

Doença de Riga-Fede: relato de dois casos - um conservador e outro radical

Recebido em: out/2013

Aprovado em: mar/2014

*Jorge Sá Elias Nogueira - Mestrando -
Professor do Centro Universitário do Pará
e da ABO-PA*

*Antonio José Gil Gonçalves Filho -
Acadêmico do curso de Odontologia do
Centro Universitário do Pará*

*Larissa Barbosa Moda - Acadêmica
do curso de Odontologia do Centro
Universitário do Pará*

*Roberta Pimentel de Oliveira -
Acadêmica do curso de Odontologia do
Centro Universitário do Pará*

*Termo de consentimento livre e esclarecido
assinado pelos responsáveis e enviado
à Revista*

Autor de correspondência:

Jorge Sá Elias Nogueira

Av. Nazaré, 286 - Jardim São Luiz Casa 83

Nazaré - Belém - PA

66035-170

Brasil

jorgenogueira@superig.com.br

*Riga-Fede disease: double case report - a conservative and
other radical*

RESUMO

A lesão de Riga-Fede é uma ulceração traumática na superfície ventral da língua comumente associada a dentes natais ou neonatais. Esta lesão pode resultar em uma inadequada sucção do leite e alimentação, colocando o recém-nascido em risco de deficiências nutricionais. Nestas circunstâncias, intervenções dentais devem ser feitas com tratamento conservador (suavização da borda incisal) ou radical (exodontia). A decisão pelo tratamento radical é feita na presença de debilidade nutricional causada pela dificuldade de amamentação, em casos de mobilidade dentária avançada, rizogênese em estado inicial e diante de lesões com maiores extensões. O atual trabalho visa discutir dois casos com diferentes tratamentos, um conservador em que o paciente apresentava 28 dias de vida, discreto comprometimento na alimentação e não estava perdendo peso; e outro radical, em que o paciente apresentava 6 dias de vida, dificuldade na alimentação e perda de peso.

Descritores: língua; lactente; odontopediatria

ABSTRACT

Riga-Fede disease is a traumatic ulceration on the ventral region of the tongue, usually associated with natal or neonatal teeth. This lesion can result in an inappropriate milk suction and feeding, leading the newborn in risk of inadequate nutrients intake. Under this circumstances, dental intervention must be done as a conservative treatment (smoothing off the incisors edges) or radical (extraction). Decision for the radical treatment is taken due the presence of nutritional deficiency by breastfeeding difficulty, in cases of advanced dental mobility, teeth with initial rhizogenesis and larger lesions. The main objective of the present study is discuss two cases with different treatments, a conservative over a patient with 28 days of life, quiet deficiency feeding and no weight loss. And other radical, on a 6 days life patient with inappropriate feeding and and weight loss.

Descriptors: tongue; infant; pediatric dentistry

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A lesão de Riga-Fede é uma ulceração traumática no ventre lingual que pode interferir na adequada sucção do leite e alimentação, podendo causar irritabilidade, choro intermitente, perda de peso, deficiência no desenvolvimento craniofacial, interferência no sistema imunológico e no crescimento, devendo ser diagnosticada e tratada precocemente.

INTRODUÇÃO

A atenção precoce ao bebê é extremamente necessária, pois a cavidade bucal durante a infância é caracterizada por diversos fenômenos que constituem respostas fisiológicas ou, ao contrário, alterações de desenvolvimento e até patogenias.¹

A irrupção dentária é um processo fisiológico normal, que se inicia por volta dos seis meses de vida com a irrupção dos incisivos centrais inferiores decíduos. Entretanto, periodicamente, são relatados casos nos quais recém-nascidos apresentam elementos dentários parcial ou completamente irrompidos.^{2,3} Estes elementos são classificados como "dentes natais", presentes na cavidade bucal já ao nascimento, e como "dentes neonatais", quando irrompem na cavidade bucal até o trigésimo dia de vida.⁴⁻⁶

A lesão de Riga-Fede é uma ulceração traumática na superfície ventral da língua comumente associada a dentes natais ou neonatais.^{7,8} A lesão é tipicamente benigna e progride devido ao trauma repetitivo,^{7,9-11} podendo aumentar gerando uma massa fibrosa com aparência de granuloma ulcerativo.¹⁰ Isto pode interferir na adequada sucção do leite e alimentação, colocando o recém-nascido em risco de deficiências nutricionais,¹² muitas vezes levando ao consumo precoce de alimentos complementares que não suprem as necessidades nutricionais desta faixa etária, na qual a velocidade de crescimento é elevada, tornando os lactentes mais vulneráveis tanto à desnutrição quanto a deficiência de certos micronutrientes,¹³ sendo assim, a alimentação deve ser o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, ficando a partir deste período indicada a introdução de alimentos complementares, e promover a manutenção da amamentação até os dois anos ou mais.¹⁴⁻¹⁶

A criança pode apresentar irritabilidade, choro intermitente, comprometimento do sono, perda de peso, deficiência no desenvolvimento craniofacial proporcionado pelos movimentos da sucção, interferência no sistema imunológico e no crescimento pela falta de anticorpos e nutrientes presentes no leite materno,^{17,18} nestas circunstâncias, intervenções dentais devem ser feitas, procedendo-se o tratamento conservador ou radical com o objetivo de remover a causa do trauma,^{9,10} com isso espera-se a regressão da lesão e o retorno da correta alimentação, que levam a um desenvolvimento necessário nesta época da vida.

O atual trabalho tem como objetivo mostrar a ocorrência de "dentes natais" associados à doença de Riga-Fede, suas implicações clínicas e discutir dois casos com diferentes abordagens de tratamento, um conservador e outro radical, pois é de grande importância o diagnóstico precoce e um plano de tratamento para uma intervenção segura e cautelosa diante da doença de Riga-Fede.

RELATO DE CASO

CASO 1 – Paciente gênero feminino, 28 dias de vida, procurou a Clínica de Urgência Odontológica do Cesupa, em março de 2011, com relato pela mãe de presença de dois dentes irrompidos (Figura 1) desde o nascimento, causando lesão no ventre lingual (Figura 2). Além disso, a mãe relatou dificuldade na alimentação, choro e irritabilidade.

Os dentes foram radiografados, concluindo-se o diagnóstico de dentes decíduos 71 e 81 (Figura 3), e procedido o tratamento conservador: suavização da borda incisal com brocas de baixa granu-

lometria nº 2135 (KG Sorensen) em alta rotação (Figura 4) e discos Sof-Lex (3M ESPE) de diferentes abrasividades para dar lisura e acabamento (Figura 5), e aplicação de Verniz Fluoretado para minimizar os danos causados pelo desgaste em estruturas dentárias (Figura 6).

Após os procedimentos, o paciente foi liberado e prescrito higienização da lesão com cotonete e água, e anestésico tópico (Lidocaína gel a 2%) se necessário antes da alimentação.

Dois dias depois, a criança retornou para consulta de controle apresentando regressão da lesão (Figura 7). A mãe relatou que não foi necessário o uso de anestésico tópico, pois a criança já conseguia alimentar-se melhor sem chorar.

Depois, o paciente retornou apenas para consultas de controle até total regressão e cicatrização da lesão (Figuras 8 e 9).



FIGURA 1
Aspecto clínico inicial com presença de dentes natais



FIGURA 2
Lesão Ulcerativa no Ventre Lingual



FIGURA 3
Radiografia periapical confirmando dentes natais



FIGURA 4
Redução da borda incisal com broca diamantada



FIGURA 7
Aspecto clínico mostrando regressão da lesão (após 2 dias)



FIGURA 5
Lisura das bordas com discos abrasivos



FIGURA 8
Controle - 10 dias após



FIGURA 6
Aplicação de verniz fluoretado



FIGURA 9
Aspecto final - 155 dias após

CASO 2 – Paciente gênero feminino, 6 dias de vida, procurou atendimento na Clínica de Urgência Odontológica do Cesupa, em setembro de 2008, com queixa de lesão no ventre da língua provocada por elemento dentário. A mãe relatou presença de dente ao nascimento (Figura 10), dificuldade na alimentação, choro, irritabilidade, dificuldade para dormir e perda de peso. Concomitante, a mãe apresentava lesões na mama devido ao trauma durante a amamentação. O dente foi radiografado, constatando tratar-se de dente decíduo 71.

O planejamento radical do elemento 71 fundamentou-se pela

dificuldade na alimentação e perda de peso. O ato cirúrgico foi planejado com 0,66ml de Lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, pela técnica anestésica Intraligamentar, exodontia (Figura 11), sutura e aleitamento materno imediatamente após o ato cirúrgico. A paciente retornou para consultas de controle, em que já foi possível notar regressão da lesão cinco dias após o procedimento (Figura 12).

Após 2 anos e 5 meses de controle clínico intraoral (Figura 13) e radiográfico (Figura 14) percebe-se desvio no eixo de erupção dos elementos 31 e 41, sugerindo futuro problema oclusal devido a perda precoce.



FIGURA 10
Aspecto clínico inicial com seis dias de vida

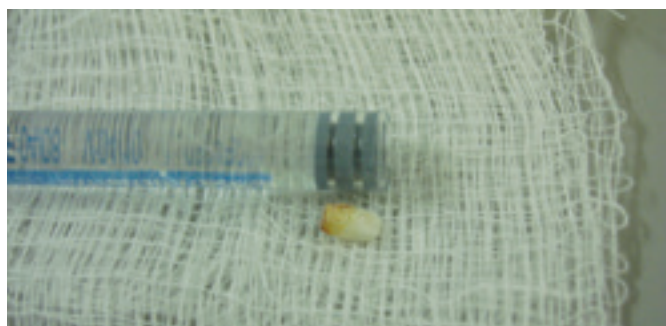


FIGURA 11
Peça cirúrgica - Elemento 71



FIGURA 12
Aspecto clínico cinco dias após (melhora da lesão)



FIGURA 13
Visão intraoral em dois anos e cinco meses

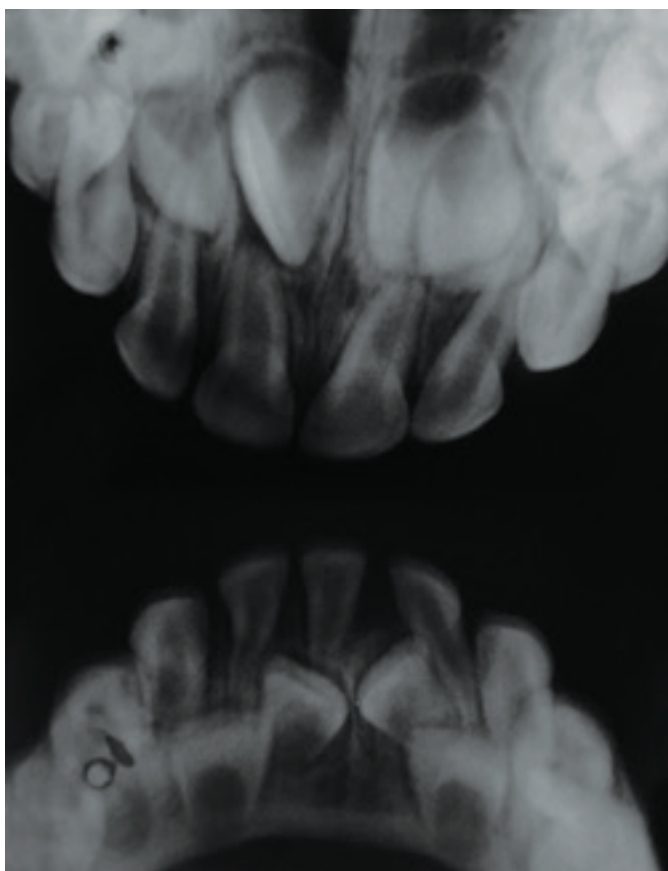


FIGURA 14
Radiografia oclusal de controle após dois anos e cinco meses

DISCUSSÃO

Pode-se considerar uma divergência de opiniões relacionadas às condutas dos profissionais diante do quadro clínico de dente natal, além da ansiedade dos pais diante deste tipo de distúrbio. Assim, torna-se necessário primeiramente acalmá-los e apresentar-lhes as alternativas de tratamento,¹⁹ sendo importante a intervenção precoce do Odontopediatra ou do Cirurgião-Dentista clínico, para aliviar a dor e proporcionar conforto à criança e à mãe durante a alimentação.

Distintas prevalências são encontradas na literatura especializada quando se relaciona ao gênero. Sousa *et al.* (2011)⁸ relatam maior prevalência em crianças do gênero feminino, contrastando com estudos que mostram maior número de casos no gênero masculino,¹⁰ ou até mesmo uma equivalência da prevalência entre os gêneros.¹¹

Torna-se importante destacar o conhecimento do médico pediatra sobre este distúrbio de erupção, que por serem os profissionais da área de saúde a ter contato com a criança desde o nascimento, são fundamentais no reconhecimento de dentes natais e neonatais, devendo encaminhar o paciente ao Odontopediatra para que a conduta terapêutica mais adequada seja instituída precocemente.²⁰⁻²³

O estabelecimento do plano de tratamento é uma decisão sempre desafiadora, pois manter ou não o dente na cavidade oral deve levar em consideração alguns fatores, tais como o grau de implantação óssea analisado pelo exame radiográfico, grau de mobilidade ao exame clínico, problemas durante a sucção, interferência na amamentação, possibilidade de lesão traumática, a dentição à qual o dente pertence,²⁴ possibilidade de intervenção terapêutica²⁵ e ainda, a decisão por um tratamento radical quando se tratar de dente supranumerário.²⁶

Com base nos critérios estabelecidos, optou-se pela exodontia no caso 2, pois a paciente apresentava dificuldade durante a sucção,

poucos dias de vida e perda de peso alarmante, sendo necessária uma resolução imediata que levasse ao retorno na alimentação e, consequentemente, ganho de peso, para um correto desenvolvimento. Entretanto, Pedersen *et al.* (1978)²⁷ constataram que a perda precoce de dentes decíduos resulta em aumento da frequência de maloclusão sagital, vertical e transversal, constatando também, que diante da gravidade dos casos, as extrações na mandíbula repercutem na necessidade de tratamentos ortodônticos mais prolongados.

Os mantenedores de espaço são dispositivos ortodônticos que substituem um ou mais dentes e têm sido utilizados para preservar o espaço destinado ao elemento dentário permanente sucessor, sem que este se torne impactado ou sofra desvios durante sua irrupção.²⁸ Porém, em casos de pacientes recém-nascidos com presença de dentes natais ou neonatais com indicação de exodontia, em que estes são os únicos elementos presentes na cavidade oral, torna-se impossível a instalação de aparelhos ortodônticos. Portanto, deve-se instruir apropriadamente os responsáveis sobre um acompanhamento profissional adequado para a correta preservação durante a irrupção dos demais elementos dentários, evitando ou interceptando o possível desenvolvimento de uma má oclusão.

Uma questão fundamental a ser considerada pelo Cirurgião-Dentista está relacionada à sintomatologia transoperatória. Uma vez fundamentado o conhecimento da percepção dolorosa pelos pacientes pediátricos, faz-se necessária preocupação com a analgesia. Entre todas as medidas possíveis para o combate a dor, as não farmacológicas devem ser observadas, como a solicitação para o aleitamento materno pré e pós-cirúrgico, sucção não-nutritiva, colo e sacarose.²⁹ Segundo Gaspardo *et al.* (2005)²⁹, o efeito analgésico

promovido pela sacarose foi observado pelas alterações nas respostas comportamentais de atividade facial e choro dos neonatos, e no decréscimo da frequência cardíaca durante procedimentos dolorosos.

Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil,¹⁷⁻¹⁸ sendo assim, uma vez prejudicada pelo desconforto que a lesão causa durante a sucção, o tratamento precoce torna-se indispensável.

CONCLUSÃO

-Dentes natais ou neonatais supranumerários quando relacionados à doença de Riga-Fede devem ser extraídos;

-Dentes com mobilidade acentuada e/ou sem implantação óssea devem ser extraídos;

-Bordas incisais são arredondadas e polidas para manutenção de dentes natais e neonatais quando com boa implantação óssea;

-Não se deve negligenciar perda de peso em neonatos;

-O tratamento visa à cicatrização da lesão, retorno da alimentação e ganho de peso;

-Em caso de exodontia, o acompanhamento é indispensável para evitar ou interceptar possíveis más oclusões;

APLICAÇÃO CLÍNICA

Importância no diagnóstico e no planejamento clínico em Odontopediatria.

REFERÊNCIAS

1. Coser RM, Flório FM, Melo BP, Quaglio JM. Características clínicas do cisto de erupção. RGO - Rev Gaúcha Odontol 2004;52(3):180-3.
2. Cavalcanti AL, Vieira A, Lins BAP, Valença AMG. Dentes natais: revisão da literatura e relato de caso. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004;7(39):422-25.
3. Diniz MB, Gondim JO, Pansani CA, Abreu e Lima FCB. A importância da interação entre odontopediatras e pediatras no manejo de dentes natais e neonatais. Rev Paul Pediatr 2008;26(1):64-9.
4. Galassi MS, Faustino NJC, Santos-Pinto L dos, Ramalho LT de O, Scannavino FLF. Natal teeth associated to eruption cysts. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2006;9(49):178-82.
5. Adekoya-Sofovora CA. Natal and neonatal teeth: a review. Niger Postgrad Med J 2008;15(1):38-41.
6. Leung AK, Robson WR. Natal teeth: a review. J Natl Med Assoc 2006;98(2):226-8.
7. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. Clin and Exp Dermatol 2009 Mar; 34(2): 186-8.
8. Souza ACRA, Normandia CS, Melo LT, Alvarenga RL, Souza LN. Dientes neonatales: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Avances em Odontostomatología 2011;27(5):253-8.
9. Hedge RJ. Sublingual traumatic ulceration due to neonatal teeth. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2005;23:51-52.
10. Van der Meij EH, de Vries TW, Eggink HF, de Visscher JGAM. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. Italian Journal of Pediatrics 2012;38(20):1-5.
11. Costacurta M, Maturio P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. Oral Et Implanology 2012;5(1):26-30.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento Científico de Nutrologia 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Monte CMG, Muniz HF, Dantas Filho S. Promoção da nutrição de crianças menores de 5 anos no dia a dia da comunidade. Vitória, Ed do Autor, 2001.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, 2002.
16. Sarni,RS. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. Temas de nutrição em pediatria do Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004.
17. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2008;13(1):103-9.
18. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cadernos de Saúde Pública 2008;24:S235-S246.
19. Sevalho ML, Hanan AS, Filho AOA, Medina PO. Dentes Natais - relato de caso clínico. ConScientia e Saúde 2011;10(1):160-165.
20. Silva CM, Ramos MM, Carrara CF, Dalben GS. Oral characteristics of newborns. J Dent Child 2008;75:4-6.
21. Almeida MLPW, Damasceno LM, Portela MB, Primo LG. Dente natal: fator de risco para o desenvolvimento de cárie em bebês. Rev Paul Pediatr 2001;19(4):202-6.
22. Sabás M, Pascual DM, Furelos MPP. Dientes natales y neonatales. Ver Asoc Odontol Argent 2001;89(5):491-4.
23. Moreira FCL, Gonçalves IMF. Dentes natais e doença de Riga-Fede. Rev Gaúcha Odontol 2010;58(2):257-61.
24. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. Pediatr Dent 2001;23:158-62.
25. Bedi R, Yan SW. The prevalence and clinical management of natal teeth: a study in Hong Kong. Pediatr Dent 1990;6(2):85-90.
26. Graillon N, Dumont N, Guyot L. Riga-Fede disease: Traumatic ulceration of the tongue in an infant. Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale 2013;114(2):113-115.
27. Pedersen J, Stensgaard K, Melsen B. Prevalence of malocclusion in relation to premature loss of primary teeth. Community Dent Oral Epidemiol 1978;6(4):204-209.
28. Diniz MB, Silva RC, Zuanon ACC. Perda dental precoce e manutenção de espaço na dentadura decídua - Relato de um caso clínico. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2005;8(44):376-381.
29. Gaspardo CM, Linhares MBM, Martinez FE. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. Jornal de Pediatria 2005;81(6):435-442.