

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA: RELATO DE CASO
HAND-FOOT-MOUTH SYNDROME: CASE REPORT
SÍNDROME MANO-PIE-BOCA: REPORTE DE CASO

 10.56238/revgeov16n4-053

Nathalia Martinez Rodrigues

Cirurgião-dentista

Orcid: 0009-0006-2244-7075

E-mail: nathalia.martinez.rodrigues@hotmail.com

Claudio Alberto Franzin

Mestre em Prótese Dentária

Instituição: Centro Universitário Ingá

Orcid: 0009-0002-7698-2664

E-mail: drclaudioalbertofranzin@hotmail.com

Lucas Alexandre de Mello Goldin

Mestre em Bioética

Professor

Instituição: Pontificia Universidade Católica (PUC) - Paraná, Faculdade HONPAR - Paraná

Orcid: 0000-0003-4236-370X

E-mail: lucasgoldin@hotmail.com

Fernanda Mara Franzin

Médica

Orcid: 0009-0005-9770-6310

E-mail: fefer.franzin@hotmail.com

Lucimara Cheles da Silva Franzin

Pós-doutorado em Odontologia

Professora Adjunta

Instituição: Universidade Estadual de Maringá (UEM), Centro Universitário Ingá

Orcid: 0000-0003-3993-8744

E-mail: lucimarafranzin1@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi relatar o caso clínico de um paciente diagnosticado com síndrome mão-pé-boca (SMPB) descrevendo-se a patologia, sua identificação e tratamento. Paciente do sexo masculino, 4 anos de idade, na anamnese odontológica o responsável relatou que a criança havia tido quadro febril e exantemas no corpo, mãos, pés e pescoço decorrentes de SMPM. O médico pediatra prescreveu antibiótico e anti-inflamatório. Após 15 dias, na consulta odontológica preventiva observou-se lesões nas mãos e pés, em fase de cicatrização. A cavidade bucal não sofreu alteração, nem se observou a



presença de onicomadese e Linhas de Beau. A criança se mostrou não colaborativa, necessitando de várias sessões de manejo para controle de comportamento. As manifestações bucais podem ser os primeiros sinais de doenças ou alterações sistêmicas decorrentes de terapêutica. Ainda, a boca é um reservatório de micro-organismos, podendo acarretar doença sistêmica, infecções orais que às vezes são assintomáticas e podem resultar em bacteremia. Concluiu-se que o tema abordado é de amplo interesse científico, devido a elevada prevalência da SMPB e outras infecções, também, o profissional da Odontologia como o odontopediatra necessita ter conhecimentos sobre doenças infecciosas e aumentar a atenção à saúde bucal; pois normalmente é o primeiro a ter contato com a criança.

Palavras-chave: Odontopediatria. Saúde Bucal. Síndrome Mão-Pé-Boca.

ABSTRACT

The aim of this study is to report the clinical case of a patient diagnosed with hand-foot-mouth syndrome (SMPB), describing the pathology, its identification and treatment. Male patient, 4 years old, in the dental anamnesis, the guardian reported that the child had had a fever and rash on the body, hands, feet and neck resulting from SMPM. The pediatrician prescribed antibiotics and anti-inflammatory. After 15 days, in the preventive dental consultation, lesions were observed on the hands and feet, in the healing phase. The oral cavity was not altered, nor was the presence of onychomadesis and Beau's lines observed. The child was uncooperative; requiring several management sessions to control behavior. Oral manifestations may be the first signs of disease or systemic changes resulting from therapy. In addition, the mouth is a reservoir of microorganisms, which can lead to systemic disease, oral infections are sometimes asymptomatic and can result in bacteremia. It was concluded that the topic addressed is of broad scientific interest, due to the high prevalence of SMPB and other infections, in addition, the dental professional such as the pediatric dentist have knowledge about infectious diseases and increase attention to oral health; because he is usually the first to have contact with the child.

Keywords: Pediatric Dentistry. Oral Health. Hand-Foot-Mouth Syndrome.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue reportar el caso clínico de un paciente con diagnóstico de síndrome mano-pie-boca (SMB), describiendo la patología, su identificación y tratamiento. El paciente, varón de 4 años, fue diagnosticado con fiebre y erupciones cutáneas en cuerpo, manos, pies y cuello debido al SMB. El pediatra le recetó antibióticos y antiinflamatorios. Quince días después, una cita odontológica preventiva reveló lesiones en manos y pies, que se encontraban en fase de cicatrización. La cavidad oral permaneció sin alteraciones, sin onicomadesis ni líneas de Beau. El niño se mostró poco cooperativo, requiriendo varias sesiones de manejo para el control de la conducta. Las manifestaciones orales pueden ser los primeros signos de enfermedad o cambios sistémicos resultantes del tratamiento. Además, la boca es un reservorio de microorganismos, lo que puede provocar enfermedades sistémicas, infecciones orales a veces asintomáticas y bacteriemia. Se concluyó que el tema abordado es de amplio interés científico, dada la alta prevalencia del SMB y otras infecciones. Los profesionales de la odontología, como los odontopediatras, también deben estar bien informados sobre las enfermedades infecciosas y aumentar la atención a la salud bucodental, ya que suelen ser los primeros en tener contacto con los niños.

Palabras clave: Odontología Pediátrica. Salud Bucodental. Enfermedad de Manos, Pies y Boca.



1 INTRODUÇÃO

A síndrome mão-pé-boca (SMPB) foi descrita pela primeira vez em 1957 na Nova Zelândia e Canadá (Vaisbich, Tozze e Baldacci, 2010).

A sintomatologia relata febre, lesões ulcerativas na face e boca, mácula e posterior surgimento de bolhas e úlceras (SBP, 2019). É considerada benigna, apesar de altamente contagiosa. Ocorre como um evento isolado, todavia, pode ocorrer epidemias, como o surto ocorrido na China em 2003 (Cristovam et al., 2014). Desenvolve-se de maneira típica, em climas mais quentes (Chen, 2017), porém, é mais comum na primavera, verão ou início de outono (Prinzio, et al., 2022).

Trata-se de uma doença viral erupitiva mais frequentemente causada pelos enterovírus Coxsackie A16 (CA16), podendo ser causada pelos vírus Coxsackie A5, A7, A9, A10, B 2 e B5 e enterovírus 71 (EV71) (Cristovam et al., 2014). Destaca-se que o vírus Coxsackie do Grupo A foi identificado em 71% dos pacientes (Nakao et al., 2019), contudo, outros sorotipos podem provocar essa enfermidade (Calili et al., 2021). Recentemente foi dada atenção ao EV71, cuja maioria dos pacientes acometidos por este sorotipo promoviam a doença na sua forma leve. Também, alerta-se sobre um alto índice de sequelas graves envolvendo o sistema nervoso central ou edema pulmonar (Chen, 2017).

A transmissão pode ocorrer por via respiratória, sendo mais frequentes as vias feco-oral e por contato com o líquido das vesículas na fase ativa da doença, sendo humanos o único hospedeiro (Calili et al., 2021). O período de incubação é de 3 a 6 dias, aparecendo úlceras na mucosa oral, língua, palato e úvula (Nakao et al. 2019). As lesões podem ser assimétricas, dolorosas e pruriginosas e em algumas crianças são observadas no tronco, coxas e nádegas (Cristovam et al., 2014).

Geralmente, o diagnóstico é clínico, por ser uma doença facilmente reconhecível, quando se apresenta na sua forma clássica, por meio de erupção cutânea associada a febre e exantema (Chen, 2017, SBP, 2019; Silva et al., 2021) e ainda, algumas vezes com a presença de onicomadese (destacamento indolor e espontâneo da unha) e linhas de Beau (sulcos horizontais nas unhas,) em aproximadamente 40 dias após a doença aguda (Lucena et al., 2020).

No sétimo dia, os níveis de anticorpos aumentam neutralizando os vírus que são eliminados. O vírus pode estar presente nas fezes do paciente por cerca de um mês (Prinzio, et al. 2022). A fim de se reduzir a propagação viral, não se deve romper as vesículas. O tratamento geralmente é sintomático (Cristovam et al., 2014). A imunidade da doença não é duradora e tem sido documentados várias reinfecções na China, até pela mesma cepa viral, sendo assim, a infecção natural não determina proteção contra a doença (SBP, 2019; Silva et al., 2021).

Após entrar em contato, o vírus se implanta na mucosa oral ou do íleo (intestino), espalhando-se para o sangue, conhecido como viremia primária (Lucena et al., 2020; Silva et al., 2021). Depois de 24 horas na corrente sanguínea, se espalha no tecido linfático e em diferentes órgãos (Nakao et al.,



2019). A eliminação respiratória do vírus pode persistir por até três semanas, sendo que, a eliminação digestiva, pode ocorrer por oito semanas (Prinzio et al., 2022).

Os pacientes com esta doença experimentam muitas vezes, desconforto oral para a ingestão de líquidos ou sólidos. Em decorrência deste fato, a desidratação é a preocupação primária, aumentando-se o risco para bebês e crianças maiores (Chen, 2017; Silva et al., 2021). De modo geral, a doença é autolimitante, sendo sua abordagem realizada por meio de cuidados de suporte e controle da dor, com uso de Acetaminofeno e Ibuprofeno quando necessário, pois as lesões orais são bastante doloridas, além de medidas preventivas (Petri, 2021).

Essa doença é comum na população pediátrica, acometendo crianças menores de 10 anos. A gravidade das lesões de pele e da evolução da infecção está relacionada também com a quantidade de vírus à qual a criança é exposta (Ribeiro et al., 2012; Nakao et al., 2019). Adultos raramente apresentam a doença, porém, isso pode ocorrer caso haja uma exposição intensa ao vírus ou ainda, como resultado de imunidade cruzada com outros enterovírus e memória imunológica (Vivas, 2012; Cristovam et al., 2014; Prinzio et al., 2022).

Nesse sentido, vale ressaltar que, estudos epidemiológicos têm apontado para um aumento de casos nos últimos anos, inclusive em adultos, onde outros sorotipos virais têm sido identificados, ainda exibindo apresentações clínicas variadas e um difícil diagnóstico (Prinzio et al., 2022).

As manifestações clínicas da SMPB em adultos são diferentes das manifestações típicas observadas em crianças, visto que podem apresentar bolhas e erupções purpúricas mais frequentemente graves e extensas (Petri, 2021).

A SMPB trata-se de um problema de Saúde Pública, que tem sido relatado em muitos países colocando a Organização Mundial de Saúde (OMS) em alerta aos fatores de risco e manifestações agudas decorrentes de morte, exigindo-se uma gestão adequada visando concentrar recursos para prevenção e tratamento da infecção e intervindo no combate a surtos da doença (Chen, 2017).

Este trabalho relata um caso clínico de paciente infantil diagnosticado com histórico da referida patologia, sua identificação e consecutivo tratamento.

2 CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, caucasiano, 4 anos de idade, sem história de doenças prévias, compareceu a Clínica Odontológica para prevenção odontológica de rotina. Durante a anamnese o responsável relatou que há poucos dias, a criança havia contraído a doença mão-pé-boca.



Figura 1. Quadro clínico inicial - presença de exantemas



Fonte: As autoras.

Ainda no decorrer da anamnese a responsável relatou também que a criança havia manifestado um quadro febril há alguns dias, assim como, algumas lesões no corpo (exantemas), no pescoço (Figura 1), em ambas as mãos e pés.

A visita ao médico pediatra resultou na prescrição de uma medicação antibiótica concomitante a uma medicação anti-inflamatória, como tratamento sintomático de suporte.

Após 15 (quinze) dias durante novo exame físico foi possível observar a presença de algumas lesões em ambas as mãos, já em fase de cicatrização (Figuras 2, 3, 4), assim como lesões nos pés da criança (Figura 5). Entretanto, no que diz respeito à cavidade oral não se observou nenhuma alteração.

Figura 2. Palma da mão com lesões em fase de cicatrização



Fonte: As autoras.



Figura 3. Mão direita, com lesões em fase de cicatrização



Fonte: As autoras.

Figura 4. Mão esquerda, com lesões em fase de cicatrização



Fonte: As autoras.

Figura 5. Pé com lesões em cicatrização



Fonte: As autoras.

No presente caso, não foi observada a presença de onicomadese e nem Linhas de Beau (Figura 6).

Vale ressaltar que a criança do caso em estudo, se mostrou não colaborativa no consultório após a ocorrência desta doença. Em razão disto, foram necessárias diversas sessões de manejo, afim de que se pudesse obter o controle de seu comportamento.

Figura 6. Caso retratado na literatura científica com sequela nas unhas



Fonte: Calili et al. 2021.

Assim sendo, para que fosse possível a condução dos exames clínicos, foram empregadas as seguintes técnicas de manejo do comportamento: 1) Dizer-Mostrar-Fazer, 2) a técnica da recompensa e, 3) do modelo por meio do auxílio de um amigo ou parente próximo.

3 DISCUSSÃO

Doenças virais estão entre as primeiras causadoras de morbidade em população pediátrica em regiões tropicais (Vaisbich, Tozze & Baldacci, 2010; Vivas, 2012). As enteroviroses são doenças causadas por vírus cujo sítio primário de invasão, replicação e eliminação é no intestino. Dentro deste grupo, vírus exantemáticos são especialmente prevalentes (Ribeiro et al., 2012; Silva et al., 2021).

A Síndrome mão-pé-boca (SMPB) é uma doença viral causada com maior frequência pelos enterovírus Coxsackie A16 (Chen, 2017; Petri, 2021); com uma taxa de infecção expressivamente alta (Vaisbich, Tozze & Baldacci, 2010; Markus, et al., 2021), sendo o ser humano o único hospedeiro (Esposito & Principi, 2018; Calili et al., 2021).

Na maior parte dos casos afeta crianças com menos de 10 anos de idade (Chen, 2017; Nakao et al. 2019). No entanto, autores evidenciam uma maior prevalência em pacientes na faixa etária de 0



a 4 anos de idade (Ribeiro et al., 2012; Lucena et al., 2020; Markus et al., 2021) como no caso em estudo, cujo paciente tinha apenas 4 anos.

Em contrapartida, há estudos comprovando que por vezes a referida infecção pode vir a ocorrer em indivíduos adultos (Cristovam et al., 2014; Esposito & Principi, 2018), mais frequentemente pacientes imunodeprimidos (Nakao et al., 2019; Markus et al., 2021), como resultado de imunidade cruzada com outros enterovírus e memória imunológica (SBP, 2019; Prinzio et al., 2022).

Embora seja uma doença altamente contagiosa entre as crianças, o contrário se verifica nos casos de ocorrência em idade adulta (Cristovam et al., 2014; SBP, 2019; Nakao et al., 2019). Sobre isso, é importante ressaltar que em pacientes adultos, as manifestações clínicas da SMPB são diferentes das manifestações típicas observadas em crianças (Arruda et al., 2021; Prinzio et al., 2022).

Estudos evidenciam que a referida patologia acomete mais frequentemente indivíduos do sexo masculino (França, 2012; Arruda et al., 2021).

A literatura apresenta a SMPB como sendo facilmente reconhecível quando apresentada em sua forma clássica (Ribeiro et al., 2012; Petri, 2021), isto é, erupções cutâneas associadas a febre e exantema (Lucena et al., 2020). Portanto, o diagnóstico é feito de forma clínica, sendo que na maior parte das vezes não se faz necessária confirmação laboratorial (França, 2012; Fernandes, 2020; Markus et al., 2021).

Os sintomas mais comuns da doença incluem um estado febril que varia de 38° C a 39°C, hiporexia (Chen, 2017; Prinzio et al., 2022), lesões vesiculares na mucosa bucal e na língua e erupções cutâneas localizada nas mãos e pés, incluindo as palmas e plantas (Cristovam et al., 2014; Petri, 2021); sendo menos frequente nos cotovelos, tornozelos, glúteos e região genital (Markus et al., 2021).

Em geral a doença se inicia com febre, dor de garganta (Cristovam et al., 2014; Calili et al., 2021), seguido de falta de apetite (Kopp, Giraldo e Duquia, 2011; Lucena et al., 2020) e mal-estar (Nakao et al., 2019). Em crianças até 5 anos é comum ocorrer a irritabilidade, (Chen, 2017; Markus et al., 2021), fazendo com que durante o exame clínico a mesma não seja colaborativa, como no caso em estudo.

Assim, no que diz respeito aos casos de pacientes não colaborativos, a odontopediatria adota algumas técnicas de manejo como auxílio no comportamento e cooperação da criança durante os procedimentos odontológicos. A técnica Dizer-Mostrar-Fazer é uma das utilizadas pela Odontologia, e usa conceitos e uma linguagem que facilitem o entendimento da criança. Essa técnica visa explicar verbalmente o procedimento que será realizado (dizer), em seguida uma demonstração visual e tátil (mostrar) e por fim, (fazer) realizando o procedimento conforme foi dito e mostrado (Souza, 2018; Silva, Rocha, 2021).



Concomitante a isso, a técnica do modelo é onde o profissional utiliza vídeos, comportamento de outras crianças já condicionadas ou até mesmo os pais, irmãos ou responsável presente para proporcionar um novo padrão de comportamento (Possobon et al., 2003; Silva, Rocha, 2021).

A onicomadese, por sua vez, é uma reação secundária da SMPB, tratando-se de uma manifestação relativamente incomum, porém assustadora para os pais e cuidadores das crianças acometidas (Vivas, 2012; Cristovam et al., 2014), ocorrendo na forma mais grave da doença, entre 5% a 37% dos casos, dependendo do vírus causador (França, 2012; Xavier & Xavier Junior, 2020), embora não tenha se manifestado no caso em estudo.

No que tange a cavidade bucal, a SMPB pode exibir lesões que variam de exantema com bolhas a úlceras que acometem qualquer área da mucosa oral (Ribeiro et al., 2012; Esposito & Principi, 2018). Portanto, deve ser diferenciada de outras doenças que acometem a cavidade oral, como gengiva estomatite herpética aguda (GEHA), estomatite aftosa recorrente (EAR), herpes simples e herpangina (Ramos, 2016; Nakao, et al. 2019; Petri, 2021).

Assim, na cavidade oral, a erupção mucocutânea típica se caracteriza por um exantema constituído por vesículas ou úlceras (Kopp, Giralde e Duquia, 2011; Ribeiro et al., 2012), apresentando-se como manchas vermelhas com bolhas que se tornam ulceradas mais comumente na língua, gengivas e no interior das bochechas cobertas por uma pseudomembrana amarelada, cercada por um halo eritematoso (Ramos, 2016; Nakao et al., 2019; Petri, 2021).

Embora seja muito raro haver complicações da SMPB (Cristovam et al., 2014; Ramos, 2016), em alguns casos é possível que ocorra: desidratação, infecções secundárias, como a gastroenterite aguda e a miocardite (Kopp, Giralde & Duquia, 2011; Chen, 2017; Arruda et al., 2021), e complicações do sistema nervoso central como: paralisia flácida aguda (SBP, 2019; Nakao et al., 2019), meningite viral e encefalite (Lucena et al., 2020; Markus et al., 2021).

Alguns pacientes podem, posteriormente, desenvolver uma desregulação do sistema nervoso autônomo e eventual falha cardiopulmonar (SBP, 2019; Calili et al., 2021). Nesse sentido, deve-se observar que em casos de epidemias a referida doença pode evoluir para quadros mais graves, até mesmo com óbitos (Lucena et al., 2020; Petri, 2021). Sua taxa de letalidade varia entre 0,06% e 0,11% (Ramos, 2016).

Nenhuma intervenção farmacológica foi comprovada para prevenir ou controlar a SMPB (Ramos, 2016; Esposito & Principi, 2018). Por se tratar de uma patologia tipicamente benigna, cujo curso é autolimitado e normalmente sem complicações ou sequelas, ainda não foi desenvolvida uma vacina (Arruda et al., 2021).

Seu tratamento, na maior parte dos casos, se baseia na administração de analgésicos, hidratação oral e vigilância dos sinais e sintomas de possíveis complicações (Chen, 2017; SBP, 2019; Calili et al., 2021). Nos casos em que a cavidade oral é acometida, há orientações adicionais com relação a higiene



bucal e recomendação de dieta líquida e pastosa, fria e sem condimentos (Lucena et al., 2020; Nakao, et al. 2019; Petri, 2021), no caso relatado a doença já estava em fase de cicatrização.

A abordagem da dor é outro aspecto importante no tratamento da SMPB. As lesões orais podem ser muito doloridas (SBP, 2019; Arruda et al., 2021). Grande parcela dos pacientes pode ser abordada com Acetaminofeno e Ibuprofeno quando necessário (Esposito & Principi, 2018; Lucena et al., 2020). Eventualmente, analgésicos mais fortes podem ser necessários, e caso o paciente não tolere as medicações por via oral, deve-se considerar a via intravenosa (Vivas, 2012; Markus, et al., 2021).

A orientação mais adequada dos pais sobre a manifestação dos sintomas da SMPB se faz necessária para evitar condutas intempestivas e consultas emergenciais desnecessárias (Fernandes, 2020; Xavier & Xavier Junior, 2020).

Questões referentes a saneamento básico ou a falta dele, são apontados como causas de transmissão em países em desenvolvimento, assim como, locais lotados e sem ventilação (SBP, 2019; Markus et al., 2021). Creches e pré-escolas também são consideradas como locais propícios para a transmissão da enfermidade (França, 2012; Silva et al., 2021), onde gotículas infecciosas podem facilmente propagar por meio do compartilhamento de objetos, superfícies e brinquedos (Ribeiro et al., 2012; Ramos, 2016; Petri, 2021). A criança relatada frequentava um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) do município.

A SMPB não é considerada uma doença de notificação compulsória, entretanto, a ocorrência de dois ou mais casos relacionados devem ser notificados como surto (Vaisbich, Tozze & Baldacci, 2010; SBP, 2019).

A OMS também tem apresentado algumas ações de cunho obrigatório, no que tange aos principais cuidados relacionados aos surtos da SMPB, que consistem basicamente em: sistema de vigilância específico ativado; notificação às Unidades de Saúde em relação a doença e monitoramento contínuo das características dos agentes infecciosos (SBP, 2019; Fernandes, 2020; Petri, 2021).

4 CONCLUSÃO

Muitas manifestações bucais são comuns e podem vir a ser os primeiros sinais e sintomas de determinadas doenças ou alterações sistêmicas decorrentes de certas terapêuticas. Lesões bucais podem ser indícios de início ou evolução de alguma enfermidade, e, portanto, podem funcionar como um alarme para determinadas doenças.

Como a boca representa um importante reservatório de micro-organismos, estes podem acarretar doenças sistêmicas. Infecções orais geralmente são assintomáticas e podem resultar em bacteremia, apesar da ausência evidente de sintomas. Além disso, exantemas virais são comuns na infância, embora a maioria seja inofensiva à saúde da criança, em alguns casos podem ser sinais de doenças sistêmicas mais importantes.



O tema abordado é de amplo interesse científico, em razão da elevada prevalência da referida infecção. Torna-se imprescindível que o profissional da Odontologia tenha conhecimento frente a doenças infecciosas, aumentando sua atenção à saúde bucal; e atentando-se para as manifestações mais comuns nesses casos, e os manejos a serem realizados, considerando que normalmente é o primeiro profissional a ter contato com a criança, às vezes até antes do médico.



REFERÊNCIAS

- Arruda, M. L. B., Pacheco, D., Meneses, J., Mota, M. R., & Santa Comba, R. (2021). Doença mão-pé-boca no adulto: apresentação típica em idade atípica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(3), 249-55. Recuperado de <https://www.rpmgf.p/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12842>
- Calili, L. C. C., Leal, W. D. S., da Silva Tosate, T., de Souza, L. C. B., Araújo, J. M. P., dos Reis, M. B., ... & Júnior, A. J. B. (2021). Síndrome mão, pé e boca causada pelo vírus coxsackie: uma análise da literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(10), 2317-2330.
- Chen, C. (2017). Doença Mão, Pé e Boca: Uma Visão Geral. In: ROBERT J. Ruben et al. (Col.). XV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. São Paulo: IAPO
- Cristovam, M. A. D. S., Osaku, N. O., Gabriel, G. F. C. P., Pires, T. G., Rodrigues, S. P. D. S. G., & Pompeu, C. B. (2014). Síndrome mão-pé-boca: relato de caso. *Revista do Médico Residente*, 16(1).
- Esposito, S., & Principi, N. (2018). Doença mão-pé-boca: conhecimento atual sobre manifestações clínicas, epidemiologia, etiologia e prevenção. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 37 (3), 391-398.
- Fernandes, C. F. (2020). Manifestações bucais em pacientes pediátricos com diagnóstico de anemia falciforme: revisão de literatura. (Monografia Bacharelado em Odontologia). Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira – BA, Brasil.
- França, D. C. C. (2012). Variações de normalidade e patologias bucais em crianças com deficiência, assistidas em um Centro Odontológico Especializado do Brasil. (Doutorado em Odontologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP. Araçatuba.
- Kopp, J., Giraldi, M. C., Duquia, R. (2011). Síndrome mão-pé-boca: relato de caso. In: XX Congresso de Iniciação Científica da UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2011.
- Lucena, I. V. S., Calado, C. P., Silva, H. F. V., & Ferreira, J. M. S. (2020). Desafio da odontopediatria no diagnóstico da doença mão, pé e boca: relato de caso. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 18(3), 242-248.
- Markus, J. R., Lodi, B. Z., Guimaraes, A. A. A., & Carvalho, A. A. (2021). Síndrome mão-pé-boca, devemos nos preocupar?. *Residência Pediátrica: Ahead of Print*, Palmas.
- Nakao, P. H., Terra, D. P., Baldo, M. E., & Jardim, E. C. G. (2019). Doença mão-pé-boca no atendimento odontopediátrico. *Archives of Health Investigation*, 8(12).
- Petri, V. D. (2021). DMPB (doença mão, pé, boca) aspectos estomatológicos na odontopediatria. (Especialização em Odontopediatria). Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE. São Paulo.
- Possobon, R. D. F., Moraes, A. B. A. D., Costa Junior, Á. L., & Ambrosano, G. M. B. (2003). O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 59-64.
- Prinzio, A. D., Bastard, D. P., Torre, A. C., & Mazzuocolo, L. D. (2022). Doença mão-pé-boca em adultos causada por Coxsackievírus B1-B6. *Anais Brasileiros de Dermatologia (Portuguese)*, 97(3), 321-325.
- Ramos, M. P. C. (2016). Manifestações orais de doenças exantemáticas infantis. (Mestrado em Medicina Dentária). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Ribeiro, B. B., Guerra, L. M., Galhardi, W. M. P., & Cortellazzi, K. L. (2012). Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Odonto*, 1(1), 61-70.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. (2019). Síndrome Mão-Pé-Boca: Documento Científico – 2019/2021. Departamento Científico de Dermatologia e Departamento Científico de Infectologia. Brasília: MS/DCD/DCI.

Silva, F. K. V. da. et al. (2021). Oral changes in patients submitted to chemotherapy treatment. *Research, Society and Development*, 10(6).

Silva, I. M. da., Rocha, Y. B. (2021). Técnicas de adaptação comportamental em odontopediatria e a influência dos pais no comportamento da criança. (Graduação em Odontologia). Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Sete Lagoas.

Souza, A. (2018). Reforço positivo na Odontopediatria e demais técnicas de manejo. Portal EuOdonto.

Vaisbich, M. H., Tozze, R., & Baldacci, E. R. (2010). Miosite e rabdomiólise na doença mão-pé-boca na infância. *Revista Paulista de Pediatria*, 28, 109-114.

Vivas, A. P. M. (2012). Avaliação de manifestações bucais em pacientes pediátricos submetidos ao transplante hepático. (Mestrado em Odontologia). Universidade de São Paulo – USP. São Paulo.

Xavier, J. P.O., & Junior; J. C. C. (2020). Onicomadese secundária à síndrome mão-pé-boca: relato de dois casos. *Anais Brasileiros de Dermatologia (Portuguese)*, 95(2), 266-268.

