

Dentes natais e neonatais na odontopediatria

Natal and neonatal teeth in pediatric dentistry

DOI:10.34117/bjdv7n11-256

Recebimento dos originais: 10/10/2021

Aceitação para publicação: 17/11/2021

Laura Costa da Cunha

Graduanda em Odontologia

Faculdade de Odontologia da Universidade Brasil

Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP

E-mail: l_ccunha@hotmail.com

Valéria Cristina Lopes de Barros Rolim

Mestre em Engenharia Biomédica -Universidade Brasil

Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP

E-mail: valeriarolim@terra.com.br

RESUMO

Os dentes que irrompem prematuramente, desde o nascimento ou após este, são comumente chamados de dentes natais ou neonatais. Eles são classificados de acordo com o grau de maturidade ou aparência. Os dentes natais são mais comuns do que os neonatais. Geralmente pertencem à dentição decídua, ocorrem bilateralmente, sua etiologia é ainda desconhecida, porém a teoria mais aceitável é que o germe dentário tem localização superficial. Clinicamente se parecem com dentes decíduos normais, entretanto são menores, às vezes de formato cônico. Costumam ser móveis devido à falta de formação de raízes e apresentam alterações no esmalte; eles podem revelar uma aparência imatura com hipoplasia de esmalte afiada e irregular; sua coloração pode ser acastanhada-amarelada ou opaca esbranquiçada. Radiograficamente, há ausência de raiz, histologicamente, a maioria dos dentes natais e neonatais pode seguir um padrão normal de mineralização, mas também apresentam alterações no esmalte e na dentina. Outros achados incluem ausência da camada basal de Weil, bainha de Hertwig e cimento; além de um aumento no número de vasos sanguíneos dilatados na polpa. O tratamento deve ser adaptado, considerando-se individualmente o dente e as características únicas de cada criança. Os tratamentos disponíveis são: extração ou manutenção do dente na arcada. A complicação mais comum dos dentes neonatais ou natais é a ulceração traumática da parte ventral da língua devido à fricção, chamada de úlcera de Riga Fede. Primordialmente não há relatos de aspiração. O tratamento dos dentes natais e neonatais deve ser considerado cuidadosamente; estimando sua mobilidade, integridade, compromisso com a alimentação e a presença de qualquer úlcera.

Palavras-chave: dentes natais, dentição decídua, neonatais, odontopediatria.

ABSTRACT

Teeth that erupt prematurely, from birth or after birth, are commonly called natal or neonatal teeth. They are classified according to the degree of maturity or appearance.

Natal teeth are more common than neonatal teeth. They usually belong to the deciduous dentition, they occur bilaterally, their etiology is still unknown, but the most acceptable theory is that the tooth germ has a superficial location. Clinically they look like normal deciduous teeth, however they are smaller, sometimes conical in shape. They are usually mobile due to lack of root formation and show changes in the enamel; they may reveal an immature appearance with sharp and irregular enamel hypoplasia; its coloration may be brownish-yellowish or opaque whitish. Radiographically, there is no root, histologically, most natal and neonatal teeth may follow a normal pattern of mineralization, but they also show changes in enamel and dentin. Other findings include absence of Weil's basal layer, Hertwig's sheath, and cementum; in addition to an increase in the number of dilated blood vessels in the pulp. Treatment must be tailored, considering the individual tooth and the unique characteristics of each child. The treatments available are: extraction or maintenance of the tooth in the arch. The most common complication of neonatal or natal teeth is traumatic ulceration of the ventral part of the tongue due to friction, called Riga Fede ulcer. Primarily there are no reports of aspiration. The treatment of natal and neonatal teeth must be carefully considered; estimating their mobility, integrity, commitment to food and the presence of any ulcer.

Keywords: natal teeth, primary dentition, neonatal, pediatric dentistry.

1 INTRODUÇÃO

Um recém-nascido à termo é entendido como qualquer neonato nascido entre 37 e 42 semanas de idade, com peso entre 2.500 e 4.000 gramas. Em pediatria, o período neonatal varia de nascimento até a criança atingir seu primeiro mês de vida extrauterina, embora alguns autores afirmem que este período termina quando a criança completa 28 dias nascido. Portanto, quando os dentes são encontrados em a boca de uma criança na hora do nascimento dizia encontrar congênita é chamada de dentes natais. Para o oposto quando a criança nasce sem dentes, mas estes irromper nos primeiros 28 a 30 dias após nascimento são chamados de dentes neonatais (SIMÕES et al., 2014)

É preciso salientar que todo o processo de erupção obedece às seguintes observações: Os dentes se movem no espaço tridimensionalmente, não apenas ao longo de seu eixo; os dentes irrompem com características e velocidades diferentes, específicas para cada estágio; os dentes alcançam uma posição funcional que é hereditária (SEVALHO et al., 2011).

Uma das características relevantes é a erupção dos incisivos centrais inferiores decíduos, que são os primeiros dentes a irromper na cavidade oral, aproximadamente aos seis meses de vida da criança. No entanto, há relatos de casos de crianças que nasceram com dentes erupcionados na cavidade oral ou erupção no primeiro mês de vida. Esses dentes podem ser chamados de dentes natais e neonatais, respectivamente, e podem pertencer à dentição normal ou supranumerária (SIMÕES et al., 2014).

A diferença entre os dentes natais e neonatais é baseada no tempo de erupção. Os dentes natais são aqueles que já estão presentes na cavidade oral desde o nascimento, e os dentes neonatais são aqueles que aparecem na cavidade oral no primeiro mês de vida (MOREIRA e GONÇALVES, 2010)

Os fatores etiológicos mais comuns são a posição superficial do germe dentário em desenvolvimento, estado hereditário, síndromes congênitas e fissura labiopalatina. A região mais afetada é a mandíbula anterior e os incisivos inferiores são os dentes mais comumente afetados. Os dentes natais ou neonatais erupcionados podem ser hipermóveis com o risco de descolamento seguido de deglutição ou aspiração do dente. Outra complicação são as lesões secundárias tanto na mama da mãe durante a lactação quanto nas lesões de língua, conhecidas como úlcera de Riga-Fede, dificultando a amamentação (PALMEIRA et al., 2017).

O tratamento dessa anomalia é um assunto que deve ser bem estudado pelos profissionais envolvidos antes de se decidir pela extração ou manutenção do dente na cavidade oral. Vários aspectos devem ser levados em consideração antes da medida terapêutica, como a preservação do espaço da arcada dentária, o estado funcional e qual dente está afetado (supranumerário ou normal), evitando-se uma extração iatrogênica (FARIAS et al., 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar uma revisão de literatura referente aos dentes natais e neonatais na odontopediatria.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a terminologia para dentes natais e neonatais;
- Discorrer sobre a etiologia;
- Indicar as características clínicas e histológicas;
- Caracterizar os sintomas e complicações
- Classificar o manejo adequado

3 REVISÃO DE LITERATURA

Dentes natais e neonatais foram observados e registrados em fontes muito antigas, como as inscrições cuneiformes encontradas em Nínive (59 aC) (DINIZ, 2008). As

superstições e o folclore a respeito desses dentes variam, desde acreditar que essas crianças foram excepcionalmente favorecidas por Deus até acreditar que eram mágicos, e em alguns países da Europa Oriental foram tidos como uma premonição diabólica. Diz-se que Luís XIV, Ricardo III, Napoleão, o cardeal Mazarin, Mirabeau, Zoroastro, Haannibal e o cardeal Richelieu nasceram com esses dentes. Na Polônia, África, Indonésia e China, essas crianças foram consideradas monstros ou marcadas pelo infortúnio (PORDEUS e PAIVA, 2014).

O desenvolvimento da criança desde a concepção até os primeiros anos de vida é marcado por muitas mudanças. O desenvolvimento dos dentes decíduos começa no sexto mês de vida intrauterina. Os primeiros dentes decíduos a irromper na cavidade oral são os incisivos centrais inferiores, por volta dos seis meses de vida da criança, de acordo com a cronologia de erupção. No entanto, alguns estudos relatam dentes na cavidade (dentes natais) no nascimento das crianças, ou que irrompem no primeiro mês de vida (dentes neonatais. (DINIZ et al., 2008).

Até certo ponto, os órgãos dentários podem apresentar variações em seu tamanho, forma e localização, que podem ser consideradas dentro dos limites da normalidade. A erupção dentária é um processo longo no tempo e intimamente relacionado ao crescimento e desenvolvimento do resto (WALTER et al., 2014).

De acordo com Diniz et al., (2008), os dentes natais são encontrados com mais frequência do que os neonatais na proporção de 3 para 1. Isso não é surpreendente, pois a mãe e o bebê geralmente voltam para casa logo após o nascimento e muitos dentes neonatais não podem ser registrados.

Na maioria dos casos (95%), os dentes natais (figura 1) e neonatais fazem parte da dentição decídua normal e, em alguns casos (5%), são dentes supranumerários. Quando comparados entre si, os dentes natais são mais prevalentes que os neonatais, na proporção de 3:17. São comumente encontrados na mandíbula e na região dos incisivos centrais (LEMOS et al., 2009).

Figura 1. Dentes natais, incisivos centrais inferiores.



Fonte: Lemos et al., 2009.

Figura 2. Dente neonatal (surgiu com 20 dias de vida).



Fonte: Ruiz, 2012.

A erupção de mais de dois dentes é rara (figura 3). No entanto, alguns casos de dentes múltiplos foram encontrados na literatura. Não há prevalência significativa quanto ao lado da cavidade oral em que esses dentes irrompem (STRINGHINI JUNIOR et al., 2015).

Figura 3. Dente natal (81) e neonatal (71), paciente com 15 dias de vida.



Fonte: Simões et al., 2014.

Clinicamente, os dentes natais e neonatais apresentam tamanho e forma normais, no entanto, na maioria das vezes, são pequenos, cônicos e pouco desenvolvidos, com uma coloração marrom-amarelada e apresentam hipoplasia do esmalte (SIMÕES et al., 2014). O tecido mole ao redor dos dentes pode ser hiperplásico, com edema, hiperemia ou sangramento. As imagens radiográficas mostram baixa radiopacidade, câmara pulpar ampla e mínima ou ausência de formação de raízes. Devido ao fraco desenvolvimento da raiz, esses dentes são altamente móveis, e pode causar dor e desconforto à criança durante a amamentação (FARIAS et al., 2020).

Na grande maioria dos casos, os dentes natais e neonatais fazem parte da dentição decídua normal. Na maioria absoluta das publicações, os dentes que irromperam precocemente são os incisivos centrais inferiores, quase sempre bilateral e simetricamente. No entanto, não é incomum que um dente tenha irrompido no nascimento e outro comece a irromper no período neonatal. Com poucas exceções, o restante dos casos corresponde a incisivos centrais superiores. A maioria dos estudos encontrou entre 38% e 76% de dentes natais e neonatais em pares e indicou que apenas 1 a 10% são supranumerários. Os dentes natais e neonatais geralmente representam unidades do complemento normal primário (FERREIRA et al., 2019).

De acordo com a literatura, a presença de dentes natais e neonatais é muito rara. Alguns estudos apontam uma prevalência variando de 1: 1.000 a 1: 30.000. Para outros autores, essa prevalência varia de 1: 401 a 1: 3.500. Essas diferenças podem ter ocorrido devido ao tipo de estudo, aos métodos utilizados na coleta de dados ou pela população estudada (WANG et al., 2017).

3.1 TERMINOLOGIA PARA DENTES NATAIS E NEONATAIS

Vários termos têm sido usados para se referir a dentes que irromperam prematuramente, tais como: dentes congênitos, dentes fetais, dentes precoces, dentes pré-decíduos, dentes infantis, entre outros, são as definições mais aceita por autores em todo o mundo. Dessa forma, os dentes natais são aqueles que já estão presentes no bebê no momento do nascimento. Em contraste, os dentes neonatais aparecem durante os primeiros trinta dias de vida. Os dentes que irrompem além do período de 30 dias (ou seja, irrompem dentro de 1-3,5 meses) são geralmente referidos como dentes da primeira infância (SALGADO e PRADO, 2018).

3.2 ETIOLOGIA

A presença de dentes natais e neonatais é definitivamente uma alteração cronológica e histológica cuja etiologia ainda é desconhecida. E a posição superficial do germe dental, infecções, estados febris, trauma, desnutrição, estimulação hormonal e exposição materna a toxinas ambientais. A condição pode ocorrer como um traço família desde que uma história familiar positiva tem sido obtida entre 8-62% dos casos. A transmissão hereditária de um gene autossômico dominante também foi sugerida (FARIAS et al., 2020).

A evidência de contribuição genética também é observada em associação com dentes natais e neonatais em síndromes múltiplas e anormalidades de desenvolvimento. Não está bem estabelecido se dentes natais ou neonatais ocorrem ou não nessas síndromes com mais frequência do que na população em geral. Para Bertotti (2018), algumas dessas síndromes ou anomalias do desenvolvimento são:

- Síndrome adrenogenital.
- Displasia condroectodérmica.
- *Cutis gyratum* e *acantose nigricans*.
- Cyclopia
- Oculomandibulodiscefalia.
- Paquioníquia congênita.
- Canal arterial e pseudo-obstrução intestinal.
- Síndrome de Pfeiffer tipo 3.
- Síndrome de Pierre Robin.
- Síndrome de Rubinstein-Taybi.
- Síndrome polidáctila.
- Esteatocistoma múltiplo.
- Síndrome de Van der Woude.
- Síndrome de Wiedermann-Rautenstrauch.

A maioria dos dentes erupcionados prematuramente parece ocorrer em bebês com ou sem história familiar da doença. Em alguns bebês pode ser uma manifestação localizada de uma síndrome ou de fatores ambientais, por isso a importância é enfatizada na avaliação cuidadosa do bebê com dentes natais e neonatais. Apesar da estrutura básica normal dos dentes natais, a erupção precoce está associada à mineralização do esmalte prejudicada. Histologicamente, a maioria dos dentes natais tiveram displasias ou

hipomineralização do esmalte, bem como dentina irregular e osteodentina em pescoços e dentina interglobular nas regiões de coroa. A borda incisal pode estar desprovida de esmalte (ARAÚJO et al., 2020).

Tanto a bainha de Hertwig quanto o cemento podem estar ausentes. Frequentemente, há um aumento no número de vasos sanguíneos dilatados no tecido pulpar, a formação da raiz é frequentemente incompleta (REZENDE, 2018).

Em relação a classificação dos dentes natais existem diferentes classificações, como pode ser visto no quadro 1.

Quadro 1. Classificação dos dentes natais.

Classificação	
Grau de maturação	Maduros: Dentes natais maduros são aqueles que apresentam pelo menos um 1/3 de uma raiz, esmalte branco e mineralizado, com câmara pulpar normal e pouca mobilidade.
	Imaturos: são aqueles que têm uma raiz menor que um terço, um esmalte hipoplásico e amarelado, uma câmara pulpar estreita e são móveis.
Viabilidade Clínica	Maduros: são aqueles clinicamente viáveis, com bom desenvolvimento radicular e morfológico, por isso apresentam bom prognóstico.
	Imaturos: apresentam morfologia anormal e falta de desenvolvimento que ocasionam sua inviabilidade.

Fonte: Adaptado de Diniz et al., 2008.

Segundo Salgado e Prado (2018), a aparência de cada dente natal pode ser classificada em uma das quatro categorias a seguir, que são baseadas nas observações:

- Estrutura da coroa perdida presa ao alvéolo por um anel de mucosa oral; sem raízes;
- Coroa sólida perdida presa ao alvéolo pela mucosa oral; pouca ou nenhuma raiz;
- A borda incisal da coroa irrompe direto na mucosa oral;
- Mucosa oral inchada com o dente não irrompido, mas palpável.

3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS

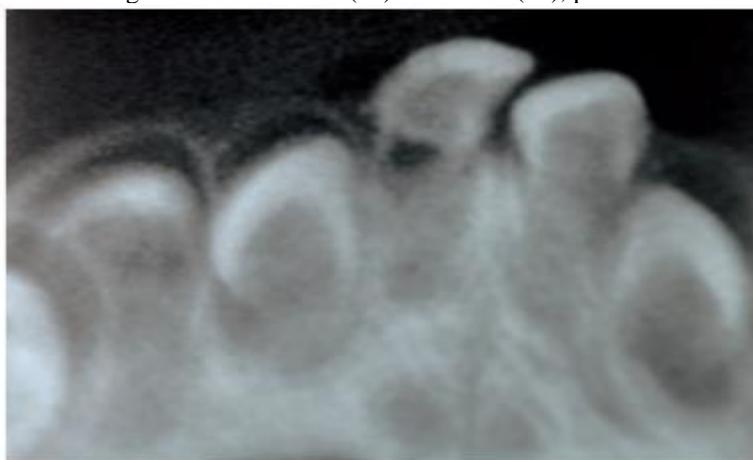
Os dentes primários natais e neonatais podem se assemelhar aos dentes decíduos normais, mas na maioria das vezes são pouco desenvolvidos, pequenos, cônicos, amarelados, com dentina e esmalte hipoplásicos e com desenvolvimento radicular pobre ou total (PALMEIRA et al., 2017).

Ainda segundo os autores, os dentes natais da categoria 1 e os da categoria 2, quando o grau de mobilidade é superior a 2mm, são candidatos à extração.

A coroa dentária pode ser menor que o normal e apresentar hipoplasia, rugosidade na superfície do esmalte ou manchas amareladas, acinzentadas ou acastanhadas. O dente frequentemente mostra uma mobilidade acentuada e parece estar frouxamente fixado aos tecidos moles. As radiografias revelam que a raiz ainda não se formou. A hipomineralização de toda a coroa pode ser devido ao suprimento insuficiente de sangue ao epitélio de um germe dentário localizado superficialmente (REZENDE, 2018).

O exame radiológico é fundamental para confirmar se o dente erupcionado pertence ou não à dentição decídua e para analisar a formação da raiz, pois é muito importante no que diz respeito ao tratamento (figura 4). O diagnóstico correto dos dentes natais e neonatais é importante para determinar se esses dentes são supranumerários ou dentição normal. Os nódulos de Bohn e o cisto da lâmina dentária são manifestações orais adicionais que podem ser confundidas com essas condições dentárias; mas eles podem ser diferenciados pelo exame radiográfico.

Figura 4. Exame radiográfico - dente natal (81) e neonatal (71), paciente com 15 dias de vida.



Fonte: Simões et al., 2014.

Para Palmeira et al., (2017), vários fatores devem ser considerados antes de um plano de tratamento ser decidido: (1) grau de mobilidade e implantação, (2) conveniência durante a sucção, (3) interferência na amamentação e (4) se o dente é supranumerário ou faz parte do normal dentição.

Se esses dentes erupcionados forem diagnosticados como parte da dentição normal, a manutenção na boca é considerada a opção de tratamento primária, exceto se eles se tornarem uma fonte de lesões para o bebê. Se bem implantados, esses dentes devem ser deixados na arcada e removidos somente quando interferirem na alimentação

ou quando forem extremamente móveis e houver risco de aspiração. As indicações para remoção incluem risco de deslocamento, aspiração subsequente e lesão traumática na língua do bebê ou no seio materno (FERREIRA et al., 2019).

3.4 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Histologicamente, o esmalte dos dentes natais e neonatais segue o mesmo padrão de mineralização da dentição decídua normal. A maioria dos autores consultados foca as alterações histológicas desses dentes naqueles de um dente imaturo cujas características mais importantes seriam o esmalte hipoplásico e o mau desenvolvimento radicular (MARTINS et al., 2010).

A fina camada de esmalte também tem a possibilidade de apresentar mineralização normal, embora a presença de hipoplasia seja mais normal são diferentes graus de mineralização e ausência de esmalte em algumas regiões (geralmente a região cervical, que geralmente é recoberta por cimento. Dobras e fratura podem aparecer linhas. Em imagens ampliadas, foram encontrados corpos arredondados que, após a coloração de Gram, se revelaram bactérias. Essa infiltração é encontrada na superfície, mas pode ser distribuída por toda a camada de esmalte até o limite dentina-amelo. Este processo de cárie pode afetar todas as partes visíveis do esmalte, embora seja um processo raro (FARIAS et al., 2020).

A maioria desses dentes apresenta anormalidades em todas as estruturas dentais. Hipoplasia de esmalte tem sido observada com frequência. Grandes espaços interglobulares com inclusões celulares anormais foram encontrados na dentina, bem como um padrão de orientação irregular dos túbulos dentinários. As mudanças na dentina são mais pronunciadas e, em alguns casos, os túbulos dentinários estão completamente ausentes nas regiões menores. A bainha e o cimento de Hertwig podem estar ausentes. Outros achados incluem a ausência da camada basal de Weil, a zona celular da polpa e um aumento no número de vasos sanguíneos dilatados na polpa. Observou-se que, após a exposição do esmalte hipoplásico à cavidade oral, ele geralmente fica marrom, amarelado e se deteriora progressivamente (DUARTE e RAMOS, 2007).

Estudos realizados com microscopia eletrônica de varredura revelam mais sobre a diminuição da espessura do esmalte. Uma espessura de esmalte de 120 μm observada em dentes neonatais, quando a camada de esmalte de um dente temporário normalmente tem uma espessura variando entre 1000 e 1200 μm . Observa-se também que a espessura máxima da camada de esmalte era de 150 μm , e que a superfície do esmalte apresentava

fissuras que representam a conclusão do desenvolvimento incompleto dos processos. As alterações estruturais parecem limitar-se apenas ao esmalte, com ausências na zona do prisma, estrias de Retzius e bandas de Hunter-Schreger, tudo isso provavelmente relacionado a alterações na amelogênese. Essa parada prematura da amelogênese pode ocorrer aproximadamente no sexto mês de vida intrauterina. Essa espessura da camada de esmalte pode ser considerada normal se levar em consideração que o dente natal é um dente cuja coroa teria terminado de se formar três meses depois, se não tivesse irrompido precocemente. Embora em alguns casos os túbulos dentinários estejam completamente ausentes em pequenas regiões (FARIAS et al., 2020).

3.5 SINTOMAS E COMPLICAÇÕES

A presença de um dente móvel irrompido prematuramente pode ser a causa da dor, para a qual o bebê recusa a mamadeira ou o leite materno; outros sintomas como diarreia infantil, salivação e mal-estar geral foram associados em alguns casos à erupção do recém-nascido dentes, mas há apenas evidências anedóticas. Dentes natais ou neonatais irrompidos se movem em todas as direções. Isso porque o dente está inserido apenas na margem gengival, já que sua formação radicular é incompleta e a fixação ao osso por gonfose não é possível. A hiper mobilidade pode causar deglutição ou aspiração do dente. No entanto, a inalação de um desses dentes nunca foi relatada na literatura, o perigo é dito mais imaginário do que real. Em relação aos elementos dentários, as possíveis consequências incluem lesões cariosas, pólipos pulpar ou erupção prematura dos dentes sucessores (BERTOTTI, 2018).

As pontas ou bordas afiadas do esmalte podem causar ulceração na superfície ventral da língua, o que é conhecido como doença de Riga-Fede (figura 5), desencadeando a rejeição do lactente à mamadeira ou à amamentação (SIMÕES et al., 2014).

Figura 5. Lesão de Riga-Fede originada por trauma constante de dente natal.



Fonte: Lemos et al., 2009.

Além disso, os dentes erupcionados podem lacerar os mamilos da mãe, mas essa probabilidade também é especulativa. Normalmente, a língua do bebê repousa sobre os incisivos inferiores durante a alimentação e qualquer trauma será maior na língua do bebê do que no seio da mãe. Outro sintoma relacionado aos dentes natais e neonatais é a gengivite. Outra complicação é a anorexia devido à mobilidade ou ulceração da língua. O fato de esses dentes se desenvolverem normalmente e terem função adequada na dentição decídua depende, sobretudo, do grau de exposição da coroa na cavidade oral em relação ao desenvolvimento radicular e sua inserção no osso alveolar. Assim, os dentes neonatais têm um prognóstico ligeiramente melhor do que os dentes natais (SIMÕES et al., 2014).

De acordo com alguns investigadores, a detecção da doença de Riga-Fede é uma indicação para remoção de dentes natais e neonatais; no entanto, outros não recomendam a remoção, uma vez que uma margem incisal aguda pode ser aliviada por alisamento. O tratamento da doença de Riga-Fede por estratificação da borda incisal com qualquer resina fotopolimerizável, o que é facilitado na rápida cicatrização das úlceras. Dito isso, a maioria desses dentes exibe evidências de hipomineralização e, portanto, uma área de superfície limitada de esmalte está disponível para colagem de resina. Dados esses fatores combinados com as dificuldades, o procedimento de colagem adequado, desde o acesso ao controle adequado da umidade e, em seguida, o condicionamento da superfície do esmalte torna a retenção da resina incerta. Além disso, se a restauração falhar, existe o risco de que a resina composta também possa ser engolida (BERTOTTI, 2018).

Caso o tratamento decidido for a exodontia, é indicado esperar de dez a quinze dias de vida, antes de fazer a cirurgia de remoção do dente, para precautelar hemorragias, porque a flora intestinal do recém-nascido é incapaz de produzir vitamina K, indispensável para a produção de protrombina, essencial para o processo de coagulação (ARAÚJO et al., 2020).

Dentes natais/neonatais que apresentam mobilidade superior a 1 mm são indicados para extração; isso se deve à probabilidade de aspirar ou ingerir dentes natais. Outra razão para a remoção do dente natal/neonatal é para aliviar as dificuldades de alimentação ou complicações como a doença de Riga-Fede. Se a extração for o tratamento de escolha, ela pode ser adiada até que a criança tenha 10 dias de idade ou mais e tenha níveis sanguíneos adequados de vitamina K. Esse período de espera de dez dias permite que a flora normal do intestino se estabeleça produzindo vitamina K, um fator essencial para a produção de protrombina no fígado (RUIZ, 2021).

Uma vez que a vitamina K parenteral evita uma doença hemorrágica com risco de vida do recém-nascido, recomenda-se que todos os recém-nascidos recebam uma única dose intramuscular de 0,5 a 1 mg de vitamina K. Se não for possível retardar a extração, deve-se iniciar uma consulta com o pediatra, para que avalie se há necessidade de administração, caso o recém-nascido não tenha recebido imediatamente após o nascimento. Uma vez realizada a extração, é essencial remover a papila dentária subjacente e a bainha da raiz epitelial de Hertwig durante a extração do dente para prevenir o desenvolvimento da estrutura da raiz que poderia continuar se essas estruturas fossem deixadas *in situ* (ARAÚJO et al., 2020).

3.6 MANEJO DE DENTES NATAIS OU NEONATAIS

Estabelecer um plano de tratamento é um desafio para o odontopediatra. O tratamento deve ser individualizado para cada dente e cada criança. A decisão final de manter ou extrair o dente deve ser considerada por vários fatores. Se os dentes não estão causando problemas para a mãe ou filho, eles devem ser deixados sem tratamento. Se o dente apresenta boa implantação e faz parte da dentição decídua normal, o primeiro tratamento de escolha será a manutenção do dente na cavidade oral, desde que não cause danos à criança. Porém, se estiver interferindo na amamentação ou apresentando grande mobilidade, com risco de deslocamento e aspiração, o dente deve ser retirado (FERREIRA et al., 2019).

Os tratamentos são: a extração ou manutenção do dente na arcada. Sempre se tentará optar pelo tratamento mais conservador, polindo a borda dos dentes caso possam criar úlceras na língua, ou colocando um material restaurador nesta borda incisal. Porém, antes de iniciar o tratamento, deve-se descartar com raio-X se for um dente supranumerário, caso em que está indicada sua extração (NOGUEIRA et al., 2014).

O estado de erupção dentária, mobilidade, estado gengival da área da dieta natal e a idade exata do paciente também devem ser avaliados. É preciso também levar em consideração, na hora da extração, o grau de emergência do dente, a formação do processo alveolar, a inserção e quantidade de formação radicular e o comprometimento de vida do paciente (PALMEIRA et al., 2017).

Quando os dentes apresentam leve mobilidade é escolhido o monitoramento, evitando extração, uma vez que geralmente se estabilizam da maneira que irrompem. No caso de fazer parte da dentição normal, será imperativo mantê-lo na cavidade oral, a menos que pode causar alguma complicação (FARIAS et al., 2020).

Os dentes neonatais devem ser gerenciados com diferentes abordagens, a primeira conservadoramente, observando e mantendo o dente na cavidade oral e o segundo com extração dentária. Os dentes neonatais são geralmente menos móveis e os dentes natais tornam-se menos móveis por volta de um mês de idade. Os dentes natais e neonatais que sobrevivem além de quatro meses geralmente têm um bom prognóstico. Os tecidos gengivais são geralmente normais, porém ocasionalmente edematosos e hemorrágicos. Recomenda-se que o tecido gengival inflamado ao redor dos dentes não seja removido, mas seja controlado com a aplicação de géis de gluconato de clorexidina três vezes ao dia (SEVALHO et al., 2011).

A ulceração da língua (doença de Riga-Fede) é causada pela posição anterior da língua durante a sucção causando pressão da língua nos dentes. Essa condição pode ser acompanhada por endentações, bordas ou projeções nos dentes, porém salienta-se que a doença de Riga-Fede por si só não é motivo para extração (NOGUEIRA et al., 2014).

Quando a doença de Riga-Fede está presente, duas opções de tratamento podem ser realizadas: extração ou regularização da borda incisal afiada dos dentes, seguido por triancinolona em orabase em ulceração traumática. Na visão de alguns autores, irritação leve a moderada na língua e uma pequena mobilidade desses dentes podem ser resolvidas com um tratamento mais conservador, ou seja, tratar as arestas dos dentes em questão com instrumentos abrasivos. A adição de resina composta também pode ser uma alternativa de tratamento viável. No caso de uma grande área ulcerada, mesmo após o

tratamento das bordas incisais, os dentes ainda podem traumatizar a língua durante a mamada, retardando a cicatrização. Assim, para uma resolução rápida da lesão, a extração deve ser realizada (NOGUEIRA et al., 2014).

Um dente natal ou neonatal retido pode criar problemas de alimentação para a mãe. Se a amamentação for inicialmente muito dolorosa para a mãe, é recomendável usar uma bomba de retirada de leite, armazenando para uso imediato. No entanto, o bebê pode se acostumar a não morder a mãe durante a amamentação em um curto espaço de tempo se ela continuar a amamentar. É como se a criança sentisse o desconforto da mãe e aprendesse a evitá-lo (MOREIRA e GONÇALVES, 2010).

Um tratamento alternativo pode ser lixar as bordas dos incisivos com uma pedra de diamante de granulação fina para evitar ferir a mãe que amamenta. Como já salientado, quando há a necessidade de extração dos dentes, é aconselhável aguardar até que o lactente tenha pelo menos 10 a 14 dias de vida, isso permitirá que a flora intestinal do lactente produza vitamina K, essencial para níveis adequados de protrombina que intervém nos processos de coagulação. Se houver necessidade de extração dentária imediata, o cirurgião-dentista deve solicitar avaliação do pediatra para prescrição profilática da dose adequada de vitamina K que deve ser administrada antes do procedimento cirúrgico para fornecer extração segura. Uma tendência a sangramento excessivo após a extração desse tipo de dente tem sido relatada na literatura, mas essa tendência não parece constituir um risco significativo em crianças saudáveis, especialmente se elas receberam vitamina K (ARAÚJO et al., 2020).

A extração do dente natal ou neonatal não deve apresentar dificuldades significativas. As células subdesenvolvidas da papila dentária e as da bainha da raiz de Hertwig são facilmente destacadas da parte calcificada do dente. Essas células, que permanecem no alvéolo, podem continuar a desenvolver-se em uma estrutura semelhante a um dente, isso pode ocorrer em uma porcentagem pequena das crianças e algumas delas podem resultar em abscesso alveolar (FERREIRA et al., 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dentes presentes em um recém-nascido podem ser de dois tipos: dentes supranumerários com defeitos na estrutura amelodentinal perfeitamente formada e dentes decíduos irrompidos prematuramente, destes 90% são pertencentes à dentição decídua e menos de 10% são dentes supranumerários. Não é incomum descobrir que os dentes natais ou neonatais aparecem aos pares e muito comumente no arco os incisivos centrais

inferiores são mais frequentes, seguidos pelos incisivos superiores e finalmente os caninos e molares.

Os dentes natais e neonatais são ocorrências raras na cavidade oral e a avaliação e o diagnóstico adequados são fundamentais para fornecer a melhor opção de tratamento. Os pediatras são geralmente os primeiros a detectar esses dentes e a consulta precoce com o dentista pode prevenir complicações. A decisão de manter ou remover esses dentes deve ser avaliada em cada caso de forma independente. O exame radiográfico é uma ferramenta diagnóstica essencial. Até o momento, nenhum estudo confirmou a relação de causa e efeito com qualquer uma das teorias propostas até o momento. A etiologia dos dentes natais e neonatais ainda requer mais investigações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sempre me guiar, a minha orientadora Prof.^a Valéria Rolim, pela dedicação e orientações, a todos os professores pelo ensinamento e aos amigos pelos momentos vividos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.E.C.; DALUZ, A.D.J.; SILVA, A.V.N.A. CASTANHA, D.M.; INAOKA, S.D.; SOUZA, C.L.G.; COSTA, D.F.N. Dentes natais inferiores detectados nas primeiras horas de vida: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

BERTOTTI, M. Levantamento de dentes natais e neonatais em pacientes atendidos na unidade de cirurgia buco-maxilo-facial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Estudo Retrospectivo (Tese de Pós-graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

CORRÊA, M.S.N.P. Odontopediatria na primeira infância. 3ª. ed. São Paulo: Santos 2010.

DINIZ, M.B.; GONDIM, J.O.; PANSANI, C.A.; ABREU-E-LIMA, F.C.B. A importância da interação entre odontopediatrias e pediatrias no manejo de dentes natais e neonatais. **Revista Paulista de Pediatria [online]**. 2008, v. 26, n. 1.

DUARTE, F.; RAMOS, C. Dentes natais e neonatais. *Temática*, 2 (2007), pp. 39-52. Disponível em: <http://www.clitrofa.com/PublicacoesCientificas/CirurgiaOral/DentesNataiseNeonatais.pdf>. Acesso em agosto de 2021.

FARIAS, M.T.; CELESTINO, C.C.A.; LEITE, I.F.; MENDES, P.C.A. Acompanhamento clínico de dentes natais e neonatais: Relato de casos em dois irmãos. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5619-5630 may/jun. 2020.

FERREIRA, A.M.R.Q.; PINTO, L.M.C.; FARIA, M.D. Dentes natais e neonatais: diagnóstico e conduta clínica. v. 6 n. 6 (2019): ANAIS DA 20ª JORNADA ODONTOLÓGICA DO UNIFUNEC.

LEMONS, L.V.F.M.; SHINTOME, L.K.; RAMOS C.J.; MYAKO, S.I. Dentes natal e neonatal. **Einstein**. 2009; 7(1 Pt 1):112-3.

MARTINS, A.L.C.F.; BELMONT, L.F.; HADDAD, A.E.; CORRÊA, M.S.N.P. Erupção dentária. In: Corrêa, MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 3ª. ed. São Paulo: Santos; 2010.

MOREIRA, F.C.L.; GONÇALVES, I.M.F. Dentes natais e doença de Riga-Fede RGO. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, abr/jun; 58(2):257-61, 2010.

NOGUEIRA, J.S.E.; GONÇALVES-FILHO, A.J.G.; MODA, L.B.; OLIVEIRA, R.P. Doença de Riga-Fede: relato de dois casos - um conservador e outro radical. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** vol.68 no.2 Sao Paulo Abr./Jun. 2014.

PALMEIRA, M.T.; CARVALHO, M.S.R.; SERRANO, F.L.; OLIVEIRA, L.M.C. Dente Natal e Neonatal: Diagnóstico e conduta terapêutica. **Rev. Odontol.** Univ. São Paulo; 29(2): 149-53, mai-ago, 2017.

PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. Odontopediatria: odontologia essencial: parte clínica. São Paulo: Artes Médicas; 2014.

REZENDE, K. M., ROJAS, C. S., IMPARATO, J. C. P., & BÖNECKER, M. Dente natal e cultivo celular: caso clínico. **Revista de ABO**. 4ª ed. São Paulo, 2018.

RUIZ, D.R. Dentes Natais e Neonatais. Disponível em: https://www.spsp.org.br/2012/01/17/dentes_natais_e_neonatais/ . Acesso em agosto de 2021.

SALGADO, P.A.; PRADO, T.T.B. Dentes natais e neonatais: diagnóstico e conduta. [Tese de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, 2018.

SEVALHO, M.L.; HANAN, S.A.; ALVES FILHO, A.O.; MEDINA, P.O. Dentes natais – Relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*. 10(1):160-165, 2011.

SIMÕES, G.M.; MENDES, L.D.; OLIVEIRA, S.M.M.; PENIDOC.V.S.R. Relato de caso clínico de paciente com dente natal e neonatal. **Revista Associação Paulista Cirurgia Dentária**, 2014;68(4):328-30.

STRINGHINI JUNIOR, E.; STANGI, B.; OLIVEIRA, L.B. Dentes supranumerários impactados: relato de caso clínico. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** vol.69 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2015.

WALTER, L.R.F.; LEMOS, L.V.FM.; MYAKI, S.I.; ZUANON, A.C.C. Manual de odontologia para bebês. São Paulo: Artes médicas, 2014.

WANG, C.H.; LIN, Y.T.; LIN, Y.T.J. Uma pesquisa de dentes natais e neonatais em bebês recém-nascidos. Março de 2017; 116 (3): 193-196. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27133183/>. Acesso em agosto de 2021.