







## Lesão amarela incomum na mucosa gengival. Uma patologia bucal pouco frequente em recém-nascidos. Relato de um caso

María Karina Machorro Espinosa<sup>1</sup> , Luis Raziél Martagón Cabrera<sup>1</sup> ,  
Fernando David Solís Cordero<sup>1</sup> , Silvia Sonia Rodríguez Arce<sup>1</sup> ,  
Atziry Nathaly Mendoza Domínguez<sup>1</sup> , María José Sánchez López<sup>1</sup> .

**Resumo:** Introdução: Os dentes natais (DN) fazem parte das anomalias pouco frequentes do desenvolvimento dentário com implicações clínicas relevantes no período neonatal. Relato de caso: Apresenta-se o caso de uma recém-nascida de 15 dias com dois DN na região do rebordo anterior inferior, cuja remoção evidenciou uma lesão gengival de coloração amarela brilhante e intensa. Embora não tenham sido realizados estudos diagnósticos complementares, foi considerada como possível etiologia uma manifestação de icterícia fisiológica neonatal. Conclusão: Este achado clínico, incomum e não descrito na literatura, destaca a necessidade de considerar a interação entre condições sistêmicas e manifestações orais.

**Palavras-chave:** Dentes Natais (DN), Icterícia Neonatal, Bilirrubina.

## Lesión amarilla inusual en mucosa gingival. Una patología bucal poco frecuente en un recién nacido. Reporte de un caso

**Resumen:** Introducción: Los dientes natales (DN) forman parte de las anomalías poco frecuentes del desarrollo dentario con implicaciones clínicas relevantes en el periodo neonatal. Reporte: Se presenta el caso de una recién nacida de 15 días con dos DN en la región de rodete anteroinferior, cuya remoción evidenció una lesión gingival de coloración amarillo brillante e intenso. Aunque no se realizaron estudios diagnósticos complementarios, se planteó como posible etiología una manifestación de ictericia fisiológica neonatal. Conclusión: Este hallazgo clínico, inusual y no descrito en la literatura, resalta la necesidad de considerar la interacción entre condiciones sistémicas y manifestaciones orales.

**Palabras clave:** Dientes Natales (DN), Ictericia Neonatal, Bilirrubina.

## Unusual yellow lesion on gingival mucosa. A rare oral pathology in a newborn. Case report.

**Abstract:** Introduction: Natal teeth (NT) are part of the rare anomalies of dental development with relevant clinical implications in the neonatal period. Case report: We present the case of a 15-day-old newborn with two DN in the anterior inferior region, whose removal revealed a bright yellow gingival lesion. Although no complementary diagnostic studies were performed, a possible etiology was suggested to be a manifestation of physiological neonatal jaundice. Conclusion: This unusual clinical finding, not described in the literature, highlights the need to consider the interaction between systemic conditions and oral manifestations.

**Key words:** Natal teeth (NT), Jaundice, Neonatal, Bilirubin.

<sup>1</sup>Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México

## Introdução

A icterícia é um conceito clínico que se aplica à coloração amarelada da pele e das mucosas causada pelo depósito de bilirrubina na corrente sanguínea, enquanto a hiperbilirrubinemia corresponde a um conceito bioquímico definido por concentrações plasmáticas de bilirrubina superiores aos valores normais<sup>1</sup>. Esse processo tem origem na degradação fisiológica da hemoglobina durante a renovação normal dos eritrócitos. Clinicamente, a icterícia se torna evidente no recém-nascido (RN) quando a bilirrubinemia ultrapassa 5 mg/dL<sup>1</sup>.

Durante a primeira semana de vida, a maioria dos RN a termo desenvolve hiperbilirrubinemia não conjugada, que se manifesta como icterícia transitória e geralmente se resolve espontaneamente em uma ou duas semanas<sup>2</sup>. Essa condição, conhecida como icterícia fisiológica ou hiperbilirrubinemia neonatal benigna, manifesta-se com maior frequência em recém-nascidos prematuros<sup>2</sup>. Sua etiopatogenia está relacionada à imaturidade hepática, à elevada produção de bilirrubina secundária à destruição de eritrócitos fetais e à capacidade limitada de excreção hepática<sup>3</sup>. Geralmente surge entre o segundo e o quinto dia de vida, atinge seu pico máximo entre o quinto e o sétimo dia e se resolve entre 10 e 15 dias<sup>4</sup>.

A bilirrubina pode se depositar não apenas na pele, mas também nas mucosas, incluindo a cavidade oral, particularmente quando há aumento da permeabilidade vascular<sup>3</sup>. Em contextos de trauma ou inflamação local, esse fenômeno pode ser acentuado, facilitando a extravasão de

pigmentos bilirrubínicos para os tecidos moles<sup>4</sup>.

Em relação às alterações dentárias neonatais, Massler e Savara descreveram, em 1950, uma das classificações mais utilizadas para dentes que irrompem prematuramente, distinguindo entre dentes natais, presentes no momento do nascimento, e dentes neonatais, aqueles que irrompem durante os primeiros 30 dias de vida<sup>5</sup>. Enquanto outros autores, como Spouge e Feasby, propuseram uma classificação baseada no grau de maturidade do dente, diferenciando entre dentes maduros, com desenvolvimento normal e melhor prognóstico, e imaturos, com desenvolvimento deficiente e menor possibilidade de retenção na cavidade oral<sup>6</sup>.

O desenvolvimento da dentição humana e a cronologia normal da erupção foram amplamente descritos, permitindo identificar essas entidades como alterações do desenvolvimento dentário<sup>7</sup>. Do ponto de vista clínico, a cavidade bucal do recém-nascido apresenta características particulares que influenciam a manifestação dessas alterações<sup>8</sup>.

Morfologicamente, os dentes natos e neonatais costumam apresentar tamanho reduzido, forma cônica e coloração branca opaca ou amarelo-marrom, com raízes pouco desenvolvidas<sup>9</sup>. Essas características foram confirmadas em múltiplas revisões clínicas e bibliográficas<sup>10</sup>. Estudos histológicos demonstraram alterações estruturais do esmalte e da dentina<sup>11</sup>.

O manejo clínico desses dentes depende tanto das características do órgão dentário quanto do estado geral do paciente. A decisão de conservá-los ou extraí-los deve basear-se em uma avaliação multifatorial<sup>12</sup>. Destaca-se a importância de individualizar o tratamento e manter uma vigilância rigorosa do recém-nascido<sup>14</sup>. Em casos selecionados, o diagnóstico precoce e o manejo oportuno permitem prevenir complicações maiores<sup>15</sup>.

Entre as complicações mais frequentes está a úlcera traumática de Riga-Fede, associada ao atrito constante do dente com a língua ou os tecidos moles<sup>16</sup>. Essa condição foi documentada como uma complicação relevante que pode interferir na alimentação e no bem-estar do recém-nascido<sup>17</sup>.

A etiologia dos DNs ainda não foi totalmente esclarecida. Foram propostos fatores como a posição superficial do germe dentário, infecções, estados febris, traumatismos, desnutrição, estimulação hormonal e exposição materna a toxinas ambientais<sup>18</sup>. Estudos recentes também têm incorporado possíveis associações genéticas e sindrômicas em alguns casos<sup>19</sup>  
<sup>20</sup>.

O presente relato de caso tem como objetivo apresentar a evolução de uma lesão de aparecimento súbito e de cor amarela localizada na gáspira inferior, secundária à remoção de um DN em um recém-nascido, com acompanhamento de um ano.

## Caso clínico

É atendida em consultório particular uma paciente do sexo feminino com 15 dias de vida extrauterina, resultado de um parto normoevolutivo a termo e sem antecedentes patológicos perinatais. Após uma anamnese exhaustiva, a mãe mencionou que a bebê nasceu com dois dentes incisivos inferiores DN, relatando que, aos 10 dias de vida, com a própria mão da criança, o incisivo central natal direito foi removido, com sangramento e apresentação de uma lesão amarelada. A mãe procurou, cinco dias após o evento, uma especialista em odontopediatria para solicitar atendimento devido à alteração de coloração observada na gengiva. Durante a avaliação inicial, considerou-se a possibilidade de que a coloração amarelada observada na borda gengival, após a perda do dente natal, correspondesse a um corpo estranho ou material alimentar retido. Para descartar essa hipótese diagnóstica, foi realizado um protocolo de exploração clínica baseado em técnicas recomendadas para a avaliação de tecidos moles em recém-nascidos. Foi realizada uma inspeção direta com iluminação frontal, removendo resíduos de leite e avaliando a superfície do tecido. A lesão apresentava uma base claramente séssil, com aproximadamente 1,5 cm de tamanho, sem bordas definidas nem elementos aderidos, e uma superfície lisa e homogênea que não correspondia ao aspecto irregular que apresentam os corpos estranhos em recém-nascidos. Posteriormente, por meio de palpação suave da borda gengival, verificou-se que a lesão apresentava consistência flutuante e não a firmeza típica de um material exógeno. A mãe refere que a condição atual não interfere na alimentação da bebê (Figura 1).



**Figura 1.** Vista intraoral inferior. Observa-se lesão no lado direito da linha média na borda gengival do recém-nascido; é evidente a coloração amarelada homogênea e intensa da lesão.



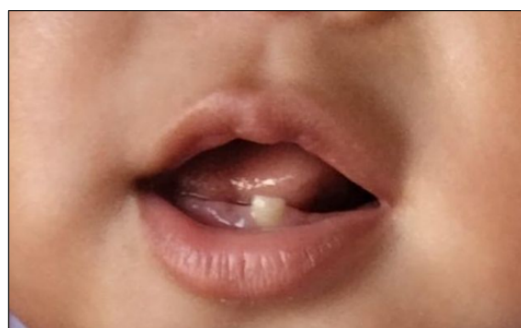
**Figura 3.** Aspecto clínico com 15 dias de evolução. Observa-se uma melhora significativa, com um aumento mínimo de volume e a mesma coloração da mucosa adjacente

Com base na análise exploratória detalhada, descarta-se a presença de um corpo estranho ou alimento como causa da alteração de cor; por isso, decide-se, em conjunto com os pais, evitar um procedimento invasivo (biópsia ou excisão) que implique novamente sangramento e realizar apenas uma abordagem conservadora, com acompanhamento da evolução da lesão. Três dias depois, a lesão involui, pois diminui de tamanho e a coloração amarelada intensa desaparece. (Figura 2). Quinze dias depois, observa-se a

borda com aspecto normal, com inflamação mínima e coloração semelhante à mucosa adjacente (Figura 3). No acompanhamento final de um ano, observa-se estabilidade das condições da mucosa, sem indícios de recidiva nem presença de hiperplasia em exames subsequentes. Vale ressaltar que se observa a ausência de um dente decíduo na zona onde o dente natal foi perdido, o que pode estar relacionado ao fato de que o dente perdido prematuramente fazia parte da fórmula dentária, uma vez que não houve a erupção posterior de nenhum dente decíduo. (Figura 4).



**Figura 2.** Aspecto clínico com 3 dias de evolução. É possível distinguir uma melhora evidente, caracterizada pelo desaparecimento da coloração amarelada intensa e por uma leve diminuição do aumento de volume no sulco gengival.



**Figura 4.** Controle clínico após 1 ano. Observa-se uma mucosa completamente estável e com coloração semelhante à da mucosa adjacente. Da mesma forma, verifica-se a ausência de um dente decíduo que poderia ter irrompido posteriormente na zona onde o dente natal foi perdido.

## Discussão

Os DN constituem uma anomalia do desenvolvimento odontológico de baixa prevalência, observada em aproximadamente 1 em cada 2.000 a 3.000 nascimentos.<sup>20</sup> Eles se apresentam no momento do nascimento e, na maioria dos casos, correspondem aos incisivos centrais inferiores. Sua presença pode gerar complicações locais, como úlceras traumáticas, interferência na amamentação ou risco de aspiração, caso apresentem mobilidade acentuada.<sup>21</sup> Quanto à icterícia neonatal, foram descritas manifestações orais pouco frequentes associadas à hiperbilirrubinemia, incluindo pigmentações mucosas<sup>21</sup>. O metabolismo da bilirrubina nos tecidos neonatais explica seu potencial depósito extravascular sob certas condições<sup>22</sup>. Da mesma forma, foram relatadas alterações cromáticas na cavidade oral de recém-nascidos com icterícia<sup>23</sup>. Estudos clínicos descreveram padrões de pigmentação amarelada ou esverdeada nos tecidos neonatais associados à hiperbilirrubinemia<sup>24</sup>. Análises histológicas confirmaram a capacidade

da bilirrubina de se depositar nos tecidos conjuntivos orais<sup>25</sup>. Esse fenômeno pode ser favorecido por trauma local, o que aumenta a permeabilidade vascular e facilita a extravasão do pigmento<sup>26</sup>.

Existem relatos de séries de casos que descrevem lesões orais transitórias em recém-nascidos com icterícia, as quais evoluem favoravelmente com a resolução do quadro sistêmico<sup>27</sup>. Também foram documentadas alterações cromáticas dentárias associadas à hiperbilirrubinemia neonatal<sup>28</sup>. No diagnóstico diferencial de lesões orais neonatais, devem ser consideradas cistos gengivais congênitos e outras entidades benignas próprias do recém-nascido<sup>29</sup>, bem como lesões inflamatórias, infecciosas ou traumáticas<sup>30</sup>.

O presente relato de caso descreve a evolução clínica de uma lesão de aparecimento súbito e coloração amarelada localizada no sulco gengival inferior, secundária à remoção de um dente natal em uma lactante de 15 dias de vida. Após a extração do dente, observou-se uma lesão de cor amarela brilhante, homogênea e bem delimitada. Não foram realizados exames complementares;

**Tabela 1.** Comparação de lesões orais com características clínicas semelhantes ao caso apresentado. São incluídas diferenças-chave em etiologia, localização e coloração para apoiar o diagnóstico diferencial.

Lesão semelhante	Descrição	Diferença em relação ao Caso	Referência
Manchas amarelas na mucosa oral	Associadas à icterícia; resolvem com fototerapia.	Resolução semelhante, mas não pós-trauma gengival.	(21)
Pigmentação verde em dentes	Depósito de bilirrubina no esmalte por hiperbilirrubinemia.	A fete tecidos duros, não gengiva; coloração verde versus amarela	(27, 31)
Cistos gengivais em recém-nascidos	Inchaço amarelado/branca na gengiva; benigna e transitória.	Congênito, não secundário a trauma; sem cor intensa.	(32,33)

no entanto, a evolução clínica foi determinante para descartar a presença de um corpo estranho, uma vez que a lesão apresentou rápida diminuição de volume e desaparecimento progressivo da pigmentação em um período de três dias, com resolução completa por volta dos quinze dias<sup>31-33</sup>.

Uma vez descartada a presença de material exógeno, procedeu-se à análise de possíveis etiologias endógenas.<sup>33</sup> A principal hipótese diagnóstica proposta é: um depósito transitório de bilirrubina secundário à icterícia fisiológica neonatal, sustentada por diversos critérios clínicos positivos (Tabela 2).

A icterícia fisiológica neonatal é um processo comum que afeta entre 60% e 80% dos recém-nascidos; surge entre o 2º e o 5º dia de vida, atinge seu pico máximo por volta do 5º ao 7º dia e geralmente se resolve entre o 10º e o 15º dia. Neste caso, a paciente de 15 dias de vida encontrava-se exatamente no período habitual de resolução, o que

torna clinicamente plausível a presença transitória de pigmentação associada à bilirrubina.<sup>33</sup>

Concordamos com a literatura pediátrica, uma vez que ela estabelece que a bilirrubina pode se depositar não apenas na pele, mas também nas mucosas, incluindo a cavidade oral, especialmente quando há um aumento da permeabilidade vascular. Esse fenômeno é favorecido pelo trauma local causado pela extração ou perda do dente natal, o que gera microhemorragias e facilita a difusão da bilirrubina para os tecidos moles. A coloração amarela brilhante, homogênea e bem delimitada observada clinicamente coincide com as características descritas para o depósito de bilirrubina nas mucosas, diferenciando-se claramente dos sinais próprios de infecção, supuração ou necrose. Por isso, mesmo sem exames complementares, a correlação entre a cronologia da icterícia, o antecedente traumático e o aspecto clínico da lesão permite sustentar uma hipótese diagnóstica razoável e fisiopatologicamente coerente.

**Tabela 2.** Critérios clínicos totalmente positivos de depósito transitório de bilirrubina secundário à icterícia fisiológica neonatal ao realizar a avaliação inicial da lesão amarelada incomum na borda gengival.

Critérios clínicos de depósito transitório de bilirrubina secundário à icterícia fisiológica neonatal	Indica Positivo/Negativo
Momento cronológico compatível com a fase de resolução da icterícia fisiológica.	Positivo
Antecedente de trauma local devido à perda do dente natal.	Positivo
Coloração amarela brilhante e homogênea, sem sinais de infecção.	Positivo
Resolução espontânea, coerente com a diminuição fisiológica da bilirrubina.	Positivo

## Conclusão

O presente caso destaca a importância do diagnóstico clínico, da exploração intraoral e da necessidade de realizar abordagens multidisciplinares. Destaca-se a relevância de integrar a avaliação odontológica ao estado sistêmico do recém-nascido, que, em alguns cenários patológicos, deverá ser acompanhado e tratado de acordo com a condição particular de cada paciente. Da mesma forma, propõe-se uma hipótese clínica fundamentada, coerente com a fisiologia neonatal e com sua estreita inter-relação com a cavidade oral.

## Conflicto de intereses

Os autores declaram não ter afiliação com nenhuma organização ou entidade financeira ou não financeira de interesse. Os pais assinaram previamente o consentimento informado para a publicação e divulgação do caso e concordam com sua publicação.

## Bibliografía

1. Rodríguez MJ, Figueras AJ. Ictericia neonatal. En: *Protocolos de Neonatología*. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. 2008;371–373.
2. Mitra S, Rennie J. Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017;78(12):699–704.
3. Maisels MJ, Watchko JF. Neonatal jaundice and kernicterus. En: Gleason CA, Juul SE, eds. *Avery's Diseases of the Newborn*. 10th ed. Elsevier; 2018:732–750.
4. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant  $\geq 35$  weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004;114(1):297–316.
5. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr*. 1950;36(3):349–359.
6. Spouge JD, Feasby WH. Erupted teeth in the newborn. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1966;22:198–208.
7. Schour I, Massler M. Development of the human dentition. *J Am Dent Assoc*. 1941;28:1153–1160.
8. Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: desarrollo, patologías y cuidados. *Perinatol Reprod Hum*. 2009;23(2):82–89.
9. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001;23(2):158–162.
10. Fierro MC, Bravo RL, Torres CF, Álvarez HC, Pérez FM. Dientes natales: revisión bibliográfica y caso clínico. *Int J Odontostomatol*. 2010;4(2):105–110.
11. Anderson RA. Natal and neonatal teeth: histologic investigation. *ASDC J Dent Child*. 1982;49:300–303.
12. Seminario AL, Ivancakovà R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica*. 2004;47:229–233.
13. Diniz MB, Gondim JO, Pansani CA, de Abreu-e-Lima FCB. Manejo odontopediátrico de dientes natales y neonatales. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26:64–69.
14. DeSeta M, Holden E, Siddik D, Bhujel N. Natal and neonatal teeth: a review and case series. *Br Dent J*. 2022;232(7):449–453.
15. Anusha Durairaj B, Gajula Shivashankarappa P, Muthukrishnan K, Saraswat Y. Natal and neonatal teeth: early diagnosis and management. *BMJ Case Rep*. 2023;16:e256249.
16. Guzmán A, Mendoza G. Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005;3(2):152–157.
17. Iandolo A, Amato A, Sangiovanni G, Argentino S, Pisano M. Riga-Fede disease: systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2021;22(4):323–331.

18. Garcia L, Martinez P. Updated etiology of natal teeth: systematic review. *J Oral Pathol Med.* 2023;52(4):301–308.
19. Lee K, Kim H. Complications of natal teeth. *Int J Pediatr Dent.* 2024;34(2):89–95.
20. Nguyen T, Tran Q. Genetic associations in dental anomalies of newborns. *Genet Med Res.* 2023;15(6):123–130.
21. Mansi A, Al Kaabi M, Al-Jundi S. Oral manifestations in neonatal hyperbilirubinemia. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(3):220–223.
22. Smith A, Jones B. Bilirubin metabolism in neonatal tissues. *J Neonatal Biol.* 2021;10(3):45–52.
23. Patel R, Kumar S. Oral manifestations of jaundice in neonates. *Pediatr Dent J.* 2022;32(1):15–20.
24. Brown C, Davis L. Pigmentation patterns in neonatal hyperbilirubinemia. *J Clin Pediatr.* 2021;45(3):78–84.
25. Taylor E, Wilson J. Histological analysis of bilirubin deposition in oral tissues. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2022;50(5):210–216.
26. Johnson M, Lee R. Trauma-induced pigment deposition in neonates. *Neonatal Clin Pract.* 2023;12(4):99–105.
27. Singh P, Gupta A. Oral lesions in neonatal jaundice: case series. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(5):300–306.
28. Adams K, Smith T. Green staining of primary teeth due to hyperbilirubinemia. *J Dent Res.* 2022;101(6):450–455.
29. Clark D, Evans M. Congenital gingival cysts in newborns. *Pediatr Dent.* 2020;42(3):200–205.
30. Harris J, Patel N. Differential diagnosis of neonatal oral lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2023;81(7):789–795.
31. Patel R, Kumar S. Oral tissue permeability in neonatal disease. *Pediatr Dent J.* 2022;32(1):15–20.
32. Brown C, Davis L. Clinical evolution of neonatal mucosal pigmentation. *J Clin Pediatr.* 2021;45(3):78–84.
33. Johnson M, Lee R. Resolution patterns of trauma-related neonatal lesions. *Neonatal Clin Pract.* 2023;12(4):99–105.

---

Recibido 30/09/25

Aceptado 04/01/26

Correspondencia: Maria Karina Machorro Espinosa, correo: mariakarina.machorro@upaep.mx