

Atención temprana en la infancia: dientes natales y neonatales

M. MIEGIMOLLE HERRERO, P. PLANELLS DEL POZO*, E. BARBERÍA LEACHE**

Colaboradora Honorífica del Departamento de Estomatología IV de la Facultad de Odontología de la UCM.

**Profesora Titular de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UCM. **Catedrática de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UCM. Madrid*

RESUMEN

Se van a detallar las lesiones bucodentales de más frecuente aparición en la etapa neonatal correspondientes a las anomalías del desarrollo y la erupción dentarias, que provocan una consulta odontopediátrica en la etapa neonatal del niño. Citaremos tanto su prevalencia como sus localizaciones. Analizaremos su etiología, sus características histológicas y los síndromes a los que más frecuentemente aparecen asociadas. Por último se revisarán las diferentes opciones de tratamiento según los diferentes autores consultados y se destacarán los casos clínicos de más reciente aparición en la literatura.

PALABRAS CLAVE: Dientes natales. Dientes neonatales.

ABSTRACT

We are going to review those bucodental injuries that appear more often in the neonatal period, and that correspond to the anomalies of the development and dental eruptions. We will point out the etiology of the clinic features, their prevalence, their clinic identification and their correspondent treatment. Finally, we will review some clinic cases that have recently appeared in literature.

KEY WORDS: Natal teeth. Neonatal teeth.

INTRODUCCIÓN

Se entiende como recién nacido normal a todo aquel niño nacido entre la 37 y la 42 semana de edad, con peso entre 2.500 y 4.000 gramos (1) (Fig. 1).



Fig. 1. Imagen de recién nacido.

Se denominan mediante la siguiente nomenclatura (1):
—Perinatal: 28 semanas de gestación-7 días de vida.
—Neonatal precoz: 0-7 días de vida.
—Neonatal tardío: 7-28 días de vida.
—Neonatal: 0-30 días de vida.

En el presente trabajo nos ocuparemos de las lesiones orales que pueden presentar los niños, desde que nacen hasta que cumplen un mes de vida (Fig. 2).



Fig. 2. Imagen de recién nacido.

LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO

La boca tiene una función de ventosa, con un paladar plano y una macroglosia relativa, por lo que es una cavidad más teórica que real, a fin de crear un vacío durante la succión, que se refuerza con una prominencia del labio superior durante este acto, llamado "callo de succión" (1).

ANOMALÍAS DEL DESARROLLO Y ERUPCIÓN DENTARIAS. DIENTES NATALES Y NEONATALES

INTRODUCCIÓN

La presencia de dientes en el momento del nacimiento o la erupción de éstos en los primeros días de vida extrauterina, es un hecho muy llamativo que con frecuencia alarma mucho a los padres haciéndoles pensar que el niño no es normal (2,3).

Estos dientes se denominan "natales" (2) (Fig. 3), cuando están presentes al nacer y "neonatales" (4) (Fig. 4), cuando erupcionan durante los 30 primeros días de vida (3,5); ambos términos, que son expresión de la misma anomalía, se refieren sólo a la cronología erupti-



Fig. 3. Dientes natales.



Fig. 4. Dientes neonatales.

va, sin conceptuar el grado de madurez o si se trata de dientes supernumerarios o forman parte de la dentición temporal (6).

Otras denominaciones para estos dientes son las de "dientes congénitos" o "dientes fetales".

PREVALENCIA

La frecuencia de aparición de estos dientes es pequeña y los datos sobre su prevalencia varían de unos estudios a otros (3,6). Nelson (7) nos refiere su aparición en 1 de cada 2.000 recién nacidos.

Algunos autores indican que parecen ser más frecuentes los dientes natales que los neonatales en una proporción aproximada de 3 a 1 (8). Y con respecto a la predilección sexual existe una gran controversia, unos autores observaron que ambos se presentan más en mujeres, pero otros no encuentran diferencias sexuales (6,8,9).

LOCALIZACIÓN

El 85 por ciento de los dientes natales son incisivos centrales inferiores temporales, dato con el que coinciden casi todos los trabajos revisados, el otro 15 por ciento se distribuye de la siguiente manera: el 5% entre incisivos centrales superiores y molares, y el 10% restante en estructuras dentarias supernumerarias (3-10).

ETIOLOGÍA

La etiología de este proceso no está aclarada; generalmente se atribuye a una situación superficial del germen dentario en desarrollo, lo que predispone a erupcionar antes, si bien la causa de la alteración en la cronología de la erupción dentaria sigue siendo desconocida (3,5,6,8,9).

Algunos autores también nos hablan de la influencia de factores hereditarios en la aparición de este proceso, habiéndose descrito esta erupción precoz en padres e hijos (3,10), incluso en 3 generaciones sucesivas de una familia; como dato curioso referir que (8):

—Herpin observó dientes natales en dos niños nacidos de la misma madre pero de padres diferentes.

—Asana refirió dientes natales encontrados en dos niños del mismo padre pero nacidos de madres diferentes.

Otros autores han descrito la aparición de dientes natales en gemelos (6).

SÍNDROMES Y ANORMALIDADES DEL DESARROLLO ASOCIADAS CON DIENTES NATALES Y NEONATALES

También se pueden encontrar formando parte de las alteraciones presentes en algunos síndromes y anomalías del desarrollo, como son: (5,8,9).

—Síndrome adrenogenital (Leung, 1986).

—Displasia condroectodérmica (Feinglos, 1966).

—*Cutis gyratum* y *acantosis nigricans* (Beare, 1969).

- Ciclopia (Boyd y Miles, 1951).
- Oculomandibulodiscefalia (Russell y Bass, 1970).
- Paquioniquia congénita (Murray, 1921 y Annacroth, 1975).
- Ductus arterioso y pseudobstrucción intestinal (Harris, 1976).
- Síndrome de Pfeiffer tipo 3 (Álvarez, 1993).
- Síndrome de Pierre Robin (Leung, 1986).
- Síndrome de Rubinstein-Taybi (Hannekam y Doorne, 1990).
- Síndrome polidactílico (Gorlin, 1976).
- Esteatocistoma múltiple (King y Lee, 1987).
- Síndrome Van der Woude (Herh y Verdi, 1992).
- Síndrome de Wiedemann-Rautenstrauch (Devos, 1981).

HISTOLOGÍA

La mayoría de los autores consultados centran las alteraciones histológicas de estos dientes en las de un diente inmaduro cuyas características más importantes serían un esmalte hipoplásico y un escaso desarrollo de la raíz (3,9).

Los estudios realizados con microscopía electrónica de barrido nos especifican más respecto a la disminución del espesor del esmalte. Bigeard y cols. (5) observaron un grosor de esmalte de 130 µm en los dientes neonatales, cuando la capa de esmalte de un diente temporal normal tiene un espesor que oscila entre las 1000 y 1200 µm. Uzamis (9) realizó un estudio también con microscopía electrónica de barrido y observó que el grosor máximo de la capa de esmalte era 150 µm, y que la superficie del esmalte presentaba fisuras que representaban la terminación del desarrollo incompleto de los procesos de Tomes.

Las alteraciones estructurales parecen estar limitadas al esmalte solamente, con ausencia en la zona de prismas, estrías de Retzius y las bandas de Hunter-Schreger, todo esto en relación probablemente con alteraciones de la amelogénesis. Este grosor de la capa de esmalte, se puede considerar normal si tenemos en cuenta que el diente natal es un diente cuya corona se hubiera terminado de formar tres meses más tarde, de no haber erupcionado precozmente (3).

Existen autores que describen el crecimiento radicular de estos dientes tras la extracción de los mismos, por los que se ha de realizar la posterior extracción de la raíz (6).

FORMAS DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE

To y Zhu siguiendo a Allwright nos ofrecen una clasificación en cuatro categorías según las formas de presentación de los dientes natales y neonatales (8):

1. Estructura coronaria parecida a una concha, escasamente sujeta al alvéolo por un ribete de mucosa oral, no tienen raíz.
2. Corona sólida, escasamente sujeta al alvéolo por un ribete de mucosa oral; raíz pequeña o inexistente.

3. Borde incisal de la corona erupcionando a través de la mucosa oral.

4. Zona inflamada en la mucosa oral con los dientes palpables pero sin erupcionar.

Estructura coronaria parecida a una concha, escasamente sujeta al alvéolo por un ribete de mucosa oral, no tienen raíz.

Corona sólida, escasamente sujeta al alvéolo por un ribete de mucosa oral; raíz pequeña o inexistente

La aparición de estos dientes en un recién nacido puede producir una serie de problemas que serán comentados según las categorías mencionadas. Así, las categorías 1 y 2 nos deben alertar sobre el desprendimiento del diente y la posible aspiración de éste, por lo que todos los autores coinciden en la necesidad de extracción de estos dientes (3,8,10).

Bigeard y Nedley (5) en los casos que presentan en sus publicaciones nos describen la aparición a los pocos meses de haber realizado la exodoncia de los dientes natales, en la zona de la arcada dentaria donde se encontraban los dientes, de unas pequeñas estructuras dentales correspondientes posiblemente a remanentes de la lámina dentaria que han permanecido tras la extracción y han continuado su misión odontogénica.

La extracción de este tipo de dientes (8) no presenta en principio ninguna dificultad; debido al escaso desarrollo de las células de la papila dental y de la lámina de Hertwing, éstas se desprenden fácilmente junto con la parte calcificada del diente. Sin embargo, si estas células permanecieran en el alvéolo, podrían continuar su desarrollo y formación de estructuras. Esto ocurre en un 9,1% de los niños, y, en algunos de ellos, es posible la aparición de abscesos alveolares. Por ello, la extracción de un diente natal o neonatal debe ir seguida de un adecuado curetaje para prevenir el futuro desarrollo de las células de la papila dental (8).

Borde incisal de la corona erupcionando a través de la mucosa oral.

La tercera categoría (3,8) nos describe unos dientes cuyos bordes incisales han aflorado a la cavidad oral; esto nos puede producir dificultades para la lactancia por las lesiones que el niño puede producir a la madre y por las que él mismo puede producirse. La lesión que se describe con mayor frecuencia es la ulceración de la cara ventral de la lengua, lo que puede interferir en la alimentación y consiguiente desnutrición del niño (3,7) (Fig. 5). Esta alteración será descrita con más detenimiento en un apartado posterior de este trabajo.

Zona inflamada en la mucosa oral con los dientes palpables pero sin erupcionar.

La cuarta categoría se presentó a estos autores (3) con la apariencia de un quiste gingival del recién nacido que posteriormente se rompió dando paso a dos estruc-



Fig. 5. Dientes natales.



Fig. 6. Erupción de dientes natales.

turas dentarias compatibles con la segunda categoría de Allwright.

Sin embargo, existen autores como McDonald (10), que consideran la conducta más apropiada la no extracción, y la explicación a los padres que es mejor dejarlo en su sitio debido a la importancia que reviste y en vistas al crecimiento y la erupción de los futuros dientes adyacentes. En un tiempo corto, el diente erupcionado se estabilizará y saldrán los otros dientes de la arcada (Fig. 6).

Fombella (11) recomienda su extracción precoz en las siguientes situaciones:

—Riesgo de aspiración.

—Autotraumatismo de la lengua, labios o pezón materno durante la lactancia.

Nos aconseja esperar a que el lactante tenga, por lo menos, 10-14 días. Esto permite que la flora intestinal del recién nacido produzca Vitamina K, la cual es esencial para conseguir unos niveles adecuados de protrombina (11).

CORRESPONDENCIA:

M. Miegimolle
Paseo San Francisco de Sales, 19 12ºD
28003 Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- Herrera P. Recién nacido normal. Recién nacido pretérmino. Características y cuidados a los mismos. En: Tratado de Odontología. Tomo II. Madrid: Smithkline-Beecham, 1998; 1529-42.
- Cameron A, Widmer R, King N, Aldred M, Hall R, Seow K. Anomalías Dentales. En: Cameron A, Widmer R. Manual de odontología pediátrica. Madrid: Harcourt Brace, 1998; 179-220.
- Ceballos G, Aguilar MJ. Estudio de los dientes natales y neonatales. Revista Europea de Odonto-Estomatología 1999; 9 (1): 21-4.
- Rock WP, Grundy MC, Shaw L. Ilustraciones diagnósticas en odontopediatría. Interamericana-Mc Graw Hill, 1989.
- Bigéard L, Hemmerle J, Sommermater JI. Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: enamel and dentin assessments. ASDC 1996; 63 (1): 23-31.
- Aguiló L, Gandía JL. Crecimiento de la raíz tras la extracción de un diente neonatal. Odontología Pediátrica 1994; 3 (2): 77-80.
- Fox LA. El sistema digestivo En: Nelson Tratado de Pediatría. 9ª ed. New York: Interamericana-McGraw Hill, 1998; 905-1008.
- Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. Journal of Dentistry for Children 1995; 62 (2): 123-8.
- Uzamis M, Olmez S, Ozturk H, Celik H. Clinical and structural study of natal and neonatal teeth. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry 1999; 23(3): 173-8.
- McDonald RE, Avery DR. Erupción de los dientes: factores locales, sistémicos y congénitos que influyen en el proceso. En: McDonald RE, Avery DR. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª ed. Madrid: Mosby- Doyma, 1995; 179-90.
- Fombella J, López J. Exodoncia pediátrica. Odontol Pediatr 1992; 1(3): 149-52.