

22. CIRURGIA BUCAL EM ODONTOPEDIATRIA

Elaborado por:

José Jeová Siebra Moreira Neto (coordenador)
Carlos de Oliveira Gomes
Geraldo Bosco L. Couto

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatra (abo-odontopeditria) vem com estas diretrizes definir, descrever apresentações clínicas, e estabelecer critérios gerais e objetivos terapêuticos para procedimentos corriqueiros de cirurgia bucal em Odontopediatria que têm sido apresentado com maiores detalhes em livros-texto e na literatura dental/médica.

Método

Este protocolo é baseado em uma revisão da literatura dental e médica atual para cirurgia bucal pediátrica. Uma pesquisa no MEDLINE foi conduzida usando os termos “pediatria”, “cirurgia bucal”, infecção odontogênica”, “caninos impactados”, “terceiros molares”, “dentes supranumerários”, “mesiodens”, “mucocele”, “cisto de erupção”, “hematoma de erupção”, “freio aderido”, “anquiloglossia”, cisto queratino-gengival”, “pérolas de Epstein”, “nódulos de Bohn”, “Épulis congênito do recém nascido”, “cisto da lâmina dentária”, “dente natal”, e “dente neonatal”. Também foi consultado, o manual de Parâmetros e Caminhos: Diretriz para cirurgia bucal e Maxilo-facial¹ desenvolvido pela Associação Americana de Cirurgiões Oral e Maxilofacial (AAOMS).

O estado da arte

Cirurgias realizadas em pacientes pediátricos envolvem considerações únicas especiais para esta população. Diversos aspectos críticos merecem ser considerados. Estes incluem:

1. avaliação pré-operatória;
 - a. médica;
 - b. dental;
2. considerações sobre o manejo do comportamento;
3. crescimento e desenvolvimento;
4. desenvolvimento da dentição;
5. patologia;
6. cuidados pré-operatórios

Avaliação médica pré-operatória

Importantes considerações no tratamento de pacientes pediátricos incluem um histórico médico adequado, obtendo informações médica e dentária apropriadas, que nos auxilie a prevenir situações emergências nos deixando preparados para tratar situações de emergência.²

Avaliação Odontológica

É importante a realização de uma a avaliação pré-operatória clínica e radiográfica.^{2,3} O exame radiográfico sempre inclui 1 ou mais filmes intra-buciais e pode incluir imagens extra-buciais se a área de interesse vai além do complexo dento-alveolar.

Considerações comportamentais

O manejo do comportamento infantil no período pré-operatório e operatório apresenta um especial desafio. Muitas crianças se beneficiam com a anestesia local e pré-medicação oral para o controle da ansiedade. O manejo anestésico de crianças requer um extensivo treinamento e experiência.

Atenção especial deve ser dada para a determinação da condição social, emocional e psicológica do paciente infantil antes da experiência cirúrgica.⁴ Crianças têm muitos medos não declarados sobre a experiência cirúrgica, e seu manejo psicológico requer que o dentista saiba reconhecer sua condição emocional. Responder questões concernentes a cirurgia são importantes

e devem ser realizadas na presença dos pais. O dentista também deve obter o consentimento livre esclarecido antes do procedimento.

Crescimento e desenvolvimento

O potencial para efeitos adversos sobre o crescimento devido injúrias e/ou cirurgias na região oral e maxilo-facial aumenta substancialmente o potencial de risco e complicações na população pediátrica. Injúrias traumáticas envolvendo a região maxilo-facial podem afetar de forma adversa o crescimento e a função. Por exemplo, injúrias no côndilo mandibular pode não somente resultar em um crescimento restrito, como também limitar a função mandibular como resultado da anquilose. Cirurgias para malformações adquiridas, congênicas ou de desenvolvimento, podem por si só afetar o crescimento. Isto comumente é visto em pacientes com fendas, por exemplo, onde a cicatriz palatina pode resultar em anormalidades do crescimento.

Desenvolvimento da dentição

A cirurgia envolvendo a maxila e mandíbula de pacientes jovens é complicada pela presença dos folículos dentários em desenvolvimento. Para evitar injúria sobre os folículos, às vezes torna-se necessário alterações ou desvios no tratamento padrão. Por exemplo, distração osteogenia pode ser uma opção de tratamento de sucesso para anormalidades crânio facial em pacientes pediátricos. Entretanto, esta técnica pode estar associada, a longo prazo, a uma seqüela dentária, trazendo prejuízo aos dentes em desenvolvimento, gênese de um cisto dentígero advindo da colocação de pinos no espaço do folículo de um dente não irrompido, e desenvolvimento de uma má oclusão.⁶ Para minimizar os efeitos da cirurgia sobre o desenvolvimento da dentição, um cuidadoso planejamento com o auxílio de radiografias, tomografias e/ou técnicas de imagem tridimensionais, são necessárias para prover informações confiáveis para avaliar a presença, ausência, localização e/ou qualidade do desenvolvimento coronário e radicular.

Patologia

O manejo inicial e o reconstrutivo de tumores em crianças são afetados por diferenças anatômicas e fisiológicas, daquelas observadas em pacientes adultos. Os tumores em pacientes

infantis em geral apresentam crescimento mais rápido e comportamento menos previsível. Os mesmos fatores fisiológicos que afetam o crescimento dos tumores podem, entretanto, exercer um papel favorável na cicatrização após a cirurgia reconstrutiva primária. Pacientes infantis são mais resistentes e cicatrizam mais rapidamente que os adultos.

Cuidados Pré-Operatórios

O manejo metabólico das crianças após uma cirurgia freqüentemente é mais complexo que nos adultos. Uma especial atenção deve ser dada a ingestão calórica assim como também aos líquidos e ao manejo eletrolítico e a reposição sanguínea. O manejo abrangente de pacientes pediátricos após cirurgia bucal ou maxilo-facial extensa é sempre melhor realizado quando se estabelece em um ambiente no qual exista habilidade e experiência no atendimento de pacientes jovens, isto é um hospital infantil.

Recomendações

Em crianças, a infecção odontogênica pode envolver mais que um dente e freqüentemente ocorre devido a lesões cariosas, problemas periodontais ou trauma.^{7,8} O tratamento imediato da infecção é importante, pois as crianças são propensas a desidratação – especialmente se não estão se alimentando bem devido à dor e mal-estar. Os pacientes com a presença de infecção na parte superior da face, freqüentemente relatam dor facial, febre e inabilidade para comer ou beber. Cuidado deve ser tomado para descartar a sinusite, pois os sintomas assemelham-se a infecção odontogênica. Ocasionalmente, infecções na parte superior da face podem dificultar o diagnóstico da verdadeira causa. Infecções na parte inferior da face frequentemente envolvem dor, edema e trismo⁷. Frequentemente estão associados com dentes, pele, linfonodos locais e glândulas salivares.⁷ Infecção dentária é diagnosticada mais frequentemente em edema na parte inferior da face.

A maioria das infecções odontogênicas não é séria e pode ser tratada facilmente. A conduta terapêutica envolve terapia pulpar, exodontia ou incisão e drenagem.² Infecção odontogênica com manifestação sistêmica (ex. temperatura maior que 102^o-104^o F, celulite facial, dificuldade de respirar ou de deglutir, fadiga, náusea) requer terapia antibiótica. Uma infecção odontogênica severa, mas não rara, inclui trombose do seio cavernoso e a Angina de Ludwigs.^{2,7} Estas condições podem ser ameaças à vida e requerem uma hospitalização imediata com

antibiótico intra-venoso, incisão, drenagem e consulta com um cirurgião buço-maxilo-facial.^{2,7}

Exodontia de dentes irrompidos - Posteriores

Os molares decíduos têm as raízes menores em diâmetro e mais divergentes que os molares permanentes. A fratura radicular em molares decíduos não são incomuns devido a estas características e pela fragilidade potencial de suas raízes causadas pela erupção dos seus sucessores permanentes.² Para evitar uma exodontia inadvertida ou o deslocamento do sucessor permanente, deve ser feita uma avaliação sobre a relação das raízes decíduas e a coroa do dente permanente. Nos casos em que os molares decíduos apresentam as raízes circundando a coroa do sucessor pode ser necessário a odontosecção, a fim de proteger o dente permanente.² A exodontia de molares são realizadas pelo uso de uma força palatina/lingual e bucal lenta e continua permitindo a expansão do osso alveolar para acomodar as raízes divergentes e reduzir o risco de fratura radicular.² Quando da realização da exodontia de molares inferiores, deve-se tomar cuidado para apoiar a mandíbula para proteger injúrias sobre a articulação temporo-mandibular.²

Dentes anteriores

Os incisivos centrais, os incisivos laterais e os caninos decíduos e os permanentes mandibulares e maxilares apresentam raízes únicas e cônicas. A exodontia de dentes anteriores são executadas com movimento rotacional devido a sua simples anatomia radicular.² Cuidado deve ser tomado para evitar a colocação de força nos dentes adjacentes que podem ser luxados ou deslocados facilmente devido sua anatomia radicular.

Raízes fraturadas de dente decíduo

Existe um dilema na decisão de quando tratar uma raiz fratura de dente decíduo através da remoção desta, pois este procedimento pode causar dano ao dente sucessor, enquanto deixar o resto radicular pode aumentar a chance de infecção pós-operatória e retardar a erupção do sucessor permanente.² A literatura sugere que, se a raiz dentária poder ser removida facilmente, esta deve ser extraída.² Se a raiz for muito pequena, localizada no fundo do alvéolo, situada muito próxima ao sucessor permanente, ou incapaz de ser removida após diferentes tentativas, o melhor é deixá-la para ser reabsorvida.²

Dentes não irrompidos e impactados - Caninos impactados

Os caninos maxilares são os dentes mais freqüentemente impactados, ficando atrás somente dos terceiros molares. A detecção precoce de um canino irrompendo ectopicamente é importante para minimizar tal ocorrência. Radiografias panorâmicas e periapicais são valiosas na localização de potenciais caninos ectópicos. Quando o ápice da cúspide do canino permanente esta mesial ou ultrapassando a metade distal do longo eixo da raiz do incisivo lateral permanente, geralmente ocorre a impacção palatina do canino.¹¹ A exodontia do canino decíduo é o tratamento de escolha quando uma má-formação ou anquilose estão presentes ou quando da tentativa de correção de caninos impactados no palato, contanto que haja condições normais de espaço e o incisivo não apresente reabsorção.^{10,12} Um estudo mostrou que 78% dos caninos permanentes irrompidos ectopicamente, normalizam sua posição 12 meses após a remoção do canino decíduos; 64% quando a posição inicial do canino sobrepôs mais da metade da raiz do incisivo lateral; e 91% quando a posição inicial do canino sobrepôs menos da metade da raiz do incisivo lateral. Se nenhuma melhora no posicionamento do canino ocorre em um ano, a cirurgia e/ou tratamento ortodôntico são sugeridos.¹⁰ Uma consulta com o clínico e o ortodontista pode ser útil para a decisão final do tratamento.

Terceiros molares

Exame radiográfico panorâmico ou periapical são indicados no final da adolescência para avaliação da presença, posição e desenvolvimento dos terceiros molares.³ AAOMS recomenda que a remoção ou manutenção dos terceiros molares deve ser realizada antes da metade da terceira década de vida.¹ Uma pequena controvérsia existe em torno de sua remoção quando esta associado a patologia (ex. cistos ou tumores, caries recorrentes ou sem condições de restauração, infecção ou pericoronarite, alterações ósseas ou dos dentes adjacentes) e/ou está mal posicionado ou sem função (ex. infra-oclusão).^{1,13} Uma revisão sistemática da literatura científica de 1984 a 1999 evidencia que não há evidências confiáveis que suportam a remoção profilática de terceiros molares impactados livres de doença.¹³ Embora a remoção profilática de todos os terceiros molares impactados ou não irrompidos não esteja indicada, consideração deve ser feita para a sua remoção na terceira década quando existe uma alta probabilidade de doença ou patologia e/ou o risco associado de que uma remoção precoce seja melhor que uma tardia.^{1, 13-15} A remoção dos

terceiros molares antes da completa formação radicular pode ser cirurgicamente prudente.¹ Fatores que aumentam o risco de complicação (ex. associação de condições sistêmicas, localização de nervos periféricos, história de doença da articulação temporo-mandibular) devem ser avaliados. A consulta por um cirurgião buço-maxilo-facial e subsequente tratamento deve ser indicado. Quando a decisão é de manter os terceiros molares impactados, eles devem ser monitorados para a verificação de mudanças na posição e/ou o desenvolvimento de patologias que podem necessitar de remoção posterior.

Dentes supranumerários

Dentes supranumerários ou hiperdontia são os termos utilizados para descrever o excesso no número de dentes. Dentes supranumerários são relacionados com distúrbios nos estágios de iniciação e proliferação do desenvolvimento dentário.¹⁶ Embora alguns dentes supranumerários possam estar associados a síndromes (displasia cleidocranial) ou familiar, a maioria dos dentes supranumerários ocorre em eventos isolados.¹⁷ Um dente supranumerário pode ocorrer tanto na dentição decídua como na permanente.¹⁷⁻²⁰ Em 33% dos casos, dentes supranumerários na dentição decídua são seguidos por um dente supranumerário na dentição permanente.^{21,22} Relatos da incidência de dentes supranumerários podem atingir até 3%, com a dentição permanentes sendo afetada 5 vezes mais frequentemente que a dentição decídua e os homens sendo afetados 2 vezes mais frequentemente que as mulheres.¹⁷⁻¹⁹

Aproximadamente 90% de todos os dentes supranumerários únicos são encontrados no arco maxilar com uma forte predileção para a região anterior.^{17,20} A linha média anterior da maxila é o local mais comum, em que o dente supranumerário é conhecido como mesiodens.¹⁷⁻²⁰ Pode-se suspeitar de um mesiodens se existe um padrão assimétrico de erupção dos incisivos maxilares, um retardo na erupção dos incisivos maxilares com ou sem qualquer retenção prolongada dos incisivos decíduos, ou erupção ectópica dos incisivos maxilares.^{18,22} O diagnóstico de mesiodens pode ser confirmado com radiografias, incluído filmes oclusais, periapicais e panorâmicos. A informação tridimensional necessária para determinar a localização do mesiodens ou do dente impactado pode ser obtida pela tomada de duas radiografias periapicais e pele técnica de alteração na posição do cone (Técnica de Clarck e técnica vestibular do objeto).²³

Complicações dos dentes supranumerários podem incluir retardo e/ou ausência de

erupção de dentes permanentes, apinhamento, reabsorção do dente adjacente, formação de cisto dentífero, ossificação do espaço pericoronar, e reabsorção coronária.^{24,25} O diagnóstico precoce e o tratamento adequado no momento certo são importantes para a prevenção e o tratamento dessas complicações. Devido ao fato de que somente 25% de todos os mesiodens irrompem espontaneamente, o manejo cirúrgico é normalmente necessário.^{22,26}

O mesiodens que é cônico na forma e que não está invertido, tem uma maior chance para erupção, do que os de forma tubercular e invertidos.²⁵ O objetivo do tratamento para um dente mesiodens permanente não irrompido é minimizar os problemas de erupção para os incisivos permanentes.²⁵ O manejo cirúrgico vai variar dependendo do tamanho, forma, e número de supranumerários e do desenvolvimento dentário do paciente. O objetivo do tratamento de um mesiodens decíduo não irrompido difere, pois normalmente a remoção deste não está indicada, pois a intervenção cirúrgica pode romper e lesar o dente permanente subjacente em desenvolvimento. Um mesiodens decíduo irrompido é tipicamente deixado normalmente até a erupção da dentição permanente.²⁴

A exodontia de um dente mesiodens decíduo ou permanente é recomendada durante a dentição mista para permitir a força normal de erupção do incisivo permanente até que ele venha por si só para a cavidade oral.²⁵ A espera até que o incisivo adjacente tenha pelo menos dois terços de desenvolvimento radicular irá apresentar um menor risco para o dente em desenvolvimento, mas ainda permitir a erupção espontânea dos incisivos.¹ Em 75% dos casos, a exodontia do mesiodens na dentição mista resulta na erupção espontânea e alinhamento dos dentes adjacentes.^{24,27} Se os dentes adjacentes não irrompem no período de 6 a 12 meses, indique-se a exposição cirúrgica e o tratamento ortodôntico para permitir sua erupção.^{26,28} O diagnóstico odontológico deve considerar uma abordagem multidisciplinar quando do tratamento de casos difíceis ou complexos.

Patologia bucal pediátrica - Lesões do recém nascido

Patologias bucais ocorrem em crianças recém nascidas incluindo pérolas de Epstein, cistos da lâmina dentária, nódulos de Bolwm e épulis congênito. Pérolas de Epstein são comuns, sendo encontradas em 75% a 80% dos recém nascidos. Ocorrem na região mediana da rafe palatina²⁹⁻³² como resultado do remanescente epitelial ao longo da linha de fusão das metades palatinas.^{31,33} Cisto da lâmina dentária, são encontrados na crista do rebordo dental, sendo mais

comumente bilateral na região dos primeiros molares decíduos.³¹ São resultados de remanescentes da lâmina dentária. Nódulos de Bowlm são do epitélio de glândulas salivares e frequentemente são encontrados nos aspectos bucal e lingual do rebordo, longe da linha média.^{29,30,32} Pérolas de Epstaim, nódulos de Bolwm, e cisto da lâmina dentária tipicamente apresentam-se como assintomáticos com nódulos ou pápulas de 1-mm a 3-mm. São macios, branco de aparência e preenchidos com queratina.^{30,33} Nenhum tratamento é requerido, pois estes cistos desaparecem normalmente durante os primeiros 3 meses de vida.^{30,33}

Épulis congênito do recém nascido, também conhecido tumor de célula granular ou tumor de Neumann, é um tumor benigno raro somente visto em recém nascidos. Esta lesão é tipicamente uma massa protuberante aderida a mucosa gengival. Mais frequentemente observada no rebordo anterior da maxila.^{34,35} Pacientes tipicamente apresentam problemas na alimentação e/ou problemas respiratórios,³⁵ Épulis congênito tem uma predileção acentuada pelo sexo feminino numa proporção de 8:1 a 10:1.³⁴⁻³⁶ Normalmente o tratamento consiste na excisão cirúrgica.³⁴⁻³⁶ O recém nascido frequentemente cicatriza bem, e nenhuma complicação ou tratamento futuro deve ser esperado.

Cisto de erupção (Hematoma de erupção)

Cisto de erupção é um cisto de tecido mole que resulta da separação do folículo dentário da coroa de um dente em erupção.^{30,37} A acumulação de fluido ocorre dentro do espaço folicular.^{29,32,37,38} Cistos de erupção são mais frequentemente encontrados na região de molares mandibulares.³⁷ A cor destas lesões podem variar de normal a azul escuro ou marrom, dependendo da quantidade de sangue no fluido cístico.^{29,32,37,38} O sangue é secundário ao trauma. Se o trauma é intenso, essas lesões preenchidas por sangue são chamadas de hematoma de erupção.^{29,32,37,38}

Devido ao fato dos dentes irromperem através da lesão, nenhum tratamento é necessário.^{29,32,37,38} Se o cisto não rompe espontaneamente ou a lesão torna-se infectada, o teto do cisto deve ser aberto cirurgicamente.^{29,32,37}

Mucocele

Mucocele é uma lesão comum em crianças e adolescentes resultado da ruptura de um ducto excretor de uma glândula salivar menor, com subsequente extravasamento de mucina para

dentro dos tecidos circunvizinhos que posteriormente podem ser englobados em uma cápsula fibrosa.^{30,32,39-41} A maioria das mucocelos são bem circunscritas, com edema azulada translúcida flutuante, (embora as lesões mais profundas e de longa duração apresentem superfície que pode variar de uma cor normal ao branco queratinizado) que são firmes a palpação.^{32,39,41} Um trauma mecânico localizado a uma glândula salivar menor é frequentemente a causa de ruptura.^{32,39,41} Pelo menos 75% dos casos são encontrados no lábio superior, e frequentemente lateral a linha média.³⁹ Mucocelos também podem ser encontradas na mucosa bucal, superfície ventral da língua, região retromolar e no assoalho da boca (rânula).^{39,40}

Mucocelos superficiais e algumas mucocelos são lesões de vida curta que se rompem espontaneamente, levando a úlceras rasas que cicatrizam dentro de poucos dias.^{32,39-41} Muitas lesões, entretanto, requerem a excisão cirúrgica local com a remoção da glândula salivar menor adjacente para minimizar o risco de recidiva.^{32,39-41}

Anomalias estruturais - Freio maxilar

Um freio maxilar alto ou proeminente em crianças, embora seja um achado comum, é frequentemente uma preocupação, especialmente quando está associado a um diastema. Não foi encontrada correlação entre a altura de um freio aderido e a presença de diastema e a largura quando foi comparado um freio aderido com ou sem diastemas.⁴² Recentes tendências justificam significativamente poucas frenectomias.⁴³ O tratamento é somente necessário quando a aderência exerce uma força traumática sobre a gengiva e causa um diastema e que permanece após a erupção dos caninos.⁴³ O tratamento deve ser adiado até que os caninos permanentes e cúspides tenham irrompido e o diastema tenha tido a oportunidade de fechar naturalmente.⁴³ Em crianças mais velhas, se o freio está presente e a papila torna-se isquêmica quando o lábio é puxado, a remoção pode ser indicada.⁴³ Indica- ainda a frenectomia na dentição mista nos casos de ausência de espaço para erupção do laterais permanentes superiores, tendo em vista que, após a remoção do freio, haverá melhor posicionamento desses incisivos⁴⁴. Mais uma vez a frenectomia deve ser realizada quando o tratamento ortodôntico e o diastema é fechado o máximo possível. Quando indicada, a frenectomia é um procedimento extremamente fácil e pode ser realizado em nível ambulatorial.

Freio labial mandibular

Um freio alto algumas vezes pode está presente no aspecto labial do rebordo mandibular. Isto é normalmente visto na área de incisivo central e frequentemente ocorre em indivíduos em que o vestibulo é raso.⁴⁶ O freio mandibular anterior como é conhecido, ocasionalmente insere-se no tecido gengival livre ou marginal.⁴⁶ Movimentos no lábio inferior leva o freio a puxar as fibras inseridas no tecido marginal livre, que por sua vez, pode levar ao acúmulo de comida e placa.⁴⁵ O tratamento precoce é indicado para prevenir subsequente inflamação, recessão, formação de bolsa, e possível perda alveolar e/ou do dente.⁴⁶

Freio lingual mandibular/anquiloglossia

Anquiloglossia é o desenvolvimento anômalo da língua caracterizada por um freio lingual curto e rígido, resultando na limitação dos movimentos da língua.³³ Pode ser categorizada em dois tipos. A anquiloglossia total é rara e ocorre quando a língua é completamente fusionada ao assoalho da boca. A anquiloglossia parcial é variável e depende de cada caso.

O significado e o manejo da anquiloglossia são muito controversos. Estudos têm demonstrado uma diferença na recomendação do tratamento entre patologistas de renome, pediatras, otorrinolaringologistas e especialistas em lactação.^{47,48} A maioria dos profissionais entretanto, irão concordar que existem certas indicações para a frenectomia.

Um freio lingual curto pode impedir o movimento lingual e criar problemas de deglutição.⁴⁸

A frenectomia para problemas funcionais devem ser consideradas em uma base individual. Se a avaliação mostrar que a função será melhorada com a cirurgia, o tratamento deve ser avaliado^{48,49}

A anquiloglossia também pode levar a problemas com a amamentação, patologias da fala, mal oclusão, e saúde periodontal. Durante a amamentação, um freio curto pode causar uma ineficiência na pega, inadequada transferência de leite, e dor no mamilo materno, todos podendo afetar adversamente a alimentação. Quando indicada a frenuloplastia parece ser uma abordagem de sucesso, para facilitar a amamentação.⁵⁰ Embora não seja comum, patologias da fala têm sido associadas com anquiloglossia.^{2,43,52,53} Em tais casos, a frenectomia pode ser uma opção de tratamento que melhora a fala e a mobilidade da língua.⁵³ Não deve ser realizada entretanto, até que uma avaliação e tratamento tenha sido realizado por um fonoaudiólogo.² Anquiloglossia

também tem sido associada com mal oclusão de Classe III.^{54,55} A posição anormal da língua pode afetar o desenvolvimento esquelético. Embora não seja uma recomendação clara, a frenectomia nestes casos pode ser indicada, até que uma completa avaliação, diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico tenha sido completado e as informações necessárias tenham sido obtidas.

Dente natal e neonatal

Dentes natais e neonatais podem representar um desafio para a decisão de um tratamento apropriado. Dente natal tem sido definido como aquele que está presente ao nascimento, e dente neonatal, aquele que irrompe nos primeiros 30 dias de vida.⁵⁶ A ocorrência de dente natal e neonatal é rara; A incidência varia de 1:1000 para 1:30000.⁵⁷ Os dentes mais afetado são os incisivos decíduos mandibulares.⁵⁸ Embora existam muitas teorias do porque o dente ocorre, atualmente nenhum estudo confirme uma relação causal de nenhuma das teorias propostas. A posição superficial do germe dentário associado com fatores hereditários parecem ser a possibilidade mais aceita.^{57,60}

Se o dente não apresenta excessiva mobilidade ou esta causando problemas na amamentação, deve ser preservado e mantido em condições de saúde se for possível.^{57,59}

Um acompanhamento de perto está indicado para garantir que o dente permaneça estável. A doença Riga-fede é uma condição causada pelo dente natal ou neonatal lesando a superfície ventral da língua durante a amamentação causando ulceração.^{59,60} Esta lesão pode resultar na desidratação e na ingestão inadequada de nutrientes para a criança se esta lesão não for diagnosticada e tratada adequadamente.⁵⁹ O tratamento deve ser conservador, se for possível, consistindo do alisamento da borda incisal ou aplicação de resina para arredondamento do bordo.⁵⁷⁻⁶⁰ Se o tratamento conservador não corrigir esta condição, a exodontia é o tratamento de escolha.^{57,60}

Uma importante consideração quando da decisão em realizar a exodontia de um dente natal ou neonatal é o potencial para hemorragia. A exodontia é contra-indicada em recém nascidos devido ao risco de hemorragia.⁶¹ A não ser que criança tenha no mínimo 10 dias de vida, uma consulta com um pediatra avaliando a hemostasia está indicada antes da realização exodontia do dente.

Referências Bibliográficas

1. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Parameters and Pathways: Clinical Practice Guidelines for Oral and Maxillofacial Surgery (AAOMS ParPath01). *J Oral Maxillofac Surg* 2001.
2. Wilson S, Montgomery RD. Local anesthesia and oral surgery in children. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Saunders; 2005:454, 461.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):185-186.
4. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Examination of the mouth and other relevant structures. In: *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis, Mo: Mosby Co; 2004:4.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl): 182-183.
6. Davies J, Turner S, Sandy J. Distraction osteogenesis: A review. *Br Dent J* 1998;14:462-467.
7. Kaban L. Infections of the maxillofacial region. In: *Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia, Pa: Saunders; 1990:164-188.
8. Seow W. Diagnosis and management of unusual dental abscesses in children. *Aust Dent J* 2003;43:156-168.
9. Dodson T, Perrott D, Kaban L. Pediatric maxillofacial infections: A retrospective study of 113 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:327-330.
10. Ericson S, Kurol J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. *Eur J Orthod* 1988;10:283-295.
11. Lindauer SJ, Rubenstein LK, Hang WM, Andersen WC, Isaacson RJ. Canine impaction identified early with panoramic radiographs. *J Am Dent Assoc* 1992; 123:91-92, 95-97.
12. Fernandez E, Bravo LA, Canteras M. Eruption of the permanent upper canines: A radiologic study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998;113:414-420.
13. Song F, O'Meara S, Wilson P, Goldner S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technol Assess* 2000;4:1-55.

14. van der Schoot EA, Kuitert RB, van Ginkel FC, Pahl-Andersen B. Clinical relevance of third permanent molars in relation to crowding after orthodontic treatment. *J Dent* 1997;25:167-169.
15. Hicks EP. Third molar management: A case against routine removal in adolescent and young orthodontic patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:831-836.
16. Profitt W, Fields Jr. H, Ackerman J, Sinclair P, Thomas P, Tullock J. The etiology of orthodontic problems. In: *Contemporary Orthodontics*. 2nd ed. St. Louis, Mo: Mosby Year Book, Inc; 2000:105-138.
17. Regezi J, Sciubba J. Abnormalities of teeth. In: *Oral Pathology: Clinical-Pathologic Correlations*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1993:494-520.
18. Primosch R. Anterior supernumerary teeth—Assessment and surgical intervention in children. *Pediatr Dent* 1981;3:204-215.
19. Dummett CO Jr . Anomalies of the developing dentition. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Saunders; 2005:61-62.
20. Neville B, Damm D, Allen C. Abnormalities of the teeth. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1995:44-95.
21. Taylor G. Characteristics of supernumerary teeth in the primary and permanent dentition. *Trans Br Soc Study Orthod* 1970-71;57:123-128.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on the management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):143-155.
23. Goaz P, White S. Projection geometry. In: *Oral Radiology: Principles and Interpretation*. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 1994:97-105.
24. Neville B, Damm D, White D. Pathology of the teeth. In: *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 2003:58-60.
25. Christensen JR, Fields Jr HW. Treatment planning and management of orthodontic problems. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Saunders; 2005:624-626.

26. Russell K, Folwarczna M. Mesiodens: Diagnosis and management of a common supernumerary tooth. *J Can Dent Assoc* 2003;69:362-366.
27. Howard R. The unerupted incisor. A study of the postoperative eruptive history of incisors delayed in their
1. eruption by supernumerary teeth. *Dent Pract Dent Rec* 1967;17:332-341.
28. Giancotti A, Grazzini F, De Dominicis F, Romanini G, Arcuri C. Multidisciplinary evaluation and clinical management of mesiodens. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:233-237.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Dental development,
2. morphology, eruption and related pathologies. In: Nowak A, ed. *The Handbook: Pediatric Dentistry*. 2nd ed. Chicago, Ill; 1999:7-27.
30. Flaitz CM. Differential diagnosis of oral lesions and developmental anomalies. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric
3. Dentistry: Infancy through Adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Saunders; 2005:18.
31. Hays P. Hamartomas, eruption cysts, natal tooth, and Epstein pearls in a newborn. *J Dent Child* 2000;67: 365-368.
32. Cameron A, Widmer R. Oral pathology. In: *Handbook of Pediatric Dentistry*. London: Mosby; 1997:143-178.
33. Neville B, Damm D, Allen C. Developmental defects of the oral and maxillofacial region. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1995:1-43.
34. Lapid O, Shaco-Levey R, Krieger Y, Kachko L, Sagi A. Congenital epulis. *Pediatrics* 2001;107:E22.
35. Marakoglu I, Gursoy U, Marakoglu K. Congenital epulis: Report of a case. *J Dent Child* 2002;69:191-192.
36. Neville B, Damm D, Allen C. Soft tissue tumors. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1995:362-415.
37. Neville B, Damm D, Allen C. Odontogenic cysts and tumors. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1995:493-540.
38. Regezi J, Sciubba J. Cysts of the oral region. In: *Oral Pathology: Clinical-Pathologic Correlations*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1993:322-361.
39. Neville B, Damm D, Allen C. Salivary gland pathology. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia, Pa. WB Saunders; 1995:322-361.

40. Regezi J, Sciubba J. Salivary gland diseases. In: *Oral Pathology: Clinical-Pathologic Correlations*. Philadelphia, Pa. WB Saunders; 1993:239-302.
41. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral pathology oral medicine/syndromes. In: Nowak A, ed. *The Handbook: Pediatric Dentistry*. 2nd ed. Chicago, Ill; 1999:28-55.
42. Ceremello P. The superior labial frenum and midline diastema and their relation to growth and development of the oral structures. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1993;39:120-139.
43. Griffen AL. Periodontal problems in children and adolescents In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Saunders; 2005:417.
44. Couto, G.B.L.; Vasconcelos, M.M.V.B. Frenectomia Labial e Lingual In: *Atualidades em Ortodontia e Odontopediatria*, 1 Ed. Recife, Os autores, 2007, 215p.
45. Leonard M. The maxillary frenum and surgical treatment. *Gen Dent* 1998;46:614-617.
46. McDonald RE, Avery DR, Weddell JA. Gingivitis and periodontal disease. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis, Mo: Mosby Co; 2004:440-441.
47. Messner A, Lalakea M. Ankyloglossia: Controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 54:123-131.
48. Lalakea M, Messner A. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr Clin North Am* 2003;50:381-397.
49. Whight J. Tongue-tie. *J Paediatr Child Health* 1995; 31:276-278.
50. Ballard J, Auer C, Khoury J. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breast-feeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.
51. Messner A, Lalakea M, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126: 36-39.
52. Garcia Pola M, Gonzalez Garcia M, Garcia Martin J, Gallas M, Leston J. A study of pathology associated with short lingual frenum. *J Dent Child* 2002;69:59-62.
53. Messner A, Lalakea M. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127:539-545.
54. Mukai S, Mukai C, Asaoka K. Congenital ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx: Symptoms and respiratory function in adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993;102:620-624.

-
55. Neville B, Damm D, White D. Developmental disturbances of the oral and maxillofacial region. *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 2003:10-11.
 56. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: A review of the 24 cases reported in the literature. *J Pediatr* 1950;36:349-359.
 57. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: Review of the literature. *Pediatr Dent* 2001;23:158-162.
 58. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *J Dent Child* 1995;62:123-128.
 59. Slayton RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga Fede disease). *Pediatr Dent* 2000;22:413-414.
 60. Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga Fede disease): A report of cases. *J Dent Child* 1996; 63:362-364.
 61. Rushmah M. Natal and neonatal teeth: A clinical and histological study. *J Clin Pediatr Dent* 1991;15:251-253.