



## ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE PEDIÁTRICO COM SÍNDROME DE MOEBIUS – RELATO DE CASO

### DENTISTRY TREATMENT OF A PEDIATRIC PATIENT WITH MOEBIUS SYNDROME – CASE REPORT

Márcio José Fernandes Filho<sup>1</sup>  
Sebastião Luiz de Oliveira Neto<sup>2</sup>  
Mariana Vargas Lindemaier e Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico de Odontologia –Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto Nacional

<sup>2</sup> Acadêmico de Odontologia –Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto Nacional

<sup>3</sup> Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Especialista em Odontopediatria pela ABO/TO

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Moebius (SM) consiste na paralisia congênita dos nervos facial e abducente, mas muitas vezes pode acometer outros nervos. Quanto à sua etiologia, é proposto que fatores ambientais, genéticos e a isquemia fetal transitória podem desencadear a SM. Os fatores que mais interferem nas relações sociais do paciente com SM são a paralisia facial e o estrabismo, podendo causar isolamento e inibição. Quanto às manifestações orais e faciais, podem ser observadas a limitação de abertura bucal, paralisia lingual, deficiência na fala, respiração bucal, micrognatia, agenesia dentária, entre outras. Devido à pouca mobilidade lingual, esses pacientes se alimentam com uma dieta pastosa, rica em carboidratos, que quando somada à higiene bucal inadequada, favorecem o desenvolvimento das doenças cárie e periodontal. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico do acompanhamento de um paciente com síndrome de Moebius, submetido ao tratamento sob anestesia geral em âmbito hospitalar. **CONCLUSÃO:** Observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente após o acompanhamento odontológico realizado no período de um ano.

**Palavras-chave:** Síndrome. Odontologia. Odontopediatria.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Moebius syndrome (MS) consists of congenital paralysis of the facial and abducent nerves, but can often affect other nerves. As to its etiology, it is proposed that environmental, genetic and transient fetal ischemia can trigger MS. The factors that most interfere in the social relations of patients with MS are facial paralysis and strabismus, which can cause isolation and inhibition. As for oral and facial manifestations, limitation of mouth opening, lingual paralysis, speech deficiency, mouth breathing, micrognathia, dental agenesis, among others, can be observed. Because of poor lingual mobility, these patients feed on a carbohydrate-rich pasty diet, which when added to inadequate oral hygiene favor the development of caries and periodontal diseases. **OBJECTIVE:** To report the clinical case of the follow - up of a patient with Moebius' syndrome, who underwent treatment under general anesthesia in the hospital setting. **CONCLUSION:** There was a significant improvement in the patient's quality of life after dental follow-up performed in the one-year period.

**Key words:** Syndrome. Dentistry. Pediatric dentistry

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Moebius (SM) consiste na paralisia congênita e não progressiva do nervo facial e abducente. Foi descrita pela primeira vez em 1880, pelo médico oftalmologista Von Graefe, onde foi referida a paralisia do VII par craniano de um paciente. Em 1888, Paul Moebius relatou o caso de um indivíduo com enfraquecimento congênito da face, bilateralmente, além da ausência da abdução ocular, sindactilia e malformação do músculo peitoral. Nesse dado momento, Moebius ampliou os sinais que Von Graefe descreveu anteriormente, adicionando a paralisia do nervo abducente, que corresponde ao VI par craniano (FÉLIX, 2010).

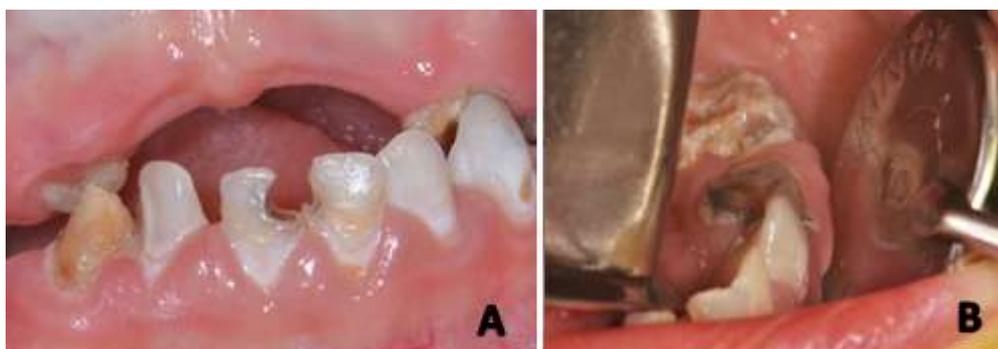
Os mecanismos fisiopatológicos têm seu início na fase embrionária, sendo que, as consequências das alterações sofridas durante este período se estendem por toda a vida do indivíduo. A síndrome não é predominante em nenhuma raça, território geográfico ou sexo (BARBOSA, NOGUEIRA E GIACHETI, 2005). As análises especializadas das causas que desencadeiam a doença são heterogêneas e ainda não existem explicações adequadas do ponto de vista genético. No entanto, a teoria mais aceita é a da isquemia fetal transitória, que pode ser causada tanto por fatores ambientais como genéticos. Hipertermia, infecções, álcool, cocaína, talidomida, benzodiazepínicos e, em especial, o misoprostol são os possíveis

agentes etiológicos e seu uso durante o primeiro trimestre gestacional, especificamente entre a 4ª e 7ª semana embrionária, pode causar as alterações características da Síndrome de Moebius (DIOGO et al., 2009).

A Síndrome de Moebius, embora seja rara e pouco frequente, tem acometido um número crescente de crianças no Brasil e no mundo. Determinar a relação da Odontologia com esses eventos é fundamental, uma vez que, as alterações podem comprometer todo o funcionamento do complexo buco-maxilo-facial. Desta forma, o conhecimento minucioso de cada alteração é crucial para o esclarecimento de propostas terapêuticas precoces, que visem prever e controlar consequências, antes que os problemas se instalem e, no caso de os problemas já estarem instalados, impedi-los que se agravem. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico do acompanhamento odontológico de um paciente pediátrico com síndrome de moebius que foi submetido à cirurgia sob anestesia geral em âmbito hospitalar e determinar a relação entre as alterações prodrômicas desta síndrome com as possibilidades de tratamento disponíveis que podem ser aplicadas pelo cirurgião-dentista.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente G.C.W, com cinco anos de idade, sexo masculino, leucoderma, com Síndrome de Moebius, compareceu no consultório com a sua responsável legal, que por sua vez, concordou em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a seguinte queixa principal: “Meu filho reclama de dor nos dentes. Estão estragados há algum tempo e alguns somente com a raiz”. No exame clínico, observou-se inúmeras e extensas lesões de cárie, além de algumas raízes residuais.

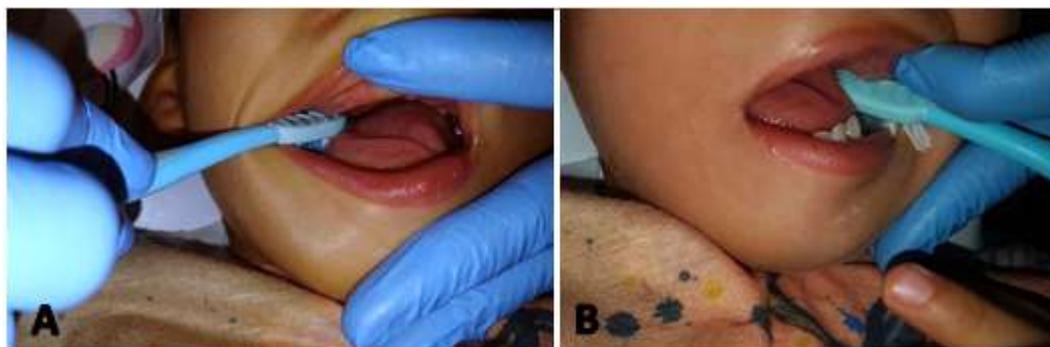


**Figura 1.** (A) Aspecto inicial das inúmeras lesões de cárie e acúmulo de placa bacteriana; (B) Raízes residuais dos molares decíduos inferiores do lado esquerdo.

A criança possuía experiência odontológica anterior desagradável, que resultou no acúmulo de procedimentos odontológicos. No momento do exame clínico e registro do caso, foi observada limitação de abertura bucal associada a inúmeros episódios de náuseas, portanto, fez-se necessário realizar o tratamento odontológico sob anestesia geral, em âmbito hospitalar. Na primeira consulta, o paciente mostrava-se colaborador, porém apreensivo, foram realizadas as orientações sobre higiene oral, dieta e por fim, solicitado os exames pré-operatórios.

O tratamento odontológico foi realizado no centro cirúrgico do Hospital Geral de Palmas. Na oportunidade, foram restaurados os dentes 73, 72, 71 e 81 com resina composta e realizada a exodontia por quadrante dos dentes 55, 54, 53, 63, 64, 65, 75, 74, 83, 84 e 85. Todos os procedimentos ocorreram sem nenhuma intercorrência e o paciente permaneceu em observação até o dia seguinte. O plano inicial do tratamento proposto seria o aparelho estético-funcional associado a um parafuso expensor palatino, entretanto, no momento da cirurgia não foi possível restaurar os segundos molares decíduos superiores, o que impossibilitou a ancoragem mecânica do dispositivo planejado.

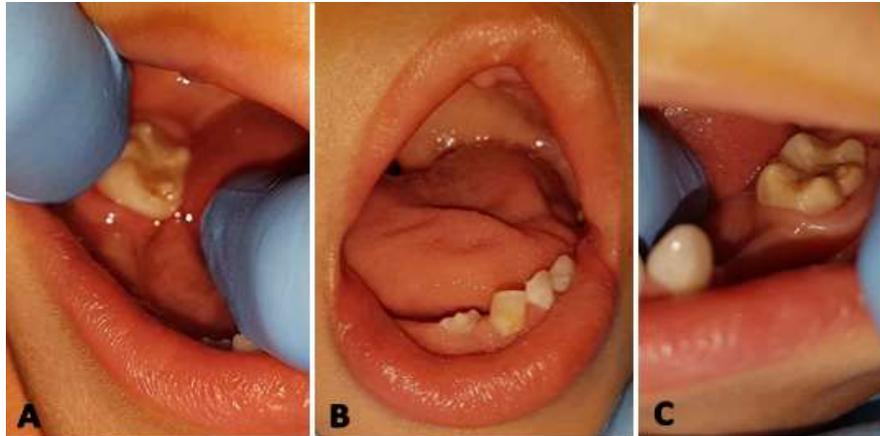
As orientações pós-operatórias foram dadas à responsável e agendado o retorno ao consultório odontológico após uma semana para o acompanhamento clínico. Foi observada boa recuperação e cicatrização da área cirúrgica. Para reduzir o nível de sensibilidade de reflexo de vômito, a responsável foi instruída a massagear a gengiva, palato e mucosa jugal no momento das escovações e acordado retornos periódicos a cada seis meses.



**Figura 2.** (A) Orientações de higiene oral

O paciente retornou ao consultório odontológico como previsto após os seis meses, onde foi possível avaliar o processo de erupção dos dentes permanentes e acompanhar a sua saúde bucal. No exame clínico observou-se a presença dos

dentes 16, 26, 36, 46 e 41 com hipoplasia de esmalte, ainda em processo de erupção.



**Figura 3.** (A) 1º molar inferior direito permanente com esmalte hipoplásico, sem lesão de cárie; (B) Incisivo central inferior direito permanente em erupção com hipoplasia de esmalte, sem lesão de cárie; (C) 1º molar inferior esquerdo com hipoplasia de esmalte, sem lesão de cárie.

No exame clínico criterioso não foi constatada a presença de lesão de cárie, verificou-se também, a diminuição do reflexo de náuseas, reforçando para a mãe a importância da sua colaboração para eficácia do tratamento odontológico a longo prazo. No exame radiográfico é possível avaliar que a formação das raízes dos primeiros molares permanentes não está completa.



**Figura 4.** (A) 1º molar superior direito permanente em destaque entre o 6º e 7º estágio de Nolla e abaixo dele o 1º molar inferior direito permanente no 8º estágio de Nolla; (B) 1º molar superior esquerdo permanente em destaque entre o 6º e 7º estágio de Nolla e abaixo dele o 1º molar inferior esquerdo permanente no 8º estágio de Nolla.

Nesta mesma consulta foi realizada uma profilaxia com pasta profilática e pedra pomes nas faces vestibular, palatina/lingual com taça de borracha e na face oclusal com escova de Robson, seguida da aplicação de verniz de flúor Duraphat ® (sub-marca da Colgate-Palmolive Company, Brasil) na concentração de 22.600 ppmF (NaF5%). As recomendações de dieta e higiene oral foram dadas pela cirurgiã-dentista.

### **3 DISCUSSÃO**

Em 1892, o neurologista Paul Moebius reuniu um número de 43 casos de paralisia facial congênita. Devido a este fato, a Síndrome recebeu o seu nome. Esta síndrome possui alguns sinônimos como: aplasia nuclear e paralisia oculofacial congênita (DIOGO et al., 2009). A Síndrome de Moebius é decorrente da paralisia congênita e não progressiva dos nervos: Abducente e Facial, na maior parte dos casos as alterações ocorrem bilateralmente, fazendo com que o paciente apresente pouca ou nenhuma expressão facial e estrabismo convergente (Lemos e Marques-Dias, 2009). Ainda em 1892, Paul Moebius percebeu que havia uma associação entre as alterações dos pares de nervos facial e abducente com outras malformações no complexo orofacial e sistema límbico, o que pôde caracterizar um quadro de síndrome (FERNANDES et al., 2015). No presente estudo de caso, o paciente apresentou as alterações clássicas da síndrome de Moebius: paralisia facial e estrabismo convergente bilateral e pés tortos congênitos.

A Síndrome de Moebius (SM) é uma doença genética rara, cuja incidência populacional permanece indeterminada e não há predominância quanto ao sexo. Com relação à sua etiologia, a Isquemia Fetal Transitória é a teoria que muitos acreditam ser a principal causa (FERNANDES et al., 2015; DIOGO et al., 2009; BARBOSA, NOGUEIRA E GIACHETI, 2005; FREITAS et al., 2006). Salienta-se também, fatores ambientais como: o consumo de álcool, cocaína, hipertermia, infecções maternas durante o período gestacional e uso de talidomida ou misoprostol (DIOGO et al., 2009). Segundo Freitas et al. (2006), a SM pode ser causada quando há exposição da gestante a infecções como rubéola; traumatismos neonatais, utilização de benzodiazepínicos durante a gravidez e doenças metabólicas como diabetes gestacional. Durante a anamnese, a mãe do paciente mencionou ter feito o uso do medicamento misoprostol no período do primeiro

trimestre gestacional. Segundo o que é abordado na literatura, a provável etiopatogênese da síndrome de Moebius deste relato de caso é a isquemia fetal causada pela contratilidade uterina, efeito colateral do fármaco misoprostol, conhecido comercialmente como Cytotec®.

O diagnóstico da SM pode ser realizado no momento do nascimento, onde a criança chora, produzindo sons e lágrimas, no entanto, observa-se ausência de expressão facial. A ultrassonografia é o exame de imagens mais utilizado e, na maioria dos casos, é suficiente para fornecer as informações básicas sobre o feto. Contudo, nos casos em que há suspeita de malformações no sistema nervoso central ou há exposição do feto a algum fator de risco durante o primeiro trimestre gestacional, a ressonância magnética é o exame que possibilita a avaliação de possíveis alterações. Por volta da 20ª semana da gestação, podem aparecer imagens indicativas de anormalidades no processo de formação dos nervos facial e abducente, das quais as alterações ocorrem entre a 4ª e 6ª semanas de gestação (DIOGO et al., 2009). No presente relato de caso, a mãe apontou na anamnese que após o nascimento do paciente, a médica obstetra que realizou o parto se reportou a ela relatando que o mesmo apresentava paralisia facial. Após três dias, a médica observou que além da paralisia facial, o paciente apresentava estrabismo convergente bilateral, pés tortos congênitos e limitações nos movimentos da língua, momento em que realizou o diagnóstico da síndrome a partir do reconhecimento dos sinais. Considerando este fato, faz-se necessário destacar a importância do pré-natal em gestantes, bem como a realização de exames laboratoriais e de imagem durante a gravidez.

Segundo Barbosa, Nogueira e Giacheti (2009), as crianças que nascem com a Síndrome de Moebius podem possuir limitações severas na alimentação e respiração durante o primeiro ano de vida, causando assim um grande impacto no processo de crescimento, já que os sistemas respiratório e digestivo desempenham um papel essencial para o estado nutricional e para o desenvolvimento cognitivo. Neste estudo, o paciente se alimentava com dieta pastosa e líquida. Entretanto, devido ao comprometimento pulpar decorrente das lesões de cárie extensas, por vezes, não conseguia mastigar os alimentos, em função da dor de dente, o que segundo a mãe, o tornava suscetível à doenças como a gripe. Em relação ao estado cognitivo, o paciente apresenta desenvolvimento semelhante ao de crianças sem

síndrome de Moebius na mesma faixa etária, o que evidencia ausência de deficiência intelectual.

Um estudo realizado por Fernandes et al. (2015), aponta que a principal característica da Síndrome de Moebius, a paralisia facial e o estrabismo, são os eventos que mais interferem nas relações sociais, causando isolamento, inibição, sensação de inferioridade e, conseqüentemente, maior insatisfação com a vida. Através de questionários desenvolvidos pelos próprios autores, que posteriormente foram aplicados a nove pacientes e respondidos por apenas seis, a maior queixa encontrada estava ligada a forma com a qual as pessoas sem a síndrome de Moebius se comportam. Apesar de reconhecerem desnecessária a aceitação alheia, os pacientes relatam de forma unânime que a síndrome impõe limitações às suas vidas. Neste trabalho, a responsável mencionou durante a anamnese, na parte que trata sobre o estado emocional da criança, que em locais públicos as pessoas olham firmemente para o paciente. A maneira que ele usa para se “proteger” do constrangimento causado por estas pessoas, predominantemente adultas, é pedindo colo.

Algumas alterações, além do estrabismo e paralisia facial, podem ser encontradas no complexo bucomaxilofacial dos pacientes com a síndrome de Moebius, como a limitação de abertura bucal, micrognatia, microglossia, paralisia lingual, deficiências na fala, má formação do palato, respiração bucal, agenesia dentária, alteração na cronologia de erupção, trocas fonéticas, boca entreaberta e comissuras labiais caídas. (DIOGO et al., 2009). Neste paciente, foram observadas algumas alterações durante o exame clínico, dentre elas a micrognatia mandibular, atresia maxilar, palato em formato ogival, limitação da abertura bucal, ausência de selamento labial com comissuras labiais caídas, atrofia lingual, trocas fonéticas, respiração bucal e sialorréia. A respeito da cronologia de erupção, ainda não é possível determinar o correto andamento da sequência, já que o processo como um todo foi impactado pela perda generalizada precoce dos dentes decíduos.

Lemos e Marques-Dias (2009), realizaram um estudo onde 42 pacientes foram analisados, dos quais 39 possuíam alimentação por via oral e três através de sonda inserida por gastrostomia. Em relação ao tipo de alimento ingerido, dois pacientes se alimentavam exclusivamente de comida pastosa, 13 pastosa e em pedaços; 13 exclusivamente em pedaços; pastosa e líquida em sete e exclusivamente líquida em quatro. No presente estudo, a mãe do paciente relatou

que o mesmo se alimentava com dieta exclusivamente pastosa e líquida antes do procedimento cirúrgico e que após o tratamento, o paciente consegue se alimentar com dieta pastosa e em pedaços, o que demonstra uma melhora na função mastigatória e conseqüentemente em sua qualidade de vida.

Carvalho et al. (2012), defendem que a dieta do individuo possui influência significativa na atividade de cárie, ao passo que facilita a adesão da placa bacteriana à superfície dentária. O consumo de carboidratos, especialmente a sacarose, resulta na formação de um biofilme com potencial cariogênico. Alguns fatores como a frequência, quantidade e o tempo em que a placa fica em contato com o esmalte dentário, favorecem a instalação da doença cárie. Durante a anamnese, a responsável relatou que o paciente ingeria abundante quantidade de açúcar, que era adicionado aos alimentos, na maioria, líquidos e pastosos, favorecendo o desenvolvimento e retenção da placa bacteriana nas superfícies mineralizadas. Segundo estudo realizado por Serpa-Pinto, Magalhães e Nunes (2002), a associação entre a mastigação ineficiente com a baixa atividade muscular da língua causa total desequilíbrio nos mecanismos de autolimpeza da cavidade bucal dos pacientes com síndrome de Moebius, fator que predispõe o paciente à doença cárie.

Serpa-Pinto, Magalhães e Nunes (2002), relataram o caso de 12 pacientes pediátricos com síndrome de Moebius, onde foi evidenciada a presença de doença periodontal e cárie precoce da infância em toda a amostra. Comprovando que pacientes com síndrome de Moebius são mais suscetíveis a estas doenças em função da limitação da musculatura facial e mastigatória, somadas à dieta pastosa, hábitos nutricionais inadequados e ineficiente higiene bucal. O paciente deste relato de caso foi diagnosticado com cárie precoce da infância, apresentando severa perda de estrutura dental e comprometimento pulpar em diversos elementos dentários, mas em contradição ao estudo de Serpa-Pinto, Magalhães e Nunes, publicado em 2002, não foi observada doença periodontal no paciente em questão.

Em um estudo realizado por Saconato e Guedes (2009), observou-se que a hipoatividade da língua durante a mastigação impedia o deslocamento do bolo alimentar de um lado para o outro da boca, favorecendo a mastigação unilateral. Outro achado importante é que toda a amostra inclinava a cabeça para trás ao ingerir líquidos, a fim de favorecer a deglutição faríngea e evitar que o líquido ficasse contido na boca. O paciente deste relato de caso realiza fisioterapia desde os três meses de vida, apresenta dificuldade na mastigação e deglutição. Durante as

refeições, empurra os alimentos com os dedos com a finalidade de evitar o escape e inclina a cabeça para trás como auxílio na deglutição. Apresenta maior atividade muscular do lado esquerdo, fato evidenciado pela própria expressão facial do paciente, que consegue sorrir discretamente com este lado da face.

Diogo et al. (2009), utilizaram o aparelho disjuntor HAAS com a finalidade de amenizar a atresia palatina de um paciente com síndrome de Moebius. Contudo, vale ressaltar que o mesmo possuía boa higiene bucal, não havia perdido nenhum dente precocemente e era livre de cárie. De forma contrária ao protocolo proposto pela autora e colaboradores, durante o acompanhamento clínico realizado neste trabalho, não foi possível utilizar nenhum dispositivo com a intenção de promover a expansão rápida da maxila. O paciente perdeu todos os molares decíduos, possuindo, portanto, exclusivamente os primeiros molares superiores permanentes, entre o 6º e 7º estágio de Nolla (com apenas a coroa e menos de um terço de raiz formadas). Uma vez que os aparelhos disjuntores são fixados através de bandas metálicas nos dentes, utilizando a resistência das suas raízes como ancoragem, optou-se pelo acompanhamento periódico de seis meses, até que se preencham os requisitos básicos para confecção, instalação e ativação de um dispositivo com propósito de ampliar a arcada superior do paciente.

Araújo e Magalhães (2005), relataram a dificuldade na realização da moldagem de pacientes com Síndrome de Moebius, já que a atrofia muscular e a limitada abertura bucal impedia a colocação de moldeiras. Após a realização da cirurgia, concluiu-se que, devido ao fato do paciente descrito no presente relato de caso estar temporariamente edêntulo no arco superior, com apenas cinco anos de idade, não seria conveniente a confecção de uma prótese total mucossuportada, haja vista a pouca maturidade para utilização um dispositivo como este.

Freitas et al. (2006), realizaram a reabilitação estético-funcional com um aparelho mantenedor de espaço, em um paciente com síndrome de Moebius que havia perdido os dentes anteriores precocemente. Os dentes posteriores neste caso serviram de suporte para o dispositivo. Durante o acompanhamento do paciente deste relato de caso, foi constatado que a confecção de qualquer dispositivo no momento seria inconveniente, levando em consideração os fatores humanos, geográficos e socioeconômicos que impedem o paciente de se deslocar da cidade onde reside para realizar as ativações e acompanhamento mensal. Outro aspecto a ser avaliado é que, à medida que o processo de erupção dos dentes permanentes

acontecesse, haveria a necessidade de realizar alívios e ajustes constantes ao aparelho, caso contrário, ao invés de ajudar, estaríamos atrapalhando esta importante etapa. A decisão tomada foi de esperar e acompanhar o processo de erupção dos dentes permanentes, a fim de intervir no momento mais propício, onde haja maior maturidade tanto da criança, como da estrutura das raízes, o que trará impacto positivo na função mastigatória, respiratória e a estética do paciente.

Na discussão sobre este relato de caso, foi notória a escassez de trabalhos na literatura que aborde o paciente com síndrome de Moebius (SM) considerando os aspectos dentais e faciais. A prevenção das doenças cárie e periodontal, nem sempre é possível na maioria dos casos, o que agrava a saúde bucal do paciente. Além disso, cada caso deve ser analisado criteriosamente, já que a síndrome pode se manifestar de diferentes maneiras em cada indivíduo. O cirurgião-dentista é o profissional mais capacitado na resolução dos problemas orais e faciais, todavia, é necessário que haja uma interação multiprofissional entre odontólogos, médicos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas e multidisciplinar entre os profissionais da Odontologia, a fim de proporcionar atendimento integral ao paciente com síndrome de Moebius, objetivando a melhora na sua qualidade de vida através de terapias já existentes com as devidas adaptações.

#### **4 CONCLUSÃO**

Em virtude do crescente aumento na incidência da síndrome de Moebius pelo uso indiscriminado do misoprostol, observou-se a necessidade de uma maior interação multiprofissional, com o intuito de promover a qualidade de vida destes pacientes, melhorando sua saúde física, mental e social. As pessoas que nascem com essa síndrome apresentam dificuldades de higienização bucal devido às alterações causadas pela paralisia dos nervos atingidos. Além disso, se alimentam com dieta pastosa, o que propicia um meio ideal para a formação e adesão do biofilme à estrutura dentária. Foi possível notar grande melhora no estado de saúde geral do paciente acompanhado durante a realização deste trabalho. O tratamento cirúrgico, restaurador e as orientações de dieta e higiene oral, trouxeram maior conforto mastigatório e proporcionaram melhor nutrição. Entretanto, faz-se necessário ampliar os estudos acerca das manifestações dentais e faciais presentes

na síndrome de Moebius, para que o paciente esteja cada vez mais assistido e tenha suas necessidades atendidas.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. C. A.; MAGALHÃES, M. H. C. G. **Estudo das Manifestações crânio faciais de pacientes portadores da síndrome de Moebius – Aspectos Clínicos e terapêuticos.** 2005. 61f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARBOSA, R. C.; NOGUEIRA, M. B.; GIACHETI, C. M. Síndrome de Moebius Relacionada ao Uso do Misoprostol (Cytotec®) como Abortivo. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**; Fortaleza 18 (3): 140-144, 2005.

CARVALHO, I. de *et al.* Síndrome De Moebius: Caracterização de Crianças Atendidas em uma Instituição de Fortaleza-CE. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde.** Fortaleza, 25(1): 37-44, jan./mar., 2012.

DIOGO, F. S. F. et al. Utilização do misoprostol (cytotec ®) como droga abortiva e sua relação com a síndrome de moebius: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.30, n.1, p. 41-35, jan/jun, 2009.

FÉLIX, V. B. **Prevalência de Disfunção Temporomandibular em pacientes com Síndrome De Moebius: aspectos clínicos e imaginológicos.** 2010. 61f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FERNANDES, S. D. et al. Síndrome de Möbius: significados na vida dos portadores. **Rev Soc Bras Clin Med**, Pouso Alegre – MG, v. 1, n. 13, p.2-9, 2015.

FREITAS, A. C. *et al.* Síndrome de Moebius: Relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.** 2006 set/dez;18(3)297-302.

LEMOS, L. A.; MARQUES-DIAS, M. J. **Caracterização das alterações dento-faciais em crianças portadoras da sequência de Moebius.** 2009. 56f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SACONATO, M.; GUEDES, Z. C. F. Estudo da Mastigação e Deglutição em crianças e adolescentes com Sequência Moebius. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** São Paulo;14(2):165-71, 2009.

SERPA PINTO, M. V. X. DE; MAGALHÃES, M. H. C. G. DE; NUNES, F. D. Moebius Syndrome with Oral Involvement. **International Journal of Paediatric Dentistry**. São Paulo;12:446–449, 2002.