



**Isabela Leite**

**DENTES NATAIS E NEONATAIS: aspectos clínicos, diagnóstico e conduta  
terapêutica**

**Natal and Neonatal Teeth: Clinical Characteristics, Diagnosis and Management**

Volta Redonda/RJ  
2020

**Isabela Leite**

**DENTES NATAIS E NEONATAIS: aspectos clínicos, diagnóstico e conduta terapêutica**

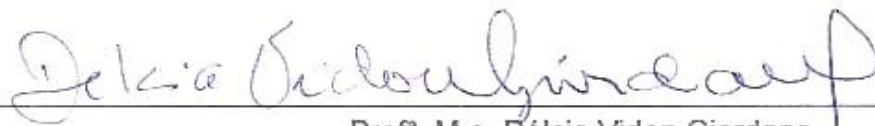
**Natal and Neonatal Teeth: Clinical Characteristics, Diagnosis and Management**

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Associação Brasileira de Odontologia – Volta Redonda e Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Odontopediatria.

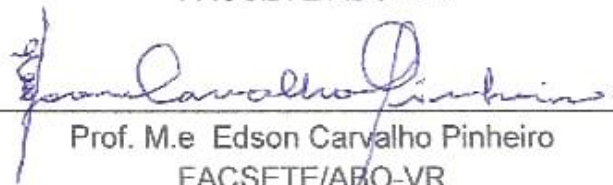
Área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Fabiane Duarte Pinheiro Ferreira

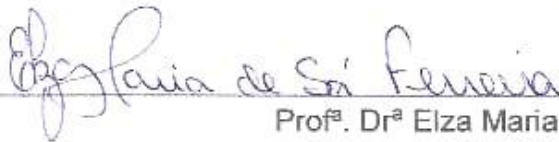
Artigo intitulado "**DENTES NATAIS E NEONATAIS: aspectos clínicos, diagnóstico e conduta terapêutica**" de autoria da aluna Isabela Leite, aprovado nesta data pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.



Profª. M.e Délcia Vidon Giordano  
FACSETE/ABO-VR



Prof. M.e Edson Carvalho Pinheiro  
FACSETE/ABO-VR



Profª. Drª Elza Maria de Sá Ferreira  
FACSETE/ABO-VR



Profª. Fabiane Duarte Pinheiro Ferreira  
FACSETE/ABO-VR



Profª. Lea Queiros da Cunha  
FACSETE/ABO-VR

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, pela minha vida e infinitas oportunidades que tem me dado.

Aos meus pais e irmão, que nunca deixaram de acreditar em mim e me apoiar de todas formas possíveis.

A meu namorado, Tiago Cunha Colombiano, por ter me dado forças de continuar minhas batalhas e não desistir dos meus sonhos.

## **Resumo**

Normalmente, a erupção dos dentes decíduos se inicia em torno dos 6 meses de idade do bebê, mas tem sido relatado na literatura o aparecimento precoce de dentes na cavidade bucal, que foram denominados dentes natais ou neonatais, dentes precoces e dentes pré-decíduos. Os dentes neonatais mais comuns são os incisivos centrais inferiores e apenas 1-10% deles são dentes supranumerários e, frequentemente, são pequenos, cônicos e com pouco desenvolvimento estrutural, apresentando uma coloração amarelo-acastanhada e hipoplasia do esmalte. A etiologia não foi comprovada, mas a comunidade científica acredita que haja uma relação entre os dentes natais e neonatais com fatores hereditários, sindrômicos e ambientais. A conduta terapêutica do caso depende das características clínicas que os dentes apresentam e suas possíveis complicações. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão de literatura sobre os dentes natais e neonatais em relação à sua etiologia, aspectos clínicos, diagnóstico e conduta terapêutica.

**Palavras chave:** Dentes natais. Dentes neonatais.

## **Abstract**

Normally, the eruption of primary teeth into the oral cavity begins at about 6 months of age, but the literature has reported the early appearance of teeth in the oral cavity which were called natal or neonatal teeth, early teeth and pre-teeth-deciduous. The most common natal teeth are the lower central incisors and only 1-10% of them are supernumerary teeth and, frequently, they are small, tapered and with little structural development, with a brownish-yellow color and enamel hypoplasia. The etiology has not been proved, but the scientific community believes that there is a correlation between natal and neonatal teeth with hereditary, syndromic and environmental factors. The therapeutic approach chosen for the case will depends on the teeth's clinical characteristics and their possible complications. The purpose of this article is to

present a literature's review on natal and neonatal teeth and the correlation with etiology, clinical aspects, diagnosis and therapeutic conduct.

**Keywords:** Natal teeth. Neonatal teeth.

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	07
2 – METODOLOGIA	08
2.1 – Resultados	08
3 – REVISÃO DE LITERATURA	09
3.1 – Etiologia	09
3.2 - Características clínicas	09
3.3 – Diagnóstico	10
3.4 – Conduta Terapêutica	10
4 – DISCUSSÃO	12
5 – CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS	14

## 1. Introdução

Os dentes natais são aqueles que estão presentes na cavidade oral do bebê desde o nascimento, enquanto os dentes neonatais podem surgir dentro dos primeiros 30 dias de vida<sup>1</sup>, podendo ele ser um dente decíduo normal que erupcionou precocemente ou um dente supranumerário, ou seja, que não está na contagem natural dos elementos<sup>2</sup>.

É aceito por muitos autores que a incidência desses casos está entre 1:2000 e 1:3500<sup>3</sup> e os dentes natais são mais comuns do que os dentes neonatais numa frequência de três para um<sup>4</sup> sendo, na maior parte dos casos, incisivos centrais inferiores, seguidos por incisivos centrais superiores. Existem relatos de caninos, molares e da presença de mais de um dente natal e neonatal, mas são relativamente raros<sup>5</sup>.

Para um diagnóstico preciso, é necessário conhecer a condição: suas características clínicas e radiográficas, diagnóstico diferencial, causas, consequências e necessidade de intervenção terapêutica. Em muitas situações, os pais ficam assustados com a presença do dente precoce, por isso o profissional deve estar preparado para que saiba explicar precisamente tudo sobre o caso e conduzi-lo da maneira mais adequada<sup>6</sup>.

A conduta deverá levar em conta o diagnóstico e as diversas características clínicas e radiográficas, devendo sempre orientar os responsáveis sobre a opção do método escolhido<sup>6</sup>



## **2. Metodologia**

A metodologia utilizada nesse trabalho foi a análise e revisão sistemática de literatura de diversos livros e artigos que abordam temas relacionados a dentes natais e neonatais, abordando sua etiologia, características clínicas, diagnóstico e conduta terapêutica.

Os critérios de exclusão foram a partir do título de artigos e assuntos que não eram ligados ao tema e à odontologia, artigos que não eram da língua portuguesa e inglesa e artigos sem embasamento e comprovação científica. Foi utilizada uma estratégia de busca baseada em palavras chaves como "dentes natais" e "dentes neonatais".

Os meios utilizados para o levantamento bibliográfico foram artigos científicos como PUBMED, MEDLINE, SCI-HUB e GOOGLE ACADÊMICO, livros didáticos da área de odontologia e outras revisões de literatura publicados entre 05/1957 a 10/2012, a fim de selecionar as informações mais precisas para a elaboração deste artigo.

### **2.1 Resultados**

Foram selecionados 42 materiais para leitura, mas somente 25 artigos e 3 livros foram utilizados como fontes bibliográficas, visto que os demais apresentavam falta de comprovação científica. No total, 18 destes artigos afirmaram ser um evento raro, 16 destes artigos selecionados descrevia que a etiologia da doença é de origem desconhecida, apesar de se apresentarem multifatorial, sendo 7 afirmam que a teoria mais aceita é a posição superficial do germe dental associada à hereditariedade. Em 10 destes trabalhos foi afirmado que a radiografia é de extrema importância para o fechamento do diagnóstico e 16 concluem que a exodontia é a opção de tratamento viável quando se trata de um elemento supranumerário com mobilidade relevante.

### **3 – Revisão de literatura**

#### **3.1 Etiologia**

Os dentes decíduos começam a se desenvolver aproximadamente no sexto mês de vida intrauterina, onde se inicia as primeiras proliferações celulares. Por volta de seis meses de vida, esses dentes já estão iniciando seu processo de irrupção na cavidade bucal<sup>7</sup>. Mas em situações adversas, essa irrupção pode acontecer bem precocemente, originando as anomalias chamadas de dentes natais e neonatais. Tais situações podem ser hereditárias, fatores externos ou alteração sistêmica da mãe durante a gestação<sup>8</sup>.

Muitas teorias têm sido relatadas como fatores predisponentes para o desenvolvimento dessas alterações: distúrbios endócrinos, erupção acelerada por picos febris<sup>9</sup>, hipovitaminoses e dieta deficiente materna, infecções, posição superficial do germe dentário, hereditariedade<sup>10</sup>, efeitos da sífilis congênita<sup>11</sup>, entre outros. Alguns autores defendem a associação com síndromes, como a displasia condroectodérmica, Ellis-van Creveld<sup>12</sup>, fenda palatal e labial, Pierre Robin<sup>10</sup>, Hallerman-Streiff<sup>12</sup>, disostose craniofacial<sup>13</sup>, entre outros.

Apesar de tantas hipóteses, a teoria da posição superficial do germe dentário associada a hereditariedade é a mais aceita<sup>10</sup>.

#### **3.2 Características clínicas**

Os dentes natais e neonatais podem apresentar tamanho e forma normais; porém, a grande maioria, são pouco desenvolvidos, pequenos, cônicos, amarelados e hipoplásicos. Podem mostrar mobilidade acentuada, devido à ausência ou fraco desenvolvimento radicular, estando a parte coronária presa apenas pelos tecidos gengivais<sup>14</sup>. Geralmente são da coloração amarelo-amarronzada opaca, pois, histologicamente, o esmalte apresenta-se hipoplásico, a dentina imatura com espaços interglobulares maiores e túbulos dentinários arrançados de maneira

irregular e a polpa ampla e rica em vascularização<sup>15</sup>. O tecido mole ao redor dos dentes pode ser hiperplásico, com áreas avermelhadas e sangrantes<sup>16</sup>.

Conforme o seu aparecimento na cavidade bucal, estes dentes são classificados em quatro categorias: 1) coroa em forma de concha, com pouca inserção alveolar pelo tecido gengival e ausência radicular; 2) coroa sólida fixada superficialmente no alvéolo pelo tecido gengival e com desenvolvimento radicular ausente ou pequeno; 3) bordo incisal da coroa irrompido no tecido gengival; e, 4) tecido gengival edemaciado, com o dente não irrompido, mas palpável<sup>17</sup>.

É necessário classificá-lo para obter o melhor diagnóstico e, conseqüentemente, optar pela melhor forma de tratamento.

### **3.3 Diagnóstico**

Alguns procedimentos devem ser incluídos no momento da consulta para o diagnóstico do dente natal ou neonatal: radiografia, histórico médico sindrômico, exame clínico intraoral e padrão familiar<sup>6</sup>.

A radiografia deve ser executada com a finalidade de observar os aspectos morfológicos do elemento e, sobretudo, observar a contagem de dentes. No caso de um elemento supranumerário, será possível perceber a presença do germe dentário decíduo ainda intraósseo<sup>18</sup>. Quanto às características radiográficas, apresentam baixa radiopacidade, câmara pulpar ampla e mínima ou ausente formação radicular<sup>19</sup>. Devido ao pobre desenvolvimento radicular que normalmente apresentam, esses dentes encontram-se com elevada mobilidade, podendo causar dor e desconforto ao bebê durante a amamentação<sup>20</sup>.

É importante coletar o máximo de informações sobre histórico médico sindrômico e padrão familiar durante a anamnese pois em 8-62% dos casos estudados foram considerados como padrão familiar<sup>21</sup>. Aproximadamente 15% dos bebês que apresentavam esta anomalia tinham pais, irmãos ou outros parentes próximos com história de dentes natais ou neonatais<sup>22</sup>.

O exame clínico intraoral deverá levar em conta as características clínicas que o dente neonatal ou natal apresenta. Poderá ser observado a presença da complicação conhecida como doença de Riga-Fede, uma ulceração em região ventral da língua causada pelo atrito do dente ao tecido mole<sup>23</sup>. Geralmente apresenta-se como uma lesão esbranquiçada com área de necrose e superfície endurecida<sup>24</sup>.

### **3.4 Conduta terapêutica**

Em grande maioria dos casos, a extração do dente natal ou neonatal foi a opção mais escolhida como forma de prevenção de uma emergência médica, como aspiração do elemento, ou auxiliar na amamentação. Alguns fatores devem ser levados em consideração na hora de decidir manter ou não o dente na cavidade bucal, como, por exemplo, o grau de formação radicular e mobilidade dentária, interferência na amamentação, possibilidade de lesão traumática e, principalmente, a dentição a qual o elemento pertence: supranumerária ou da contagem decídua normal<sup>20</sup>. Caso o dente pertença a dentição decídua normal, haja boa implantação e não cause prejuízos para o bebê, a primeira opção de conduta deverá ser a permanência do elemento na cavidade bucal<sup>12</sup>. Todavia, se ele apresentar grande mobilidade ou interferência na amamentação, ele deverá ser removido<sup>15</sup>.

Apesar da possibilidade de aspiração ser muito mencionada nas pesquisas, a possibilidade é improvável, visto que não há relatos na literatura que o fato já tenha acontecido<sup>25</sup>. A doença de Riga-Fede por si só não é indicativa para exodontia, uma vez que há outras soluções mais conservadoras, entre elas, a suavização das bordas cortantes com instrumentos abrasivos ou até mesmo um acréscimo de uma pequena porção de resina composta<sup>23</sup>.

Quando a exodontia for a opção de tratamento, esta deve ser aguardada até que o recém-nato complete os 10 dias como forma de prevenir hemorragias, levando em conta que o processo de cicatrização do bebê é insuficiente antes deste período<sup>9</sup>.

#### 4 - Discussão

A etiologia, incidência, características, complicações e tratamento dos dentes natais e neonatais são bem apresentadas e, de forma geral, um consenso entre os autores<sup>12</sup>.

Foi observado na literatura que a presença dos dentes natais é mais comum do que dos dentes neonatais em uma frequência de 3:1<sup>6</sup>, e sua prevalência dos dentes natais e neonatais varia entre 1:800 a 1:3.500<sup>(6,10,15,22)</sup>. A maior margem de prevalência encontrada foi de Zhu & King, que varia de 1:1.000 a 1:30.000<sup>20</sup>.

Apesar da longa lista de possíveis causas etiológicas, algumas são citadas com maior regularidade como hipovitaminoses, posição superficial do germe dentário, hereditariedade e erupção acelerada por picos febris<sup>(2,5,6,8,10,12,14,15,20)</sup>.

De acordo com a literatura, esses dentes podem se apresentar clinicamente pouco desenvolvidos, cônicos, pequenos, amarelados e hipoplásicos e com alta mobilidade<sup>(6,9,20,21,25)</sup>. Periodicamente podem se apresentar com formas e tamanhos normais<sup>(3,5,7,8)</sup>. O grau de desenvolvimento radicular pode ser observado em exame radiográfico, sendo em grande maioria pobre ou ausente<sup>(2,6,15,22)</sup>. Tal exame tem sido considerado um importante fator no diagnóstico da anomalia, visto que a partir de seu resultado será concluído se o dente é supranumerário ou da contagem normal da dentição, levando ao melhor prognóstico para o paciente<sup>(12,13,17, 20, 21, 26)</sup>.

A úlcera de Riga-Fede é comumente associada aos dentes natais e neonatais, caracterizada por uma lesão ulcerada em ventre inferior da língua. Além da lesão, está ligada à perda de peso do bebê por sentir desconforto durante a amamentação<sup>(20,27)</sup>. Quando diagnosticada juntamente com o dente supranumerário, recomenda-se a exodontia do elemento<sup>(12,15,23,27,28)</sup>. Outros autores defendem que a melhor opção de tratamento seria o desgaste das bordas dentárias<sup>(15,19,21)</sup>. Apesar de haver o receio da aspiração do elemento com mobilidade, não há relato na literatura que isso já tenha ocorrido<sup>25</sup>.

## 5 – Conclusão

A existência de dentes natais e neonatais é uma condição bastante rara. Apesar deste fato, a presença desta condição pode ter um impacto relevante na vida do recém-nascido, visto que pode afetar diretamente na amamentação, causar lesão oral, como a úlcera de Riga-Fede, dor e até mesmo risco de aspiração do elemento, o que traria transtornos significativos para a resolução do problema.

O conhecimento sobre as possíveis etiologias e as características clínicas das quais os dentes natais e neonatais podem estar relacionados possibilita ao odontopediatra uma facilidade maior de concluir o diagnóstico precocemente e obter a melhor solução de tratamento para a criança.

Por isso é muito importante que seja feito uma anamnese bem detalhada com histórico médico da criança e dos pais, um exame radiográfico, a fim de observar a presença ou não do decíduo e formação radicular, e um exame clínico cauteloso, para observar a estrutura dentária que compõe o elemento.

Portanto, o estudo feito leva-nos a concluir que, apesar de haver muitas pesquisas sobre a condição, a etiologia é a questão mais duvidosa, visto que há divergências maiores em relação a esse quesito. Um estudo mais aprofundado nos levaria a entender os motivos que causam esse transtorno, podendo ser extremamente útil no momento de prevenir as complicações desta anomalia.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
2. Galassi MS, Santos-Pinto L, Ramalho LT. Natal maxillary primary molars: case report. *J Clin Pediatr Dent*. 2004; 29(1): 41-44.
3. Markou I, Kana A, Arhakis A. Natal and neonatal teeth: A Review of Literature. *Balkan Journal of Stomatology*. 2012; 16(1):132-140.
4. Alvarez MP, Crespi PV, Shanske AL. Natal molars in Pfeiffer syndrome type 3: a case report. *J Clin Pediatr Dent*. 1993;18(1):21-4.
5. Hals E. Natal and neonatal teeth; histologic investigations in two brothers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1957;10(5):509-21.
6. Diniz MB, Gondim JO, Pansani CA, de Abreu-e-Lima FCB. A importância da interação entre odontopediatras e pediatras no manejo de dentes natais e neonatais. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(1):64-69.
7. Lunt RC, Law DB. A review of the chronology of eruption of deciduous teeth. *J Am Dent Assoc*. 1974; 89(1):872-879.
8. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
9. Bigeard L, Hemmerle J, Sommemater JI. Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: enamel and dentin assessments. *ASDC J Dent Child*. 1996; 63(1):23-31.
10. Leung AK. Management of natal teeth. *J Am Dent Assoc* 1987; 114:762.
11. Feingold M. Ellis-van Creveld syndrome. *Clin Pediatr (Phila)* 1966; 5:431-6.
12. Chow MH. Natal and neonatal teeth. *J Am Dent Assoc* 1980;100:215-6.
13. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985.
14. Rusmah M. Natal and neonatal teeth: a clinical and histological study. *J Clin Pediatr Dent* 1991;15:251-3.
15. Leung AKC, Robson WLM. Natal teeth: A review. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(2): 226-228.
16. Primo LG, Alves AC, Pomarico I, Gleiser R. Interruption of breast feeding caused by the presence of neonatal teeth. *Braz Dent J*. 1995; 6(2):137-142.
17. Navas RMA, Mendoza MGM, Leonardo MR, Silva RAB, Herrera HW, Herrera HP. Congenital eruption of cyst: a case report. *Braz Dent J*. 2010; 21(3):259-261.
18. Brandt SK, Shapiro SD, Kittle PE. Immature primary molar in the newborn. *Pediatr Dent*. 1983; 5(1):210-213.
19. Delbem AC, Faraco Jr IM, Percinoto C. Natal teeth: case report. *J Clin Pediatr*.

1996; 20(1):325-327.

20. Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WTG. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001; 23(1):158-162.
21. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *ASDC J Dent Child*. 1995; 62(1):123-8.
22. Bodenhoff J, Gorlin RJ. Natal and neonatal teeth: folklore and fact. *Pediatr*. 1963; 32(1):108-193.
23. Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): reports of cases. *ASDC J Dent Child*. 1996; 63(1):362-364.
24. Padmanabhan YM, Pandey RK, Aparna R, Radhakrishnan V. Neonatal sublingual traumatic ulceration – case report & review of the literature. *Dent Traumatol*. 2010; 26(6):490-495.
25. Ooshima T, Mihara J, Saito T, Sobue S. Eruption of tooth-like structure following the exfoliation of natal tooth: report of case. *ASDC J Dent Child*. 1986; 53: 275-278.
26. Dymont H, Anderson R, Humphrey J, Chase I. Residual Neonatal Teeth: A Case Report. *J Can Dent Assoc*. 2005; 71(6): 394-7.
27. Danelon M, Emerenciano NG, Garcia LG, Percinoto C, Cunha RF. Natal teeth associated with Riga-Fede ulcer: case report. *Arch Health Invest*. 2007; 6(4): 177-180.
28. Guedes Pinto AC. Erupção dentária. *In*: Guedes Pinto AC, editor. *Odontopediatria*. 6ª ed. São Paulo: Santos; 1997.