

DENTES NATAIS E NEONATAIS: REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fernando Duarte

Médico Dentista
Mestre em Cirurgia Oral e Maxilofacial pelo Eastman Dental Institute – Universidade de Londres
Estudante de Doutoramento – Universidade de Londres
Assistente de Cirurgia Oral no I.S.C.S.-N.
Assistente Hospitalar do Serviço de Estomatologia / Medicina Dentária no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

Ana Sousa

Estudante do 6º ano do curso de Medicina Dentária no I.S.C.S.-N.

Fernando Figueira

Médico Estomatologista
Regente de Morfologia Oral no I.S.C.S.-N.
Regente da Disciplina de Clínica Integrada no I.S.C.S.-N.
Director de Serviço de Estomatologia / Medicina Dentária no Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

RESUMO

Os dentes natais e neonatais têm sido objecto de curiosidade e estudo desde a antiguidade. São referenciados como eventos raros que poderão intervir na normal cronologia de erupção dentária.

O objectivo deste artigo é apresentar uma revisão da literatura evidenciando clínica e histologicamente os aspectos morfo-dentários mais relevantes assim como a descrição de um caso clínico que ocorreu no serviço de Estomatologia/Medicina Dentária do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães.

ABSTRACT

The study of natal and neonatal teeth has generated much interest through the years. This is a rare condition that may interfere with the chronology of normal tooth eruption.

The purpose of this paper is to present a literature review which focuses on the clinical and histological aspects of a natal tooth in an infant seen at the dental department at Senhora da Oliveira Hospital – Guimarães.

PALAVRAS-CHAVE

Dentes natais, neonatais.

KEY-WORDS

Natal, neonatal teeth.

INTRODUÇÃO

A erupção dentária segue uma cronologia que depende de pequenas variações de acordo com a hereditariedade, factores endócrinos e factores adestrutos ao desenvolvimento da criança. Contudo, a cronologia de erupção dos dentes pode sofrer alteração, existindo relatos de casos nos quais recém-nascidos apresentam dentes completamente erupcionados.^{8,11,14,29}

Vários termos têm sido usados na literatura para definir os dentes que erupcionam antes do tempo adequado, nomeadamente: dentes congénitos, fetais, pré-decíduos e dentitia praecox.¹¹

Segundo a definição de Massler e Savara²², tendo como referência o tempo de erupção dos dentes, dentes natais são definidos como aqueles que se observam na cavidade oral ao nascimento, enquanto que dentes neonatais são os que erupcionam durante os primeiros 30 dias de vida.

REVISÃO HISTÓRICA

Os dentes natais e neonatais têm sido objecto de curiosidade e estudo desde a antiguidade,

estando associados a superstição, "maus presságios" e folclore.^{11,29}

Titus Livius em 59 a.c., considerou os dentes natais como uma predição de eventos desastrosos; Caius Plinius Secundus em 23 a.c., acreditava num esplêndido futuro para as crianças do sexo masculino com dentes natais, enquanto o mesmo fenómeno nas crianças do sexo feminino seria sinal de mau presságio. Em muitas tribos de África as crianças que nasciam com dentes eram assassinadas ao nascimento, pois na crença popular era sinal de infortúnio para todos os que entrassem em contacto com elas. A presença de dentes ao nascimento era considerada um mau augúrio para as crianças das famílias chinesas, pois previam a morte de um dos pais. Em Inglaterra, a crença era que os bebés que nasciam com dentes iriam ser soldados famosos, enquanto que em França e Itália acreditavam que esta condição iria garantir a conquista do mundo.^{2,5,11,29}

Figuras históricas como Zoroastro, Hannibal, Luís XIV, Mazarin, Richelieu, Mirabeau, Ricardo III e Napoleão parecem ter nascido com dentes.^{11,29}

PREVALÊNCIA

A ocorrência deste evento é um fenómeno relativamente raro e os casos descritos na literatura estão sumarizados na tabela 1. É importante não esquecer que a variação dos diferentes estudos depende das populações estudadas e dos métodos utilizados em cada um dos mesmos.

Os dentes natais são mais frequentes do que os neonatais numa proporção de 3:1. A explicação deste fenómeno, parece residir no facto de que a maior parte das vezes mãe e filho recebem alta hospitalar logo após o nascimento e por isso, muitos dentes neonatais podem não estar documentados. Raramente, uma criança exibirá ambos os tipos de dentes. A maioria dos estudos indicam que não existe diferença significativa na prevalência entre homens e mulheres, embora alguns autores afirmem que as mulheres parecem ser mais afectadas.^{9,18,21}

A alta incidência de uma história familiar positiva de dentes natais e neonatais tem sido descrita com uma frequência de 8 a 46%.¹⁹

Uma alta prevalência de dentes natais e neonatais foi observada em fendas palatinas unilaterais (2,02%) e bilaterais (10%) quando em comparação com grupos sem fendas palatinas.^{7,19}

Segundo o estudo de Bodenhoff⁵ os dentes que aparecem mais frequentemente são os

incisivos inferiores (85%), o que pode ter como explicação, serem estes os primeiros dentes a erupcionarem na cavidade oral. Seguidos dos incisivos superiores (11%), depois os caninos inferiores e/ou molares inferiores (3%) e por último os caninos superiores e/ou molares superiores (1%).

De acordo com Zhu a presença de dentes natais ou neonatais molares é muito rara, dos 20 casos de molares natais relatados somente 6 deles eram molares inferiores²⁹. Os dentes encontravam-se aos pares em 38-76%, na maior parte dos casos estava-se perante dentição primária e somente em 1-10% eram dentes supranumerários.²⁹

ETIOLOGIA

A presença de dentes natais e neonatais é um distúrbio da cronologia biológica, cuja etiologia é desconhecida¹¹. Ao longo dos anos foram sugeridos como causas de erupção prematura os seguintes factores: posição superficial do gérmen; infecção ou malnutrição; transmissão hereditária do gene autossómico dominante; actividade osteoblástica localizada na área onde se encontra o gérmen; estímulo hormonal; trauma; estados febris; sífilis e hipovitaminose, todavia não foi provada cabalmente uma relação causa-efeito em nenhum deles.^{11,29}

A teoria mais aceite actualmente é a posição superficial do gérmen associada com o factor hereditariedade. Boyd e Miles⁶ tentaram demonstrar através de secções anatómicas e radiográficas de mandíbulas fetais que os primeiros incisivos centrais erupcionados estavam localizados não no alvéolo, mas sim numa cavidade superficial do osso alveolar. De salientar que esta condição nem sempre se verifica; podendo no entanto estar relacionada com factores hereditários.

Os dentes natais e neonatais podem ser considerados uma característica familiar numa frequência de 8 a 62%^{18,29}. Holt e McIntosh¹⁶ descreveram uma família em que ocorreram dentes natais em membros de três gerações sucessivas, Hyatt¹⁷ descreveu uma família em que cinco irmãos nasceram com dentes erupcionados.

A evidência da contribuição genética nota-se na associação de dentes natais e neonatais com síndromes multissistémicas e anomalias de desenvolvimento. Por outro lado, a maior parte dos dentes erupcionados prematuramente ocorrem em crianças normais com ou sem história familiar.

Categoria 4: mucosa saliente com o dente não erupcionado, mas palpável.

De acordo com To²⁸ os dentes natais nas categorias 1 e 2, com um grau de mobilidade superior a 2 mm têm indicação para exodontia.

Além do aspecto anômalo, é frequente encontrar grande mobilidade, perda espontânea ou esfoliação fácil com edema gengival, inflamação e algumas áreas sangrantes.^{3,25}

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Estudos histológicos demonstraram que a maior parte das coroas dos dentes natais e neonatais são constituídas por esmalte hipoplásico com vários graus de severidade, ausência da formação da raiz, polpa ampla e vascularizada, irregular formação da dentina, falta de formação de cemento e bainha de Hertwig.²¹

A dentina pode apresentar grandes espaços interglobulares com estruturas semelhantes a osteodentina e arranjos atípicos dos túbulos dentinários. A dentina situada cervicalmente apresenta alterações mais acentuadas e em alguns casos os túbulos dentinários podem estar completamente ausentes.²¹

O esmalte hipoplásico quando exposto ao ambiente oral torna-se amarelo-acastanhado e a sua deterioração aumenta progressivamente em função da extensão de exposição.²¹

Friend¹³ num estudo histológico de um dente natal molar, sugeriu que a alteração detectada na amelogenese estava relacionada com a exposição prematura do dente na cavidade oral, o que resultava em alteração metaplásica do epitélio da camada de esmalte em configuração estratificada escamosa.

Este aspecto escamoso do esmalte foi observado num estudo de Bigeard e colaboradores⁴ com o objectivo de especificar as características do esmalte e dentina de um dente natal usando um microscópio electrónico de varrimento. Neste estudo, na dentina não se identificaram diferenças significativas quando comparada com os dentes normais da primeira dentição.

DIAGNÓSTICO

Torna-se necessário o uso dos resultados clínicos e radiográficos, de forma a determinar se o dente corresponde á dentição normal, ou se, se trata de um supranumerário.

Outras manifestações orais que podem ser confundidas com o fenómeno dental em questão

são os quistos da lâmina dental e os nódulos de Bohn. Ambos são diferenciáveis dos dentes natais e neonatais através do exame radiográfico.

O diagnóstico é muito importante para a manutenção dos dentes natais e neonatais na dentição permanente, pois a perda prematura de um dente primário pode causar perda de espaço e provocar um colapso do desenvolvimento do arco mandibular com possíveis consequências na oclusão.

COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO

Na exodontia de dentes natais e neonatais deverão ser considerados os seguintes factores: implantação e grau de mobilidade do dente; dificuldades no aleitamento com possíveis lesões traumáticas e o tipo de dente (permanente e/ou supranumerário).^{4,11,20,24}

A manutenção de um dente da dentição normal é a primeira solução de tratamento, a não ser que este interfira com a amamentação ou tenha uma mobilidade tal que exista o perigo de ser aspirado.^{11,20,24}

Apesar de descrito na literatura, a possibilidade de aspiração destes dentes, é praticamente inexistente já que até à presente data não foi descrito qualquer caso; contudo, Bigeard e colaboradores⁴ descreveram um caso de um bebé de 28 dias a quem subitamente desapareceu o dente natal. Os autores suspeitaram que o dente tivesse sido deglutido, facto este que indica a possibilidade de aspiração.

A forma pontiaguda da face incisal do dente pode causar uma ulceração na superfície ventral da língua (doença de Riga-Fede), o que pode resultar na recusa do recém-nascido em se alimentar com consequências nefastas para o seu desenvolvimento saudável. Adicionalmente, o dente erupcionado pode causar laceração no mamilo da mãe, tratando-se no entanto de uma possibilidade mais especulativa do que real, pois normalmente a língua interpõe-se durante o aleitamento. No entanto, a síndrome de Riga-Fede não é uma condição absoluta para se proceder à exodontia, existem soluções mais conservadoras como: alizamento das superfícies incisais dos dentes, colocação de compósito de forma a recriar uma face incisal lisa sem mamilões de esmalte, recobrimento do dente com um adesivo e modificação da forma de aleitamento. Estes dentes mostram sinais evidentes de hipomineralização, para além de serem superfícies muito limitadas o que pode dificultar o isolamento necessário para a colocação das resinas de compósito. Se a restauração falhar existe também

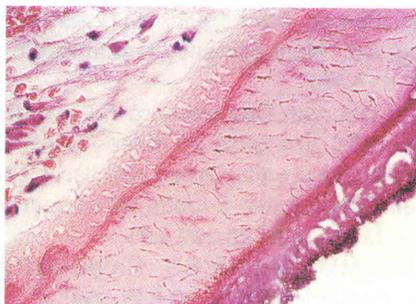


Fig. 5 - Pormenor das células da camada odontoblástica



Fig. 6 - Camada de dentina em pormenor



Fig. 7 - Esmalte. Coloração pelo método Von Kossa para mostrar o cálcio

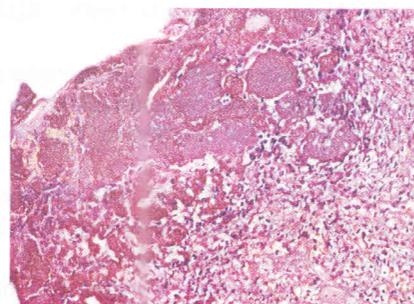


Fig. 8 - Material amorfo em área da superfície do tecido de granulação susceptível de ser cimento

CONCLUSÕES

Como conclusões deste artigo podemos aferir que:

1. Os dentes natais e neonatais são raros eventos na cavidade oral.
2. A decisão de manter ou extrair os dentes natais ou neonatais, deve ser avaliada caso a caso, tendo sempre presente o conhecimento científico, o senso comum clínico e a opinião dos pais que devem ser devidamente informados sobre todos os aspectos que envolvem esta situação.
3. O exame radiográfico é essencial para o diagnóstico entre dentes supranumerários ou dentes da primeira dentição. Quando são dentes supranumerários devem ser extraídos. Os dentes da dentição normal quando considerados maturos devem ser preservados em condições saudáveis no aparelho estomatognático do recém-nascido.
4. Quando se procede à extracção, está protocolado administrar Vitamina K (0.5-1.0 mg intramuscular) para prevenir o risco de hemorragia associado com hipoprotrombinemia frequentemente presente nos recém-nascidos.
5. É fundamental efectuar um exame dentário periódico rigoroso assim como fornecer informação clara e precisa aos progenitores e familiares sobre os cuidados de higiene oral

- diária e o uso de complementos fluoretados.
6. É consensual na literatura que a etiologia dos dentes natais e neonatais requer estudos mais aprofundados.

AGRADECIMENTO

Os autores gostariam de demonstrar a sua gratidão para com o serviço de Neonatologia do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães pela colaboração neste caso clínico.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida CM, Gomide MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate - Craniofacial J* 1996; 33(4):297-299.
2. Allwright WC. Natal and neonatal teeth. *Br Dent J* 1958; 105:163-172.
3. Berman DS, Silverstone LM. Natal and neonatal teeth: a clinical and histological study. *Br Dent J* 1975; 139:361-364.
4. Bigeard L, Hemmerle J, Sommermater JI. Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: Enamel

Das síndromes mais frequentes destacam-se: displasia condroectodérmica ou Síndrome de Ellis-van Creveld, Síndrome Hallermann-Streiff, Síndrome Pachyonychia congénita, Síndrome Sotos e Fendas palatinas. Com menos frequência estão: Displasia cranio-facial, Síndrome Meckel-Gruber, Síndrome Pallister-Hall, Citocistoma múltiplo, Síndrome Pierre Robin, Síndrome da costela curta com ou sem polidactilia, Hipocalcémia associada a raquitismo e Síndrome adrenogenital com deficiência da enzima 18-hidroxiase.^{1,7}

Algumas crianças podem apresentar uma manifestação localizada da síndrome, podendo ser atribuída a factores ambientais. Existem registos no Japão e Taiwan de epidemias provocadas pela contaminação de óleos da cozinha com cloroacne (policlorinato bifeníl); as crianças expostas ao nascimento, entre outros sintomas apresentavam dentes neonatais.

Segundo Fauconner e Gerald¹² convém distinguir entre “erupção precoce” que ocorre devido a alterações no sistema endócrino, e “erupção prematura” que é um fenómeno patológico com formação de um dente incompleto com esfoliação num curto período de tempo. Esta estrutura, designada “folículo expulsivo de Capdepont” pode resultar de trauma na margem alveolar durante o parto, resultando numa úlcera que pode servir como via de entrada do folículo dental através do canal gubernacular, causando perda prematura do dente.

De acordo com Costa¹⁰, a “erupção precoce” em crianças com dentes com poucos dias de idade tem sido confundida com um processo patológico descrito por Capdepont sob o nome de foliculite expulsiva. Segundo este autor, a infecção do folículo afecta o gubernaculum dentis, causando phelegmasia e turgidez dos tecidos foliculares, esta infecção pode ser causada por um factor exógeno como trauma causado pela introdução de um dos dedos do obstetra na boca do bebé durante a manobra de Moriceau (processo de desalojamento da cabeça do feto retida na cavidade pélvica).

A distinção entre a verdadeira “erupção precoce” e foliculite expulsiva tem sido baseada nas seguintes características:

- verdadeira “erupção precoce”: a erupção do dente é observada com a integridade da mucosa gengival;
- foliculite expulsiva: a rápida erupção do dente (2 a 3 mm/dia) é acompanhada de mobilidade, turgidez e inflamação da gengiva na zona eruptiva;

Tabela 1. Prevalência dos dentes natais e neonatais adaptado de Almeida e Gomide¹

Autores	Prevalência	N.º de crianças
Magitot, 1876	1:6000	17.578
Puech, 1876	1:30000	60.000
Ballantyne, 1897	1:6000	17.578
Massler e Savara, 1950	1:2000	6.000
Allwright, 1958	1:3408	6.817
Bodenhoff, 1959	1:3000	–
Wong, 1962	1:3000	–
Bodenhoff e Gorlin, 1963	1:3000	–
Mayhall, 1967	1:1125	90
Chow, 1980	1:2000 a 3500	–
Anderson, 1982	1:8000	–
Kates e colaboradores, 1984	1:3667	7.155
Leung, 1986	1:3392	50.892
Bedi e Yan, 1990	1:1442	–
Rusmah, 1991	1:2325	9.600
To, 1991	1:1118	53.678
Almeida e Gomide, 1996	1:21.6	1.019

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os dentes natais e neonatais assemelham-se aos dentes decíduos normais, mas em muitos casos o seu desenvolvimento é deficiente, tornando os dentes pequenos, cónicos, amarelados com esmalte e dentina hipoplásicos e com pouca ou total falta de desenvolvimento radicular.

Spouge e Feasby²⁷ reconheceram a necessidade de classificar estes dentes baseando-se nas características clínicas. Assim existem dentes maduros, quando apresentam a coroa completamente desenvolvida e são comparáveis morfológicamente com a dentição decídua, e imaturos quando a sua estrutura e desenvolvimento estão incompletos.

O termo maduro sugere que o dente está bem desenvolvido quando comparado com o remanescente da dentição decídua o que se reverte num bom prognóstico. Em contraste, o termo imaturo está relacionado com uma estrutura incompleta e implica um prognóstico menos favorável para o dente em questão.

Segundo Hebling¹⁵ a aparência de cada dente natal pode ser classificada em 4 categorias:

Categoria 1: coroa com estrutura de concha, fracamente aderida ao alvéolo pela mucosa oral e sem raiz;

Categoria 2: coroa sólida fracamente aderida ao alvéolo pela mucosa com pouca ou nenhuma raiz;

Categoria 3: porção incisal da coroa erupcionada na mucosa oral;

o perigo real de ser deglutida; para além destes factores, é ainda necessário não esquecer a pouca colaboração do paciente.²⁶

A exodontia de dentes natais e neonatais pode deixar remanescentes odontogénicos, pelo que se torna necessário assegurar que todos os restos da papila dental assim como restos da bainha epitelial de Hertwig sejam totalmente removidos efectuando uma curetagem cuidadosa. Caso contrário, existe a possibilidade de restos celulares se desenvolverem *in situ* e aparecerem estruturas atípicas parecidas com dentes associadas a abscessos.^{21,23}

Na possibilidade de se optar por tratamentos conservadores é importante prevenir as cáries dentárias controlando a placa bacteriana e efectuando aplicações periódicas de flúor.

CASO CLÍNICO

No Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães nasceu uma criança por parto cesariana, do sexo masculino, raça caucasiana, com 32 semanas de gestação, pesando 1.760 kg e apresentando pé boto bilateral e um dente natal.

Dado o elevado grau de mobilidade e deficiente implantação do dente, e estando em presença de uma situação clínica enquadrável na categoria 1 de Hebling tomou-se a decisão de extrair a peça dentária.²⁸

Após a aplicação de anestesia tópica, procedeu-se à exodontia do dente. A peça dentária saiu em duas partes: uma parte correspondente

à coroa do dente sem apresentar raiz e outra parte constituída por um capuz mucoso que corresponderia à porção pulpar.

De seguida, analisou-se cuidadosamente o alvéolo para verificar que nenhum remanescente odontogénico ficava na loca cirurgica. As peças extraídas foram enviadas para o laboratório de anatomia patológica para execução do exame histológico. O relatório da anatomia patológica referiu que se tratava de uma peça com características de tecido de granulação, apresentando na superfície, exsudado fibrino-leucocitário. Nas áreas com este exsudado, notou-se algum material amorfo, finamente granular. A estrutura dentária onde se identificou tecido conjuntivo compatível com polpa dentária, estrutura com características de dentina e, em continuidade com esta, estrutura calcificada compatível com esmalte. Em algumas áreas da superfície da estrutura identificada como esmalte, existe material amorfo, idêntico ao observado no tecido de granulação, e que sugere cimento. A camada de odontoblastos não é aparente no que se refere à individualização das células, o que pode sugerir uma possível necrose.

Como conclusão, observou-se que a estrutura dentária não reproduz a anatomia perfeita de um dente e o facto das células odontoblásticas não estarem bem definidas, suscita interrogação sobre a vitalidade da peça dentária.

O pós-operatório do prematuro decorreu sem complicações, encontrando-se neste momento bem.

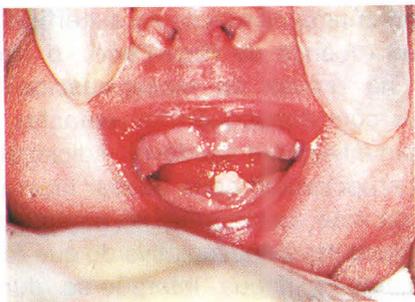


Fig. 1 - Aspecto clínico pré-operatório



Fig. 2 - Aspecto clínico pós-operatório

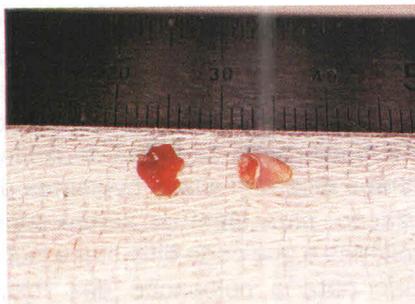


Fig. 3 - Aspecto da peça dentária

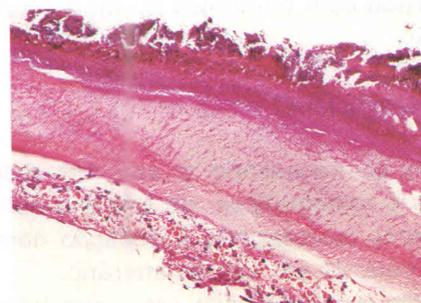


Fig. 4 - Estrutura dentária com polpa, dentina e, na superfície, pequena camada de esmalte

- and dentin assessments. *J Dent Child* 1996; 63:23-31.
5. Bodenhoff J, Gorlin RJ. Natal and neonatal teeth: folklore and fact. *Pediatr* 1963; 32:1087-1093.
 6. Body JD, Miles AE. Erupted teeth in ciclops foetus. *Br Dent J* 1951; 91:173.
 7. Braham RL. Natal and neonatal teeth. *Pediatr Dent J* 1995; 5:105-116.
 8. Buchanan S, Jenkins CJ. Riga-Fedes syndrome: Natal or neonatal teeth associated with tongue ulceration - Case Report. *Austral Dent J* 1997; 42(4):225-227.
 9. Chow MH. Natal and neonatal teeth. *JADA* 1980; 100:215-216.
 10. Costa CA. Odontopediatria na prevenção de possíveis distúrbios dento-maxilo-faciais. In: *Odontopediatria*, 3th ed. Rio de Janeiro: Coelho Branco F, p.104, 1952.
 11. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent* 2001; 23(2):158-162.
 12. Facounnier H, Geraldly L. Natal and neonatal teeth. *Arch Stomatol* 1953; 8:84.
 13. Friend GW, Mincer HH, Curruth KR. Natal primary molar: case report. *Pediatr Dent* 1991; 13:173-175.
 14. Gonçalves FA, Birman EG, Sugaya NN, Melo AM. Natal teeth: Review of the literature and report of an unusual case. *Braz Dent J* 1998; 9(1):53-56.
 15. Hebling J, Zuanon AC, Vianna DR. Dente natal - A case of natal teeth. *Odontol Clin* 1997; 7:37-40.
 16. Holt LE, McIntosh R: *Holt's diseases of infancy and childhood*, 2nd ed. New York: D - Appeton - Century - Crofts Company, Inc., 1940; 41.
 17. Hyatt HW. Natal teeth: its occurrence in five siblings. *Clin Pediatr* 1965; 4:46-48.
 18. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *JADA* 1984; 109:441-443.
 19. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. *Pediatr Dent* 1998; 20(7):428-429.
 20. Leung AK. Management of natal teeth. *JADA* 1987; 114:762.
 21. Lyaruu DM, van Croonenburg EJ, van Duin MA, Bervoets TJ, Wöltgens JH, Blicck-Hogervorst JM. Development of transplanted pulp tissue containing epithelial sheath into a tooth-like structure. *J Oral Pathol Med* 1999; 28:293-296.
 22. Massler MM, Savara BS. Natal and neonatal teeth. *Pediatrics* 1950; 36:349-359.
 23. Nedley MP, Stanley RT, Cohen DM. Extraction of natal and neonatal teeth can leave odontogenic remnants. *Pediatr Dent* 1995; 17(7):457.
 24. Pelsmaekers B, Loos R, Carels C, Derom C, Vlietinck R. The genetic contribution to dental maturation. *J Dent Res* 1997; 76(7):1337-1340.
 25. Rusmah M. Natal and neonatal teeth: a clinical and histological study. *J Clin Ped Dent* 1991; 15:251-253.
 26. Slayton RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga- Fede disease). *Pediatr Dent* 2000; 22(5):413-414.
 27. Spouge JD, Feasby WR. Erupted teeth in the newborn. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966; 22:198-208.
 28. To EW. A study of natal teeth in Hong Kong Chinese. *Int J Paediatr Dent* 1991; 2:73-76.
 29. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *J Dent Child* 1995; March-April:123-128.

Correspondência

Fernando Duarte
E-mail: fduarte_omfs@hotmail.com