



DOENÇA DE RIGA-FEDE: INTERVENÇÕES ODONTOPEDIÁTRICAS

Autora: Juliana Alvim Werner

Orientador: Profª. Me. Nathália Sampaio de Almeida

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: Uma das etapas fisiológicas naturais são as irrupções dentárias que tem início aproximado entre os seis meses de vida do ser humano, no entanto, rotineiramente são descritos casos em que recém-nascidos apresentam elementos dentários parciais ou completamente irrompidos no rodete gengival antes do tempo caracterizado como normal. A doença de Riga-Fede é caracterizada por uma úlcera na região ventral da língua de recém-nascidos, causada pelo contato frequente da língua nos dentes irrompidos precocemente, como os dentes natais ou neonatais. Essa lesão pode interferir na alimentação, o que coloca o recém-nascido em riscos ao desmame precoce, desidratação, deficiências nutricionais e irritabilidade. A doença tende a surgir até os dois anos de idade, após os 2 anos, é considerado como Riga-Fede tardia. A pesquisa se baseou em uma revisão de literatura, resultando entre 2009-2021 no banco de dados do Google Acadêmico, *PubMed*, *LILACS* e *SciElo*. Concluiu-se que o primeiro contato normalmente é do médico pediatra e o mesmo deve encaminhar para o odontopediatra, que é o responsável por diagnosticar os desvios de erupção e ou problemas na cavidade bucal da criança.

Palavras-chave: Dentes natais. Dentes neonatais. Odontopediatria. Úlceras orais. Riga-Fede.

1. INTRODUÇÃO

A atenção ao bebê em suas mais diversas etapas de desenvolvimento é fundamental, sendo a cavidade bucal durante a infância surpreendentemente constituída de fatores fisiológicos, alterações e até patogenias. A irrupção dentária é uma etapa fisiológica natural, com início aproximado entre os seis meses de vida, marcada pela irrupção dos incisivos centrais inferiores decíduos. Porém, rotineiramente são descritos casos em que recém-nascidos apresentam elementos dentários parciais ou completamente irrompidos no rodete gengival (NOGUEIRA *et al.*, 2014).

Esses elementos dentários são classificados de dentes natais, ou seja, são aqueles presentes na cavidade oral já no nascimento, ou dentes neonatais, quando irrompem até o trigésimo dia de vida, com causa desconhecida. Caracteristicamente, há a presença de um ou dois dentes com maior frequência na mandíbula (região de incisivos inferiores) (SIMON *et al.*, 2018).

Os dentes natais e neonatais podem apresentar tamanho e forma normais. Porém comumente são pequenos, cônicos, com coloração amarelo-acastanhada, com hipoplasia do esmalte e pouco desenvolvimento. Tecido mole entorno dos dentes se manifesta hiperplásico, com áreas avermelhadas e sangramento, seus aspectos radiográficos, manifestam baixa radiopacidade, câmara pulpar ampla e mínima ou ausência de formação radicular. Caracterizado com desenvolvimento radicular anormal, os dentes apresentam elevado grau de mobilidade, ocasionando em possível dor e desconforto ao bebê no decorrer da amamentação (MONDARDO, 2012).

A erupção precoce desses dentes pode ocasionar a doença de Riga-Fede, ou seja, é possível o bebê desenvolver uma lesão no ventre da língua, devido à presença precoce dos dentes, o que poderá afetar sua alimentação (SIMON *et al.*, 2018). A lesão é regularmente benigna, mas prossegue devido o movimento repetitivo, tendo potencial para aumentar, resultando em uma massa fibrosa com aparência de granuloma ulcerativo (NOGUEIRA *et al.*, 2014). Interferindo na pega correta da amamentação, consequentemente levando o recém-nascido ao risco de deficiências nutricionais e a precoce inserção de alimentos para complementação, que não são as melhores opções alimentares nessa faixa etária, resultando em possível quadro de desnutrição e deficiência de nutrientes do bebê (SIMON *et al.*, 2018).

O objetivo do presente trabalho, é trazer de forma clara, para os cirurgiões dentistas que não são odontopediatras e para os médicos pediatras, que podem ter o primeiro contato com esse recém-nascido, um conhecimento e esclarecimento de como apresenta essa lesão, para que possam diagnosticar e indicar uma rápida resolução, que deverá ser conduzida pelo odontopediatra.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial teórico

A erupção dentária faz parte do ciclo de desenvolvimento e crescimento geral de uma criança. No latim a palavra erupção é derivada de *eruptione* o qual significa saída com ímpeto, que seria o processo no qual o dente se desloca da cripta óssea, seu local de formação, até a emergência na cavidade bucal onde exerce sua função (ou seja, a erupção é o rompimento na gengiva, da coroa do dente que agora passa a pertencer a cavidade bucal). Os dentes decíduos se desenvolvem durante a gestação, a partir da 6ª semana de vida intrauterina (TERTO, 2017).

A sequência de irrupção considerada normal e ideal tende a seguir a idade biológica, esse método determina a maturidade do organismo, compreendendo as alterações anatômicas, maturação dentária e esquelética, desenvolvimento de características sexuais secundárias, funcionamento hormonal e atividade enzimática. Mesmo sob influência de fatores genéticos, ambientais, nutricionais e de gênero (NOTAROBERTO, 2019, p.42).

É possível estimar aproximadamente, por meio da faixa etária, uma sequência das irrupções na gengiva, instituído por Wiliam Logan e Rudolf Kronfeld (1922 apud NELSON; ASH, 2012). O estabelecimento da sequência cronológica (Fig. 1) é uma ferramenta de auxílio ao profissional de ortodontia para melhor diagnóstico, acompanhamento, tratamento e orientação, assim como, avaliação de aspectos antropológicos, na medicina forense e na implementação de programas de prevenção de cáries (TERTO, 2017).

FIGURA 1 – Cronologia da dentição primária ou decídua

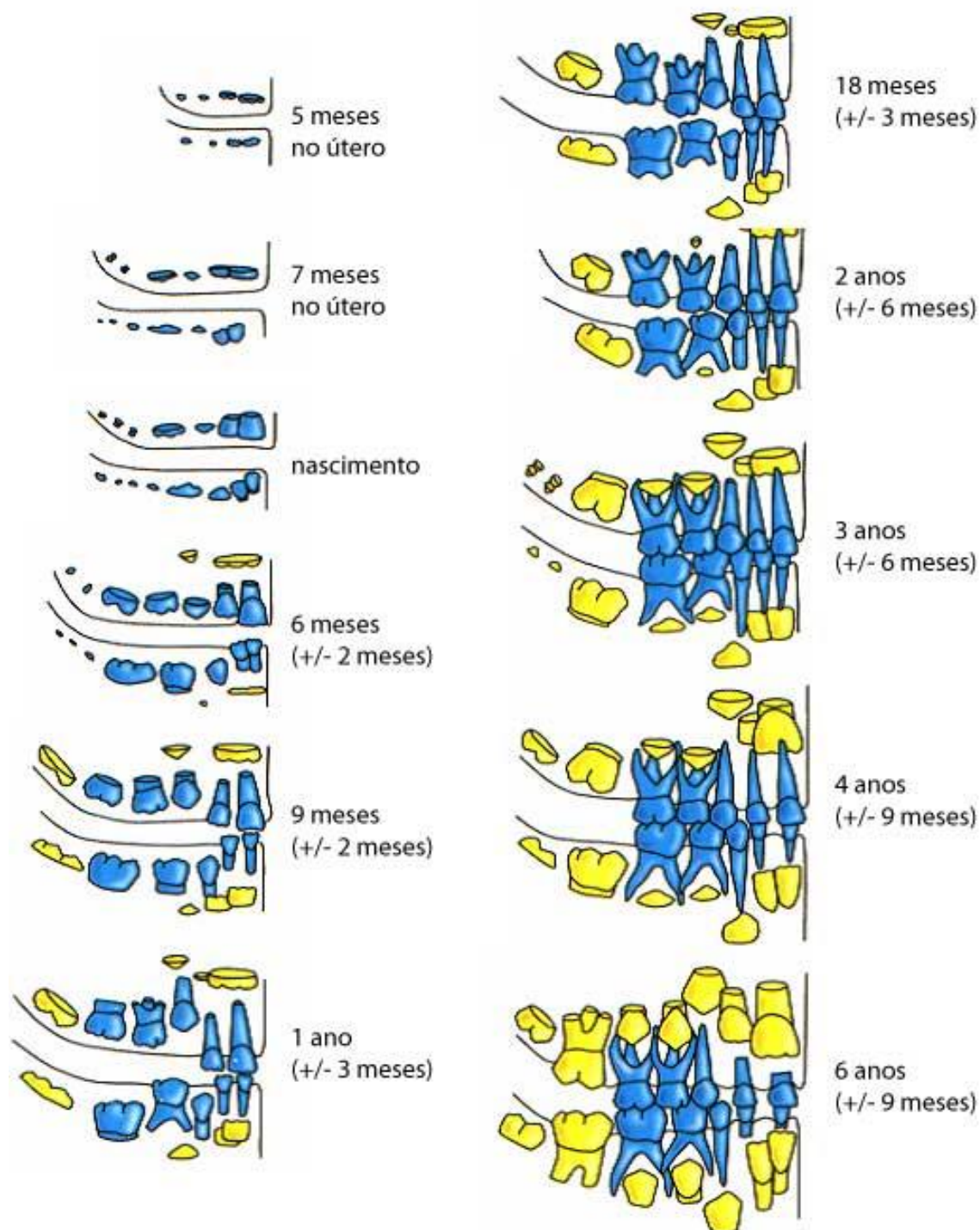
DENTE		PRIMEIRA EVIDÊNCIA DE CALCIFICAÇÃO (SEMANAS NO ÚTERO)	COROA COMPLETA (MESES)	ERUPÇÃO (IDADE MÉDIA) (MESES)	RAIZ COMPLETA (ANOS)
Superior					
i1	51, 61	14	1½	10	1½
i2	52, 62	16	2½	11	2
c	53, 63	17	9	19	3¼
m1	54, 64	15	6	16	2½
m2	55, 65	19	11	29	3
Dentes Superiores Direito A B C D E F G H I J Esquerdo T S R Q P O N M L K Dentes Inferiores					
Inferior					
i1	81, 71	14	2½	8	1½
i2	82, 72	16	3	13	1½
c	83, 73	17	9	20	3¼
m1	84, 74	15½	5½	16	2¼
m2	85, 75	18	10	27	3

Fonte: Nelson e Ash (2012).

A erupção dentária segundo Domingues (2018) se dá a partir da formação do dente que migra da sua posição intraóssea para a posição funcional na cavidade bucal (Fig. 2). De acordo com a autora, o processo de erupção dentaria se estende por três fases: A primeira, definida como a fase pré-eruptiva, em que se dá a formação da coroa dentária. A segunda fase, definida como a fase eruptiva pré-funcional, onde se inicia a formação radicular, onde ocorre movimento intraósseo do dente até à

superfície da cavidade oral. A terceira fase, definida como a fase eruptiva funcional, que tem início quando se estabelece o contato com os antagonistas e o dente fica em oclusão durante todo o período de permanência do dente na cavidade oral.

FIGURA 2 – Desenvolvimento da dentição humana intrauterina até a fase adulta



Fonte: Schour e Massler (1941).

Dentes deciduos em azul e permanentes em amarelo.

De acordo com Nelson e Ash (2012) a erupção da dentição decídua se estende entre o sexto mês de vida até o trigésimo, podendo levar de 2 a 3 anos para que a dentição esteja completa, iniciando pela calcificação inicial do incisivo central até a

conclusão das raízes do segundo molar. As crianças podem apresentar retardo ou precocidade nas erupções dentárias.

A autora Domingues (2018) pontua que nesse processo de ruptura o bebê apresenta sinais e sintomas, que são: levar a mão à boca sugerindo a sucção digital, morder objetos duros, aumento progressivo da salivação, febre e irritabilidade, distúrbio do sono, redução do apetite, aumento da sede, diarreia, bruxismo cêntrico e irritação gengival, sinais e sintomas que sugerem no início da irrupção dentária.

Não é possível determinar um tempo exato para a formação, calcificação e irrupção dos dentes, visto que esse evento sofre diversas influências: genética, condições do nascimento (pré-termo, a termo e pós-termo), aleitamento, sexo, estado nutricional, nível socioeconômico, etnia, presença de síndrome, condições sistêmicas da criança, região geográfica, ocasionando assim diferentes períodos de erupção dentária entre cada indivíduo (ALVES, 2020).

No entanto, as crianças que apresentam retardo ou atraso na cronologia correta da erupção dos dentes na maxila ou na mandíbula, segundo Patrício *et al.* (2021) são geralmente as crianças prematuras com baixo peso ao nascer, em comparação as de peso normal, as crianças com quadro de desnutrição e alimentação inadequada comparada as bem nutridas e as crianças alimentadas exclusivamente com mamadeira em comparação as que tiveram amamentação natural. Assim como alguns fatores sistêmicos, poderão resultar no retardo na erupção dos dentes decíduos na boca de crianças.

As crianças que apresentam fatores genéticos como o hipotireoidismo congênito, síndrome de *down*, displasia cleidocraniana, paralisia cerebral, amelogênese imperfeita e desordens associadas, osteopetrose e osteogênese imperfeita e a síndrome congênita do Zika, também são expostas ao atraso da erupção dentária (PIO *et al.*, 2019).

Os estudos de Mehta *et al.* (2017) mencionam como fatores a posição superficial do germe dentário, infecção ou desnutrição, estimulação hormonal, estados febris, transmissão hereditária de um gene autossômico dominante, hipovitaminose, sífilis congênita e atividade osteoblástica dentro do dente germânico estão comumente associados.

Os estudos de revisão de Patrício *et al.* (2021, p. 2) concluem que na literatura especializada, é possível mostrar que a cronologia da erupção (muito mais do que a sequência) pode variar entre diferentes grupos populacionais humanos de acordo com o padrão étnico, para a distribuição geografia e nutrição.

Fatores locais que podem atrasar a erupção dos dentes se dá pela presença de “dentes supranumerários, tumores odontogênicos e não odontogênicos, fenda palatina, maxilares atróficos, anquilose dos dentes decíduos, traumatismo dentário, erupção ectópica e inexistência de reabsorção dos dentes decíduos” (PATRÍCIO *et al.*, 2021), falta de força eruptiva devido a barreiras físicas como a fibrose da mucosa gengival (SOUZA *et al.*, 2021).

E como consequência, os indivíduos podem ser submetidos a ulotomia, técnica cirúrgica pouco invasiva que tem o objetivo de remover o tecido gengival que cobre a porção oclusal da coroa de um dente decíduo ou permanente ainda não erupcionado, a ulectomia, procedimento parecido com o objetivo de remover as formações anormais de tecido muco gengiva e ainda a germectomia, procedimento comumente aplicado em dentes já inclusos em pacientes com idade mais avançada (17 -24 anos) (PIRES, 2017).

Entretanto, assim como há a incidência de retardo de erupção, há a incidência de erupção prematura, na literatura de crianças que nascem com dentes erupcionados ou que erupcionam até os trinta primeiros dias de vida, recebem os nomes de natais e neonatais (Fig. 3), respectivamente (SIMÕES *et al.*, 2014).

A prevalência dos dentes natais e neonatais segundo os estudos de Palmeira *et al* (2017) tem aparição de 1:2000 nascimentos, e comumente ocorrida entre o sexo feminino a cada 3 casos, 2 são do sexo feminino, e com maior frequência os incisivos centrais inferiores (85% dos estudos). Os dentes neonatais têm a prevalência de 3:1 em comparação aos natais.

FIGURA 3 – Aspecto clínico de dentes natais



Fonte: Nogueira *et al.* (2014).

A causa etiológica dos dentes natais e neonatais segundo Simões *et al.* (2014) é desconhecida e os fatores associados a essa erupção precoce na literatura são: hereditários, genéticos, associados a síndromes e anomalias. Lemos *et al.* (2009) alega que os dentes com maior incidência de natais e neonatais relatados na literatura são os incisivos centrais inferiores, seguidos dos incisivos centrais superiores. E apesar de raros, há relatos de caninos e molares.

O diagnóstico pode ser realizado pelo odontopediatra com aparato de uma radiografia intraoral odontológica (periapical), histórico médico (sindrômico), exame clínico intraoral e padrão familiar (Fig. 4). Com o objetivo de mostrar, se o dente pertence a dentição decídua (95%) ou se trata de um dente supranumerário (5%) e avaliar também o seu grau de desenvolvimento radicular (PALMEIRA *et al.*, 2017).

Com relação a morfologia, estes dentes podem apresentar tamanho e forma de acordo com os padrões da normalidade, cônicos, mas há relatos de microdontia e dentes conóides, com coloração amarelo opaca, sua estrutura pode apresentar hipoplásico no esmalte, a dentina possui área interglobular maior com túbulos dentinários irregular, a raiz se mostra pobre ou ausente (MEHTA *et al.*, 2017).

Os achados de Palmeira *et al.* (2017) traz outras patologias que possuem aspectos semelhantes como a coloração, forma e local de origem dos dentes natais e neonatais. Sendo essas patologias, diagnosticadas facilmente por um odontopediatra, denominadas como: cistos gengivais do recém-nato e a pérola de Epstein, Nódulo de Bohn e cisto de erupção, sendo as características diferenciais seu tamanho, localização e forma, apesar de os dentes natais e neonatais poderem erupcionar em todo o rebordo alveolar.

FIGURA 4 – Aspecto clínico de dentes neonatais e radiografia



Fonte: Ruiz (2010).

FIGURA 5 – Lesão ulcerativa no ventre lingual



Fonte: Nogueira *et al.* (2014).

Os dentes natais e neonatais são classificados mediante sua maturidade. Os maduros são aqueles quase ou completamente desenvolvidos com o prognóstico bom. O ideal é que ele permaneça na cavidade bucal para que não haja perda de espaço que pode vir a dificultar a erupção do dente permanente. Os imaturos possuem uma estruturação incompleta, implicando em um prognóstico ruim, com isso apresentam uma mobilidade excessiva, sendo ideal a extração para prevenção de

deglutição, aspiração e bordas cortantes que podem lesionar a língua do bebê (ferida de Riga-Fede) ou os mamilos da mãe durante amamentação (LEMOS *et al.*, 2009).

A erupção de dentes natais e neonatais leva ao surgimento de um conjunto de sinais e sintomas chamado de síndrome ou doença de Riga-Fede, que foi descrita pela primeira vez pelo médico italiano Antonio Riga em 1881, sendo que em 1890 o pesquisador Fede realizou estudos histológicos a partir das lesões oriundas desta desordem. A doença de Riga-Fede manifesta-se como uma ulceração crônica, geralmente no ventre lingual, decorrente de trauma causado por dentes natais ou neonatais em neonatos e recém-nascidos (Fig. 5). A lesão é regularmente benigna, mas prossegue devido o movimento repetitivo tendo potencial para aumentar, resultando em uma massa fibrosa com aparência de granuloma ulcerativo. (DEEP *et al.*, 2011)

Soares Junior *et al.* (2011) diz que a complicação mais comum causada pelo surgimento dos dentes natais e neonatais é a úlcera traumática, também chamada de doença de Riga-Fede, que pode atingir lábios, mucosa jugal e língua, sendo mais comuns na superfície ventral anterior da língua. A lesão é em formato de disco e se mantém contínua, devido ao trauma recorrente, podendo expandir, se tornando uma massa fibrosa com aspecto de granuloma ulcerativo com necrose superficial. A lesão é de caráter benigna e conhecida como Riga-Fede, quando surge em crianças com menos de dois anos de idade e quando surge em crianças com mais de dois anos o termo mais utilizado é granuloma traumático oral, porém apesar de nomes diferentes denominam a mesma lesão (MEHTA *et al.*, 2017).

A doença de Riga-Fede gera possíveis dificuldades na adequada sucção do leite e alimentação devido a dor, desconforto e em alguns casos sangramentos dessa lesão oral resultando em deficiência no desenvolvimento craniofacial, gerando também perda de peso, desidratação e dificuldades alimentares, que por sua vez podem representar riscos potenciais para os bebês devido a deficiências nutricionais, desnutrição, irritabilidade, choro intermitente, interferência no sistema imunológico e no seu crescimento pela falta de anticorpos adquiridos durante a amamentação. Podendo estar a criança imunocomprometida e com um grande potencial de infecção e complicações da doença (NOGUEIRA *et al.*, 2014).

Clinicamente as úlceras apresentam um halo eritematoso e uma membrana fibrino-purulenta, amarelada e removível à raspagem. Ocasionalmente, no entanto, o tecido de granulação proliferativo subjacente pode levar à formação de uma lesão exofítica similar a um granuloma piogênico (MEHTA *et al.*, 2017).

A conduta de tratamento requer um diagnóstico preciso. O profissional de odontologia ao diagnosticar a doença de Riga-Fede pode seguir dois tipos de tratamento: o conservador e o radical/cirúrgico. O tratamento conservador é ideal quando o dente natal ou neonatal possui perfil maduro e sendo pertencente a dentição decídua normal, resultando na permanência do dente com prognóstico relativamente bom para sua manutenção e o radical, é quando necessita extrair o dente (Fig. 6) (PALMEIRA *et al.*, 2017).

O tratamento das ulcerações da mucosa engloba o uso de corticoides e anestésicos tópicos, enquanto a terapêutica para os dentes natais e neonatais conservador, consiste na restauração ou desgaste da borda incisal cortante, alisando a região do dente que fere a língua (SOARES JUNIOR *et al.*, 2011).

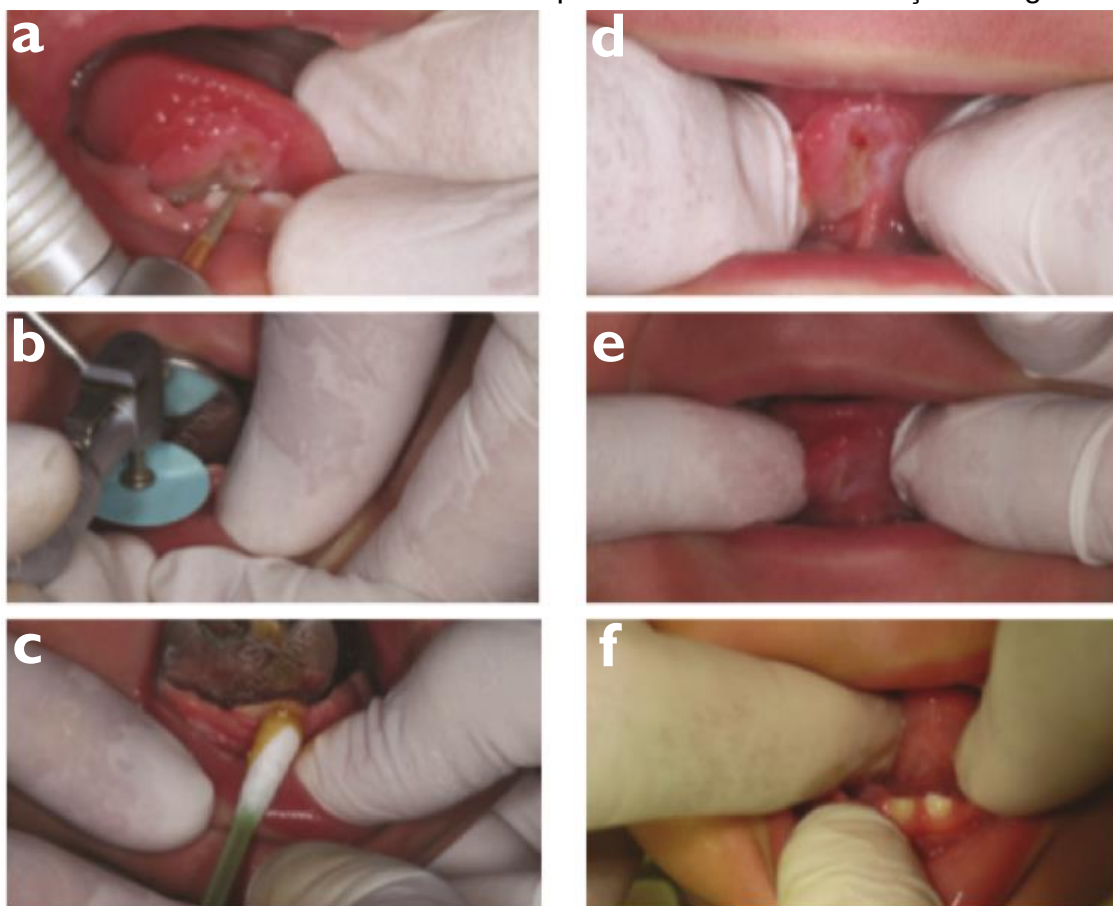
Na Figura 6, optou-se pelo desgaste da borda incisal com brocas e lixas e posteriormente proteção do esmalte desgastado, um tratamento conservador, com o objetivo de manter o dente por meio de medicamentos antissépticos e anestésicos tópicos (NOGUEIRA *et al.*, 2014).

O tratamento requer a utilização de disco de lixa ou broca de acabamento na porção incisal destes gerando um arredondamento das bordas, restauração das bordas incisais e acompanhamento, este é conhecido como tratamento conservador (LEMOS *et al.*, 2009).

Pode ser realizado também um arredondamento das bordas cortantes dos dentes com a inserção de resina, deixando o dente coberto por resina, sem partes cortantes para língua, porém esse tratamento, deve ser realizado quando consegue controlar a saliva do local, para que haja a permanência do material. Para alívio da dor e aceleração do processo de cicatrização da lesão é possível usar géis analgésicos, devendo ser indicado pelo profissional, pois os mesmos usados de forma errada poderão intoxicar a criança (MEHTA *et al.*, 2017).

Quando se é diagnosticado uma grande mobilidade com falta de inserção óssea extensa existe o perigo de deslocamento e aspiração do elemento pela criança, sugere-se então a remoção dentária, que é o tratamento invasivo/ cirúrgico, independente se é o dente decíduo ou um supranumerário, essa extração deverá ocorrer após os 10 dias de vida do recém-nascido, devido a possibilidade de hemorragia pela deficiência de vitamina K antes dessa data. (PALMEIRA *et al.*, 2017).

FIGURA 6 – Procedimento conservador para tratamento da doença de Riga-Fede



Fonte: Nogueira *et al.* (2014).

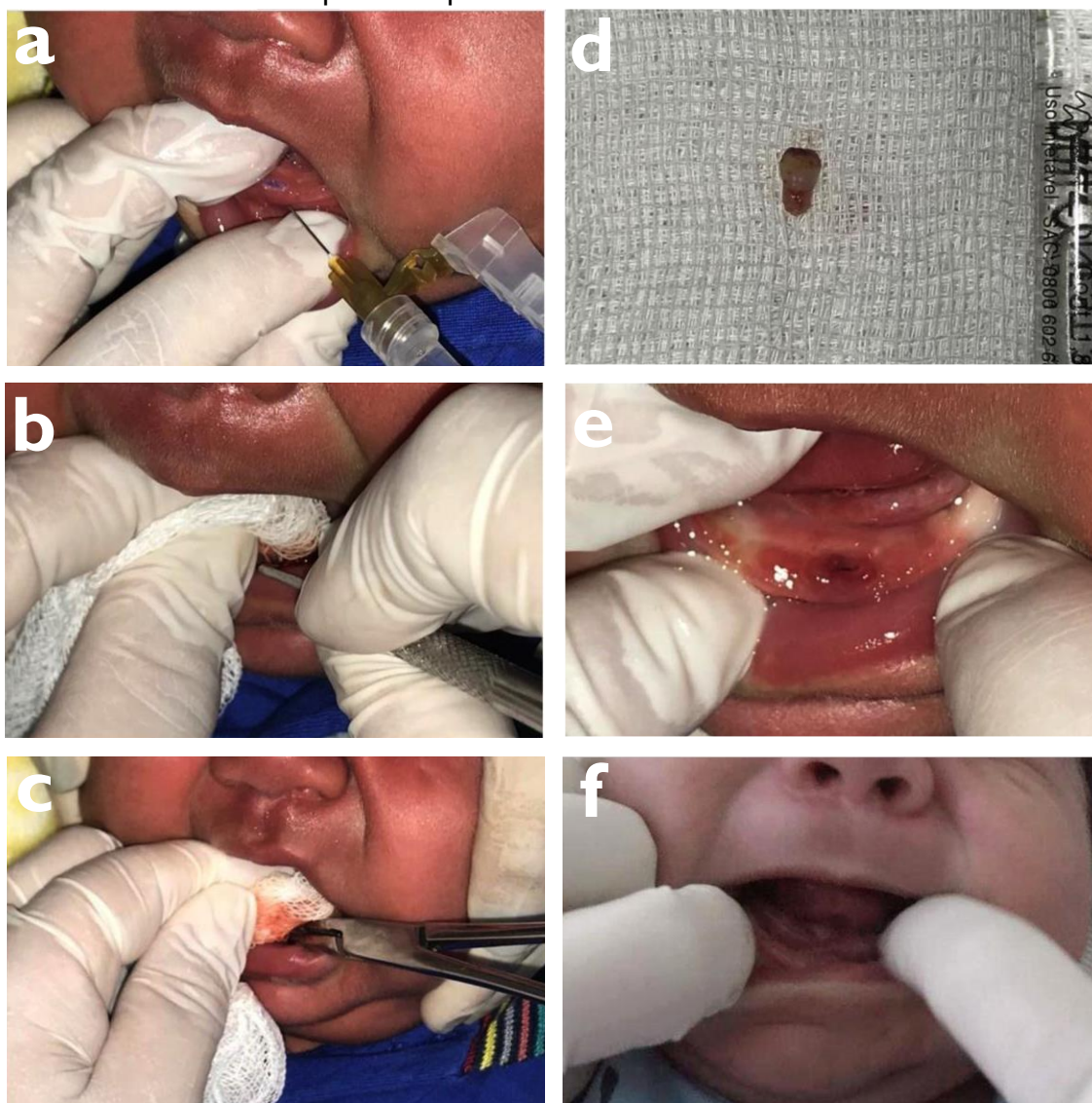
a) Redução da borda incisal com broca diamantada; b) Lisura das bordas com discos abrasivos; c) Aplicação de verniz fluoretado; d) Aspecto clínico mostrando regressão da lesão (após 2 dias); e) Controle - 10 dias após; f) Aspecto final após 155 dias.

Segundo Martins *et al.* (2015) o tratamento de melhor escolha para esses casos de mobilidade do dente natal é a exodontia, pois quando avaliamos apenas a presença da úlcera na posição ventral da língua podemos não indicar a extração, porém quando

o dente é imaturo e/ou supranumerário, ou possui mobilidade a exodontia é o mais recomendado.

Ribeiro (2019) utilizou na exodontia do elemento de seu caso clínico, 0,5 ml de cloridrato de prilocaína 3% + felipressina 0,03 UI/ml pela técnica anestésica infiltrativa terminal, descolamento do tecido com espátula 7 seguido de exodontia do elemento. No pós-operatório, a autora usou solução de digluconato de clorexidina 0,12%, 1x ao dia e sete dias após a cirurgia constatou cicatrização completa (Fig. 7).

FIGURA 7 – Sequência operatória de exodontia de dente decíduo



Fonte: Ribeiro (2019).

a) Técnica anestésica infiltrativa terminal; b) Deslocamento da mucosa com espátula 7; c) Exodontia do elemento; d) Extração de dente neonatal; e) Aspecto do rebordo após extração; f) Aspecto do rebordo e úlcera cicatrizada após 7 dias.

Para realização do ato cirúrgico, os autores realizaram um planejamento. A execução do procedimento ocorreu com “0,66 ml de lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, pela técnica anestésica interligamentar, exodontia, sutura e aleitamento materno imediatamente após o ato cirúrgico” (NOGUEIRA *et al.*, 2014). A extração ainda pode ser feita com fórceps ou mesmo com os dedos dependendo da mobilidade do dente (MEHTA *et al.*, 2017).

Mehta *et al.* (2017, p.1) aconselha que após a extração, a papila dentária subjacente e a bainha de raiz epitelial de Hertwig devem ser removidas durante a extração para evitar o desenvolvimento de estrutura radicular que poderia continuar se essas estruturas forem deixadas.

Segundo Silva *et al.* (2017) após a exodontia, é possível por meio da utilização de laser terapia acelerar a cicatrização das lesões, possibilitando o retorno à alimentação e melhora da sintomatologia dolorosa. Há achados literários segundo Soares Junior *et al.* (2011) que é indicada uma biopsia para quando a úlcera não desaparece duas semanas após a remoção do fator traumático. Com o acompanhamento odontológico é possível diagnosticar de forma precoce.

2.2. Metodologia

O presente estudo se trata de uma revisão literária, a qual consiste na pesquisa em materiais já publicados como livros, periódicos, fotos, documentos (PRAÇA, 2015) nas seguintes plataformas de pesquisa acadêmica: Google Acadêmico, *PubMed*, *LILACS*, *SciElo*, os quais para o desenvolvimento desde estudo utilizou-se a busca.

Foram incluídos artigos no âmbito da maturação e erupção da dentição decídua, dentes natais e neonatais e a doença de Riga-Fede, para construção do referencial teórico. As estratégias de busca seguiram os descritores como, erupção dentária, dentes natais e neonatais, doença de Riga-Fede, cronologia dentaria. Foram selecionados estudos de tese e publicados em revistas eletrônicas em português e inglês.

Os dados obtidos inicialmente foram analisados e após a exclusão, e leitura na íntegra, a revisão de literatura foi realizada em 20 artigos para sintetizar as informações. A temática escolhida ainda se encontra em escassez de artigos publicados a partir de 2017 para comparação entre si, apesar de 11 artigos terem sido publicados a partir de 2017, não obtinham uma fundamentação teórica satisfatória isolados. Sendo utilizados 20 artigos no período de 2009-2021, 1 banco de imagens e 1 banco de dados governamental.

2.3. Discussão de resultados

De acordo com Terto (2017) os dentes decíduos se desenvolvem durante a gestação, a partir da 6ª semana de vida intrauterina. Porém Noraroberto (2019) completa dizendo que a sequência de irrupção considerada normal e ideal tende a seguir além da idade biológica, também as

alterações anatômicas, maturação dentária e esquelética, desenvolvimento de características sexuais secundárias, funcionamento hormonal e atividade enzimática. Mesmo sob influência de fatores genéticos, ambientais, nutricionais e de gênero (NORABERTO, 2019, p.41).

De acordo com Nelson e Ash (2012) a erupção da dentição decídua se estende entre o sexto mês de vida até o trigésimo, podendo levar de 2 a 3 anos para que a dentição esteja completa, podendo sofrer retardos ou antecipações. Alves (2020) justifica essa afirmação dizendo que não é possível determinar um tempo exato para a formação, calcificação e irrupção dos dentes, pois podem sofrer diversas influências: genética, condições do nascimento, aleitamento, sexo, estado nutricional, nível

socioeconômico, etnia, presença de síndrome, condições sistêmicas da criança, região geográfica, ocasionando assim diferentes períodos de erupção dentária entre cada indivíduo.

Enquanto Patrício *et al.* (2021) explica que esse atraso ou prematuridade na erupção dentária está geralmente associada as crianças prematuras com baixo peso ao nascer, ou crianças desnutridas ou com alimentação artificial. Pio *et al.* (2019) complementa afirmando que fatores genéticos e síndromes podem afetar no processo de erupção dentária.

Pires (2017) afirma que alguns dentes podem demorar a surgir na cavidade bucal por conta de uma gengiva fibrosada na região necessitando de intervenção cirúrgica para facilitar a erupção dentária (ulectomia ou ulotomia). Simões *et al.* (2014) entretanto, afirma que assim como há a incidência de retardo de erupção, há a incidência de erupção prematura, de crianças que nascem com dentes erupcionados ou que erupcionam até os trinta primeiros dias de vida, recebem os nomes de natais e neonatais, respectivamente.

A causa etiológica dos dentes natais e neonatais é desconhecida, sendo observado analisados e considerados fatores hereditários, genéticos, associação a síndrome e anomalias, segundo Simões *et al.* (2014). Palmeira *et al.* (2017) relata que 1:2000 nascimentos, a cada três casos, dois são de bebês do gênero feminino, e os dentes neonatais tem uma incidência de 3:1 em comparação aos natais, em 85% dos estudos analisados, verificou que a maior frequência de elementos dentários foram os incisivos centrais inferiores. Lemos *et al.* (2009) acrescenta que a literatura apresenta relatos de incisivos centrais inferiores, seguidos dos incisivos centrais superiores, e apesar de raros, há relatos de caninos e molares. E Palmeira *et al.* (2017) ainda acrescenta que os dentes de dentição decídua representam 95% dos casos.

A morfologia dos dentes de acordo com Mehta *et al.* (2017) pode ser de tamanho padrão da normalidade e cônicos, Palmeira *et al.* (2017) completa dizendo que também pode ocorrer semelhança de coloração, forma e local de origem, e podem ser classificados como maduros, ou seja, de bom prognóstico segundo Lemos *et al.* (2009), são dentes quase ou completamente desenvolvidos, que devem permanecer na cavidade bucal, pois sua retirada pode dificultar a erupção dos dentes permanentes.

No entanto, Mehta *et al.* (2017) também diz que estes dentes podem ser dentes conóides e apresentar microdontia com coloração amarelo opaca, sua estrutura pode apresentar hipoplásico no esmalte, a dentina possui área Interglobular maior com túbulos dentinários irregular, a raiz se mostra pobre ou ausente. Sendo este tipo de raiz classificada por Lemos *et al.* (2009) como dente imaturo, ou seja, que possui estruturação incompleta e mobilidade excessiva. Palmeira *et al.* (2017) também cita o perigo de deslocamento e aspiração do elemento por falta de inserção óssea externa, e ainda afirma que apesar das características diferenciais como seu tamanho, localização e forma, esses dentes podem erupcionar em todo o rebordo alveolar.

Lemos *et al.* (2009) afirma que os dentes imaturos podem causar aspiração e deglutição, e apresentar bordas cortantes que podem lesionar os mamilos da mãe e a língua do bebê ocasionando a ferida de Riga-fede. Deep *et al.* (2011) especifica que Riga-Fede se trata de uma síndrome ou doença com dificuldades relacionadas a alimentação, dor, desidratação e sangramento. Nogueira *et al.* (2014) acrescenta deficiência nutricional, e especifica que as dificuldades citadas anteriormente estão relacionadas ao desconforto de realizar a sucção devido a dor, e pode ocorrer deficiência no desenvolvimento craniofacial e enfraquecimento do sistema

imunológico deixando a criança imunocomprometida e com grande potencial de infecção e complicações da doença.

Deep *et al.* (2011) apresenta como principal característica de Riga-Fede a língua lesionada por movimento repetitivo com laceração benigna crônica com potencial de ampliação da massa fibrosa com aparência de granuloma ulcerativo. Mehta *et al.* (2017) concorda com a benignidade do lesão e acrescenta que o granuloma ulcerativo pode acompanhar necrose superficial com formato de disco. Soares Junior *et al.* (2011) afirma que essa complicação é a mais comum, e completa que a doença de Riga-Fede pode atingir lábios, mucosa jugal e língua, comumente presente na superfície ventral anterior a língua. Lemos *et al.* (2009) indica que clinicamente as úlceras tendem a apresentar um halo eritematoso e uma membrana purulenta, amarelada e removível com raspagem, mas a granulação do tecido pode formar um granuloma piogênico.

Deep *et al.* (2011) especifica que Riga-fede se trata de uma síndrome ou doença, com manifestação por meio de um conjunto de sinais e sintomas. Que segundo Palmeira *et al.* (2017) é diagnosticado por um profissional de odontologia. E Mehta *et al.* (2017) explica que a doença de Riga-Fede possui como característica determinante de diagnóstico a idade, pois surge em crianças abaixo dos dois anos, e caso surja em crianças acima dos anos apenas o termo utilizado para a doença se modifica.

No entanto, segundo Martins *et al.* (2015) a presença da úlcera na posição ventral da língua sugere dois tipos de tratamento os quais sugerem extração ou não do dente. O tratamento para Riga-Fede segundo Palmeira *et al.* (2017) pode ser conservador quando o dente apresenta perfil maduro e pertencente a dentição normal. Soares Junior *et al.* (2011) especifica que o tratamento conservador terapêutico consiste na restauração ou desgaste da borda incisal cortante alisando a região do dente. Além disso Lemos *et al.* (2009), Mehta *et al.* (2017) e Nogueira *et al.* (2014) defendem o arredondamento das bordas do dente. No entanto Mehta *et al.* (2017) sugere a inserção de resina, deixando o dente coberto por resina, sem partes cortantes para língua, porém esse tratamento, deve ser realizado quando consegue controlar a saliva do local

Nogueira *et al.* (2014) especifica que a borda incisal deve ser desgastada por brocas e lixas na parte posterior protegendo o esmalte desgastado, e o dente pode ser mantido por meio de antissépticos e anestésicos tópicos. No entanto, Mehta *et al.* (2017) alerta para o uso de géis anestésicos usados de forma incorreta para alívio e aceleração da cicatrização pode causar intoxicação.

Ao ser diagnosticado por um profissional de odontologia a doença de Riga-Fede e sendo indicado a remoção do fator traumático (SOARES JUNIOR *et al.*, 2011). Sendo nomeado em outros estudos como em Palmeira *et al.* (2017) como radical/cirúrgico, remoção dentária e tratamento invasivo. Martins *et al.* (2015) e Silva *et al.* (2017) usam diretamente o termo exodontia para o ato cirúrgico e Mehta *et al.* (2017) utiliza diretamente a palavra extração apenas em seu estudo.

Segundo Martins *et al.* (2015) a extração é indicada quando o dente é imaturo e/ou supranumerário. E Palmeira *et al.* (2017) defende a remoção dentaria de um dente com mobilidade independentemente se este é decíduo ou supranumerário, com a condição de a criança ter mais de 10 dias de vida, devido a possibilidade de hemorragia pela deficiência de vitamina K antes dessa data.

Segundo Mehta *et al.* (2017) a extração deve ser da papila dentaria e bainha de raiz evitando o desenvolvimento da estrutura radicular, se deixadas, sendo utilizado fórceps ou mesmo os dedos dependendo da mobilidade do dente. Nogueira *et al.*

(2014) especificou que após a realização do ato cirúrgico deve-se realizar o aleitamento materno imediato.

Enquanto Ribeiro (2019) utilizou a técnica anestésica infiltrativa terminal, e Nogueira *et al.* (2014) aplicou a técnica de anestesia interligamentar para exodontia. Foram seguidos protocolos diferentes para o mesmo procedimento.

O tratamento da úlcera com laser terapia é apontado apenas por Silva *et al.* (2017) como procedimento aplicado com o intuito de acelerar o processo de cicatrização e dor. Soares Junior *et al.* (2011) é o único autor que indica o tratamento da úlcera com corticoides e anestésico tópicos e explica a necessidade de uma biopsia caso a ulceração lingual não desapareça em duas semanas após extração.

3. CONCLUSÃO

O diagnóstico correto deve ser apresentado o mais rápido possível, pelo médico ou pelo dentista, e a criança encaminhada ao odontopediatra para correta tomada de decisão baseada em avaliação clínica e radiográfica. Não existe tratamento padrão e apenas um odontopediatra treinado saberá executar corretamente o plano de tratamento para cada caso. É necessário expor, que nem todos os casos são publicados pelos odontopediatras, ocorrendo assim, uma baixa incidência de estudos na área.

4. REFERÊNCIAS

ALVES, Winnie Nascimento Silva Alves. **Padrão de irrupção dentária de bebês nascidos no hospital universitário de Brasília**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Nascidos vivos – Brasil**: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>> Acesso em: 24 mai. 2021.

DEEP, S. B. *et al.* Riga-Fede disease: Report of a case with literature review. **Journal of Academy of Advanced Dental Research**, v.2, n.2, p.27-30, 2011.

DOMINGUES, Rita Ferreira. **Sinais e sintomas da erupção dentária – coincidência ou consequência?** 2018. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.

LE MOS, L. V. F. M. *et al.* Dentes natal e neonatal. **Einstein**, v.7, n.1, p.112-113, 2009.

MARTINS, A. A. *et al.* Um caso raro de dentes neonatais. **Acta Médica Portuguesa**, v.28, n.6, p.773-775.

MEHTA, A. *et al.* Riga-Fede disease (dentitia praecox): Report of Two cases with literature review. **Austin Journal of Dentistry**, v.4, n.3, p.1-3, 2017.

MONDARDO, Bruna. **Dentes natais e neonatais: uma revisão da literatura**. 2012. TCC (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

NELSON, S. J.; ASH, M. M. **Wheeler, anatomia dental, fisiologia e oclusão**. [Trad. Andrea Favano *et al.*]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NOGUEIRA, J.D.E. *et al.* Doença de Riga-Fede: relato de dois casos – um conservador e outro radical. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas**, v.68, n.2, p.100-104, 2014.

NOTAROBERTO, Daniela Ferreira de Carvalho. **Comparações entre as idades cronológica, dentária e óssea de pacientes com e sem cardiopatia congênita**. 2019. 80 f. Tese (Doutorado em Dentística; Endodontia; Odontopediatria; Ortodontia; Periodontia;) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PALMEIRA, M. T. *et al.* Dente natal e neonatal: Diagnóstico e conduta terapêutica. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**, v.29, n.2, p.149-153, 2017.

PATRÍCIO, F. B. *et al.* Fatores associados à cronologia de erupção dos dentes decíduos: Revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.2, p.1-8, 2021.

PIO, I. M. *et al.* Avaliação da experiência de cárie dentária em crianças com a síndrome congênita do Zika no município de Maceió-AL. In: SEMANA DE PESQUISA DA UNIT, 7., 2019, Maceió. **Anais da SEMPESq**. Maceió: UNIT, 2019.

PIRES, Cláudia Esteves. **Ulotomia, ulectomia e germectomia em pacientes odontopediátricos**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2017.

PRAÇA, F. S. G. Metodologia da pesquisa científica: Organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. **Revista Eletrônica Diálogos Acadêmicos**, v.8, n.1, p.72-87, 2015.

RIBEIRO, Vanessa Ferreira. **Tratamento odontológico hospitalar da doença de Riga-Fede em recém-nascidos: Relato de caso**. 2019. TCC (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2019.

RUIZ, D. R. Dentes natais e neonatais. **Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo**, ano XXVI, n.153, p.8, 2010. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/spsp_2008/boletins/novos/Boletim%20153%20-%20Ano%20XXVI.pdf> Acesso em: 12 abr. 2021.

SCHOUR, I.; MASSLER, M. The development of the human dentition. **Journal of American Dental Association**, v.28, p.1153-160, 1941.

SILVA, D. C. *et al.* Treatment of Riga-Fede disease using laser therapy: Clinical case report. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.65, n.1, p.87-91, 2017.

SIMÕES, G. A. M *et al.* Relato de caso clínico de paciente com dente natal e neonatal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas**, v.68, n.4, p.328-330, 2014.

SIMON, M. E. *et al.* Doença de Riga-Fede: ulceração lingual traumática em um bebê – Relato de caso clínico. In: Congresso da FOA, 8º, São Paulo. **Anais eletrônicos da UNESP**: 2018.

SOARES JUNIOR, B. A. *et al.* Úlcera traumática lingual numa criança (doença de Riga-Fede): Relato de caso e revisão da literatura. **Cadernos de Graduação**, v.13, n.14, p.137-142, 2011.

SOUZA, C. M. *et al.* Ulectomia uma alternativa cirúrgica no retardo da erupção dentária: Relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v.10, n.3, p.392-395, 2021.

TERTO, Carolina Aschoff Diniz Sobreira. **A cronologia e sequencia da erupção dentária em um grupo de crianças das creches municipais de Recife**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.