

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR DA DOENÇA DE RIGA-FEDE EM RECÉM-NASCIDO: Relato de caso

Vanessa Ferreira Ribeiro<sup>1</sup>, Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro<sup>2</sup>, Keuly Souza Soares<sup>3</sup>, Gimol Resende Prestes<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas – Manaus, Amazonas, AM, Brasil

<sup>2</sup> Professora Mestre do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas – Manaus, Amazonas, AM, Brasil

<sup>3</sup> Professora Especialista do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas – Manaus, Amazonas, AM, Brasil

<sup>4</sup> Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas – Manaus, Amazonas, AM, Brasil

## Endereço correspondência

Vanessa Ferreira Ribeiro  
Rua Mar de Java, 20 – Educandos  
69070-300 - Manaus, Amazonas  
vfr.92@hotmail.com

Recebido em 25 de Janeiro (2019) | Aceito em 20 de julho (2019)

## RESUMO

A Doença de Riga-Fede (DRF) é uma lesão caracterizada por ulceração crônica, geralmente localizada em região de ventre lingual. Os dentes natais são aqueles que estão presentes ao nascimento e os neonatais são aqueles que erupcionam até o trigésimo dia de vida. O surgimento precoce desses elementos na boca do recém-nascido pode causar um trauma lingual no momento da alimentação formando o que é chamada de DRF. O objetivo deste estudo é apresentar um relato de caso clínico sobre a DRF em uma criança recém-nascida hospitalizada no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas – ICAM, descrever a patologia, a conduta clínica e o tratamento odontológico realizado. A criança encontrava-se hospitalizada, apresentado muito choro e irritabilidade ao tentar se alimentar. Então, o pediatra solicitou a presença do cirurgião dentista. Ao exame clínico foi encontrado uma lesão ulcerativa em dorso de língua e também a presença de um elemento neonatal semi-erupcionado. O caso foi diagnosticado como DRF e o tratamento proposto foi a exodontia do elemento. Assim concluímos que a presença do cirurgião dentista em ambiente hospitalar compoendo a equipe multidisciplinar pode trazer melhorias para pacientes internados e que o tratamento proposto para esse caso foi eficiente para a resolução da DRF, proporcionando na criança melhoria na alimentação, na irritabilidade e na qualidade de vida, tendo o mesmo recebido alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Riga-Fede. Recém-nascido. Odontologia Hospitalar. Dentes neonatais. Dentes natais.

## ABSTRACT

Riga-Fede Disease (RFD) is a lesion characterized by chronic ulceration, usually located in the region of the lingual belly. Natal teeth are those that are present at birth and neonatal are those that erupt until the first month of life. The early appearance of these elements in the mouth of the newborn can cause a lingual trauma at the moment of feeding forming what is called RFD. The objective of this study is to present a clinical case report on RFD in a newborn child hospitalized at the Children's Health Institute of Amazonas - ICAM, to describe the pathology, clinical management and dental treatment performed. The child was hospitalized, very crying and irritable when trying to feed. Then, the pediatrician requested the presence of the dental surgeon. Clinically, an ulcerative lesion on the ventral surface of the tongue was observed and a semi-erupted neonatal teeth. The case was diagnosed as RFD and the treatment proposed was the extraction of the neonatal teeth. Thus, we concluded that the presence of the dentist in a hospital environment composing the multiprofessional team can bring improvements to hospitalized patients and the proposed treatment for this case was efficient, providing in the child improvement in feed, irritability and quality of life, having received the same hospital discharge.

**Keyword:** Riga-Fede. Newborn. Hospital Dentistry. Natal and Neonatal teeth

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença de Riga-Fede (DRF) é uma condição de caráter benigno que acomete crianças lactentes [1,2]. É caracterizada como uma ulceração crônica na mucosa oral [3] causada pelo trauma persistente de um dente [4]. Sua localização, na maioria das vezes, encontra-se na

região ventral da língua [5,6], podendo acometer outras regiões como mucosa jugal, palato, dorso da língua, lábio e gengiva [7,8]. Esta doença foi relatada pela primeira vez em 1881 por um médico italiano chamado Antonio Riga. E mais tarde em 1890, Francesco Fede notificou os primeiros estudos histológicos, logo foi intitulada Doença de Riga-Fede. [9]

A DRF está intimamente associada com a presença de dentes natais ou neonatais [10,11]. Os dentes mais envolvidos nessa patologia são os incisivos mandibulares [12,13], seguidos por incisivos centrais superiores, caninos e molars [14]. Com relação a sua etiologia, é de causa desconhecida, podendo estar ou não associada a hereditariedade [15] ou estar relacionada com alguma síndrome ou anomalia [16].

Essa patologia é classificada como precoce ou tardia: A precoce ocorre até os seis meses de idade e é provocada pelo trauma dos dentes natais ou neonatais; e a tardia que acontece com o surgimento da primeira dentição decídua por volta dos seis meses de idade e pode estar ligada a distúrbios neurológicos [17]. Clinicamente a DRF se apresenta como uma lesão ulcerativa bem delimitada com bordas elevadas e endurecidas, presença de exsudato, área cruenta e placa branca coalescente [18,19].

Os dentes natais são elementos presentes ao nascimento na cavidade oral da criança e os neonatais são aqueles que erupcionam até o trigésimo dia de vida. Essa classificação se deu pela primeira vez em 1950 por Massler e Savara [20] e é o que vigora até os dias atuais.

Clinicamente os dentes natais e neonatais podem ser de tamanhos e formas diferentes, com presença de hipoplasia do esmalte, coloração amarelo-amarronzada, podendo estes se apresentarem cônicos, pequenos e até mesmo com tamanho aproximado a um dente normal. O desenvolvimento radicular é quase inexistente, estando o elemento muitas das vezes implantado somente na mucosa [21-23].

A presença precoce desses elementos na boca pode causar preocupação para a mãe e desconforto tanto para a mãe quanto para a criança [24]. O contato constante da borda incisal desse elemento na mucosa faz com que ocorra a formação de uma úlcera na mucosa, mais frequente em ventre lingual [25,26]. Esta lesão pode resultar em uma inadequada sucção do leite e alimentação, colocando o recém-nascido em risco de deficiências nutricionais [27,28].

Os tratamentos para a DRF dividem-se basicamente em dois: desgaste da borda incisal e acompanhamento quando esse elemento não tem grande mobilidade e faz parte da dentição decídua normal [29], ou exodontia do elemento quando esse dente tem grande grau de mobilidade, podendo ser aspirado e quando está causando injúria para a criança e/ou genitora [30-32].

Portanto, é de suma importância que ocorra a percepção precoce da presença de dentes natais ou neonatais na cavidade oral das crianças, permitindo assim um planejamento melhor da conduta e/ou tratamento, além de demonstrar a importância da integração do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar [33].

O presente estudo tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico sobre a DRF em uma criança recém-nascida hospitalizada no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas – ICAM, descrever a patologia, a conduta clínica e o tratamento odontológico realizado.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente T.V.S.P., 1 mês de idade, gênero masculino, foi levado ao ICAM por sua responsável (mãe) com queixa de que a criança “chorava muito ao tentar mamar”. Em virtude da criança sentir grande incômodo ao tentar se alimentar, a pediatra solicitou a presença do cirurgião dentista. Na anamnese a mãe relatou que alguns dias após o nascimento começou a surgir um dente na cavidade oral da criança, mas que esse não foi o seu motivo de ter procurado ajuda médica. A genitora expôs que procurou o ICAM porque o bebê não conseguia se alimentar e conseqüentemente apresentava irritabilidade, choro e dificuldade para dormir.

Realizou-se, então o exame clínico intra-oral onde foi possível detectar a presença de uma úlcera de bordas endurecidas e área cruenta medindo aproximadamente 0,6mm x 0,5mm na região de ventre da língua (Figura 1).



**Figura 1: Lesão ulcerativa em região de ventre lingual causada pelo trauma dental com bordas endurecidas e área cruenta caracterizando a Doença de Riga-Fede.**

Observou-se também a presença de um dente neonatal na região de incisivos inferiores (Figura 3).



**Figura 2: Dente neonatal em região de incisivos inferiores com parte da borda incisal erupcionada.**

O mesmo possuía uma coroa bem pequena, somente com o terço incisal erupcionado, onde foi notado uma coloração violácea, fato justificado pela mãe que alegou ter utilizado solução de violeta genciana na tentativa de amenizar o desconforto do seu filho. Ao realizar o teste de mobilidade, o dente apresentou grande mobilidade evidenciando uma isquemia na mucosa que indicava a pequena extensão da raiz, havendo o risco de aspiração do mesmo pelo bebê. Como o paciente estava hospitalizado, não houve a possibilidade de realização de radiografia perapical. Propôs-se assim a exodontia do elemento, fundamentado na comprovação de que o dente estava com muita mobilidade, causando a úlcera e consequente dificuldade e desconforto para o recém-nascido se alimentar. O ato cirúrgico foi planejado com 0,5ml de Cloridrato de Prilocaína 3% + Felipressina 0,03 UI/ml pela técnica anestésica infiltrativa terminal (Figura 3), descolamento do tecido com espátula 7, seguido de exodontia (Figura 4).



**Figura 3: Técnica anestésica infiltrativa terminal.**



**Figura 4: Aspecto do rebordo após a remoção do dente.**

O elemento removido apresentou uma coroa pequena com coloração amarela-amarronzada e crescimento radicular praticamente inexistente. No pós-operatório a mãe foi orientada a higienizar a área com solução de Digluconato de Clorexidina 0,12%, 1x ao dia. Sete dias após a cirurgia, a consulta de preservação foi realizada onde verificou-se a completa cicatrização da úlcera e o conforto do paciente ao se alimentar. Por fim, foram passadas para a mãe orientações sobre a higiene oral do recém-nascido.

### 3. DISCUSSÃO

Os dentes natais são aqueles que já estão presentes ao nascimento e os neonatais são aqueles que erupcio-

nam até o trigésimo dia de vida [34]. Corroborando com a literatura, a mãe observou o aparecimento do elemento alguns dias após o nascimento reiterando com as características de um dente neonatal.

A região mais comum de aparecimento de dentes natais e neonatais é a região de incisivos inferiores, mas também há relatos desses elementos em região de incisivos superiores, caninos e molares de ambos os arcos [35,36]. Dados compatíveis com o caso descrito é de um dente neonatal em região de incisivos mandibulares ratificando a literatura.

Alguns estudos mostram uma proporção de 3:1 da relação mulher-homem para esses elementos. Já outros estudos dizem que as diferenças não são tão significativas [35,36]. Divergindo das referências o presente estudo relata a presença de um dente neonatal em um recém-nascido do gênero masculino. Clinicamente esses elementos geralmente apresentam coroa pequena, cônica, presença de hipoplasia do esmalte e coloração amarelo-marrom [37], condizendo com o caso descrito.

Com relação ao desenvolvimento da raiz, geralmente é pouco desenvolvida ou até ausente [38] semelhante ao nosso relato. O exame radiográfico é de grande importância para o diagnóstico correto desses elementos. A radiografia comprova se o elemento faz parte da dentição decídua normal ou se é supranumerário [39]. No caso em questão, em virtude do paciente se encontrar hospitalizado não houve a possibilidade da realização deste exame e também o alto grau de mobilidade demonstrou uma isquemia na mucosa que evidenciava uma raiz muito curta e pouco desenvolvida, que nos possibilitou dispensar assim o exame radiográfico.

Nesse relato o recém-nascido apresentou uma úlcera em região de ventre lingual que tinha como causa o trauma dentário proveniente do dente neonatal em região de incisivos mandibulares. O paciente apresentava desconforto ao tentar se alimentar. O mesmo tinha irritabilidade, choro e dificuldade para dormir. A literatura afirma que a presença precoce desses dentes na cavidade oral pode causar uma ulceração traumática estando mais comumente localizada em região de ventre de lingual, confirmando a DRF [40] e sendo condizente com o caso em questão.

O tratamento escolhido nesse relato foi a exodontia do elemento, pois o mesmo estava causando ulceração na língua e dor na hora da amamentação. O dente também apresentava grande mobilidade podendo ser aspirado acidentalmente pela criança [41]. Segundo a litera-

tura existem basicamente dois protocolos para casos de DRF. Pode ser feito exodontia ou somente regularização do bordo incisal e acompanhamento. A exodontia é eleita quando o dente causa lesões, apresenta mobilidade e é um elemento supranumerário [42]. As características do caso em questão coincidem com os requisitos para a realização do protocolo de exodontia do elemento. O tratamento conservador é escolhido quando o elemento tem boa implantação, faz parte da dentição normal decídua e não causa trauma na mucosa da criança. O caso clínico estudado contraria realização de um protocolo conservador.

## 4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento da DRF, bem como a sua prevalência e repercussão no quadro geral de saúde do paciente é importante para que seja realizado o diagnóstico e o tratamento adequado. A presença do cirurgião dentista em ambiente hospitalar compoando a equipe multidisciplinar pode trazer melhorias para os pacientes internados. Por fim, podemos concluir que o tratamento proposto para esse caso foi eficiente para a resolução da DRF em região de ventre lingual de paciente recém-nascido hospitalizado, proporcionando melhoria na alimentação, na irritabilidade e na qualidade de vida, tendo o mesmo recebido alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- [1] Costacurta M, Maturro P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. *Oral Implantol (Rome)*. 2012; 5:26–30.
- [2] Neville WB, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- [3] Van der Meij E, de Vries T, Eggink HF, de Visscher JGAM. Traumatic lingual ulceration in a new born: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr*. 2012; 38:20. <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-38-20>.
- [4] Campos-Muñoz L, Quesada-Cortés A, Corral-de la Calle M, Arranz-Sánchez D, Gonzalez-Beato MJ, de Lucas R, et al. Tongue ulcer in a child: Riga-Fede disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; 20:1357-9, v7.
- [5] 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.
- [6] Souza ACRA, Normandia CS, Melo LT, Alvarenga RL, Souza LN. Dientes neonatales: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Avances em Odontoestomatología* 2011;27(5):253-8.

- [7] Guzman A, Mendonça G. Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. *Dermatología Pediátrica Latinoamericana*. 2005;3:1812-9048.
- [8] Joseph BK, BairavaSundaram D. Oral traumatic granuloma: report of a case and review of literature. *Dent Traumatol*. 2010;26:94-7.
- [9] Kumari A, Singh PK. Diagnosis of Riga-Fede Disease. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2019; 86(2):191.
- [10] Díaz ES et. al. Enfermedad de Riga-Fede. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(6):389-90.
- [11] Correa K, Barrionuevo L. Resolución de úlcera sublingual en paciente con parálisis cerebral: informe de un caso. *Rehabil. integral* 2017; 12 (1): 8-12.
- [12] Bedi R, Yan SW. The prevalence and clinical management of natal teeth: a study in Hong Kong. *J Pediatr Dent*. 1990;6:85-90.
- [13] Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): Reports of cases. *J Dent Child*. 1996;63(5):362-4.
- [14] Danelon M, Emerenciano NG, Garcia LG et al. Natal teeth associated with Riga-Fede ulcer: case report. *Arch Health Invest*. 2017; 6(4): 177-180.
- [15] Janini MER, Ferreira DC, Matheus W. Doença de Riga-Fede: relato de dois casos clínicos. *FONF Ciências*. 2003;3(2):13-6.
- [16] Senanayake MP, Karunaratne I. Persistent lingual ulceration (Riga-Fede disease) in an infant with Down Syndrome and natal teeth: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2014; 8:283
- [17] Domingues-Cruz J, Herrera A, Fernandez-Crehuet P, Garcia-Bravo B, Camacho FR. Riga-Fede disease associated with postanoxic encephalopathy and trisomy 21: a proposed classification. *Pediatr Dermatol* 2007; 24: 663-665.
- [18] Watt-Smith SR, Karen AE, Watt-Smith PA. Deformity of the tongue in a infant: Riga-Fede disease. *Pediatric Child Health*. 2008;15:1751-7222.
- [19] Ekinci AP, Kobaner GB. Early-onset and persistent traumatic granuloma of the tongue (Riga-Fede disease) associated with neonatal teeth and Down syndrome. *European Academy of Dermatology and Venereology – JEADV*. 2018.
- [20] Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of twenty-four cases reported in the literature. *J Pediatr*. 1950;36:349-59.
- [21] Galassi MS, Santos-Pinto L, Ramalho LT. Natal maxillary primary molars: case report. *J Clin Pediatr Dent* 2004;29:41-44.
- [22] Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2009;13(1):42-6.
- [23] Silva DC, Freitas PM, Calvo AFB et al. Treatment of Riga-Fede disease using laser therapy: clinical case report. *RGO, Rev Gaúch Odontol*, Porto Alegre, v.65, n.1, p. 87-91, jan./mar., 2017.
- [24] Moreira FCL, Gonçalves IMF. Dentes natais e doença de Riga-Fede *RGO - Rev Gaúcha Odontol*, Porto Alegre 2010 abr/jun ;58(2):257-61.
- [25] Hayes PA. Hamartomas eruption cyst, natal tooth and Epstein pearls in a newborn. *ASDC J Dent Child*. 2000;67(5):365-8.
- [26] Leung AK, Robson WR. Natal teeth: a review. *J Natl Med Assoc*. 2006;98(2):226-8.
- [27] Kuhl S, Schulze RKW, Hansen T, Muller-Hermelink HK, Hans-Ullrich V. Granuloma Riga-Fede (eosinophile traumatic ulcerative granuloma): A variant of a mono-clonal CD30+ lymphoproliferative disorder. *Journal Oral Maxillofacial Pathology*. 2008;12:1998-393X.
- [28] Basavanthappa NN, Kagathur U, Bassavanthappa RN, Survaprakash ST. Natal end neonatal teeth: a retrospective study of 15 cases. *European Journal of Dentistry*. 2011;15:1305-7464.
- [29] Jariwala D, Graham RM, Lewis T. Riga-Fede disease. *British Dental Journal*. 2008;204:0007-0610.
- [30] Slayton RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *American Academy of Pediatric*. 2000;22:2002-2017.
- [31] TerziogluA, Bingul F, Aslan G. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Journal Oral Maxillofacial Surgery*. 2002;60:0272-2391.
- [32] Machuca G, Rodríguez S, Vargas MP, Suárez C, Bullón P. Management of Riga-Fede disease: a case report. *Journal of Disability and Oral Health*. 2007;8:1470-8558.
- [33] Bertotti M. Levantamento de dentes natais e neonatais em pacientes atendidos na Unidade de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Estudo Retrospectivo. [Dissertação de Mestrado em Clínica Odontológica/Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
- [34] Uzamis M, Olmez S, Ozturk H, Celik H. Clinical and ultrastructural study of natal and neonatal teeth. *J Clin Pediatr Dent*. 1999; 23(3):173-7. 2.
- [35] Wang CH, Lin YT, Lin YTJ. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *J Formos Med Assoc*. 2017;116(3):193-6. doi: 10.1016/j.jfma.2016.03.009.
- [36] Triches TC et al. Natal and neonatal teeth: two clinical cases report. *Rev Gaúch Odontol*. 2018; 66(1):101-105.
- [37] Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001;23(2):158-62.
- [38] Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: A systematic review of prevalence and management. *Eur J Paediatr Dent*. 2013; 14 (1): 27-32.
- [39] Rafael NC, Sierra CG, Andrade MSR. Manejo de los dientes natales y neonatales. *Reporte de dos casos. Revista ADM* 2016; 73 (2): 92-95.
- [40] Júnior BAS, Lábio RO, Junior RLCA et al. Úlcera traumática lingual numa criança (doença de Riga-Fede): relato de caso e revisão da literatura. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. 2011;13(14): 137-142.
- [41] Bjuggren G. Premature eruption in the primary denti-

tion-a clinical and radiological study. *Sven Tandlak Tidskr.* 1973; 66 (4): 343-355.

- [42] Shrestha UD. Postoperative follow-up challenge in paediatric cataract surgery in Nepal. *Journal of Nepal Paediatric Society.* 2011; 31 (3): 198-201.