

Cistos da Cavidade Bucal de Recém-nascidos

Quistes en la Cavidad Bucal de Recién Nacidos

Cysts of the Oral Mucosa in Newborns

Cláudia Valéria de Sousa Resende Penido*
Mário Sérgio Fonseca**

Penido CV de SR, Fonseca MS. Cistos da cavidade bucal de recém-nascidos. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(34):526-31.

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre cistos gengivais e palatinos que freqüentemente acometem a cavidade bucal dos recém-nascidos, discutindo suas características clínicas, histológicas, nomenclatura, localização e diagnóstico diferencial. Embora apresentem uma alta prevalência em recém-nascidos, estas lesões desaparecem espontaneamente até os seis meses de idade, por esfoliação ou esvaziamento, o que demonstra seu caráter benigno.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos não-odontogênicos; Recém-nascido; Doenças da boca.

INTRODUÇÃO

Os cistos gengivais e palatinos são de ocorrência comum em recém-nascidos. Apesar disto, a literatura sobre esse assunto é bastante escassa e existem discrepâncias quanto à sua nomenclatura e localização (Jorgenson, 1982).

É importante ter conhecimento acerca do desenvolvimento da face e dos dentes, assim como saber as características de um cisto, para que se entenda a formação dos cistos presentes em recém-nascidos.

Cisto é definido como uma cavidade patológica, muitas vezes preenchida por material fluido ou semisólido, limitada por epitélio (Shafer, 1987). Têm sido descritos inúmeros cistos de desenvolvimento da cabeça e pescoço, sendo que alguns deles foram considerados historicamente cistos fissurais, porque acreditava-se que tinham origem no epitélio retido ao longo das linhas de fusão, na vida embrionária (Maher, Swindle, 1970).

O desenvolvimento da face é descrito classicamente em termos de formação e fusão de vários processos. Por volta da 8ª semana de vida intra-uterina (VIU), os processos palatinos aparecem acima da língua, num estreito contato, e durante a 9ª e 10ª semanas inicia-se a sua fusão, que, normalmente, completa-se no final do 4º mês de VIU (Ten Cate, 1988). É neste estágio que o epitélio pode ser apri-

Penido CV de SR, Fonseca MS. Quistes en la cavidad bucal de recién nacidos. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(34):526-31.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura sobre quistes gingivales y palatinos que frecuentemente comprometen la cavidad bucal de los recién nacidos, abordando sus características clínicas, histológicas, nomenclatura, localización y diagnóstico diferencial. Aun cuando se presenta una alta prevalencia en recién nacidos, estas lesiones desaparecen espontáneamente después de los seis meses de edad, por exfoliación o evacuación, lo que demuestra su carácter benigno.

PALABRAS CLAVE: Quistes no odontogénicos; Recién nacido; Enfermedades de la boca.

INTRODUCCIÓN

Es común que los quistes gingivales y palatinos se presenten en recién nacidos. No obstante, la literatura es bastante escasa y existen discrepancias en cuanto a su nomenclatura y localización (Jorgenson, 1982).

Es importante tener conocimiento respecto al desarrollo de la cara y de los dientes, así como acerca de las características de un quiste, para entender la formación de aquellos presentes en los recién nacidos.

Quiste se define como una cavidad patológica limitada por epitelio, la cual frecuentemente se encuentra ocupada por un fluido o un semisólido, (Shafer, 1987). Se han descrito numerosos quistes de desarrollo de cabeza y cuello, algunos de los cuales se han considerado históricamente quistes fisurales, porque se creía que se originaban en el epitelio retenido a lo largo de las líneas de fusión, en la vida embrionaria (Maher, Swindle, 1970).

El desarrollo de la cara clásicamente se describe en términos de formación y fusión de varios procesos. Alrededor de la 8ª semana de vida intra uterina (VIU), los procesos palatinos aparecen sobre la lengua, en estrecho contacto, y durante la 9ª y 10ª semana se inicia su fusión, la misma que normalmente se completa al final del 4º mes de VIU (Ten Cate, 1988). En este estado el epitelio se puede aprisionar entre las líneas de fusión, produciéndose inclusiones epiteliales

*Professora Doutora do Curso de Mestrado em Odontopediatria – PUC Minas Gerais, Professora da Faculdade de Odontologia de Itaúna; Praça Dr. Augusto Gonçalves, 146/605, Centro – CEP 35680-054, Itaúna, MG; e-mail: scpenido@uai.com.br

**Aluno do Curso de Mestrado em Odontopediatria – PUC Minas Gerais, Professor das Faculdades de Odontologia – PUC Minas Gerais e Itaúna; e-mail: msodonto@ig.com.br

sionado entre as linhas de fusão, produzindo inclusões epiteliais (Monteleone, McLellan, 1964). Por volta da 6ª semana de VIU, aproximadamente, aparece a lâmina dentária como uma fina camada na margem lateral do estomodeu. Ela se forma devido a uma proliferação das células basais mais rápida que a das células adjacentes, o que leva à formação de uma faixa de epitélio ao longo da linha externa do futuro arco dentário. Na lâmina dentária, a atividade proliferativa contínua e localizada leva à formação de uma série de invaginações epiteliais dentro do ectomesênquima, em locais que correspondem às posições dos futuros dentes decíduos. Desta época em diante, o desenvolvimento do dente prosseguirá em três estágios: fase do botão, fase do capuz e fase de campânula, que são descritivos da morfologia do germe dentário em desenvolvimento. Durante a fase de campânula, a lâmina dentária que liga o germe do dente ao epitélio bucal desagra-se em pequenas ilhas de células epiteliais, separando, desta forma, o dente em desenvolvimento do epitélio bucal. A fragmentação da lâmina dentária resulta na formação de pequenos grupos de células epiteliais que normalmente se degeneram e são reabsorvidos (Ten Cate, 1988). Os cistos da lâmina dentária derivam destes restos epiteliais, que ocasionalmente não são reabsorvidos (Fromm, 1967).

REVISÃO DE LITERATURA

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 reminiscências de tecido mucoso glandular.

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, foram descritos por Epstein (1880) e denominados “pérolas de Epstein”. Segundo este autor, um terceiro tipo de cisto de recém-nascidos é encontrado nas cristas alveolares, derivado de restos de lâmina dentária, sendo então considerado cisto de origem odontogênica.

Após examinarem o palato de 293 crianças negras recém-nascidas, Monteleone, McLellan (1964) encontraram 79% de incidência de pérolas de Epstein. Em 100 crianças caucasianas, encontraram 85%. As estruturas puntiformes, com 1mm de diâmetro ou menos, de base circular, que foram encontradas na região de rafe palatina, entre os palatos duro e mole ou nas margens da gengiva, foram denominadas pelos autores como pérolas de Epstein ou nódulos de Bohn. As pérolas encontradas no palato foram explicadas como inclusões do epitélio que foi aprisionado na fase de fusão dos processos palatinos laterais, e aquelas encontradas nas margens gengivais, como remanescentes da lâmina dentária, que persistem como ilhas. Secções histológicas sugeriram que esses cistos poderiam estar ocultos pelo epitélio em algumas crianças.

(Monteleone, McLellan, 1964). Alrededor de la 6ª semana de VIU aparece la lámina dentaria como una fina capa en el margen lateral del estomodeo. Dicha lámina se forma debido a una proliferación más rápida de las células basales respecto a las células adyacentes, lo cual lleva a la formación de una porción de epitelio a lo largo de la línea externa del futuro arco dentario. En la lámina dentaria, la actividad proliferativa continua y localizada lleva a la formación de una serie de invaginaciones epiteliales dentro del ectomesénquima, en áreas correspondientes a las posiciones de los futuros dientes deciduos. De aquí en adelante, el desarrollo del diente proseguirá en tres fases: botón, capuchón y campana; las cuales son descriptivas de la morfología del germen dentario en desarrollo. Durante la fase de campana, la lámina dentaria que une el germen del diente al epitelio bucal se dispersa en pequeñas islas de células epiteliales, separando consecuentemente el diente en desarrollo del epitelio bucal. La fragmentación de la lámina dentaria acarrea la formación de pequeños grupos de células epiteliales que normalmente se degeneran y reabsorben (Ten Cate, 1988). Los quistes de la lámina dentaria derivan de estos restos epiteliales, que eventualmente no se reabsorben (Fromm, 1967).

REVISIÓN DE LITERATURA

El primero en describir estos quistes fue Henrich Bohn (1866), por lo cual se denominan “Nódulos de Bohn”. El autor los describió como pequeñas elevaciones blanquecinas, dispersas en el paladar duro, localizadas en mayor número en la unión del paladar duro con el blando y aparentan derivarse de restos epiteliales de glándulas salivares palatinas en desarrollo. Esos nódulos también pueden verse a lo largo de las superficies vestibular y lingual de los rebordes dentarios maxilar y mandibular y se consideraron reminiscencias de tejido mucoso glandular.

Los quistes localizados a lo largo del rafe medio del paladar duro, que parecían derivarse de remanentes epiteliales retenidos a lo largo de la línea de fusión en los recién nacidos, fueron descritos por Epstein (1880) y denominados “perlas de Epstein”. Según este autor, un tercer tipo de quiste del recién nacido se encuentra en las crestas alveolares, derivados de restos de lámina dentaria, por consiguiente se consideran quistes de origen odontogénico.

Al examinar el paladar de 293 niños negros recién nacidos, Monteleone, McLellan (1964), encontraron un 79% de incidencia de perlas de Epstein. En 100 niños caucásicos, encontraron 85%. Las estructuras puntiformes de base circular, de aproximadamente 1mm de diámetro, encontradas en la región del rafe palatino -entre el paladar duro y blando o en los márgenes gingivales- fueron denominados por los autores como perlas de Epstein o nódulos de Bohn. Las perlas encontradas en el paladar fueron atribuidas a inclusiones del epitelio que fue aprisionado en la fase de fusión de los procesos palatinos laterales, y aquellas encontradas en los márgenes gingivales, como remanentes de la lámina dentaria, que subsisten como islas. La observación de secciones histológicas sugirió que en algunos niños estos quistes podrían estar ocultos por el epitelio.

Durante 6 meses Fromm (1967) evaluó 1.367 reci-

Fromm (1967) avaliou 1.367 recém-nascidos durante 6 meses (1.179 caucasianos e 166 negros), e 75,9% possuíam cistos de inclusão, sendo a sua maior incidência na rafe palatina, entre palato duro e mole, assim como na crista do rebordo alveolar. Menos frequentemente, os cistos foram encontrados ao longo do rebordo da maxila e em maior proporção no rebordo da mandíbula, medindo aproximadamente 2 a 3mm. Exame histológico de uma secção obtida do rebordo maxilar na região de caninos revelou a presença de epitélio estratificado pavimentoso, com tecido conectivo fibroso subjacente a este epitélio e o epitélio odontogênico.

Cataldo, Berkman (1968) fizeram biópsia de rebordo alveolar maxilar e dos palatos duro e mole de 31 recém-nascidos de 2 a 417 dias de idade, com a finalidade de verificar as diferenças histológicas entre os tecidos moles da maxila de fissurados e não-fissurados. Durante o andamento do estudo, viram a possibilidade de estudar a patogenia, histopatologia e destino destes cistos, devido ao grande número de espécies tissulares da mucosa alveolar que continham cistos. Foram formados dois grupos, sendo que no primeiro foram incluídas 26 crianças, entre 2 e 417 dias, sem evidências clínicas de cistos, e no segundo grupo havia cinco crianças com evidências de cistos, entre dois e 100 dias. Posteriormente, foi feito um exame clínico de 209 crianças entre um e cinco dias de idade, para determinar a incidência dos cistos. Observaram, no primeiro grupo, que 11 dos 26 casos continham cistos. As crianças que não apresentavam cistos tinham mais de três meses. Histologicamente, os cistos desenvolveram-se de ilhas e grupos de epitélio, os quais foram interpretados como remanescentes de lâmina dental. Os cinco casos do segundo grupo foram caracterizados por severas massas nodulares brancas na mucosa maxilar e mandibular. Na avaliação das 209 crianças, 80% tinham nódulos císticos na mucosa maxilar, mandibular ou no palato, sendo que 65% estavam localizados na rafe palatina mediana.

Maher, Swindle (1970) observaram dois tipos de cistos: 1) aqueles derivados de fragmentos epiteliais, aprisionados nos pontos de fusão do processo palato-maxilar. Os autores sugeriram que os mesmos fossem denominados de cistos fissurais não-odontogênicos; 2) aqueles derivados de remanescente da lâmina dentária, os quais eles recomendaram serem denominados cistos fissurais epidérmicos odontogênicos.

Num levantamento epidemiológico, Uauy *et al.* (1980) examinaram 100 recém-nascidos de ambos os sexos. Encontraram 92% de cistos na maxila e 21% na mandíbula. Na maxila, as regiões mais afetadas foram: rafe palatina e vestibular do rebordo alveolar na zona anterior correspondente a caninos e incisivos, assim como na mandíbula. Não houve diferenças significativas quanto ao sexo, peso e estatura das crianças. Como a maioria dos nascimentos foi de partos a termo, não foi possível estabelecer relação entre a quantidade e a localização desses nódulos entre recém-nascidos prematuros e normais.

É relatada na literatura a ocorrência de pérolas de Epstein no prepúcio. Faridi, Adami (1989) examinaram 1.500 meninos recém-nascidos por um período de 25 meses e encontraram 11 casos de pérolas de Epstein no prepúcio, sendo estas brancas, arredondadas, com

ên nascidos (1.179 caucásicos y 166 negros) y encontró que el 75,9% poseía quistes de inclusión, con una mayor incidencia de localización en el rafe palatino, entre paladar duro y blando, así como en la cresta del rebordo alveolar. Con una medida aproximada de 2 a 3mm, los quistes se encontraron con menor frecuencia a lo largo del rebordo del maxilar superior y en mayor proporción en el rebordo de la mandíbula. El examen histológico de una sección obtenida del rebordo maxilar en la región de los caninos determinó la presencia de epitelio estratificado pavimentoso, con tejido conectivo fibroso subyacente a este epitelio y epitelio odontogénico.

Cataldo, Berkman (1968), obtuvieron biopsias del rebordo alveolar maxilar y de los paladares duro y blando de 31 recién nacidos de 2 a 417 días de edad, con la finalidad de establecer las diferencias histológicas entre los tejidos blandos del maxilar de fisurados y no-fisurados. Durante el estudio, contemplaron la posibilidad de estudiar la patogenia, histopatología y destino de tales quistes, debido a que un gran número de muestras tisulares de la mucosa alveolar contenían quistes. Se formaron dos grupos, en el primero se incluyeron 26 niños, de entre 2 y 417 días, sin evidencias clínicas de quistes y el segundo grupo se integró con cinco niños, de entre dos y 100 días, con evidencias de quistes. Posteriormente, se hizo un examen clínico a 209 niños, de entre uno y cinco días de edad, para determinar la incidencia de los quistes. En el primer grupo encontraron quistes en 11 de los 26 casos y que los niños que no presentaban quistes tenían más de tres meses de edad. Histológicamente, los quistes se desarrollaron a partir de islas y grupos epiteliales, considerados como remanentes de la lámina dental. Los cinco casos del segundo grupo presentaron extensas masas nodulares blancas en la mucosa maxilar y mandibular. Al 80% de los 209 niños evaluados, se les encontró nódulos quísticos en la mucosa maxilar, en la mandibular o en el paladar, y el 65% de ellos se localizó en el rafe palatino medio.

Maher, Swindle (1970) observaron dos tipos de quistes: 1) Aquellos derivados de fragmentos epiteliales, aprisionados en los puntos de fusión del proceso palatino maxilar, cuya denominación correspondiente -según opinión de los autores- es la de quistes fisurales no odontogênicos; 2) Los derivados de remanentes de la lámina dentaria, cuya calificación apropiada -según el mismo criterio- es la de quistes fisurales epidérmicos odontogênicos.

En un levantamiento epidemiológico, Uauy *et al.* (1980), en el que se examinaron 100 recién nacidos de uno y otro sexo, encontraron 92% de quistes en la maxila y 21% en la mandíbula. En la maxila, las regiones más afectadas fueron: rafe palatino y vestibular del rebordo alveolar en la zona anterior, correspondiente a caninos e incisivos, asimismo en la mandíbula. No se observaron diferencias significativas respecto al sexo, peso y estatura de los niños. Como la mayoría de los nacimientos fue a término, no fue posible establecer relación entre la cantidad y la localización de los nódulos entre recién nacidos prematuros y normales.

Se menciona en la literatura la presencia de perlas de Epstein en el prepucio. Faridi, Adami (1989) examinaron 1.500 niños recién nacidos durante un período de 25 meses y encontraron 11 casos de perlas de Epstein redondeadas y blancas en el prepucio, con 1 a 2mm de

1 a 2mm de diâmetro. De acordo com os autores, sua formação seria independente, pois somente 56% dos casos de crianças com pérolas de Epstein no prepúcio tinham-nas também no palato.

DISCUSSÃO

Poucos estudos foram realizados a respeito de cistos gengivais e palatinos do recém-nascido (Figuras 1 e 2). Dentre aqueles existentes, há uma grande variedade quanto à nomenclatura e caracterização dos mesmos. Desde 1880, quando Epstein observou cistos que se acumulavam linearmente ao longo da rafe palatina, os quais pareciam derivar de remanescentes epiteliais retidos ao longo da linha de fusão, e 1866, quando Bohn descreveu os cistos dispersos no palato duro com tendência a serem mais numerosos na junção deste com o palato mole, como derivados de restos epiteliais das glândulas salivares palatinas em desenvolvimento, alguns autores têm empregado os termos nódulos de Bohn e pérolas de Epstein, indistintamente.

Os autores relatam que os cistos gengivais e palatinos têm geralmente entre 1 e 3mm de diâmetro (Monteleone, McLellan, 1964; Fromm, 1967; Cataldo, Berkman, 1968; Uauy *et al.*, 1980), entretanto, alguns podem ter uma dimensão tão reduzida que não aparecerem clinicamente, assim como podem estar encobertos pelo epitélio em algumas crianças (Monteleone, McLellan, 1964). É comum eles serem vistos de forma múltipla (Fromm, 1967; Cataldo, Berkman, 1968; Uauy

diâmetro. De acuerdo con los autores, su formación sería independiente de las bucales, pues solamente 56% de los niños con perlas de Epstein en el prepucio las presentaban también en el paladar.

DISCUSIÓN

Son pocos los estudios realizados respecto a los quistes gingivales y palatinos del recién nacido (Figuras 1 y 2). En ellos se observa una gran diversidad en la nomenclatura y caracterización de los mismos. Desde 1880, cuando Epstein observó quistes que se acumulaban linealmente a lo largo del rafe palatino, los mismos que parecían derivar de remanentes epiteliales retenidos a lo largo de la línea de fusión, y cuando Bohn describió en 1866 los quistes dispersos en el paladar duro, con tendencia a presentarse más numerosos en la unión de este con el paladar blando, como derivados de restos epiteliales de las glándulas salivares palatinas en desarrollo, algunos autores han empleado indistintamente los términos nódulos de Bohn y perlas de Epstein.

Los autores refieren que los quistes gingivales y palatinos tienen generalmente entre 1 y 3mm de diámetro (Monteleone, McLellan, 1964; Fromm, 1967; Cataldo, Berkman, 1968; Uauy *et al.*, 1980), sin embargo algunos pueden tener una dimensión tan reducida que no son ostensibles clínicamente, o bien en algunos niños pueden estar encubiertos por el epitelio (Monteleone, McLellan, 1964). Es común que adopten una forma múltiple (Fromm, 1967; Cataldo, Berkman, 1968; Uauy *et al.*, 1980), a manera de racimos de uvas (Fromm,



FIGURA 1: “Nódulo de Bohn” – região anterior do rebordo gengival./“Nódulo de Bohn” – región anterior del reborde gingival.

et al., 1980), tendo uma aparência de cacho de uva (Fromm, 1967), e é de consenso que não necessitam de tratamento, pois desaparecem dentro de pouco tempo (Cataldo, Berkman, 1968; Uauy *et al.*, 1980).

Parece claro que estes cistos podem derivar da lâmina dentária e de inclusões do epitélio na linha de fusão do palato, sendo necessário esclarecer se eles podem advir de remanescentes de glândulas mucosas, conforme descrito por Fromm (1967), ou se ductos no palato podem interpor-se entre cistos derivados do epitélio aprisionado e, conseqüentemente, serem condensados ou desarranjados como resultado da pressão



FIGURA 2: “Nódulo de Bohn” – região palatina do rebordo gengival./“Nódulo de Bohn” – región palatina del reborde gingival.

(1967). Existe consenso respecto a que no requieren tratamiento, pues desaparecen en breve lapso (Cataldo, Berkman, 1968; Uauy *et al.*, 1980).

Parece claro que estos quistes pueden derivar de la lámina dentaria y de inclusiones del epitelio en la línea de fusión del paladar, siendo necesario aclarar que pueden provenir de remanentes de glándulas mucosas, según lo descrito por Fromm (1967) o si entre los quistes derivados del epitelio aprisionado pueden interponerse ductos palatinos y, consecuentemente, se condensarán o desbaratarán como resultado de la presión causada por el crecimiento anormal de las inclusiones epiteliales

causada por crescimento anormal das inclusões epiteliais (Maher, Swindle, 1970). Estes autores mostraram, por meio de injeções de corantes, a complexidade do arranjo dos vasos sanguíneos no mucoperiósteo palatogingival onde encontravam-se os cistos. Do seu ponto de vista, há cistos derivados de fragmentos epiteliais aprisionados nos pontos de fusão do processo palatomaaxilar (comumente chamados de pérolas de Epstein), os quais eles recomendaram serem denominados como cistos fissurais não-odontogênicos, e aqueles derivados de remanescentes da lâmina dentária (chamados de nódulos de Bohn), que deveriam ser denominados de cistos fissurais epidérmicos odontogênicos.

Apesar da alta prevalência, acreditamos serem estas lesões pouco conhecidas pelo Clínico, que assim dispõe de reduzida experiência para diagnosticá-las. Tal fato provavelmente justifica-se devido ao seu aparecimento em época muito precoce da vida e por desaparecerem espontaneamente, pouco tempo depois. Entretanto, muitas vezes os pais procuram ajuda profissional por detectarem-nos em seus filhos e há, freqüentemente, ansiedade e dúvidas acerca dos procedimentos a serem tomados. Como seu desaparecimento espontâneo determina que não seja necessário nenhum tipo de tratamento, é importante reconhecer clinicamente estes cistos para que nenhum tipo de intervenção desnecessária seja praticada, inclusive a biópsia.

Apesar de Faridi, Adami (1989) relatarem a ocorrência de "pérolas de Epstein" localizadas no prepúcio de recém-nascidos, parece não haver correlação entre estas e aquelas localizadas no palato.

CONCLUSÕES

De acordo com a literatura consultada, podemos concluir que:

- 1) A prevalência de cistos gengivais e palatinos nos recém-nascidos é alta, entretanto, a lesão parece ser pouco conhecida pelo Cirurgião-dentista, que, assim, dispõe de reduzida experiência para diagnosticá-la;
- 2) Eles podem aparecer isolados ou em grupos, com aparência de cacho de uva;
- 3) Não é necessário intervir clinicamente nos mesmos, uma vez que eles desaparecem espontaneamente dentro de poucos meses;
- 4) É preciso esclarecer sua origem, levando-se também em conta a sua localização, para que se possa ~~denominá-los convenientemente.~~

Penido CV de SR, Fonseca MS. Cysts of the oral mucosa in newborns. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(34):526-31.

This paper presents a literature review about the gingival and palatine cysts that frequently occur in newborn's mouths, showing their clinical and histological characteristics, as well as their localization, nomenclature, and differential diagnosis. Although these lesions occur very often, they spontaneously disappear until the children reach 6 months of age, by exfoliating or emptying process, which demonstrates that they are benign.

KEYWORDS: Nonodontogenic cysts; Infant, newborn; Mouth diseases.

(Maher, Swindle, 1970). Estos autores mostraron, mediante inyecciones de colorantes, la complejidad de la disposición de los vasos sanguíneos en el mucoperiostio palatogingival donde se encontraron los quistes. Desde su punto de vista, a los quistes derivados de fragmentos epiteliales aprisionados en los puntos de fusión del proceso palatino maxilar (comúnmente llamados perlas de Epstein), recomendaron denominar *quistes fisurales no odontogénicos*, y a aquellos derivados de remanentes de la lámina dentaria (llamados Nódulos de Bohn), sugirieron llamar *quistes fisurales epidérmicos odontogénicos*.

A pesar de la alta prevalencia, entendemos que estas lesiones son poco conocidas por el Clínico, que por lo tanto dispone de escasa experiencia para diagnosticarlas, lo cual probablemente se justifica porque se presentan en una etapa muy temprana de la vida y además debido a que desaparecen espontáneamente, poco tiempo después. No obstante, muchas veces los padres buscan ayuda profesional ante la detección en sus hijos, y frecuentemente se presentan ansiedad y dudas acerca de los procedimientos a adoptarse. Como su desaparición espontánea determina que no sea necesario tratamiento alguno, es importante reconocer clínicamente estos quistes para evitar que se efectúe todo tipo de intervención innecesariamente, inclusive la biopsia.

A pesar de que Faridi, Adami (1989) reportaron "Perlas de Epstein" localizadas en el prepucio de recién nacidos, parece que no existe correlación entre estas y las localizadas en el paladar.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la literatura consultada, podemos concluir que:

- 1) La prevalencia de quistes gingivales y palatinos en los recién nacidos es alta, en tanto, la lesión parece ser poco conocida por el Cirujano-dentista, el cual consecuentemente dispone de reducida experiencia para diagnosticarla;
- 2) Estos quistes pueden aparecer aislados o en grupos, con apariencia de racimo de uva;
- 3) No es necesario intervenir clinicamente, pues desaparecen espontáneamente al cabo de pocos meses;
- 4) Es preciso aclarar su origen, tomando en cuenta su localización, para denominarlos apropiadamente.

REFERÊNCIAS/REFERENCIAS

- Bohn H. Die Mundkrankheiten der Kinder. Leipzig, W Englemann, 1866 *apud* Jorgenson RJ, Shapiro SD, Salinas CF, Levin LS. Intraoral findings and anomalies in neonates. *Pediatrics* 1982; 69(5):577-82.
- Cataldo E, Berkman MD. Cysts of the oral mucosa in newborns. *Am J Dis Child* 1968; 116(1):44-8.
- Epstein A. Ueber epithelperlen in der mundhöhle neugeborener kinder. *Z Heilkd, Tempsky*; 1880 *apud* Jorgenson RJ. Intraoral findings and anomalies in neonates. *Pediatrics* 1982; 69:577-82.
- Faridi MMA, Adami S. Prepuical Epstein pearls. *Indian J Pediatr* 1989; 56(5):653-5.
- Fromm A. Epstein's pearls, Bohn's nodules and inclusion-cysts of the oral cavity. *J Dent Child* 1967; 24(4):275-87.
- Jorgenson RJ, Shapiro SD, Salinas CF, Levin LS. Intraoral findings and anomalies in neonates. *Pediatrics* 1982; 69(5):577-82.
- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
- Maher WF, Swindle PF. Etiology and vascularization of dental lamina cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 29(4):590-7.
- Ten Cate AR. *Histologia bucal: desenvolvimento, estrutura e função*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
- Monteleone L, McLellan MS. Epstein's pearls (Bohn's nodules) of the palate. *J Oral Surg* 1964; 22:301-4.
- Uauy E, Celis A, Martinez A. Estudio epidemiológico de los quistes de la mucosa bucal del recién nacido. *Rev Asoc Odontol Argent* 1980; 68(8):511-3.

Recebido para publicação em: 24/05/2002

Enviado para reformulação em: 02/07/2002

Aceito para publicação em: 31/03/2003