



## ***Tetralogia de Fallot e suas Implicações em Odontologia***

*Gislene Rodrigues dos Santos*<sup>1</sup>, *Millena Luiza Vaz da Silveira*<sup>1</sup>, *Antônio Afonso Sommer*<sup>2</sup>

### REVISÃO DE LITERATURA

#### **RESUMO**

A Tetralogia de Fallot (TF) é a cardiopatia congênita cianótica mais frequente. Como sugere o nome, consiste em quatro alterações no coração, sendo elas a existência de um defeito ou comunicação no septo ventricular, a raiz da aorta sobreposta ao defeito septal ventricular ou em dextroposição, a estenose da artéria pulmonar e a hipertrofia do ventrículo direito. Existe, portanto, um grau de obstrução do fluxo sanguíneo comprometedor do transporte de oxigênio no organismo. O propósito deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura narrativa, qualitativa, em que se buscou, nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, trabalhos científicos versando sobre a TF e sua relação com a odontologia, publicados nos últimos dez anos. A prevalência de TF é de 3 a cada 10.000 nascimentos, representando 10% de todas as malformações congênitas cardíacas, sendo mais frequente no gênero masculino, e a etiologia é multifatorial, mas não bem esclarecida. Os principais sinais clínicos são hipóxia e cianose. No sistema estomatognático, o desenvolvimento dentário e o crescimento ósseo são afetados, além dos tecidos moles. As principais manifestações são agenesias, hipoplasias do esmalte e atraso na erupção dentária e mucosas cianóticas. Diagnóstico correto, minucioso e rápido é fundamental para um tratamento sem complicações e um bom prognóstico. Os exames necessários para detectar a enfermidade são eletrocardiograma e ecocardiografia fetal no pré-parto e no pós-parto, sendo possível observar a comunicação interventricular e repercussões associadas. O tratamento consiste na intervenção cirúrgica, muito precocemente. Crianças com TF devem iniciar as visitas ao consultório odontológico já nos primeiros anos de vida, e adequações do cirurgião-dentista para o atendimento desses pacientes precisam ser adotadas sempre visando prevenção de procedimentos mais invasivos. O cirurgião-dentista tem importante papel na equipe multidisciplinar envolvida com TF, no intuito de realizar a promoção e prevenção da saúde bucal, controlando a ocorrência dos problemas bucais relacionados e seu agravamento com comprometimento sistêmico.

**Palavras-chave:** Manifestações bucais, Odontologia, Tetralogia de Fallot.

## Tetralogy of Fallot and its implications in dentistry

### ABSTRACT

Tetralogy of Fallot (TF) is the most common cyanotic congenital heart disease. As the name suggests, it consists of four changes in the heart, namely, the existence of a defect or communication in the ventricular septum, the root of the aorta overlapping the ventricular or right-handed septal defect, stenosis of the pulmonary artery, and right ventricular hypertrophy. Therefore, there is a degree of obstruction of blood flow that compromises the transport of oxygen in the body. The objective of this study was to conduct a review of the qualitative narrative literature, in which scientific articles on TF and its relationship with dentistry, published in the last ten years, in the PubMed, SciELO and Google Scholar databases were searched. The prevalence of TF is 3 per 10,000 births, which represents 10% of all congenital heart diseases, being more frequent in males, and the etiology is multifactorial, but little known. The main clinical signs are hypoxia and cyanosis. In the stomatognathic system, tooth development and bone growth, as well as soft tissues, are affected. The main manifestations are agenesis, enamel hypoplasia, and delayed tooth eruption and cyanotic mucous membranes. A correct, complete and immediate diagnosis is essential for uncomplicated treatment and a good prognosis. The tests necessary to detect the disease are the electrocardiogram and the fetal echocardiogram in the antepartum and puerperium, and it is possible to observe the ventricular septal defect and the associated repercussions. The treatment consists of a very early surgical intervention. Children with TF should start dental consultations in the first years of life, and it is necessary to adopt adjustments by the dentist in the care of these patients, always with the objective of avoiding more invasive procedures. The dentist plays an important role in the multidisciplinary team involved with TF, in order to promote and prevent oral health, controlling the occurrence of related oral problems and their aggravation with systemic involvement.

**Keywords:** Oral manifestations, Dentistry, Tetralogy of Fallot.

**Instituição afiliada** – 1- Centro Universitário de Patos de Minas (Unipam). 2- Doutorado em Ortodontia, docente do Centro Universitário de Patos de Minas (Unipam).

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 10 de Setembro e publicado em 20 de Outubro de 2023.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1407-1418>

**Autor correspondente:** *Gislene Rodrigues dos Santos* - [gisleneptc50@gmail.com](mailto:gisleneptc50@gmail.com)



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## **INTRODUÇÃO**

A Tetralogia de Fallot (TF) é uma doença congênita cardíaca grave que se caracteriza por quatro sinais típicos: defeito no septo interventricular, raiz da aorta dextroposta, hipertrofia do ventrículo direito e estenose da artéria pulmonar. Sendo assim, existe um grau de obstrução do fluxo sanguíneo que compromete a eficiência do transporte de oxigênio no organismo (Matos; Resende; Braga, 2016), gerando inúmeros transtornos (Ribeiro et al ., 2019) e justificando o fato de ter sido uma das primeiras cardiopatias congênitas a ser corrigida cirurgicamente (Barreira, 2017)..

Essa malformação ocorre em três a quatro de cada 10.000 nascidos vivos, mais frequente no gênero masculino, e é responsável por 10% de todas as malformações cardíacas congênitas (Matos et al ., 2019; Oliveira et al ., 2021), sendo classificada como a cardiopatia congênita cianótica mais comum, considerando que a cada 3600 nascimentos uma criança tem a doença, o que corresponde a 3,5% dos casos (Barreira, 2017). Por ano, aproximadamente 30 mil crianças nascem com o problema no Brasil e cerca de 40% delas necessitam de cirurgia ainda no primeiro ano, o que representa 12 mil pacientes (BRASIL, 2022).

A etiologia da TF é multifatorial (Ribeiro et al ., 2019), tendo sido associada ao uso materno de ácido retinóico, diabetes materna mal controlada e fenilcetonúria. Algumas anomalias cromossômicas associam-se também à doença, notadamente as trissomias do 21, do 18 e do 13 (Barreira, 2017). Também têm sido atribuídos outros fatores à etiologia da doença, como aumento da idade materna, doenças durante a gestação, aumento da exposição a medicamentos como anticonvulsivantes, álcool e esteroides durante a gravidez (Maciel, 2018).

Em linhas gerais, no pré-parto o diagnóstico da TF pode ser feito com a ecocardiografia fetal, que é considerada fundamental para o diagnóstico e avaliação de todas as patologias cardiovasculares no feto e deve ser realizada entre as semanas 18 e 22 em qualquer grávida com alto e baixo risco de cardiopatia congênita (Barreira, 2017).

A maioria dos pacientes é sintomática. As principais manifestações clínicas são a presença de sopro cardíaco audível ao nascimento, cianose ao nascimento ou logo após, dispneia aos esforços ou tendência a se agachar após esforço ou crises de hipoxemia.

Ao exame físico podem ser encontrados diversos graus de cianose, taquipneia e baqueteamento digital (Marangoni et al., 2019).

A patologia pode apresentar manifestações craniofaciais, por comprometimento do desenvolvimento e crescimento ósseo, e também defeitos na formação dentária. Por isso, crianças com cardiopatia congênita também apresentam uma porcentagem maior de defeitos de esmalte e uma prevalência aumentada de lesões de cárie não tratadas, o que as coloca como de alto risco ao desenvolvimento da doença cárie e suas complicações (Matos; Resende; Braga, 2016). Os achados intraorais mais frequentes em crianças com TF são cianose na mucosa, língua e gengiva, juntamente com estomatite, erupção dentária tardia, agenesia e hipoplasia do esmalte. O manejo odontológico do paciente varia de acordo com sua idade e sua saúde geral (Chandler; Silva-Junior, 2022).

Adicionalmente, pacientes portadores de TF também apresentam maior risco para a endocardite bacteriana, pela presença de grande quantidade de placa dental e gengivite associada (Assunção et al., 2008).

As implicações odontológicas decorrentes da TF recomendam atenção clínica dos cirurgiões-dentistas, orientações por educação em saúde bucal e esclarecimentos sobre a necessidade de apoio do núcleo familiar.

Este trabalho se propõe a pesquisar na literatura as possíveis implicações odontológicas da TF, buscando identificar suas diversas formas das manifestações estomatognáticas, a repercussão em odontologia dos tratamentos para os portadores da condição e o que se apresenta como melhor conduta do cirurgião-dentista diante desses pacientes.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa consiste em uma revisão de literatura narrativa, qualitativa, em que se buscou, nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, trabalhos científicos versando sobre a TF e sua relação com a odontologia, publicados nos últimos dez anos nas línguas portuguesa e inglesa. Adotando-se a estratégia da bola de neve, as referências citadas pelos trabalhos selecionados, ao cumprirem os critérios de inclusão, também foram consideradas, tendo uma única, de 2008, extrapolado o período definido. Os descritores empregados foram “Tetralogia de Fallot”, “Odontologia” e “Manifestações bucais”, tratados com o operador booleano “E”, bem como seus

respectivos termos em inglês. Como critérios de inclusão foram admitidas revisões integrativas, sistemáticas e meta-análises sobre a repercussão da doença em odontologia e relatos de casos contendo exames comprobatórios dos efeitos sobre o sistema estomatognático. Foram excluídos trabalhos que abrangessem outras cardiopatias congênitas que não apenas a TF, dissertações de mestrado, monografias e trabalhos de conclusão de curso.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A primeira descrição da TF se deu em 1671 pelas mãos do anatomista dinamarquês Niels Stenson, dissecando um feto com coração ectópico. Durante dois séculos, as múltiplas repercussões da doença foram consideradas de forma isolada, até que o médico francês Arthur Fallot, em 1888, explicou a doença como um único processo patológico. Fallot se referiu à patologia como “la maladie bleue” (a doença azul) e, apenas em 1924 é que foi aplicado o epônimo por Maude Abbot, um cardiologista pediátrico canadense (Barreira, 2017). A designação de doença azul explica melhor a patologia, porque remete à coloração cutânea provocada por reduzida distribuição de oxigênio aos tecidos, mas o nome TF se consagrou antes que a nomenclatura anatômica passasse a sugerir a abolição dos epônimos em favor de nomes mais explicativos.

A TF é multifatorial e está frequentemente associada a condições nosológicas da progenitora durante a gestação, como diabetes e infecções graves, anomalias cromossômicas, como microdeleção do cromossoma 22, e a crianças prematuras e de baixo peso (Matos; Resende; Braga, 2016). São relatados na literatura outros fatores que contribuem para o surgimento da doença, como a obesidade materna, a hipertensão arterial e doenças da tireoide. O tabagismo no primeiro trimestre de gestação também pode ser um fator de risco considerável. A hereditariedade também pode executar um papel importante nesse defeito cardíaco, pois crianças com desordens genéticas, como síndrome Down e síndrome de DiGeorge têm aumentado o risco para TF (BRASIL, 2017). Se sabedor desses potenciais fatores etiológicos, o cirurgião-dentista pode colaborar com a prevenção da doença, orientando as gestantes desde o pré-natal, onde está cada vez mais inserido.

Comparada a outros defeitos cardíacos congênitos, a TF apresenta como

complicador a dextroposição da aorta, o que significa que a aorta se posiciona deslocada para o lado direito do septo interventricular, cavalgando sobre o septo, gerando um defeito comunicante no septo e promovendo a obstrução do trato infundibular ventricular direito (Chamié, 2021). Em consequência disso, o ventrículo direito hipertrofia por permanentemente aumentar sua força de contração para bombear o sangue para a artéria pulmonar mais estreita, de tronco pulmonar e valva pulmonar hipoplásicos (Banjoko *et al.*, 2021). Estes mecanismos explicam a obstrução severa ao fluxo sanguíneo pulmonar, gerando baixa saturação sistêmica e, por sua vez, hipóxia. O carente suprimento sanguíneo explica as manifestações estomatognáticas da TF.

No pré-parto, o diagnóstico da TF pode ser feito com a ecocardiografia fetal, que é considerada fundamental para a identificação e avaliação de todas as patologias cardiovasculares no feto, e deve ser realizada entre as semanas 18 e 22, em qualquer grávida com alto e baixo risco de cardiopatia congênita (Barreira, 2017). Depois do nascimento é feita uma avaliação clínica e, para confirmar o diagnóstico da doença, são realizados alguns exames, entre eles o ecocardiograma, que utiliza ondas sonoras nítidas para visualizar imagem do coração. A radiografia de tórax também é utilizada para visualizar a estrutura do coração e dos pulmões. Um sinal frequente da doença que aparece no exame é a visualização do coração em forma de uma bota, devido à dilatação do ventrículo direito. Tais meios diagnósticos precisam ser conhecidos pelo cirurgião-dentista, como profissional integrado que é a equipes de saúde multidisciplinar.

Os sintomas observados em recém-nascidos incluem cansaço aos mínimos esforços, dificuldade para respirar, eventual perda da consciência e, em alguns casos, a morte. Invariavelmente, a doença atrapalha o desenvolvimento e o crescimento da criança. O neonato apresenta dispneia grave durante a amamentação, respirações rápidas e profundas, irritabilidade e choro prolongado, além de perda de peso (Campos *et al.*, 2014; Baffa, 2018). Os bebês com a doença apresentam dedos em forma de baquetas e coloração azulada na pele, lábios e nas unhas, além de episódios cianóticos ocasionados pela diminuição na quantidade de oxigênio no sangue e que são frequentes entre os 2 e 4 meses de idade (Araújo *et al.*, 2014). De uma forma geral, a TF possui manifestações como cianose, esforço e sopro sistólico de ejeção audível, dispneia aos esforços e em alguns casos a criança tende a adotar a posição de “cócoras”, para aumentar o fluxo sanguíneo pulmonar através do aumento do retorno venoso e da

resistência vascular periférica, levando ao alívio dos sintomas (Banjoko et al, 2021). Apesar das alterações anatômicas e fisiopatologia comuns entre os afetados, uma alta variabilidade clínica e hemodinâmica se apresenta e é dependente do grau de obstrução da artéria pulmonar e da saída do ventrículo direito (Van der Ven et al., 2019). O cirurgião-dentista atua sobre estruturas servidas por microcirculação capilar, primeiros locais a manifestar hipoemia localizada, frágil defesa contra agressões incipientes, necroses assépticas e cianose. Assim, casos mais discretos de TF, que escaparam do diagnóstico precoce, podem vir a ser identificados em consultas odontológicas de rotina, ao se associar sinais de hipocirculação sanguínea com dados da entrevista clínica sugestivos da doença.

O tratamento de eleição é a cirurgia precoce, mas a necessidade de medicamentos vasculoativos acompanha pacientes com TF, o que requer atenção dos cirurgiões-dentistas. O tratamento se dá basicamente pela correção cirúrgica definitiva e baseia-se em fechar a comunicação interventricular e ampliar a via de saída do ventrículo direito. Se houver a hipoplasia do tronco pulmonar e da valva pulmonar, o tratamento emprega um aloenxerto com a finalidade de proporcionar um fluxo pulmonar adequado. O procedimento cirúrgico no primeiro ano de vida mostra-se relevante, normalizando o fluxo e a pressão na câmara cardíaca, interrompendo a progressão da hipertrofia do ventrículo direito decorrente da obstrução pulmonar, diminuindo a incidência de arritmias e estabilizando precocemente a saturação de oxigênio (Alvares, 2016). Existem quadros conhecidos como de “má anatomia”, em que está presente uma artéria pulmonar muito pequena, tornando o indivíduo mais sintomático, com quadros mais graves e de correção cirúrgica imediata mais difícil. Nesses casos, são necessários procedimentos paliativos para aumentar o fluxo sanguíneo pulmonar e conseqüentemente a saturação sistêmica de oxigênio, reduzindo os níveis de hipoxemia, e gerando mais estabilidade funcional, além de permitir o crescimento adequado das artérias pulmonares até que se apresente o momento adequado para a cirurgia corretiva (Chamié, 2021). O tratamento cirúrgico da TF, quando realizado entre os meses 3 e 11, apresenta uma taxa de sobrevivência de 86%, com os pacientes alcançando os 36 anos de idade em média. A reparação cirúrgica permite o alívio do grau de cianose, normaliza a fisiologia cardiovascular e diminui os efeitos secundários no coração. Quando se opta pelo tratamento não cirúrgico, a taxa

de mortalidade atinge os 30% já aos 2 anos de idade, aumentando para 50% aos 6 anos (Matos; Resende; Braga, 2016). É lícito depreender-se dessa diferença resolutive entre os tratamentos médicos para TF, que um certo paralelismo venha a ocorrer com a capacidade responsiva a procedimentos odontológicos que requeiram reação orgânica. A entrevista clínica odontológica bem conduzida e um planejamento global adequado são preciosos para se evitar complicações sistêmicas ao grupo dos pacientes de resposta mais debilitada.

São múltiplas as manifestações da TF no sistema estomatognático. A mistura de sangue arterial com sangue venoso decorrente da alteração cardíaca leva ao comprometimento de todas as células do organismo, incluindo as dos tecidos bucais, que têm dificuldade em receber o aporte de oxigênio necessário para um correto desenvolvimento. O deficiente suprimento sanguíneo é responsável direto pelas estomatites e mucosas, língua e gengiva cianóticas (Elicherla *et al.*, 2019) e suscitabiliza as crianças portadoras da TF a maior probabilidade de colonização de bactérias como *Haemophilus*, *Actinobacillus*, *Cardiobacter*, *Eikenella* e *Kingella*, potencializando a inflamação gengival e elevando a prevalência de doença periodontal (Kaushal *et al.*, 2020). A patologia também pode apresentar manifestações craniofaciais e afetar a formação dentária. Os ameloblastos são sensíveis a alterações do ambiente extracelular, e o parco suprimento sanguíneo durante a odontogênese pode resultar na formação de dentes com hipoplasia e risco acrescido de desenvolvimento de cárie da infância, bem como de atrasos na erupção dentária e aumento da frequência de anomalias de posição dentária (Matos; Resende; Braga, 2016). A associação da hipoplasia com a diminuição da resposta imunológica, as sucessivas hospitalizações, o uso de variados medicamentos e a negligência na higiene bucal por parte dos cuidadores, entretidos com diversas outras prioridades, aumentam consideravelmente o nível CPO (cariados, perdidos e obturados) dos portadores de TF.

Um programa preventivo e restaurador precisa ser implementado nas crianças portadoras de TF o mais precocemente possível. Tal programa deve ter como objetivos um exaustivo controle de higiene bucal, aconselhamento dietético, aplicação de fluor tópico e na forma de verniz, aplicação de selantes de cicatrículas e fissuras, além das restaurações necessárias, preferentemente em fase inicial do processo de cárie, da manutenção da saúde periodontal e da erradicação imediata de qualquer foco

infeccioso (Garrocho-Rangel et al., 2017). Em casos em que estão presentes dentes muito cariados, com focos infecciosos, a exodontia deve ser a primeira opção em detrimento da endodontia, que será indicada apenas em dentes permanentes, com ápice fechado, canais retos e em sessão única para evitar o estresse psicológico. O estresse psicológico tem potencial para causar danos a pacientes com doenças cardíacas. É recomendado tratar esses pacientes em ambiente de baixo estresse e, se necessário, utilizar sedação (Moreira et al., 2023).

Crianças com TF apresentam maior risco para a endocardite bacteriana, caracterizando um grupo de risco definido pela American Heart Association (Assunção et al., 2008), e a profilaxia antibiótica deve ser considerada nos procedimentos que impliquem hemorragia, manipulação de tecidos e outras manobras invasivas (Amaral et al., 2016).

Indubitavelmente, crianças com problemas sistêmicos, mesmo em idade precoce, necessitam da atenção odontológica. Uma maior interação entre os médicos pediatras e odontopediatras proporcionará melhor acompanhamento da criança e também possibilitará aos pais mais informações sobre a condição e as necessidades de seus filhos para um crescimento saudável. É de grande importância o acompanhamento odontológico, trabalhando a prevenção o mais cedo possível, para que tais crianças cresçam livres da doença cárie e da doença periodontal, que têm importante repercussão sistêmica. Com isso, a odontologia pode contribuir com maior tempo de sobrevida e melhora da qualidade de vida de portadores de TF.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Tetralogia de Fallot impõe fragilidade aos dentes, ossos e tecidos moles. O cirurgião-dentista precisa, portanto, conhecer seus efeitos sobre o sistema estomatognático para a identificação precoce dos problemas e adequada abordagem, evitando, assim, a necessidade de tratamentos mais invasivos e um intercurso com suscetibilidade a gravames, como a endocardite bacteriana, complicação comum da doença.



## REFERÊNCIAS

ALVARES, L. Qualidade de vida em crianças portadoras de cardiopatia congênita. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 8, n. 1, p. 3–15, 2016.

AMARAL, C. O. F. DO *et al.* Oral health evaluation of cardiac patients admitted to cardiovascular presurgery intervention. RGO. **Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 64, n. 4, p. 419–424, 1 dez. 2016.

ARAÚJO, J. S. S. *et al.* Cardiopatia congênita no nordeste brasileiro: 10 anos consecutivos registrados no Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. bras. cardiol. (Impr.)**, p. 509–515, 2014.

ASSUNÇÃO, C. M. *et al.* Tetralogia de Fallot e sua repercussão na saúde bucal. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 1, p. 93–96, Mar. 2008.

BAFFA, J. M. Tetralogia de Fallot. **Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde**, 2018.

BANJOKO, A. *et al.* Tetralogy of Fallot: stent palliation or neonatal repair? **Cardiology in the Young**, v. 31, n. 10, p. 1658–1666, 8 mar. 2021.

BARREIRA, M. B. Tetralogia de Fallot: um desafio multidisciplinar. 2017. 26p. **Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Lisboa**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 1.727, de 11 de julho de 2017. **Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita**. Brasília, ed. 132, seção: 1, p. 47, Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e Vigilância Sanitária. Cardiopatia congênita afeta cerca de 30 mil crianças por ano no Brasil. Brasília, 22. Nov. 2022.

CAMPOS, M. *et al.* Tetralogia de Fallot: uma cardiopatia com fisiopatologia e evolução variáveis. **Portuguese Journal of Pediatrics**, v. 45, n. 4, p. 286–293, Dez. 2014.

CHAMIÉ, F. Palição Transcateter para Tetralogia de Fallot. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 4, p. 664–665, out. 2021.

CHANDLER, C. L.; SILVA-JUNIOR, M. F. Dental care of hospitalized pediatric patient with tetralogy of Fallot: a case report. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 70, 2022.

ELICHERLA, S. R. *et al.* Comparative evaluation of the effectiveness of a mobile app (Little



Lovely Dentist) and the tell-show-do technique in the management of dental anxiety and fear: a randomized controlled trial. **Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine**, v. 19, n. 6, p. 369, 2019.

KAUSHAL, D. *et al.* Pentalogy of Fallot: A case report and overview dental implications. **Special Care in Dentistry: Official Publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry**, v. 40, n. 1, p. 121–126, 1 jan. 2020.

GARROCHO-RANGEL, A. *et al.* Dental management of pediatric patients affected by pulmonary atresia with ventricular septal defect: A scoping review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 22, n. 4, p. 458-466, Jul. 2017.

MACIEL, D. M. V. L. Fisioterapia no pós-operatório de Tetralogia de Fallot. **Scire Salutis**, v. 8, n. 2, p. 88–97, 25 set. 2018.

MARANGONI, A. C. B. *et al.* Tetralogia de Fallot. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 5, n. 5, 2019.

MATOS, J. C. *et al.* Tetralogia de Fallot intitulada de síndrome do bebê azul: uma revisão de literatura. **Disciplinarum Scientia | Saúde**, v. 20, n. 1, p. 37–52, 21 jun. 2019.

MATOS, S.; RESENDE, M.; BRAGA, J. Inclusão dos primeiros molares permanentes em uma criança com Tetralogia de Fallot. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 57, n. 3, p. 177–182, 1 Jul. 2016.

MOREIRA, B. P. *et al.* Manejo Odontológico em Paciente Portador de Cardiopatia Congênita. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, p. 824–844, 27 jun. 2023.

OLIVEIRA, P. V. M. *et al.* A tetralogia de Fallot e sua abordagem cirúrgica precoce: uma revisão de literatura/ Fallot tetralogy and its early surgical approach: a literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 92890–92899, 2021.

RIBEIRO, C. *et al.* Tetralogia de Fallot intitulada de síndrome do bebê azul: uma revisão de literatura. **Disciplinarum Scientia | Saúde**, v. 20, n. 1, p. 37–52, 21 jun. 2019.

VAN DER VEN, J. P. G. *et al.* Current outcomes and treatment of tetralogy of Fallot. **F1000Research**, v. 8, p. 1530, 29 ago. 2019.