

DENTES NATAIS E NEONATAIS

MARIA JOÃO PENHA CLODE*; JORGE LEITÃO**

RESUMO

A erupção dentária segue uma cronologia que corresponde à erupção do dente na cavidade oral. Estas datas foram estabelecidas na literatura e apresentam pequenas variações, podendo os dentes erupcionarem um pouco mais cedo ou mais tarde do que o previsto na cronologia. Por vezes a cronologia da erupção dentária sofre alterações significativas e o primeiro dente decíduo pode estar presente na altura do nascimento ou erupcionar durante o primeiro mês de vida. O objectivo deste estudo consiste em apresentar um caso clínico de um dente natal e fazer uma revisão da literatura com os aspectos mais importantes sobre os dentes natais e neonatais.

Palavras-chave: dente natal, dente neonatal, dentição do recém-nascido.

ABSTRACT

Tooth eruption follows a chronology corresponding to the date when the tooth erupts into the oral cavity. These dates have been established in the literature and are subjected to small variations. However sometimes, the chronology of tooth eruption suffers a more significant alteration, and the first teeth may be present at birth or arise during the first month of life. The objective of the present study was to present a clinical case and make a review of literature with important aspects about natal and neonatal teeth.

Key-words: natal teeth, neonatal teeth, newborn dentition.

INTRODUÇÃO

A odontogénese consiste no processo de formação dos dentes e tem início entre a sexta e a sétima semanas de vida intra-uterina. Os dentes são formados a partir de uma estrutura localizada dentro dos ossos da face denominada lâmina dentária, que está presente na porção alveolar da maxila (osso da arcada dentária superior) e da mandíbula (osso da arcada dentária inferior). Esta estrutura, formada por duas camadas (ectoderme e mesoderme), prolifera ao longo dos processos alveolares dando origem ao germen dentário, o qual dará origem aos dentes, decíduos e permanentes. A sua actividade estende-se aproximadamente até aos 8 - 10 anos, altura em que se forma o ger-

men dentário que vai dar origem ao último dente permanente a erupcionar, o terceiro molar (dente do siso).⁽¹⁷⁾

Quando o bebé nasce, os vários germens dentários já estão em plena formação no interior dos ossos, incluindo os de todos os dentes decíduos e de alguns dentes permanentes. No segundo mês de vida intra-uterina, os dentes decíduos já estão todos em formação. Estes dentes erupcionam segundo uma cronologia determinada, movimentando-se através do osso em direcção à parte externa, rompendo o osso e a gengiva e surgem na cavidade oral quando a sua formação já estiver num estadió avançado.⁽¹²⁾

Em condições normais, a erupção dos dentes decíduos tem início entre o sexto e décimo segundo mês de vida após o nascimento, podendo haver variações que levam a uma erupção um pouco mais precoce ou um pouco mais tardia. Os primeiros dentes a erupcionar

*Assistente Convidada da Disciplina de Morfologia Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

**Professor Catedrático da Disciplina Materiais Dentários da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

no bebé são os incisivos centrais inferiores, podendo haver no entanto, variações quanto à cronologia da erupção.

A erupção normal dos incisivos inferiores inicia-se por volta dos 6 meses de idade. Periodicamente, ocorrem relatos de casos em que os recém-nascidos apresentam dentes completamente erupcionados. Vários termos foram usados para denominar esses dentes: dentes congénitos, fetais, pré-decíduos e dentição precoce.

A classificação defendida por Massler & Savara para dentes prematuramente erupcionados é ainda largamente utilizada: dentes presentes no nascimento são chamados **dentes natais**, enquanto aqueles que erupcionam dentro de 30 dias após o nascimento são chamados **dentes neonatais**.⁽⁶⁾ Foi sugerido por Spouge & Feasby que estes dentes deveriam ser classificados quanto ao grau de maturidade.⁽⁹⁾ Um dente natal ou neonatal maduro é aquele que exhibe um desenvolvimento normal, tendo um bom prognóstico; enquanto o dente natal ou neonatal imaturo implica um desenvolvimento deficiente e um prognóstico de retenção fraco. Estes dentes podem pertencer à dentição decídua normal ou serem dentes supranumerários.

REFERÊNCIAS HISTÓRICAS

Os dentes natais e neonatais têm sido obser-

vados desde a antiguidade. Existem várias superstições referentes a estes dentes incluindo o facto de que as crianças que apresentavam tais dentes eram predestinadas. Um exemplo disto é o que se dizia que Louis XIV, Ricardo III, Napoleão, Mirabeau, Zoroastro e o Cardeal Richelieu nasceram com dentes. Na Polónia, África, Índia e China tais crianças eram oriundas de monstros, eram consideradas um “mau presságio” para os que as rodeavam e eram mortas pouco tempo depois do nascimento.⁽²⁰⁾

PREVALÊNCIA

A prevalência varia de 1 em cada 1125 a 3300 nascimentos. Ballantyne foi provavelmente o primeiro a estimar a prevalência.(citado por Cunha⁽⁶⁾) Ele relatou 3 casos em 17578 nascimentos (1:6000) no Hospital Maternidade de Paris. Em 1948, Massler & Savara relataram a frequência de dentes natais e neonatais de 1:2000 nascimentos em dois hospitais de Chicago.⁽⁶⁾ Allwright (1958) relatou a prevalência de 1:3400 nascimentos.(citado por Cunha ⁽⁶⁾) Recentemente, dois estudos de dentes natais e neonatais na China indicaram a prevalência de 1: 1118 e 1:1442.⁽¹⁵⁾ A frequência do aparecimento destes dentes é dez vezes maior em casos de fenda palatina, e nestes casos o dente natal ou neonatal geralmente localiza-se próxi-

Autores	Prevalência	nº de crianças da amostra
Magigot,1876	1:6000	17578
Puech,1876	1:30000	60000
Ballantyne,1897	1:6000	17578
Massler e Savara,1950	1:2000	6000
Allwright,1958	1:3408	6817
Bodenhoff,1959	1:3000	----
Wong,1962	1:3000	----
Bodenhoff e Gorlin,1963	1:3000	----
Mayhall,1967	1:1125	90
Chow,1980	1:2000 a 1:3500	----
Anderson,1982	1:800	----
Kates e al,1984	1:3667	7155
Leung,1986	1:3392	50892
Bedi e Yan,1990	1:1442	----
Rushmah,1991	1:2325	9600
To,1991	1:1118	53678
Almeida e Gomide,1996	1:21,6	1019

Quadro I. Prevalência de dentes natais encontrada por vários autores.⁽⁶⁾

mo da região da fenda.⁽²⁰⁾

O quadro I apresenta as prevalências encontradas por vários autores ao longo de vários anos. A alta prevalência encontrada por Almeida e Gomide deve-se a que a população estudada eram crianças com fenda palatina. (citado por Cunha ⁽⁶⁾) A alta prevalência nestas crianças é devido à presença de fissuras alveolares e à posição superficial dos dentes na região.

Os dentes natais são mais encontrados do que os neonatais numa proporção de 3:1.⁽¹⁰⁾ Este facto deve-se a que mãe e filho voltam para casa logo após o nascimento e muitos dentes neonatais não podem ser documentados. Uma criança raramente exhibirá dentes natais e neonatais. Alguns estudos prévios mostraram que as raparigas são mais afectadas que os rapazes.⁽¹⁰⁾

DENTES AFECTADOS

Os dentes mais frequentemente afectados são os incisivos centrais decíduos inferiores. Kates e colab. num estudo de 3 anos de 18155 recém-nascidos no Hospital de Boston relataram 61 dentes natais e neonatais, todos na posição dos incisivos inferiores.⁽¹³⁾ Outro relato recente, todos os dentes natais e neonatais encontrados em 53678 chineses eram incisivos centrais inferiores.⁽¹⁶⁾ A grande prevalência nos incisivos centrais inferiores não é surpreendente, devido ao facto destes dentes serem normalmente os primeiros a erupcionarem na cavidade oral. De acordo com o estudo de Bodenhoff e Gorlin, em 1963, sobre dentes natais e neonatais, 85% são incisivos inferiores, 11% são incisivos superiores, 3% caninos inferiores e molares e apenas 1% caninos superiores ou molares.⁽¹⁰⁾

A presença de dentes natais ou neonatais molares parece, portanto, ser raro. Dos 20 casos de molares natais relatados, somente 6 deles eram molares inferiores. Gonçalves e al.⁽⁹⁾ relatam um caso de um bebé que nasceu com 12 dentes natais, oito na região anterior da mandíbula e maxilar superior, parecendo anatomicamente dentes incisivos e os restantes

quatro na região posterior com o aspecto clínico de dentes molares.

Muitos estudos encontraram 38 a 76% de dentes natais ou neonatais ocorrendo aos pares.⁽⁹⁾ Dentes natais ou neonatais representam unidades da dentição decídua normal. Muitos relatos indicaram que somente 1-10% são supranumerários.⁽⁹⁾

ETIOLOGIA

Durante muitos anos sugeriu-se com causa da erupção prematura os factores: hipovitaminose, infecção e subnutrição, estímulo hormonal, trauma, estados febris e sífilis, mas a relação causa e efeito não foi estabelecida.

Actualmente, atribui-se à posição superficial do desenvolvimento do germen dentário, o que predispõe o dente a erupcionar precocemente. Boyd & Miles mostraram isto claramente nos estudos de cortes anatómicos e radiográficos de mandíbulas de fetos.⁽³⁾

Os incisivos centrais decíduos erupcionados estão frequentemente localizados não no alvéolo, mas num espaço ligeiramente desviado para a superfície do osso alveolar, muito mais acima do germen do sucessor permanente.⁽³⁾

Vários investigadores têm relatado os dentes natais e neonatais como uma tendência familiar com uma frequência de 8-62%, o que pode reflectir como um factor hereditário a ocorrência desses dentes.⁽¹⁹⁾ Holt & McIntosh relataram uma família na qual dentes natais ocorriam em membros de 3 gerações sucessivas.⁽¹¹⁾ Hyatt descreveu uma família cujos 5 filhos nasceram com dentes erupcionados.⁽³⁾ Herpin observou dentes natais em 2 crianças nascidas da mesma mãe, mas de pais diferentes.⁽⁴⁾ Do outro lado, Asana relatou dentes natais em 2 crianças do mesmo pai, porém de mães diferentes.⁽³⁾

Evidências de contribuição genética são também vistas na associação de dentes natais e neonatais com síndromes e anomalias de desenvolvimento.

Causas mais comuns de dentes natais e neonatais:

- **Caso isolado** (mais frequente)
- **Síndrome de Ellis-van Creveld** ⁽¹⁰⁾ - Dis-

plasia condroectodérmica, com ossos longos, displasia ectodérmica nas unhas e dentes. Dentes erupcionados com coroas pequenas e cónicas e por vezes dentes natais.

- **Síndrome de Hallermann-Streiff** ^(7,10,15) - anomalia congénita com a presença de cataratas congénitas bilaterais e fácies de pássaro, com microftalmia, micrognatia e por vezes dentes natais.

- **Síndrome de Pallister-Hall** ⁽¹⁰⁾ - anomalia congénita facial com micrognatia, microglossia, fenda palatina e por vezes dentes natais.

- **Síndrome de Pierre Robin** ⁽¹⁰⁾ - anomalia congénita com micrognatia ou retrognatia, fenda palatina em cerca de 50% dos casos, glossoptose que provoca obstrução das vias aéreas superiores e por vezes dentes natais.

- **Síndrome de Soto** ⁽¹⁰⁾ - Gigantismo cerebral, com macrodolicocefalia, hipertelorismo e mandíbula proeminente. Recém nascidos com perímetro cefálico acima do percentil 97 e grande aumento de peso nos primeiros quatro anos de vida. Presença de dentes natais e agenésias.

- **Hereditário**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os dentes natais e neonatais assemelham-se aos dentes decíduos normais; mas em muitos casos, o seu desenvolvimento é deficiente, são pequenos, cónicos, amarelados, com esmalte e dentina hipoplásicos e com pouca ou total falha do desenvolvimento radicular. A aparência de cada dente natal pode ser classificada, segundo Hebling ⁽¹¹⁾ em 4 categorias:

- 1- Coroa com estrutura de concha, fracamente aderentes ao alvéolo pela mucosa oral e sem raiz;

- 2- Coroa sólida fracamente aderente ao alvéolo por mucosa; pouca ou nenhuma raiz;

- 3- Porção incisal da coroa erupcionada na mucosa oral;

- 4- Mucosa saliente, com o dente não erupcionado, porém palpável.

De acordo com To, os dentes natais nas categorias 1 e 2, se o grau de mobilidade for maior do que 2 mm, são candidatos à extração. (cita-

do por Cunha ⁽⁶⁾)

HISTOPATOLOGIA

Estudos histológicos demonstraram que o esmalte destes dentes pode apresentar as características normais de mineralização do esmalte decíduo. ⁽²⁾ A maioria dos dentes apresenta anomalias, mas em toda a estrutura. Hipoplasia do esmalte tem sido frequentemente observada. Na dentina, grandes espaços interglobulares com inclusões atípicas de células foram encontradas, bem como uma característica irregular de orientação tubular dentinária. ⁽¹³⁾ Adjacente a esta e na parte da dentina situada cervicalmente, as alterações da dentina são mais acentuadas, e nalguns casos, os túbulos dentinários estão completamente ausentes em pequenas regiões. Tanto a Bainha de Hertwig como o cimento podem estar ausentes. ^(2, 14)

Observou-se que apesar do esmalte hipoplásico estar exposto ao ambiente oral, por vezes torna-se amarelo-acastanhado, deteriorando-se progressivamente. A severidade da deterioração do esmalte aumenta em função da extensão da exposição. ^(5,13)

SINTOMAS CLÍNICOS E COMPLICAÇÕES

A presença de um dente móvel, prematuramente erupcionado pode ocasionar dor, fazendo com que o bebé recuse a mamar. ^(16,18) Outros sintomas como diarreia, podem ser associados, mas não existem evidências. Alguns dentes natais e neonatais recém erupcionados são perdidos ou movem-se em todas as direcções, pelo facto de estarem presos pela porção cervical da gengiva, da formação radicular não estar completa e da inserção ao osso não ser possível.

A hiper mobilidade pode levar à aspiração deste dente. Biegard e al. ⁽²⁾ em 1996 relataram um caso em que os pais de um bebé de 28 dias referem o desaparecimento súbito de um dente natal, facto que indica uma possível aspiração ou deglutição do referido dente. Contudo a lesão pode ser muito maior do que se imagina. A forma pontiaguda do bordo incisal pode

causar ulceração na superfície ventral da língua, lesão que foi descrita histologicamente por Riga e Fede em 1890, pelo que é designada Doença de Riga-Fede.^(4,8) Estes dentes podem causar também laceração do mamilo da mãe.

MANUTENÇÃO DOS DENTES

Se o dente não estiver a causar qualquer dificuldade à criança ou a mãe ele pode ser deixado. Os dentes neonatais possuem menos mobilidade, e os dentes natais tornam-se menos móveis após 1 mês de idade. Dentes natais e neonatais que sobrevivem mais de 4 meses têm bom prognóstico.

Geralmente os tecidos gengivais são normais, ocasionalmente mostram-se edemaciados e hemorrágicos. King e Lee recomendam a aplicação de gel de gluconato de clorhexedina na gengiva inflamada 3 vezes ao dia.⁽¹⁹⁾

A ulceração da língua é causada pela posição da língua durante a amamentação ou na sucção (dedo ou chucha) a qual provoca a pressão da língua no dente.⁽¹⁸⁾ Esta condição pode ser melhorada pelo desgaste das zonas pontiaguda, como aconselham Zhu e King, em 1995⁽²⁰⁾, ou ainda com a colocação de resina composta no bordo incisal como relatou Goho, em 1996⁽⁸⁾.

A extracção de um dente natal ou neonatal não apresenta dificuldades, pode ser feito com um boticão ou com os dedos, mas são necessárias algumas precauções. Segundo Berendsen e al⁽¹⁾ se a extracção é feita nos primeiros dez dias de vida existe o risco de hemorragia devido à hipoprotrombinémia do recém nascido, ou seja falta de vitamina. Este problema pode ser ultrapassado com a administração de vitamina K ao recém-nascido, ou então tentar fazer a extracção após os primeiros dez dias de vida. Se não for possível esperar a vitamina K é administrada através de injeção intramuscular para prevenção da doença hemorrágica do recém nascido.⁽⁶⁾ Após a extracção, é necessário fazer hemostase, a qual pode ser melhorada pelo uso de agentes hemostáticos tópicos em combinação com a pressão directa. Após a extracção dos incisivos, não se encontra perda

de espaço, mas a extracção de um dente natal ou neonatal molar é mais fácil resultar em perda de espaço do arco.

Cada caso deve ser avaliado independentemente, e deve realizar-se um julgamento clínico imparcial para decidir se o dente em questão se deve manter ou extrair.

CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, raça branca, apresentava na altura do nascimento o dente 81 erupcionado, dente natal. A criança veio pela primeira vez à consulta com 6 meses de idade e apresentava dois incisivos erupcionados, o 81 apenas com o terço incisal erupcionado e o 71, com os dois terços incisais erupcionados e que os pais referem ter “nascido” aos 3 meses. Os pais referem que o dente 81 nunca provocou qualquer lesão na língua da criança, nem na mãe com a amamentação e que o pai tinha “nascido com dois dentes”. O dente natal - 81 estava pouco erupcionado (terço incisal), de coloração amarelada, possuía um esmalte hipoplásico e não apresentava mobilidade. O dente 71 apresentava a erupção de cerca de dois terços incisais, possuía um esmalte são, cor branca e não apresentava mobilidade. Optou-se pela observação periódica dos referidos dentes 71 e 81, não sendo necessário fazer a extracção do dente natal. Foi feito o aconselhamento dietético e de higiene dentária, uma vez que os pais nunca tinham higienizado os dentes ao bebé.

O paciente voltou novamente à consulta com 17 meses, já com os dentes 72 e 82 erupcionados, e o dente 81 encontrava-se estável.

CONCLUSÕES

A presença de dentes natais ou neonatais é muito rara.

Na presença de um dente natal ou neonatal, os pais devem procurar o odontopediatra, que examinará a região e definirá a melhor conduta a ser tomada. Se possível, é feita uma radiografia da região para definir se o dente em questão pertence à dentição decídua ou é um

supranumerário; isto depende da ajuda dos pais e da colaboração do bebé. Se o dente for supranumerário deve ser extraído. De qualquer forma, o factor essencial na definição da remoção precoce deste dente é a sua implantação: os dentes natais ou neonatais da dentição normal com boa implantação, com aspecto de dentes normais, podem ser mantidos, desde que não estejam a interferir na amamentação do bebé. Já dentes mal implantados, que apresentem mobilidade acentuada, devem ser extraídos com máxima urgência, a fim de evitar a deglutição ou, pior, a aspiração deste dente, caso ele se venha a soltar da gengiva.

A extracção destes dentes é simples, realizada no consultório e sob anestesia local, mas deve ter-se em conta o risco de hemorragia devido à presença de hipoprotrombinémia no recém-nascido. A amamentação logo após a remoção do dente ajuda a controlar a hemorragia que ocorre e tranquiliza o bebé.

Se os dentes natais ou neonatais não são extraídos, os bebés devem ser observados periodicamente pelo odontopediatra e os pais devem seguir as suas recomendações quanto aos cuidados de higiene a ter com os referidos dentes e seguir os seus conselhos alimentares.



Fig 1- Dente natal com 3 dias de idade.



Fig 2 - Dente natal com 17 meses de idade.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Berendsen W, Wakkerman H. Continued growth of dentinal papillae after extraction of neonatal teeth: report of case. *JDent Child* 1988;55:139-141.
- 2- Bigeard L, Hemmerle I, Sommermater J. Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: enamel and dentin assessments. *JDentChild* 1996;63:32- 31.
- 3- Braham R. Developmental anomalies of the dentition-a scientific view. *Pediatric Dent J* 1995;5:105-116.
- 4- Buchanan S, Christopher R. Riga-Fedes syndrome: Natal and neonatal teeth associated with tongue ulceration. Case report. *Australian Dental J* 1997 42: (4): 225-227.
- 5- Chow M. Natal and neonatal teeth. *JADA* 1980;100:315-216.
- 6- Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WTG. Natal and neonatal teeth: review of literature. *Pediatr Dent* 2001;23:158-162.
- 7- Fonseca MA, Mueller WA. Hallerman-Streiff Syndrome: Case report and recommendations for dental care. *J Dent Child* 1994;61:334-337.
- 8- Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga -Fede disease): report of cases. *J Dent Child* 1996;63:362-364.
- 9- Gonçalves F, Birman E, Sugaya N, Melo A. Natal teeth: review of the literature and report of an unusual case. *Braz Den J* 1998; 9:53-56.
- 10- Gorlin RJ, Cohen MM, Levin LS. Syndromes of head and neck. 3rd Edition. Oxford University Press Inc. 1990; 201-202; 306-308;334-335;903-905.
- 11- Hebling J, Zuanon ACC, Viana DR. Dente Natal - A case of natal teeth. *Odontol Clin* 1997;7:37-40.
- 12- Isselhard B. Anatomy of oral facial structures. 6th Edition. Mosby. 1998:59-76.
- 13- Kates G, Needleman H, Holmes L. Natal and Neonatal teeth: a clinical study. *JADA* 1984;109: 441-443.
- 14- McDonald RE, Avery DR. Examination of the mouth and other relevant structures. *Dentistry for the child and adolescent*. 6th Edition. Mosby Co. St Louis 1994; 1-23,186-215.
- 15- Ohishi M, Murakami E, Tatsuyuki H, Toshihiko N, Sugino M, Inomata H. Hallerman-Streiff Syndrome and its oral implications. *J Dent Child*

- 1986; 53:32-37.
- 16- Ooshima T, Mihara J, Saito T, Sobue S. Eruption of tooth-like structure following the exfoliation of natal tooth: report of case. *J Dent Child* 1986;53:275-278.
- 17- Permar D, Rudy MC. *Oral Embryology and Microscopic Anatomy*. 6th Edition 1977:143-158.
- 18- Primo L, Alves A, Pomarico I, Gleiser R. Interruption of breast feeding caused by the presence of neonatal teeth. *Braz Dent J* 1995;6(2):137-142.
- 19- Stewart RE, Prescott GH. *Oral facial genetics*. Mosby Co, St Louis. 1976: 142-143.
- 20- Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *J Dent Child* 1995; 62: 123-128.