



ODONTOLOGIA NOS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA

Autor: Miriam Aparecida Silva Mendes Assis

Orientador: Prof. Me. Nathalia Sampaio De Almeida Simão

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

Resumo: Os primeiros mil dias de vida compreendem desde o momento da concepção até os dois anos de idade da criança. Este período é uma janela de oportunidades para estabelecer hábitos que repercutirão em indicadores de saúde e doença durante toda a vida. Os dentistas podem contribuir decisivamente por meio de orientações aos pais sobre prevenção e tratamento de agravos à saúde bucal. Nutrição, higienização bucal e uso racional flúor são aspectos intimamente relacionados com a cárie, erosão dentária, fluorose, desenvolvimento orofacial, e maloclusões dos recém-nascidos. O objetivo deste artigo é rever os aspectos importantes observados pelos dentistas para promoção de saúde bucal das crianças durante os primeiros mil dias de vida.

Palavras-chave: Cárie dentária. Recém-nascido. Dentes decíduos. Odontopediatria.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde bucal infantil começa muito antes do aparecimento de elementos dentais na cavidade bucal. A atuação odontológica deve ser iniciada ainda nos primeiros mil dias de vida do bebê, que compreendem os duzentos e setenta dias de gestação somados aos primeiros dois anos de vida da criança, pois hábitos deletérios podem impactar negativamente enquanto cuidados adequados podem prevenir o surgimento de problemas bucais. Durante esse período, é extremamente importante que a mãe e o bebê sejam consultados por um profissional com conhecimentos adequados em odontopediatria para garantir o recebimento das devidas orientações de higiene, pois costumes ingênuos como provar alimentos diretamente na colher do bebê podem trazer consequências sérias (KAGEYAMA *et al.*, 2022).

A atuação do dentista também neste período também faz-se necessária quanto à orientação nutricional. Os tipos de alimentos ingeridos pela mãe durante e após a gestação interferem no sabor do líquido amniótico e do leite materno que alimentam o feto e o bebê, respectivamente. Durante os dois primeiros anos de vida após o nascimento, a criança desenvolve suas preferências alimentares. As crianças naturalmente preferem alimentos doces, porém os ácidos resultantes da metabolização do açúcar pelo biofilme é a principal causa da perda mineral dos dentes e o consequente surgimento das cáries (THAM *et al.*, 2015). Por isso é tão importante incentivar o consumo de cítricos e amargos, legumes e frutas, e não adicionar açúcar nos alimentos. O dentista também pode orientar os pais na identificação nominal de diversos tipos de açúcar presentes em alimentos industrializados, como por exemplo o xarope de milho. Os benefícios da restrição do açúcar vão além da saúde crônica e também ajudam a prevenir doenças crônicas na vida adulta (BLACK *et al.*, 2008).

As consultas odontológicas regulares dos recém nascidos também avaliam outros aspectos funcionais como a presença de freio lingual que causa a anquiloglossia. A língua presa pode induzir fadiga durante a amamentação e consequentemente a perda de interesse do bebê pelo leite materno, que é o alimento mais natural e completo o desenvolvimento do indivíduo e, idealmente, deveria ser o seu único alimento até os seis meses após o nascimento (MECARINI *et al.*, 2020). A sucção no peito é importante estimulante da respiração nasal e musculatura facial, que são responsáveis pelo pleno desenvolvimento de todos os componentes faciais (músculo, ossos, dentes), fala e deglutição, e diminui o risco de oclusopatias como a mordida aberta. A orientação sobre as possíveis implicações do uso de chupetas também deve ser compreendido (ABANTO *et al.*, 2018).

O conhecimento da cronologia de erupção dos dentes decíduos é fundamental, assim como os sinais e sintomas que podem deixar as crianças irritadas e atrapalhar o apetite (coceira, inchaço, e vermelhidão). Por isso, o dentista deve orientar os pais sobre estratégias para amenizar o desconforto e até mesmo a prescrição de medicamentos quando necessários. A higienização adequada desde a erupção do primeiro dente decíduo é decisiva para reduzir ou até mesmo evitar o aparecimento de cáries, portanto aspectos relacionados à escova dental apropriada para a idade do bebê e o uso racional de creme dental com flúor são decisivos (BUZALAF, 2018).

Esta revisão objetivou reunir as estratégias atuais utilizadas pela odontopediatria no cuidado da saúde bucal durante os primeiros mil dias de vida dos indivíduos para o estabelecimento e manutenção de hábitos saudáveis.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Algumas evidências relativas aos primeiros mil dias de vida, sendo duzentos e setenta dias de vida intrauterina somados aos dois primeiros anos de vida, servem de base para que dentistas orientem corretamente os pais para promover a saúde bucal de seus filhos e prevenir possíveis problemas. Aconselha-se que a primeira consulta odontológica do recém-nascido ocorra assim que os primeiros dentes erupcionem, por volta dos seis meses, para que seja proposto um plano de promoção de saúde bucal (GREENSHIELDS, 2019). É importante que a criança se acostume com o ambiente odontológico mesmo sem qualquer necessidade de tratamento, pois um tratamento em contexto de urgência não é propício para o estabelecimento de uma relação serena e de confiança (BRANGER *et al.*, 2019).

2.1 Nutrição

Acredita-se que os hábitos podem interferir na expressão dos genes (mecanismos epigenéticos), e portanto efeitos ambientais como a nutrição no início da vida podem influenciar no desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis à curto e longo prazo (BARKER, 2012). Evidências moderadas sugerem que fornecer aconselhamento dietético às gestantes ou outros cuidadores de crianças provavelmente reduz ligeiramente o risco de cárie precoce na infância (RIGGS *et al.*, 2019).

Devido aos relevantes benefícios para a saúde da criança, como redução da mortalidade infantil, menor risco de sobrepeso e diabetes tipo II, e melhora da performance em provas de inteligência, o aleitamento materno é fortemente recomendado pela Organização Mundial de Saúde durante no mínimo os dois primeiros anos de vida (KRAMER; KAKUMA, 2012). Uma revisão sistemática com metanálise reportou menor risco e até mesmo proteção à cárie dentária em crianças amamentadas até o primeiro ano de idade. Também foi observado que o aleitamento materno por mais de doze meses pode aumentar em até sete vezes o risco de cárie dentária se outros fatores forem considerados como período noturno, alta frequência e falta de higienização adequada (THAM *et al.*, 2015). Outro estudo demonstrou que a amamentação por um período maior ou igual à vinte e quatro meses aumentou o risco de cárie dentária severa aos cinco anos de idade (PERES *et al.*, 2017). Devido à lacunas metodológicas que podem levar à confusão na associação entre aleitamento materno e cárie dentária, pode-se evidenciar de forma consistente que os benefícios do aleitamento materno até o primeiro ano após o nascimento para a saúde humana se sobrepõem a possível risco de cárie dentária (relação benefício-risco) (ABANTO *et al.*, 2018).

O leite materno é um alimento completo e útil para manutenção da saúde bucal devido ao teor de cálcio, que é constituinte inorgânico básico do material inorgânico de ossos, dentina e esmalte. Exceto pelo ferro e vitamina C, o leite materno é capaz de suprir as demais necessidades nutricionais do indivíduo até o quarto mês após nascimento (KHAN *et al.*, 2019). Porém por volta dos seis meses após o nascimento, período em que os primeiros dentes decíduos erupcionam, é importante ingerir alimentos sólidos de diversas consistências e que exijam mastigação para estimular o fluxo salivar. É fundamental que a frequência de ingestão de carboidratos fermentáveis limitada às refeições principais e seguida de higienização bucal. A cada ingestão de glicose, o pH oral cai abaixo do limiar crítico para desmineralização do esmalte dentário por aproximadamente quinze minutos e são necessários outros

quarenta e cinco minutos para neutralização do pH. Assim, a frequência da ingestão de glicose é mais prejudicial que a quantidade. Alimentos açucarados ingeridos durante uma refeição são menos prejudiciais, pois a saliva estimulada pela mastigação prolongada acelera a neutralização dos ácidos produzidos. Por conta disso, é preferível que os lanches entre refeições sejam à base de frutas e legumes, leite ou queijo (TOUGER-DECKER; LOVEREN, 2003).

O uso de chupeta adoçada ou mamadeira com bebidas açucaradas ao longo do dia provoca queda repetida do pH e desmineralização dos tecidos duros do dente. Adormecer com a mamadeira em boca é muito prejudicial, pois durante o sono o fluxo salivar é reduzido. A ingestão regular de medicamentos, principalmente xaropes açucarados, entre as refeições ou antes de dormir pode aumentar o risco de cárie se os dentes não forem logo higienizados (BRANGER *et al.*, 2019).

Também foi observado que o baixo peso ao nascer e mães fumantes aumentam o risco de cárie dentária das crianças (BERNABÉ *et al.*, 2016). Entretanto, ainda não existem evidências conclusivas da associação entre obesidade infantil e cárie em dentes decíduos (HAYDEN *et al.*, 2013). Embora obesidade também tenha origem em uma dieta rica em açúcar e carboidratos fermentáveis, a cárie agrega outros fatores etiológicos indispensáveis.

Existem indícios que baixas concentrações de alguns micronutrientes como vitamina D e cálcio na corrente sanguínea da gestante poderia impactar negativamente na mineralização e hipoplasia dentária do recém-nascido e com isso aumentar o risco de cárie, por isso o monitoramento destes níveis seria importante durante o acompanhamento pré-natal (BECKETT *et al.*, 2022; SUÁREZ-CALLEJA *et al.*, 2021).

2.2 Microbiota oral

A microbiota oral recentemente atraiu atenção como fonte microbiana para o trato digestivo e sistema respiratório e suas respectivas doenças. Logo após o nascimento, a cavidade oral do recém-nascido é constantemente exposta à diversas bactérias. A microbiota oral indígena é formada nas primeiras 6 semanas de vida e as espécies de *Streptococcus* dominam rapidamente a cavidade oral (KAAN; ZAURA, . A predisposição à cárie dentária em crianças é afetada pela composição da flora bacteriana oral, particularmente *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*, *Actinomyces spp*, e *Lactobacilli spp*. A fonte primária de transmissão vertical de *Streptococcus mutans* para o recém-nascido é a saliva materna (ou paterna em alguns casos). Neste aspecto, observou-se que maior aquisição de bactérias orais maternas em bebês alimentados com mamadeira em comparação aos bebês amamentados. É provável que o leite materno com seus componentes imunológicos e antimicrobianos reduza certa colonização microbiana na cavidade oral, fornecendo fatores protetores como imunoglobulinas, leucócitos, lactoferrina e lisozima. A xantina oxidase no leite materno tem atividade antibacteriana única na boca do recém-nascido.

Por outro lado, procedimentos habituais das mães como lambe previamente o bico da mamadeira para testar a temperatura também devem ser considerados como fonte de transmissão de bactérias (KAGEYAMA *et al.*, 2022). Um talher transferido da boca dos pais para a boca do filho, uma chupeta chupada pelo adulto para “limpá-la”, ou o compartilhamento de uma escova de dentes são fatores favoráveis à transmissão bacteriana. A transmissão horizontal através de irmãos ou outras crianças

também pode ocorrer devido ao compartilhamento de brinquedos ou troca de chupetas. A higiene oral da família como um todo ajuda a amenizar a proliferação da microbiota cariogênica. A saúde bucal materna influencia a transmissão bacteriana da mãe para o recém-nascido. Este é mais um motivo para evitar a má saúde bucal da mãe, pois geralmente resulta em maior carga microbiana e transferência mais frequente para o próprio filho (BRANGER *et al.*, 2019).

A candidíase oral de recém-nascidos, também conhecida como “sapinho”, trata-se de uma colonização de *Candida Albicans* (40 à 80% dos casos). A transmissão pode ser materna durante o parto ou posteriormente por contaminação externa. São manchas esbranquiçadas com eritema circundante envolvendo a mucosa da bochecha, língua, e palato. Representa um fator de risco para o desenvolvimento de septicemia principalmente naqueles recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal. A candidíase oral deve ser tratada com antifúngicos tópicos para evitar problemas de alimentação e candidíase sistêmica (MECARINI *et al.*, 2020).

2.3 Higienização bucal

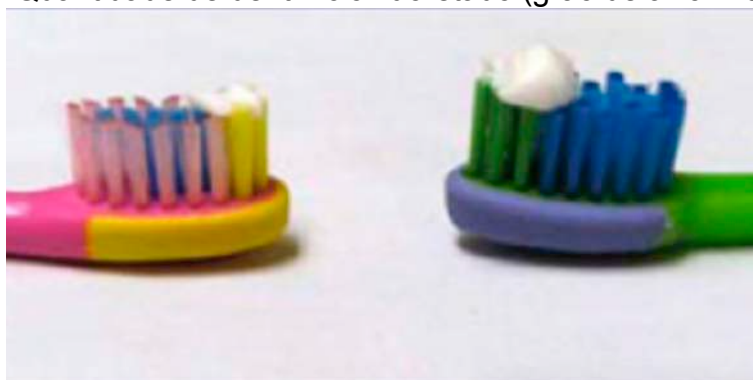
A erupção dos primeiros dentes do lactente é outro fator importante pois propicia uma superfície única para a colonização e aumento da diversidade microbiana. A má higiene oral, dieta e qualidade da flora bacteriana oral são reconhecidamente os principais fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de lesões cariosas em crianças. Diante da etiologia multifatorial da cárie, é importante manter a cavidade oral do recém-nascido bem limpa após o aleitamento com a ajuda de gazes umedecidas com solução fisiológica cada sucção. Além disso, deve-se evitar hábitos deletérios como mamadeiras com líquido adoçado antes de dormir para prevenir uma forma grave de cárie (BERNABÉ *et al.*, 2016). Após o aparecimento dos primeiros dentes decíduos por volta dos seis meses após o nascimento, é importante que a criança se familiarize com a escovação dos dentes com ajuda dos pais. A escova de dentes deve preferencialmente ser de cabeça redonda e pequena com cerdas extra macias. Sugere-se que os dentes sejam escovados pelo menos duas vezes ao dia, de manhã e à noite. De fato, a prevalência de lesões cariosas é menor em crianças que escovam os dentes mais de uma vez ao dia e principalmente naquelas que escovam antes de dormir com a ajuda dos pais. As crianças tendem a precisar de apoio para escovar os dentes de forma eficaz até os sete anos de idade, dependendo do estágio de desenvolvimento e maturidade. Além das orientações de dentistas e médicos pediatras, as escolas e/ou creches podem ter papel importante na educação da higiene bucal e fornecimento de alimentação (BUTERA *et al.*, 2022). Em resumo, a higiene bucal e dentária em crianças muito pequenas é necessária para prevenção de cáries, independentemente da alimentação nos primeiros meses de vida (BRANGER *et al.*, 2019).

2.4 Flúor

O flúor promove a remineralização do esmalte, reduz a desmineralização do esmalte, e inibe o metabolismo bacteriano e a produção de ácido. A fluoretação da água de abastecimento comunitário é sabidamente uma maneira segura, eficiente, e econômica de prevenir a cárie dentária quando utilizada em uma concentração de 0,7 ppm. Os mecanismos do flúor são locais e sistêmicos, mas o efeito local é o mais

importante ao longo da vida (FEATHERSTONE, 1999). A administração local de flúor parece ser um dos tratamentos mais eficazes na prevenção primária de lesões cáries. A escovação dental com dentifrício fluoretado é acessível e tem efeito protetivo importante principalmente durante o sono (GREENSHIELDS, 2019). Creme dental contendo aproximadamente 1.000 ppm de flúor pode começar a ser utilizado com a erupção do primeiro dente, porém a quantidade recomendada é do tamanho de um grão de arroz (aproximadamente 0,1 mg de flúor) para crianças menores de três anos (CLARK *et al.*, 2020). Uma vez completados três anos de idade e a criança já tenha maior capacidade de expectorar, uma quantidade de pasta de dente do tamanho de uma ervilha (aproximadamente 0,25 mg de flúor) pode ser utilizada (ADA, 2014). A expectoração sem enxágue reduz a quantidade de flúor ingerida e deixa algum flúor disponível na saliva. O uso de flúor tópico não é recomendado em crianças antes do final do primeiro ano de nascimento (CASAGLIA *et al.*, 2021).

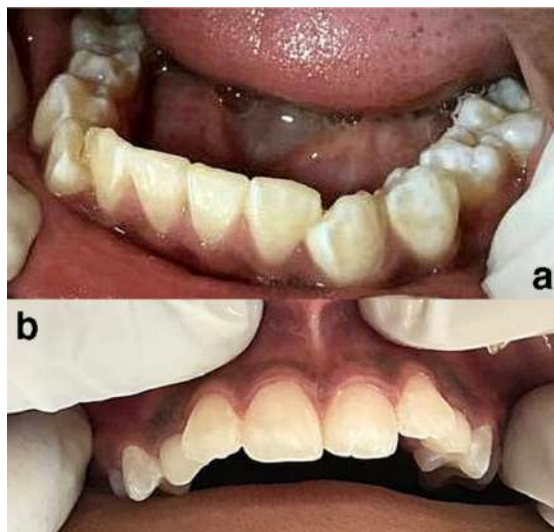
FIGURA 1 – Quantidade de dentifrício fluoretado (grão de arroz versus ervilha)



Fonte: CLARK *et al.*, 2020.

Os fluoretos têm demonstrado efeito cariostático desde a década de trinta, porém seu uso exagerado e prolongado pode causar fluorose dental. A ingestão excessiva de flúor durante a fase pré-eruptiva de desenvolvimento dos dentes causa hipomineralização e/ou hipoplasia do esmalte. Se manifesta posteriormente quando da erupção pela alteração de cor do esmalte que pode ficar esbranquiçado (manchas difusas ou linhas). Nos casos mais graves, adquire uma coloração marrom, podendo torna-se mais friável e mais fácil de desgastar fisiologicamente (CLARK *et al.*, 2020).

FIGURA 2 – Fluorose em dentes permanentes



Fonte: REVELO-MEJÍA *et al.*, 2021.

A fluorose em dentes decíduos é incomum, pois a placenta funciona como uma barreira semipermeável que deixa passar apenas uma parte do flúor circulante ingerido pela gestante. Na gravidez não é necessário ingerir suplementos de flúor, pois geralmente a gestante ingere água fluoretada, alimentos que contêm flúor, e escova os dentes com dentifrício fluoretado. Até os seis anos de idade, as coroas dos dentes permanentes estão em desenvolvimento e portanto é importante observar a quantidade de flúor a que as crianças são expostas. Acredita-se o primeiro ano após o nascimento é um período muito propício para o desenvolvimento da fluorose dentária nos dentes permanentes. Normalmente aos seis meses ocorre o desmame, e o recém-nascido começa a ingerir alimentos (naturais ou processados) que podem conter flúor e/ou podem ser preparados com água rica em flúor. Se o conteúdo de flúor ingerido na dieta for excessivo, o simples uso de dentifrício fluoretado ou ainda sua ingestão involuntária podem contribuir para aumentar o risco de fluorose, principalmente nos incisivos centrais superiores. A partir dos cinco anos de idade, o risco de ingestão acidental de creme dental diminui drasticamente e o risco de fluorose será mais limitado (CASAGLIA *et al.*, 2021).

O verniz fluoretado é uma alternativa de uso tópico concentrado aplicado diretamente na superfície dos dentes, principalmente para crianças com alto risco de cárie, pouco acesso à outras formas de flúor e dificuldade no acesso ao ambiente odontológico. Esse produto tem efeito terapêutico prolongado com concentração de 22.000 ppm de flúor. Suplementos dietéticos de flúor são raramente indicados e apenas para crianças que vivem em comunidades sem água fluoretada ou que bebem água de poço sem flúor. É essencial que todas as fontes potenciais de flúor sejam avaliadas antes de prescrever um suplemento dietético para evitar fluorose. Além disso, a adição do suplemento de flúor ao leite ou outro alimento colocado na mamadeira não é recomendado porque a absorção de flúor é reduzida na presença de cálcio (CLARK *et al.*, 2020).

Embora controversa, a ingestão ideal de flúor para crianças é sugerida como 0,05 à 0,07 mg/kg de peso/dia. A dose tóxica é de 5 à 10 mg/kg de peso/dia, enquanto a dose letal é de 8 à 16 mg/kg de peso/dia. A observação periódica das unhas das crianças é um biomarcador do nível médio de ingestão por um tempo prolongado, o

que é desejável quando se considera o risco de desenvolver fluorose dentária na dentição permanente (BUZALAF, 2018).

2.5 Erosão

Assim como para a dentição permanente, bebidas e comidas com um pH ácido são consideradas prejudiciais aos dentes decíduos por aumentar o risco de erosão, e dentre estes o consumo de refrigerantes é o mais relevante e deve ser evitado (LI *et al.*, 2012). Embora ainda não existam evidências, deve-se considerar o papel do consumo de balas, pirulitos e chicletes, que podem eventualmente reduzir o pH intraoral e induzir a desmineralização do esmalte e dentina (LUSSI; CARVALHO, 2015).

2.6 Maloclusões

Parece não existir associação de um tipo específico de maloclusão na dentição decídua ao uso de mamadeira (HERMONT *et al.*, 2015). Porém, estudos sugerem uma associação entre consistência dos alimentos e o crescimento orofacial (LARSSON, 1998). As ocorrências de mordida cruzada posterior e maxila estreita menos observadas em crianças que consomem alimentos com maior resistência mastigatória durante os primeiros dois anos após o nascimento, o que melhoraria o crescimento dos maxilares e músculos e potencialmente reduziria o risco de maloclusões (CORRUCINI; CHOUDHURY, 1986).

2.7 Defeitos no esmalte decíduo

Dados epidemiológicos apontam até 49% de prevalência de defeitos em esmalte decíduo (MASSONI *et al.*, 2009). Considerando que a mineralização do esmalte dos dentes decíduos começa aproximadamente entre o quarto e quinto mês de gestação e termina durante em até um ano após o nascimento, acredita-se que defeitos no esmalte podem estar relacionados com intercorrências pré e pós-natal (LUNT; LAW, 1974). Um estudo transversal indicou que a desnutrição e baixo peso ao nascer estariam relacionadas com maior prevalência de defeitos no esmalte decíduo (RUGG-GUNN *et al.*, 1998).

Ainda não está totalmente esclarecida a relação da vitamina D no desenvolvimento dos dentes decíduos, pois esta atua absorção do cálcio no intestino para manutenção das concentrações plasmáticas e portanto sua falta poderia resultar em hipomineralização (WILLIIFORD *et al.*, 2008). Da mesma forma, o papel da vitamina A tem sido estudado e sugere que elevações em seus níveis durante a gestação poderia reduzir a produção de proteínas da matriz do esmalte (enamelina, ameloblastina e proteína odontogênica associada à ameloblastos) e consequentemente prejudicar a mineralização dentária dos descendentes MORKMUED *et al.*, 2017).

Além de uma série de outras complicações, crianças como baixo peso ao nascer e prematuridade são sugeridos como fatores para maior prevalência de defeitos no esmalte decíduo (JACOBSEN *et al.*, 2014). Da mesma forma, gestantes ou recém-nascidos com deficiências nutricionais (insuficiência de vitaminas e sais minerais) são mais propensos a defeitos na formação do esmalte dentário na dentição decídua (CHAVES *et al.*, 2007).

Um estudo de caso-controle observou-se o triplo de chances de crianças que não haviam sido amamentadas apresentarem defeitos no esmalte de caninos e molares decíduos, e que isso seria explicado pela presença no leite materno de fatores de proteção à infecções e outros nutrientes necessários para a formação dentária (LUNARDELLI; PERES, 2006).

2.8 Anormalidades na cavidade oral

Recém-nascidos podem ser acometidos por anomalias envolvendo lábios, maxilares, palato, assoalho da boca, e língua. A maioria dessas pode ser resultado de erros no desenvolvimento embrionário ou eventos intrauterinos adversos. Embora a maioria das lesões são isoladas e assintomáticas, algumas podem ser sinais de doenças sistêmicas complexas. Os cistos e pseudocistos congênitos são as anormalidades mais prevalentes dos tecidos moles da cavidade oral. As pérolas de Epstein são cistos comuns cheios de queratina com prevalência de até a 35% nos recém-nascidos e sem predileção por sexo. São pápulas esbranquiçadas de poucos milímetros agrupadas na linha média do palato. Os nódulos de Bohn tem prevalência estimada de até 47% nos recém-nascidos e são pápulas arredondadas branco-pérolas isoladas ou múltiplas, sem eritema, agrupadas ao longo da superfície gengival maxilar. No entanto, são lesões benignas que desaparecem espontaneamente ao longo de semanas ou meses (MECARINI *et al.*, 2020).

FIGURA 3 – Pérolas de Epstein e nódulos de Bohn



Fonte: MECARINI *et al.*, 2020.

O hemangioma infantil na a região de cabeça e pescoço é uma neoplasia vascular benigna comum em lactentes e representa um terço dos tumores da cavidade oral em crianças. O hemangioma se desenvolve algumas semanas após o nascimento como um edema vermelho-azulado, normalmente em lábio, mucosa bucal ou língua, que cresce rapidamente até os doze meses. Devido ao curso involutivo natural de até seis anos, esta neoplasia é tratada de forma conservadora com uso de medicamentos como propranolol oral ou corticosteroides, enquanto a remoção cirúrgica pode ser indicada em casos de ulceração ou sangramento (WANER, 2018).

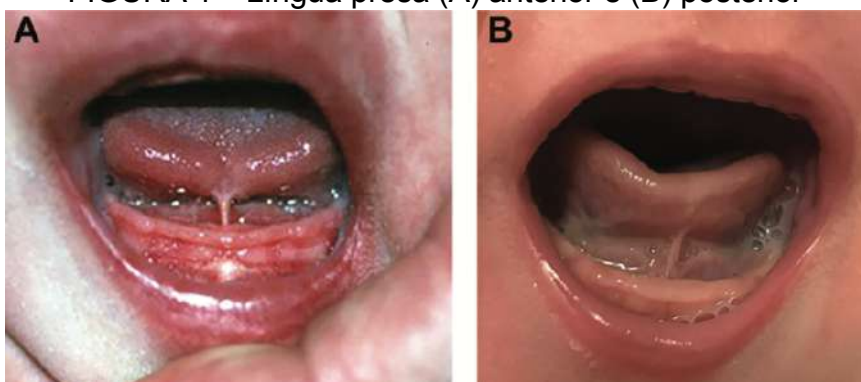
As fissuras labiopalatinas são as malformações craniofaciais mais comuns, podendo ser isoladas ou associadas à uma síndrome (30 à 40% dos casos). Fatores genéticos e ambientais podem atuar na diferenciação e migração das células da crista neural durante o desenvolvimento embrionário da face e palato entre a quarta e décima segunda semanas de vida intrauterina. A fissura labial é uma anormalidade anterior ao forame incisivo e pode ser unilateral ou bilateral, completa (lábio e rebordo

alveolar) ou incompleta. Já a fissura labiopalatina envolve lábio, rebordo alveolar e palato. Podendo ser unilateral, bilateral ou mediana, completa (palato primário e secundário) ou incompleta. Enquanto isso, a fenda palatina envolve apenas o palato em diferentes extensões. Devido às dificuldades de alimentação, fala, audição, irregularidades dentárias, e problemas psicossociais, o tratamento é cirúrgico e envolve uma equipe multidisciplinar (cirurgiões, dentistas, ortodontistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fonoaudiólogos, geneticistas, e pediatras) (FARRONATO *et al.*, 2014).

Embora raros, os recém-nascidos podem apresentar dentes já erupcionados ao nascer (dentes natais) ou primeiro mês (dentes neonatais), que geralmente são incisivos inferiores e associados à síndromes. O trauma repetitivo na superfície ventral da língua pode causar ulceração e é conhecida como doença de Riga-Fede, que pode implicar em dificuldades na amamentação, avulsão, ingestão, ou aspiração. O exame radiográfico pode ser necessário para distinguir dentes supranumerários que podem ser removidos (MHASKE *et al.*, 2013).

A anquiloglossia ou língua presa é uma anomalia oral congênita caracterizada por um frênulo lingual curto que restringe a mobilidade da ponta da língua. Pode variar de leve à grave com a língua fundida ao assoalho da boca (anquiloglossia completa). A língua presa pode ser assintomática ou causar diversas complicações como dificuldades de amamentação, fala, problemas periodontais, má oclusão, e problemas psicológicos. Portanto, quando necessário, esta anormalidade pode ser corrigida com a simples incisão (frenotomia) ou remoção do frênulo (frenectomia) (WALSH; TUNKEL, 2017).

FIGURA 4 – Língua presa (A) anterior e (B) posterior



Fonte: MESSNER *et al.*, 2020.

3. CONCLUSÃO

Nutrição, higienização bucal e uso racional flúor são aspectos intimamente relacionados com a cárie, erosão dentária, fluorose, desenvolvimento orofacial, e maloclusões dos recém-nascidos. A orientação correta proporcionada pelos dentistas aos pais sobre diversos hábitos durante os primeiros mil dias de vida das crianças é fundamental para promoção da saúde bucal. É importante reconhecer que as crianças podem e devem crescer com boa saúde bucal e que principalmente a cárie dentária é evitável. Todos os recém-nascidos devem ser examinados periodicamente para um manejo precoce e prevenção de complicações.

4. REFERÊNCIAS

ABANTO, J.; *et al.* Guidelines for the study of nutritional conditions and oral problems within the first thousand days of life. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v.72, n.3, p.496-502, 2018.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. Fluoride toothpaste use for young children. **Journal of American Dental Association**, v.145, n.2, p.190-191, 2014.

BARKER, D. J. P. Developmental origins of chronic disease. Developmental origins of chronic disease. **Public Health**, v.126, n.3, p.185-189, 2012.

BECKETT, D. M.; *et al.* Dental consequences of vitamin D deficiency during pregnancy and early infancy – an observational study. **International Journal of Environmental Research & Public Health**, v.19, n.4, p.1932, 2022.

BERNABÉ, E.; *et al.* Birth Weight, Breastfeeding, maternal smoking and caries trajectories. **Journal of Dental Research**, v.96, n.2, p.171-178, 2016.

BLACK, R. E.; *et al.* Maternal and child undernutrition study group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **Lancet**, v.371, n.9608, p.243-260, 2008.

BRANGER, B.; *et al.* Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. **Archives de Pédiatrie**, v.26, n.8, p.497-503, 2019.

BUTERA, A.; *et al.* Evaluation of children caries risk factors: a narrative review of nutritional aspects, oral hygiene habits, and bacterial alterations. **Children (Basel)**, v.9, n.2, p.262, 2022.

BUZALAF, M. A. R. Review of fluoride intake and appropriateness of current guidelines. **Advances in Dental Research**, v.29, n.2, p.157-166, 2018.

CASAGLIA, A.; *et al.* Dietary fluoride intake by children: when to use a fluoride toothpaste. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.18, n.11, p.5791, 2021.

CHAVES, A. M. B.; *et al.* Enamel defects and its relation to life course events in primary dentition of Brazilian children: a longitudinal study. **Community Dental Health**, v.24, n.1, p.31-36, 2007.

CLARK, M. B.; *et al.* Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. **Pediatrics**, v.146, n.6, p.e2020034637, 2020.

CORRUCINI, R. S.; CHOUDHURY, A. F. H. Dental occlusal variation among rural and urban Bengali youths. **Human Biology**, v.58, n.1, p.61-66, 1986.

FARRONATO, G.; *et al.* Cleft lip and/or palate: review. **Minerva Stomatology**, v.63, n.4, p.111-126, 2014.

FEATHERSTONE, J. D. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.27, n.1, p.31-40, 1999.

GREENSHIELDS, S. Oral health care in children. **British Journal of Nursing**, v.28, n.15, p.980-981, 2019.

HAYDEN, C.; *et al.* Obesity and dental caries in children: a systematic review and meta-analysis. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.41, n.4, p.289-308, 2013.

HERMONT, A. P.; *et al.* Breastfeeding, bottle feeding practices and malocclusion in the primary dentition: A systematic review of cohort studies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.12, n.3, p.3133-3151, 2015.

JACOBSEN, P. E.; *et al.* Developmental enamel defects in children born preterm: a systematic review. **European Journal of Oral Science**, v.122, n.1, p.7-14, 2014.

KAAN, A. M.; ZAURA, E. Oral microbiome transmission and infant feeding habits. **mBio**, p.e0032522, 2022 [Online ahead of print].

KAGEYAMA, S.; *et al.* High-level acquisition of maternal oral bacteria in formula-fed infant oral microbiota. **mBio**, v.13, n.1, p.e0345221, 2022.

KHAN, I. T.; *et al.* The antioxidant components of milk and their role in processing, ripening, and storage: functional food. **Veterinary World**, v.12, n.1, p.12-33, 2019.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.15, n.8, CD003517, 2012.

LARSSON, E. Orthodontic aspects on feeding of young children: a comparison between Swedish and Norwegian-Sami children. **Swedish Dental Journal**, v.22, n.3., p.117-121, 1998.

LI, H; *et al.* Dietary factors associated with dental erosion: a meta-analysis. **PLoS One**, v.7, n.8, p.e42626, 2012.

LUNARDELLI, S. E.; PERES, M. A. Breast-feeding and other mother-child factors associated with developmental enamel defects in the primary teeth of Brazilian children. **Journal of Dentistry for Children**, v.73, n.2, p.70-78, 2006.

LUNT, R. C.; LAW, D. B. A review of the chronology of eruption of deciduous teeth. **Journal of the American Dental Association**, v.89, n.4, p.872-879, 1974.

LUSSI, A; CARVALHO, T. S. Analyses of the erosive effect of dietary substances and medications on deciduous teeth. **PLoS One**, v.10, n.12, p.e0143957, 2015.

MASSONI, A. C.; *et al.* Prevalence of enamel defects related to pre-, peri- and postnatal factors in a Brazilian population. **Community Dental Health**, v.26, n.3, p.143-149, 2009.

MECARINI, F.; *et al.* Anomalies of the oral cavity in newborns. **Journal of Perinatology**, v.40, n.3, p.359-368, 2020.

MESSNER, A. H.; *et al.* Clinical consensus statement: ankyloglossia in children. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**, p.162, n.5, p.597-611, 2020.

MHASKE, S.; *et al.* Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. **ISRN Pediatrics**, .v.18, p.956269, 2013.

MORKMUED, S.; *et al.* Retinoic acid excess impairs amelogenesis inducing enamel defects. **Frontiers in Physiology**, v.6, p.673, 2017.

PERES, K. G.; *et al.* Impact of prolonged breastfeeding on dental caries: a population-based birth cohort study. **Pediatrics**, v.140, n.1, p.e20162943, 2017.

REVELO-MEJÍA, I. A.; *et al.* Dental fluorosis: the risk of misdiagnosis - a review. **Biological Trace Element Research**, v.199, p.1792-1770, 2021.

RIGGS, E.; *et al.* Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.11, CD012155, 2019.

RUGG-GUNN, A. J.; *et al.* Malnutrition and developmental defects of enamel in 2- to 6-year-old Saudi boys. **Caries Research**, v.32, n.3, p.181-192, 1998.

SUÁREZ-CALLEJA, C.; *et al.* Vitamin D, pregnancy and caries in children in the INMA-Asturias birth cohort. **BMC Pediatrics**, v.21, n.1, p.380, 2021.

THAM, R.; *et al.* Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v.104, n.467, p.62-84, 2015.

TOUGER-DECKER, R.; LOVEREN, C. V. Sugars and dental caries. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.78, n.4, p.881S-892S, 2003.

WALSH, J; TUNKEL, D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants: a review. **Otolaryngology Head and Neck Surgery**, p.143, p.1032-1039, 2017.

WANER, M. The surgical management of infantile hemangiomas. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v.51, n.1, p.125-131, 2018.

WILLIFORD, A. L.; *et al.* Bone mineral metabolism in the neonate: calcium, phosphorus, magnesium, and alkaline phosphatase. **Neonatal Network**, v.27, n.1, p.57-63, 2008.