

## DENTES NATAIS E NEONATAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Natal and neonatal teeth: integrative review

Access this article online	
<b>Quick Response Code:</b>	
	<b>Website:</b> <a href="https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/53972">https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/53972</a>
	<b>DOI:</b> 10.22409/ijosd.v2i61.53972

**Autores:**

**Vitor Carvalho Figueiredo**  
Unigranrio University

**Giovanna Salles Leite Fortes**  
Unigranrio University

**Leila Chevitarese**  
Unigranrio University

**Vivian Carvalho Figueiredo**  
Estácio de Sá University

**Ana Alice Vidal**  
Federal Fluminense University, Rio de Janeiro

**Endereço para correspondência:**

Vitor Carvalho Figueiredo  
Avenida Ernani do Amaral Peixoto, 455/204  
Centro, Niterói, RJ. CEP 24020-072. Brazil.  
Phone: +55 21 982123045;  
E-mail: [vfigueiredo914@gmail.com](mailto:vfigueiredo914@gmail.com)

## RESUMO

Embora a dentição primária comece a se formar intra-útero, a maioria das crianças não apresenta dentes erupcionados ao nascimento. A avaliação do melhor tratamento é de extrema importância, porque podem evoluir com complicações afetando o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Esse trabalho objetivou estudar a ocorrência de dentes natais e neonatais, suas complicações e condutas adequadas. Foi utilizada uma metodologia Integrativa, onde os artigos foram oriundos do sistema EndNoteX5, acessando-se o PubMed, além do SciELO, LILACS e outros sistema eletrônicos. Na maior parte dos estudos, a prevalência de dentes natais e neonatais variou entre 1:1000 e 1:30.000 nascidos vivos. A etiologia é desconhecida, tendo fatores genéticos e endócrinos associados. Em mais de 90% dos casos, esses dentes representam uma dentição normal, mas histologicamente, a maioria dos dentes natais possui esmalte displásico ou hipomineralizado, dentina irregular, osteodentina nas porções cervicais e dentina interglobular na porção coronal. Uma complicação importante é a doença ou síndrome de Riga-Fede, uma ulceração na superfície ventral da língua causada pela borda incisal afiada do dente, tendo sempre como a primeira opção um tratamento conservador. Deve ser sempre considerado se o dente é supernumerário ou não, pois os supernumerários devem sempre ser extraídos. Concluindo, embora não seja uma ocorrência comum, a presença de dentes natais e neonatais pode interferir de maneira significativa na vida do recém-nascido, gerando sofrimento para as famílias. Os dentistas devem estar aptos a tomar a melhor decisão indicando, na maioria das vezes, primeiro o tratamento conservador da doença de Riga-Fede, na expectativa de preservar a dentição.

**Palavras-chave:** Cuidado Dental, Dente Natal, Dente Neonatal, recém-nascido.

## ABSTRACT

Although primary dentition begins to form in utero, most children do not have erupted teeth at birth. The evaluation of the best treatment is extremely important, because they can evolve with complications affecting the growth and development of the newborn. This work aimed to study the occurrence of natal and neonatal teeth, their complications and appropriate conducts. It was a non-systematic review work, where an Integrative methodology was used. The articles came from the EndNoteX5 system (4.5), accessing PubMed, in addition to SciELO, LILACS and other electronic systems. In most studies, the prevalence of natal and neonatal teeth ranged between 1: 1000 and 1: 30,000 live births. The etiology is unknown, with genetic and endocrine factors

associated. In more than 90% of cases, these teeth represent normal dentition, but histologically, most natal teeth have dysplastic or hypomineralized enamel, irregular dentin, osteodentin in the cervical portions and interglobular dentin in the coronal portion. An important complication is Riga-Fede's disease or syndrome, an ulceration on the ventral surface of the tongue caused by the sharp incisal edge of the tooth, with conservative treatment as the first option. It must always be considered whether the tooth is supernumerary or not, as supernumeraries must always be extracted. In conclusion, although it is not a common occurrence, the presence of natal and neonatal teeth can significantly interfere in the newborn's life, causing suffering for families. Dentists must be able to make the best decision, indicating, in most cases, first the conservative treatment of Riga-Fede disease, in the hope of preserving the dentition.

**Key Words:** Dental care, natal teeth, neonatal teeth, newborn.

## INTRODUÇÃO

Os dentes começam a se desenvolver na vida intrauterina. A formação da dentição primária se inicia entre a sexta e oitava semana de gravidez e o começo da calcificação se dá no final do primeiro trimestre. A maior parte da dentição permanente começa a se formar em torno do quinto mês de gravidez, calcificando após o nascimento. Embora a dentição primária comece a se formar intra-útero, a maioria das crianças não apresenta dentes erupcionados ao nascimento (BRECHER & LEWIS, 2018). Dentes erupcionados ao nascimento são denominados dentes natais. Se o dente erupciona no primeiro mês de vida, é denominado dente neonatal (MASSLER & SAVARA, 1950; LEUNG & ROBSON, 2006; MHASKE et al, 2013). Dentes que erupcionam entre 30 dias e 3 meses e meio, são chamados de “early infancy teeth” (SHIVPURI et al, 2018).

Dentes natais e neonatais foram documentados pela primeira vez, por Titus Livius, em 59 a.C.. Gaius Plinius Secundus, em 23 a.C., acreditava que um futuro esplêndido aguardava bebês do sexo masculino com dentes natais (ZHU & KING, 1995). Ainda hoje existem muitos mitos e superstições relacionados à ocorrência de dentes natais e neonatais (MHASKE et al., 2013) e isso pode causar extrema ansiedade na família (SHIVPURI et al., 2018). Em alguns países, a criança é considerada monstruosa e portadora de infortúnio. De acordo com a tradição chinesa, por exemplo, é considerado um mau presságio para as meninas (ZHU & KING, 1995). Em comunidades da Inglaterra e da Malásia é considerado sinal de sorte (SHIVPURI et al., 2018).

A erupção do primeiro dente no primeiro ano de vida de um bebê é considerada um marco importante e devem ser avaliadas as questões funcionais e psicológicas da criança quando ocorre precocemente (CUNHA et al, 2001).

O diagnóstico é geralmente simples, entretanto é necessária uma avaliação clínica criteriosa do recém-nascido para pesquisa de patologias concomitantes, embora não existam evidências conclusivas de que dentes natais ou neonatais indiquem necessariamente um problema de saúde (BASAVANTHAPPA et al, 2011; SHARMA & KHAN, 2015; WANG et al, 2017).

A avaliação do melhor tratamento a ser aplicado é de extrema importância, porque dentes natais e neonatais podem evoluir com complicações que podem afetar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (HEGDE, 2005; JAMANI et al, 2018).

Diante do descrito, esse trabalho teve como objetivo estudar a ocorrência de dentes natais e neonatais, suas complicações e condutas adequadas.

## MÉTODOS

Trabalho de revisão não sistemática, onde foi utilizada uma metodologia integrativa, em que resumidamente seis passos foram seguidos: definição da questão da pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão; seleção das informações extraídas do texto realçando as citações; observação dos pontos de consenso; discussão e interpretações dos resultados seguidos de um resumo dos achados mais relevantes.

Os artigos foram oriundos do sistema EndNoteX5 (4.5), acessando-se o PubMed, além do SciELO, LILACS e outros sistema eletrônicos, obtendo textos em inglês, espanhol e português.

Utilizando-se as palavras-chave foram resgatados artigos de revisão, relatos de casos, série de casos e aqueles com características de pesquisa. Não houve restrição de período temporal, sendo então selecionados 63 artigos para descrição das possíveis ocorrências e conduta diante do aparecimento do dente fetal ou neonatal.

## RESULTADOS

Na maior parte dos estudos, a prevalência de dentes natais e neonatais varia entre 1:1000 e 1:30.000 nascidos vivos (CUNHA et al., 2001). Kates et cols (KATES et al, 1984) relataram prevalência mais alta, de 1:716. As mais altas prevalências têm sido relatadas em algumas tribos indígenas americanas e em crianças com lábio leporino e fenda palatina (MOK & SUINA, 1986; DE ALMEIDA & GOMIDE, 1996). Dentes natais são três vezes mais frequentes que dentes neonatais (WANG et al., 2017). Alguns estudos sugerem que dentes natais e neonatais são levemente mais frequentes em meninas (SHARMA & KHAN, 2015; SAMUEL et al, 2018). A incidência familiar varia amplamente na literatura. Entre 8 e 62% dos casos existe outra ocorrência na família (CUNHA et al., 2001; PORTELA et al, 2004; SHIVPURI et al., 2018). Há relatos de raras ocorrências de dentes natais em gêmeos (ANEGUNDI et al, 2002; SAMUEL et al., 2018).

A etiologia da erupção precoce de dentes ainda é desconhecida (WANG et al., 2017; SHIVPURI et al., 2018). Segundo a literatura vários fatores como genéticos e endócrinos podem estar associados, além de doenças febris, estímulos hormonais, infecção e má nutrição materna e também algumas síndromes (KATES et al., 1984; CUNHA et al., 2001; SHIVPURI et al., 2018).

Outros fatores predisponentes descritos são aposição superficial dos germes dentários (SHIVPURI et al., 2018) e o aumento da reabsorção do osso adjacente (MHASKE et al., 2013). De acordo com Stamfelj e cols (STAMFELJ et al, 2010) os dentes natais que estão associados à agenesia de seus sucessores primários, estão mais relacionados a um padrão prematuro de desenvolvimento dental, do que ao posicionamento superficial dos germes.

Estão descritos ainda os fatores ambientais. Os hidrocarbonetos halogenados aromáticos, um dos poluentes mais difundidos, atravessam a barreira placentária e podem estar associados a erupção precoce de dentes (STAMFELJ et al., 2010).

Os dentes natais são mais frequentemente os incisivos inferiores (LEUNG & ROBSON, 2006). Segundo Shivpuri e cols (SHIVPURI et al., 2018), isso acontece em 85% dos casos. Esta forte predileção pelos dentes incisivos inferiores centrais é explicada pelo fato de que, normalmente, são estes dentes os primeiros a erupcionarem (LEUNG & ROBSON, 2006). No estudo de Wang CH e cols (WANG et al., 2017), 97.6% dos dentes natais e neonatais foram os incisivos inferiores centrais seguido pelos incisivos superiores, que ocorreram em apenas 2.4% dos casos.

Tsai e cols (TSAI et al, 1998) relataram que nos pacientes com lábio leporino e fenda palatina, os dentes natais mais frequentemente encontrados foram nos segmentos pré-maxilar e maxilar, diferentemente dos casos sem fenda palatina.

Com frequência o recém-nascido apresenta mais de um dente neonatal (SHARMA & KHAN, 2015). Segundo a literatura dentes natais ocorrem em pares em 38% a 76% dos casos (BJUGGREN, 1973; KATES et al., 1984; LEUNG & ROBSON, 2006; WANG et al., 2017). Mais de dois dentes erupcionados ao nascimento é raro (SHARMA & KHAN, 2015).

Em mais de 90% dos casos, dentes natais e neonatais representam a dentição normal, ou seja, a erupção precoce de um dente primário (LEUNG & ROBSON, 2006; WANG et al., 2017). Menos de 10% deles são dentes supernumerários (SHARMA & KHAN, 2015). Na literatura a prevalência de dentes supernumerários varia de 1 a 10% (BJUGGREN, 1973; KATES et al., 1984; DELBEM et al, 1996; EL KHATIB et al, 2005). Entretanto, Basavanthappa e cols (BASAVANTHAPPA et al., 2011) demonstraram em exames radiográficos que todos os 15 casos avaliados em seu estudo eram dentes supernumerários, diferente do descrito na literatura. Exames radiográficos são essenciais para diferenciar a erupção prematura de um dente decíduo de um dente supernumerário (SURESHKUMAR & MCAULAY, 2002; WANG et al., 2017). Eles também fornecem informações sobre a formação radicular e localização do germe do dente subjacente. Entretanto pode ser muito difícil realizar radiografias nos recém-nascidos (GOUEDARD et al, 2016).

Na maior parte dos casos o diagnóstico do dente natal e neonatal é fácil, entretanto, em alguns casos, os diagnósticos diferenciais de cistos de lâmina dentária, hamartoma e linfangioma, se estiver localizado na parte posterior da mandíbula, precisam ser excluídos (ZHU & KING, 1995; MOURA et al, 2014). A Micro-CT é uma alternativa não invasiva para o acesso anatômico do dente natal (PARK et al, 2019).

Os dentes natais ocasionalmente podem se parecer com a dentição primária normal em tamanho e forma, entretanto, eles são frequentemente menores e cônicos. Em geral apresentam cor amarelada, marrom-esbranquiçada, marrom-amarelada ou esbranquiçada opaca, com esmalte e dentina hipoplásicos e raiz deficiente ou ausente (KATES et al., 1984; ANEGUNDI et al., 2002; LEUNG & ROBSON, 2006; BASAVANTHAPPA et al., 2011; SHIVPURI et al, 2021).

Nos casos em que as raízes estão mal formadas ou ausentes, a coroa é quase sempre móvel (SHIVPURI et al., 2018). A aparência desses dentes depende do grau de maturidade (GONCALVES et al, 1998).

Em 1966 eles foram classificados por Spouge e Feasby (SPOUGE & FEASBY, 1966) como dentes maduros e imaturos, com base nas suas características morfológicas. Eles denominaram maduros os dentes totalmente desenvolvidos, com morfologia semelhante a de dentes normais. Chamaram de imaturos aqueles com estrutura e desenvolvimento incompleto.

Hebling e cols (HEBLING et al, 1997), em 1997, propuseram uma classificação os dividindo em quatro categorias:

1. Dente com coroa em forma de concha, mal fixada ao alvéolo por tecido gengival. Ausência de raiz.
2. Dente com coroa sólida, mal fixada ao alvéolo por tecido gengival. Pouca ou nenhuma raiz.
3. Erupção da margem incisal da coroa através dos tecidos gengivais.
4. Edema de tecido gengival com dente irrompido, porém palpável.

Histologicamente, a maioria dos dentes natais possui esmalte displásico ou hipomineralizado, dentina irregular, osteodentina nas porções cervicais e dentina interglobular na porção coronal. Tanto a bainha radicular epitelial quanto o cemento de Hertwigs podem estar ausentes. Geralmente, há um aumento no número de vasos sanguíneos dilatados na polpa. A formação das raízes geralmente é incompleta (TO, 1991).

Uma complicação importante dos dentes natais ou neonatais, conhecida como doença ou síndrome de Riga-Fede, é a ulceração na superfície ventral da língua causada pela borda incisal afiada do dente (TOMIZAWA et al, 1989; SINGH et al, 2004; HEGDE, 2005). O trauma constante pode gerar ulceração suficiente para interferir na amamentação e alimentação adequadas, fazendo com que o recém-nascido não ganhe peso e possa desidratar e ou ter deficiências nutricionais (HEGDE, 2005; JAMANI et al., 2018). Por isso é importante o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A doença de Riga-Fede se inicia como uma área ulcerada com bordas salientes proeminentes, se não tratada pode progredir para um granuloma ulcerado com necrose superficial e fibrose (VAN DER MEIJ et al, 2012). A falha no diagnóstico das lesões pode levar a deformidade ou mutilação da língua (MOHAN et al, 2014).

Embora a região ventral da língua seja o local mais comum de ocorrência da úlcera, outras partes da mucosa oral podem ser afetada pelo dente (COSTACURTA et al, 2012; VAN DER MEIJ et al., 2012), como a gengiva nua oposta, devido à ausência de dentes antagônicos (VAYSSE et al, 2010). Essas lesões mucosas podem ser infectadas por *Candida albicans* (BAUMGART & LUSSI, 2006).

Também a presença do dente com uma inserção pobre na gengiva pode gerar fricção e irritação constantes nos tecidos moles resultando no desenvolvimento de granuloma telangiectásico secundário ao micro trauma causado pelo dente ao nascer (BALASUBRAMANIAN et al, 2022).

A deglutição ou aspiração do dente podem ocorrer quando há mobilidade excessiva do dente (MHASKE et al., 2013; HE & XU, 2019).

Lesão do seio materno pelo dente natal ou neonatal dificultando o aleitamento é descrita (MHASKE et al., 2013), entretanto Zhu e King (ZHU & KING, 1995) não encontraram associação entre a presença de dente neonatal e lesão no mamilo da mãe, segundo eles devido ao fato da língua estar interposta entre os dentes e o mamilo durante a amamentação. Embora o mamilo possa alcançar a parte posterior da boca do bebê, sua língua cobre a gengiva inferior, enquanto os lábios e as gengivas tocam a aréola materna. Portanto, mesmo com a presença de dentes, o bebê é incapaz de morder durante a amamentação ativa (JACOBS et al, 2007).

Dentes natais ou neonatais hipomineralizados, são especialmente sensíveis a cárie (SIXOU et al, 2004). Casos graves já foram documentados da literatura, evoluindo com osteíte, infecção grave generalizada e morte (CUNHA et al., 2001; BAUMGART & LUSSI, 2006). Outras complicações possíveis são pólipos pulpar e erupção prematura dos dentes sucessores (MHASKE et al., 2013).

Para avaliação do melhor tratamento a ser aplicado, deve ser considerado se o dente é supernumerário ou não. Os dentes supernumerários devem sempre ser extraídos. Existe um consenso em estudos clínicos de que dentes natais e neonatais que fazem parte da dentição normal não devem ser removidos a não ser que haja mobilidade dentária excessiva, com alto risco de deglutição ou aspiração, ou causem problemas de alimentação (SLAYTON, 2000; HEGDE, 2005; LEUNG & ROBSON, 2006). A perda prematura de dentes decíduos pode fazer com que a criança possa desenvolver hábitos prejudiciais da postura da língua que podem comprometer a fala (PRABHAKAR & KAUR, 2014). Pode ainda induzir uma fibrose gengival na área, resultando em dificuldades para a erupção do dente permanente (ULSON et al, 2008). Também pode causar perda de espaço e colapso do arco mandibular em desenvolvimento,

resultando em má oclusão da dentição permanente (LEUNG, 1986). Portanto, o acompanhamento próximo da erupção dentária permanente sucessora é muito importante (ULSON et al., 2008).

A primeira opção para o tratamento doença de Riga-Fede deve ser sempre conservadora, evitando extrações quando possível (FARSI & AHMED, 2014). Deve ser realizado o alisamento da borda incisal com um instrumento abrasivo, as tornando redondas e suaves (DELBEM et al., 1996; SLAYTON, 2000; LEUNG & ROBSON, 2006). A anatomia dos dentes pode ser modificada achatando suas bordas com uma broca de acabamento ou usando um disco de polimento (SLAYTON, 2000). Como alternativa, uma pequena quantidade de resina composta pode ser colada às bordas incisais dos dentes (TOMIZAWA et al., 1989; COSTACURTA et al., 2012). Respeitar os protocolos da aplicação de resina na boca de um recém-nascido pode ser difícil, isso implica em risco de descolamento com possibilidade de ingestão, ou mesmo inalação (MALKI et al, 2015). Protetores bucais podem ser usados em alguns casos (COSTACURTA et al., 2012). A terapia a laser parece contribuir positivamente para o sucesso do tratamento da doença de Riga-Fede, reduzindo o tempo de cicatrização, possibilitando à criança retomar a alimentação mais rapidamente e melhorando os sintomas dolorosos (SILVA et al, 2017; KEROUREDAN et al, 2018). Se as opções de tratamento conservador não levarem a uma rápida resolução da lesão, a extração dentária pode ser necessária (SLAYTON, 2000; GALASSI et al, 2004; LEUNG & ROBSON, 2006). Após a redução das bordas incisais, os dentes ainda continuam traumatizando a língua durante a amamentação, atrasando a cicatrização (GOHO, 1996) por isso, em casos de grande área ulcerada, para uma rápida resolução da lesão, a extração desses dentes pode ser indicada, em vez de usar os métodos conservadores (BASAVANTHAPPA et al., 2011). Definir o tratamento adequado para cada caso pode ser um desafio (CLINICAL AFFAIRS COMMITTEE, 2015).

Recém-nascidos nas primeiras semanas de vida tem maior risco de hemorragia porque ainda não tem níveis adequados de vitamina K (KHER & VERMA, 2022). A administração profilática de vitamina K durante o ato cirúrgico deve ser considerada entre as várias recomendações, apesar de seu uso ao nascer ainda ser mandatário (JULLIEN, 2021; LEMBO et al, 2021).

A anestesia pode ser apenas gengival, com gel ou infiltração local (MALKI et al., 2015). Se após a extração permanecerem resíduos, devem ser retirados por curetagem (MALKI et al., 2015). É necessário eliminar completamente estes restos celulares, porque podem gerar a formação de novas estruturas odontogênicas ou haver progressão da formação das raízes. Essas estruturas residuais são observadas em 9,1% dos casos (DE ALMEIDA & GOMIDE, 1996; TARJAN et al, 2005; MALKI et al., 2015). Se a gengiva adjacente estiver muito

inflamada recomenda-se o uso de clorexidina (CUNHA et al., 2001; BAUMGART & LUSSI, 2006).

A prevalência de dentes natais ou neonatais é significativamente maior em pacientes com fenda labiopalatina do que em recém-nascidos normais (DE ALMEIDA & GOMIDE, 1996; BASAVANTHAPPA et al., 2011). Nestes pacientes geralmente os dentes neonatais estão frequentemente localizados dentro das bordas das placas ortopédicas pré-cirúrgicas (YILMAZ et al, 2016). Segundo Ziai e cols (ZIAI et al, 2005) eles interferem na fabricação e aplicação do aparelho intraoral e, portanto, devem ser extraídos para facilitar a terapia ortopédica.

Os dentes natais e neonatais de paciente com fenda labiopalatina devem ser extraídos com cautela, porque podem persistir resíduos das papilas do dente extraído e também porque há risco de “tooth buds” vizinhos serem danificados. Embora a anestesia geral nem sempre seja indicada para a remoção desses dentes, nos casos em que a pré-maxila está frouxa, a anestesia geral é necessária (ZIAI et al., 2005).

Os dentes natais extraídos são normalmente considerados resíduos biológicos (PISAL et al, 2018). No entanto, a polpa dental presente no dente é uma rica fonte de células-tronco que pode ser potencialmente usado para medicina regenerativa (VERMA et al, 2014). Shetty e cols (SHETTY et al, 2018) analisaram a polpa de dois dentes natais extraídos de um recém-nascido saudável de 20 dias quanto a expressão imuno-histoquímica de células-tronco. Eles concluíram que dentes natais, se preservados adequadamente, podem servir como melhor fonte de células-tronco do que os dentes decíduos. Pisal e cols (PISAL et al., 2018) isolaram, caracterizaram e reprogramaram as células-tronco da polpa dental de dentes natais e concluíram que este material é ideal para geração de células-tronco pluripotentes.

## DISCUSSÃO

Segundo a maior parte dos estudos, a ocorrência de dentes natais e neonatais não é comum (KATES et al., 1984) e, embora a etiologia da erupção precoce de dentes ainda não seja conhecida (WANG et al., 2017; SHIVPURI et al., 2018), podem haver doenças associadas que devem ser investigadas (KATES et al., 1984; CUNHA et al., 2001; SHIVPURI et al., 2018).

Os dentes natais ocasionalmente podem se parecer com a dentição primária normal em tamanho e forma, entretanto, eles são frequentemente menores, cônicos, apresentam coloração amarelada, marrom-esbranquiçada, marrom-

amarelada ou esbranquiçada opaca (KATES et al., 1984; ANEGUNDI et al., 2002; LEUNG & ROBSON, 2006; BASAVANTHAPPA et al., 2011) e os com raízes mal formadas ou ausentes apresentam mobilidade variável (SHIVPURI et al., 2018).

Embora casos de evolução fatal para a morte em recém-nascidos que evoluíram com cárie, osteíte e infecção generalizada, já tenham sido descritas (CUNHA et al., 2001; BAUMGART & LUSSI, 2006), a doença de Riga-Fede, é a complicação mais frequente e importante dos dentes natais e neonatais. A ulceração da língua pode interferir no aleitamento, o que pode gerar desidratação e déficit nutricional, podendo causar retardo no crescimento do recém-nascido (HEGDE, 2005; JAMANI et al., 2018). Por isso é importante o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Os dentes supernumerários devem ser extraídos, entretanto em mais de 90% dos casos, os dentes natais e neonatais representam a erupção precoce de um dente primário (LEUNG & ROBSON, 2006; WANG et al., 2017) e não devem ser extraídos, já que sua remoção pode resultar em problemas estéticos, ortodônticos e fonéticos. Segundo a literatura a extração deve ser considerada principalmente quando houver mobilidade excessiva ou quando o tratamento conservador da doença de Riga-Fede não levar a rápida resolução da lesão e o restabelecimento do aleitamento adequado (SLAYTON, 2000; GALASSI et al., 2004; LEUNG & ROBSON, 2006). Nos casos que não há mobilidade excessiva ou comprometimento da nutrição, a ameloplastia é o manejo de escolha para o tratamento da doença de Riga-Fede (IANDOLO et al., 2021). Pacientes com fenda lábio palatina devem ter outro tipo de abordagem e frequentemente a extração está indicada, já que em geral estes pacientes precisam de um aparelho ortopédico antes da correção cirúrgica, e os dentes interferem na sua moldagem e aplicação (ZIAI et al., 2005). Dentistas devem se manter permanentemente atualizados já que estudos recentes sugerem que dentes natais podem servir como melhor fonte de células-tronco do que os dentes decíduos, mas para isso precisam ser adequadamente preservados (VERMA et al., 2014; SHETTY et al., 2018).

Além da presença de complicações, a opinião dos pais também deve ser levada em consideração na tomada de decisão de extrair um dente natal normal e maduro. Eles devem ser informados sobre a importância desses dentes em relação ao crescimento e erupção dos dentes adjacentes, e serem orientados sobre a importância de uma higiene rigorosa e da necessidade aplicação de flúor para proteger esses dentes (SIXOU et al., 2004).

A preservação do dente deve ser acompanhada de um monitoramento cuidadoso para garantir que o dente permaneça estável e saudável (CLINICAL

AFFAIRS COMMITTEE, 2015; KEROUREDAN et al., 2018). Recomenda-se também o acompanhamento periódico para a manutenção da saúde bucal dos pacientes que tiveram necessidade de extração, a fim de evitar problemas relacionados à perda prematura dos dentes decíduos. Quando dentes decíduos forem extraídos, devem ser propostas soluções substituição para manter o espaço e restaurar a estética e a função (ZHU & KING, 1995). Consultas regulares são essenciais para monitorar a erupção de toda a dentição temporária.

Os pediatras são os primeiros profissionais de saúde a ter contato com recém-nascidos e, portanto, são mais propensos a diagnosticar dentes natais e neonatais. Na maior parte dos casos o diagnóstico do dente natal e neonatal é fácil, entretanto, em alguns casos, diagnósticos diferenciais precisam ser excluídos. Os pediatras devem orientar os pais a procurarem um dentista para adequada avaliação e conduta. Em contrapartida dentistas devem consultar os pediatras quando indicarem extração de dentes natais ou neonatais em recém-nascidos até 10 dias de vida devido ao risco de hemorragia. Uma estreita colaboração entre pediatras e dentistas deve ser considerada para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento eficiente.

## CONCLUSÃO

Embora não seja uma ocorrência comum, a presença de dentes natais e neonatais pode interferir de maneira significativa na vida do recém-nascido, gerando sofrimento para as famílias. Os dentistas devem estar aptos a tomar a melhor decisão indicando, na maioria das vezes, primeiro o tratamento conservador da doença de Riga-Fede, na expectativa de preservar a dentição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anegundi, RT; Sudha, R; Kaveri, H et al. Natal and neonatal teeth : a report of four cases. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2002, 20(3): 86-92.
2. Balasubramanian, S; Haridoss, S; Swaminathan, K. Oral Teliangectaticum Granuloma Secondary to Microtrauma Caused by Natal Tooth. Turk Arch Pediatr 2022, 57(1): 105-107.
3. Basavanthappa, NN; Kagathur, U; Basavanthappa, RN et al. Natal and neonatal teeth: a retrospective study of 15 cases. Eur J Dent 2011, 5(2): 168-172.



4. Baumgart, M; Lussi, A. Natal and neonatal teeth. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2006, 116(9): 894-909.
5. Bjuggren, G. Premature eruption in the primary dentition--a clinical and radiological study. *Sven Tandlak Tidskr* 1973, 66(4): 343-355.
6. Brecher, EA; Lewis, CW. Infant Oral Health. *Pediatr Clin North Am* 2018, 65(5): 909-921.
7. Clinical Affairs Committee, AaOPD. Guideline on Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology. *Pediatr Dent* 2015, 37(5): 85-94.
8. Costacurta, M; Maturo, P; Docimo, R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. *Oral Implantol (Rome)* 2012, 5(1): 26-30.
9. Cunha, RF; Boer, FA; Torriani, DD et al. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent* 2001, 23(2): 158-162.
10. De Almeida, CM; Gomide, MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate Craniofac J* 1996, 33(4): 297-299.
11. Delbem, AC; Faraco Junior, IM; Percinoto, C et al. Natal teeth: case report. *J Clin Pediatr Dent* 1996, 20(4): 325-327.
12. El Khatib, K; Abouchadi, A; Nassih, M et al. [Natal teeth: apropos of five cases]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005, 106(6): 325-327.
13. Farsi, DJ; Ahmed, MM. Natal and neonatal teeth. *Saudi Med J* 2014, 35(5): 499-503.
14. Galassi, MS; Santos-Pinto, L; Ramalho, LT. Natal maxillary primary molars: case report. *J Clin Pediatr Dent* 2004, 29(1): 41-44.
15. Goho, C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): reports of cases. *ASDC J Dent Child* 1996, 63(5): 362-364.
16. Goncalves, FA; Birman, EG; Sugaya, NN et al. Natal teeth: review of the literature and report of an unusual case. *Braz Dent J* 1998, 9(1): 53-56.
17. Gouedard, C; De Vries, P; Darbin-Luxcey, C et al. [Natal and neonatal teeth: Update on current knowledge and treatments]. *Arch Pediatr* 2016, 23(9): 990-995.



18. He, XF; Xu, CJ. [New progress in the diagnosis and treatment of natal teeth and neonatal teeth]. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2019, 54(6): 425-428.
19. Hebling, J; Zuanon, ACC; Vianna, DR. Dente Natal—A case of natal teeth. *Odontol Clin* 1997, 7: 37-40.
20. Hegde, RJ. Sublingual traumatic ulceration due to neonatal teeth (Riga-Fede disease). *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2005, 23(1): 51-52.
21. Iandolo, A; Amato, A; Sangiovanni, G et al. Riga-Fede disease: A systematic review and report of two cases. *Eur J Paediatr Dent* 2021, 22(4): 323-331.
22. Jacobs, LA; Dickinson, JE; Hart, PD et al. Normal nipple position in term infants measured on breastfeeding ultrasound. *J Hum Lact* 2007, 23(1): 52-59.
23. Jamani, NA; Ardini, YD; Harun, NA. Neonatal tooth with Riga-Fide disease affecting breastfeeding: a case report. *Int Breastfeed J* 2018, 13: 35.
24. Jullien, S. Vitamin K prophylaxis in newborns. *BMC Pediatr* 2021, 21(Suppl 1): 350.
25. Kates, GA; Needleman, HL; Holmes, LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Assoc* 1984, 109(3): 441-443.
26. Kerouredan, O; Smirani, R; Thebaud, NB et al. Diagnosis and Management of Natal and Neonatal Teeth: Case Report of Three Newborns. *J Dent Child (Chic)* 2018, 85(2): 79-82.
27. Kher, P; Verma, RP. Hemorrhagic Disease Of Newborn. In: (Ed.). *StatPearls. Treasure Island (FL), 2022.*
28. Lembo, C; Buonocore, G; Perrone, S. The challenge to define the optimal prophylactic regimen for vitamin K deficiency bleeding in infants. *Acta Paediatr* 2021, 110(4): 1113-1118.
29. Leung, AK. Natal teeth. *Am J Dis Child* 1986, 140(3): 249-251.
30. Leung, AK; Robson, WL. Natal teeth: a review. *J Natl Med Assoc* 2006, 98(2): 226-228.



31. Malki, GA; Al-Badawi, EA; Dahlan, MA. Natal teeth: a case report and reappraisal. *Case Rep Dent* 2015, 2015: 147580.
32. Massler, M; Savara, BS. Natal and neonatal teeth; a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr* 1950, 36(3): 349-359.
33. Mhaske, S; Yuwanati, MB; Mhaske, A et al. Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. *ISRN Pediatr* 2013, 2013: 956269.
34. Mohan, RPS; Verma, S; Gill, N et al. Riga-fede disease (Cardarelli's aphthae): a report of nine cases. *South African Journal of Child Health* 2014, 8(2): 72-74.
35. Mok, J; Suina, RM. Natal teeth in American Indians. *Am J Dis Child* 1986, 140(12): 1214.
36. Moura, LF; Moura, MS; Lima, MD et al. Natal and neonatal teeth: a review of 23 cases. *J Dent Child (Chic)* 2014, 81(2): 107-111.
37. Park, JS; Patel, J; Seewoo, BJ et al. Literature review and micro-computed tomography analysis of natal teeth: A pilot study. *J Investig Clin Dent* 2019, 10(4): e12466.
38. Pisal, RV; Suchanek, J; Siller, R et al. Directed reprogramming of comprehensively characterized dental pulp stem cells extracted from natal tooth. *Sci Rep* 2018, 8(1): 6168.
39. Portela, MB; Damasceno, L; Primo, LG. Unusual case of multiple natal teeth. *J Clin Pediatr Dent* 2004, 29(1): 37-39.
40. Prabhakar, M; Kaur, MS. Prosthetic replacement options for premature loss of deciduous anterior teeth: case report,. *Indian Journal of Dental Research* 2014, 4(6): 55-57.
41. Samuel, SS; Ross, BJ; Rebekah, G et al. Natal and Neonatal Teeth: A Tertiary Care Experience. *Contemp Clin Dent* 2018, 9(2): 218-222.
42. Sharma, N; Khan, S. Demystifying Natal Teeth: A Case Report. *Journal of Oral & Maxillofacial Pathology* 2015, 6(1): 26-29
43. Shetty, H; Kakade, A; Shetty, S et al. Immunohistochemical characterization of stem cell and differentiation markers of the dental pulp of human natal teeth. *Future Sci OA* 2018, 4(10): FSO342.



44. Shivpuri, A; Mitra, R; Saxena, V. Natal and neonatal teeth: Clinically relevant findings in a retrospective analysis. *Med J Armed Forces India* 2021, 77(2): 154-157.
45. Silva, DC; Freitas, PM; Calvo, AFB et al. Treatment of Riga-Fede disease using laser therapy: clinical case report. *Rev Gaúch Odontol* 2017, 65(1): 87-91.
46. Singh, S; Subba Reddy, VV; Dhananjaya, G et al. Reactive fibrous hyperplasia associated with a natal tooth. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2004, 22(4): 183-186.
47. Sixou, J-L; Bailleul-Forrestier, I; Dajeau-Trutaud, S et al. Recommendations of the Société Française d'Odontologie Pédiatrique for prescribing fluoride from birth to adolescence. *Journal d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique* 2004, 11(3).
48. Slayton, RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Pediatr Dent* 2000, 22(5): 413-414.
49. Spouge, JD; Feasby, WH. Erupted teeth in the newborn. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1966, 22(2): 198 – 208
50. Stamfelj, I; Jan, J; Cvetko, E et al. Size, ultrastructure, and microhardness of natal teeth with agenesis of permanent successors. *Ann Anat* 2010, 192(4): 220-226.
51. Sureshkumar, R; Mcaulay, AH. Natal and neonatal teeth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002, 87(3): F227.
52. Tarjan, I; Gabris, K; Rozsa, N. Early prosthetic treatment of patients with ectodermal dysplasia: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2005, 93(5): 419-424.
53. To, EW. A study of natal teeth in Hong Kong Chinese. *Int J Paediatr Dent* 1991, 1(2): 73-76.
54. Tomizawa, M; Yamada, Y; Tonouchi, K et al. [Treatment of Riga-Fede's disease by resin-coverage of the incisal edges and seven cases of natal and neonatal teeth]. *Shoni Shikagaku Zasshi* 1989, 27(1): 182-190.



55. Tsai, TP; Huang, CS; Huang, CC et al. Distribution patterns of primary and permanent dentition in children with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1998, 35(2): 154-160.
56. Ulson, RCB; Correa, MSNP; Lopes, LD. Dente neonatal: relato de caso clínico. *Revista do Instituto de Ciencias da Saude* 2008, 26(1): 130–134.
57. Van Der Meij, EH; De Vries, TW; Eggink, HF et al. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr* 2012, 38: 20.
58. Vaysse, F; Noirrit, E; Bailleul-Forestier, I et al. [Eruption and teething complications]. *Arch Pediatr* 2010, 17(6): 756-757.
59. Verma, K; Bains, R; Bains, VK et al. Therapeutic potential of dental pulp stem cells in regenerative medicine: An overview. *Dent Res J (Isfahan)* 2014, 11(3): 302-308.
60. Wang, CH; Lin, YT; Lin, YJ. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *J Formos Med Assoc* 2017, 116(3): 193-196.
61. Yilmaz, RBN; Cakan, DG; Mesgarzadeh, N. Prevalence and management of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate patients. *Eur J Dent* 2016, 10(1): 54-58.
62. Zhu, J; King, D. Natal and neonatal teeth. *ASDC J Dent Child* 1995, 62(2): 123-128.
63. Ziai, MN; Bock, DJ; Da Silveira, A et al. Natal teeth: a potential impediment to nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *J Craniofac Surg* 2005, 16(2): 262-266.