REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO COM SEDAÇÃO ENDOVENOSA: RELATO DE CASO

Amanda Caracanha **Vales**[1], Gabriela Mancia de **Gutierrez**[2], Natália Bertolo **Domingues**[1]*

[1]Faculdade de Odontologia, Centro Universitário Central Paulista – UNICEP, São Carlos, SP, Brasil.
[2]Faculdade de Odontologia, Universidade Sorocaba – UNISO, Sorocaba, SP, Brasil.

Palavras-chaves: Transtorno do Espectro Autista. Sedação endovenosa. Odontologia para pessoas com deficiência.

RESUMO

Objetivo: relatar um caso clínico de reabilitação oral de um paciente com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), no qual foi realizado sob sedação endovenosa em consultório odontológico, com anestesista. **Relato do caso:** paciente com TEA e 5 anos de idade foi submetido a exame clínico em que foram observadas lesões de cárie extensas nos dentes 51, 52, 61, 75, 84 e 85 e presença de fístula na região do dente 61. Observou-se lesão de cárie ativa moderada no dente 54 e lesão de cárie inicial restrita ao esmalte no dente 64. No exame radiográfico, notou-se padrão de reabsorção lateral em "teto de igreja" no dente 51 e lesão periapical com reabsorção radicular interna e externa no dente 61. Ausência de alterações radiográficas patológicas envolvendo os dentes 75 e 85. Inicialmente, foi realizada uma sessão para exames clínicos, profilaxia e aplicação tópica de verniz de flúor. Devido a grande dificuldade comportamental da criança, optou-se pela realização de sedação moderada para realização do tratamento odontológico. O paciente foi submetido à sedação endovenosa utilizando Dexmedetomidina 0,1 mcg/kg/h pelo anestesista. Foram realizadas exodontias dos dentes 51 e 61 e reconstrução estética do dente 52 com resina composta, além de selantes nos dentes 55, 64, 65. O dente 54 e dentes inferiores posteriores foram restaurados com resina composta, sendo necessário realizar capeamento pulpar indireto com cimento de ionômero de vidro nos elementos 75 e 85. **Conclusão:** a sedação endovenosa permitiu o atendimento com eficácia, maior controle profissional durante aos procedimentos odontológicos e reduziu os níveis de estresse do paciente.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Intravenous sedation. Dental care for disabled.

ABSTRACT

Objective: to report a clinical case of oral rehabilitation of a patient with Autism Spectrum Disorder (ASD), performed under intravenous sedation in a dental office, with anesthetist. **Case report:** patient with ASD and 5-years-old and was submitted to clinical examination. It were observed extensive caries lesions were observed on teeth 51, 52, 61, 75, 84, 85, with the presence of a fistula in the region of tooth 61. Moderate active caries lesions were observed on tooth 54 and initial caries lesions restricted to the enamel on tooth 64. Radiographic examination presented a lateral resorption pattern in a "church ceiling" on tooth 51 and a periapical lesion with internal and external root resorption on tooth 61. No pathological radiographic changes were observed involving the teeth 75 and 85.First, patient was submitted to a clinical exam, prophylaxis and topical fluoride varnish application. Due to a difficult behavior presented by the child a moderate sedation was propose to perform necessary dental procedures. The patient underwent intravenous sedation using Dexmedetomidine 0.1 mcg/kg/h by the anesthesiologist. Extraction of teeth 51, 61 and aesthetic reconstruction of tooth 52 with composite resin were performed, in addition to sealants on teeth 55, 64 and 65. Tooth 54 and lower posterior teeth were restored with composite resin, requiring indirect pulp capping with glass ionomer cement in elements 75 and 85. **Conclusion:** intravenous sedation allowed for effective care, greater professional control during procedures and reduced stress levels for the patient.

Submetido: 18 de dezembro, 2023
Modificado: 19 de fevereiro, 2024
Aceito: 1 de março, 2024

***Autor para correspondência**:
Natália Bertolo Domingues.
Endereço: R. Miguel Petroni, 5111 - Lot. Hab. Sao Carlos 1, São Carlos - SP, CEP: 13563-470.
Número de Telefone: +55 (16) 992478845
E-mail: nataliabertolodomingues@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades de interação social, comunicação e comportamentos repetitivos e restritos.[1] Alguns sinais que podem se manifestar nesses indivíduos são dificuldades em se relacionar com outras pessoas, dificuldades na comunicação, ecolalia (repetição da fala do outro fora do contexto), isolamento social, estereotipias (movimentos repetitivos), além do forte apego tanto a rotina quanto a objetos ou assuntos específicos.[1,2]

As características do TEA podem gerar prejuízos na interação social, comprometendo assim a relação cirurgião-dentista e paciente.[3] Esses indivíduos podem reagir com hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais (visuais, auditivos, olfativos, vestibulares e proprioceptivos), dificultando a abordagem por parte do profissional.[3-5]

Crianças e jovens adultos com TEA apresentam piores condições de saúde bucal comparados à população neurotípica, com maiores índices das doenças cárie e periodontal, além de apresentarem uma alimentação rica em sacarose em pelo menos três refeições diárias.[6]

Além disso, a literatura mostra que grande parte dos pais de crianças com TEA apresentam dificuldade para realizar a higiene bucal de seus filhos.[7] Barreiras de acesso ao atendimento odontológico ocorrem com maior frequência para as crianças com TEA, havendo menor número de profissionais da saúde qualificados e aptos ao atendimento destes pacientes.[8] Desta maneira, maiores agravos nas condições de saúde bucal de pacientes com TEA são frequentemente observados.[6]

Na abordagem comportamental do paciente deve-se envolver, em um primeiro contato, as técnicas não farmacológicas de controle do comportamento, como por exemplo, falar-mostrar-fazer, modelagem, distração com recursos audiovisuais e reforço positivo, uma vez que demonstram grande efeito na redução de ansiedade e percepção de dor no paciente.[9] Entretanto, cada paciente deve ser avaliado de acordo com a sua condição de saúde bucal, limitações sensoriais, comportamentais e habilidades na comunicação, assim determinando estratégias para melhor controle comportamental nas crianças com TEA.[3]

A utilização de medicações sedativas pode ser indicada nos casos em que as técnicas não farmacológicas de controle do comportamento aplicadas são insuficientes para conduzir o caso clínico com sucesso. Trata-se de um procedimento que leva à indução da diminuição do nível de consciência do paciente com utilização de medicações sedativas por diferentes vias. Essas medicações refletem na diminuição do nível de consciência e/ou percepção da dor, mantendo os sinais vitais estáveis e respiração espontânea.[10,11]

Na sedação consciente inalatória com óxido nitroso (N_2O), é esperado que o paciente fique mais calmo e relaxado, sendo possível observar os efeitos clínicos a partir de 30 segundos após a indução da sedação. Além disso, é a única técnica que apresenta reversibilidade que pode variar de 2 a 5 minutos.[12] O N_2O e oxigênio são administrados por meio de uma máscara nasal e de fluxômetro, que permite selecionar a concentração de cada um dos gases até o nível de sedação desejada.[12]

Já a sedação oral se dá por administração de benzodiazepínicos, sendo o diazepam, lorazepam, alprazolam e midazolam, os fármacos mais utilizados na sedação de pacientes odontológicos. Entre suas vantagens destaca-se a ansiólise sem perda da consciência e ampla margem de segurança clínica, tendo indicação principal para tratamentos de curta duração em pacientes fóbicos.[13] Suas desvantagens são reações paradoxais aos benzodiazepínicos, caracterizadas por excitação e movimentação excessiva, sendo relativamente incomuns e ocorrendo em menos de 1% dos pacientes.[14]

Apesar das possibilidades de sedação consciente apresentadas, existe uma lacuna na indicação e sucesso do tratamento para alguns casos. Podemos exemplificar no paciente com TEA que apresenta difícil manejo comportamental, em que outras técnicas de adaptação não foram bem-sucedidas, somado à necessidade de tratamentos odontológicos complexos e extensos. Para esses casos, uma alternativa possível é a sedação endovenosa, sendo o último recurso antes de se indicar o tratamento odontológico sob anestesia geral em ambiente hospitalar.[11]

Na sedação endovenosa, obtém-se a redução do nível de consciência mantendo-se os reflexos protetores, como a deglutição e a tosse, e respiração espontânea adequada. Possibilita também uma diminuição no número de sessões de atendimento uma vez que nesta modalidade sedativa é favorável planejar todos os procedimentos em sessão única.[11] Esta técnica é realizada por um anestesista que administra o fármaco sedativo via endovenosa e realiza a monitoração constante dos sinais vitais do paciente durante o atendimento odontológico em nível ambulatorial, sendo considerada uma sedação moderada.[10]

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação oral de um paciente com TEA, no qual foi tratado sob sedação endovenosa em consultório odontológico, com anestesista.

RELATO DO CASO

Paciente com 5 anos e 4 meses de idade, sexo masculino, com diagnóstico de TEA, nível 3: grau severo[1], com deficiência intelectual e não verbal, compareceu acompanhado da sua responsável com a queixa principal de "cárie nos dentes". A responsável relatou que era perceptível a mudança no humor e comportamento da criança, muito provavelmente relacionado a dor de origem dentária que o paciente apresentava. Informou que esta era a primeira consulta odontológica da criança, pois devido às características comportamentais do paciente enfrentou dificuldades em conseguir atendimento, além do receio familiar de como seria o andamento de uma visita ao dentista.

Durante a anamnese foi verificada boa saúde geral, ausência de comorbidades associadas ou alergias. A criança frequentava quinzenalmente no sistema único de saúde (SUS) o fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, além de consultas trimestrais com o psiquiatra. Fazia uso contínuo de Risperidona (1 mg de manhã e 1 mg após o almoço) e Neuleptil pediátrico 1% (25 gotas antes de dormir).

A higienização dos dentes da criança era realizada pela mãe uma vez ao dia com escova dental e dentifrício fluoretado (1.000 ppm F), sendo relatada muita dificuldade para execução da mesma devido a não cooperação do paciente. O fio dental não era utilizado. Com relação aos hábitos alimentares, a responsável indicou a presença de seletividade alimentar. Desta maneira, a família acabava oferecendo alimentos ricos em sacarose, em grande frequência, devido a maior aceitação pela criança.



***Figura 1**: Aspecto clínico inicial. Presença de lesões de cárie nos dentes 52, 51, 61 e 62. Fístula na região do dente 61.*

Ao exame clínico a criança foi diagnosticada com cárie severa da primeira infância e foram observadas lesões de cárie cavitadas e extensas nos dentes 51, 52, 61, 62, 75, 84 e 85. Observou-se presença de fístula na região correspondente ao elemento 61 (Figura 1). Ainda na arcada superior, foi observada lesão de cárie cavitada e ativa em metade externa de dentina na face oclusal do elemento 54 e lesão de cárie inicial restrita ao esmalte no dente 64 (Figura 2A). Na arcada inferior foram constatadas cavitações extensas com mais da metade da face oclusal acometida nos elementos 75, 64 e 65 (Figura 2B).



***Figura 2:** A) Vista oclusal da arcada superior; B) Vista oclusal do arco inferior.*

Ainda na consulta inicial, foi adotada abordagem de etapa preventiva com instrução de higiene oral para a responsável, escovação manual e aplicação tópica de verniz fluoretado (*Duraphatâ, Colgate-Palmolive GmbH,* Waltrop, Alemanha) em todos os elementos dentários. Além de orientações sobre dieta alimentar, instruindo evitar o consumo de alimentos açucarados, foi solicitado a mãe um diário alimentar a fim de identificar a frequência de consumo de alimentos cariogênicos e estimular hábitos alimentares mais saudáveis.

Durante este primeiro atendimento para exame clínico o paciente mostrou-se muito agitado e com comportamento não colaborativo. Desta maneira, após obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização da responsável seguiu-se com a estabilização protetora para finalização do exame clínico e intervenção preventiva. As radiografias intrabucais (Figura 3) para definição de conduta para os dentes anteriores e investigação de possível envolvimento pulpar das lesões de cárie extensas nos dentes posteriores foram

realizadas na segunda sessão, quando se definiu a necessidade de sedação consciente, pela grande dificuldade em realização dos exames clínico e radiográficos na primeira sessão de atendimento.

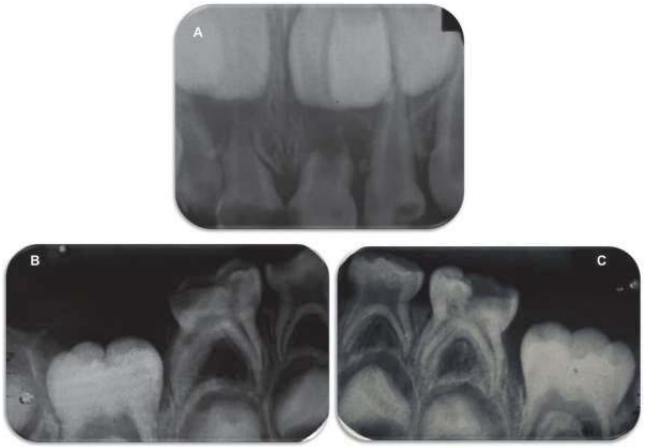


Figura 3: *A) Radiografia oclusal modificada da região dos incisivos anteriores superiores decíduos; B) Radiografia periapical dos dentes 74 e 75; C) Radiografia periapical dos dentes 84 e 85.*

Devido a quantidade de procedimentos odontológicos acumulados e dificuldade de colaboração da criança frente aos procedimentos preventivos e de exame diagnóstico foi apresentada à mãe as modalidades de sedação possíveis. Dentre elas a sedação medicamentosa por via oral combinada com a estabilização protetora, sedação endovenosa e até mesmo atendimento sob anestesia geral a nível hospitalar. Foi discutido com os responsáveis pela criança que várias sessões sob estabilização protetora não seriam benéficas para a adaptação do paciente, além de estimular demasiadamente o sistema sensorial do mesmo. Somado a isso, haveria grande dificuldade de executar de maneira eficiente os procedimentos odontológicos necessários e oferecer um atendimento seguro e confortável para a criança.

Optou-se por realizar o atendimento do paciente sob sedação consciente por via endovenosa com o anestesiologista em ambiente ambulatorial. A escolha da sedação moderada se justifica devido à possibilidade de maior profundidade sedativa, maior controle do profissional durante a realização dos procedimentos odontológicos e resolução clínica do caso em sessão única, com o benefício de um investimento financeiro inferior comparado ao atendimento em centro cirúrgico.

A criança foi encaminhada para avaliação pré-anestésica com o anestesiologista e obteve liberação para submeter-se ao tratamento odontológico. No dia programado para realização do atendimento, aos cuidados do anestesiologista, a criança recebeu medicação endovenosa (Figura 4) utilizando Dexmedetomidina 0,1 mcg/kg/h, Ondansetrona 2 mg, Atropina 0,1 mg e Dipirona Sódica 300 mg, após consentimento da responsável.



Figura 4*: Paciente sob sedação endovenosa com monitoramento dos sinais vitais do paciente, em ambiente ambulatorial odontológico.*

O tratamento proposto para os dentes 51 e 61 foi a exodontia dos elementos, diagnosticados com necrose pulpar, observado no exame radiográfico padrão de reabsorção lateral em "teto de igreja" no dente 51 e lesão periapical com reabsorção radicular interna e externa no elemento 61. A decisão de tratamento mais invasivo foi considerando-se as condições radiculares e comportamento do paciente. Foi realizada anestesia infiltrativa na região anterior superior com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (1 tubete), seguida da sindesmotomia e luxação para a exodontia dos dentes 51 e 61. Para a reconstrução dos dentes 52 e 62 foi realizada a remoção seletiva do tecido cariado, aplicação do sistema adesivo (*Single Bond Universal, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) e restauração com resina composta *(Z350 XT, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) na cor B1B, utilizando matriz anatômica de celulóide (*Coroa transparente, TDV,* SC, Brasil) (Figura 5A).

Seguiu-se com a restauração oclusal do dente 54 utilizando-se conceitos da odontologia minimamente invasiva e conduta restauradora descrita para realização

de restauração direta em resina composta (*Z350 XT, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) na cor B1B. Devido à lesão de cárie oclusal do elemento 64 estar em estágio inicial e restrita ao esmalte, foi realizado apenas o selante resinoso (*Fluroshield, Dentisply Sirona*, Charlotte, NC, Estados Unidos) desta face, sem qualquer tipo de desgaste de tecido dentário. Também foram realizados selantes resinosos (*Fluroshield, Dentisply Sirona*, Charlotte, NC, Estados Unidos) nas faces oclusais, nos dentes 55 e 65 como medida preventiva devido ao alto risco à cárie do paciente (Figura 5B).



***Figura 5**: A) Aspecto clínico final da região anterior; B) Vista oclusal do aspecto clínico final da arcada superior; C) Vista oclusal do aspecto clínico final da arcada inferior.*

Na arcada inferior, apesar dos dentes 75 e 85 apresentarem lesão de cárie extensa e profunda, não foram observados sinais clínicos e alterações radiográficas sugestivas de envolvimento pulpar. Por essa razão, optou-se por conduta conservadora. Foi realizada remoção seletiva de tecido cariado utilizando-se instrumentos manuais com capeamento pulpar indireto com cimento de ionômero de vidro (*Riva Self Cure, SDI*, São Paulo, SP, Brasil), aplicação do sistema adesivo (*Single Bond Universal, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) e restauração com resina composta (*Z350 XT, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) na cor B1B nos dentes 75 e 85 com auxílio de matriz anatômica de celulóide (*Coroa Transparente, TDV,* SC, Brasil). No elemento 84 foi realizada restauração direta com resina composta (*Z350 XT, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) na cor B1B após a remoção seletiva de tecido cariado (Figura 5C).

Os procedimentos restauradores foram finalizados com ajuste oclusal e acabamento com discos de lixa (*Sof-Lex™ Pop-on, 3M ESPE*, Sumaré, SP, Brasil) para os dentes anteriores e procedimento de acabamento e polimento realizado com taças abrasivas, médias e finas (*Polidor Jiffy Polisher Cup, Ultradent*, Indaiatuba, SP, Brasil) para os dentes posteriores.

Foram determinados retornos trimestrais para acompanhamento do paciente devido ao alto risco ao desenvolvimento de cárie dentária e dificuldade de higienização por parte dos responsáveis. Além de sessões de dessensibilização para melhora do comportamento do paciente no ambiente odontológico.

DISCUSSÃO

Atualmente, a classificação do TEA está dividida em nível 1, 2 ou 3, baseada nos níveis de apoio e de intervenção que a pessoa com autismo precisa receber.[1] O paciente do relato de caso foi diagnosticado no nível 3, no qual possuía comportamentos restritos e repetitivos que interferiam na interação social, além de comunicação não verbal dificultando a relação entre o profissional e o paciente.

Após o diagnóstico do TEA, independente do seu nível, alguns pais descrevem que o momento é marcado por sentimento de alívio e devastação. Alívio por poder compreender a causa dos comportamentos atípicos do seu filho, mas também de devastação e até de luto familiar pelo diagnóstico, já que muitas incertezas e dúvidas surgem sobre o TEA, assim como as consequências na vida dos seus filhos e dos próprios pais.[15] Por meio do presente relato de caso nota-se que a mãe possuía dificuldade em conseguir atendimento odontológico devido às características comportamentais do seu filho, assim como a família tinha receio de como seria o comportamento dele numa visita odontológica, postergando ao máximo a primeira consulta com o dentista, sendo realizada apenas aos 5 anos de idade do paciente.

A primeira consulta odontológica é indicada ser realizada entre seis meses e um ano de vida do bebê para prevenção da cárie severa da infância, já que nessa idade é importante avaliar os fatores de risco de cárie, educação em saúde bucal dos pais e orientações quanto a dieta alimentar e higiene oral.[16] A definição de cárie severa da infância é a presença de uma ou mais lesões de cárie, cavitadas ou não, um ou mais dentes perdidos por cárie, ou ainda a presença de qualquer dente decíduo restaurado em crianças menores de 6 anos de idade.[17] O paciente do relato já em sua primeira consulta odontológica tinha queixa de cárie nos dentes, sendo observado ao exame clínico oito lesões cavitadas, além de lesões de mancha branca ativa, caracterizando assim o diagnóstico de cárie severa da infância. Tal quadro clínico poderia ter sido prevenido com um atendimento odontológico preventivo no primeiro ano de vida do paciente, independente do diagnóstico médico.

As crianças com TEA acabam tendo maiores barreiras de acesso ao tratamento odontológico. Os pais relatam sobre a dificuldade em encontrar profissionais capacitados, especializados e estejam aptos a trabalhar com as

características do autismo[8], já que a comunicação pode ser comprometida, podem ter dificuldade de controle comportamental, além de distúrbios do processamento sensorial[4]. Devido à dificuldade em modular a entrada sensorial, as crianças com TEA frequentemente respondem de forma atípica a estímulos visuais, toques, sons, gostos e odores, podendo tudo isso ocorrer desde o exame clínico ao tratamento odontológico.[5] Estímulos sensoriais, considerados simples, são de rotina no ambiente odontológico que vão desde os estímulos visuais com a iluminação, estímulos sonoros dos aparelhos odontológicos, estímulos táteis com todos os instrumentais e materiais introduzidos na cavidade bucal do paciente, além de odores e sabores de todos os produtos odontológicos. Por isso se faz necessário levar as crianças com TEA o quanto mais cedo possível na consulta com o dentista, para que esse possa ambientar e introduzir gradualmente todos esses estímulos e trabalhar a educação em saúde oral como meio de prevenção da doença cárie e periodontal.

No caso relatado, o paciente compareceu em uma primeira consulta ao final da primeira infância e possuía demandas odontológicas de cunho curativo, além da presença de focos de infecção. Por este motivo, a tomada de decisão de realizar o tratamento odontológico com sedação moderada foi ponderado pelo tempo necessário para se realizar todos os procedimentos em sessão única, complexidade do tratamento odontológico, além do custo-benefício para a família. Em um estudo, realizado na França, dos 118 pacientes com TEA de 4 a 53 anos de idade que procuraram tratamento odontológico em um hospital universitário pode-se observar a alta necessidade de procedimentos odontológicos a serem realizados quando buscaram o tratamento, além da falta de prevenção. Foi observado que nas crianças o uso de sedação medicamentosa associado ao uso do óxido nitroso representou uma boa forma de realizar os cuidados odontológicos, e quanto mais velho o paciente, maior a necessidade de tratá-los com anestesia geral.[18]

Segundo a *American Dental Association* (ADA)[10] existem 3 níveis de sedação para controle de ansiedade do paciente: (1) sedação mínima, (2) sedação moderada e (3) sedação profunda e anestesia geral. Na sedação mínima o nível de consciência é minimamente deprimido por medicação via enteral, no qual o paciente mantém controle das vias aéreas e responde normalmente a estímulo tátil e comando verbal. Na sedação moderada, induzida por drogas via intravenosa ou inalatória, ocorre uma depressão da consciência induzida, na qual os pacientes respondem a comandos verbais e nenhuma intervenção é necessária para manter as vias aéreas pérvias, já que a ventilação espontânea é adequada. Já a sedação profunda e anestesia geral caracterizam-se pela depressão e/ou perda total da consciência induzida pela administração de fármacos. A capacidade de manter a função ventilatória fica prejudicada, assim como da função cardiovascular, por isso esse tipo de sedação deve ser realizado em ambiente hospitalar. É prudente optar pelo uso de sedação mínima e moderada em ambiente ambulatorial nos pacientes com TEA, no qual o profissional irá avaliar comportamento do paciente e suas necessidades odontológicas.

Crianças com TEA não apresentam características ou doenças orais patognomônicas, mas alguns comportamentos do transtorno fazem com que elas tenham maior risco a cárie, como falta de higiene bucal, maiores índices de placa e pH salivar mais baixo quando comparado a crianças neurotípicas.[19] Limitação de comunicação, hábitos alimentares restritivos, efeitos colaterais das medicações, hiposensibilidade à dor dentária e hipersensibilidade a estímulos externos como escovar os dentes são frequentemente responsáveis pela piora na saúde bucal dessas crianças.[4,7] O paciente do presente relato de caso possuía seletividade alimentar, tendo preferência por alimentos ricos em sacarose, além de uma grande dificuldade em realizar a higiene bucal de forma eficiente. Desta maneira se justifica a severidade da condição bucal da criança, uma vez que a cárie é uma doença biofilme açúcar dependente.[20]

Desde a primeira consulta e após a reabilitação do caso clínico foi trabalhado com a família a conscientização dos fatores de risco para a doença cárie, importância da escovação dental eficiente, mesmo com todas as dificuldades e consultas de rotina para prevenção e dessensibilização do paciente. O tratamento odontológico foi satisfatório e contemplou as expectativas da família. O paciente evoluiu sem dor e com remissão completa da fístula na região anterior superior após 10 dias da finalização do procedimento. Nesta consulta de retorno, foi explicado aos responsáveis a importância do acompanhamento para monitorização da vitalidade pulpar dos dentes restaurados, realização de profilaxia profissional, além de progredir com a ambientação do paciente ao consultório odontológico. Foram sugeridos retornos periódicos a cada 3 meses devido ao alto risco à cárie apresentado pelo paciente e sua dificuldade comportamental. Retornos mais frequentes são fundamentais para controlar o quadro clínico, além de evitar reintervenções com necessidade de nova sessão com sedação moderada, e sim, visando a utilização de técnicas de manejo comportamental e/ou sedação mínima.

CONCLUSÃO

No caso apresentado, a sedação endovenosa permitiu o atendimento com eficácia, maior controle profissional durante aos procedimentos odontológicos e reduziu os níveis de stress ao paciente, uma vez que os procedimentos foram realizados em sessão única. A sedação na odontologia é crescente e está indicada nos casos de pacientes ansiosos, fóbicos e, na odontopediatria, se aplica também para crianças com dificuldade de adaptação comportamental e frente ao insucesso de outras técnicas de manejo do comportamental. Quando bem indicada e bem conduzida é uma técnica segura que promove ansiólise, relaxamento e analgesia, além de proporcionar ao paciente uma experiência odontológica mais confortável.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association. 2013.
2. Medina Alva MDP, Caro-Kahn I, Muñoz Huerta P, Leyva Sánchez J, Moreno Calixto J, Vega Sánchez SM. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):565-73. [citado 2024 Abr 05]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300022&lng=es&nrm=iso.
3. Tang S, Wei HL, Li CY, Huang MN. Management strategies of dental anxiety and uncooperative behaviors in children with Autism Spectrum Disorder. BMC Pediatr. 2023;23(1):612. doi: 10.1186/s12887-023-04439-7.
4. Ferrazzano GF, Salerno C, Bravaccio C, Ingenito A, Sangianantoni G, Cantile T. Autism Spectrum Disorders and oral health status: review of the literature. Eur J Paediatr Dent. 2020;21(1):9–12. doi: 10.23804/ejpd.2020.21.01.02.
5. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA. Oral care and sensory sensitivities in children with Autism Spectrum Disorders. Spec Care Dentist. 2011;31(3):102-10. doi: 10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x.
6. Silva SN, Gimenez T , Souza RC, Mello-Moura ACV, Raggio DP, Morimoto S, *et al.* Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 2017;27(5):388-398. doi: 10.1111/ipd.12274.
7. Mansoor D, Al Halabi M, Khamis AH, Kowash M. Oral health challenges facing Dubai children with Autism Spectrum Disorder at home and in accessing oral health care. Eur J Paediatr Dent. 2018;19(2):127-133. doi: 10.23804/ejpd.2018.19.02.06.
8. Jones J, Roberts E, Cockrell D, Higgins D, Sharma D. Barriers to oral health care for autistic individuals—A scoping review. Healthcare. 2024;12(1):103. doi: 10.3390/ healthcare12010103.
9. Goettems ML, Zborowski EJ, Costa FDS, Costa VPP, Torriani DD. Nonpharmacologic intervention on the prevention of pain and anxiety during pediatric dental care: a systematic review. Acad Pediatr. 2017;17(2):110-19. doi: 10.1016/j.acap.2016.08.012.
10. American Dental Association (ADA). Guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists. 2016;1–15.
11. Aguiar SMHCA, Aranega AM, Menezes TEC, Lauretto FHB, Soares AD, Fikaris S. Sedação consciente endovenosa com midazolam no tratamento odontológico de pessoas com deficiência. Arch Health Invest. 2018;7(1). doi: 10.21270/archi.v7i1.2409.
12. Ladewig VM, Ladewig SFAM, Silva MG, Bosco G. Sedação consciente com óxido nitroso na clínica odontopediátrica. Odontol Clín Cient (Online). 2016;15(2):91-6.
13. Cheng X, Chen Z, Zhang L, Xu P, Qin F, Jiao X, *et al*. Efficacy and safety of midazolam oral solution for sedative hypnosis and anti-anxiety in children: A systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol. 2020;18:11:225. doi: 10.3389/fphar.2020.00225. PubMed PMID: 32256348; PubMed Central PMCID: PMC7093581.
14. Julio ARR, Almeida JS, Léllis DROD, Rezende LVM. Efeitos adversos associados ao uso de benzodiazepínicos no controle de ansiedade na prática odontológica: uma revisão de literatura. Arch Health Invest. 2022;11(2),379–82. doi: 10.21270/archi.v11i2.5384.
15. DePape AM, Lindsay S. Parents' experiences of caring for a child with Autism Spectrum Disorder. Qual Health Res. 2015;25(4):569-583. doi: 10.1177/1049732314552455.
16. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:90-3. [cited 2023 Sep 15]. Available from: https://www.aapd.org/research/oral-health-policies—recommendations/early-childhood-caries-classifications-consequences-and-preventive-strategies/
17. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. J Public Health Dent. 1999;59(3):192-7. doi: 10.1111/j.1752-7325.1999.tb03268.x.
18. Mangione F, Bdeoui F, Monnier-Da Costa A, Dursun E. Autistic patients: a retrospective study on their dental needs and the behavioural approach. Clin Oral Investig. 2020;24(5):1677–85. doi: 10.1007/s00784-019-03023-7.
19. Pi X, Liu C, Li Z, Guo H, Jiang H, Du M. A meta-analysis of oral health status of children with autism. J Clin Pediatr Dent. 2020;44(1):1–7. doi: 10.17796/1053-4625-44.1.1.
20. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, *et al*. Dental caries. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17030. doi: 10.1038/nrdp.2017.30. PubMed PMID: 28540937.