha sido objeto deste estudo, alguns artigos trazem a informação de que a aspiração de bactérias orais poderia levar a quadros de pneumonia em certos pacientes.<sup>17,20</sup> Devido a sua pobre higiene bucal foi realizada adequação do meio através do rigoroso controle de biofilme dental; orientação de higiene oral, com indicação de escova elétrica; profilaxias dentárias e bochechos com antimicrobiano tópico.

O manejo odontológico em pacientes com hipogamaglobulinemia que apresentem plaquetopenia, neutropenia ou anemia, deverá apresentar alguns cuidados, especialmente, em procedimentos cruentos. Sendo importante, nesses casos, considerar a solicitação de hemograma antes de procedimentos odontológicos invasivos.<sup>17,20</sup>

Vale salientar que o paciente possui diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), que consiste em uma desordem complexa, caracterizada por

alterações do comportamento relacionadas a limitações motoras, convívio social e linguagem. Já a sua etiologia é incerta, pesquisadores acreditam ser multicausal. O TEA está associado então a fatores neurológicos e biológicos, ou seja, uma anomalia anatômica e/ou fisiológica do sistema nervoso central, e a interação entre múltiplos genes.<sup>28</sup>

Portanto, foi fundamental o manejo comportamental do paciente, através da individualização e uma compreensão aprofundada do perfil deste, englobando diversas técnicas como “dizer-mostrar-fazer”, “distração”, “dessensibilização”, “controle de voz”, “reforço positivo ou recompensa” e “modelação”.<sup>28</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pacientes com hipogamaglobulinemia apresentam maior susceptibilidade a infecções bacterianas de repetição ou crônicas, principalmente do trato respiratório. Além disso, há alta prevalência de doenças gastrointestinais infecciosas e inflamatórias, hepatite C, doenças auto-imunes, doenças linfoproliferativas e granulomatosas. A identificação e o acompanhamento destas doenças, o mais breve possível, são essenciais para garantir um melhor prognóstico e prevenir sequelas. É de suma importância o conhecimento do cirurgião-dentista das possíveis manifestações orais decorrentes das deficiências imunológicas, considerando o potencial de patogenicidade dos micro-organismos presentes nestes tecidos. O controle do biofilme e a manutenção da saúde bucal, deve ser reforçado nos pacientes com hipogamaglobulinemia, especialmente pelo risco aumentado destes à pneumonia, causada por bactérias que colonizam a boca. Quanto às manifestações bucais, estas devem ser acompanhadas pelo cirurgião-dentista, intervindo ou preservando, conforme as necessidades apresentadas pelo caso e assim prevenir complicações, aumentando a expectativa de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. da Costa Ferreira, Ana Carolina, et al. "A importância do diagnóstico precoce da imunodeficiência primária." *Revista Interdisciplinar em Gestão, Educação, Tecnologia e Saúde* 2.1 (2019): 1-11.
2. Gupta S, Louis AG. Tolerance and autoimmunity in primary immunodeficiency disease: a comprehensive review. *Clin Ver Allergy Immunol*. 2013;45(2):162–9.
3. Chinen J, Shearer WT. Secondary immunodeficiencies, including HIV infection. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(suppl 2):S195-S203.
4. Bonilla, Francisco A., et al. "International Consensus Document (ICON): common variable immunodeficiency disorders." *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 4.1 (2016): 38-59.
5. Pires, Fernanda Boechat Machado Costa, Shaytner Campos Duarte, and João Tadeu Damian Souto Filho. "Imunodeficiência Comum Variável: Relato de Caso." *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos* 8.1 (2013): 19-23.
6. Neiva, Bruna Jordão. "ICV–Imunodeficiência comum variável: relato de caso de paciente acompanhado por 3 anos." (2020).
7. Aghamohammadi, Asghar, et al. "Comparison of pulmonary diseases in common variable immunodeficiency and X-linked agammaglobulinaemia." *Respirology* 15.2 (2010): 289-295.
8. Luis, Jacqueline Díaz, et al. "Immunomodulator effect of ozone therapy in children with deficiency in immunity mediated by phagocytes." *Mediciego* 18.1 (2012).
9. Abbas, Abul K., Andrew H. Lichtman, and Shiv Pillai. *Imunologia celular e molecular*. Elsevier Brasil, 2008.
10. Pfisterer, Juliana Cantagalli, et al. "Imunodeficiência combinada grave: uma revisão da literatura." *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia* 2.2 (2014): 56-65.
11. do Amor Divino, Paulo Henrique, et al. "Imunodeficiência Primária em adultos com bronquiectasia/Primary Immunodeficiency in adult with bronchiectasis." *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* 60.3 (2015): 140-143.
12. Bedim, Vanessa Bernardes, et al. "Imunodeficiência comum variável: relato de caso e revisão da literatura." *HU Revista* 42.1 (2016).

13. Capistrano, Giovany Gomes. "Avaliação da função renal em pacientes com imunodeficiência variável comum." (2015).
14. Genre, Julieta. Avaliação da população de linfócitos CD4+ com potencial regulador em pacientes com Imunodeficiência Comum Variável e Deficiência Seletiva de Imunoglobulina A. Diss. Universidade de São Paulo, 2010.
15. Jolles, Stephen. "The variable in common variable immunodeficiency: a disease of complex phenotypes." *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 1.6 (2013): 545-556.
16. Errante, Paolo Ruggero, et al. "Associação de imunodeficiência primária com lúpus eritematoso sistêmico: revisão da literatura e as lições aprendidas pela Divisão de Reumatologia de um hospital universitário terciário em São Paulo." *Revista Brasileira de Reumatologia* 56.1 (2016): 58-68.
17. Fernandes, Karin Sá, et al. "Oral manifestations in patients with hypogammaglobulinemia." *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 114.3 (2012): e19-e24.
18. Carey, Barbara, et al. "STAT3-Deficient hyperimmunoglobulin E syndrome: report of a case with orofacial granulomatosis-like disease." *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology* 126.5 (2018): e252-e257.
19. Peacock, Mark E., Roger M. Arce, and Christopher W. Cutler. "Periodontal and other oral manifestations of immunodeficiency diseases." *Oral diseases* 23.7 (2017): 866-888.
20. Fernandes, Karin Sá. Manifestações bucais em pacientes com hipogamaglobulinemia. Diss. Universidade de São Paulo, 2010.
21. Araujo, Karin Milleni, Licio Augusto Velloso, and Eli Mansour. "Imunodeficiência comum variável: dificuldades no diagnóstico." *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia* 3.2 (2015): 61-67.
22. de Oliveira, Flávia Vasconcelos, et al. "Hipoplasia de esmalte em paciente hebiátrico: relato de caso clínico." *Revista Odontológica do Brasil Central* 24.68 (2015).
23. Consolaro, A., L. Francischone, and R. Consolaro. "Hipoplasia do esmalte: fundamentos para nomenclatura e identificação o dos tipos e causa." *Revista Dental Press de Estética* 8.3 (2011): 126-134.
24. Da Silva, S. G., et al. "Perfil sistêmico e manifestações bucais em pacientes com hipotireoidismo." *Rev Cub Estomatol* 49.2 (2012).
25. Nardi, Anderson, et al. "Disfunções da glândula tireoide e odontologia." *ação odonto* 3.2 (2015): 9-9.

26. Linden, Gerard J., Amy Lyons, and Frank A. Scannapieco. "Periodontal systemic associations: review of the evidence." *Journal of periodontology* 84 (2013): S8-S19.
27. Majorana, Alessandra, et al. "Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience." *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 110.1 (2010): e13-e18.
28. Souza, Tathiana do Nascimento, et al. "Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso." *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online)* (2017): 191-197.

## ANEXOS

## ANEXO A – Anamnese e fichas clínicas adaptadas de odontopediatria do UDF

FICHA CLÍNICA		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome da criança: [REDACTED]		
Como gosta de ser chamado (apelido)? [REDACTED]		
Data de Nascimento <u>24/06/2004</u>	Etnia (auto-declarada ou declarada pelos pais/responsável): <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/> Não informada	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Cidade onde nasceu: <u>Sa mambaia</u>	Ensino: <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Não frequenta escola Tipo de escola: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Particular	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Endereço: <u>Q. 209 G B casa 28-</u>		
Bairro: <u>Santa Maria</u>	Cidade: <u>Brasília</u>	
Telefone residencial: <u>—</u>	Telefone de contato: <u>(61) 98427-3740</u>	
HISTÓRIA MÉDICA		
<b>1 - ANTECEDENTES FAMILIARES</b>		
Há relato na família de: <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input checked="" type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais ou neurológicos <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> SÍFILIS		
Caso tenha marcado uma opção, informar grau de parentesco: <u>Tia e Bisavô</u>		
<b>2 - PRÉ-NATAL</b>		
A mãe teve alguma alteração durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>pressão alta tipo-2 diabetes</u>		
A mãe utilizou algum remédio na gravidez? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>para pressão</u>		
A mãe utilizou flóor durante a gravidez? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?		
A mãe teve orientação odontológica durante a gravidez? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
<b>3 - NATAL</b>		

Peso ao nascer: <u>4300g</u> Idade Gestacional: <u>9 meses</u> Tipo de parto: <u>normal</u> Prematuro? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Foi amamentado no peito? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Quanto tempo? <u>1 ano</u> Teve algum problema de saúde grave? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>apneumonia e intubação</u>	Altura ao nascer: <u>52cm</u> Algum problema ao nascer? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>nasceu sem respiração foi "resuscitado"</u> <u>Após teve especialização brônquica</u> Anomalias congênicas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
<b>4 - PÓS-NATAL</b>	
Sofreu alguma cirurgia? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	
Está tomando algum medicamento? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	
Medicamentos utilizados no passado: _____	
Tem alergia? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. A quê? <u>Proteína do leite (lactose)</u>	
A vacinação está em dia? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Quais? _____	
Já teve/tem hoje algum dos problemas abaixo: <input type="checkbox"/> Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaios <input type="checkbox"/> Problema Cardíaco <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Febre Reumática <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Transtornos Alimentares <input checked="" type="checkbox"/> Refluxo <input checked="" type="checkbox"/> Déficit de atenção <input checked="" type="checkbox"/> Hiperatividade <input checked="" type="checkbox"/> Problema comportamental <input checked="" type="checkbox"/> Doença autoimune <u>* Policitemia (-)</u>	
Tomou mamadeira? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Até que idade? <u>até 3 anos</u>	
Qual o conteúdo da mamadeira? <input type="checkbox"/> Leite puro <input checked="" type="checkbox"/> Leite com açúcar <input type="checkbox"/> Leite com chocolate <input checked="" type="checkbox"/> Suco natural <input type="checkbox"/> Refrigerante <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>HISTÓRIA ODONTOLÓGICA E HÁBITOS</b>	
Em caso de dor, peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente:	

Faz uso de mamadeira: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual horário? <input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/> Noturna Até que idade? <u>até 3</u> Com qual frequência? _____
<b>HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL</b>
Com que frequência escova os dentes? <u>2x manhã/noite</u> E qual horário? _____ Escova sozinho? <u>sim</u> Seu filho(a) usa fio dental? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____ Faz bochechos em casa? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____ Qual produto? _____ Já recebeu orientação de higiene bucal? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>EXAME FÍSICO EXTRA-BUCAL</b>
Gânglios linfáticos <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Observação: _____ ATM <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Observação: _____ Musculatura Facial <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Observação: _____ Simetria Facial <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Observação: _____ Linha mediana facial <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado. Observação: <u>esquerda</u> Forma facial <input type="checkbox"/> Mesofacial <input type="checkbox"/> Braquifacial <input type="checkbox"/> Dolicofacial Selamento labial <input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado Respiração <input type="checkbox"/> Nasal <input checked="" type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Mista
<b>EXAME FÍSICO INTRA-BUCAL</b>
Alteração de tecido mole <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Freio labial superior <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Obs. _____ Freio labial inferior <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Obs. _____ Freio lingual <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Obs. _____ Língua <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado. Obs. <u>levemente geográfica</u> Tonsilas palatinas <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Obs. _____
<b>EXAME CLÍNICO</b>
Mastigação: <input type="checkbox"/> Unilateral direita <input checked="" type="checkbox"/> Unilateral esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral Assimetria: <input type="checkbox"/> Facial <input checked="" type="checkbox"/> Dentária Hábitos bucais deletérios presentes: <input checked="" type="checkbox"/> Deglutição atípica <input type="checkbox"/> Interposição da Língua Interposição do Lábio: <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior Tonicidade do Lábio Superior: <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Hipo <input checked="" type="checkbox"/> Normal Tonicidade do Lábio Inferior: <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Hipo <input checked="" type="checkbox"/> Normal Problemas na sequência de esfoliação e erupção? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Dentes deciduos anquilosados? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Anomalias dentárias: Forma? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Obs. <u>Hipoplasia de esmalte</u> Tamanho? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Número? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Outras anomalias dentárias? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Recorrência familiar de anomalia? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Obs. _____ Alterações da normalidade? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ Manifestações orais? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____  Alteração na coloração da mucosa? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Alteração na textura da mucosa? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Obs.: _____

EXAME DA DENTADURA DECÍDUA
<p>Relação vestibulo-lingual dos molares:            Normal <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo            Cruzada <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo</p> <p>Linha mediana:  <input type="checkbox"/> Normal  <input type="checkbox"/> Desviada: Superior/pl.sagital: <input type="checkbox"/> Coincidente  <input type="checkbox"/> Desvio p/ esquerda  <input type="checkbox"/> Desvio p/ direita            Inferior/ pl.sagital: <input type="checkbox"/> Coincidente  <input type="checkbox"/> Desvio p/ esquerda  <input type="checkbox"/> Desvio p/ direita</p> <p>Situação de desgaste oclusal fisiológico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Localização: _____</p> <p>Dentes deciduos precocemente perdidos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Causas: <input type="checkbox"/> Cárie <input type="checkbox"/> Restauração inadequada <input type="checkbox"/> Extração Precoce <input type="checkbox"/> Trauma</p> <p>Relação dos incisivos: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mordida aberta <input type="checkbox"/> Cruzada</p>
EXAME DA DENTADURA MISTA OU PERMANENTE
<p>Trespasse vertical: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Aberta</p> <p>Linha mediana: <input type="checkbox"/> Normal  <input type="checkbox"/> Desviada: Superior/pl.sagital: <input type="checkbox"/> Coincidente  <input checked="" type="checkbox"/> Desvio p/ esquerda  <input type="checkbox"/> Desvio p/ direita            Inferior/ pl.sagital: <input type="checkbox"/> Coincidente  <input type="checkbox"/> Desvio p/ esquerda  <input type="checkbox"/> Desvio p/ direita</p> <p>Situação de desgaste oclusal fisiológico? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Localização: _____</p> <p>Dentes precocemente perdidos? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Causas: <input type="checkbox"/> Cárie <input type="checkbox"/> Restauração inadequada <input type="checkbox"/> Extração Precoce <input type="checkbox"/> Trauma</p> <p>Obs. <u>Mordida cruzada</u></p>
CLASSIFICAÇÃO DA OCLUSÃO
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input checked="" type="checkbox"/> Classe III



## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado Sr. (Sra.),

O Sr(a) [REDACTED]  
 RG no 3.090.561.530-DF, nascido em 24/06/2001  
 do sexo Masculino, residente à BR 309 Conjunto B  
Casa 28  
 na cidade de Santa Maria, está sendo convidado a participar do estudo Manifestações locais e sistêmicas em imunodeficiência cujo objetivo é relatar caso de paciente portador de imunodeficiência primária submetido a tratamento com imunoglobulina.  
 Para tanto,

Qualquer dúvida ou esclarecimento poderá ser dado pelo pesquisador responsável, Daniela Abreu de Moraes que pode ser encontrado SUBS 0512 B1 H 507  
 O Sr (a) tem garantia de sigilo de todas as informações coletadas e pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de benefício.

Declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos deste estudo, sobre as técnicas e procedimentos a que serei submetido e sobre os riscos e desconfortos que poderão ocorrer. Recebi garantias de total sigilo e de obter novos esclarecimentos sempre que desejar. Assim, concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Data: 19/09/20

Nilsa Pereira de Freitas  
 Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal

[Assinatura] Dr. Daniela Abreu de Moraes  
 Cirurgã - Dentista, PhD  
 CRO-DF 6425  
 Pesquisador responsável/ orientador

Eu, Daniela Abreu de Moraes, Responsável pela pesquisa Manifestações locais e sistêmicas em paciente portador de imunodeficiência primária submetido a tratamento com imunoglobulina, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou de seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: 19/09/20

[Assinatura] Dr. Daniela Abreu de Moraes  
 Cirurgã - Dentista, PhD  
 CRO-DF 6425  
 Assinatura do Pesquisador Responsável/ orientador

Rubrica pesquisador: [Assinatura]

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Página 1 de 1

## ANEXO C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)



SGAS 903 Bloco D Lote 79  
70390 030 Brasília DF  
T 55 61 3224 2905  
F55 61 3224 9673

[www.udf.edu.br](http://www.udf.edu.br)  
SEP SUL EQ 704/904 Conj. A  
70390 045 Brasília DF  
T 55 61 3704 8888  
F 55 61 3223 7195

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) Para crianças e adolescentes

Você está sendo convidado a participar do estudo/pesquisa sobre Manifestações orais e sistêmicas em paciente portador de imunodeficiência primária submetido a tratamento com imunoglobulina sob responsabilidade da orientadora Professora Dra. Daniela Abreu de Moraes. Seus pais ou responsáveis sabem de tudo o que vai acontecer na pesquisa e permitiram que você participe.

Este estudo será realizado para que possamos compreender melhor as alterações que ocorrem na sua boca. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

Os atendimentos serão realizados na Clínica Odontológica da UDF. Para isso, será realizada uma entrevista (anamnese) e avaliação (clínica) da sua boca. Você seus pais ou responsáveis poderão consultar a pesquisadora responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone (61) 981856577 ou pelo e-mail [daniela.di.moraes@gmail.com](mailto:daniela.di.moraes@gmail.com).

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, ela é confidencial. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificação.

Eu, [assinatura]

aceito participar da pesquisa.

não aceito participar da pesquisa.



Data: 19/09/20

[assinatura]  
Assinatura do pesquisador

**Telefone do CEP/UDF:** (61) 3704-8851

**E-mail:** [cep@udf.edu.br](mailto:cep@udf.edu.br)

<http://www.udf.edu.br>

**Endereço:** SEP SUL EQ 704/904, Conj. A, cep 70390-030. Brasília-DF.

**Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:**

**Telefone:** (61) 981856577

**E-mail:** [daniela.di.moraes@gmail.com](mailto:daniela.di.moraes@gmail.com)