

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**Principais lesões em tecidos moles na cavidade bucal
de bebês**

Andréa Hellwig da Rocha

Pelotas, 2013

ANDRÉA HELLWIG DA ROCHA

**PRINCIPAIS LESÕES EM TECIDOS MOLES NA CAVIDADE BUCAL
DE BEBÊS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Regina Romano

Pelotas, 2013

Dados de Catalogação da Publicação

R672p

Rocha, Andréa Hellwig da

Principais lesões em tecidos moles na cavidade bucal de bebês/ Andréa Hellwig da Rocha. Orientadora: Ana Regina Romano. - Pelotas: UFPel, 2013.

76f.: tab; fig.

Monografia (Conclusão de Curso). Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

1. Odontopediatria. 2. Lesões bucais. 3. Cavidade bucal. 4. Bebês
5. Tecidos moles. I. Romano, Ana Regina (orient.)

II. Título

D602

Bibliotecário: Claudia Denise Dias Zibetti CRB -10/932

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Regina Romano (Presidente)

Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo

Me. Gabriela dos Santos Pinto

Mestranda Luísa Jardim Corrêa de Oliveira (Suplente)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho, a minha mãe;
Que sempre sonhou ao meu lado... Meu maior amor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre iluminar o meu caminho me fazendo chegar até aqui, e também por colocar tantas pessoas especiais na minha vida.

Aos meus pais Ailton e Luiza, por me ensinarem a amar, por sempre me apoiarem e nunca me deixarem desistir dos meus sonhos. Pai, sou tão grata pelo exemplo que tu és na minha vida. Mãe, não tenho palavras pra expressar a minha gratidão e a minha felicidade por ser a tua filha. Outras mil vidas mais não me seriam suficientes para expressar a admiração que sinto. Amo vocês!

Ao Rafael, meu namorado, que sempre esteve ao meu lado, me incentivou, me fez sonhar e me deu muito apoio fazendo com que eu percebesse que todos os momentos difíceis eram apenas mais um aprendizado. Tua alegria me contagiava e tudo foi mais fácil ao teu lado...

A professora Ana Romano que guiou todos os meus passos neste trabalho. Para mim, foi um grande exemplo, por amar a sua profissão e ser tão dedicada às crianças. Obrigada pela paciência, pelo grande ensino e carinho que tivesses comigo, foi fundamental para a realização deste meu sonho.

"Não existe esta coisa de homem feito por si mesmo. Somos formados por milhares de outros. Cada pessoa que alguma vez tenha feito um gesto bom por nós, ou dito uma palavra de encorajamento para nós, entrou na formação do nosso caráter e nossos pensamentos, tanto quanto do nosso sucesso."

George Matthew Adams

RESUMO

ROCHA, ANDRÉA HELLWIG. **Principais lesões em tecidos moles na cavidade bucal de bebês**. 2013. 77f. Trabalho Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

Para a promoção de saúde em bebês, o atendimento precoce deve ser indispensável. Deve-se ter consciência e conhecimento de que podem existir manifestações bucais diversas e distintas das que aparecem em adultos. Profissionais da área como odontopediatras devem estar atentos e aptos para proporcionarem um correto diagnóstico e tratamento, assim como auxiliar aos pais sobre a melhor conduta com seus bebês. Com uma revisão de literatura ilustrada, este trabalho, teve como objetivo descrever as principais alterações de tecidos moles, congênitas e adquiridas, presentes na cavidade bucal de bebês e/ou que foram atendidas no projeto de extensão atenção odontológica materno-infantil da faculdade de odontologia da Universidade Federal de Pelotas. A maioria das lesões relatadas tanto congênitas quanto adquiridas possuem manifestação rara, porém a de maior prevalência entre todas são os cistos de inclusão. Poucas são as lesões descritas como tendo predileção por sexo. Estas lesões ocorrem em diferentes locais, sendo a maior prevalência no palato. Assim como em forma de nódulos, bolhas, úlceras entre outros. Como tratamento, muitas vezes a conduta ideal é apenas o acompanhamento, sem necessidade de intervenção, e também é de grande importância o tratamento multidisciplinar com vários profissionais, de diversas áreas como fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos trabalhando juntos. Porém de contrapartida muitas lesões também necessitam de medicação, remoção de agentes irritantes, condutas clínicas, e até mesmo excisão cirúrgica que pode ser em nível de consultório ou hospitalar dependendo da gravidade. Fica evidente que pediatras e odontopediatras muitas vezes devem trabalhar juntos com a mesma finalidade, de reconhecer possíveis anormalidades, fazer o diagnóstico precoce, prevenir e promover a saúde dos bebês.

PALAVRAS-CHAVE: Alterações bucais. Cavidade bucal. Bebês.

ABSTRACT

ROCHA, ANDRÉA HELLWIG. **Principais lesões de tecidos moles na cavidade bucal de bebês**. 2013. 77f. Trabalho Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

The Promotion of buccal health should be done as soon as possible and it is indispensable for babies, as there are symptoms and diseases that are different from the ones presented by adults. Dental professionals and pediatric dentists should be able to diagnose and propose an adequate treatment to children and also be able to guide the parents regarding the best conduct with their babies. This study revised the literature of main soft tissues lesions and most lesions were illustrated it with congenital and acquired lesions presented in the buccal cavity of babies that were treated by the extension project in dental attention (mothers and babies) of the Federal University of Pelotas, with the aim of producing a list of the main soft tissue lesion in the buccal cavity of babies. Most lesions were described as rare and the higher prevalence was of inclusion cysts. Few are the lesions described as having predilection for sex. The lesions occur in different sites, being the major prevalence in the palate. They also appear as nodules, vesicles, ulcers, among others. Usually, the ideal conduct requires only attendance, without the need of intervention. The multidisciplinary treatment is also highly advisable, one which involves audiologists, physiotherapists and psychologists. However, some lesions require medication, removal of irritating agents, clinical procedures and even surgical interventions, either in private surgery or hospital environment, depending on the severity of the lesion. It is evident that pediatrics and dentists should work together aiming at preventing and promoting babies' health, recognizing possible abnormalities, and allowing an early diagnosis.

KEY WORDS: Buccal abnormalities. Buccal cavity. Babies.

Lista de Figuras

		p.
Figura 1	Casos clínicos de fendas labial e/ou palatina (Fonte: Gnoisnski, 2002).....	18
Figura 2	Imagens de língua de crianças: micro e macroglossia, anquiloglossia e freio lingual normal.....	25
Figura 3	Exame clínico do protocolo proposto por Martinelli et al. (2012).....	26
Figura 4	Situações clínicas de freio labial em crianças.....	28
Figura 5	Imagens de hemangiona na cavidade bucal de um bebê (AOMI).....	30
Figura 6	Imagens de dois casos clínicos de epúlide congênito do recém-nascido.....	33
Figura 7	Imagens de cistos de inclusão do recém-nascido.....	41
Figura 8	Diferentes alterações adquiridas em tecidos moles em crianças.....	46
Figura 9	Ilustração de condutas clínica para rânula em bebê (AOMI).....	52
Figura 10	Imagens de cistos/hematomas de erupção e condutas clínicas na dentição decídua.....	56

Lista de Tabelas

p.

Tabela 1	Resumo da prevalência, predileção por sexo, localização, aparência clínica e condutas adotadas nas diferentes lesões congênitas de tecidos moles em bebês.....	62
Tabela 2	Resumo da prevalência, predileção por sexo, localização, aparência clínica e condutas adotadas nas diferentes lesões adquiridas de tecidos moles em bebês.....	63

Lista de abreviaturas e siglas

RS	Rio Grande do Sul
AOMI	Atenção Odontológica Materno-Infantil
cm	Centímetros
mm	Milímetros

SUMÁRIO¹

	p.
Resumo.....	05
Abstract.....	06
Lista de figuras.....	07
Lista de tabelas.....	08
Lista de abreviaturas e siglas.....	09
1.INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
3. ALTERAÇÕES BUCAIS CONGÊNITAS DE TECIDOS MOLES EM BEBÊS..	14
3.1 Fenda Labial e Fenda Palatina.....	14
3.2 Microglossia.....	19
3.3 Macroglossia.....	20
3.4 Anquiloglossia.....	21
3.5 Freio Labial.....	27
3.6 Hemangioma.....	29
3.7 Cisto dermóide.....	30
3.8 Epúlide Congênita do recém nascido.....	32
3.9 Cistos de Inclusão.....	34
4. ALTERAÇÕES BUCAIS ADQUIRIDAS DE TECIDOS MOLES EM BEBÊS....	42
4.1 Gengivoestomatite herpética primária.....	42
4.2 Candidíase.....	44
4.3 Língua Saburrosa.....	46
4.4 Língua geográfica.....	48
4.5 Doença de Riga-Fede.....	49
4.6 Mucocele.....	50
4.7 Rânula.....	53
4.8 Cistos/hematomas de erupção.....	54
5. DISCUSSÃO.....	57
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
Referências.....	65

1. Apresentação de acordo com o nível de descrição 3 do manual de normas da Universidade Federal de Pelotas para Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: Carmem Lúcia Lobo Giusti... [et al]. - Pelotas, 2006. 61f.

1 INTRODUÇÃO

A cavidade bucal da criança, ao contrário de sua aparência simples, constitui um órgão investido de uma enorme complexidade. A boca, nesta fase, apresenta desenvolvimento constante em busca de um sistema de órgãos mais complexos, estando numa relação muito dinâmica com outros sistemas de órgãos em desenvolvimento. Por isso que muitas estruturas anatômicas da boca da criança são únicas, características e transitórias para este período de vida (VALENTIM, 2001).

As considerações sobre alterações patológicas na cavidade bucal em crianças são diferentes das existentes nos adultos, e o conhecimento dessas peculiaridades é de suma importância. Atualmente, enfatiza-se o atendimento precoce, que se inicia antes do primeiro ano de vida, quando crianças de poucos dias ou meses de vida são levadas ao consultório odontológico para receberem os primeiros conselhos educativos ou para serem tratadas devido à existência de alguma alteração ou anomalia (SCHMITT et al., 2012). De uma forma geral, as lesões da cavidade bucal do bebê podem ser divididas em dois grupos: o grupo das lesões congênitas, ou seja, já existentes desde o nascimento e o grupo das lesões adquiridas durante a vida extrauterina (DICIONÁRIO HOUAISS, 2013). Elas podem estar presentes tanto nos tecidos duros da cavidade (ossos e dentes) como nos tecidos moles (gengiva, mucosa, língua e lábios).

Os pediatras e odontopediatras têm a oportunidade de examinar a cavidade bucal das crianças e acompanhá-las durante toda sua infância atuando na promoção de saúde e prevenção de alterações e assim possuem uma possibilidade maior de detectar qualquer anormalidade. Frente a grandes números de alterações que podem ser encontradas, os odontopediatras devem ser capazes de um correto diagnóstico para uma adequada conduta, seja de controle, recuperação ou reabilitação das crianças (COSER et al., 2004; REZENDE; ZOLLNER; SANTOS, 2010).

Atualmente a atenção precoce ao bebê é mais que uma necessidade, é uma realidade, pois a cavidade bucal neste período é caracterizada por diversos fenômenos que constituem em respostas fisiológicas ou, ao contrário, alterações de desenvolvimento ou ainda patogenias (COSER et al., 2004).

Neste contexto cabe salientar que as manifestações bucais na primeira infância não são raras. Deste modo é fundamental compreender a criança de forma dinâmica, com constantes mudanças durante seu desenvolvimento e crescimento. O profissional que atende estas crianças deve estar apto a diagnosticar, tratar as manifestações bucais e encaminhar ao médico se há suspeita de alguma alteração sistêmica, para um tratamento efetivo, pois muitas vezes a manifestação bucal é secundária a alguma alteração sistêmica (PADOVANI, 2008).

Para exercer a odontopediatria, são necessários conhecimentos que devem abranger não só o campo técnico, mas também o psicológico. Deste modo é necessário que o profissional tenha paciência, dedicação, carinho e amor pelas crianças. Aqueles pois que se propuserem ao tratamento infantil deverão ter atributos específicos que o capacitem para esta tarefa (PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Este trabalho tem como objetivo descrever, através de uma revisão de literatura ilustrada, as principais alterações de tecidos moles presentes na cavidade bucal de bebês e/ou que foram atendidos no projeto de extensão atenção odontológica materno-infantil.

2.2 Objetivos específicos:

2.2.1 Relatar as características clínicas de lesões congênitas em tecidos moles da cavidade bucal de bebês, abordando a conduta do Cirurgião-dentista;

2.2.2 Relatar as características clínicas de lesões adquiridas em tecidos moles da cavidade bucal de bebês, abordando a conduta do Cirurgião-dentista;

3 ALTERAÇÕES BUCAIS CONGÊNITAS DE TECIDOS MOLES EM BEBÊS

As alterações congênitas nos tecidos moles bucais, são uma condição do indivíduo desde, ou antes, do nascimento (DICIONÁRIO HOUAISS, 2013). Definida portanto como qualquer defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento por causa genética, ambiental ou mista. Essa definição abrange todos os desvios em relação à forma, tamanho, posição, número e coloração de uma ou mais partes do corpo capazes de serem averiguadas macroscopicamente ao nascimento e/ou por ser discreta que não tenha sido verificada na ocasião em que a criança nasceu e só se manifeste clinicamente mais tarde (WIKIPÉDIA, 2013).

Como são muitos os tipos existentes nos tecidos moles da cavidade bucal de bebês, serão abordadas as mais comuns e/ou as que foram encontradas em bebês atendidos na clínica de extensão atenção odontológica materno-infantil: fenda labial e fenda palatina, micro e macroglossia, anquiloglossia, freio teto labial persistente, hemangioma, cistos dermóide, epúlide congênito do recém-nascido e cistos de inclusão.

3.1 Fenda Labial e Fenda Palatina

De acordo com Shafer et al. (1987) as fendas faciais ocorrem em consequência de falhas ou defeitos do desenvolvimento ou da maturação dos processos embrionários. A fenda do lábio inferior é uma condição extremamente rara e que ocorre na linha média do lábio inferior; seu aparecimento é devido a uma falha da cúpula em dar origem ao arco mandibular ou a persistência do sulco central do processo mandibular. Apenas o lábio, ou ocasionalmente o lábio e a mandíbula podem estar envolvidos.

A fenda labial é a anomalia do maciço ósseo facial mais frequente ao nascimento. Ela pode ser completa ou incompleta, unilateral ou bilateral, simétrica ou assimétrica e estar associada ou não à fenda palatina (BUNDUKI et al., 2001). Além de mais comum é considerada mais importante das fendas labiais, sendo

resultante da falta de união adequada entre a porção globular ao processo nasal mediano, o processo nasal lateral e o processo maxilar (SHAFER et al., 1987).

O aparecimento de fissura tem sido associado com o peso ao nascer, idade gestacional, ingestão de drogas nos primeiros meses de gestação e variação sazonal, contribuindo para o entendimento do desenvolvimento facial para se detectar o aparecimento da fissura (LOFFREDO et al., 1994).

De acordo com Arantes et al. (2008) as fissuras labiopalatais são má formações congênitas cuja incidência é variável em nosso país, porém estimada em cerca de 1:650 nascidos vivos, adquirindo, portanto, importância em termos de saúde pública. Cerca de 80% dos casos de fendas labiais são unilaterais, e 20% bilaterais. Aproximadamente 70% das fendas labiais unilaterais ocorrem do lado esquerdo (NEVILLE et al., 2004).

Ainda em relação à prevalência, existe considerável variação racial. Nos indivíduos brancos, a fenda labial com ou sem fenda palatina ocorrem em um de cada 700 a 1.000 nascimentos. A frequência nas populações asiáticas é aproximadamente 1,5 vezes mais elevada do que nos indivíduos brancos. E em contraste, em indivíduos negros a prevalência é baixa, ocorrendo em 0,4 por 1.000 nascimentos. Os casos isolados de fendas palatinas são menos comuns dos que os de fenda labial com ou sem fenda palatina, com uma frequência de 0,4 por 1.000 nascimentos nos indivíduos brancos e negros (NEVILLE et al., 2004).

Os homens são mais acometidos por fenda labial com ou sem fenda palatina do que as mulheres. Quanto mais grave o defeito, maior a predileção pelos homens; a relação homem- mulher para a fenda labial isolada é de 1,5:1, e a relação fenda labial com ou sem fenda palatina é 2:1. Por outro lado, a fenda palatina é mais comum nas mulheres (NEVILLE et al.; 2004; SHAFER et al., 1987).

3.1.1 Características Clínicas

A fenda do lábio superior possui um quadro clínico variado, dependendo da gravidade da condição. A fenda unilateral do lábio envolve apenas um lado do lábio; a bilateral, ambos os lados. A fenda incompleta estende-se por distância variável em direção da narina e, frequentemente, envolve também o palato. A fenda completa estende-se para dentro da narina e envolve o palato ainda com mais frequência (SHAFER et al., 1987). E, segundo Neville et al. (2004), as fendas completas envolvendo os alvéolos em geral ocorrem entre o incisivo lateral e o

canino e é comum os dentes, especialmente o incisivo lateral, estarem ausentes na região comprometida pela fenda.

A fenda palatina (Fig. 1a, c, d) pode apresentar variação ampla em grau de gravidade e de envolvimento de tecido. Pode haver uma fenda dos palatos duro e mole ou, em alguns casos, apenas uma fenda do palato mole a qual ocorre como uma fenda na úvula, ou úvula bífida que é a forma mais atenuada da fenda palatina (SHAFER et al., 1987).

3.1.2 Conduta

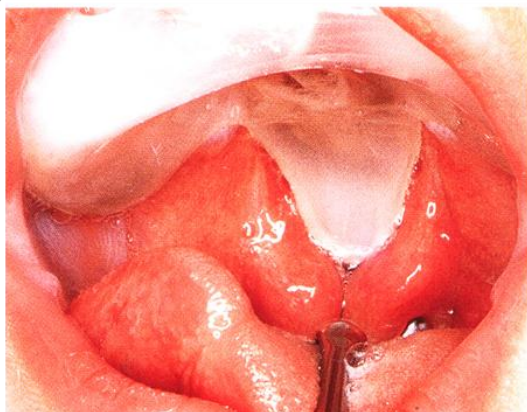
A maioria dos casos de fenda labial pode ser reparada cirurgicamente. É costume realizar cirurgia na criança antes de um mês de idade, ou quando ela recuperou o peso que tinha ao nascer e continua a aumentar o peso. Já para a fenda palatina também é aconselhada a cirurgia, mas usualmente, esta não é executada antes do paciente chegar aos 18 meses de idade (SHAFER et al., 1987).

Segundo Arantes et al. (2008) a palatoplastia tem idealmente como objetivo principal promover o fechamento do palato duro e mole, criando um mecanismo velofaríngeo funcionalmente adequado para o desenvolvimento correto da fala e de forma paralela não provocar danos ao crescimento facial. Nesse contexto, a palatoplastia realizada em idade precoce promove um melhor desenvolvimento da fala e, por outro lado, quando realizada em idade mais tardia, o desenvolvimento facial. O melhor momento para a realização da palatoplastia é definido por vários autores entre 12 a 24 meses, mas há os que preconizam o fechamento precoce do palato mole ao redor dos seis meses de idade e postergam o fechamento do palato duro com o argumento de promover um melhor crescimento da maxila.

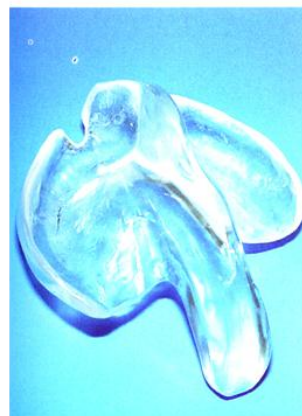
A alimentação e a ingestão de líquidos na criança portadora de fenda de lábio e/ou palato é real e urgente tanto para o portador como para família. O cuidado inicial, que se refere especialmente ao recém-nascido, está sob responsabilidade dos profissionais da saúde, os quais para conduzir o processo de forma satisfatória, devem ter conhecimento das dificuldades alimentares inerentes de cada caso e dos recursos disponíveis para serem utilizados. Os aspectos envolvidos nos cuidados da alimentação destes pacientes abrangem situações complexas, que envolvem tanto condições anatômicas, regurgitação pelo nariz, como as relações afetivas e sociais (AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA –SILVA-LOPES, 2006).

Embora existam vários métodos para alimentar uma criança com fenda no lábio e/ou palato, o mais importante é a que a escolha seja baseada na necessidade da criança. É preciso escolher o método ao qual ela se adapte, aquele que melhor possa mantê-la o mais próximo da sua mãe e que, principalmente, ofereça condições para o aporte nutricional adequado. Um dos artifícios utilizados é a placa obturadora (Fig.1a, b) a qual facilita a amamentação, pois tem a função de vedar a fenda palatal, permitindo que o bebê pressione o bico contra a superfície da placa, gerando pressão intrabucal negativa e consiga extrair o leite de uma forma mais efetiva tanto da mamadeira como seio materno e em maior quantidade. O seu uso ajuda a impedir a regurgitação do leite para a cavidade nasal e facilita no ganho de peso e um bom desenvolvimento da criança (AMSTALDEN-MENDES; GIL-DA – SILVA-LOPES, 2006).

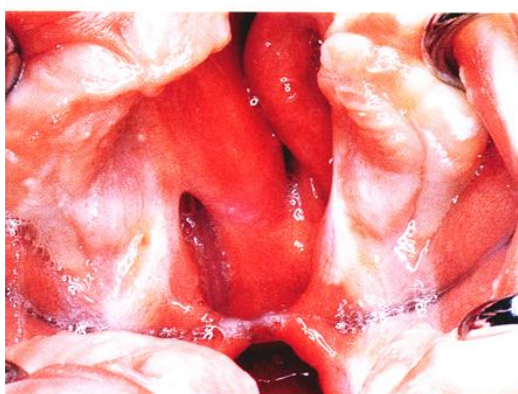
Desde cedo, o ideal é a abordagem multidisciplinar, incluindo (porém não limitada a) um pediatra, cirurgião maxilofacial, otolaringologista, cirurgião plástico, odontopediatra, ortodontista, protesista, fonoaudiólogo e geneticista (NEVILLE et al., 2004). Assim, destacamos a importância do acompanhamento precoce, através de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar e tratamento integral, desde o nascimento até a fase adulta (Fig.1), propiciando ao indivíduo portador de deformidade facial o necessário ajustamento à sociedade (CERQUEIRA et al., 2005).



a. Vista em boca em recém-nascido com fenda no palato e placa obturadora



b. Placa obturadora de fenda palatina



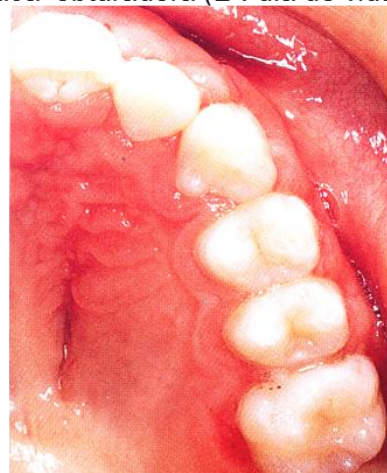
c. Aspecto do palato recém-nascido



d. Aspecto aos 5 meses, com colocação da placa obturadora (2º. dia de vida)



e. Aspecto do palato após a cirurgia: 13 anos de idade



f. Aspecto do palato após correção ortodôntica e osteoplastia

Figura 1 - Casos clínicos de fendas labial e/ou palatina (Fonte: Gnoisnski, 2002).

3.2 Microglossia

A microglossia é uma anomalia congênita incomum que se manifesta pela existência de uma língua pequena ou rudimentar (SHAFER et al., 1987). Em casos raros a língua pode estar ausente (NEVILLE et al., 2004). A sua presença de forma isolada pode ocorrer e um pequeno grau de microglossia pode ser difícil de diagnosticar e não ser notado. Entretanto grande parte dos casos relatados são relacionados a um grupo de condições associadas conhecidas como síndromes de hipogênese dos membros oromandibulares (NEVILLE et al., 2004).

Segundo Thorp et al. (2003) a etiologia das condições que formam a microglossia é desconhecida. Porém existem três teorias principais, sendo a primeira o uso de drogas durante a gestação. Nos casos estudados, houve um histórico de abuso de álcool durante a gravidez, mas essas condições não são reconhecidas. A segunda, a hipertermia gestacional tem sido postulada naqueles pacientes com síndrome de Moebius. Em terceiro lugar, teorias genéticas ou de herança multifatorial ou transmissão autossômica dominante com a expressão genética variável e reduzida penetrância são sugeridas com base em dois incidentes de consangüinidade e outros incidentes de parentes com anomalias faciais.

As dificuldades de alimentação (SHAFER et al., 1987) e articulação da palavra, afetando a linguagem (SHAFER et al., 1987; VALENTIM, 2001) nos portadores de aglosia ou microglossia, são óbvias.

3.2.1 Características clínicas

Língua pouco desenvolvida (Fig. 2 a) ou até mesmo rudimentar (VALENTIM, 2001). Muitas vezes a microglossia ainda pode estar associada com hipoplasia da mandíbula e os incisivos inferiores podem estar ausentes (NEVILLE et al., 2004).

3.2.2 Conduta

O tratamento do paciente com microglossia depende da natureza e da gravidade da condição. Como tratamento inicial destas crianças há duas considerações importantes, a manutenção das vias aéreas e a nutrição (THORP et al., 2003), muitas vezes a traqueostomia é necessária.

A cirurgia e a ortodontia podem melhorar a função oral. Surpreendentemente, muitas vezes o desenvolvimento da fala é bom, porém depende do tamanho da língua (NEVILLE et al., 2004).

3.3 Macroglossia

O aumento da língua, condição um tanto mais comum do que a microglossia, pode ser do tipo congênita ou do tipo secundário. A macroglossia congênita é devida ao desenvolvimento excessivo da musculatura, que pode ou não estar associada a hipertrofia muscular generalizada ou hipertrofia unilateral e uma das causas mais frequentes são as malformações vasculares (NEVILLE et al., 2004).

Muitas são as causas de macroglossia em crianças e essas são divididas em verdadeiras e relativas. A verdadeira existe quando anormalidades histológicas se correlacionam com os achados clínicos de aumento da língua. Malformações vasculares, hipertrofia muscular e tumores são as causas mais comuns de macroglossia verdadeira. Macroglossia relativa inclui todos aqueles casos cuja histologia não explica a condição patológica. A síndrome de Down é a principal causa de macroglossia relativa (MACEDO; MEYER, 2007).

A macroglossia pode criar deformidades dento-musculo-esqueléticas, instabilidade de procedimentos cirúrgicos ortognáticos e ortodônticos, e problemas de mastigação, fala e respiração (WOLFORD; COTTRELL, 1996).

Histologicamente, o aspecto da macroglossia depende da causa específica. Em alguns casos, como o aumento da língua observado na síndrome de Down ou em pacientes edêntulos, nenhuma alteração histológica é encontrada. Quando a macroglossia é devida a um tumor, a proliferação neoplásica de um determinado tecido pode ser encontrada, como por exemplo vasos linfáticos, vasos sanguíneos e tecido nervoso (NEVILLE et al., 2004).

3.3.1 Características Clínicas

A apresentação da macroglossia pode variar de leve a grave, sendo detectada ainda na infância (Fig. 2 b). Nos recém nascidos, manifesta-se primeiro por ruído na respiração, baba e dificuldade de alimentação (NEVILLE et al., 2004).

A macroglossia, de qualquer tipo, pode causar deslocamento dos dentes e má oclusão, por causa da força dos músculos envolvidos e da pressão exercida pela língua sobre os dentes (NEVILLE et al. 2004; SHAFER et al.,1987). Dentre elas, a mordida aberta e prognatismo mandibular (NEVILLE et al. 2004). Nesta condição é

comum a presença, nas bordas laterais da língua, de marcas onde os dentes se encaixam perfeitamente (NEVILLE et al. 2004; SHAFER et al.,1987).

Além de anormalidades dentofaciais, a macroglossia pode ainda, comprometer as vias aéreas, causar disfagia (MACEDO; MEYER, 2007) e se a língua for constantemente projetada para fora da boca, pode ulcerar-se e tornar-se secundariamente infectada ou sofrer necrose (NEVILLE et al., 2004).

3.3.2 Conduta

A macroglossia não tem tratamento particular, exceto a remoção da causa primária, embora certos casos a redução cirúrgica seja usada para diminuir a massa de tecido (SHAFFER et al., 1987; VALENTIM, 2001).

Assim, o tratamento e o prognóstico da macroglossia dependem da causa e da gravidade da condição. Nos casos considerados moderados, o tratamento cirúrgico pode não ser necessário, e a fonoaudiologia pode ajudar quando a fala é afetada (NEVILLE et al., 2004).

3.4 Anquiloglossia

A anquiloglossia é uma anomalia do desenvolvimento da língua caracterizada por freio lingual curto, resultando na limitação dos movimento da língua (NEVILLE et al., 2004). Os relatos indicam a ocorrência de 1,7 a 4,4 % nos neonatos, sendo três a quatro vezes mais comum nos meninos do que nas meninas (BURYK; BLOOM; SHOPE, 2011; NEVILLE et al., 2004). E é estimada em aproximadamente dois a três casos para cada 10.000 pessoas (NEVILLE et al., 2004).

Ballard, Auer e Khoury (2002) examinando 2.763 bebês internados, diagnosticaram anquiloglossia em 88 (3,2%) e reforçam que se detectada na população de recém-nascidos pode representar um avanço significativo na resolução de problemas de amamentação. Pois dificuldade na pega ao seio materno e dor no mamilo materno estão freqüentemente associados com este achado, resultando em desmame precoce (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002; BURYK; BLOOM; SHOPE, 2011; GEDDES et al., 2008) e até mesmo internação por desnutrição (FORLENZA et al., 2010).

No recém-nascido o freio lingual estende-se do ápice da língua até a base do processo alveolar da mandíbula. Após algumas semanas, há o alongamento da língua e o freio passa a ocupar a porção central da face anterior da língua, sua posição definitiva. As alterações funcionais do músculo genioglosso, como também o freio lingual são fatores que podem desencadear a anquiloglossia (MOTTA et al., 1999).

A anquiloglossia completa ocorre em consequência da fusão entre a língua e o assoalho de boca. Já a parcial, ou a “língua presa” é uma condição muito mais frequente e resulta, geralmente, de um freio lingual curto ou de sua inserção perto da ponta da língua. Devido à restrição dos movimentos da língua, os pacientes tem dificuldade de fala, principalmente na pronúncia de certas consoantes e ditongos (SHAFER et al., 1987).

3.4.1 Características Clínicas

A anquiloglossia é uma condição relativamente comum em recém-nascidos em que o diagnóstico e tratamento são controversos (BALLARD, AUER, KHOURY, 2002; FORLENZA et al., 2010; GEDDES et al., 2008). Ela pode apresentar manifestações clínicas variáveis (Fig. 2d-e), desde casos leves e de pouco significado clínico até os casos mais raros e graves de anquiloglossia completa (NEVILLE et al., 2004).

O freio lingual ou frênulo apresenta-se como uma dobra mucosa que, inserida numa estrutura fixa, estende-se até uma região tecidual móvel, controlando seus movimentos, ou seja, fazendo a fusão entre a língua e o assoalho da boca (PURICELLI; PONZONI, 2005; VALENTIM, 2001). Sendo assim, o frênulo possibilita ou interfere na livre movimentação da língua. Quando não ocorre a apoptose completa do frênulo, durante o desenvolvimento embrionário, o tecido residual que permanece pode limitar os movimentos da língua, podendo levar à anquiloglossia (MARTINELLI et al., 2012). O indivíduo que apresentar anquiloglossia poderá ter problemas na dicção, pois esta anomalia dificulta a autoclíse feita pela língua, ou seja, a sucção da língua contra o palato. Assim, os fonemas fricativos, especialmente “s” e “z” que necessitam deste contato da língua com os dentes para a sua produção ficam prejudicados (MOTTA et al., 1999). A anquiloglossia pode ainda contribuir para o desenvolvimento de mordida aberta anterior e também pode impedir a deglutição normal pela incapacidade da língua de elevar-se até o palato

além de ser possível que uma inserção muco gengival alta do freio lingual possa desencadear problemas periodontais (NEVILLE et al., 2004).

Diagnosticar a anquiloglossia total não é difícil, pois ela é muito visível, mas diferenciar as variações anatômicas do frênulo requer conhecimento bastante aprofundado da anatomia da língua e do assoalho da boca para identificar se os achados anatômicos podem comprometer a movimentação da língua e conseqüentemente, as funções orais (MARTINELLI et al., 2012). Baseados na literatura e em um estudo piloto, Martinelli et al. (2012) elaboraram um protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. A primeira parte é composta por história clínica contendo questões gerais de identificação e questões específicas sobre antecedentes familiares e amamentação. A segunda parte é composta pelo exame clínico, constituído de avaliação anatomofuncional (Fig. 3) e avaliação das funções orofaciais, avaliando a sucção não nutritiva e a sucção nutritiva. O protocolo contém escores, com escala progressiva de pontuação, onde zero significa a normalidade, enquanto a pontuação um e dois, em ordem crescente, indicam características de alteração, e consideram a anamnese e o exame clínico quando a pontuação for maior ou igual a nove e assim a intervenção cirúrgica está indicada.

3.4.2 Conduta

Como muitos casos de anquiloglossia provocam poucos ou nenhum problema clínico, o tratamento, muitas vezes, é desnecessário (NEVILLE et al., 2004). Outro fator a considerar é a possibilidade de alguns casos de anquiloglossia parcial terem correção espontânea (SHAFER et al., 1987).

E em casos onde é necessária a intervenção, a forma de tratamento pode ser conservadora ou cirúrgica, sendo que na conservadora a fonodíloga ensina exercícios de alongamento da estrutura do freio lingual (MOTTA et al., 1999).

Dentre as técnicas cirúrgicas, pode ser realizada a frenotomia ou a frenectomia. Nos casos de anquiloglossia que exigem a incisão das fibras da porção anterior do músculo genioglosso, recomenda-se a frenectomia que compreende uma técnica cirúrgica para remoção do tecido mucoso que compõe o freio (PURICELLI; PONZONI, 2005).

A frenotomia é considerada uma técnica paliativa e compreende uma incisão linear ântero-posterior, sem remoção da porção residual do freio, sendo indicada em pacientes recém-nascidos. A incompetência lingual poderá prejudicar a

amamentação (PURICELLI; PONZONI, 2005). Este procedimento tem sido também chamado de frenuloplastia (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002) e frenulotomia (GEDDES et al., 2008).

Para Ballard, Auer e Khoury (2002) a frenotomia em bebês menores de quatro meses de idade, geralmente não requer anestesia e provoca um mínimo de desconforto a eles (Fig. 2f). No entanto, nas maiores idades é necessária a anestesia por causa da força e da consciência da criança. O bebê é estabilizado e a língua é levantada suavemente com uma pinça de modo a expor o frênulo. Com uma tesoura o freio é dividido por aproximadamente 2 a 3 mm na sua porção mais fina, entre a língua e o rebordo alveolar. Cuidado é tomado para não incisar qualquer tecido vascular (a base da língua, o genioglosso muscular, ou a mucosa gengival). Deve haver mínima perda de sangue e o bebê chora no período limitado a contenção. A alimentação pode ser retomada imediatamente e ocorre sem aparente desconforto infantil.

Com objetivo de determinar se frenotomia para crianças com anquiloglossia melhorava a dor do mamilo materno e a capacidade de amamentar Buryk, Bloom e Shope (2011), conduziram um estudo randomizado em 58 bebês, demonstrando que a frenotomia demonstrou melhora imediata na dor do mamilo materno e na amamentação, fornecendo evidências convincentes para aqueles que realizam frenotomia para crianças com significativa anquiloglossia. Além disso, encontraram que a frenotomia melhorou a duração do aleitamento materno. Os autores sugerem estudos adicionais para determinar o momento ideal de realizar a frenotomia e a ferramenta (protocolo ideal) para detectar o que é anquiloglossia significativa.

A avaliação cuidadosa da função lingual, seguida por frenotomia quando indicada, parece ser uma abordagem bem-sucedida para a facilitação da amamentação na presença de significativa anquiloglossia (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002).



a. Microglossia (fonte:VOIGT et al., 2012)



b. Macroglossia:
(fonte:Macedo; Meyer, 2007)



c. Língua sugestiva de freio normal



d. Língua com anquiloglossia



e. Língua com anquiloglossia




f. Freio lingual anquilosado, sendo anestesiado antes da frenotomia

Figura 2 - Imagens de língua de crianças: micro e macroglossia, anquiloglossia e freio lingual normal.


EXAME CLÍNICO

PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL


1. Postura de lábios em repouso



lábios fechados (0)

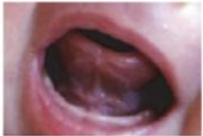


lábios entreabertos (1)




lábios abertos (2)


2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



língua elevada (0)




língua na linha média (1)




língua baixa (2)

3. Frênulo da língua




é possível visualizar




não é possível visualizar

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA O ITEM 4

3.1. Espessura do frênulo




delgado (0)




espesso (1)


3.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua



no plano médio (0)




entre o plano médio e o ápice (1)




no ápice (2)

3.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca




visível a partir das carúnculas sublinguais (0)
(abertura dos ductos submandibulares direito e esquerdo)




visível a partir da crista alveolar inferior (1)


4. Forma da língua quando elevada durante o choro



redonda ou quadrada (0)



ligeira fenda na ponta (1)



formato de "coração" (2)

Figura 3 - Exame clínico do protocolo proposto por Martinelli et al. (2012).

3.5 Freio teto labial persistente

O freio labial superior é uma estrutura dinâmica sujeito a variações na forma, tamanho e posição durante os diferentes estágios de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. No nascimento, o freio é geralmente largo e espesso e se estende até a papila palatina. Com a erupção dos incisivos permanentes e à medida que ocorre o desenvolvimento do processo alveolar, há uma tendência à atrofia fisiológica e ao afastamento apical da inserção do freio. Quando o freio permanece com a inserção na papila palatina ou na margem gengival é então chamado de freio teto labial persistente (CAVALCANTE et al., 2009).

É constituído histologicamente de três planos: epitélio estratificado pavimentoso orto ou paraqueratinizado, tecido conjuntivo denso e frouxo e submucosa contendo glândulas mucosas e vasos linfáticos (GOLDMAN; COHEN, 1983).

As inserções anormais do freio provocam uma tração anormal dos movimentos labiais podendo causar alterações nos tecidos periodontais, aspecto estético desfavorável, afetar a fonação de algumas letras, induzir a hábitos viciosos e interferir na escovação dentária (LEAL, 2010).

Kiran, Muthu e Rathna Prabhu (2007), estudando a morfologia dos freios em crianças dos zero aos seis anos de idade, relataram dois tipos de freios como mais comuns, os simples e os teto labiais persistentes. Estes últimos tem uma aparência mais larga e grosseira que o simples e uma prevalência que diminui com o aumento da idade. Os simples, ao contrário, tinham a prevalência aumentada com a idade. Schmitt et al. (2012), estudando as características bucais de 270 bebês recém-nascidos a termo encontraram que o freio labial teto persistente esteve presente em 6,2% dos casos.

3.5.1 Características Clínicas

O freio labial é uma estrutura anatômica composta por um tecido fibroso recoberto de mucosa que vai da superfície interna do lábio a parte externa da gengiva aderente (WALTER, 1996). Os sinais clínicos de freio teto labial persistente são (Fig.4): inserção baixa na margem gengival ou na papila interproximal, isquemia da papila na face palatina quando o freio é tracionado e a presença de diastema interincisal mediano (KIRAN; MUTHU; RATHNA PRABHU, 2007).

3.5.2 Conduta

Para diagnosticar as anomalias do freio é necessário exame clínico e radiográfico (KIRAN; MUTHU; RATHNA PRABHU, 2007) e acompanhamento clínico, uma vez que a maior parte dos autores concordam que o início de algum tratamento para o frênulo anômalo só aconteça após a erupção dos incisivos e caninos superiores (PIZÁN, 2004).

Esta conduta esta embasada no fato de que a prevalência do freio labial persistente decresce com o evoluir da idade (BONECKER et al., 2001; KIRAN; MUTHU; RATHNA PRABHU, 2007). Assim, a indicação cirúrgica em bebês é indicada apenas quando o freio teto labial persistente impossibilita ou dificulta a amamentação (BONECKER et al., 2001).

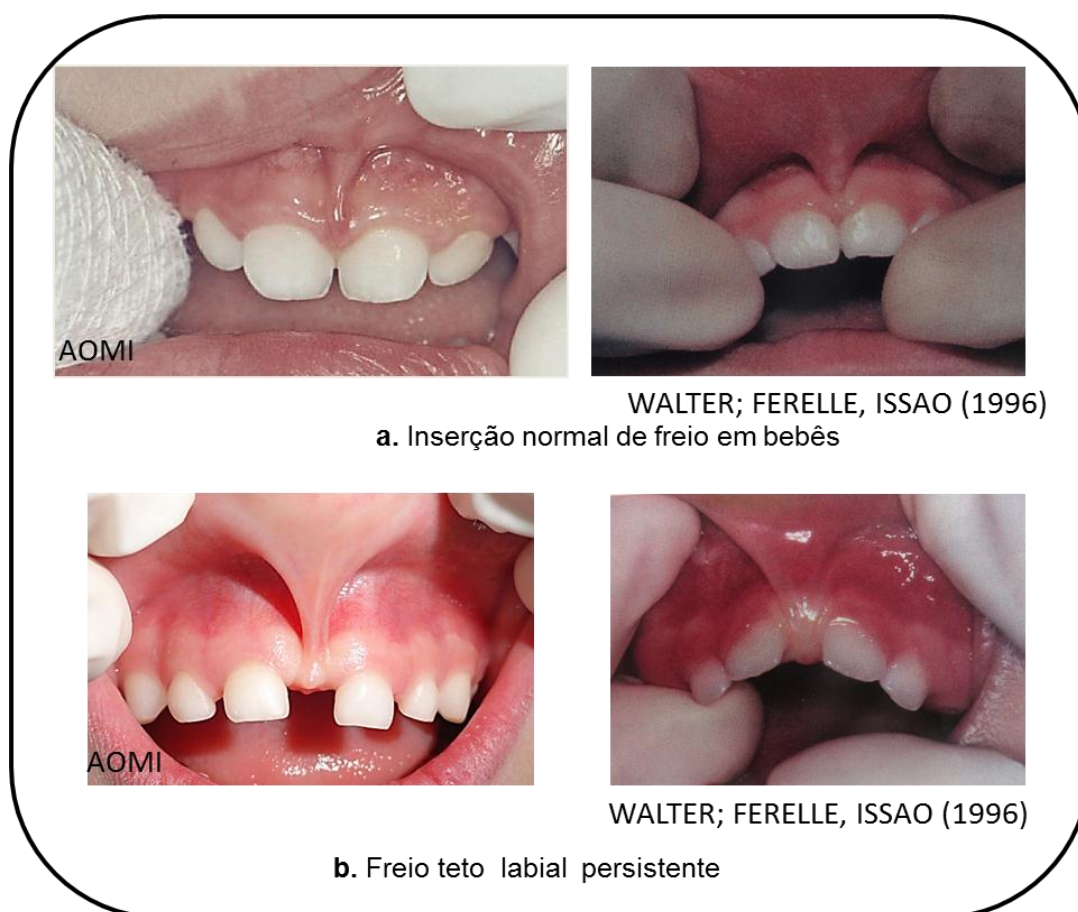


Figura 4 – Situações clínicas de freio labial em crianças.

3.6 Hemangioma

Um hemangioma é uma formação benigna de capilares e vasos sanguíneos. Os hemangiomas são os tumores mais frequentes da infância. Com incidência de três a cinco para cada 100 nascimentos (RICHTER; FRIEDMAN, 2012; SILVA et al., 2000).

Os hemangiomas são classificados com base no tamanho dos espaços vasculares, nos tipos capilar e cavernoso. Os hemangiomas capilares têm proliferação de inúmeros, pequenos e finos vasos sanguíneos. Os hemangiomas cavernosos, por outro lado consistem em profundos, irregulares e emaranhados de grandes vasos, mas a parede é delgada (MISHRA; BISHEN; YADAV, 2012).

Esses tumores ocorrem em 5 a 10% das crianças com um ano de idade. São mais comuns no sexo feminino, com uma relação de 3:1, e ocorrem com maior frequência em pessoas de raça branca (NEVILLE et al., 2004).

A ocorrência do hemangioma muitas vezes está relacionada a uma gravidez com complicações placentárias, onde a mãe teve de passar por uma biópsia de vilos coriais para detectar anomalias genéticas ou sofreu pré-eclâmpsia (HAGGSTROM et al., 2007).

Embora a cabeça e pescoço sejam os sítios de origem mais prevalentes dos hemangiomas, eles podem, muito raramente, serem observados junto a gengiva inserida (MISHRA; BISHEN; YADAV, 2012). Apesar de haver predileção pela pele, muitos deles ocorrem na cavidade bucal, sendo as principais áreas de ocorrência: os lábios, a língua, a mucosa jugal e o palato (SHAFER et al., 1987).

3.6.1 Características Clínicas

O diagnóstico é realizado na maioria das vezes pela história e exame clínico. A mucosa apresenta coloração avermelhada, flutuante à palpação, ficando a área clara quando pressionada com uma lâmina de vidro. Este efeito é devido ao refluxo de sangue (Fig. 5a).

3.6.2 Conduta

O tratamento depende da localização e extensão da lesão. Quase 40% dos hemangiomas, eventualmente, necessitam de intervenção (RICHTER; FRIEDMAN, 2012). Na maioria das vezes o hemangioma involue, porém é de grande importância

que os pais sejam informados da necessidade de acompanhamento, pois poderá ocorrer um crescimento muito rápido da lesão e posteriormente haverá regreção. Raramente a ressecção cirúrgica será permitida durante a infância. Para hemangiomas muito problemáticos, os que ameaçam a vida, o tratamento medicamentoso poderá ser indicado (NEVILLE et al., 2004).



Figura 5- Imagens de hemangioma na cavidade bucal de um bebê(AOMI).

3.7 Cisto Dermóide

O cisto dermóide é um cisto de desenvolvimento incomum na face e envolve mais frequentemente o assoalho bucal (UTUMI et al., 2010). A maioria das lesões ocorrem em adultos jovens, com ligeira predileção pelo gênero masculino. Embora Utumi et al. (2010) descrevam que as lesões neonatais e em crianças são extremamente raras, Neville et al. (2004) acreditam que há uma maior ocorrência em crianças e adultos jovens, sendo que 15% dos casos relatados seriam de origem congênita.

O cisto dermóide também é considerado uma forma de teratoma cístico derivado principalmente do epitélio germinativo embrionário, mas que, em alguns casos também contém estruturas de outras camadas germinativas. Quanto à

etiologia, este cisto deriva do aprisionamento de epitélio no fechamento dos arcos branquiais (LAUREANO FILHO et al., 2003; SHAFER et al., 1987).

São caracterizados pela presença de um ou mais anexos cutâneos, tais como folículos pilosos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas. Os pêlos são raramente encontrados. O lúmen é quase sempre preenchido por queratina (LAUREANO FILHO et al., 2003) e, histologicamente, são limitados por epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado, com uma camada de células granulares proeminentes (NEVILLE et al., 2004).

3.7.1 Características Clínicas

O cisto dermóide aparecem em diversas localizações na boca na ocasião do nascimento (SHAFER et al., 1987). Manifesta-se como tumefação flutuante, como uma massa de consistência semelhante a massa de pão, é assintomática e de crescimento lento e progressivo, atingindo dimensões variadas, de alguns milímetros até 12 centímetros de diâmetro (NEVILLE et al., 2004; UTUMI et al., 2010).

Pode ocorrer infecção secundária, e a lesão drenar para o interior da cavidade oral ou para a pele (NEVILLE et al., 2004).

3.7.2 Conduta

O cisto dermóide deve ser removido cirurgicamente, a remoção ocorre através de uma enucleação, sendo sua recidiva incomum. Aqueles localizados acima do músculo genio-hioideo podem ser removidos por incisão intrabucal, e os situados abaixo do músculo podem necessitar de um acesso extrabucal. O acompanhamento pós-operatório deve ser realizado sempre (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987; UTUMI et al., 2010).

3.8 Epúlida Congênito do recém-nascido

A lesão de células granulares congênitas ou epúlida congênita é uma lesão rara, que acomete recém-nascidos e ocorre predominantemente no rebordo alveolar superior e também pode localizar-se no ventre da língua. Essa lesão é de natureza benigna e ocorre geralmente como um tumor único (DASH; SAHOO; DAS, 2004; LOYOLA et al., 1997).

Todavia, também foi descrita como surgindo da mucosa gengival mandibular, bem como em localizações simultâneas. O diagnóstico diferencial deve

ser feito, principalmente, com hemangioma, linfangioma, fibroma e rabdomiossarcoma. O diagnóstico é realizado através do exame histopatológico, o qual mostra grandes células redondas com um abundante citoplasma granular eosinofílico e núcleos de redondos a ovóides levemente basofílicos (NEVILLE et al., 2004).

A lesão acomete mais frequentemente a maxila do que mandíbula (Fig.6a), mas há também a existência de casos raros manifestados na língua. Por esse motivo, alguns autores preferem utilizar o termo lesão congênita de célula granular, porque nem todos os casos estão presentes como uma epúlida no rebordo alveolar (NEVILLE et al., 2004).

3.8.1 Características Clínicas

Apesar de rara, a lesão é de fácil diagnóstico devido à manifestação típica no rebordo alveolar de recém-nascidos, apresenta-se geralmente como um único nódulo de massa submucosa e de aparência agressiva (LOYOLA et al., 1997; SAKAI et al., 2007). Possui tamanhos variados, desde pequenos milímetros até lesões grandes com 7,5cm, pedunculadas, com variação na coloração do rosa ao vermelho framboesa (NEVILLE et al., 2004).

3.8.2 Conduta

Devido à natureza inofensiva da lesão de células granulares congênicas, alguns autores não recomendam a excisão cirúrgica, pois pode haver uma regressão completa até mesmo sem haver tratamento, lesões pequenas tendem a regredir e desaparecer espontaneamente. Mas indicam a exérese, quando há dificuldade na alimentação ou na respiração do recém-nascido, e mesmo com remoção incompleta não existem relatos de recidiva (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987).

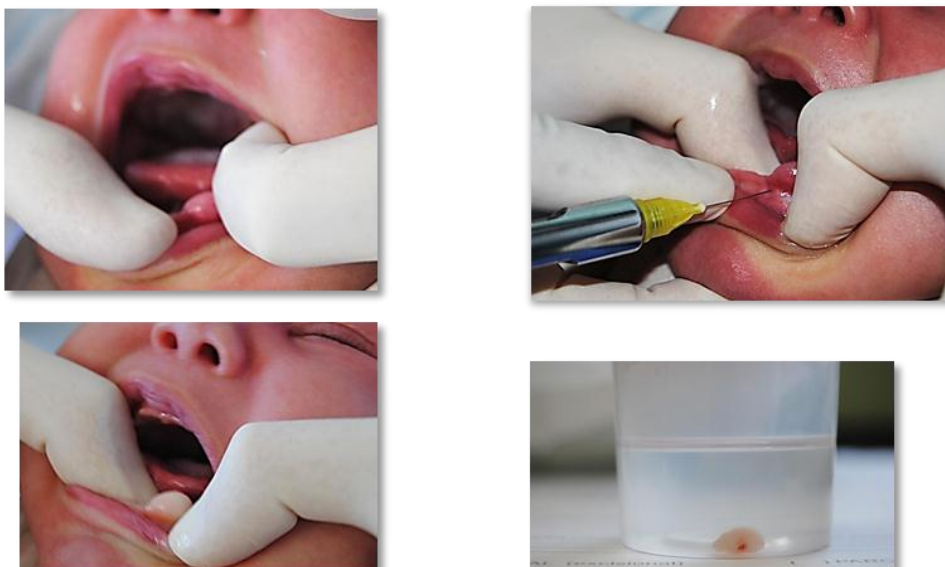
O diagnóstico pré-natal, obtido pela ultra-sonografia de acompanhamento, seria fundamental na abordagem terapêutica da epúlida congênita (BEM HAMOUDA et al., 2010). O planejamento cirúrgico irá depender do tamanho da lesão, podendo ser em nível hospitalar (Fig. 6a) ou no consultório com anestesia local (Fig.6b).

As patologias bucais neonatais como o epúlida congênito, provavelmente devido a sua incidência relativamente baixa, são algumas vezes desconhecidas pela equipe hospitalar a cargo do atendimento do recém-nascido. Tal fato, somado à ansiedade dos familiares pela situação e pelo aspecto da lesão, fazem com que o cirurgião-dentista, profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento de tais

patologias, tenha papel fundamental no bom manejo do caso, visando a melhora do paciente (AZEVEDO et al., 2012).



a. Antes e depois de cirurgia hospitalar de epúlide congênito
Fonte: AZEVEDO et al. (2005)



Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Pelotas

Página 1

07/06/2011 - 17:15:07



LAUDO MACROSCÓPICO

Um fragmento de tecido mole, medindo 10x5x6 mm, consistência fibrosa, coloração branco leitosa, forma elíptica, superfície lisa.

LAUDO MICROSCÓPICO

Os cortes histológicos revelam fragmento de mucosa revestido por epitélio pavimentoso estratificado paracaratizado exibindo atrofia das cristas epiteliais e camada basal bem polarizada. Abaixo deste revestimento, observa-se massa nodular de células grandes e arredondadas, com citoplasma eosinofílico abundante e núcleos ovalados ou arredondados.

DIAGNÓSTICO

EPÚLIDE CONGÊNITA.

b. Cirurgia e laudo de epúlide congênito, realizado na AOMI, UFPel.

Figura 6- Imagens de dois casos clínicos de epúlide congênito do recém-nascido.

3.9 Cistos de Inclusão

Os cistos de inclusão, são uma condição benigna da mucosa bucal de natureza transitória, freqüentemente encontrados em recém-nascidos (GREWAL; KUMAR; VERMA, 2008). São de coloração branca, branco-amarelada ou acinzentada, observados em grupos de dois a seis, embora as lesões também possam ocorrer isoladamente (VAZ et al., 2010).

Estas alterações tem sido consideradas remanescentes de estruturas embrionárias epiteliais as quais na maioria das vezes, desaparecem no primeiro mês de vida, porém algumas aumentam de volume e por volta do terceiro mês podem tornar-se grandes e bastante visíveis sendo que algumas podem persistir ou aparecer tardiamente (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

Santos et al. (2009), estudando os cistos de desenvolvimento de 610 bebês descreveram que os mesmos representaram as alterações mais prevalentes na cavidade bucal dos bebês examinados, com frequência de 6,28% na faixa etária entre zero a três meses de vida. Valores semelhantes também tinham sido observados por Baldani, Lopes e Scheidt (2001), os quais relataram a presença de cistos de inclusão em 7,5% dos 200 bebês de zero a 24 meses avaliados, particularmente nos três primeiros meses de vida.

Entretanto, Neville et al. (2004) relatam que a prevalência da ocorrência do cistos tem sido de 65 a 85% nos recém-nascidos. Penido e Fonseca (2003) afirmam que os cistos da cavidade bucal de recém-nascidos apresentam uma alta prevalência, mas a lesão parece ser pouco conhecida pelo Cirurgião-dentista, que, assim, dispõe de reduzida experiência para diagnosticá-la. Além disso, é preciso esclarecer sua origem, levando-se também em conta a sua localização, para que se possa denominá-los convenientemente.

Provavelmente esta variação na prevalência dependa, além da idade da amostra, da forma que os cistos de inclusão do recém-nascido tem sido classificados. Grewal, Kumar e Verma (2008) descreveram que os mesmos tem sido classificados de duas formas: baseado na origem histológica e na localização na cavidade bucal, descrito por Frömm (1967) sendo, pérolas de Epstein, nódulos de Bohn e cistos da lâmina dentária; e uma classificação mais simples com base na localização, "cistos palatinos" e "cistos alveolares".

3.9.1 Classificação de Frömm (1967)

Frömm escreveu em 1967 que Alois Epstein foi um pediatra da República Tcheca que pela primeira vez descreveu os pequenos nódulos encontrados na cavidade bucal de crianças no ano de 1880. Na época, foi citado o pediatra alemão Heinrich Bohn, autor de Doenças da Boca das crianças, como o autor da descrição de remascentes das glândulas mucosas chamados de cistos glandulas mucosas, ao qual Epstein denominou de nódulos de Bohn. Os cistos gengival do recém-nascido (cistos de lâmina dentária) também foram descritos por Frömm (1967) com a teoria que estes se desenvolviam a partir de restos da lâmina dental.

Todos os três tipos de cistos de inclusão foram descritos como tendo diferentes origens etiológicas, características histológicas e localizações na cavidade bucal (LEWIS, 2010). Com uma prevalência de 75,9%, clinicamente foram encontrados 1.028 cistos de inclusão em 1.367 recém-nascidos avaliados durante seis meses. Ocorriam mais em meninos (76,5%) do que nas meninas (73,5%) e na raça branca (76,8%) do que na negra (62%). Os mesmos foram classificados de acordo com sua localização e histologia divididos em: Pérolas de Epstein, remanescente do tecido epitelial; nódulos de Bohn das glândulas mucosas, e histologicamente diferentes das pérolas; Cistos das lâminas dentárias, que provavelmente originam-se dos remanescentes das lâminas dentárias (FRÖMM, 1967).

3.9.1.1 Nódulos de Bohn

O primeiro a descrever estes cistos foi Henrich Bohn (1866), e os mesmos receberam o seu nome – “nódulos de Bohn”. O autor os descreveu como pequenas elevações esbranquiçadas, dispersas no palato duro, que se encontravam em maior número na junção palato duro/ palato mole e pareciam ser derivadas de restos epiteliais de glândulas salivares palatinas em desenvolvimento. Esses nódulos também poderiam ser vistos ao longo das superfícies vestibular e lingual dos rebordos dentários maxilar e mandibular e foram considerados remanescentes de tecido mucoso glandular (FRÖMM, 1967; PENIDO; FONSECA, 2003), sendo histologicamente diferente da pérola da Epstein (FRÖMM, 1967).

Os nódulos de Bohn (Fig.6b) são cistos cheios de queratina, espalhados pelo palato, mais numerosos ao longo da junção do palato duro e mole e aparentemente derivado de estrutura da glândula salivar palatal (FRÖMM, 1967).

São formações de remanescentes dos tecidos das glândulas mucosas, e sua incidência maior é em recém-nascidos até os três meses de idade (SOARES et al., 2007).

Bordini, Cerri e Silva (2010) descrevem que nódulos de Bohn originam-se a partir de remanescentes da lâmina dentária, com conteúdo queratótico, formando-se na mucosa ao longo dos lados vestibular e lingual da cristas dentárias, tanto na maxila como da mandíbula e também no palato, porém afastado da rafe. Segundo Walter, Ferelle e Issao (1996) são os que mais se confundem com dentes devido a sua forma, cor, localização e época de aparecimento (terceiro ou quarto mês de vida).

Bönecker et al. (2001) os descreveram como cistos superficiais contendo queratina e epitélio escamoso estratificado e que se localizam na região vestibular dos rodets gengivais; eventualmente são sub diagnosticados porque se rompem fisiologicamente, desaparecem e não reincidem, justificando a grande diferença de prevalência dos estudos.

A maior prevalência dos cistos de inclusão tem sido dos nódulos de Bohn, como relatado por George, Bhat e Hegde (2008), avaliando as alterações bucais em 1038 recém-nascidos da Índia, encontraram que o cisto gengival estava presente em 143 (13,8%) dos recém-nascidos, as pérolas de Epstein em 365 (35,2%) e nódulos de Bohn em 492 (47,4%).

3.9.1.2 Pérolas de Epstein

Os cistos localizados ao longo da rafe mediana do palato duro, que pareciam derivar-se de remanescentes epiteliais retidos ao longo da linha de fusão de recém-nascidos (NEVILLE et al., 2004; PENIDO; FONSECA, 2003; SHAFER et al., 1987), foram descritos por Epstein (1880) e denominados “pérolas de Epstein” (PENIDO; FONSECA, 2003).

Pérolas de Epstein são nódulos cheios de queratina encontrados ao longo da rafe mediana (Fig. 6a), provavelmente derivado de restos epiteliais aprisionados ao longo da linha de fusão (FRÖMM, 1967; GREWAL; KUMAR; VERMA, 2008).

São pequenas formações nodulares com dois a três mm de diâmetro, coloração esbranquiçada, firmes a palpação, circunscritas, única ou múltiplas assemelhando-se a “grãos de arroz” que ocorrem ao longo da rafe palatina

(BORDINI; CERRI; SILVA, 2010), tendo seu diagnóstico clínico dificultado (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

3.9.1.3 Cistos da Lâmina Dentária

Segundo Penido e Fonseca (2003), foi Alfredo Epstein que também classificou este terceiro tipo de cisto de recém-nascidos. São encontrados nas cristas alveolares (Fig.7c), derivado de restos de lâmina dentária, sendo então considerados cistos de origem odontogênica.

Os cisto lâmina dentária, também conhecido como cisto gengival do recém-nascido, é considerado um cisto verdadeiro, pois é revestido por epitélio delgado e mostra uma luz, normalmente preenchida com queratina descamada, ocasionalmente contendo células inflamatórias (Shafer et al., 1987). Acredita-se que os fragmentos de lâmina dentária que permanecem dentro da mucosa alveolar após a formação do dente proliferam para formar estes pequenos cistos queratinizados (FRÖMM, 1967).

Localizam-se na crista alveolar de rebordo gengival, sendo mais frequente na região posterior dos arcos, possuindo cor esbranquiçada e o seu conteúdo é de remanescente da lâmina dentária primitiva (WALTER et al., 1996). Esse cisto, se presente na região anterior da mandíbula do recém-nascido pode, em raras ocasiões, ser diagnosticado incorretamente como dente natal.

São os cistos de inclusão menos encontrados, especialmente os encontrados ao longo da crista alveolar mandibular. Os maxilares ocorrem um pouco mais, mas segundo Frömm (1967) os cistos de inclusão foram encontrados, predominantemente ao longo da rafe mediana, sendo a maioria na junção do palato duro e mole. No entanto, na maxila, muitos foram vistos ao longo da rafe, tanto posterior como anterior, a partir da crista do rebordo dentário superior e junção do palato duro e mole.

3.9.2 Classificação atual dos cistos de inclusão

Segundo Neville et al. (2011) os termos de nódulos Bohn e pérolas de Epstein, têm sido usados alternadamente na literatura e também têm sido utilizados para descrever o cisto gengival do recém-nascido, que se pensa ser de origem odontogênica. As semelhanças entre estas três lesões são notáveis: todas elas têm

características histológicas idênticas (revestimento epitelial paraceratinizado escamoso estratificado contendo restos de queratina), e todas elas se comportam de forma semelhante com resolução espontânea (LEWIS, 2010). No entanto, elas têm diferentes origens etiológicas e nomes. Atualmente, a terminologia preferida são cistos palatais do recém-nascido para ambas, pérolas de Epstein e nódulos de Bohn e cistos gengivais do recém-nascido, para aqueles de origem dentária (LEWIS, 2010).

3.9.2.1 Cistos palatais

Nesta classificação, aqueles cistos localizados na rafe mediana são referidos como cistos palatais (PAULA et al., 2006). Tem sido observado que os cistos mais comuns estão perto da linha média da junção dos palatos duro e mole, é geralmente difícil determinar clinicamente quer sejam resultantes de epitélio aprisionado por fusão do palato ou a partir das glândulas salivares de desenvolvimento (NEVILLE et al., 2011). Além disso, o aprisionamento de restos epiteliais durante o desenvolvimento embriológico provavelmente não resultará em desenvolvimento cisto fissural. O conceito de aprisionamento de epitélio durante o desenvolvimento embriológico tem sido questionado nos últimos anos. A fusão da porção globular do processo nasal mediano e o processo da maxila é agora considerada ser uma eliminação de sulcos e uma fusão dos centros de crescimento em vez de processos de fusão. Nenhum aprisionamento epitelial ocorre nesta área (LEWIS, 2010).

Cistos palatais do recém-nascido, são pequenas pápulas (1-3 mm), brancas, ou amarelas, mais frequentemente ao longo da linha média ou perto da junção do palato duro e mole. Ocasionalmente, podem ocorrer em mais de uma localização ao longo da rafe anterior ou no palato póstero-lateral à linha média. Eles são freqüentemente agrupados em grupos de 2-6 cistos, embora possam ocorrer como um caso isolado (Figs. 6a, 7d). Histologicamente, os cistos são revestidos por epitélio não-especificado escamoso estratificado. Ocasionalmente, os cistos podem ser vistos na comunicação com a superfície mucosa (LEWIS, 2010).

Com objetivo de avaliar a diferença na prevalência de cistos entre bebês nascidos a termo em comparação com pré-termos, Donley e Nelson (2000) examinaram nos primeiros dias após o nascimento 60 bebês prematuros, e 60 a termo, observando a presença de cistos palatais e alveolares. Não foram encontradas diferenças significativas por sexo ou raça. A prevalência de cistos

palatais no prematuro foi de 9% comparada com 30% em crianças nascidas a termo, sendo significativamente menor.

Paula et al. (2006), avaliando a prevalência dos cistos palatais em 561 recém-nascidos brasileiros, observaram a sua presença em 78,8% dos bebês, também Lewis (2010) descreve uma alta prevalência dos mesmos, sendo encontrados em 65-85% dos recém-nascidos.

3.9.2.2 Cistos alveolares (gingival)

Os cistos gengivais ou alveolares (Fig.7d-f) são lesões comuns, relatadas em até a metade de todos os recém-nascidos, que se apresenta como cistos individuais não mais do que 2-3 mm de diâmetro. Eles são mais comuns na maxila do que a mandíbula (NEVILLE et al. 2004) e estão presentes na vestibular, lingual, ou crista do rebordo alveolar como cistos alveolares (ou gengival) (PAULA et al., 2006).

Clinicamente os cistos alveolares podem ser classificados de acordo com a localização, maxilar ou mandibular e anterior ou posterior (DONLEY; NELSON, 2000). No exame histológico, eles são constituídos por um epitélio revestido escamoso estratificado paraceratinizado com um lúmen contendo restos de queratina (NEVILLE et al., 2004).

No estudo anteriormente descrito, Donley e Nelson (2000) também observaram diferenças entre os recém-nascidos prematuros e a termo na prevalência de cistos alveolares anteriores superiores (pré-termo com 27% e termo de 58%) e cistos alveolares maxilares posteriores (pré-termo 2% e termo de 10%). Não foram encontradas diferenças significativas por sexo ou raça.

Paula et al. (2006), avaliando a prevalência dos cistos alveolares em 561 recém-nascidos, observaram a sua presença em 158 casos (28,2%), sendo 135 no rebordo maxilar e 53 no mandibular e 20 casos em ambas as arcadas. Também foi encontrado que 21.2% de todos os casos os bebês apresentavam cistos alveolares e palatais.

3.9.3 Conduta

Embora a prevalência seja elevada, os cistos de inclusão raramente são vistos pelo cirurgião-dentista clínico geral ou odontopediatra por causa da natureza transitória destes cistos que desaparecem dentro de duas semanas a cinco meses

de vida pós-natal (PAULA et al., 2006). Quando o seu volume é exagerado recomenda-se a marsupialização (VAZ et al., 2010).

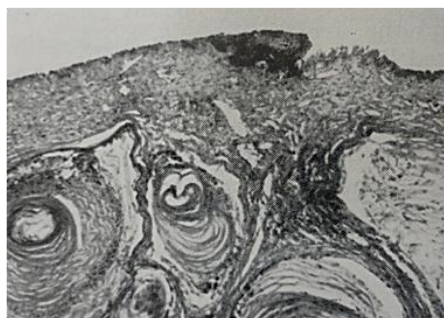
De uma maneira geral, os cistos são lesões inofensivas e não exigem tratamento. Eles são auto-limitados e raramente são observáveis algumas semanas após o nascimento (PENIDO; FONSECA, 2003; NEVILLE et al., 2004) por esfoliação ou esvaziamento (BORDINI, CERRI, SILVA, 2010; NEVILLE et al., 2004; PENIDO; FONSECA, 2003). Este desaparecimento demonstra seu caráter benigno (PENIDO; FONSECA, 2003).

Paula et al. (2006), realizaram acompanhamento semanal de 19 cistos palatais e observaram que em 42,1% dos casos houve o desaparecimento entre três e quatro semanas e que apenas 5,3% persistiam após 8 semanas. Portanto, a conduta deve ser a observação com o acompanhamento do desenvolvimento que é involutivo, e aconselhar massagem digital suave (BORDINI; CERRI; SILVA, 2010; VAZ et al., 2010).

Assim, torna-se importante que os profissionais envolvidos no cuidado recém-nascido sejam capazes de identificar prontamente esses cistos, a fim de evitar procedimentos terapêuticos desnecessários e fornecer informações adequadas aos pais da criança sobre a natureza dessas lesões (GREWAL; KUMAR; VERMA, 2008).



a. Pérola de Epstein, preenchida com queratina (FRÖMM, 1967)



b. Nódulos de Bohn (glândula mucosa e ducto presentes) (FRÖMM, 1967)



c. Cisto de inclusão rebordo mandibular (FRÖMM, 1967)



d. Cisto gengival (alveolar)



WALTER; FERELLE, ISSAO (1996)

e. Cisto gengival (alveolar)



f. Cisto Palatal e gengival

Figura 7- Imagens de cistos de inclusão do recém-nascido.

4 ALTERAÇÕES BUCAIS ADQUIRIDAS DETECIDAS MOLES EM BEBÊS

São consideradas uma condição que não depende da constituição hereditária ou congênita, mas de fatores externos que atuam sobre o organismo durante a vida extrauterina, ou seja, doença, alteração ou processo mórbido, incluindo hábitos, caráter e etc. (DICIONÁRIO HOUAISS, 2013) .

Muitas são as alterações adquiridas em tecido moles, entretanto serão abordadas as mais comuns e/ou as que foram encontradas em bebês atendidos na clínica de extensão atenção odontológica materno-infantil: Gengivoestomatite herpética primária, candidíase, língua saburrosa, língua geográfica, doença de Riga-Fede, mucocelos, rânula e os cistos de erupção.

4.1 Gengivoestomatite Herpética Primária

O vírus herpes simples (HSV), doença infecciosa aguda, é provavelmente a virose humana mais comum, com exceção das infecções respiratórias virais. Os tecidos envolvidos pelo herpes simples, são derivados do ectoderma e consistem principalmente na pele, mucosas dos olhos e sistema nervoso central (SHAFFER et al., 1987). É um vírus que pode ser transmitido por gotículas de saliva, contato pessoal próximo ou utensílios contaminados (VALENTIM, 2001).

As manifestações clínicas dependem do sítio de infecção e do grau de replicação do vírus, entre muitas doenças, a gengivoestomatite herpética aguda é o padrão mais comum da infecção primária sintomática pelo HSV-1 (NEVILLE et al., 2004; PINTO; BAUSELLS, 1997).

No caso de recém-nascidos, o herpes simples é uma doença relativamente comum, na qual o mesmo adquire a infecção durante a passagem pela vagina da mãe com vulvovaginite herpética (SHAFFER et al., 1987). No entanto, têm sido relatado casos esporádicos de infecção transplacentária pelo vírus. Os recém-nascidos geralmente manifestam a doença entre o quarto e o sétimo dia de vida, apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas da doença e, com raras exceções, geralmente morrem entre o nono e o décimo segundo dia de vida e aquelas que sobrevivem mostram, frequentemente, envolvimento neurológico (SHAFFER et al., 1987).

Já entre as crianças de zero a seis anos de idade revela relevante frequência, apresentando sintomatologia prodrômica e manifestação clínica autolimitada entre dez a quatorze dias (CHIARELLI; RAU; SCORTEGAGNA, 2008). E ainda Neville et al. (2004) relatam que a maior ocorrência ocorre entre seis meses e cinco anos de idade, com pico de prevalência entre dois a três anos de idade.

A melhor maneira de combater a gengivite herpética aguda é o diagnóstico precoce, e principalmente, a orientação quanto à conduta e a higiene pessoal dos portadores na fase aguda do Herpes Simples frente aos indivíduos imunologicamente imaturos, particularmente suscetíveis à doença. Apesar de apresentar um prognóstico favorável e uma resolução clínica com o retorno à normalidade, as manifestações do Herpes podem deixar seqüelas irreparáveis quando negligenciadas (CHIARELLI; RAU; SCORTEGAGNA, 2008).

4.1.1 Características Clínicas

Ulcerações labiais constituem a forma mais comum da manifestação primária desta infecção (Fig. 8a). Em alguns casos, a infecção inicial, na criança, caracteriza-se pela presença de febre, irritabilidade, cefaleia, dor, linfadenopatia regional, náuseas e calafrios. Inicialmente, a mucosa afetada desenvolve diversas vesículas puntiformes, que rapidamente se rompem e formam inúmeras lesões pequenas, avermelhadas. Estas lesões iniciais aumentam um pouco de tamanho e desenvolvem áreas centrais de ulceração, recobertas por uma fibrina amarela (NEVILLE et al., 2004; VALENTIM, 2001).

4.1.2 Conduta

A doença é autolimitante e a fase aguda geralmente dura de sete a dez dias, e o tratamento é sintomático, baseia-se em diminuir a dor, controlar a febre e evitar infecções secundárias. A hidratação do paciente é fundamental, juntamente com a prescrição de antitérmico (SONIS, 1996). Analgésicos sistêmicos e anestésicos locais em forma de spray podem ser úteis por diminuírem a dor do paciente durante as refeições. O aciclovir nas formas sistêmica e tópica tem sido amplamente utilizado, e ainda a manutenção da alimentação de líquida a pastosa, fria, evitando ácidos e condimentos são importantes para as crianças (LAWALL et al., 2005; PINTO, BAUSELLS, 1997). Quando termina o curso da infecção primária, o vírus migra para o gânglio trigêmio, em estado latente. Frente a determinados estímulos, o

equilíbrio vírus-hospedeiro é rompido e o vírus, reativado, determinando a reocorrência da infecção (VALENTIM, 2001).

4.2 Candidíase

A candidíase é uma infecção fúngica, produzida pelos microrganismos *Candida sp*, este fungo pode normalmente ser um componente da microflora bucal, e 30 a 50% das pessoas simplesmente possuem o microrganismo em suas bocas, sem evidência clínica de infecção. No mínimo três fatores gerais podem determinar se existe a evidência clínica de infecção: o estado imunológico do hospedeiro, o meio ambiente, a mucosa bucal e a resistência a *Candida albicans*. Sua ocorrência aumenta consideravelmente em indivíduos que fazem uso abusivo de antibióticos, utilizam drogas imunossupressoras ou possuem doenças sistêmicas como: diabetes mellitus, leucemia, anemia aplásica e AIDS. No caso da presença em bebês ainda pode ter como causa o sistema imune pouco desenvolvido (NEVILLE et al., 2004; PINTO; BAUSELLS, 1997; SHAFER et al., 1987).

4.2.1. Características Clínicas

A candidíase apresenta formas clínicas variadas porém em recém-nascidos e crianças a mais comumente encontrada é a candidíase pseudomembranosa aguda, a qual é conhecida também como “sapinho”, persiste como uma doença localizada (ARAÚJO et al., 2006; PINTO; BAUSELLS, 1997; SHAFER et al., 1987). A sua prevalência foi avaliada em 455 bebês de zero a 24 meses de idade sendo encontrada em nove (2%) casos (PADOVANI, 2008).

Urizar (2002) descreve que a candidíase oral não é uma enfermidade mortal, mesmo que, ao provocar moléstias de diferentes níveis, compromete o paladar e a deglutição, levando a uma diminuição do apetite, sendo a porta de entrada para complicações da candidíase do tipo orofaríngeas, esofágicas, laringeas e sistêmicas. No entanto, há relatos que pode ser fatal quando a mesma se estender à faringe ou mesmo aos pulmões, (ARAÚJO et al., 2006; PINTO; BAUSELLS, 1997; SHAFER et al., 1987).

A candidíase pseudomembranosa exhibe diferentes formas clínicas e é uma das formas mais comuns de candidíase bucal (Fig.8b), com predileção por crianças ou pessoas debilitadas, sendo os sintomas leves e raramente há dor. A Candidíase atrófica aguda geralmente esta relacionada com antibioticoterapia e caracteriza-se

pela presença de mucosa edematosa, avermelhada, dolorida. O exame cuidadoso pode revelar pequenas áreas de candidíase na periferia. A Candidíase mucocutânea caracterizada pelo envolvimento crônico, por cândida, da pele, do couro cabeludo, unhas e mucosas. Os fatores predisponentes são creditados à antibioticoterapia de largo espectro, deficiência de ferro, diabetes ou outras doenças associadas com deficiência imunológica, como a síndrome da imunodeficiência adquirida (Valentim, 2001).

Clinicamente a candidíase pseudomembranosa caracteriza-se pela presença de placas esbranquiçadas ou amareladas elevadas e que são removíveis por meio de raspagem que deixam a mucosa com áreas eritematosas e hemorrágicas, e que podem atingir alguns milímetros de espessura (ARAÚJO et al., 2006; PINTO, BAUSELLS, 1997).

São localizadas mais frequentemente em mucosa jugal e língua mas podem ser também observadas no palato, gengiva e assoalho de boca. As placas brancas são compostas por uma massa de hifas emaranhadas, leveduras, células epiteliais descamadas e fragmentos de tecido necrótico (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987). Os sintomas, se estiverem presentes, são relativamente leves e consistem na sensação de queimação da mucosa bucal ou um gosto de desagradável na boca, descrito variavelmente como salgado ou amargo.

4.2.2 Conduta

No caso da doença ser considerada leve, deverá ser utilizado como terapia um antifúngico tópico (Nistatina), já se for considerada moderada, deverá ser utilizado um antifúngico sistêmico (Ketaconazole). No caso da candidíase severa são recomendados agentes antifúngicos sistêmicos (Anfotericina B) podendo ser administrados pela via endovenosa (SONIS, 1996).

Em um estudo realizado por Baldani, Lopes e Scheidt (2001) os casos de candidíase (11,90%) foram tratados através de higienização com solução saturada de bicarbonato de sódio e um antifúngico à base de nistatina (Micostatin), sendo que a dose recomendada foi a indicada pelo fabricante para o peso e a idade da criança. As mães foram instruídas a realizarem também a higienização dos seios antes e após a amamentação, para evitar a recontaminação. Os sintomas desapareceram entre 10 e 14 dias.



a. Gengivoestomatite herpética aguda em bebê (PADOVANI, 2008)



b. Candidíase em bebê (PADOVANI, 2008)



c. Língua saburrosa em bebê



d. Língua geográfica (PADOVANI, 2008)



e. Doença de Riga-Fede
WALTER; FERELLE; ISSAO (1996)



f. Mucocele em bebê
(CRIVELLARO e t al., 2007)

Figura 8- Diferentes alterações adquiridas em tecidos moles em crianças.

4.3 Língua Saburrosa

Para McDonald e Avery (1995) a língua saburrosa é aquela que apresenta saburra na superfície e costuma estar associada a fatores locais, ao invés de um

distúrbio do sistema gastrointestinal. Ela é formada por resíduos alimentares, microrganismos e epitélio queratinizado encontrado nas papilas filiformes e à volta das mesmas. Esta saburra pode aparecer mesmo em indivíduos considerados normais com jejum prolongado ou em alimentação exclusivamente líquida ou pastosa.

Crianças com deficiência congênita ou adquirida de fluxo salivar estão propensas a ter a língua saburrosa, bem como as portadoras de doenças sistêmicas associadas à febre e desidratação (McDONALD; AVERY, 1995).

Estudando a prevalência de lesões na mucosa bucal em uma população de 165 crianças hospitalizadas, Cruz et al. (2008), encontraram que a língua saburrosa esteve presente em 61,68% dos casos, sendo creditado pelos autores que o alto valor deveu-se as crianças estarem debilitadas. Padovani (2008), avaliando a prevalência em 455 bebês de zero a 24 meses de idade, encontrou língua saburrosa em 0,9% dos casos.

4.3.1 Características Clínicas

A saburra, em geral, é branca mas pode tornar-se pigmentada por alimentos ou medicamentos e a sua quantidade de saburra varia com a hora do dia e está relacionada à higiene bucal e tipo de alimentação (McDONALD; AVERY, 1995). Conforme Corrêa, Dissenha e Weffort (2005) a falta de higienização da língua, mastigação deficiente e sem alimentos sólidos que auxiliam na autolimpeza, permitem o acúmulo de saburro, um dos responsáveis pela halitose, pois provoca a fermentação, decomposição e putrefação dos restos alimentares pelos microrganismos, constituindo um foco de odor. O diagnóstico é obtido através da avaliação clínica (McDONALD; AVERY, 1995; CORRÊA; DISSENHA; WEFFORT, 2005).

4.3.2 Conduta

Em alguns casos ela desaparece com a volta à alimentação sólida que funciona como uma escova proporcionando limpeza. O tratamento é realizado através da higienização e controle da dieta alimentar (McDONALD; AVERY, 1995). Deve-se fazer a orientação sobre a limpeza e escovação do dorso da língua e utilizar

limpador de língua (CORRÊA; DISSENHA; WEFFORT, 2005), que auxilia no tratamento e previne a presença da língua saburrosa.

4.4 Língua Geográfica

A Língua geográfica ou Glossite Migratória benigna como também é chamada, tem sua etiologia desconhecida mas pode estar relacionada ao estado emocional das crianças. Atinge cerca de 1 a 2% da população (SHAFER et al., 1987; VALENTIM, 2001).

Em um estudo realizado por Portella (1983) foram examinadas 3.809 crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de idade, das quais 1.856 do sexo masculino e 1.953 do sexo feminino. A língua geográfica estava presente em 30 (0,78%) das crianças examinadas, sendo que ocorreu em 12 (0,64%) do sexo masculino e em 18 (0,92%) do sexo feminino, confirmando sem diferença estatística significativa, a prevalência do sexo feminino sobre o masculino.

4.4.1 Características Clínicas

Clinicamente consiste em áreas de descamação das papilas filiformes em configuração circinada. A porção central da lesão às vezes mostra-se inflamada, enquanto que a margem pode estar demarcada por uma linha fina ou faixa branco-amarelada. As papilas fungiformes persistem nas áreas descamadas como pequenos pontos vermelhos elevados. As áreas de escamação permanecem por pouco tempo num lugar, depois caracterizam e aparecem em outro ponto, dando assim uma ideia de migração (SHAFER et al., 1987).

4.4.2 Conduta

Por se tratar de patologia benigna, e sem maiores consequências, não há necessidade de tratamento específico. Se faz necessário apenas seu controle ou tratamento sintomático quando indicado (FLAITZ, 1996).

Esta patologia requer uma maior atenção dos pais nas crianças em relação ao estilo de vida, pois muitos comportamentos são intimamente ligados ao emocional e é dever do profissional alertar os pais e pacientes dos cuidados a serem tomados e tranquilizá-los diante da doença (CARVALHO; TRIGUEIRO; MANGUEIRA, 2010).

4.5 Doença de Riga- Fede

A doença de Riga-Fede caracteriza-se pela ocorrência de ulcerações na face ventral da língua de bebês durante o período de amamentação. A causa destas lesões são a presença de dentes natais presentes na cavidade bucal ao nascimento ou neonatais, presentes nos primeiros 30 dias de vida (MOREIRA; GONÇALVES, 2010; VALENTIM, 2001). Esta doença é uma condição benigna rara, presente em um a cada 2000/3000 nascimentos (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996), mas que demanda diagnóstico e tratamento precoces e acurados por parte de cirurgiões-dentistas e médicos pediatras, de modo a evitar desconforto para o bebê e para a mãe (JÚNIOR et al., 2011).

Os dentes natais/neonatais podem ser dentes supranumerários (5-10%) ou serem os próprios dentes decíduos (90-95%). Geralmente os mais acometidos são incisivos inferiores e as meninas são mais acometidas (DINIZ et al., 2008; WALTER, FERELLE, ISSAO, 1996). E é através do exame radiográfico que deve ser realizado o diagnóstico, o qual influenciará no tratamento mais adequado (HEBLING et al., 1997). Morfologicamente, os dentes natais e neonatais podem ser de forma cônica ou de tamanho e forma normais, sua coloração é amarelada acastanhada e também sua cor pode ser opaca (DEEP; RANADHEER; ROHAN, 2011).

Esses dentes, em geral, apresentam bordos cortantes e podem estar relacionados ao aparecimento de ulcerações na base da língua do bebê e/ou no seio materno, comprometendo a amamentação (DINIZ et al., 2008).

4.5.1 Características Clínicas

Manifesta-se clinicamente como uma ulceração crônica, geralmente no ventre lingual, são ulcerações necróticas de bordas elevadas, endurecidas e rodeadas por halo eritematoso (JÚNIOR et al., 2011; VALENTIM, 2001).

4.5.2 Conduta

Para um tratamento adequado deve ser removido o agente irritante, em casos onde os dentes natais ou neonatais são dentes supranumerários a extração esta indicada pois estes dentes permanecendo na cavidade bucal, podem causar problemas na amamentação, riscos de aspiração, uma vez que a maioria possui

pobre implantação óssea, e grande mobilidade (DINIZ et al., 2008; HEBLING et al., 1997).

Assim, a abordagem terapêutica depende da dentição à qual pertence o dente e dos possíveis problemas que este pode causar à saúde da criança ou da mãe (DINIZ et al., 2008). Para o tratamento em casos de dentes decíduos deve ser preconizado o desgaste incisal dos dentes natais associado à aplicação tópica de um corticóide na úlcera sublingual, favorecendo assim a manutenção dos dentes decíduos na cavidade bucal. Esta conduta tem se mostrado viável e eficaz, principalmente porque possibilita uma rápida retomada da alimentação no seio materno e o desaparecimento da lesão (MOREIRA; GONÇALVES, 2010).

Para Diniz et al. (2008), o pediatra, por ser o primeiro profissional da saúde a estabelecer contato com a criança, possui importante papel no encaminhamento desses pacientes para a avaliação odontopediátrica. Para tal é importante que o mesmo tenha conhecimento sobre a seqüência normal do desenvolvimento dentário, sabendo reconhecer os desvios de erupção e os possíveis danos que estas alterações podem causar, prevenindo assim a instalação de algumas doenças, entre elas a doenças de Riga-Fede.

4.6 Mucocele

Mucocele é uma lesão comum da mucosa oral, que resulta da ruptura de um ducto da glândula salivar e consequente derramamento de mucina para o interior dos tecidos moles circunjacentes. Sendo assim a secção traumática de um ducto salivar, como a produzida pela mordida dos lábios ou da bochecha, ou a pinçagem do lábio pelo fórceps, antecede o desenvolvimento do fenômeno de retenção. Além disso, também é possível que ocorra a obstrução parcial de um ducto salivar a qual pode ser o resultado de um fragmento de cálculo no interior do ducto depois de uma lesão traumática (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987).

Estas lesões são frequentemente encontradas na cavidade bucal de crianças, sendo assim é importante uma interação entre profissionais da saúde que prestam atendimento a crianças com a finalidade de identificar e encaminhar estas lesões para tratamento no consultório odontopediátrico (STUANI et al., 2010). O diagnóstico é realizado através de exames de imagem, sendo a tomografia

computadorizada o exame de eleição, embora em algumas ocasiões a ressonância magnética esteja indicada (VICENTE et al., 2004).

Mucoceles são mais comuns em crianças e adultos jovens, talvez porque estes pacientes sejam submetidos com maior frequência a traumatismos que induzem ao extravasamento de mucina. No entanto, os mucoceles tem sido relatados em pacientes de todas as idades incluindo pacientes idosos e neonatos (NEVILLE et al., 2004) e bebês (CRIVELLARO et al., 2007).

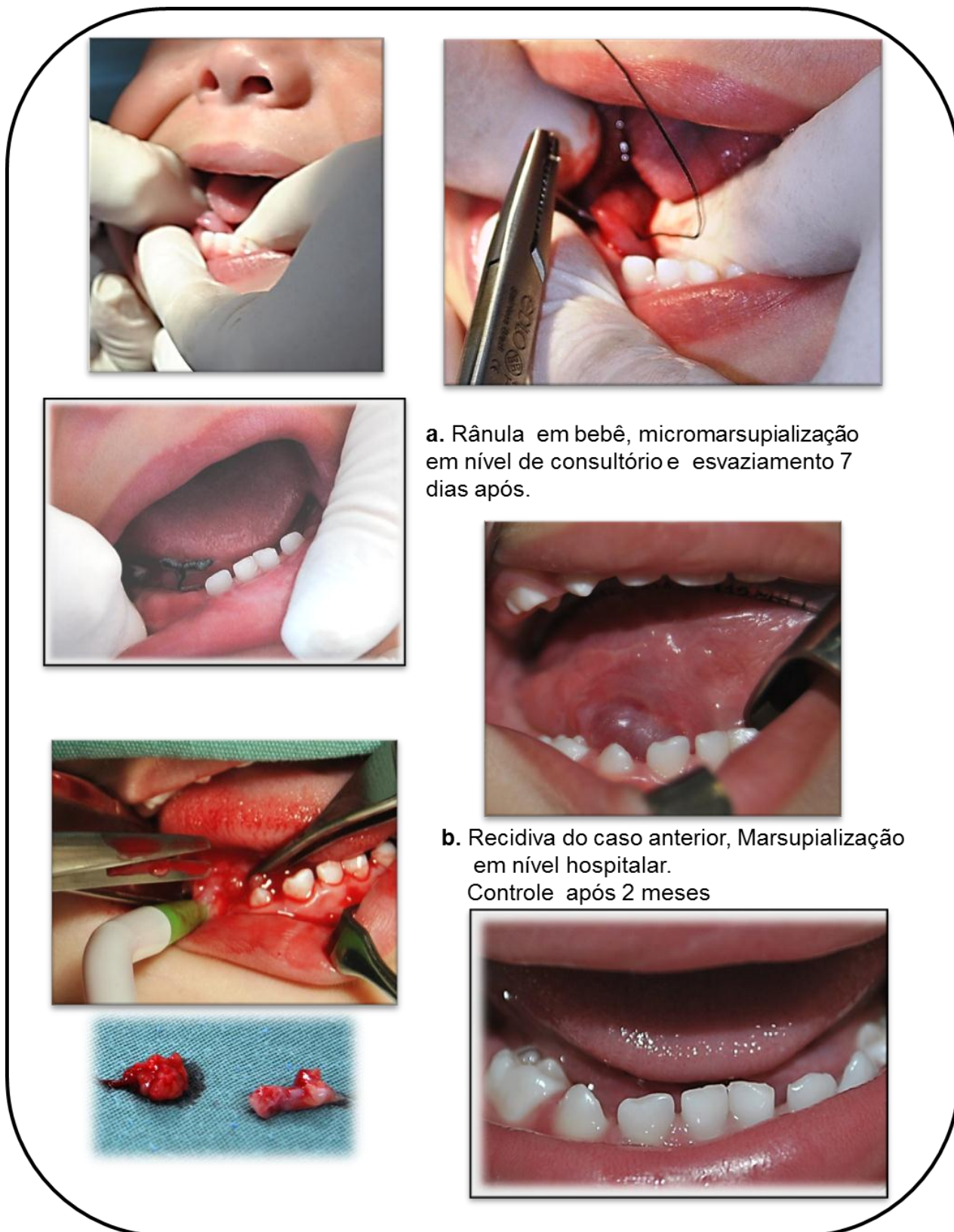
4.6.1 Características Clínicas

Clinicamente apresenta-se como uma elevação convexa ou semi-esférica, com variações volumétricas de milímetros até centímetros (Fig. 8f). A palpação é indolor, revelando uma consistência variável, de densa até elástica. O extravasamento de mucina abaixo da mucosa confere a tumefação uma coloração translúcida azulada, já os mucoceles mais profundos possuem coloração normal. A duração das lesões pode variar de alguns dias a vários anos e a localização predominante é no lábio inferior (PURICELLI, PONZONI, 2005; NEVILLE et al., 2004).

4.6.2 Conduta

Alguns mucoceles possuem curta duração e podem romper e cicatrizar sozinhas. Se não, é indicada a excisão cirúrgica pois se a lesão for apenas incisada há um grande risco de recidiva, sendo assim deve-se remover qualquer glândula salivar menor adjacente que possa estar envolvida (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987).

Porém, para crianças menores, segundo Stuaní et al. (2010), a técnica cirúrgica mais recomendada, atualmente é a técnica de micromarsupialização, (onde ocorre apenas o esvaziamento de muco). Essa técnica é indicada para mucoceles menores de 1cm de diâmetro. Apresenta, como vantagem, ser um procedimento clínico de execução rápida e fácil, e ser bem tolerado pelo paciente, pois não há necessidade de anestesia local infiltrativa e sim, apenas aplicação de anestesia tópica.



a. Rânula em bebê, micromarsupialização em nível de consultório e esvaziamento 7 dias após.

b. Recidiva do caso anterior, Marsupialização em nível hospitalar. Controle após 2 meses

Figura 9 – Ilustração de condutas clínica para rânula em bebê (AOMI).

4.7 Rânula

Rânula é um tipo de mucocele que ocorre especificamente no assoalho da boca. De acordo com Neville et al. (2004) embora a fonte do extravasamento de mucina seja usualmente a glândula submandibular, as rânulas podem originar-se do ducto submandibular ou, possivelmente, das glândulas salivares menores do assoalho da boca.

É uma lesão de origem traumática e apesar de ser um processo patológico é uma lesão benigna. Se origina a partir da ruptura de um ou mais ductos das glândulas salivares devido a má formação ou ruptura de ductos, alterando o fluxo salivar normal e conduzindo seu depósito nos tecidos adjacentes. O principal aparecimento desta lesão deve-se ao trauma e a obstrução dos ductos das glândulas pela formação de sialólitos (FREITAS et al., 2004; ZORZETTO et al., 2008).

Embora a grande maioria seja adquirida, o estudo de Schmitt et al. (2012) realizado em 270 bebês recém-nascidos a termo encontraram um caso de mucocele e outro de rânula, representando 1% das alterações bucais registradas.

4.7.1 Características Clínicas

Rânulas são lesões relativamente incomuns e geralmente apresentam-se de maneira unilateral sendo rara sua apresentação bilateral (Fig.9a). Apresenta-se como uma tumefação azulada, flutuante e com forma de cúpula. As lesões mais profundas podem ter coloração normal. Não é dolorida e possui um aumento. Existe um tipo de Rânula chamada de mergulhante na qual ocorre quando o extravasamento de mucina dissecar o músculo milo-hióideo e produz tumefação no pescoço (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987; TOLENTINO et al., 2010).

Histologicamente, a aparência de uma rânula também é semelhante a do mucocele exceto apenas a presença, às vezes, de um revestimento epitelial definido. A mucina extravasada é circundada por tecido de granulação reacional que caracteristicamente contém histiócitos espumosos (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987).

4.7.2 Conduta

O tratamento mais indicado é a marsupialização, na qual é realizada uma excisão na mucosa oral do assoalho bucal e na parede superior da rânula, esta, por

sua vez devendo ser suturada à mucosa oral do assoalho bucal, promovendo uma reparação por segunda intenção. Em crianças menores, pode ser tentado a micromarsupialização em momento de rânula cheia (Fig.9a). Quando as rânulas tornam-se recorrentes pode-se optar pela excisão da rânula (Fig.9b) e da glândula sublingual, com acesso intrabucal, podendo este tratamento ser aplicado como primeira escolha (GERALDINI et al., 2006).

A remoção da lesão juntamente com a glândula sublingual é considerada por muitos autores a técnica mais segura para evitar a recidiva da rânula mergulhante apresentando prognóstico excelente (TOLENTINO et al., 2010).

4.8 Cisto/Hematoma de Erupção

O cisto de erupção consiste em uma anomalia benigna associada a um dente em erupção. Esta alteração acomete apenas tecidos moles e caracteriza-se por retardar o irrompimento dentário, podendo ocorrer em dentes decíduos, permanentes e supranumerários (SOUZA et al., 2007).

Este cisto se constitui de uma variedade distinta de cisto dentífero, aparecendo como edema na mucosa alveolar, resultante do acúmulo de fluido no espaço do folículo de um dente em erupção (VALENTIM, 2001). Microscopicamente observa-se o epitélio bucal de superfície na parte superior, há também um infiltrado variável de células inflamatórias (NEVILLE et al., 2004).

Estudando 24 pacientes (de 1mês a 12 anos de idade) em que foram diagnosticados e tratados cistos de erupção, Bodner, Goldstein e Sarnat (2004) descreveram que o mesmo esteve associado a dentes natais em 8,3% casos, a dentes decíduos em 41,6% e aos dentes permanentes 50% dos casos. Houve uma predileção por sexo, sendo que os meninos tiveram mais que as meninas, numa relação 2:1.

4.8.1 Características Clínicas

Aparece como uma tumefação mole, muitas vezes translúcida na mucosa gengival, recobrando a coroa de um dente decíduo ou até mesmo permanente em erupção. A maioria dos casos são encontrados em crianças com menos de dez anos de idade (NEVILLE et al., 2004), sendo que em 586 crianças com zero a 36

meses de idade, Padovani (2008) relatou uma prevalência de 1,7% de cistos ou hematomas de erupção.

A lesão esta mais comumente associada à erupção de primeiros molares permanentes e incisivos superiores. Caso haja um traumatismo no local pode resultar na presença de sangue no líquido cístico dando uma cor purpúrea (Fig.10a.) ou castanha e por isso chamamos de hematoma de erupção (NEVILLE et al., 2004).

4.8.2 Conduta

O tratamento desta variedade de cisto normalmente é desnecessário, pois geralmente, o dente ao irromper, promove o esvaziamento da lesão cística. No entanto, quando o cisto de erupção trazer desconforto ou vier acompanhado de qualquer sintomatologia mais grave, a excisão da mucosa (ulectomia) subjacente se faz necessária para expor a coroa do dente e drenar o fluido acumulado (VALENTIM, 2001).

Caso haja atraso na erupção a ulectomia é o tratamento de eleição e este procedimento envolve a anestesia local da mucosa gengival, incisão circunferencial em torno do bordo do dente, exérese do tecido, exposição dental e hemostasia. A ulectomia é uma técnica cirúrgica que possibilita a livre erupção do dente retido, de fácil execução para o profissional e de rápida recuperação para o paciente (SOUZA et al., 2007).

O tipo de tratamento recomendado é o conservador, sendo que em 42% dos casos só houve o acompanhamento e a intervenção foi indicada em 50% (BODNER; GOLDSTEIN; SARNAT, 2004). Entretanto, em bebês onde o quadro clínico pode tornar-se doloroso, incômodo, levar a inapetência ou mesmo ser um motivo de preocupação para os pais, a intervenção é indicada (ALMEIDA et al., 2012; BASSOUKOU; COUTO; GIOVANI, 2013). Nestas situações pode ser realizada a ulectomia expondo toda a face oclusal dos dentes posteriores (Fig. 10b) ou incisal dos anteriores (BASSOUKOU; COUTO; GIOVANI, 2013) e mesmo uma intervenção mais conservadora (ALMEIDA et al., 2012). Na opção mais conservadora, é suficiente a realização de anestesia tópica e uma perfuração com instrumento pontiagudo (Fig.10c) para permitir a drenagem do conteúdo cístico (ALMEIDA et al., 2012). O acompanhamento de bebês que tiveram cistos/hematomas de erupção é fundamental pois mais hematomas podem ocorrer na mesma criança, especialmente em dentes posteriores (ALMEIDA et al., 2012).



a. Cistos/hematomas de erupção na região anterior



b. Cistos/Hematomas de erupção região posterior, antes e após ulectomia do dente 64 (BASSOUKOU; COUTO; GIOVANI, 2013)



c. Cisto/Hematoma de erupção região posterior sendo drenado com perfuração após uso de anestésico tópico (AOMI)

Figura 10- imagens de cistos/hematomas de erupção e condutas clínicas na dentição decídua.

5 DISCUSSÃO:

Seguindo a tendência de atenção precoce do bebê, é importante que os profissionais da saúde, responsáveis pelo bem-estar geral da criança, tenham o conhecimento necessário sobre as características morfológicas da cavidade bucal considerada dentro dos padrões da normalidade ao nascimento. Por isso, é necessário saber reconhecer e diagnosticar de maneira segura e correta as anormalidades em estágios precoces e as prováveis anomalias que se apresentam nesses pacientes, a fim de orientar, alertar e tranquilizar pais e responsáveis e, quando necessário, indicar o tratamento adequado (SCHMITT et al., 2012).

Para uma melhor visualização das alterações de tecidos moles na cavidade em bebês foi elaborado um resumo enfocando a prevalência, predileção por sexo, localização, aparência clínica e conduta, considerando as alterações congênicas (tab.1) e adquiridas (tab.2).

Com relação a prevalência podemos observar que a maioria das alterações congênicas tem uma prevalência rara ou extremamente rara em bebês. Outras, como fenda labial e palatina, freio teto labial persistente e anquiloglossia são um pouco mais prevalentes, variando de 1,7 a 6,2% dos casos (NEVILLE et al., 2004; SCHMITT et al., 2012). A mais prevalente com valores, variando de 6,28% (Santos et al., 2009) a 85,7% (PAULA et al., 2006) são os cistos de inclusão. A grande variação pode ser devido ao momento da coleta de dados, uma vez que são lesões que tendem a desaparecer em menos de um mês (PAULA et al., 2006) e segundo Padovani (2008) a prevalência de lesões em crianças de zero a 36 meses de idade foram, estatisticamente maior no primeiro mês de vida (56,4%). Os melhores desenhos de avaliação de prevalência dos cistos de inclusão seriam os realizados em recém-nascidos, como de Schmitt et al. (2012) e Paula et al.(2006) que encontraram 66,2% de 270 e 85,7% de 567 nascimentos, respectivamente. Em contraste com os estudos de Santos et al.(2009) e Baldani, Lopes e Scheidt (2001) que avaliaram crianças com idades entre de zero e 24 meses, encontrando respectivamente 6,28% e 7,5%.

Deve-se considerar o critério de classificação dos cistos, que tem sido variado, pois embora há algum tempo tenha sido sugerido a divisão em cistos palatais e alveolares e gengivais, ainda são conduzidos estudos como o de Schmitt et al. (2012), utilizando a classificação de Frömm (1967).

Schmitt et al. (2012) estudaram as características bucais de 270 bebês recém-nascidos a termo, relatando que 75 (27,8%) não tinham qualquer alteração na morfologia da cavidade bucal. E que em 195 (72,2%), foram detectadas alterações, sendo as Pérolas de Epstein as mais frequentes (66,2%), seguidos dos nódulos de Bohn (44,2%), freio labial teto persistente (6,2%), freio lingual curto (5,1%), epúlide congênito (1,0%) e ainda um caso de mucocele e outro de rânula (0,5% cada).

Em 586 crianças na primeira infância (0-36 meses), Padovani (2008), relatou 34,8% de prevalência de manifestações bucais em tecidos moles. Existe uma carência de mais estudos como os descrito acima, especialmente considerando as lesões adquiridas, cuja as prevalências praticamente inexistem. Na literatura consultada, excluindo a língua geográfica que tem dados de que acomete 1 a 2% da população (SHAFER et al., 1987), a gengivostomatite herpética primária é dita ser muito frequente, o mucocele e o cisto de erupção são classificados como comum, enquanto a rânula e a doença de Riga-Fede como raras. A doença de Riga-Fede pode acontecer em bebês com presença de dentes natais ou neonatais, cuja a prevalência varia de um a 2000 ou 3.000 nascimentos (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

Quanto a predileção por sexo, Padovani (2008), considerando tanto lesões congênitas como adquiridas não encontrou relação. Entretanto, a literatura aponta para as lesões congênitas que o hemangioma é mais comum em meninas (NEVILLE et al., 2004), chegando a uma proporção de 3:1. E que o cisto dermóide acomete mais meninos (UTUMI et al., 2010), assim como a anquiloglossia, sendo de três a quatro vezes mais (BURYK, BLOOM, SHOPE, 2011; NEVILLE et al., 2004). A fenda labial palatina é mais comum entre meninas, enquanto a labial com ou sem envolvimento do palato acomete mais os meninos (NEVILLE et al., 2004; SHAFER et al., 1987). Das lesões adquiridas a doença de Riga-fede, mostra uma predileção pelo sexo feminino (WALTER, FERELLE, ISSAO, 1996) enquanto os cistos de erupção são nos meninos com uma proporção de 2:1 (BODNER; GOLDSTEIN; SARNAT, 2004).

Em relação à localização, Padovani (2008) descreveu que o palato foi a região que mais se concentrou as manifestações bucais (16,7%), seguida da gengiva (11,4%), rodete/rebordo (8,9%), língua (7,8%), lábio (3,1%), mucosa (2,2%) e assoalho bucal (1,9%). Estes dados corroboram com a prevalência das alterações congênitas relatadas, nos cistos palatais, ou seja, localizado no palato, são os mais prevalentes. Outro dado relevante e sem discussão é que muitas alterações são específicas de um sítio como no caso da micro e macroglossia, anquiloglossia, doença de Riga-Fede, língua saburrosa e geográfica, todos na língua. Da mesma forma, a aparência clínica das mesmas por serem muito variadas.

Da conduta clínica, segundo Baldani et al. (2001), as alterações em cavidade bucal de bebês não são raras e, portanto, é importante que os profissionais que atendem crianças as conheçam, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção. Mas chamam atenção que não foi necessário tratamento para 76,19% das alterações encontradas na cavidade bucal dos bebês.

Esta consideração deve-se, mais uma vez, a alta prevalência dos cistos de inclusão, que são em sua grande maioria transitórios (PAULA et al., 2006; PENIDO; FONSECA, 2003), eles podem esfoliar ou esvaziar (BORDINI, CERRI, SILVA, 2010; PENIDO, FONSECA, 2003). Outra alteração que não requer nenhuma intervenção é a língua geográfica (FLAITZ, 1996). Os cistos dermóide e de erupção/hematoma, podem ser acompanhados ou, se sintomáticos, enucleados (FLAITZ, 1996). Além destes, há o freio teto labial persistente, que a conduta inicial é aguardar, pois tende a diminuir com o passar da idade, devido a atrofia fisiológica (CAVALCANTE et al., 2009). Os raros casos de intervenção precoce estão relacionados à interferência na amamentação (BONECKER et al., 2001).

Há situações em que o tratamento depende do tamanho e consequentemente das implicações no desenvolvimento do bebê. Entre elas o epúlido congênito do recém-nascido, mucocele e rânula. Sendo que no primeiro, pode haver nenhum tratamento ou até a necessidade de cirurgia tanto em nível de consultório como hospitalar (NEVILLE et al., 2004). Os casos de mucocele e rânula, a terapia mais indicada para bebês é a micromarsupialização (STUANI et al., 2010) embora não seja descartado a marsupialização e mesmo a excisão (GERALDINI et al., 2006; TOLENTINO et al., 2010).

Outras situações requerem a eliminação da causa ou do agente irritante. Com prescrição de medicamentos, intervenção clínica ou ambas como nas gengivoestomatite herpética primária, candidíase e na doença Riga-Fede.

Sem dúvida, a maior controvérsia da literatura consultada foi com respeito a anquiloglossia, especialmente a parcial. Diagnosticar a anquiloglossia total não é difícil, pois ela é muito visível, mas diferenciar as variações anatômicas do frênulo requer conhecimento bastante aprofundado da anatomia da língua e do assoalho da boca para identificar se os achados anatômicos podem comprometer a movimentação da língua e conseqüentemente, as funções orais (MARTINELLI et al., 2012). Os estudos relatam uma dificuldade na pega ao seio materno e dor no mamilo materno associados com a anquiloglossia (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002; GEDDES et al., 2008; LANGTON BURYK; BLOOM; SHOPE, 2011).

Buryk, Bloom e Shope (2011), demonstraram que após a frenotomia houve melhora imediata na dor do mamilo materno e na amamentação, fornecendo evidências convincentes de sua realização em crianças com significativa anquiloglossia. Entretanto, sugerem estudos adicionais para determinar o momento ideal de realizar a frenotomia e a ferramenta (protocolo ideal) para detectar o que é anquiloglossia significativa. Martinelli et al. (2012) elaboraram um protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês que parece ser importante no diagnóstico da função lingual. Sendo assim, a frenotomia quando indicada, parece ser uma abordagem bem-sucedida (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002).

As lesões congênitas, as que envolvem um tratamento mais complexo e por longos períodos são a fenda labial e palatina, a micro e macroglossia. O tratamento multidisciplinar na maioria das vezes se faz necessário, sendo de grande importância para um resultado efetivo. De acordo com Tuji et al. (2009) a equipe multidisciplinar deve ser composta por profissionais de várias áreas da saúde e áreas afins como: assistentes sociais, geneticista, pediatras, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos, odontólogos, psicólogos e nutricionistas.

Independente da anormalidade encontrada, é importante explicar aos pais sobre as alterações e orientá-los se há necessidade de intervenções cirúrgicas, como no caso de freios e bridas com inserção inadequada, presença de dentes natais com mobilidade ou que tenham indicação de extração. Deve-se salientar que as alterações podem ocasionar limitações, como dificuldades de alimentação e

aparecimento de lesões, por isso a grande importância do diagnóstico precoce (SCHMITT et al., 2012).

Pinto et al. (2009) fazendo uma revisão de literatura concluíram que são inúmeras as patologias que afetam os tecidos moles da população pediátrica, e que o médico pediatra pode ter um papel fundamental na detecção precoce das mesmas, devendo orientar estas crianças para o tratamento adequado, ou enviá-las a um especialista capaz de o fazer, o odontopediatra.

Padovani (2008) mostrou uma correlação entre a presença de alteração sistêmica e a ocorrência de manifestação bucal. Assim, concordamos com Vaz et al. (2010) que descrevem ser imprescindível que odontopediatras e profissionais que atendem bebês reconheçam as anormalidades, atentando para a necessidade de intervenção e, sobretudo, de tranquilizar os pais, normalmente preocupados ao observar anomalias em seus filhos.

Tabela 1- Resumo da prevalência, predileção por sexo, localização, aparência clínica e condutas adotadas nas diferentes lesões congênitas de tecidos moles em bebês.

LESÕES	PREVALÊNCIA	PREDILEÇÃO POR SEXO	LOCALIZAÇÃO	APARÊNCIA CLINICA	CONDUTA
Fenda labial e palatina	1:650 nascidos vivos	Fenda palatina mais no sexo feminino; fenda labial com ou sem fenda palatina mais nos meninos	Lábio e palato	Fissura ou fenda de diferentes formas	Acompanhamento multidisciplinar e cirurgia em diferentes etapas
Microglossia	Aparecimento raro	Não relatado	Língua	Língua pouco desenvolvida ou até mesmo rudimentar	Acompanhamento multidisciplinar e cirurgia
Macroglossia	Aparecimento raro	Não relatado	Língua	Língua muito grande e pode variar de leve a grave	Acompanhamento multidisciplinar, sem intervenção, tratamento cirúrgico
Anquiloglossia	1,7 a 4,4 % de neonatos	Mais em meninos 3/4:1	Língua	Freio lingual curto	Nenhum tratamento, tratamento com fonoaudiólogo ou cirúrgico: normalmente frenotomia e, raramente, frenectomia
Freio teto labial persistente	6,2% em recém-nascidos	Não relatado	Lábio	Freio labial com inserção baixa na margem gengival ou na papila interproximal, isquemia da papila na face palatina quando o freio é tracionado	Aguardar à atrofia fisiológica. Cirurgia se houver prejuízo a amamentação
Hemangioma	5 a 10% até 01 ano de idade Raro na cavidade bucal	Mais em meninas 3:1	Mucosa jugal, lábio, língua, palato e mais raramente na em gengiva Inserida	A mucosa apresenta coloração avermelhada, flutuante à palpação, ficando a área clara quando pressionada com uma lâmina de vidro.	Acompanhar em crianças; depois se tratar em 40% dos casos (diferentes condutas: depende do local e tamanho)
Cisto dermóide	15% são congênitos	Mais em meninos	Vários locais, predileção pelo assoalho bucal	Tumefação flutuante ou massa. Assintomática e de crescimento lento e progressivo, atingindo dimensões variadas de alguns milímetros até 12 centímetros	Acompanhamento ou cirurgia simples
Epúlide congênita	Aparecimento raro	Não relatado	Mais em maxila do que mandíbula. Mais em rebordo alveolar e ventre da língua	Normalmente nódulo único. tamanhos variados, de pequenos milímetros até 7,5cm	Nenhum tratamento ou cirurgia
Cisto de Inclusão	Variando de 6,28% a 85,7%	Sem predileção por sexo	Palato e rebordo alveolares, incluindo a vestibular	São nódulos de coloração branca, branco-amarelada ou acinzentada, em grupos de 2 a 6, embora possam ocorrer isoladamente	Nenhum tratamento, orientação à família

Tabela 2 - Resumo da prevalência, predileção por sexo, localização, aparência clínica e condutas adotadas nas diferentes lesões adquiridas de tecidos moles em bebês.

LESÕES	PREVALÊNCIA	PREDILEÇÃO POR SEXO	LOCALIZAÇÃO	APARÊNCIA CLINICA	CONDUTA
Gengivostomatite herpética primaria	Relevante frequência nas idade de zero a seis anos	Sem predileção	Mucosa bucal	Diversas vesículas puntiformes, que rapidamente se rompem e formam inúmeras lesões pequenas, avermelhadas. Elas aumentam de tamanho e desenvolvem áreas centrais de ulceração, recobertas por uma fibrina amarela	Sintomático: antitérmico, analgésico sistêmico e anestésico local Alimentação fria, pastosa e sem condimentos e ácidos Limpeza bucal. Prevenir infecção secundária
Candidíase pseudomembranosa	2% em bebês de zero a 24 meses	Não relatado	Mais em mucosa jugal e língua; palato gengiva e assoalho bucal.	Placas esbranquiçadas ou amareladas elevadas e que são removíveis por meio de raspagem que deixam a mucosa com áreas eritematosas e hemorrágicas	Higiene bucal e antifúngicos
Língua saburrosa	0,9% em bebês de zero a 24 meses; 61,68% em crianças hospitalizadas	Não relatado	Língua	A saburra, em geral, é branca mas pode tornar-se pigmentada por alimentos ou medicamentos	Limpeza da língua. Alteração da dieta
Língua geográfica	1 a 2% da população	Não relatado	Língua	Descamação das papilas filiformes e fungiformes	Nenhum tratamento, acompanhamento e orientação à família
Riga-fede	Rara	Mais em meninas	Face ventral da língua	Ulcerações	Desgaste do dente natal ou neonatal e corticóide
Mucocele	Comum	Não relatado	Lábio inferior	Bolha, elevação convexa ou semi-esférico	Nenhum tratamento ou micromarsupialização ou cirurgia
Rânula	Incomum	Não relatado	Assoalho bucal	Tumefação em forma de cúpula	Micromarsupialização, Marsupialização ou excisão da glândula sublingual
Cisto / Hematoma de erupção	1,7 % em crianças de zero a 36 meses de idade	Mais em meninos 2:1	Mucosa alveolar	Tumefação mole, recobrimdo a coroa de um dente, retardando a sua erupção e na presença de sangue no liquido cístico tem uma cor purpúrea ou castanha	Conservador em mais de 40% dos casos. Cirurgia simples (drenagem) ou ulectomia

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura consultada, pode-se fazer as seguintes considerações:

6.1 São inúmeras as lesões bucais em tecidos moles que podem acometer bebês. A maioria das alterações, nessa faixa etária, são benignas e não requerem nenhum tipo de tratamento específico. Das lesões estudadas, os cistos de inclusão são as com maior prevalência;

6.2 Os pais devem ser alertados pelos profissionais sobre as alterações bucais, e orientados sobre a melhor conduta a ser tomada, assim como devem ser tranquilizados sobre a saúde de seus bebês;

6.3 Das lesões, as que envolvem um tratamento mais complexo e por longos períodos são a fenda labial e palatina, micro e macroglossia. Muitas vezes, o cirurgião-dentista deve fazer parte de uma equipe multiprofissional para que seja realizado um tratamento eficiente;

6.4 Os médicos pediatras devem ter conhecimento suficiente das alterações patológicas e fisiológicas bucais dos bebês e serem conscientes da necessidade do atendimento de um profissional especializado que esteja apto, como o odontopediatra;

6.5 Assim, cada vez mais tem de haver a consciência da necessidade de um diagnóstico precoce onde o odontopediatra possa ter contato com o bebê e desde cedo aplicar medidas preventivas e educativas, promovendo saúde;

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.H.S.; AZEVEDO, M.S.; ROMANO, A.R.; PAPPEN, F.G. Hematomas de Erupção: Relato de um caso Clínico. In: 50^a. Semana Acadêmica da Faculdade de Odontologia, Pelotas, 2012. **Anais da 50^a. Semana Acadêmica Odontológica Congresso**, p.31.

AMSTALDEN-MENDES, L.G.; GIL-DA –SILVA-LOPES,V.L. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Revista Ciências Médicas**, v.15, n.5, p.437-448, set./out. 2006.

ARANTES, H. L.; ZAMPAR, A. G.; JUNIOR, F. C. O.; ROSIQUE, M. J. F.; ROSIQUE, R. G.; LEAL, W. A.; CÉSAR, J.; FIGUEIREDO, A. Fístulas e deiscências em palatoplastia primária: uma experiência institucional. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.23, n.2, p112-115, São Paulo, 2008.

ARAÚJO, R. R.; REZENDE, A. P.; ARAÚJO, M. B.; CAPISTRANO, H. M. Perfil da Candidíase Bucal em clínica Estomatológica. **Arquivo Brasileiro de odontologia**, p.26-31, 2006.

AZEVEDO, R. A.; GALLI, G. B.; PEREIRA, C. L.; PIRES, M. S. P. Epúlides congênitos. **Rev. Gaúcha de Odontol.**, v.53, n.3, p.206-209, jul/ago/set. 2005.

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M. L.; SCHEIDT, W. A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa- PR, Brasil. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.15, n.4, p.302-307, out./dez. 2001.

BALLARD, J.L.; AUER, C.E.; KHOURY,J.C. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad, **Pediatrics**, v.110, n. 5, p.1-6, Nov. 2002.

BASSOUKOU, I. H.; COUTO, C. M.; GIOVANI, E. M. Cisto de erupção – relato de caso clínico. Disponível em: < <http://clinicabassukos.com.br/?p=64>> Acesso em julho de 2013.

BAUSELLS, J. Cirurgia. In: **BAUSELLS, J. Odontopediatria – Procedimentos Clínicos**. São Paulo, 1997. p.171-180.

BEM HAMOUDA, H.; AIATA, A.; ELLOUMIB, I.; BELAID, L.; BOUZAIÈNE, M.; KORBI, S.; SOUA, H.; SFAR, M. T. Obstructive Congenital Epulis. **European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases**, v.127, p. 86-89, 2010.

BENNI, D. B.; SIRUR, D. Gingival cyst of the newborn: a case report. **International Dentistry – African edition**, África, v.3, n.2, 2013.

BODNER, L.; GOLDSTEIN, J.; SARNAT, H. Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. **J Clin Pediatr Dent**, v.28, n.2, p.183-186, 2004.

BÖNECKER, M. J. S. Exame Físico. In: BÖNECKER, M. J. S. **Caderno de Odontopediatria – Abordagem Clínica**. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda, 2001. p.35-45.

BORDINI, P.J.; CERRI, A.; SILVA, C.E.X.S.R. Afecções estomatológicas em crianças. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 8.ed. São Paulo: Santos, 2010. p.380-395.

BUNDUKI, V; RUANO, R; SAPIENZA, A. D.; HANAOKA, B.Y.; ZUGAIB, M. Diagnóstico Pré –natal de fenda labial e palatina: Experiência de 40 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [da] Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**, v.23, n.9, p.561-566, 2001.

BURYK, M.; BLOOM, D.; SHOPE, T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial, **Pediatrics**, v.128, p.280-288, 2011.

CAMPOS, H. G. A. Hemangioma. Disponível em: <<http://www.hemangioma.com.br/hemangioma/>> Acesso em: 20 mai. 2013, 20:30.

CARVALHO, F. V. Q.; TRIGUEIRO, M.; MANGUEIRA, D. F. B. Glossite migratória benigna ou língua geográfica: relato de caso clínico. *International Journal of Dentistry Recife*, v.9, n.3, p.165-168, jul./set. 2010.

CAVALCANTE, J. A.; XAVIER, P.; MELLO-MOURA, A. C. V.; ALENCAR, C. J. F.; IMPARATO, J. C. P. Diagnóstico e Tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitória da dentição mista- relato de caso. **Revista Institucional da Ciência Saúde** [da] Universidade Paulista, v.27, n.3, p.290-294, 2009.

CERQUEIRA, M. N.; TEIXEIRA, S. C.; NARESSI, S. C. M.; FERREIRA, A. P. P. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos- SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [da] Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v.08, n.2, p. 161-166, jun. 2005.

CERRI, A.; RIBEIRO DA SILVA, C. E. X.; PACCA, F. O. T.; SILVA, P. Língua Geográfica: revisão de literatura. Disponível em: <http://www.institutodosorriso.com.br/?cont=linguageografica> Acesso em: 10 jun 2013.

CHIARELLI, M.; RAU, L. H.; SCORTEGAGNA, A. Gengivoestomatite herpética aguda. **Revista odonto** [da] **Universidade Metodista de São Paulo**, São Bernardo dos Campos, v.16, n.32, p.124-129, jul./dez. 2008.

CORRÊA, M. S. N. P.; DISSENHA, R. M. S.; WEFFORT, S. Y. K. Doenças e lesões bucais. In: ----- . **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação**. São Paulo: Santos; 2005. cap. 13, p. 117-25.

COSER, R. M.; FLÓRIO, F. M.; MELO, B. P.; QUAGLIO, J. M. Características Clínicas do Cisto de Erupção. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.52, n.3, p.180-183, jul./ago./ set. 2004.

CRIVELLARO, J. S. RUSCHEL, H.C.; PINTO, T.A.S.; FERREIRA, S.H. Mucocele labial: relato de caso em criança de dois anos de idade. **Stomatós**, v.13, n.24, jan./jun. p.30-36, 2007.

CRUZ, M.C.F.N.; VALOIS, E. M.; LIBÉRIO, S.A.; LOPES, F.F. Avaliação clínica das alterações de mucosa bucal em crianças hospitalizadas de 3 a 12 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.56, n.2, p.157-161.

DASH, J. K.; SAHOO, P. K. DAS, S. N. Congenital Granular Cell Lesion “Congenital Epulis”- Report of a case. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.22, n.2, p.63-67, June, 2004.

DEEP, S. B.; RANADHEER, E.; ROHAN, B. Riga-Fede Disease: Report of a case with Literature Review. **Journal of Academy of Advanced Dental Research**, v.2, n.2, May 2011.

DICIONÁRIO HOUAISS. Definição de congênito e adquirido. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=adquirido/congênito>> Acesso em julho de 2013.

DINIZ, M.B; GONDIM, J .O.; PANSANI, C. A.; ABREU-E-LIMA, F. C. B. A importância da interação entre odontopediatrias e pediatrias no manejo de dentes natais e neonatais. **Revista Paulista Pediatria**,v.26, n.1, p.64-69, mar. 2008.

DONLEY, C. L.; NELSON, L. P. Comparison of palatal and alveolar cysts of the newborn in premature and full-term infants. **Pediatric Dentistry**, v.22, p.321-324, 2000.

FLAITZ, C.M. Patologias e alterações de desenvolvimento dos tecidos orais. In: PINKHAM, J.R. **Odontopediatria: da infância à adolescência**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

FORLENZA, G. P.; PARADISE BLACK, N. M. P., MCNAMARA, E.G.; SULLIVAN,S.E. Ankyloglossia, Exclusive Breastfeeding, and Failure to Thrive. **Pediatrics**, v.125, n.6. June 2010.

FREITAS, S. E. N.; FURUSE, C. F.; BIAZOLLA, E. R.; ANDRADE SOBRINHO, J. RÂNULA: Técnica de marsupialização. Relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.25, n.1, p. 53-56, Jan/Jun. 2004.

FRÖMM, A. Epstein pearls, Bohn's nodules and inclusion cyst of the oral cavity. **ASDC J Dent Child**, v.34, p.275-287, 1967.

GEDDES, D. T.; LANGTON, D. B.; GOLLO, I.; JACOBS, L. A.; HARTMANN, P. E.; SIMMER, K. Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. **Pediatrics**, v.122, p.188–195, 2008.

GNOINSKI, M. Fendas lábio-palatinas In: Van Waes, H.J.M.; Stöckli, P.W. **Odontopediatria: Atlas coloridos de Odontologia**, 2002. p.55-60

GOLDMAN, H. M.; COHEN, D. W. **Periodontia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. 1114p.

GREWAL, H. , A. KUMAR, A.; VERMA, M. Dental lamina cyst of newborn: A case report. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.26, n.4 , p.175, Oct./Dec. 2008.

HAGGSTROM, A. N.; DROLET, B. A.; BASELGA, E.; CHAMUN, S. L.; GARZON, M. C.; HORRI, K. A.; LUCKY, A. W.; MANCINI, A. J.; METRY, D. W.; NEWELL, B.; NOPPER, A. J.; FRIEDEN, I.J. Prospective Study of Infantile Hemangiomas: Demographics, Prenatal, and Perinatal characteristics. **Journal of Pediatrics**, v.150, n.3, p.291–294, 2007.

HEBLIN, J.; COSTA, C. A. S.; GIRO, E. M. A.; BAUSELLS, J. Desenvolvimento e morfologia da dentição decídua- Considerações Clínicas. In: BAUSELLS, J. **Odonopediatria Procedimentos Clínicos**. São Paulo, Editora Premier, 1997. p. 1-7.

JÚNIOR, B. A. S.; LÁBIO, R. O.; JUNIOR, R. L. C. A.; BARRETO, M.A.C.; GONÇALVES, S. R. J.; NETO, D. A. A.; RIBEIRO, C. F.; MELO, A. U. C. Úlcera Traumática lingual numa criança (Doença de Riga-Fede): relato de caso e revisão da literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v.13, n.14, p.137-142, jul./dez. 2011.

KIRAN, K.; MUTHU, M. S.; RATHNA PRABHU, V. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, India, p.23-26, Mar. 2007.

LASKARIS. Atlas Colorido de doenças bucais da infância e da Adolescência. **Cistos Odontogênicos (cisto gengival do recém-nascido)**. São Paulo: Santos, 2000. p.98.

LAUREANO FILHO, J. R.; DIAS, E. O. S.; MORAIS, H. H. A.; XAVIER, R. L. F. Cisto Dermóide: relato de um caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.3, n.1, p.17-22, jan./mar. 2003.

LAWALL, M. A.; ALMEIDA, J. F. A.; BOSCO, J. M. D.; BOSCO, A. Gengivoestomatite herpética primária em adulto: relato de caso clínico. **Revista Odonto Ciência [da Faculdade de Odontologia Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]**, v.20, n 48, abr./jun. 2005.

LEAL, R. A. S. Frenectomia labial e lingual em odontopediatria. 2010. 32f. **Tese (Mestrado Integrado em Medicina Dentária)- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Portugal.**

LEWIS D.M. Bohn's nodules, Epstein's pearls, and gingival cysts of the newborn: a new etiology and classification, **Journal Okla Dental Assoc**, v. 101, n.3, p.32-33, Mar-Apr. 2010.

LOFFREDO, L. C. M.; SOUZA, J. M. P.; YUNES, J.; FREITAS, J. A. S.; SPIRI, W. C. Fissuras lábio- palatais: estudo caso-controle. **Revista saúde Pública [da Universidade de São Paulo]**, v.28, n.3, p. 213-217.

LOYOLA, A. M.; GATTI, A. E.; SANTOS PINTO, Jr.; MESQUITA, R. A. Alveolar and extra-alveolar granular cell lesions of the newborn: report of case and review of literature. **University of Uberlandia, Hospital Darcy Vargas, University of São Paulo and University of Minas Gerais**, v.84, n.6, p.668-671, Dec. 1997.

McDONALD R.E.; AVERY, D.R. Alterações Congênitas e adquiridas dos dentes e estruturas bucais associadas. In: _____ **Odontopediatria**.6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 1995. p.105.

MACEDO, M.; MEYER, K. F. Tratamento cirúrgico de macroglossia em crianças: relato de dois casos. **Revista Einstein** [do] Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, v.5, n.2, p.166-169, 2007.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; RODRIGUES, A. CA. R.; BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Rev. CEFAC**, v.14, n., p. 138-145, jan-fev. 2012.

MISHRA, M.; BISHEN, K.; YADAV, A. Capillary hemangioma: An occasional growth of attached gingiva. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v.16, n.4, July-Aug. p.592-597, 2012.

MOREIRA, F. C. L.; GONÇALVES, I. M. F. Dentes Natais e doença de Riga-fede. **Revista Gaúcha Odontológica**, Porto Alegre, v.58, n.2, p. 257-261, abr./jun. 2010.

MOTTA, L. F. G.; MARTINEZ, J. A.; MIRANDA, I. M. A. D.; GUEDES-PINTO, A. C. Cirurgia em Odontopediatria In: Guedes-Pinto, A.C. et al. **Reabilitação Bucal em Odontopediatria: Atendimento integral**. São Paulo: Santos, 1999. p.228-269.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2004. 798p.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Cistos do desenvolvimento. In: _____ **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier editora Ltda, 2011.

PADOVANI, M. C. R. L. **Prevalência de manifestações bucais em tecidos moles na primeira infância**. 2008 - 123p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Cruzeiro do Sul.

PANSANI, C. A.; BAUSELLS, J.; ROCCA, R. A. Psicologia e Motivação. In:

BAUSELLS, J. Odontopediatria – Procedimentos Clínicos. São Paulo, 1997.

p.27-35.

PATROCINIO, L. G.; DAMASCENO, P. G.; PATROCINIO, J. A. Mucocele maxilar em lactente de 4 meses de idade. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.74, n.3, p.479, 2008.

PAULA, J. D.; DEZAN, C. C.; FROSSARD, W. T.; WALTER, L. R.; PINTO, L. M.

Oral and facial inclusion cysts in newborns. **Journal Clin Pediatr Dent**, v.31, p.127-9. 2006.

PENIDO, C. V. S. R.; FONSECA, M. S. Cistos da cavidade bucal de recém nascidos.

JBP- Revista Ibero-americana de Odontopediatria e odontologia do bebê,

Curitiba, v.6, n.34, p.526-531, 2003.

PINTO, L. A. M. S.; BAUSELLS, J. Lesões da Mucosa Bucal. . In: **BAUSELLS, J.**

Odontopediatria – Procedimentos Clínicos. São Paulo, 1997. p.181-187.

PINTO, A.; SOARES, D.; SEABRA, M.; MACHO, V.; ANDRADE, D. O que o Médico pediatra deve saber sobre patologias dos tecidos moles orais na população pediátrica. **Acta Pediatr Port**, v.40, n.1, p.15-21, 2009.

PIZÁN, M. E. D. Diastema médio interincisal y su relación con el frenillo labial

superior: uma revisão. **Revista Estomatológica Herediana**, Peru, v.14, n.1-2, p.95-100, 2004.

PORTELLA, Wilson. **Incidência da Língua Geográfica em Crianças na Faixa**

Etária de 6 a 12 Anos de Idade. 1983. 26p. Tese (mestrado em Odontologia) –

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PURICELLI, E.; PONZONI, D. Cirurgia bucal pediátrica. In: TOLEDO, O. A. **Odonto**

Pediatria- Fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Editorial Premier, 2005.

p.321-329.

REZENDE, K. M, P. C.; ZOLLNER, M. S. A. C. SANTOS, M. R. N. Avaliação da erupção dentária decídua em bebês considerados de risco. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.10, n.1, p.61-65, jan./abr. 2010.

RICHTER, G. T.; FRIEDMAN A. B. Hemangiomas and Vascular Malformations: Current Theory and Management. **International Journal of Pediatrics**, v.2012, p.1-10, 2012.

SAKAI, V. T.; OLIVEIRA, T. M.; SILVA, T. C.; MORETTI, A. B. S.; SANTOS, C. F.; MACHADO, M. A. A. M. Complete spontaneous regression of congenital epulis in a baby by 8 months of age. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.17, p.309–312, 2007.

SANTOS, F. F. C. Prevalência de alterações orais congênitas e de bebês de 0 a 6 anos. *Rev. Odonto ciênc*, v.24, p.77-80, julho/nov. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/index> acessado em junho de 2013.

SCHMITT, B. H. E.; GUZZI, S. H.; DAMO, M. N.; ARAÚJO, S. M.; FARIAS, M. M. A. G. Características da Cavidade Oral de Bebês Recém-Nascidos, Blumenau/SC. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.12, n. 1, p.89-92, jan./mar. 2012.

SANTOS, F. F. C.; PINHO, J. R. O.; LIBÉRIO, S. A.; CRUZ, M. C. F. N. Prevalências de alterações orais congênitas e de desenvolvimento em bebês de 0 a 6 meses. **Revista Odonto Ciência** [da] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, v.24, n.1, p.77-80, 2009.

SHAFFER, W. G.; HINE, M.K.; LEVY, B. M.; TOMICH, C.E. **Tratado de Patologia Bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1987. 837p.

SILVA, F. M.; ANDRADE, F. B.; PORTOLAN, M.; FIGUEIREDO, P. J. Hemangioma. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins [da] Universidade Metodista de Piracicaba**, v.12, n.1e2, p.57-59, jan./dez. 2000.

SOARES, A. B.; AZENHA, M. R.; CAVALIERI-PEREIRA, L.; VALARELLI, T.P.; CAPELARI, M. M.; MARZOLA, C.; TOLEDO-FILHO, J. L. Nódulo de Bohn ou Pérolas de Epstein na mandíbula- relato de caso. **Revista de Odontologia [da] Academia Tiradentes de Odontologia**, p.66-70, 2007.

SONIS, A. Doenças de boca e manifestações orais de doenças sistêmicas. In: PINKHAM, J.R. **Odontopediatria: da infância à adolescência**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

SOUZA, É. M. C.; GONDIM, J. O.; SALLES, D. S. L.; GIRO, E. M. A. Cisto de erupção: características clínicas e abordagem terapêutica. **Revista de Odontologia da UNESP- Faculdade de Odontologia de Araraquara**, v.36, 2007.

STUANI, A. S.; STUANI, A. S.; SILVA, F. W. G. P.; STUANI, M. B. S.; VALÉRIO, R. A.; QUEIROZ, A. M. Mucocelos: lesões frequentes na cavidade bucal de crianças. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, São Paulo, v.32, n.4, p.288-292, 2010.

TEIXEIRA, M. Controle de infecção cruzada. In: Corrêa M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo, 2001, p.593-597.

THORP, M. A.; WALL, de J. P.; PRESCOTT, C. A. J. Extreme microglossia. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** of University of Cape Town, v.67, p.473-477, South Africa, 2002.

TOLENTINO, E. S.; TOLENTINO, L. S.; IWAKI, L. C. V.; FARAH, G. J.; FILHO, L. I. Rânula mergulhante: relato de caso clínico. **Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco**, v.9, n.3, p.267-269, jul/set. 2010.

TUJI, F. M.; BRAGANÇA, T. A.; RODRIGUES, C. F.; PINTO, D. P. S. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou

palato em hospital de atendimento público. **Revista Paraense de Medicina**, v.23, n.2, abr./ jun. 2009.

URIZAR. J. M. A. Candidiasis Orales. **Revista Iberoamericana de Micologia**, v.19, p.17-21, 2002.

UTUMI, E. R.; ZAMBON, C. E.; PEDRON, I. G.; MACHADO, G. G.; ROCHA, A. C. Recidiva de Cisto Dermóide Congênito de localização Paramediana. **Hospital das Clínicas [da] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, v.14, n.3, p.368-372, jul./ago./set.

VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: Corrêa, M. S. N. P. **Condições patológicas da cavidade bucal na infância**. São Paulo, 2001. P.613-625.

VAZ, P. R. M.; VIEIRA, F. F. R.; SILVEIRA, R. G.; MIASATO, J. M. Alterações mais frequentes no bebê: relato de dois casos de cistos de inclusão. **Revista de Odontologia [da] Universidade Cidade de São Paulo**, v.22, n.2, p.174-177, mai./ago. 2010.

VICENTE, A. O.; CHAVES, A. G.; TAKAHASHI, E. N.; AKAKI, F.; SAMPAIO, A. A.; MATSUYAMA, C. Mucocele frontoetmoidal: relato de casos e revisão de literatura. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.70, n.6, p.80-854, nov./dez. 2004.

VILLENA, R. S.; CORRÊA, M. S. N. Características do sistema estomatognático: Algumas anomalias no recém-nascido In: CORRÊA, M. S. N. **Odontopediatria na primeira infância**: São Paulo: Santos, Capítulo IX, 1998.

WALTER, L. R. F; FERELLE, A.; ISSAO, M. Necessidades Odontológicas Congênitas e de desenvolvimento. In: _____ **Odontologia para o Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, Capítulo IV, 1996.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Alteração congênita e alteração adquirida. Disponível em:< <http://pt.wikipedia.org/wiki/>> acesso em julho de 2013.

WOLFORD, L. M.; COTTRELL, D. A. Diagnosis of macroglossia and indications for reduction glossectomy. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthoprdics**, v.110, n.2, p.170-177, Aug. 1996.

ZORZETTO, D. L. G.; MARZOLA, C.; TOLEDO-FILHO, J. L.; AZENHA, M. R.; CAVALIERI-PEREIRA, L.; SILVA-ROSA, L. P. *tratamento cirúrgico das rânulas pela técnica da marsupialização*. **Revista da Academia Tiradentes de Odontologia**, p.316-322, 2008.