



Lesão ulcerativa traumática extensa em um paciente com paralisia cerebral

Extensive traumatic ulcerative lesion in a patient with cerebral palsy

Lesión ulcerosa traumática extensa en un paciente con parálisis cerebral

Ana Patrícia de Sousa Pereira¹, Victor Philip Nogueira Farias¹, Caroline Thaynan da Silva Oliveira¹, Gimol Benchimol de Resende Prestes¹, Naelka Sarmiento¹, Cíntia Iara Oda Carvalhal¹, André Luiz Tannus Dutra¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de uma lesão ulcerativa traumática extensa no lábio inferior de um paciente com paralisia cerebral. **Detalhamentos de caso:** Paciente com paralisia cerebral (PC), sexo masculino, nove meses de idade com dificuldade para alimentar-se em decorrência de uma lesão extensa no lábio. Ao exame clínico intraoral verificou-se a presença dos dentes 51, 61, 71 e 81 além de uma ulceração traumática extensa na porção interna do lábio inferior com bordas protuberantes, margens endurecidas, placas verrucosas brancas e sem presença de sangramento. O tratamento consistiu em arredondamento das bordas incisais dos incisivos inferiores e prescrição do uso tópico de triancinolona em orabase com utilização de chupeta para impedir o contato entre os dentes decíduos e o lábio inferior. **Considerações finais:** Após um período de 2 meses observou-se completa remissão da úlcera e após 3 meses o paciente retornou para uma nova avaliação clínica, sem apresentar sinais de recidiva da lesão.

Palavras-chave: Odontopediatria, Paralisia cerebral, Úlceras orais.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of an extensive traumatic ulcerative lesion on the lower lip of a patient with cerebral palsy. **Case details:** A male patient with cerebral palsy (CP), nine months old, had difficulty feeding due to an extensive lesion on the lip. Intraoral clinical examination revealed the presence of teeth 51, 61, 71, and 81, as well as an extensive traumatic ulceration on the inner portion of the lower lip with protruding edges, hardened margins, white verrucous plaques, and no bleeding. The treatment consisted of rounding the incisal edges of the lower incisors and prescribing the topical use of triamcinolone in orabase, with the use of a pacifier to prevent contact between the deciduous teeth and the lower lip. **Final consideration:** After a period of 2 months, complete remission of the ulcer was observed, and after 3 months, the patient returned for a new clinical evaluation without signs of lesion recurrence.

Keywords: Pediatric dentistry, Cerebral palsy, Oral ulcers.

RESUMEN

Objetivo: Informar un caso clínico de una lesión ulcerativa traumática extensa en el labio inferior de un paciente con parálisis cerebral. **Detalles del caso:** Un paciente masculino con parálisis cerebral (PC), de nueve meses de edad, tenía dificultad para alimentarse debido a una lesión extensa en el labio. El examen clínico intraoral reveló la presencia de los dientes 51, 61, 71 y 81, así como una ulceración traumática extensa en la porción interna del labio inferior con bordes protuyentes, márgenes endurecidos, placas verrucosas blancas y sin presencia de sangrado. El tratamiento consistió en redondear los bordes incisales de los incisivos inferiores y prescribir el uso tópico de triamcinolona en orabase, con el uso de un chupete para

¹ Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus - AM.

impedir el contacto entre los dientes deciduos y el labio inferior. **Consideraciones finales:** Después de un período de 2 meses, se observó la remisión completa de la úlcera y, después de 3 meses, el paciente regresó para una nueva evaluación clínica, sin presentar signos de recidiva de la lesión.

Palabras clave: Odontopediatria, Parálisis cerebral, Úlceras orales.

INTRODUÇÃO

A ulceração traumática da mucosa oral na primeira infância é uma condição que pode acometer superfícies da mucosa oral ou língua, com progressão em função do trauma repetitivo pelo contato contínuo durante atividades fisiológicas como sucção e deglutição. Trata-se de uma lesão tipicamente benigna, granulomatosa e ulcerativa, caracterizada por placas verrucosas e firmes, frequentemente associada com dentes natais ou neonatais, podendo também ocorrer após a irrupção dos incisivos decíduos inferiores (BAGHDADI ZD, 2022; NGUYEN CG, et al., 2024).

Embora muitas vezes seja assintomática, a lesão pode estar ocasionalmente associada à dor, não apresentando predileção por sexo (PARISAY I, et al., 2013; PADMANABHAN MY, et al., 2010; DUNLOP R, et al., 2013; COSTACURTA M, et al., 2012; ÇAVUŞ Ş, ÖZMEN B, 2017; EICHENFIELD, et al., 1990). Do ponto de vista clínico, a lesão também conhecida como “granuloma oral traumático” ou “úlcera eosinofílica traumática”, é caracterizada por um halo avermelhado e uma membrana fibrinosa amarela que pode ser removida por raspagem. Em algumas situações, o tecido de granulação que se desenvolve pode resultar em uma lesão exofítica semelhante a um granuloma piogênico.

Recomenda-se realizar uma biópsia se a úlcera não desaparecer após a eliminação do fator causal e seu aspecto histopatológico aos cortes microscópicos é marcante e importante para o diagnóstico diferencial com outras condições ulcerativas da cavidade oral, como infecções virais ou lesões neoplásicas. Exibe um peculiar infiltrado inflamatório com abundantes eosinófilos, células que normalmente estão envolvidas em respostas alérgicas e inflamatórias. (BALDIWALA M, NAYAK R, 2014; PICCIOTTI M, et al., 2014; DUNLOP R, et al., 2013). Frequentemente está localizada na língua (60% das lesões), maneira mais comumente encontrada, embora outras áreas como lábios, palato, gengiva, mucosa e assoalho bucal podem estar envolvidos (JOSEPH BK, BAIRAVASUNDARAM D, 2010).

Apesar de ocorrer em crianças normosistêmicas, a ulceração traumática é comumente associada com condições neurológicas tais como microcefalia, paralisia cerebral, síndrome de Down, síndrome de Lesch-Nyhan e síndrome de Tourette. Nessas condições, os pacientes acometidos podem apresentar comportamentos autoagressivos que exacerbam o trauma repetitivo na mucosa oral (SENENAYAKE MP, KARUNARATNE I, 2014; MANGANO M, et al., 1994; RAKOCZ M, et al., 1987).

A presença da úlcera pode interferir na adequada sucção, essencial para a alimentação nos primeiros meses de vida. Isso pode levar ao consumo precoce de alimentos complementares que não suprem as necessidades nutricionais, geralmente associado a um quadro de irritabilidade, choro intermitente, comprometimento do sono, perda de peso, alteração do desenvolvimento craniofacial proporcionado pelos movimentos da sucção. Além disso, pode haver interferência no sistema imunológico e no crescimento geral do lactente (NOGUEIRA JSE, et al., 2014; MOREIRA FDCL e GONÇALVES IMF, 2010).

Com relação ao diagnóstico diferencial é importante considerar outras condições ulcerativas da cavidade oral. Infecções virais, como herpes simples e coxsackievirus que podem apresentar lesões similares, assim como algumas condições autoimunes e neoplásicas. A presença de eosinófilos no infiltrado inflamatório ajuda a diferenciar a úlcera eosinofílica traumática de outras ulcerações.

Além disso, úlceras decorrentes de doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e penfigoide das membranas mucosas também podem se manifestar de forma semelhante. A história clínica detalhada e o exame físico do paciente corroboram para um diagnóstico preciso (JOSEPH BK e BAIRAVASUNDARAM D, 2010). A ulceração traumática na mucosa oral também pode levar a complicações como a necessidade de intervenção cirúrgica, se a lesão não cicatrizar espontaneamente ou com tratamentos menos invasivos. Além disso, a observação de comportamentos de mastigação anormal pode indicar a necessidade de avaliações

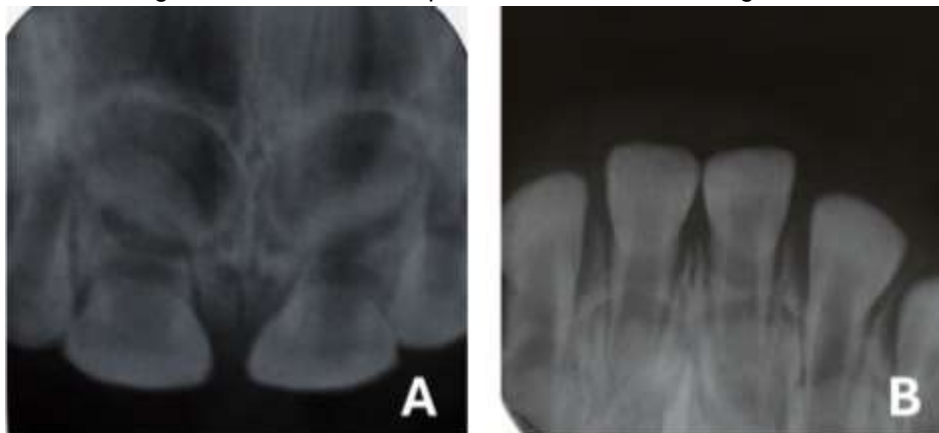
adicionais para distúrbios neurológicos subjacentes. Estratégias preventivas incluem o monitoramento rigoroso dos cuidados orais e a minimização de fatores de risco, como a presença de dentes neonatais que podem causar trauma contínuo na mucosa bucal. Este trabalho objetivou relatar um caso clínico de um paciente com 9 meses de idade, com paralisia cerebral (PC), apresentando uma úlcera traumática extensa no lábio inferior.

DETALHAMENTO DO CASO

Paciente, 9 meses de idade, gênero masculino, foi encaminhado para a clínica de Odontopediatria da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), apresentando uma extensa lesão ulcerativa no lábio inferior. Os pais afirmaram que a lesão surgiu após a irrupção dos incisivos centrais inferiores. O paciente apresentava diagnóstico neurológico de paralisia cerebral e a alimentação pastosa era realizada por meio de uma colher de metal pequena.

A mãe relatou que a amamentação era um processo complicado devido à dificuldade de controle dos movimentos de sucção e deglutição, frequentemente encontrados em pacientes com paralisia cerebral. Nenhum histórico familiar de desordens neurológicas foi informado. Ao exame clínico, verificou-se a presença dos dentes 51, 61, 71 e 81. No exame radiográfico foi observado padrão de normalidade na rizogênese e implantação óssea dos incisivos superiores e inferiores (**Figura 1**).

Figura 1- 1A: Exame radiográfico dos incisivos superiores. **1B:** Exame radiográfico dos incisivos inferiores.



Fonte: Pereira APS, et al., 2025.

Foi observado uma lesão na porção interna do lábio inferior medindo aproximadamente 2cm de diâmetro, com bordas protuberantes, margens endurecidas, placas verrucosas e ausência de sangramento (**Figura 2**).

Figura 2 – Apresentação clínica da lesão e a presença dos elementos 71 e 81.



Fonte: Pereira APS, et al., 2025.

O plano de tratamento foi conservador consistiu em arredondamento das bordas incisais dos incisivos inferiores e posterior acabamento; aplicação tópica de triancinolona em orabase, uso de clorexidina 0,12% sem álcool, 2 vezes ao dia durante 7 dias, para assepsia da lesão e anti-inflamatório (Ibuprofeno Suspensão Gotas 100mg/ml). Foi confeccionado um protetor bucal em silicona densa para utilização caso necessário. (**Figura 3**).

Figura 3– Protetor a base de silicona densa.



Fonte: Pereira APS, et al., 2025.

Após 30 dias o paciente retornou sem a remissão completa da lesão e a mãe relatou dificuldade em utilizar o protetor bucal (**Figura 4**). Substituiu-se o protetor bucal pela chupeta adaptada a um elástico largo e macio, com a finalidade de manutenção (**Figura 5**).

Figura 4 – Apresentação clínica da lesão 30 dias após a consulta inicial.



Fonte: Pereira APS, et al., 2025.

Figura 5 – Chupeta adaptada.



Fonte: Pereira APS, et al., 2025.

Transcorridos dois meses, observou-se a completa remissão da úlcera com persistência de uma leve região esbranquiçada (**Figura 6A**). Durante a consulta, foram realizadas orientações de higiene oral, prevenção dos hábitos deletérios e dieta. O paciente foi reavaliado após 3 meses com a manutenção da condição favorável alcançada pelo tratamento, sem sinais de recidiva (**Figura 6B**).

Figura 6 – 6A: Apresentação clínica da lesão 2 meses após a consulta inicial. **6B:** Resultado final do tratamento 3 meses após a consulta inicial.



Fonte: Pereira APS, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A lesão ulcerativa traumática é frequentemente associada a dentes natais ou neonatais, mas também pode ocorrer após a irrupção dos incisivos decíduos inferiores. É importante salientar que esta lesão pode ser a manifestação inicial de doenças neurológicas como a síndrome de Riley-Day, síndrome de Lesh-Nyan, paralisia cerebral, microcefalia, disfunção autossômica congênita. O paciente apresentava diagnóstico de paralisia cerebral, úlcera traumática persistente, uma vez que o bebê não conseguia controlar a espasticidade da língua, resultando em traumas consecutivos (DUNLOP R, et al., 2013; OZMEN B, ACAR O, 2015; DINIZ MB, et al., 2008; BAGHDADI Z, 2001; BAGHDADI ZD, 2021).

As características clínicas das lesões ulcerativas traumáticas na cavidade oral podem ser confundidas com outras lesões orais, o que indica a necessidade de estabelecer diagnósticos diferenciais. A herpangina é uma infecção viral causada principalmente pelo vírus Coxsackie do grupo A. Essa condição é caracterizada pela presença de úlceras na mucosa oral, especialmente no palato mole e na orofaringe. Os sintomas iniciais incluem febre, dor de garganta e cefaleia.

As úlceras apresentam bordas vermelhas e uma base branco-acinzentada. Embora a incidência exata da herpangina não seja conhecida, acredita-se que ela seja comum na infância. O diagnóstico é feito com base na história clínica e no exame físico, e não há métodos práticos de prevenção conhecidos. O tratamento é sintomático, envolvendo principalmente analgésicos orais e tópicos, com resolução dos sintomas em aproximadamente uma semana (PATEL N, SCIUBBA J, 2003; JOSEPH BK e BAIRAVASUNDARAM D, 2010). A estomatite aftosa recorrente (EAR) é uma condição caracterizada por úlceras dolorosas recorrentes na mucosa oral. A etiologia da EAR é variada, podendo estar associada a doenças inflamatórias, autoimunes ou do tecido conjuntivo, embora a maioria dos casos seja idiopática.

A incidência varia de 2% a 66% da população. Fatores como trauma local, infecções microbianas, predisposição genética, deficiências vitamínicas, alergias alimentares, uso de tabaco, doenças gastrointestinais e estresse psicológico podem contribuir para o desenvolvimento. O diagnóstico é clínico, uma vez que não há testes específicos disponíveis.

As úlceras normalmente aparecem em mucosas não queratinizadas, como a mucosa bucal e labial, o assoalho da boca e a superfície ventral da língua. A EAR é classificada em três tipos: minor, major e herpetiforme. A forma minor é a mais comum e se caracteriza por pequenas úlceras bem delimitadas que

geralmente se resolvem em uma a duas semanas sem deixar cicatrizes. A forma major envolve úlceras maiores e mais profundas, que podem demorar até seis semanas ou mais para cicatrizar, frequentemente com formação de cicatrizes.

As lesões herpetiformes são pequenas, numerosas e superficiais, cicatrizando entre sete e dez dias sem cicatrizes. O tratamento da EAR visa reduzir a dor, promover a cicatrização e prevenir recorrências. Analgésicos tópicos, enxaguantes bucais antimicrobianos e corticosteroides tópicos são frequentemente utilizados para alívio dos sintomas e aceleração da cicatrização. O uso prolongado de corticosteroides tópicos pode levar à candidíase oral, sendo necessário monitoramento adequado (PATEL N, SCIUBBA J, 2003).

Em decorrência dos movimentos de protrusão e retração que a língua realiza, a região ventral da língua é o local mais frequentemente afetado. No entanto, a ulceração pode ocorrer em outras regiões da mucosa bucal (SENANAYAKE MP e KARUNARATE I, 2014; JOSEPH BK e BAIRAVASUNDARAM D, 2010; ANDREA LZ, et al., 2022). O histórico médico do paciente, associado aos achados clínicos, é típico da lesão ulcerativa traumática, que geralmente não necessita de intervenção cirúrgica invasiva para avaliação histopatológica. A intervenção cirúrgica pode interferir na sucção e alimentação adequada e colocar o paciente em riscos de deficiências nutricionais (SURESH K e SACHDEVA MV, 2015). Por esse motivo, decidiu-se por não realizar biópsia e o diagnóstico foi baseado no histórico médico e na avaliação clínica do paciente.

Em pacientes com comprometimentos neurológicos, mordidas involuntárias da mucosa podem ocorrer gerando úlceras traumáticas, que estão relacionadas a complicações como a sintomatologia dolorosa, interferência na fala e na mastigação, além de infecções locais e sepse (VALLE LA, et al., 2017). A PC é caracterizada como um distúrbio relacionado à postura e o movimento, resultante de uma encefalopatia não-progressiva nos períodos pré, peri ou pós-natal, resultando em comprometimentos neuromotores variados.

Pessoas com PC tem a região do córtex motor do cérebro comprometida, que é a responsável pelos movimentos, dessa forma, os músculos ficam com a capacidade reduzida e o tônus elevado. A redução dessa força muscular se deve à ineficácia dos neurônios motores superiores ao se comunicar com os músculos, o que provoca o enrijecimento e deformidades posturais ao longo do tempo. Essa falta de controle motor contribui para a repetição do trauma na mucosa oral, tornando as úlceras traumáticas uma condição crônica nesses pacientes. (CARGNIN APM e MAZZITELLI C, 2003).

Alguns autores sugerem a remoção dos elementos dentários envolvidos na lesão ulcerativa traumática, enquanto outros sugerem tratamento mais conservador, como a manutenção do dente na cavidade oral e com a exodontia somente realizada se a situação não for resolvida por outros meios.

A remoção do agente causador do trauma não implica necessariamente na extração dos dentes, sendo possível modificar a anatomia dental arredondando suas bordas com uma broca de acabamento ou utilizando um disco de polimento. As opções de tratamento menos invasivo geralmente não resultam em uma resolução rápida da lesão. Antes de decidir por um tratamento mais radical, deve sempre considerar aspectos como o grau de mobilidade, a implantação do dente e a interferência na amamentação, e, caso sejam favoráveis, a realização de um tratamento mais conservador é preferível.

Um aspecto crucial para os tratamentos mais radicais que o cirurgião-dentista deve considerar também é a sintomatologia durante a cirurgia, já que compreender a percepção da dor em pacientes pediátricos torna essencial a preocupação com a analgesia. Entre várias medidas para combater a dor, as não farmacológicas devem ser consideradas, como a recomendação de aleitamento materno antes e após a cirurgia, sucção não-nutritiva, contato físico e uso de sacarose. O efeito analgésico da sacarose foi evidenciado por mudanças nas respostas comportamentais, como a atividade facial e choro dos neonatos, além da diminuição da frequência cardíaca durante procedimentos dolorosos. (NOGUEIRA JSE, et al., 2014; MOREIRA FDCL e GONÇALVES IMF, 2010; SILVA DCD, et al., 2017).

O tratamento de escolha para o paciente em questão foi um tratamento conservador baseado em suavização das bordas incisais e prescrição de triancinolona em orabase, corroborando com autores que preconizam o tratamento conservador como tratamento de primeira escolha com a finalidade de diminuir a sensibilidade da região. Triancinolona é um corticosteroide potente e de longa duração que age inibindo a

produção de prostaglandinas e leucotrienos, apresentando propriedades anti-inflamatórias, antipruriginosas e antialérgicas. É amplamente utilizada em condições de cavidade nasal e oral, proporcionando alívio temporário de sintomas relacionados a lesões inflamatórias orais e ulcerações causadas por traumas.

A formulação de orabase, composta por carboximetilcelulose, polietileno e óleo mineral, melhora a adesão da mucosa e a resistência à dissolução e deslocamento, prolongando o contato do corticosteroide com o tecido lesionado e, assim aprimorando seu efeito (SIMÕES MIL, et al., 2021; SLAYTON RL, 2000; ÇAVUŞ Ş, ÖZMEN B, 2017; NOGUEIRA JSE, et al., 2014; MOREIRA FDCL, GONÇALVES IMF, 2010; BAGHDADI Z, 2001; MACHUCA G, et al., 2007).

Disfunções neuromusculares e reflexo tônico de mordida, com interposição de tecidos moles entre as arcadas dentárias, resultam em trauma devido à falta de reflexos protetores causados por movimentos mandibulares desordenados e involuntários. Quanto maior o dano neurológico, mais frequente é a presença de reflexos patológicos e maior é o risco de lesões traumáticas e de doenças bucais. Esses movimentos involuntários e descoordenados podem levar à hiperatividade dos músculos mastigatórios, intensificando o trauma nos tecidos moles. Além disso, a presença da espasticidade pode agravar ainda mais a situação, aumentando a susceptibilidade a infecções e complicações bucais. (SANTOS MT e NOGUEIRA ML, 2005).

O protetor bucal possui a finalidade de afastar e proteger os tecidos da linha de mordida. Deste modo, opta-se por sua utilização nos casos de lesões bucais traumáticas persistentes que ocasionam dor, desconforto, sangramentos e perda de tecido bucal. Para ser bem indicado, é importante que seja resistente a impactos, confortável, de fácil instalação, remoção, higienização e que não interfira na respiração, a desvantagem que compromete sua eficácia é o risco de deslocamento (FRANCO JBF, et al., 2015; MOREIRA JB e SOUZA ICS, 2016).

O uso de protetores bucais normalmente está associado a falta de cooperação dos pacientes com PC, levando à necessidade de adaptações que colaboram com o não deslocamento dos aparatos. Essas adaptações podem incluir ajustes no tamanho e na forma do protetor bucal, além do uso de materiais mais confortáveis e flexíveis, conduzindo com sucesso a remissão da lesão. É importante que esses dispositivos sejam bem tolerados pelos pacientes para garantir seu uso contínuo e eficaz (BALDIWALA M e NAYAK R, 2014; MACHUCA G, et al., 2007).

O diagnóstico tardio e terapias ineficazes podem resultar em deformidades da língua, insuficiência nutricional e retardo do crescimento a longo prazo, sendo o tratamento imediato essencial. A falta de tratamento adequado pode levar o paciente a complicações sistêmicas e locais, agravando a condição do paciente e dificultando sua recuperação. Alguns autores recomendam o tratamento inicial agressivo, com remoção da lesão, porém com recidivas frequentes (ÇAVUŞ Ş e ÖZMEN B, 2017; MACHUCA G, et al., 2007; TENORIO-ROJAS TA, et al., 2024).

No caso relatado, o tratamento conservador associado ao alívio dos ângulos cortantes dos incisivos inferiores, aplicação tópica de triancinolona em orabase e o uso da chupeta adaptada foram suficientes para regressão da lesão, descartando, dessa maneira, a necessidade de intervenção cirúrgica. No entanto, deve-se ter atenção à necessidade de preservação e acompanhamento contínuo, pois úlceras traumáticas persistem em pacientes com PC grave que não conseguem controlar a espasticidade da língua e podem sofrer ulcerações repetidas. O manejo preventivo inclui a orientação dos cuidadores sobre técnicas adequadas para ajudar a minimizar o trauma oral.

REFERÊNCIAS

1. ANDREA LZ, et al. Extensive Riga-Fede disease of the lip and tongue. *J Am Acad Dermatol*, 2002; 47(3): 445-447.
2. BAGHDADI Z. Riga-Fede disease: report of case and review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2001; 25(3): 209-213.
3. BAGHDADI ZD. Riga-Fede disease and microcephaly. *Internacional Journal of Pediatric Dentistry*, 2002; 12: 442-445.

4. BAGHDADI ZD. Riga-Fede disease: report of case and review. *J Clin Pediatr Dent*, 2021; 25(3): 209-213.
5. BALDIWALA M, NAYAK R. Conservative management of Riga-Fede disease. *Journal of Dentistry for Children*, 2014; 81(2): 103-106.
6. CARGNIN APM e MAZZITELLI C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações muscoesqueléticas. *Ver neurociências*, 2003; 11(1): 34-39.
7. ÇAVUŞ Ş e ÖZMEN B. Riga-Fede disease in the upper jaw in na infant. *Dermatologictherapy*, 2017; 30(5): 12517.
8. COSTACURTA M, et al. Riga-Fede diseaseand neonatal teeth. *ORAL &implantology*, 2012; 5(1): 26-30.
9. DINIZ MB, et al. A importância da interação entre odontopediatrias e pediatrias no manejo de dentes natais e neonatais. *Revista Paulista de Pediatria*, 2008; 26(1): 64-69.
10. DUNLOP R, et al. Riga-Fede disease: a case report. *Journal of Pediatric Health Care*, 2013; 27(2): 155-157.
11. EICHENFIELD LF, et al. Traumatic granuloma of the tongue (Riga-Fede disease): association with familial dysautonomia. *The Journal of pediatrics*, 1990; 116(5): 742-744.
12. ELEY KA, et al. Deformity of the tongue in na infant: Riga-Fede disease. *Paediatrics& child health*, 2010; 15(9): 581-582.
13. FRANCO, et al. Utilização de protetores bucais em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med HospFac Cien Med Santa Casa São Paulo*, 2015; 60(2): 85-90.
14. HEGDE RJ. Sublingual traumatic ulceration due to neonatal teeth (Riga-Fede disease). *Journal of the Indian Society of Pedodontics &Peventive Dentistry*, 2005; 23(51): 2.
15. JOSEPH BK e BAIRAVASUNDARAM D. Oral traumatic granuloma: Report of a case and review of literature. *Dental Traumatology*, 2010; 26(1): 94-97.
16. MACHUCA G, et al. Management of Riga-Fede disease: a case report. *JournalofDisabilityand Oral Health*, 2007; 81(1): 28.
17. MANGANO M, et al. Lesch-Nyhan syndrome in two brothers: why early diagnosis is essential. *Clinical Pediatrics*, 1994; 33: 125-126.
18. MOREIRA FDCL e GONÇALVES IMF. Dentes natais e doença de Riga-Fede. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia (On-line)*, 2010; 58(2): 257-261.
19. MOREIRA JB e SOUZA ICS. Complicações mais comuns em pacientes internados em terapias intensivas. *Anais Simpac*, 2016; 8(1): 252-257.
20. NGUYEN CG, et al. Diagnosis and Management of Riga-Fede Disease: A Case Series. *The Laryngoscope*, 2024.
21. NOGUEIRA JSE, et al. Doença de Riga-Fede: relato de dois casos-um conservador e outro radical. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 2014; 68(2): 100-104.
22. OZMEN B e ACAR O. Persistent Untreated Riga-Fede Disease for 6 Years. *Pediatricdermatology*, 2015; 32(3): 134-135.
23. PADMANABHAN MY, et al. Neonatal sublingual traumatic ulceration-case report & review of the literature. *Dental Traumatology*, 2010; 26(6): 490-495.
24. PARISAY I, et al. Lingual Traumatic Ulceration (Riga-Fede Disease): Report of a Case and Review. *Journal of Dental Materials and Techniques*, 2013; 2(4): 142-147.
25. PATEL N e SCIUBBA J. Oral lesions in young children. *Pediatric clinics of North America*, 2003; 50(2): 469-486.
26. PICCIOTTI M, et al. Meningitis and Riga-Fede disease: na unusual condition. *European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of PaediatricDenstistry*, 2014; 15(2): 245-246.
27. RAKOCZ M, et al. Familial dysautonomia with Riga-Fede's disease: report of a case. *Journal of Dentistry for Children*, 1987; 54: 57-59.
28. SANTOS MT e NOGUEIRA ML. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. *J Oral Rehabil*, 2005; 32(12): 880-885.
29. SENANAYAKE MP e KARUNARATE I. Persistent lingual uceration (Riga-Fede disease) in an infant with Down syndrome and natal teeth: a case report. *Journalof medical case reports*, 2014; 8(1): 283.

30. SILVA DCD, et al. Treatment of Riga-Fede disease using laser therapy: clinical case report. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*, 2017; 65(1): 87-91.
31. SIMÕES MIL, et al. Tratamento de lesão traumática em UTI: relato de caso. *Odontol. Clín-Cient*, 2021; 20(2): 89-93.
32. SLAYTON RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Pediatric Dentistry*, 2000; 22(5): 413-421.
33. SURESH K e SACHDEVA MV. Riga-Fede Disease: A rare case of traumatic sublingual ulceration. *Journal of Clinical Neonatology*, 2015; 4(1): 62.
34. TENORIO-ROJAS TA, et al. Manejo odontopediátrico de úlcera de Riga-Fede en un paciente lactante mayor: reporte de caso. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 2024; 14(2): 83-88.
35. VALLE LA, et al. Laser de baixa intensidade no tratamento de úlceras traumáticas e queilite angular: relatos de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2017; 71(1): 30-34.
36. VOLPATO LER, et al. Riga-Fede disease associated with natal teeth: two different approaches in the same case. *Case reports in dentistry*, 2015; 2015: 234961.