

## Dientes neonatales: reporte de caso

### Neonatal teeth: case report

Paola Andrea Orbes<sup>1</sup>, Nubia Geraldine Ballesteros<sup>1</sup>, Maria Alejandra Caro<sup>1</sup>,  
Johana Sanjuan<sup>2</sup>, Sandra Elizabeth Aguilera-Rojas<sup>3</sup>

#### RESUMEN

*Los dientes natales y neonatales son anomalías del desarrollo dental que tienen lugar en la etapa proliferativa, son eventos que se presentan con extrema rareza, como lo indican las estadísticas, sus rangos de prevalencia oscilan entre: 1 por 1.000 nacidos vivos a 1 por 3.000 nacidos vivos. Su etiología es de carácter multifactorial, se han propuesto diversas hipótesis que pueden llegar a causar la presencia de estos dientes. El presente reporte hace referencia a la atención integral de una niña de días de nacimiento en quien fue diagnosticada la presencia de esta condición.*

**Palabras Clave:** Diente neonatal, odontopediatría, crecimiento y desarrollo.

#### ABSTRACT

*The natal and neonatal teeth are anomalies of dental development that take place in the proliferative stage, they are events that occur with extreme rarity, as indicated by the statistics, their prevalence ranges ranging from: 1 per 1,000 live births to 1 per 3,000 births alive Its etiology is multifactorial in nature, and several hypotheses have been proposed that may lead to the presence of these teeth. This report refers to the comprehensive care of a girl of days of birth in whom the presence of this condition was diagnosed..*

**Keywords:** Neonatal tooth, pediatric dentistry, growth and development.

#### Grupo de Investigación - Ciencias Odontológicas UNICOC

1. Estudiantes Facultad de Odontología Institución Universitaria Colegios de Colombia
2. Odontóloga, especialista en Odontopediatría. Coordinadora Odontopediatría Universitaria Colegios de Colombia Bogotá
3. Odontóloga, especialista en Semiología y Cirugía Oral, Maestría en Ciencias Básicas Biomédicas. Directora Centro de Investigación Colegio Odontológico UNICOC

Autor responsable correspondencia: Johana Sanjuan  
Correo electrónico jsanjuan@unicoc.edu.co

**Citar como:** Orbes PA, Ballesteros NG, Caro MA, Sanjuan J, Aguilera-Rojas SE. Dientes neonatales: reporte de caso. Journal Odont Col. 2017;10(20):18-21

Noviembre 2017, aceptado: Diciembre 2017

## INTRODUCCIÓN

La literatura reporta que los dientes neonatales son aquellas estructuras dentarias que erupcionan dentro de los 30 primeros días de vida postnatal,<sup>1</sup> de otra parte se ha reportado los dientes natales que son aquellos que están presentes en el momento del nacimiento, es decir atravesaron su proceso de erupción en la vida intrauterina.<sup>2</sup>

Entre algunos de los términos que se han utilizado para referirse a los dientes neonatales, se encuentra *Dentitia praecox*, *dens connatalis*, dientes congénitos, dientes fetales, dientes de la infancia, dentición predecidua y dentición precoz.<sup>2</sup>

Los primeros reportes documentados de la presencia de los dientes natales y neonatales datan del año 59 A.C en Italia por el historiador Tito Livio. Existen posiciones encontradas en algunas culturas, de hecho en la romana se le atribuyó potencial como una señal de prosperidad y de buen presagio, mientras, que en África y China se creía que la presencia de estos dientes era un infortunio y se acostumbraba a matar a los infantes.<sup>2</sup>

Como características clínicas se puede encontrar que por su desarrollo precoz o prematuro presentan hipoplasia del esmalte, la dentina posee una coloración amarilla o café, su desarrollo coronal tiende a ser de dientes con apariencia de microdoncia, pobres en textura y tienen un escaso o ausente desarrollo radicular, razón por la cual, en algunos casos, se presenta movilidad. Pueden a su vez presentar morfologías atípicas por ejemplo forma cónica, tienen cámaras pulpares muy amplias, vascularizadas pero con una escasa cantidad de células inflamatorias.<sup>3,4</sup>

La etiología de estas anomalías no es muy clara, ya que la literatura no describe una causa exacta que sea la responsable de la aparición de estas.<sup>3</sup> En los primeros reportes científicos se consideraron quistes de lámina dental del recién nacido.<sup>4</sup> Actualmente se han postulado las siguientes hipótesis: Presencia de un gen autosómico dominante, desórdenes endocrinos a nivel de las glándulas: Pituitaria, tiroides y gónadas, reabsorción aumentada o excesiva del hueso alveolar que recubre las láminas dentales, alteraciones en la salud de la madre: Trastornos endocrinos, episodios febriles durante el embarazo y sífilis congénita, procesos infecciosos,<sup>5</sup> alteración del patrón de erupción (erupción precoz) e incluso se menciona que la exposición a toxinas ambientales podría ser el agente causal de dicha patología.<sup>6</sup> Adicionalmente se han

reportado en asocio a Síndromes como Pierre Robin, Hendiduras Labiales y Palatinas, Epidermólisis Bullosa, Disostosis Craneal y Síndrome de Down. Razones que nos llevan a sugerir que su etiología es multifactorial.<sup>4</sup> Alrededor del 90% de los estos corresponden a dientes deciduos con un patrón de erupción acelerado, y solo el 10% de los casos corresponden a dientes supernumerarios.<sup>7</sup>

Los dientes natales y neonatales son alteraciones del desarrollo dental poco frecuentes, sus rangos de prevalencia oscilan entre: 1 por 1.000 nacidos vivos a 1 por 3.000 nacidos vivos.<sup>3</sup> Otros informes realizados en el Indian Hospital en Oklahoma, EE.UU señalan una prevalencia de 1:100.<sup>7</sup> Kate *et al* (1984) han descrito que se presentan con mayor prevalencia en mujeres (63.3%) que en hombres.<sup>3</sup> Los dientes que con mayor frecuencia se ven afectados son los incisivos centrales inferiores, debido a que son los dientes deciduos que primero erupcionan.<sup>3</sup> Tal como lo señala Chun-Hsiang y colaboradores quienes encontraron un 97.6% de los dientes natales y neonatales corresponden a incisivos mandibulares seguidos de los incisivos maxilares (2.4%). Lo cual coincide con los resultados obtenidos con Bodenhoff y Gorlinquene: incisivos mandibulares (85%), seguidos de los incisivos maxilares (11%), los caninos mandibulares y molares (3%).<sup>8</sup>

Entre las complicaciones descritas en la literatura se encuentran la enfermedad de Riga Fede (RFD), la cual es una ulceración de tipo crónico de la mucosa ventral de la lengua, como consecuencia de un constante traumatismo con un borde del diente, esta a su vez puede ser ocasionada por hábitos parafuncionales o desórdenes neurológicos, condición que puede interferir con la lactancia materna. Fue identificada por primera vez en el año de 1881 por Antonio Riga, posteriormente Fede en el año de 1890 realizó una descripción histológica de esta lesión, por tal razón se le denomina de dicha manera.<sup>9</sup> La movilidad es otra de las complicaciones que se puede presentar, en este tipo de caso es de suma importancia identificar el grado de movilidad que tenga el diente, debido a que puede traer consigo riesgo de broncoaspiración o de ingesta del mismo, a pesar de ello es un evento que se presenta con poca frecuencia según algunos reportes, otros indican que la aparición de estos sucesos es nula.<sup>10</sup>

Otras complicaciones que se pueden evidenciar son las laceraciones en el pezón de la madre, pérdida de peso del niño debido a la dificultad que se presenta en

el momento de la lactancia ocasionadas por el dolor, irritación gingival prolongada, así como hiperplasias fibrosas a nivel de la encía.<sup>11</sup>

Por último, el tratamiento está enfocado a la prevención de futuras complicaciones ocasionadas por la presencia de estos dientes en boca y/o a la corrección de las mismas en caso de presentarse. Para determinar el tratamiento oportuno es necesario realizar una minuciosa evaluación del diente para establecer su grado de movilidad y la presencia de ángulos agudos en el borde incisal que puedan ocasionar futuras lesiones como fue descrito previamente.

Si después de examinar el diente se concluye, que no presenta una movilidad mayor a 1 mm, ni bordes cortantes, se establecen controles clínicos por parte del odontólogo para analizar su evolución. En el caso de presentar bordes cortantes, la literatura reporta que se puede realizar un tallado selectivo con el fin de pulir los mismos. También se ha propuesto la utilización de sistemas adhesivos con el fin de prevenir posibles traumatismos, sin embargo esta última propuesta ha generado gran controversia debido a las fallas que se pueden presentar debido a la humedad. Por último, si el diente presenta una movilidad mayor a 1 mm (no fisiológica) es necesario realizar la extracción del mismo, para lo cual está indicado administrar una carga de vitamina K al niño, y así evitar el riesgo de hemorragia, ya que su sistema de coagulación no se desarrolla hasta los 10 días de nacido.<sup>5</sup>

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de dos días de nacida, que es llevada a consulta odontológica por sus padres, quienes reportan que al momento del nacimiento, la bebé presentaba “una bolita blanca en la encía”. La madre reporta que la paciente no presenta ningún compromiso sistémico. Al examen intraoral se observa inflamación gingival a nivel del incisivo mandibular izquierdo, se determina como quiste de la erupción. Al día siguiente los padres acuden nuevamente al consultorio reportando que “le salió el diente”, se realiza valoración del órgano dental, verificando que no exista ningún borde filoso, ni movilidad del mismo.

En base a los resultados y pruebas realizadas a la paciente, se determina como diagnóstico “Diente neonatal” y se establece el plan de tratamiento a seguir, en este caso, la paciente no presenta ninguna laceración a nivel de los tejidos blandos y la pieza dental no posee movilidad alguna, la madre a su vez reporta que no presenta ningún tipo de laceración a nivel del pe-



**Figura 1**

Radiografía intraoral de diente neonatal



**Figura 2**

Diente neonatal

zón y no interfiere en la lactancia materna, por lo cual se determina como tratamiento inicial el control del diente, indicando a la madre que debe acudir a consulta odontológica cada 3 meses, sin embargo, si la paciente presenta algún tipo de alteración (laceraciones, movilidad, interferencia en la lactancia materna) es necesario que acuda al consultorio para valorar los riesgos y establecer un nuevo tratamiento.

La paciente se mantiene en control, para observar la evolución del diente, durante 3 meses, el siguiente control se realiza a los 6 meses después, y se continúan cada año, por 4 años, en los cuales no se presentó ningún tipo de complicación. Actualmente la paciente tiene 5 años, se realiza control clínico y radiográfico, en donde se evidencia que el diente neonatal hace parte de la fórmula dental (diente temporal) y no un supernumerario.

Clínicamente el diente no presenta movilidad, y se encuentra en buen estado, sin embargo, se observa tiene escasa morfología, es un diente más pequeño y presenta una coloración amarillenta. Radiográficamente se puede observar que el diente temporal se encuentra en proceso de reabsorción gracias al germin del diente permanente, el cual se ha formado sin ninguna complicación.

## DISCUSIÓN

Es importante que el paciente que presenta un diente neonatal siga un estricto control para evitar complicaciones. Siendo la ulceración lingual traumática la complicación más frecuentemente relacionada con la presencia de dientes neonatales y reportada por la literatura, también denominada granuloma eosinofílico y ulceración eosinofílica traumática de la lengua y la mucosa oral,<sup>12</sup> fibrogranuloma sublingual, crecimiento sublingual en niños, glositis atrófica traumática.<sup>13</sup> La evolución de esta patología, puede interferir en la correcta alimentación del bebé, hecho que al no ser corregido oportunamente puede llegar a ocasionar una pérdida de peso en el recién nacido. Clínicamente, aparece comúnmente como una úlcera localizada en la lengua (60% de las lesiones), aunque también pueden estar involucradas otras áreas como el labio, el paladar, la encía, la mucosa vestibular y el piso de la boca. El RFD puede ser asintomático u ocasionalmente asociado con dolor. Por lo general, es unilateral, aunque se han notificado lesiones multifocales y recurrencias. Ambos sexos se ven igualmente afectados.<sup>14</sup>

De otra parte, se considera que la movilidad es la segunda complicación más frecuente debido a falta del desarrollo radicular que presentan estos dientes, por tal motivo si no es tratada a tiempo, puede llegar a ser un riesgo de broncoaspiración. Los dientes natales en los que hay una corona en forma de concha mal fijada al alvéolo por tejido gingival y ausencia de raíz o una corona sólida mal fijada al alvéolo por tejido gingival y con poca o ninguna raíz, son dientes con pobre pronóstico.<sup>15</sup> Si el grado de movilidad es más de 2 mm generalmente se ordena la extracción.<sup>16</sup>

## REFERENCIAS

1. Mhaske S, Yuwanati M, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Review Article Natal and neonatal teeth:

- An overview of the literature. ISRN pediatrics. 2013.
2. Moura L, Silva M, Moura M, Branco C, Dantas-Neta N, Pereira T. Natal and neonatal teeth: A review of 23 cases. *Journal of Dentistry for Children*. 2014; 81(2).
  3. Suma S, Shivayogi H, Sudha P, Shikhar K. Multiple natal teeth: A rare case report. *Indian Journal of Dental Research*. 2011; 22(1).
  4. Ricci L, Damo C, Simões F, Alves P, Borges A. Case Report Riga-Fede Disease Associated with Natal teeth: Two different approaches in the same case. *Case reports in Dentistry*. 2015.
  5. Rusmah M. Natal and neonatal teeth: A clinical and histological study. *J Clin Pediatr Dent*. 1991;15:251-3
  6. Kadam M, Kadam D, Bhandary S, Hukkeri R. Natal and neonatal teeth among cleft lip and palate infants. Original article. *National Journal of Maxillofacial Surgery*. 2013; 4(1).
  7. Kana A, Markou I, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *European Journal of Pediatric Dentistry*. 2013; 14(1)
  8. Chun-HsiangWangaYai-TinLinbYng-Tzer J.Lin. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2017;116( 3): 193-196
  9. Sook Hee K, Young-Ah C, Ok Hyung N, Mi Sun K, Sung Chul C, Hyo-Seol L. Complication After Extraction of Natal Teeth with Continued Growth of a Dental Papilla. *Pediatric Dentistry* [2016, Nov), ; 38(7): 465. Available from: *Dentistry & Oral Sciences Source*.
  10. Dema J, Muhammad M. Natal and Neonatal teeth. *Saudi Med J*. 2014 ; 35(5).
  11. Samadi F, Babaji P, Saha S, Katiyar A, Chowdhry S. Case Report Natal teeth: Report of two cases and review of literature. *International Journal of Oral & Maxillofacial Pathology*. 2011; 2(1) : 33-36.
  12. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(2):186-8
  13. Baroni A, Capristo C, Rossiello L, Faccenda F, Satriano RA. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease) *Inter J Dermatol*. 2006;45(9):1096-7.
  14. Joseph BK, BairavaSundaram D. Oral traumatic granuloma: report of a case and review of literature. *Dent Traumatol*. 2010;26(1):94-7.
  15. Anegundi RT, Sudha P, Kaveri H, Sadanand K. Natal and neonatal teeth: A report of four cases. *J Indian Soc Pedo Prev Dent*. 2002;20:86-92
  16. Singh S, Subbba Reddy VV, Dhananjaya G, Patil R. Reactive fibrous hyperplasia associated with a natal tooth: A