

---

# SÍNDROME DO BIBERÃO E SUA PREVENÇÃO.

Maria João Penha Clode\*

---

**Resumo:** A autora, baseada numa revisão da literatura, descreve o síndrome do biberão, referindo a sua etiologia e descrição clínica. Também é referida a evolução do síndrome do biberão e como pode afectar o desenvolvimento da criança.

São apresentadas algumas hipóteses de tratamento e salienta-se o papel fundamental da prevenção desta situação começando pelo aconselhamento dos pais, papel da dieta, higiene oral e as visitas regulares ao dentista.

**Abstract:** The author, based on a detailed literature analysis, presents the nursing bottle tooth decay, its etiology and clinical description. It is also analysed the evolution of nursing bottle tooth decay and how it affects the child health.

Some alternatives to treatment are described and how important prevention is to avoid this clinical situation, starting with parents counselling, the diet's importance, oral hygiene and regular visits to the dentist.

**Palavras-chave:** cáries, criança, biberão.

**Key-words:** caries, child, nursing bottle.

Clode MJP. Síndrome do Biberão e sua Prevenção. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1996; Vol. 37 (2): págs. 89-93

---

## INTRODUÇÃO

O aparecimento de cáries muito extensas em dentes decíduos de crianças na primeira infância, tem sido alvo de muitos estudos, mas infelizmente este tipo de situações continua a existir em grande número.

Esta situação que designamos de Síndrome do biberão resulta, entre outras, do facto dos pais permitirem que a criança entre 1 ano e 5 anos de idade, adormeça com o biberão contendo um líquido açucarado na boca, ou ainda o uso de uma chucha com açúcar ou mel. A criança vai desenvolver cáries muito extensas e de evolução rápida, o que vai levar à completa destruição dos dentes afectados (19). Este

síndrome é bastante frequente, talvez devido a pais pouco informados e é perfeitamente possível fazer a sua prevenção. É importante que a criança inicie as visitas ao dentista por volta dos 12 meses de idade, para que este tipo de situações sejam evitadas ou tratadas a tempo e para que a criança tenha um desenvolvimento saudável. O dentista poderá ajudar e aconselhar os pais a instituir práticas adequadas de nutrição e higiene oral para a criança, as quais serão importantíssimas para os seus hábitos alimentares no futuro (4).

## DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

O síndrome do biberão consiste no aparecimento de cáries muito extensas de evolução muito rápida, nos

---

\* Médica dentista, assistente da disciplina de Medicina Dentária Preventiva da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

incisivos superiores e molares decíduos em crianças na primeira infância, associadas a hábitos alimentares incorrectos. Uma das características deste síndrome é o facto de os incisivos inferiores não apresentarem cárie, e considera-se que estamos na presença de um síndrome do biberão se existem mais de dois dentes anteriores decíduos com cárie.

Para o aparecimento de cárie são necessários três factores : (15,22)

1 - Microrganismos patogénicos presentes na cavidade oral: streptococcus, lactobacillus e actinomicetes, dos quais o streptococcus mutans é o mais importante.

2 - Hidratos de carbono fermentescíveis, os quais, em presença dos microrganismos são metabolizados em ácidos.

3- Superfície dentária susceptível de desmineralização ácida.

As estes três factores acrescentam-se mais dois que também são importantes que são: o factor tempo e o factor frequência. Quanto mais tempo o hidrato de carbono estiver em contacto com a superfície dentária, maior número de ácidos serão produzidos e de igual modo, quanto maior for a frequência de ingestão dos hidratos de carbono maior número de ácidos serão metabolizados (10,17,18).

O síndrome do biberão resulta da ingestão de líquidos açucarados (leite, sumo ou chá), durante a noite ou ao deitar ou de utilização de chucha com açúcar, mel ou qualquer xarope açucarado. A criança pequena quando chora, os pais para a acalmarem, muitas vezes adicionam açúcar ou mel à chucha, e a criança pára de chorar pois gosta do sabor doce. Este processo repete-se várias vezes ao dia. Também a utilização do biberão com líquido açucarado, ao deitar ou à noite vai facilitar a criança a adormecer (9,23).

Existem casos descritos de síndrome do biberão provocados pelo leite materno, visto este também conter hidratos de carbono, mas estes são raros e acontecem quando as crianças são amamentadas durante largos períodos de tempo, à noite até aos dois ou mais anos de idade (24).

Durante o sono, a secreção salivar está diminuída e os movimentos musculares de limpeza ("self-clea-

ning") da língua e lábios também estão diminuídos, assim como o reflexo de deglutição, logo os hidratos de carbono vão actuar durante um longo período de tempo. Uma criança na primeira infância dorme cerca de 12 horas durante a noite cerca de 2 horas de tarde, o que dá um total de 14 horas, durante as quais os microrganismos vão produzindo ácidos que vão desmineralizar o esmalte (4,20).

## DESCRIÇÃO CLÍNICA

A lesão inicial de cárie aparece geralmente na face vestibular dos dentes incisivos superiores, e consiste numa pequena área esbranquiçada de desmineralização. A zona de desmineralização transforma-se numa linha esbranquiçada junto da gengiva e paralela a esta. Esta desmineralização aparece mais ou menos pelos 11 meses de idade, e, se os hábitos alimentares se mantêm, a cárie progride rapidamente e a zona branca cavita e torna-se amarelada. Numa fase mais avançada a cárie forma uma circunferência (Fig.1) em torno do dente e toma uma tonalidade castanho escuro ou preto, levando posteriormente à fractura da coroa e completa destruição dos incisivos superiores. O esmalte dos incisivos superiores decíduos é muito fino (0,5 mm) e a cárie avança rapidamente para a dentina, enquanto que nos dentes permanentes a espessura do esmalte é de 1 mm (18,21).



Fig. 1- Paciente com síndrome do biberão apresentando cáries em circunferência nos dentes do maxilar superior.

Os dentes incisivos inferiores não apresentam cárie (Fig 1), este facto deve-se ao papel da língua que os cobre e protege dos fluídos açucarados e estes dentes beneficiam ainda do facto de estarem próximos dos canais excretores da glândulas salivares sublinguais e submaxilares e são lavados pela saliva. Enquanto a criança usa o biberão ou a chucha, a língua empurra a tetina contra o palato e são os incisivos superiores os mais afectados (11).

Os dentes molares decíduos apresentam cáries extensas, sendo os mais afectados os primeiros molares, pois erupcionam primeiro que os segundos molares decíduos. Os caninos decíduos também apresentam cáries numa extensão idêntica à dos segundos molares decíduos, mas se doença progride bastante, observa-se a completa destruição dos molares e caninos decíduos (Fig.2 e 3).

As crianças que sofrem do síndrome do biberão utilizam biberão ou chucha durante cerca de 8,3 horas por dia, comparando com uma criança sem este hábito que utiliza cerca de 2,2 horas por dia (18).

Quanto ao seu desenvolvimento, estas crianças com o síndrome do biberão são normalmente de baixo peso (6,8). As cáries progridem, a criança tem dores e infecções em vários dentes, abscessos dentários e até complicações devido às infecções dentárias como por exemplo: celulites, infecções a nível da órbita, etc. Uma criança com dores vai alimentar-se mal e sofre alterações no sono, portanto vai alterar o seu desenvol-

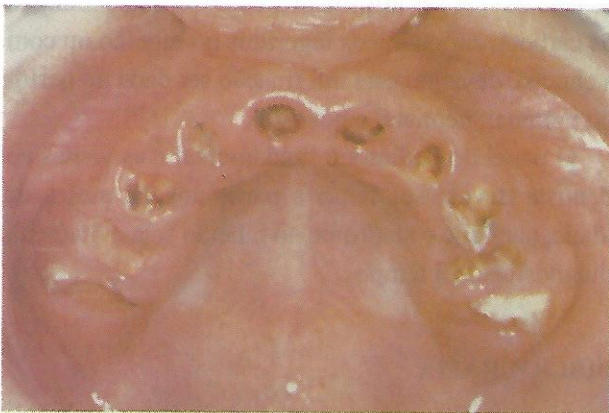


Fig. 2 – Dentes do maxilar superior com as coroas completamente destruídas.

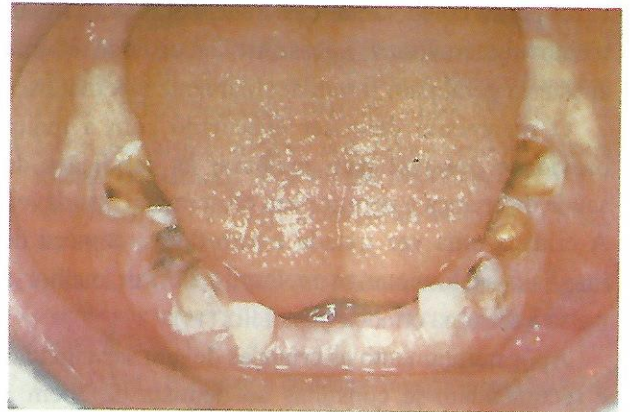


Fig. 3 – Maxilar inferior com dentes apresentando as coroas completamente destruídas.

vimento e conseqüentemente há uma diminuição da hormona do crescimento e estas crianças estão num percentil baixo quer no peso como na altura. Num estudo feito em 1992 (8), verificou-se que cerca de 80% das crianças com o síndrome do biberão estavam abaixo do peso normal para a idade e todas elas pesavam menos que as crianças do grupo de controle.

São também frequentes, nestas crianças infecções crónicas tais com otite média crónica, pois o seu sistema imunitário está alterado, as defesas encontram-se diminuídas.

## TRATAMENTO

Uma vez diagnosticado o síndrome do biberão é necessária uma intervenção o mais rápido possível, para eliminar a dor e infecção. O tipo de tratamento difere consoante a extensão da lesão, se a cárie está no seu início, utiliza-se após a remoção de cárie uma obturação com compósito ou amálgama. Se a lesão é muito extensa pode ser necessário fazer uma pulpotomia e colocação de uma coroa de acrílico se o dente é incisivo ou canino ou uma coroa de aço se se tratar de um molar. Se a lesão de cárie levou à total destruição do dente será necessário fazer a extracção do mesmo. Pode ser necessária a colocação de um retentor de espaço, quando se fazem extracções (7,14,17).

Como estas crianças são muito pequenas e por

vezes pouco colaborantes e os tratamentos são normalmente numerosos, é necessário recorrer-se a uma anestesia geral para serem devidamente efectuados.

O tratamento deve ser executado com a maior brevidade possível para melhorar as condições de saúde da criança e permitir um crescimento saudável. A criança uma vez tratada e sem dores, começa de imediato a alimentar-se melhor, a dormir melhor e passa a ser uma criança mais feliz (13).

Após o tratamento as crianças devem ser vigiadas e recomendam-se consultas ao dentista de 3 em 3 meses.

### PREVENÇÃO

Na prevenção o papel do pediatra é fundamental, pois é quem segue o bebé desde o seu nascimento (12,19). Recomendava-se que a primeira visita da criança ao dentista fôsse aos 3 anos, mas a partir de 1986 passou a ser recomendada a idade de 1 ano, para evitar o aparecimento do síndrome do biberão ou despistá-lo precocemente (5).

Outro papel fundamental é o dos pais, que infelizmente desconhecem o mal que pode fazer um líquido açucarado no biberão ou na chucha do seu filho durante a noite (16). Os pais devem ser informados pelo pediatra ou pelo dentista dos hábitos alimentares saudáveis para os seus filhos, devendo tentar que a criança largue o biberão até ter 1 ano de idade, evitar que a criança adormeça com o biberão na boca, ou dar-lhe o biberão só com água (3). Uma alternativa ao biberão é a criança adormecer com o seu boneco preferido. É importante desaconselhar a utilização de chucha com açúcar ou mel, a alternativa é molhá-la só com água.

A dieta desempenha um papel fundamental na etiologia da cárie dentária (1,2) e os bebés são alimentados pelos pais, logo estes devem evitar dar hidratos de carbono cariogénicos aos seus filhos nos primeiros anos de vida. Deve recomendar-se moderação na ingestão de açúcar, ou fazê-lo após as refeições seguindo-se a escovagem dos dentes. Uma dieta saudável, é importante para a nutrição da criança e para

a manutenção da sua saúde, e a ingestão de hidratos de carbono cariogénicos deve ser feita com muita moderação.

É também muito importante alertar os pais para o facto de que a maioria dos medicamentos para as crianças, os xaropes, têm sacarose na sua composição para os tornar mais agradáveis e muitos destes medicamentos são tomados à noite. Os pais devem lavar os dentes das crianças após a ingestão destes xaropes, se por acaso a criança toma o medicamento a dormir, os pais podem passar uma escova sem pasta por todos os dentes da criança, mesmo com ela a dormir.

A higiene da criança deve começar com a erupção do primeiro dente, com a utilização de uma compressa. A introdução da escova pode fazer-se por volta dos 12 meses de idade primeiro sem pasta de dentes e por volta dos 18 meses então introduzir-se uma pasta fluoretada. A higiene oral deve ser feita pelo menos uma vez por dia, mas de preferência a seguir às refeições e ao deitar e deve ser sempre supervisionada pelos pais, pois uma criança na primeira infância, não sabe fazer a higiene dentária sózinha.

Devem ser recomendados suplementos de flúor nas zonas onde não existe fluoretação da água, e a criança deve iniciar a visita ao dentista por volta dos 12 meses de idade.

### CONCLUSÕES

Para evitar o aparecimento do síndrome do biberão, os pais devem ser informados dos riscos dos hidratos de carbono cariogénicos ingeridos no biberão ou com a chucha, devendo esta informação ser dada no período pré-natal, neonatal e pós-natal.

O papel do pediatra é fundamental e as visitas ao dentista devem ser feitas a partir dos 12 meses de idade, para que o síndrome do biberão seja evitado ou diagnosticado a tempo.

### BIBLIOGRAFIA

1. BEELEY J. Nutrition teaching in European dental schools. *J Human Dietetics* 1991; 4:127 - 33.

2. BERNARD-BONNIN A, PELLETIER H, TURGEON J, DANSEREAU C, PETIT N, CHABOT G, MASSON P. Cariogenic Feeding habits and fluoride supplementation during infancy and early childhood *Revue Canadienne Santé Publique* 1993 March - April; 84 (2): 90 - 3
3. BENITEZ C, O'SULLIVAN D, TINANOFF N. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. *ASDC J Dent Child* 1994 January-February: 46 - 9.
4. CLODE M J, TAVARES M V. Nutrição e saúde oral infantil. *Rev. Port. Estomatol Cir Maxilofac* 1991 ; 32 ( 2 ) :125 - 31.
5. CROLL T. The need for early infant and toddler dental care: a pictorial argument. *Quintessence International* 1988;19 (10):719 - 29.
6. ERONAT N, EDEN E. Comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children. *J Clinical Pediatr Dent* 1992 ;16 (4): 275 - 9.
7. HARRIS N, CHRISTEN A. Primary Preventive Dentistry. Appleton e Lange. 2nd Edition: 337- 45.
8. GEORGE A, LODOLINI G, KAMINSKY S, CISNEROS G . Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *J Pediatr Dent* 1992;14 (5): 302 - 5.
9. JUAMBELTZ J, KULA K, PERMAN J. Nursing caries and lactose intolerance. *ASDC J Dent Child* 1993 November-December: 377 - 84.
10. KANDELMAN D .La Dentisterie Préventive. Masson,1989: 215 - 46.
11. KASTE L, MARIANOS D, CHANG R, PHIPPS K. The assessment of nursing caries and its relationship to high caries in the permanent dentition. *J Public Health Dent* 1992 ; 52 (2): 64 - 8.
12. KORANYI K, RASNAKE L K, TARNOWSKI K. Nursing bottle weaning and prevention of dental caries : a survey of pediatricians. *J Pediatr Dent* 1991;13 (1): 32 - 4.
13. KOROLUK L, RIEKMAN G. Parental perceptions of the effect of maxillary incisor extractions in children with nursing caries. *ASDC J Dent Child* 1991 May - June: 233 -36.
14. MCDONALD R E, AVERY D R. *Odontopediatria*. Editora Koogan Guanabara S. A., 4ª Edição 1986 : 326 - 42.
15. NEWBRUN E. *Cariology*. Quintessence Publishing Co Inc, 3rd Edition 1989: 99 -134.
16. O' SULLIVAN D, TINANOFF N. Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior teeth. *J Pediatr Dent* 199315 (1) : 41- 4.
17. PINKHAM J P. *Pediatric Dentistry. Infancy through adolescence*. Saunders Company 1988: 223 - 31.
18. RIPA L .Nursing caries: a comprehensive review. *J Pediatr Dent* 1988;10 (4): 268-79.
19. SCHULTE J, DRYAN M, HAGEN J. Early childhood decay. *Clinical Pediatr* 1992 December: 727-30.
20. SCHWARTZ S, ROSIVACK G, MICHELOTTI P. A child sleeping habit as a cause of nursing caries. *ASDC J Dent Child* 1993 January-February: 22-5.
21. SERWINT J, MUNGO R, NEGRETE V, DUGGAN A, KORSCH B. Child - rearing practices and nursing caries. 1993 August *Pediatrics* ; 93 ( 2 ) : 233 - 7.
22. THYLSTRUP A, FEJERSKOV O. *Textbook of Clinical Cariology*. Munksgaard, 2nd Edition 1994: 219 - 30.
23. WEINSTEIN P, DOMOTO P, WHOLERS K, KODAY M - Mexican-American parents with children at risk for baby bottle tooth decay: pilot study at a migrant farmworkers clinic. *ASDC J Dent Child* 1992 September - October :376 - 83.
24. YIU C, WEI S. Management of rampant caries in children. *Quintessence International* 1992;23 (3):159 - 68.