

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE PORTADOR DE DISOSTOSE CLEIDOCRANIANA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Juliana Baldini Mendes¹
Patrícia Duarte Simões Pires²

RESUMO

A Disostose Cleidocraniana, é também conhecida como Displasia Cleidocraniana (DDE) e corresponde a um distúrbio genético raro. A alteração no Gene CBFA1/RUNX2, importante na transcrição que ativa a diferenciação osteoblástica no cromossomo 6p21, é o responsável pela síndrome, sendo sua transmissão é autossômica dominante, possui alta penetrância e expressividade clínica variável, sem haver predileção por raça ou sexo. É caracterizada por dentes supranumerários, retardo no fechamento das fontanelas, suturas abertas, crânio braquicefálico, baixa estatura, anomalias nas clavículas e uma variedade de modificações esqueléticas como desordem na calcificação de pélvis, ossos largos e coluna vertebral. A prevalência varia de 1:200.000 a 1:1.000.000 e, é através das características clínicas e radiografias que seu diagnóstico é exclusivamente baseado nas características clínicas dos indivíduos. A disostose cleidocraniana possui manifestações orais bem características. Embora os dentes decíduos erupcionam em padrões de normalidade, os dentes permanentes se mantêm retidos mesmo com a presença dos germes, e há a presença de dentes supranumerários, principalmente na mandíbula. A exodontia de todos os dentes, a confecção de próteses, e extrusão dos dentes permanentes ortodonticamente, são alguns dos tratamentos realizados afins de solucionar os problemas dentários. Relatar um caso de Disostose Cleidocraniana e discutir o papel do cirurgião dentista no atendimento de um paciente portador desta síndrome no contexto da equipe multiprofissional. O Cirurgião Dentista tem um papel fundamental no tratamento de um paciente Displasia Cleidocraniana, sendo o conhecimento sobre as características gerais e as características específicas relacionadas ao sistema estomatognático desta doença são de extrema importantes para a realização de um diagnóstico que deve ser feito o mais precocemente possível, um plano de tratamento

¹Graduanda em Odontologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: juh_baldini@hotmail.com.

² Doutora em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense e Professora do curso de Odontologia da Unesc. E-mail: patriciadspires@gmail.com.

Endereço para correspondência

Patrícia Duarte Simões Pires

Curso de Odontologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105, Criciúma/ SC, Bairro Universitário CEP – 88806-000. Email: patriciadspires@gmail.com

* A ser submetido a Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo

de excelência, com o objetivo de garantir melhorar a qualidade de vida do paciente, principalmente no que tange à sua autoestima, que muitas vezes encontra-se em detrimento de suas feições, seu sorriso, sua capacidade de estar incluída no seu meio social.

Palavras-chave: Disostose Cleidocraniana. Dentes supranumerários. Odontopediatria.

THE IMPORTANCE OF THE DENTAL SURGEON IN THE MULTIDISCIPLINARY CONTEXT OF A PATIENT WITH CLEIDOCRANIAL DYSOSTOSIS: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

Cleidocranial Dysostosis, is also known as Cleidocranial Dysplasia (DDE) and corresponds to a rare genetic disorder. The alteration in the CBFA1 / RUNX2 gene, important in the transcription that activates osteoblastic differentiation on chromosome 6p21, is responsible for the syndrome, its transmission being autosomal dominant, with high penetrance and clinical expressiveness, with no predilection for race or sex. It is characterized by supernumerary teeth, delayed fontanel closure, open sutures, brachycephalic impulse, short stature, anomalies in the clavicles and a variety of skeletal changes such as pelvic calcification disorder, large bones and spine. The prevalence ranges from 1: 200,000 to 1: 1,000,000, and it is through clinical characteristics and radiographs that its diagnosis is based exclusively on the clinical characteristics of individuals. A cleidocranial dysostosa has very characteristic oral manifestations. Although the primary teeth erupt in normal patterns, the permanent teeth remain retained even with the presence of germs, and there is the presence of supernumerary teeth, mainly in the jaw. The extraction of all teeth, the manufacture of dentures, and extrusion of permanent teeth orthodontically, are some of the treatments carried out in order to solve dental problems. Report of a case of Cleidocranial Dysostosis and Discuss the role of the dental surgeon in the care of a patient with this syndrome in the context of the multidisciplinary team. The Dental Surgeon has a fundamental role in the treatment of a Cleidocranial Dysplasia patient, being the knowledge about the general characteristics and the specific characteristics related to the stomatognathic system of this disease are extremely important for the realization of a diagnosis that must be made as early as possible , an excellent treatment plan, with the objective of guaranteeing the patient's quality of life, especially with regard to his self-esteem, which is often at the expense of his features, his smile, his ability to be included in his social environment.

Keywords: Cleidocranial dysostosis. Supernumerary teeth. Pediatric Dentistry.

Introdução

Martin em 1765, descreveu pela primeira vez a Disostose Cleidocraniana (DCC), contudo, apenas em 1897, Pierre Marie e Paul Sainton relataram quatro casos e associaram a doença a padrões de hereditariedade, somente em 1946, foi concluído que essa desordem esquelética é uma patologia autossômica dominante, podendo em alguns casos, haver interferências no período fetal que causaria mutações no gene Core Binding Factor A1 (CBA1), localizado no cromossomo 6p21, impossibilitando a transformação de células-multipotentes em osteoblastos¹.

A prevalência desta síndrome varia de 1:200.000 a 1:1.000.000 nascimentos e, através das características clínicas e radiografias que seu diagnóstico é exclusivamente baseado².

Aplasia ou hipoplasia clavicular, falha na erupção dos dentes permanentes, presença de dentes supranumerários, aumento exagerado do diâmetro transversal do crânio, retardo no fechamento das suturas e fontanelas, hipodesenvolvimento do terço médio da face e outras desordens esqueléticas, são as principais manifestações da doença, contudo, o diagnóstico é baseado em achados clínicos e radiológicos e a seguinte tríade é considerada patognomônica: múltiplos dentes extranumerários, sutura sagital e fontanelas abertas, e ausência parcial ou total das clavículas. Caso a tríade for incompleta é preciso considerar outras alterações para um possível diagnóstico diferencial^{2,3}.

A disostose cleidocraniana possui manifestações orais bem características. Embora os dentes decíduos erupcionam em padrões de normalidade, os dentes permanentes se mantêm retidos mesmo com a presença dos germes, e há a presença de dentes supranumerários, principalmente na mandíbula. A exodontia de todos os dentes, a confecção de próteses, e extrusão dos dentes permanentes ortodonticamente, são alguns dos tratamentos realizados afins de solucionar os problemas dentários^{4,1}.

Os dentes supranumerários são a alteração mais frequente na cavidade bucal, e podem ser classificados de acordo com sua forma e localização. Os denominados mesiodens são aqueles que se posicionam na região anterior entre os incisivos

centrais superiores, e possuem significativa representatividade entre os dentes supranumerários, em pacientes com histórico de DCC, e essa alteração pode se apresentar em ambos os maxilares, com maior prevalência em mandíbula, sendo que a incidência de dentes supranumerários nas regiões anteriores e/ou de pré-molares é maior do que na região de molares ^{5,6}.

O diagnóstico destes dentes deve ser realizado o mais precocemente possível para que seja estabelecido um plano de tratamento para a sua intervenção, uma vez que eles podem impedir a erupção normal dos dentes permanentes adjacentes. A exodontia dos dentes supranumerários é importante, pois a ocorrência dessa anomalia costuma estar associada a formação de cistos e tumores; apinhamento dentário resultando em má oclusão, podendo também comprometer a articulação temporomandibular, a mastigação e ser a etiologia de alterações estéticas ^{7,8}.

Muitas vezes é devido as alterações dentárias e da face a principal motivação para a busca do profissional de saúde com subsequente diagnóstico da síndrome, o que possibilita no desenvolvimento de um plano de tratamento adequado à longo prazo contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente tanto no aspecto físico quanto no psicológico. O diagnóstico só é conclusivo através da análise genética e molecular, porém a realização de exames radiográficos do crânio, tórax das arcadas dentárias, determinará as etapas do tratamento ^{9,10,11}.

Frente ao exposto estabeleceu-se como objetivo geral: Relatar um caso de Disostose Cleidocraniana e discutir o papel do cirurgião dentista no atendimento de um paciente portador desta síndrome no contexto da equipe multiprofissional.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, retrospectivo e documental, realizado em uma Clínica Escola – Odontologia, no Extremo Sul Catarinense.

O sujeito do estudo foi uma criança atendida na Clínica de Odontologia Escola, tendo como critérios de inclusão: ser portador de Disostose Cleidocraniana e sido acompanhado nas clínicas durante os anos de 2012 a 2019; ter menos de 14 anos; aceite dos pais, mediante assinatura do TCLE. Como critérios de exclusão, ter sido atendido nas clínicas por outra motivação.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Unesc, com parecer de aprovação de número 3.718.453.

Para coleta de dados assim como para apresentação destes, seguiu-se o seguinte itinerário: Anamnese clínica odontológica; contribuições multiprofissionais.

A discussão será realizada a partir de uma única categoria denominada Papel do cirurgião dentista no atendimento de paciente pediátrico com Disostose Cleidocraniana.

Resultados: Relato de Caso

Paciente com oito anos de idade, do sexo feminino, foi encaminhada à Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de uma Universidade no Sul de Santa Catarina, acompanhada do responsável, cuja queixa principal era acompanhar a saúde bucal da mesma, pois desde o primeiro mês de vida, a paciente já possuía o diagnóstico de Disostose Cleidocraniana (DCC) tendo conhecimento das complicações bucais associadas à síndrome.

O responsável relatou dois outros casos na família com a mesma alteração cromossômica, o pai e a avó paterna. Clinicamente, a paciente apresentava sinais fenóticos de DCC, como hipertelorismo, crânio aumentado, baixa estatura, agenesia clavicular bilateral de acordo com o laudo médico, diagnosticado através de exames clínicos e radiográficos. No exame clínico, foi observado palato baixo com fenda, mucosa úmida e rosa, higiene bucal regular, dentição decídua e padrão braquicefálico com tendência a crescimento horizontal, sobremordida (Figura 1; Figura 2; Figura 3; Figura 4).

Figura 1: A – Vista frontal da paciente durante o ato de aproximação dos ombros em direção à linha média, evidenciando a agenesia clavicular bilateral B.



Fonte: Prontuário paciente (2015).

Figura 2: Vista frontal de arcada dentária com elementos decíduos.



Fonte: Prontuário paciente.

Figura 3: Vista lateral do lado direito da arcada dentária da paciente com sobremordida.



Fonte: Prontuário paciente.

Figura 4: Vista lateral do lado esquerdo da arcada dentária da paciente com sobremordida.



Fonte: Prontuário paciente.

Posteriormente, em novembro de 2015 (19/11/2015), foi solicitado um exame radiográfico panorâmico, com o objetivo de confirmar a presença de dentes supranumerários e no referido exame foi confirmada a presença de cinco elementos dentais supranumerários, inclusos, localizados na região de pré-molares inferiores de ambos os lados, caninos inferiores de ambos os lados e na região distal ao terceiro molar inferior direito (elemento 48); (Figura 5).

Figura 5: Radiografia panorâmica inicial.



Fonte: Prontuário paciente.

Contudo, foi observado um elemento dental incluso, intraósseo, com mineralização em terço cervical na região do 18 (terceiro molar superior direito), sugestivo de supranumerário ou elemento 18 em fase inicial de formação. No mesmo exame foi possível observar que os elementos 14 e 24 (primeiro pré-molar direito e primeiro pré-molar esquerdo, respectivamente), apresentaram uma disto angulação, e em contrapartida não foi possível identificar com nitidez a formação dos elementos 15 e 25 (segundo pré-molar direito e segundo pré-molar esquerdo, respectivamente). Em decorrência deste achado radiográfico, foi requisitada uma tomografia computadorizada a fim de concluir o diagnóstico, a agenesia dos elementos 15 e 25.

Diante desses achados radiográficos, houve a necessidade de exodontia dos dentes decíduos e supranumerários, sob anestesia local sendo realizado primeiramente a extração dos incisivos centrais e laterais inferiores (71, 81, 72 e 82),

a paciente recebeu as devidas instruções com os cuidados pós-operatórios e medicação analgésica, sendo que a cirurgia ocorreu sem intercorrências.

Agosto de 2016 (22/08/2016), uma nova tomada radiográfica Panorâmica para acompanhamento do caso foi solicitada para avaliação dos dentes supranumerários, inclusos que apresentaram neste exame mineralização incompleta, sendo estes localizados nas regiões de pré-molares inferiores direitos, entre o 32 e 33, entre o 42 e 43, entre o 43 e 44 e distal ao 47 e uma Telerradiografia foram requisitadas afim de reavaliar os dentes extranumerários para um plano cirúrgico. A cirurgia para a remoção destes elementos dentais, foi realizada por um profissional Bucomaxilofacial em ambiente hospitalar, com quatro supranumerários removidos em região de mandíbula e dez elementos decíduos (Figura 6).

Figura 6: Radiografia panorâmica para avaliação pós operatória de extranumerários, realizada em abril de 2017 (05/04/2017).



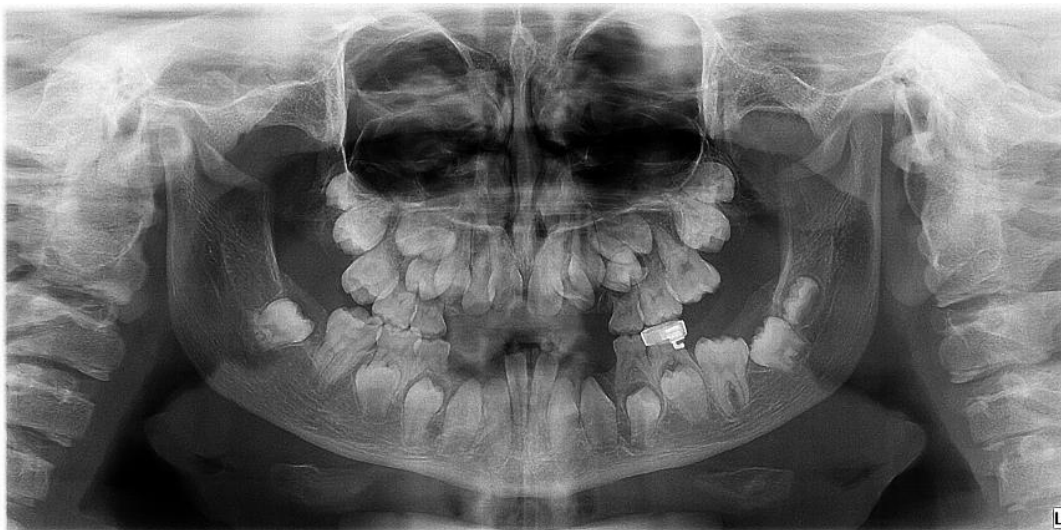
Fonte: Prontuário paciente.

A avaliação do exame radiográfico realizado após o procedimento cirúrgico, mostra o aspecto de cripta óssea para a formação do terceiro molar inferior esquerdo (38) e características de disto angulação nos elementos 22, 25 e 34 (Incisivo lateral superior esquerdo, segundo pré-molar superior esquerdo e primeiro molar inferior esquerdo).

Devido ao atraso na cronologia de erupção dentária, foi indicado o tratamento com o uso do Hiperbolóide, sendo este um instrumento siliconado usado para estimular a erupção dos dentes. Foi instituído tratamento de acompanhamento da paciente com consultas periódicas para monitoramento de erupção dos elementos dentais e o encaminhamento da mesma para tratamento ortodôntico no programa de pós graduação da referida instituição.

Aos doze anos de idade, setembro de 2019 (10/09/2019), a paciente retorna ao atendimento odontológico pediátrico na Universidade acompanhada pela mãe, sendo realizado a revisão da anamnese, exames extra e intra oral, profilaxia e exame radiográfico panorâmico de rotina (Figura 7).

Figura 7: Radiografia panorâmica de rotina clínica.



Fonte: Prontuário paciente.

Nesta fase em que se encontrava a paciente, foi necessário a restauração dos elementos 26 e 46 em erupção e que apresentavam lesão de cárie em suas faces oclusais juntamente com as orientações de prevenção instrução de higiene oral sendo solicitado à responsável realizar a higiene oral da criança uma vez ao dia. A paciente apresenta neste momento (Figura 8), a erupção dos dentes 31 e 41, identificado um aparato ortodôntico no elemento 75 e os dentes superiores ainda inclusos na maxila

(Figura 9; Figura 10) e por fim, foi efetuado a remoção da banda ortodôntica do elemento 75 (Segundo molar inferior esquerdo decíduo).

Figura 8: A – Vista frontal. B – Vista lateral da paciente.



Fonte: Prontuário paciente (2019).

Figura 9: Vista frontal da arcada dentária.



Fonte: Prontuário paciente.

Figura 10: Arcada superior em maxila. Ausência de Incisivos centrais, laterais, caninos e pré-molares superiores. Dentição mista.



Fonte: Prontuário paciente.

Os dados a seguir contribuem na compreensão do caso relatado e em sua abordagem sistêmica e multiprofissional.

Aos vinte e dois dias de vida, a paciente apresentou Bronqueolite viral, iniciando com sintomatologia de Asma: chiado no peito, lactante sibilante, respiração ofegante, congestão nasal e vômito, recebendo tratamento sem necessidade de internação, contudo, a paciente ao longo de sua vida obteve o quadro de Asma persistente, sendo necessário o uso contínuo de Clenil 50mg e Prednisolona 2,5 ml durante as crises asmáticas, tendo em seu histórico médico o uso de tratamentos como Nebulização e a utilização de aparelhos aerossol broncodiladores (Nebulímetro).

Segundo relato da responsável, a criança apresentava ronco e apneia do sono, sinais associados à Síndrome Craniofacial e quadro asmático recorrente, desencadeando episódios de respiração bucal. Após radiografia do crânio, confirmou o alongamento das Fontanelas e retardo no processo de ossificação, característicos da Disostose.

Após a introdução da mamadeira, a paciente começou a ganhar peso, sendo estabelecido o controle da dieta, porém a mesma desenvolveu um quadro de obesidade exógena infantil, e mesmo com a instrução alimentar realizada pela equipe

médica e o acompanhamento frequente com exames sanguíneos de rotina, o quadro de obesidade é persistente.

Em seu primeiro ano de vida, apresentou um Hemangioma dorsal de 3 cm na região torácica e outro hemangioma se desenvolveu na face de 0,2 cm aos dois anos de idade. Neste período iniciou o acompanhamento com um Cirurgião-Dentista e apresentava quatro dentes na cavidade oral, palato ogival e úvula bifurcada. Aos três anos, apresentava lordose severa e dificuldade de marcha, e aos seis anos apresentou quadro de anemia sendo necessário suplementação com Ferro e a Menarca ocorreu aos doze anos.

Em seu histórico médico consta que seu desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), é adequado para cada idade. O acompanhamento médico foi realizado do primeiro mês de vida até o presente trabalho.

Devido a agenesia das clavículas, aos cinco meses de vida, a paciente já era monitorada pela equipe de Fisioterapia da Universidade. O Diagnóstico Cinético Funcional, Objetivos de Tratamento e o Tratamento Proposto (DOT), realizado pelo curso, foi sendo alterado conforme o seu desenvolvimento e as necessidades da criança ao longo dos anos. Neste diagnóstico foi relatada fraqueza muscular nos membros superiores, marcha arrastada, contratura muscular em região de trapézio, hipermobilidade dos ombros, discinesia escapular, hiperlordose, joelhos em geno valgo e fraqueza muscular da região de Core ocasionando em alteração postural.

O objetivo foi restabelecer a força muscular nos membros superiores, inferiores e em região de Core, estabelecer a amplitude de movimento do ombro, promover analgesia da região lombar, estimular a tônus dos músculos estabilizadores de ombro e correção postural.

Para o tratamento foi proposto alongamentos musculares e capsulares em região dos ombros, da coluna cervical e abdominal, alongamentos globais, exercícios na bola suíça para equilíbrio e dissociação de cinturas, atividades lúdicas (arremesso na cesta de basquete e bambolê), exercícios com halter e faixa elástica para membros superiores, inclinações e rotações de tronco com halter e bastão para liberação escapular, terapia manual com associação de infravermelho em região de lombar, exercícios isométricos para Core, exercícios de propriocepção no Bosu, cama elástica e exercícios de consciência corporal com o método Pilates.

Durante os anos de acompanhamento e tratamento, a paciente apresentou um prognóstico positivo em relação ao fortalecimento muscular e a marcha, e aos nove anos de idade iniciou a fisioterapia aquática, no qual apresentou resultados favoráveis, segundo a declaração do curso de Fisioterapia, a mesma necessita dar continuidade ao tratamento.

Discussão

No presente estudo, a paciente portadora da doença apresentou múltiplos dentes extranumerários, fontanelas abertas e agenesia bilateral das clavículas, esta tríade patognomônica de lesões confirma um diagnóstico clínico diferencial da Disostose Cleidocraniana¹.

Quanto as alterações oro-dentárias, foi encontrado na referida paciente o padrão facial braquicefálico, palato ogival com fenda, atraso na erupção da dentição permanente e múltiplos dentes supranumerários. Estas anomalias dentárias constituem uma das principais causas de morbidade em pacientes com esta patologia, destaca-se a importância no planejamento do tratamento que será proposto ao paciente, pois este deve variar para cada indivíduo conforme suas necessidades, com o objetivo de assegurar um mecanismo mastigatório funcional adequado, favorecendo a estética e melhorando a sua qualidade de vida¹².

O tratamento proposto neste relato de caso, foi uma abordagem cirúrgica que consistiu na exodontia dos dentes decíduos como forma de permitir a erupção dos dentes permanentes impactados em razão do atraso na cronologia de erupção dos dentes permanentes. Entretanto, mesmo após a remoção destes elementos dentais, foi observada uma demora para a erupção dos dentes permanentes, sendo planejada uma nova abordagem com tratamento cirúrgico e ortodôntico para o tracionamento dos dentes.

Segundo a literatura, frente a uma conduta para o reposicionamento e a manutenção dos dentes em boca, este tratamento envolve uma combinação de desafios periodontais, cirúrgicos e ortodônticos¹³. O tracionamento orto-cirúrgico de dentes inclusos pode ser feito através da colagem de brackets, diretamente nos elementos dentários com uma força ancorada em aparelhos fixos ou removíveis,

sendo que o apoio em aparelhos fixos oferece maior controle e eficácia da força aplicada e minimizando intercorrências indesejáveis^{14,15}. No momento, a paciente aguarda a liberação da cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, onde o planejamento contará com o tracionamento dos dentes no anteparo de um aparelho fixo.

Não foram relatadas alterações nas estruturas anatômicas dos elementos dentais da paciente, porém esta possui agenesia dos segundos pré-molares superiores (15 e 25). Na literatura, estas alterações podem se apresentar como comorbidades relativas à síndrome, a expressividade da síndrome pode se manifestar de maneiras variadas para cada indivíduo^{16,17}.

Quanto as alterações físicas relatadas na literatura, a paciente manifestou fontanelas alongadas e retardo no processo de ossificação, alterações em coluna vertebral como hiperlordose, fraqueza muscular, geno valgo, dificuldades respiratórias, baixa estatura, ronco e apneia do sono associados ao quadro da paciente ser respiradora bucal. A ausência de clavículas bilateralmente, levou à alteração no desenvolvimento dos músculos envolvidos, a hiperlordose e geno valgo resultou em uma dificuldade de marcha da paciente^{18,19}.

Assim, no tratamento e acompanhamento dessa paciente foi de extrema importância contribuindo para que a equipe multiprofissional de Médicos, Fisioterapeutas e Dentistas.

O tratamento fisioterápico merece destaque pelo excelente desempenho ao longo dos anos, realizando exercícios que fortaleceram os músculos dos membros superiores e inferiores possibilitando a melhora da postura e da marcha, desenvolvendo a amplitude de movimento dos ombros e na promoção de atividades lúdicas para a criança, sendo que esta paciente ainda necessita de tratamento e acompanhamento fisioterápico devido a severidade de seu caso.

Neste relato, a paciente aos oito anos ainda possuía todos os dentes decíduos, sendo que segundo a cronologia de erupção a mesma deveria possuir os incisivos centrais inferior e superior permanentes, e os incisivos laterais inferior e superior permanentes em boca, destacando a importância do conhecimento cronológico da erupção da dentição permanente, pois mesmo que não houvesse um diagnóstico conclusivo já era o bastante para o profissional investigar a impactação dentária da paciente. Aos treze anos, esta paciente ainda não possui os incisivos superiores em

boca e os incisivos laterais inferiores, há ainda atraso de erupção em outros elementos dentários já relatados ^{20,21,22}.

Neste relato, o diagnóstico diferencial evoluiu à partir de exames médicos, já havendo previamente a possibilidade da paciente ser portadora da doença em decorrência do histórico familiar recorrente. Contudo, segundo a literatura o Cirurgião Dentista, muitas vezes é o primeiro a identificar a presença da síndrome devido as alterações na dentição sendo assim, é de sua responsabilidade não apenas fazer o diagnóstico diferencial, mas também compreender as necessidades do portador em sua integralidade, encaminhando para um acompanhamento multidisciplinar ²².

É de competência do Dentista a identificação das estruturas na cavidade oral e da face, identificando anormalidades, como no caso relatado onde o palato é ogival e com fenda, apresentando padrão facial braquicefálico com tendência a sobremordida e maloclusão, realizando exames extra e intra oral minuciosos são recomendados. Outra competência, seria a interpretação de imagens radiográficas, pois estas são utilizadas para o diagnóstico e permitem a visualização da posição dentária e a relação com estruturas vizinhas, bem como o uso da imagem tridimensional obtida pela Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), em casos envolvendo dentes inclusos e impactados, sendo indispensável o seu planejamento²³. No caso relatado, exames de imagens foram de extrema importância no tratamento e prognóstico da paciente.

Conclusão

Pacientes portadores de Disostose Cleidocraniana diagnosticados e tratados na infância, pode-se esperar uma resposta mais positiva ao tratamento, minimizando a extensão das intervenções cirúrgicas e/ou ortodônticas quando em tratamento e acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

O Cirurgião Dentista tem um papel fundamental no tratamento de um paciente Displasia Cleidocraniana, sendo o conhecimento sobre as características gerais e as características específicas relacionadas ao sistema estomatognático desta doença são de extrema importantes para a realização de um diagnóstico que deve ser feito o mais precocemente possível, um plano de tratamento de excelência, com o objetivo de garantir melhorar a qualidade de vida do paciente, principalmente no que tange à

sua autoestima, que muitas vezes encontra-se em detrimento de suas feições, seu sorriso, sua capacidade de estar incluída no seu meio social.

O profissional deveria submeter o paciente, a partir dos cinco anos, a uma radiografia panorâmica anual, como intuito de constatar possíveis dentes supranumerários e planejar o momento apropriado para a intervenção, assim como o tratamento mais oportuno para o caso.

Até o presente momento deste trabalho, a paciente encontra-se aguardando a liberação através do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma cirurgia para a colagem dos acessórios ortodônticos, para o tracionamentos dos dentes inclusos, pois devido ao grande número de elementos dentários que necessitam de tracionamento e após uma tentativa frustrada com anestesia local devido a ansiedade da mesma, foi preconizado realizar em bloco cirúrgico com anestesia geral.

Referências

1. Santos RLO, Silva PF, Fonzo AL, Silva AMF, Caub AF. Abordagem cirúrgica em paciente portador da disostose cleidocraniana. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [Internet]. Jul./Set. 2016 [citado em 15 Nov. 2020]; 16 (3):40-43. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102016000300006.
2. Porciuncula CGG, Lira RF, Soares MLL, Araújo DL, Mota LR, Lira LF. Disostose cleidocraniana: relato de dois casos familiares. Radiol Bras [Internet]. 2013 Dez. [citado em 5 Nov. 2020] ; 46(6): 382-384. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842013000600013>.
3. Machado, CV, Pastor IMO, Rocha MCBS. Características clínicas e radiográficas da displasia cleidocraniana – relato de caso. RFO UPF [Internet], set./dez.2010 [citado em 2 Nov. 2020]; 15, (3): 302-306. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122010000300016&script=sci_arttext.
4. Furuuchi T, Kochi S, Sasano T, Iikubo M, Komai S, Igari K. Morphologic characteristics of masseter muscle in cleidocranial dysplasia: a report of 3 cases. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics [Internet], Fev. 2005 [citado em 15 Out. 2020]; 99 (2): 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.03.011>.

5. Tanaka JL, Ono E, Filho EM, Castilho JC, Moraes LC, Moraes ME. Cleidocranial dysplasia: importance of radiographic images in diagnosis of the condition. *J Oral Sci.* [Internet], 2006 Set; [citado em 2 Nov. 2020]; 48(3):161-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17023750/>.
6. Serratine, ACP, Rocha R. Displasia cleidocraniana - apresentação de um caso clínico. *Arquivos Catarinenses de Medicina* [Internet], Jan./Mar 2007; [citado em 2 Out. 2020]; 36 (1): 109-112. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-463503>.
7. Primo LG, Wilhelm RS, Bastos EPS. Frequência e Características dos Dentes Supernumerários em Crianças Brasileiras: Consequências e Propostos de Tratamentos. *Rev Odontol Univ São Paulo* [Internet]. Out. 1997 [citado em 2 Out. 2020]; 11 (4): 231-37. <https://doi.org/10.1590/S0103-06631997000400002>.
8. Dalessandri D, Laffranchi L, Tonni I, Zotti F, Piancino MG, Paganelli C, Bracco P. Vantagens da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) no planejamento do tratamento ortodôntico de pacientes com displasia cleidocraniana: relato de caso. *Head Face Med.* [Internet]. Fevereiro de 2011 [citado em 2 Out. 2020]; 7 (6): 1-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21352577/>. DOI: 10.1186 / 1746-160X-7-6.
9. Lopéz B, Solalinde C, Ito T, Carrillo E, Solalinde E. Cleidocranial Dysplasia: report of a family, *Journal of Oral Science* [Internet], 2004 [citado em 2 Out. 2020]; 46 (4): 259-266. Disponível em: <http://jos.dent.nihon-u.ac.jp/journal/46/4/259.pdf>
10. Kolokitha OE, Ioannidou I. A 13-year-old Caucasian boy with cleidocranial dysplasia: a case report. *BMC Res Notes* [Internet], 2013 [citado em 2 Out. 2020]; 6(2):1-6. Doi: 10.1186/1756-0500-6-6.
11. Noh K, Kwon KR, Ahn H, Paek J, Pae A. Reabilitação protética de um paciente com displasia cleidocraniana com deficiência maxilofacial vertical: um relato clínico. *J Prosthodont.* [Internet], Janeiro de 2014 [citado em 2 Out. 2020]; 23 (1): 64-70. Doi: 10.1111 / jopr.12056.
12. Loureiro, LAM. Displasia cleidocraniana: uma revisão da literatura. Artigo de Revisão. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, [s. /], p. 1-70, 1 mar. 2015.
13. Silva, AEA, Tostes, MA. Uso da tomografia multidirecional na visualização de dente impactado. *Revista Gaúcha de Ortodontia*, Porto Alegre, [Internet], Out./Dez. 2009 [citado em 2 Out. 2020]; 57(4): 467-470. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bbo-31438>.
14. Consolaro A. Tracionamento dentário: mitos, coincidências e fatos - Parte II. Este procedimento provoca anquilose alveolodentária? *Rev Clín Ortod Dental Press.* [Internet], 2003 dez. [citado em 2 Nov. 2020]; 2(6):100.
15. Cappellette M, Cappellette JM, Fernandes LCM, Oliveira AP, Yamamoto LH, Shido FT et al. Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e

- terapêutica: uma sugestão técnica de tratamento. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial* [Internet]. 2008 Fev [citado em 15 Out. 2020]; 13(1): 60-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192008000100008>.
16. Júnior ANS, Pedro AGH, Ivana AV, Paula CC, Daniela LBG, Renata RH et al. Displasia cleidocraniana: aspectos clínicos e radiográficos e relato de um caso clínico. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, [Internet]. 2007; [citado em 15 Out. 2020]; 6 (1): 122-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v6i1.4172>.
 17. Pereira PJG, Oliveira, LAN, Bertola, DR, Honjo, RS; Furquim, IM; Kim, CA et al. Displasia cleidocraniana: relato de doze pacientes. *Pediatria (São Paulo)*, [Internet.], 2009 [citado em 15 Out. 2020]; 32 (2): 81-87. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=526613&indexSearch=ID>.
 18. Hemalatha R, Balasubramaniam MR. Cleidocranial dysplasia: A case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, Tamil Nadu, India, 2008, [citado em 10 Out. 2020]; 26 (1):40-43.
 19. Roberts T, Stephen L, Beighton P. Cleidocranial dysplasia: a review of the dental, historical, and practical implications with an overview of the South African experience. *Oral Surg, Oral, Med, Oral Pathol, Oral Radiol.* [Internet]; 2013 [citado em 15 Out. 2020]; 115(1):46-55. Doi: 10.1016 / j.oooo.2012.07.435.
 20. Jensen BL, Kreiborg S. Dental treatment strategies in cleidocranial dysplasia. *Br Dent J.* [Internet]; 1992 Mar. [citado em 15 Out. 2020]; 172(6):243-7. Doi: 10.1038/sj.bdj.4807836. PMID: 1554531.
 21. Lovato M, Pithan SA. Avaliação da percepção de pediatras, odontopediatras e pais sobre as manifestações relacionadas à erupção dos dentes decíduos. *Stomatos*, [Internet]; 2004 [citado em 15 Out. 2020]; 10(18):15-20. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85001803>.
 22. Faraco JIM, Del DFF, Rosa FM, Poletto VC. Conhecimentos e condutas de médicos pediatras com relação à erupção dentária. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2008 Set [citado em 15 Out. 2020]; 26(3): 258-264. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822008000300010>.
 23. Garib DG, Raymundo JR, Raymundo MV, Raymundo DV, Ferreira SN. Tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone beam): entendendo este novo método de diagnóstico por imagem com promissora aplicabilidade na Ortodontia. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial* [Internet]. 2007 Abr [citado 2020 Nov 07]; 12(2): 139-156. <https://doi.org/10.1590/S1415-54192007000200018>.

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JULIANA BALDINI MENDES

DISOSTOSE CLEIDOCRANIANA: RELATO DE CASO CLÍNICO

CRICIÚMA

2019

JULIANA BALDINI MENDES

DISOSTOSE CLEIDOCRANIANA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Projeto de pesquisa do Curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Duarte Simões Pires

CRICIÚMA

2019

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	4
1.1 JUSTIFICATIVA-----	5
2 OBJETIVOS -----	6
2.1 OBJETIVOS GERAIS-----	6
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS-----	6
3 REVISÃO DE LITERATURA -----	7
4 METODOLOGIA -----	11
4.1 DESENHO DO ESTUDO-----	11
4.2 LOCAL DO ESTUDO-----	11
4.3 SUJEITO DO ESTUDO-----	11
4.4 COLETA DE DADOS-----	11
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS-----	11
4.6 RISCO-----	11
4.7 BENEFÍCIOS-----	12
5 DESFECHO PRIMÁRIO -----	12
6 DESFECHO SECUNDÁRIO -----	12
7 CRONOGRAMA -----	13
8 ORÇAMENTO -----	13
9 REFERÊNCIAS -----	15

RESUMO

A Disostose Cleidocraniana, é também conhecida como Displasia Cleidocraniana (DDE) e corresponde a um distúrbio genético raro. A alteração no Gene CBFA1/RUNX2, importante na transcrição que ativa a diferenciação osteoblástica no cromossomo 6p21, é o responsável pela síndrome, sua transmissão é autossômica dominante, possui alta penetrância e expressividade clínica variável, sem haver predileção por raça ou sexo. É caracterizada por dentes supranumerários, retardo no fechamento das fontanelas, suturas abertas, crânio braquicefálico, baixa estatura, anomalias nas clavículas e uma variedade de modificações esqueléticas como desordem na calcificação de pélvis, ossos largos e coluna vertebral. Essa displasia esquelética, possui a prevalência variando de 1:200.000 a 1:1.000.000 e, é através das características clínicas e radiografias que seu diagnóstico é exclusivamente baseado.

OBJETIVO

Relatar um caso clínico de Disostose cleidocraniana de um paciente pediátrico.

Palavras-chave: síndrome, supranumerários, odontopediatria,

1 INTRODUÇÃO

Martin em 1765, descreveu pela primeira vez a disostose cleidocraniana, contudo, apenas em 1897, Pierre Marie e Paul Sainon relataram quatro casos e associaram a doença a padrões de hereditariedade, somente em 1946, foi concluído que essa desordem esquelética é uma patologia autossômica dominante, podendo em alguns casos, haver interferências no período fetal que causaria mutações no gene Core Binding Factor A1 (CBA1), localizado no cromossomo 6p21, impossibilitando a transformação de células-multipotentes em osteoblastos.

(SANTOS et al, 2016).

Aplasia ou hipoplasia clavicular, falha na erupção dos dentes permanentes, presença de dentes supranumerários, aumento exagerado do diâmetro transversal do crânio, retardo no fechamento das suturas e fontanelas, hipodesenvolvimento do terço médio da face e outras desordens esqueléticas, são as principais manifestações da doença, contudo, o diagnóstico é baseado em achados clínicos e radiológicos e a seguinte tríade é considerada patognomônica: múltiplos dentes extranumerários, sutura sagital e fontanelas abertas, e ausência parcial ou total das clavículas. Caso a tríade for incompleta é preciso considerar outras alterações para um possível diagnóstico diferencial (MACHADO et al, 2010; PORCINCULA et al, 2013).

A disostose cleidocraniana possui manifestações orais bem características. Embora os dentes decíduos erupcionam em padrões de normalidade, os dentes permanentes se mantêm retidos mesmo com a presença dos germes, e há a presença de dentes supranumerários, principalmente na mandíbula. A exodontia de todos os dentes, a confecção de próteses, e extrusão dos dentes permanentes ortodonticamente, são alguns dos tratamentos realizados afins de solucionar os problemas dentários. (FURUUCHI et al, 2005; SANTOS et al, 2016).

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de diagnóstico de Disostose cleidocraniana, visando levantar achados clínicos e radiográficos que permitam enriquecer os achados em literatura e possibilitar um diagnóstico mais apurado da doença.

1.1 JUSTIFICATIVA

Anomalias claviculares, cranianas ou ósseas podem ter expressão na cavidade bucal, alterando o desenvolvimento do palato, predispondo à fenda palatina, prognatismo, atraso na união da sínfise mandibular, agenesia dental, atraso na erupção dentária, impacção de dentes decíduos e/ou permanentes, dentes supranumerários. Sendo assim, é importante que o cirurgião dentista, na sua prática diária, esteja atento às alterações de ordem sistêmicas nos seus pacientes e avalie possíveis alterações no sistema estomatognático, para que

precocemente possam ser realizados planejamentos estratégicos, contribuindo de forma significativamente na saúde bucal dos pacientes.

Sendo assim, uma descrição de caso clínico poderá colaborar para o conhecimento da etiologia da doença e suas consequências, afim de incentivar os clínicos a terem um olhar mais criterioso durante o fechamento do diagnóstico e no planejamento do tratamento.

1.2 HIPÓTESES

- Paciente com outras síndromes associadas
- Comprometimento sistêmico
- Alterações na estrutura dos dentes como amelogênese
- Alterações no fluxo salivar

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar um caso clínico de Disostose Cleidocraniana de um paciente pediátrico.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o caso;
- Avaliar a importância do diagnóstico precoce de Disostose Cleidocraniana;
- Investigar e relatar através de documentos e exames radiográficos sinais, sintomas e tratamentos para a respectiva displasia;
- Avaliar a reabilitação bucal do paciente;
- Elaborar um boletim informativo a ser encaminhado ao serviço público de saúde para orientação dos cirurgiões dentistas quanto a atenção a Disostose Cleidocraniana e a importância do diagnóstico precoce.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Em uma conferência em Paris no ano de 1969, determinou-se que a Disostose Cleidocraniana (DCC) é um distúrbio que não apenas envolve os ossos de origem membranosa, mas também ossos de ossificação endocondrais

tornando a doença uma alteração generalizada de muitas estruturas esqueléticas, de padrão autossômico dominante, o gene causador da doença está localizado entre os cromossomos numerados, assim, apenas com uma única alteração genética um portador da patologia consegue mostrar seus sinais, obtendo apenas um par de gene inalterado e em pleno funcionamento e um outro danificado. (VV et al., 2014).

Essa displasia não possui uma incidência com números exatos, algumas literaturas dizem que é 1:1.000.000 de nascimentos (PEREIRA et al., 2009); (JÚNIOR et al., 2012), outros afirmam que é 0,5:100.000 (CHOPRA et al., 2012); (SINGH et al., 2014), já Porcincula et al., (2013) dizem que varia entre 1:1.200.000 nascimentos e 1:1.100.000, porém em sua maioria, os autores concordam que não há predileção por gênero ou etnia.

Estudos genéticos com famílias portadoras da doença e experimentos em ratos foram realizados afim de descobrir novos dados sobre as manifestações clínicas e tipos de transmissão hereditárias, sendo que a DCC pode ser formada por duas causas, uma por mutação ou origem congênita de um gene encontrado no braço curto do cromossomo 6p21, podendo ir até a terceira ou quarta geração, já na segunda existe três genes encontrados nessa região, TCTE1, MUT e CBFA1, ocorre que acreditam que o último é o mais provável causador da doença, aparecendo entre 20% a 40% dos pacientes afetados (GULATI et al., 2001); (DIXIT et al., 2010); (KSHAR et al., 2010).

A Disostose Cleidocraniana também pode ser relacionada à história de hereditariedade do paciente e quando não há este histórico ela podem também apresentar-se com manifestações e alguns casos, mais difíceis de diagnóstico é quando o paciente não apresenta nem o histórico de hereditariedade e nenhuma manifestação clínica (CHOPRA et al., 2012; WANG et al., 2013).

A principal manifestação desta doença é a ausência parcial de uma ou ambas as clavículas, ou mesmo a ausência total destas, ocorrendo em apenas 10% dos casos e geralmente a doença é bilateral, mas quando esta ocorre unilateralmente, o lado direito é o mais afetado podendo também, quando desta forma a clavícula apresentar normalidade (CHOPRA et al., 2012).

Os músculos na região clavicular estão ausentes pois não se desenvolvem corretamente e também pode ocorrer hipoplasia da extremidade acromial e aparência alongada do pescoço são comuns. Há indivíduos

portadores desta patologia que são capazes de movimentar os ombros para frente, sem nenhum desconforto, até a linha média do corpo, outros podem tocar com um ombro no outro sem que sua função seja afetada, em recém-nascidos a caixa torácica fica com uma forma cônica causando desconforto respiratório (HEMALATHA et al., 2008; DIXIT et al., 2010; KSHAR et al., 2010).

Anomalias claviculares, cranianas ou ósseas podem ter expressão na cavidade bucal, alterando o desenvolvimento do palato, predispondo à fenda palatina, prognatismo, atraso na união da sínfise mandibular, agenesia dental, atraso na erupção dentária, impacção de dentes decíduos e/ou permanentes, dentes supranumerários. Sendo assim, é importante que o cirurgião dentista, na sua prática diária, esteja atento às alterações de ordem sistêmicas nos seus pacientes e avalie possíveis alterações no sistema estomatognático, para que precocemente possam ser realizados planejamentos estratégicos, contribuindo de forma significativamente na saúde bucal dos pacientes. O atraso mental pode acontecer em alguns casos (JÚNIOR et al., 2007; PEREIRA et al., 2009; CHAVVA et al., 2012).

Dentes supranumerários podem ser classificados de acordo com sua forma e localização, os chamados mesiodens se desenvolvem na região anterior aparecendo entre os incisivos superiores, e possuem significativa representatividade entre os dentes supranumerários, em pacientes DCC, essa alteração que pode se apresentar em ambos os maxilares, tem maior prevalência na mandíbula, já a incidência de supranumerários anteriores ou na região de pré-molares é maior a sua prevalência do que de molares (TANAKA et al., 2006; SERRATINE et al., 2007). O diagnóstico destes dentes deve ser realizado o mais precocemente possível para que sejam extraídos, pois impedem a erupção normal dos dentes permanentes e podem causar um apinhamento dentário, resultando má oclusão, comprometendo o desenvolvimento da articulação temporomandibular, a mastigação e conseqüentemente estética do paciente (DALESSANDRI et al., 2011).

Através de uma análise genética molecular é possível realizar o diagnóstico conclusivo da DCC, contudo a realização de imagens radiográficas do tórax, crânio e radiografia panorâmica, são vastamente utilizadas para a identificação das principais características da doença, pois um diagnóstico

precoce auxilia na execução de um melhor plano de tratamento e seu prognóstico, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente a nível psicológico e social, geralmente a procura é devido aos problemas orofaciais, sendo que a combinação de um tratamento cirúrgico e ortodôntico é visto de maneira mais positiva paciente (ALVES et al., 2008; KOLOKITHA et al, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo qualitativo, descritivo, retrospectivo e documental.

Estudo qualitativo: Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado do fenômeno (NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004).

Estudo descritivo: Visa apenas a observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem, no entanto, analisar o mérito de seu conteúdo (MARCONI, LAKATOS, 2013).

Estudo Documental: A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser recolhidas tanto no momento em que o fato fenômeno ocorre ou depois (MARCONI, LAKATOS, 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Será realizado a partir do prontuário das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

4.3 SUJEITO DO ESTUDO

O sujeito do estudo será uma criança atendida na Clínica de Odontologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados irá ocorrer após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Unesc.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O caso clínico será selecionado e descrito após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e autorização do local onde será realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Termo de Confidencialidade, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo preconizado o sigilo da identidade do paciente e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os responsáveis da criança serão convidados a autorizar a participação do paciente pediátrico na pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 RISCOS

Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.

Para relato de caso: Um relato de caso não tem riscos para o paciente pois pressupõe-se que o paciente já assinou o TCLE para que pudesse ser atendido no local e estes riscos já foram expressos no TCLE do tratamento.

4.7 BENEFÍCIOS

- Orientação e conhecimento aos profissionais da área de odontologia;
- Orientação aos pais e portadores da Disostose Cleidocraniana.

5 DESFECHO PRIMÁRIO

Disostose cleidocraniana.

6 DESFECHO SECUNDÁRIO

Alterações da cavidade oral.

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2019 - 2020									
	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	FEV	ABR	MAI	JUN	JUL
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Submissão comitê de ética				X						
Coleta dos dados						X				
DEFESA TCC									X	
SUBMISSÃO										X

8 ORÇAMENTO

DESPESAS DE CAPITAL

<u>Discriminação</u>	<u>Quantidade</u>	<u>Valor unitário (R\$)</u>	<u>Valor Total (R\$)</u>
Notebook	1	1.500,00	1.500,00
TOTAL			1.500,00

DESPESAS DE CUSTEIO

Discriminação	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Cópias	1.000	0,20	200,00
Cartilhas	-	-	-
Questionários	-	-	-
Transporte	-	-	-
TOTAL			500,00

9 REFERÊNCIA

1. ALVES, Nilton *et al.* Cleidocranial Dysplasia - A Case Report. **International Journal of Morphology**, [S. l.], ano 2008, v. 26, n. 4, p. 1065-1068, 23 set. 2008.
2. ARAYA, Alejandra Castro Araya *et al.* Displasia cleidocraniana: revisão e estudo das características clínicas e radiográficas de uma família chilena. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, Chile, ano 2011, v. 1, n. 1, p. 1-4, 22 nov. 2010. DOI ISSN: 2174-0798. Disponível em: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2011/1/art-13/#>. Acesso em: 13 set. 2019.
3. CATUNDA, Ivson Souza Catunda *et al.* Manifestações maxilomandibulares de interesse odontológico nos pacientes portadores de displasia cleidocraniana. Relato de um caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, ano Jul./set. 2013, v. 13, n. 3, p. 25-30, 27 mar. 2013.
4. CHAVVA, Sunanda *et al.* Cleidocranial Dysplasia. **Journal of Orofacial Research**, [S. l.], p. 232-234, 1 dez. 2012.

5. CHOPRA, Radhika *et al.* Hypodontia and Delayed Dentition as the Primary Manifestation of Cleidocranial Dysplasia Presenting with a Diagnostic Dilemma. **Hindawi Publishing Corporation**, [S. l.], p. 1-4, 22 out. 2012.
6. DALESSANDRI, Domenico *et al.* Advantages of cone beam computed tomography (CBCT) in the orthodontic treatment planning of cleidocranial dysplasia patients: a case report. **Head & Face Medicine**, [S. l.], ano 2011, v. 7, n. 6, p. 1-4, 27 fev. 2011. DOI 10.1186/1746-160X-7-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3053235/>. Acesso em: 15 out. 2019.
7. DIXIT, Ramakant *et al.* Cleidocranial dysplasia. **Lung India**, [S. l.], p. 176-177, 1 set. 2010.
8. FURUUCHI, et al. Morphologic characteristics of masseter muscle in cleidocranial dysplasia: A report of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* v.99, n.2, p. 185-190. fev. 2005.
9. GULATI, S. *et al.* Cleidocranial dysplasia. **Genetics Unit, Dept. of Pediatrics All India Institute of Medical Sciences**, New Delhi - 110 029, India, v. 47, p. 204-5, 1 jan. 2001.
10. HEMALATHA, R. *et al.* Cleidocranial dysplasia: A case report. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, Tamil Nadu, India, ano 2008, v. 26, p. 40-43, 9 fev. 2008.
11. JÚNIOR, Aurélio Novaes Silva *et al.* Displasia cleidocraniana: aspectos clínicos e radiográficos e relato de um caso clínico. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [S. l.], p. 122-127, 19 abr. 2007.
12. JÚNIOR, Vildeman Rodrigues de Almeida Júnior. Displasia Cleidocraniana: relato de caso. **ClipeOdonto**, [S. l.], p. 21-25, 6 jun. 2012.
13. KOLOKITHA, Olga-Elpis Kolokitha *et al.* A 13-year-old Caucasian boy with cleidocranial dysplasia: a case report. **BMC Res Notes**, Thessaloniki GR - 54124, Greece, ano 2013, v. 6, n. 6, p. 1-4, 5 jan. 2013. DOI 10.1186/1756-0500-6-6. Disponível em: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-6-6>. Acesso em: 15 out. 2019.

14. KSHAR, Avinash *et al.* Cleidocranial Dysplasia: Report of Two Cases. **Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology**, [S. l.], p. 69-72, 22 dez. 2010
15. MACHADO, Cintia de Vasconcelos Machado *et al.* Características clínicas e radiográficas da displasia cleidocraniana – relato de caso. RFO/UPF, Passo Fundo, ano set./dez.2010, v. 15, n. 3, p. 302-306, 8 jul. 2010.
16. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 270 p. 2013.
17. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Patologia Oral & Maxillofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.; 2004.
18. PEREIRA, Pedro *et al.* Displasia cleidocraniana: relato de doze pacientes. **Pediatria (São Paulo)**, [S. l.], p. 81-87, 1 abr. 2009.
19. PORCIUNCULA, Carlos Guilherme Gaelzer Porciuncula. Disostose cleidocraniana: relato de dois casos familiares. Radiologia Brasileira, São Paulo, ano Nov/dez. of 2013, v. 46, n. 6, p. 382-384, 10 maio 2013.
20. SANTOS, Rennan Luiz Oliveira dos Santos *et al.* Abordagem cirúrgica em paciente portador da disostose cleidocraniana. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Camaragibe, ano Set./2-16, v. 16, n. 03, p. 40-43, 13 set. 2016. DOI BrJOMS. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v16n3/a06v16n3.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.
21. SERRATINE, Ana Claudina Prudêncio Serratine *et al.* Displasia cleidocraniana - apresentação de um caso clínico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], ano 36, v. 1, p. 109-112, 1 jan. 2007.
22. SINGH, Sarbjeet Singh *et al.* Cleidocranial Dysplasia: A case report illustrating diagnostic clinical and radiological findings. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, [S. l.], p. 19-21, 20 jun. 2014.
23. SOARES, et al. Displasia cleidocraniana: relato de caso clínico. Rev Bras Patol Oral v.4 n.1 p.38-41. 2005.
24. TANAKA, Jefferson L.O Tanaka. Cleidocranial dysplasia: importance of radiographic images in diagnosis of the condition. Journal of Oral Science,

São José dos Campos, Brazil, ano 2006, v. 48, n. 3, p. 161-166, 27 jun. 2006.

25. VV, Kulkarni *et al.* Cleidocranial dysplasia: A clinico-radiological of a rare case. **International Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, [S. l.], v.5, n. 2, p. 18-20, 1 jan. 2014.
26. WANG, Shengguo *et al.* Cleidocranial dysplasia syndrome: clinical characteristics and mutation study of a Chinese family. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, [S. l.], p. 900-907, 25 out. 2013.