

Dientes natales y neonatales: una revisión de la literatura

Natal and neonatal teeth: a review of the literature

Salvador Eduardo Lucas-Rincón¹, Carlo Eduardo Medina-Solís^{1,2}, América Patricia Pontigo-Loyola², Norma Leticia Robles-Bermeo¹, Edith Lara-Carrillo¹, Miriam Alejandra Veras Hernández², Mirna Minaya Sánchez³, Juan Fernando Casanova-Rosado³

RESUMEN

Los dientes que erupcionan antes de tiempo, desde el nacimiento o posterior a éste, son denominados comúnmente dientes natales o neonatales. Se clasifican de acuerdo al grado de maduración o apariencia. La prevalencia varía de 1 en 44 a 1 en 30,000 nacimientos. Son más frecuentes los dientes natales que los neonatales. Por lo general, pertenecen a la dentición primaria, ocurren de forma bilateral y predominan entre las mujeres. Todavía de etiología desconocida, la teoría más aceptable es que el germen dental tiene una localización superficial. Clínicamente se ven como dientes primarios normales, suelen ser más pequeños, algunas veces de forma cónica. Generalmente son móviles por la falta de formación radicular y presentan alteraciones del esmalte; pueden revelar una apariencia inmadura con hipoplasia del esmalte de bordes irregulares y agudos; su coloración puede ser marrón-amarillento / opaco blanquecino. Radiográficamente hay ausencia de raíz. Histológicamente, la mayoría de los dientes natales y neonatales pueden seguir un patrón de mineralización normal, pero también presentan alteraciones tanto en el esmalte como en la dentina. Otros descubrimientos incluyen ausencia de la capa basal de Weil, vaina de Hertwig y cemento; además de un incremento en el número de vasos sanguíneos dilatados en la pulpa. El tratamiento debe ser adaptado a cada diente y cada niño. Los tratamientos disponibles son: la extracción o el mantenimiento del diente en la arcada. La complicación más común de los dientes neonatales o natales es la

ABSTRACT

Teeth that erupt early are commonly referred to as natal or neonatal teeth. They can be classified according to the degree of maturity or appearance. Their prevalence varies from 1 in 44 to 1 in 30,000 births. Natal teeth are more frequent than neonatal teeth, and they often belong to the primary dentition; they occur bilaterally and principally among women. The etiology of these teeth is unknown, and the most acceptable theory is that the tooth germ is located superficially. Clinically, they resemble normal primary teeth, although they are often smaller and sometimes conical. They are generally characterized by a lack of root formation, changes in enamel and dentin, an immature appearance with hypoplastic enamel and sharp irregular edges, and yellowish-brown/white opaque coloration. Radiographically there is no root. Histologically, most natal and neonatal teeth may follow a pattern of normal mineralization, but also have alterations in both enamel and dentin. Other findings include absence of the basal layer of Weil, Hertwig's sheath and cement; besides an increase in the number of blood vessels in dilated pulp. Treatment should be tailored to each tooth and each child. Available treatments include extraction or maintenance of the tooth in the arch. The most common complication of neonatal teeth or natal is traumatic ulceration of the ventral portion of the tongue due to friction, called Fede-Riga disease (ulcer). No reports of aspiration exist in the literature. The treatment of natal and neonatal teeth should be assessed very carefully to estimate their mobility, integrity, feeding baby, and the

¹ Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología "Dr. Keisaburo Miyata" de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

² Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México.

³ Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche. Campeche, México.

Correspondencia: MSc. Carlo Eduardo Medina Solís. Avenida del Álamo # 204, Fraccionamiento Paseo de los Solares. Colonia Santiago Tlapacoya. CP. 42110. Pachuca de Soto, Hidalgo, México. E-mail: cemedinas@yahoo.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer conflicto de interés.

Recibido: 14/12/2016. Aceptado: 02/03/2017.

Doi: 10.18004/ped.2017.abril.62-70

ulceración traumática de la parte ventral de la lengua debido a la fricción, llamada úlcera de Riga Fede. No hay reporte de broncoaspiración. El tratamiento de los dientes natales y neonatales deben valorarse con mucho cuidado; estimando su movilidad, integridad, compromiso de la alimentación y la presencia de alguna úlcera.

Palabras clave: Diente natal, diente neonatal, etiología, prevalencia, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La odontogénesis es el proceso de desarrollo dental que conduce a la formación de los elementos dentales en el seno de los maxilares y la mandíbula, en el que aparecen sucesivamente dos clases de dientes: los dientes primarios y los dientes permanentes. Los dientes se desarrollan a partir de brotes epiteliales. Es un proceso complejo en el que están implicadas dos capas germinativas primarias: el epitelio ectodérmico, que origina el esmalte, y el ectomesénquima que forma los tejidos restantes (complejo dentinopulpar, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar). En la odontogénesis, el papel inductor desencadenante es ejercido por el ectomesénquima o mesénquima cefálico (células derivadas de la cresta neural que han migrado hacia la región cefálica). En el proceso de la odontogénesis se distinguen dos fases: la morfogénesis o morfodiferenciación y la histogénesis o citodiferenciación^(1,2). El desarrollo del niño desde la concepción hasta los primeros años de vida está marcado por muchos cambios. Hasta cierto punto, los órganos dentales pueden presentar variaciones en su tamaño, forma y localización, lo cual podría estar considerado dentro de los límites de normalidad.

La erupción dental es un proceso largo en el tiempo e íntimamente relacionado con el crecimiento y desarrollo del resto de las estructuras craneofaciales, se define como el movimiento de un órgano dental de su sitio de desarrollo, dentro del proceso alveolar hasta su posición funcional en la cavidad bucal. Tradicionalmente, se denomina erupción dental al momento eruptivo en que el diente rompe la mucosa bucal y hace su aparición en la boca del niño⁽³⁾. El periodo normal de erupción de los dientes primarios se inicia aproximadamente a los seis meses de edad, con los incisivos centrales inferiores y termina alrededor de los 24 meses con los segundos molares

presence of some ulcers.

Keywords: Natal tooth, neonatal tooth, etiology prevalence, treatment.

superiores, lo cual es un hito en términos de cambios funcionales y psicológicos en la vida del niño, así como en términos emocionales para los padres. Las expectativas sobre la erupción de los primeros dientes son grandes, pero pueden ser aún mayores cuando los dientes aparecen temprano en la cavidad oral⁽⁴⁾. Los dientes que aparecen antes de tiempo, desde el nacimiento o posterior a éste se les ha llamado comúnmente dientes natales o neonatales.

Terminología para los dientes natales y neonatales
Varios términos han sido utilizados para referirse a los dientes que han erupcionado prematuramente, tales como: dientes congénitos, dientes fetales, dientes precoces, dientes predeciduous, dientes de la infancia, así como *dentitia praecox* y *dens connatalis*, entre otros⁽⁵⁻⁹⁾. Massler y Savara⁽¹⁰⁾, fueron los que definieron a este tipo de dientes desde hace más de 60 años, y hasta ahora es la definición más ampliamente aceptada por autores de todo el mundo^(5-7,11-15); de esta manera son llamados dientes natales aquellos que ya están presentes en el bebé al momento de su nacimiento. En cambio los dientes neonatales aparecen durante los primeros treinta días de vida. Los dientes que hacen erupción más allá del período de 30 días (es decir, erupción dentro de 1-3.5 meses) se refieren a ellos generalmente como dientes de la infancia temprana⁽¹⁶⁾. Basado en estos antecedentes, Mhaske et al.,⁽⁸⁾ mencionan que estos términos sólo definen el momento/tiempo en que estos dientes erupcionan y no dan ningún indicio de si los dientes son un componente de la dentición primaria o si son supernumerarios, por lo que plantean que se deben proponer nuevos sinónimos.

Historia, mitos y creencias

Los dientes natales y neonatales se observaron desde la antigüedad y se tiene registro de ellos en fuentes

muy remotas, tales como las inscripciones cuneiformes encontradas en Nineveh (59 a.C.). Por otro lado, Celso (25 a.C. a 50 d.C.), publicó en su libro *De re Médica*, en el capítulo VII diversos temas que atañen a los niños; entre ellos el de la persistencia de los dientes natales, la reposición de piezas permanentes con erupción en mala posición, y el uso de la lima para suavizar los bordes cortantes de una fractura incisal cuando ocasiona erosiones en el labio. Posteriormente en tiempos romanos, Cayo Plinio Segundo, naturalista romano nacido en el año 23 y fallecido en el 79, durante la erupción del Vesubio, escribió *Historia Natural*, en cuyo capítulo VII nos informa sobre la existencia de los dientes natales y neonatales. Otro libro importante escrito por Tito Libio, con el nombre *Historia Romana* describe en el capítulo XLI, el caso de una niña que nació con dientes, lo que en la sociedad romana se consideraba un signo de prosperidad. Se dice que Luis XIV, Ricardo III, Napoleón, el Cardenal Mazarino, Mirabeau, Zoroaster, Haannibal y el Cardenal Richelieu nacieron con este tipo de dientes^(4,7,17,18).

La presencia de dientes al nacer se consideró un mal presagio por las familias de los niños chinos, que creían que si el bebé mordía a alguno de los padres, éste podría morir. En Inglaterra, la creencia era que los bebés que nacían con dientes crecerían para ser soldados famosos. Mientras que en Francia e Italia se creía que esta condición garantizaría la conquista del mundo. En Polonia, India y África, la superstición ligada a los dientes natales y neonatales prevaleció durante mucho tiempo. En muchas tribus africanas los niños que nacían con dientes fueron asesinados poco después del nacimiento, ya que se creía que traían mala suerte para todos los que se ponían en contacto con él. Las supersticiones y el folklore concernientes a estos dientes variaron, desde creer que estos niños estaban favorecidos excepcionalmente por Dios en la creencia de que eran unos magos, y en algunos países del este de Europa se tomaba esta condición como una premonición diabólica^(4,17,18).

Clasificación

Clasificar se refiere a ordenar o dividir un conjunto de elementos en clases a partir de cierto criterio determinado previamente. Es un proceso que facilita el estudio de algún evento, considerando su grado de sencillez o complejidad; se pueden realizar grupos por su apariencia, función y hasta utilidad.

Se puede tomar en cuenta también, las semejanzas en la forma y la estructura. Aunque resulta difícil formar grupos perfectos, clasificar nos sirve para organizar, para ordenar y para investigar. De esta forma, se han propuesto diferentes formas de clasificar los dientes natales y neonatales. De acuerdo al grado de maduración se pueden clasificar como se describe en la **tabla 1**⁽⁶⁾.

Tabla 1. Clasificación de la madurez de los dientes natales y neonatales.

	Maduro	Inmaduro
Tamaño radicular	Mayor a un tercio de la raíz	Menor a un tercio de la raíz
Esmalte	Completo y mineralizado	Hipoplasia e hipocalcificación en grado variable.
	Color blanco lechoso	Color amarillento.
Dentina	Túbulos dentinarios ordenados	Túbulos dentinarios atípicos
Pulpa	Cámara pulpar de tamaño normal	Estrecha y sumamente vascularizada
Cemento	Cementocitos rodeando la raíz	No se forman cementocitos
Movilidad	Escasa o nula	Movilidad extrema
Encía circundante	Sin edema	Edematizada

Spoug & Feasby⁽¹⁹⁾, propusieron una clasificación clínica tomando en cuenta su grado de madurez (**Tabla 2**). Hebling et al.⁽²⁰⁾ realizaron una clasificación de acuerdo a la apariencia de cada diente natal dentro de la cavidad en cuatro categorías de la siguiente manera, tal como los dientes emergen en la cavidad oral (**Tabla 3**).

Tabla 2. Clasificación de los dientes natales y neonatales de acuerdo a su apariencia clínica.

Maduro	Un diente natal maduro o diente neonatal maduro es aquel que exhibe un desarrollo normal y morfológicamente se asemeja a su contraparte normal, con relativo buen pronóstico.
Inmaduro	El término diente natal y neonatal inmaduro implica que la estructura y el desarrollo del diente son incompletos o defectuosos, presentando por consiguiente un mal pronóstico de retención.

Tabla 3. Clasificación de acuerdo a la apariencia del diente natal.

(1) La corona en forma de concha el diente se encuentra mal fijado al alvéolo por el tejido gingival y hay ausencia de una raíz;
(2) Corona sólida pobremente fijada al alvéolo por el tejido gingival y poca o nada de raíz;
(3) Erupción del borde incisal de la corona a través de los tejidos gingivales;
(4) Edema del tejido gingival con un diente no erupcionado pero palpable.

*Generalmente los estadios 1 y 2 deben ser extraídos.

Epidemiología

Estudios epidemiológicos refieren una prevalencia que puede variar entre 1 en 44 a 1 en 30,000^(4,13,15). Hay que tomar en cuenta que estas cifras también pueden variar entre los diferentes grupos raciales⁽⁹⁾. Las tablas 4 y 5 presentan los resultados de algunas prevalencias observadas alrededor del mundo, en población general^(4,13,15,21-24) y con alguna condición^(4,25-28).

Tabla 4. Prevalencia de dientes natales/neonatales alrededor del mundo.

Referencia	Prevalencia	Muestra
Magitot, 1876	1:6000	17,578
Puech, 1876	1:30000	60,000
Ballantyne, 1897	1:6000	17,578
Massler & Savara, 1950	1:2000	6,000
Allwright, 1958	1:3408	6,817
Bodenhoff, 1959	1:3000	-
Wong, 1962	1:3000	-
Bodenhoff & Gorlin, 1963	1:3000	-
Moyhall, 1967	1:1125	90
Gordon & Langley, 1970	1:102	407
Jarvis, 1972	1:121	1,571
Chow, 1980	1:2000 to 3500	-
Anderson, 1982	1:800	-
Kates et al., 1984 *	1:726	18,155
Kates et al., 1984**	1:3667	18,155
Leung, 1986	1:3392	50,892
King, 1989	1:1324	22,500
Bedi & Yan, 1990	1:1442	-
Rusmah, 1991	1:2325	9,600
To, 1991	1:1118	53,678
Alalusa, 2002	1:1013	34,457
Abid, 2003	1:523	523
Liu and Huang, 2004	1:210	420
El Khatib, 2005	1:3400	17,000
Mohammadzadeh, 2005	1:824	3,298
Freudenberger, 2008	1:44	2,182
George, 2008	1:346	1,038
Kovac & Kovac, 2011	1:800, 1:6000	-
Prol, 2014	1:845	43,949
Wang, 2016	1:401	12,019

Adaptado de Cunha et al, 2001, Kana et al., 2013 y datos recientes
* Examinados clínicamente, ** Utilizando entrevistas.

Tabla 5. Prevalencias en pacientes con alguna condición especial.

Referencia	Condición	Prevalencia	Muestra
Gladen, 1990	Niños expuestos a bifenilos policlorados degradado térmicamente	1:10	128
De Almeida, 1996	LPH unilateral	1:50	692
	LPH bilateral	1:10	327
Iwamoto, 2009	LPH unilateral	1:20	39
	LPH bilateral	1:3	10
Kadam et al., 2013	LPH	1:50	151
Yilmaz et al., 2016	LPH bilateral	1:6	12
	LPH unilateral	1:15	46

Los dientes natales son más frecuentes que los dientes neonatales siendo la proporción aproximadamente de 3.5 a 1⁽²⁹⁾, y raramente se presentan los dos tipos en un mismo paciente^(15,16). Por lo general, pertenecen a la dentición primaria, sólo entre 1.1% a 5% de los casos son supernumerarios, por lo que hay que tener en cuenta esta situación cuando el tratamiento de elección sea la extracción. La literatura internacional ha demostrado que el 85%

de los dientes natales/neonatales son incisivos centrales inferiores, el 11% de incisivos centrales superiores, 3% son caninos o molares inferiores y 1% son caninos y molares maxilares. Se ha observado que raramente se presentan en la región molar superior. Pueden ocurrir de forma bilateral; de hecho, algunos autores mencionan que el 61% suele presentarse en pares^(6,7,14,30-32).

Algunos datos epidemiológicos interesantes se mencionan a continuación. Leung⁽³³⁾ observó 50,892 partos (durante 17 años) y encontró que la incidencia de los dientes natales era 1:3,392. Kates et al.⁽⁵⁾ en Estados Unidos incluyeron 18,155 recién nacidos, la prevalencia para dientes natales fue de 1:726 cuando fueron examinados clínicamente y de 1:3,667 cuando se realizó por entrevistas al personal de salud. En Marruecos, la prevalencia de dientes natales encontrada por El Khatib et al.,⁽²²⁾ fue de 1:3400, en una muestra de 17,000 bebés. Alalusa et al.,⁽²¹⁾ examinaron 34,457 infantes Finlandeses y observaron una prevalencia de dientes natales/neonatales de 1:1000. En Taiwan, Wang et al.,⁽¹⁵⁾ realizaron un estudio en 12,019 recién nacidos, la prevalencia de dientes natales o neonatales fue de 1:401.

Aunque para algunos autores no hay preferencias en cuanto al sexo⁽³⁴⁾, otros autores reportaron un predominio del sexo femenino de esta alteración⁽⁹⁾; por ejemplo; Kates et al.,⁽⁵⁾ observaron una mayor prevalencia de dientes natales en el sexo femenino con un porcentaje de 66%, similar al 60%, encontrado recientemente por Prol et al.⁽²⁴⁾ en España y 63% por Wang et al.,⁽¹⁵⁾ en Taiwan.

Al parecer la variación en la prevalencia depende de la población estudiada y de los métodos empleados en cada estudio. En varios estudios no se especificaba si se trataba de dientes natales, neonatales o ambos; por lo que es necesario estandarizar los métodos. Por otro lado, determinar la presencia de dientes neonatales es más complicado por el seguimiento de al menos 30 días.

Etiología

Todavía de etiología desconocida, los dientes natales y neonatales siguen siendo un fenómeno poco común. Por lo que se han realizado diversas hipótesis para explicar su aparición. Por ejemplo; se ha atribuido a diferentes factores como^(6,8,15,29,32,34,35-37):

- Deficiencias nutricionales como la hipovitami-

nosis, causada por la mala salud materna.

- Antecedentes patológicos e infecciones maternos como: trastornos endócrinos, episodios febriles, pielitis durante el embarazo, y sífilis congénita;
- Estimulación hormonal (disturbios endócrinos de la pituitaria, tiroides o gónadas);
- Traumatismos;
- Estados febriles;
- Actividad osteoblástica en un área de los gérmenes dentales;
- Factores ambientales: bifenilos policlorados (PCB) y dibenofuran parecen aumentar la incidencia de dientes natales. Estos niños suelen presentar otros síntomas asociados, tales como uñas distróficas de los dedos, hiperpigmentación, etc.
- Factor hereditario (gen autosómico dominante) en un 15% de los casos; y

Se relaciona con síndromes como el de Ellis-van Creveld (displasia condroectodérmica), Jadassohn-Lewandowsky (Paquioniquia congénita), Hallerman-Streif (oculomandibulofacial con hipotricosis), disostosis craneofacial, steacystoma multiplex, Sotos, Rubinstein-Taybi Wiedemann-Rautenstrauch, Meckel-Gruber, Pierre Robin, Wiedeman-Rautenstrauch, Ciclopía (también ciclocefalia o sinoftalmia), Pallister-Hall, Pfeiffer, short ribpolydactyly tipo II, labio y/o paladar hendido, displasia ectodérmica, esteacitoma múltiple, sotos, adrenogenital, epidermolisis bullosa simple incluyendo van der Woude y síndromes de Walker-Warburg. También hay dientes natales en el hipertiroidismo congénito y en disfunciones gonadales o suprarrenales como el síndrome adrenogenital.

Sin embargo, la teoría más aceptable entre los científicos es que existe una localización más superficial de lo normal del germen dental.

Características clínicas y radiográficas

Aunque en su forma clínica los dientes natales y neonatales se ven como los dientes primarios normales, suelen ser más pequeños, algunas veces de forma cónica. Generalmente son móviles, debido a la falta de formación radicular, lo que se puede corroborar radiográficamente. En un alto porcentaje se puede observar que presentan alteraciones del esmalte, pueden revelar una apariencia inmadura con hipoplasia del esmalte de bordes irregulares y agudos, su coloración puede ser marrón-amarillento

/ opaco blanquecino. El diagnóstico diferencial se hace con los quistes de la lámina dental y los nódulos de Bohn. Están unidos a una almohadilla de tejido blando por encima de la cresta alveolar, de vez en cuando cubierto por mucosa, y como resultado, tienen una movilidad exagerada^(6,15,31,32).

Se presentan principalmente en la mandíbula y pocas veces se puede observar en el maxilar^(5,15,34). En la mayoría de los casos se ha observado en pares, ya sean dientes natales o neonatales. Casi siempre pertenecen a la dentición primaria y pocas veces son supernumerarios^(5,15,38).

Las radiografías ponen de manifiesto que aún no se ha formado la raíz. Se puede observar una delgada línea radiopaca del esmalte y la cámara pulpar es muy amplia.

Características histológicas

Una gran cantidad de los dientes natales/neonatales presenta anomalías en su estructura, observándose también alteraciones histológicas⁽³⁹⁾. A pesar de la estructura básica normal de los dientes natales, su erupción temprana se asocia con alteraciones en la mineralización del esmalte. El primer reporte microscópico de dientes natales y neonatales fue de Howkins en 1932, posteriormente Boyd y Miles realizaron una investigación histológica más detallada⁽⁴⁰⁾. Histológicamente, la mayoría de los dientes natales y neonatales pueden seguir un patrón de mineralización normal del esmalte, pero también han presentado diversos grados de displasias y/o hipomineralización a ausencia total del esmalte en algunas regiones; por lo que el esmalte puede presentar espesor variable y la unión amelodentinaria se presenta casi en línea recta. La alteración en la amelogénesis se presume es debida a la exposición prematura del diente a la cavidad oral, lo que resulta en la alteración metaplásica del epitelio normal del esmalte a una configuración escamoso estratificado. En la dentina, se ha observado osteodentina atubular en la fosa central oclusal equivalente a la dentina terciaria depositada a un estímulo como caries y atrición; sugiriendo que los odontoblastos estuvieron expuestos al ambiente bucal antes de tiempo. La dentina puede mostrar alteraciones con deposiciones atípicas de dentina tubular, principalmente en el tercio cervical y ocasionalmente de osteodentina; lo cual es atribuido a la estimulación por la movilidad dental, causando igual cambios histológicos en el cemento.

Se observa igual dentina interglobular en las regiones de la corona con inclusiones celulares anormales, así como un patrón irregular de orientación de los túbulos dentinarios y la capa granular de Tomes. Tanto la vaina de Hertwig y el cemento pueden estar ausentes. La cavidad pulpar y los conductos radiculares son más amplios, aunque la pulpa muestra un desarrollo normal. Otros descubrimientos incluyen la falta de la zona de Weil (zona pobre de células) y la zona rica de células (Zona de Höll). También se observó ausencia de formación de la raíz, la falta de formación de cemento, la falta de cámara pulpar, y una formación de dentina irregular; y un incremento en el número de vasos sanguíneos dilatados en la pulpa. Los dientes natales sin formación de esmalte son extremadamente raros^(32,36,38,41,42).

Manejo odontológico

El establecimiento de un plan de tratamiento es un desafío para el profesionalista. El tratamiento debe ser adaptado a cada diente y cada niño. La decisión de mantener o no el diente deben considerar diversos factores. Los tratamientos disponibles para los cirujanos dentistas son: la extracción o el mantenimiento del diente en la arcada^(37,43). Sin embargo, antes de iniciar el tratamiento se debe descartar con una radiografía si es un diente supernumerario, en cuyo caso está indicada su

extracción. Pero, si pertenece a la dentición primaria, se debe observar si los bordes cervicales de la corona son visibles y evaluar la movilidad extrema; en este caso también está indicada la extracción. Si pertenece a la dentición primaria, no se observan los bordes cervicales de la corona y hay poca movilidad. Se debe intentar preservarlos, para esto hay que eliminar las asperezas de los bordes del esmalte incisal, así como aplicar fluoruro tópico con frecuencia (una vez al mes) con un hisopo para evitar la caries dental⁽⁶⁾.

Si impiden la alimentación adecuada, se les debe extraer por el peligro de que sean tragados o broncoaspirados durante el amamantamiento. Aunque no hay informes en la literatura al respecto. Se recomienda aplicar anestésico local y tener cuidado con el sangrado en los primeros días de vida, debido a la hipoprotrombinemia o a la falta de formación de Vitamina K^(6,44). Incluso, en algunas ocasiones, debe evaluarse la interrupción del amamantamiento⁽⁴⁴⁾.

En la **tabla 6** se muestran las opciones de tratamiento que han empleado diversos autores en Latinoamérica, además de ciertos aspectos epidemiológicos^(3,12,42,44-52). En el 48.1% de los casos se realizó la extracción dental como tratamiento, en el 22.2% se llevó a cabo sólo observación y seguimiento, y en 14.8% se hizo pulido de bordes incisales.

Tabla 6. Resumen de 27 casos clínicos publicados recientemente en la literatura científica latinoamericana.

Autor	País	Sexo	Edad*	Dientes	Posición	Tipo	Tratamiento
Martínez, (1997)	Venezuela	Masculino	20	2	81	Natal	Pulido de bordes
					71	Natal	Pulido de bordes
Martínez, (1997)	Venezuela	Masculino	27	2	81	Natal	Paliativo
					71	Neonatal	Paliativo
Martínez, (1997)	Venezuela	Masculino	29	1	Incisivo inferior	Natal	Extracción
Guzmán et al. (2005)	Paraguay	Masculino	177	2	81	Natal	Pulido de bordes
					71	Natal	Pulido de bordes
Soto et al. (2009)	México	Femenina	196	2	81	Natal	Extracción
					71	Natal	Observación
Fierro et al., (2010)	Chile	Masculino	1	2	81	Natal	N/D**
					71	Natal	N/D**
Souza et al. (2011)	Brasil	Masculino	40	1	71	Neonatal	Extracción
López et al., (2012)	Venezuela	Femenina	2	2	81	Natal	Extracción
					71	Natal	Extracción
Perea et al. (2013)	Perú	Femenina	28	2	81	Natal	Extracción
					71	Natal	Extracción
Nogueira et al., (2014)	Brasil	Femenina	28	2	81	Natal	Observación
					71	Natal	Observación
Nogueira et al., (2014)	Brasil	Femenina	6	1	71	Natal	Extracción
Simoës et al., (2014)	Brasil	Femenina	15	2	81	Natal	Observación
					71	Neonatal	Observación
Suarez et al., (2014)	Cuba	Femenina	30	1	Incisivo inferior	Natal	Extracción
Chicurel et al. (2016)	México	Femenina	16	1	71	Neonatal	Observación
Chicurel et al. (2016)	México	Femenina	15	2	81	Neonatal	Extracción
					71	Neonatal	Extracción
Lucas et al., (2017)	México	Masculino	15	2	81	Natal	Extracción
					71	Neonatal	Extracción

*En días que llegó a la consulta, N/D= no disponible.

Complicaciones

La complicación más común de los dientes neonatales o natales en recién nacidos es la ulceración traumática de la parte ventral de la lengua debido a la fricción, llamada úlcera de Riga Fede en la superficie ventral anterior de la lengua. Coldrallin describió por primera vez esta condición en 1857. Riga y Fede la describieron la lesión histológicamente, por lo que fue después que comenzó a ser conocida como enfermedad de Riga – Fede⁽²⁹⁾. Es llamada también úlcera eosinofílica de la mucosa oral, granuloma eosinofílico ulcerado diutinum, granuloma eosinofílico ulcerado o granuloma traumático ulcerado. Típicamente la lesión empieza como una úlcera en la superficie ventral de la lengua debido al trauma repetido, posteriormente progresa a una masa fibrosa alargada de apariencia de un granuloma ulcerado y en su etiología están implicados los traumas y alteraciones de la barrera epitelial inducida por un tóxico o virus, con activación de linfocitos y liberación de interleuquinas para luego impulsar la maduración de eosinófilos.

Otra de las complicaciones es que puede haber dificultad o rechazo en la alimentación debido al dolor, disminución de la succión y alimentación debido al efecto de masa de esta lesión y por ende malnutrición, por lo tanto, es necesario reconocer esta entidad y tratarla a tiempo^(31,32,44). Otra complicación es la laceración del pezón de la madre, lo que dificulta también la alimentación al seno materno^(6,31,32,53).

La hipermovilidad es motivo de preocupación ya que el bebé puede deglutir el diente⁽³⁸⁾. Algunos procedimientos en la boca también pueden desalojar los dientes natales/neonatales, por ejemplo, en un

reporte publicado por Soto & Calderón⁽⁴⁵⁾, a una paciente que se le realizó sedación, durante la intubación se luxó el diente natal. A la interconsulta ya no estaba presente el órgano dental por lo que se solicitó radiografía de tórax en la que se observó que la pieza dental se encontraba en vías digestivas. A los tres días se solicitó nueva placa radiográfica, en la cual ya no se observó la pieza dental, por lo que se consideró que fue expulsada del tubo digestivo.

Finalmente, a pesar de que no existen reportes de broncoaspiración, existe un riesgo potencial de inhalación del diente por parte del niño, además es una preocupación frecuente tanto del clínico como de los padres, por lo que la extracción del diente con movilidad trae mayor beneficio que el correr el riesgo de asfixia por inhalación con la exfoliación espontánea^(32,22,34,51,53,54).

CONCLUSIÓN

Los dientes natales y neonatales son poco comunes, y más raros la presentación de ambos en el mismo paciente. La extracción dental es el tratamiento electivo en la mayoría de los casos. El tratamiento de los dientes natales y neonatales debe valorarse con mucho cuidado; estimando su movilidad, integridad y la presencia de una úlcera (Riga Fede) en la superficie ventral de la lengua. Aunque otros aspectos como los socioeconómicos de la familia pueden jugar un papel importante. Cabe destacar que actualmente no existen criterios diagnósticos objetivos para determinar el grado de movilidad como el pronóstico a corto y largo plazo de dientes natales/neonatales, por lo que se sugiere que se lleven a cabo estudios enfocados a contestar estas interrogantes y establecer protocolos de tratamiento⁽⁵¹⁾.

REFERENCIAS

1. Gómez de Ferraris ME, Campos Muñoz A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 3 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
2. Bordoni N, Escobar-Rojas A, Castillo-Mercado R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
3. Fierro-Monti C, Bravo-Rivera L, Torres-Chianale F, Álvarez-Helle C, Pérez-Flores MA. Dientes natales, revisión bibliográfica y caso clínico. Int J Odontostomat. 2010;4(2):105-110.
4. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. Pediatr Dent. 2001;23(2):158-62.

5. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Assoc.* 1984;109(3):441-3.
6. De la Teja-Ángeles E, Durán-Gutiérrez LA, Zurita-Bautista YE. Dientes natales y neonatales. *Acta Pediatr Mex.* 2011;32:351-352.
7. Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. *BMJ Case Rep.* 2013;jun 3:10.1136/bcr-2013-010049.
8. Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. *ISRN Pediatr.* 2013;2013:956269.
9. Newadkar UR, Chaudhari L, Khalekar YK. Natal and neonatal teeth: terminologies with diverse superstitions. *J Family Med Prim Care.* 2016;5(1):184-5.
10. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr.* 1950;36:349-359.
11. Stamfelj I, Jan J, Cvetko E, Gaspersic D. Size, ultrastructure, and microhardness of natal teeth with agenesis of permanent successors. *Ann Anat.* 2010;192(4):220-26.
12. Perea-Paz M, Vargas-Travaglini Y. Dientes natales: reporte de caso y revisión de literatura. *Odontol Pediatr.* 2013;12(19):69-75.
13. Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *Eur J Paediatr Dent.* 2013;14(1):27-32.
14. Farsi DJ, Ahmed MM. Natal and neonatal teeth. *Saudi Med J.* 2014;35(5):499-503.
15. Wang CH, Lin YT, Lin YJ. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *J Formos Med Assoc.* 2016;Doi: 10.1016/j.jfma.2016.03.009.
16. Moura LF, Moura MS, Lima MD, Lima CC, Dantas-Neta NB, Lopes TS. Natal and neonatal teeth: a review of 23 cases. *J Dent Child (Chic).* 2014;81(2):107-111.
17. Zhu J, King D. Natal e neonatal teeth. *J Dent Child.* 1995;62:123-128.
18. Muñoz-Velázquez C. Historia de la odontopediatría (primera parte). In: *Odontólogo Moderno 2016* [Internet]. 2016. [citado 2016 Set 20]. Disponible en: percano.mx/literature-moderno/2016/08/18/historia-de-la-odontopediatria-primera-parte/
19. Spouge JD, Feasby WH. Erupted teeth in the newborn. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol.* 1966;22:198-208.
20. Hebling J, Zuanon ACC, Vianna DR. Dente Natal-a case of natal teeth. *Odontologia Clínica.* 1997;7:37-40.
21. Alaluusua S, Kiviranta H, Leppäniemi A, Hölttä P, Lukinmaa PL, Lope L, Järvenpää AL, Renlund M, Toppari J, Virtanen H, Kaleva M, Vartiainen T. Natal and neonatal teeth in relation to environmental toxicants. *Pediatr Res.* 2002;52(5):652-5.
22. El Khatib K, Abouchadi A, Nassih M, Rzin A, Jidal B, Danino A, Malka G, Bouazzaoui N. [Natal teeth: apropos of five cases]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2005;106(6):325-7.
23. Kovac J, Kovac D. Neonatal teeth. *Bratisl Lek Listy.* 2011;112(11):648-50.
24. Prol A, Cahuana A, Giunta ME, Revollo J. Dientes natales y neonatales: revisión de 33 casos. *Odontol Pediatr (Madrid).* 2014;22(1):3.
25. Gladen BC, Taylor JS, Wu YC, Ragan NB, Rogan WJ, Hsu CC. Dermatological findings in children exposed transplacentally to heat-degraded polychlorinated biphenyls in Taiwan. *Br J Dermatol.* 1990;122:799-808.
26. Iwamoto T, Yoshizaki K, Sonoda A, Nakamura Y, Matsuishi Y, Yamaguchi N, Nonaka K. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Pediatric Dental Journal.* 2009;19(1):46-51.
27. Kadam M, Kadam D, Bhandary S, Hukkeri RY. Natal and neonatal teeth among cleft lip and palate infants. *Natl J Maxillofac Surg.* 2013;4(1):73-76.
28. Yilmaz RB, Cakan DG, Mesgarzadeh N. Prevalence and management of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate patients. *Eur J Dent.* 2016;10(1):54-58.
29. Mirza D, Taqvi GH, Ikram K, Ahmed S, Hakeem S. Natal and neonatal teeth- an uncommon oral finding: a cross sectional study in Pakistani subjects. *Pakistan Oral & Dental Journal.* 2015;35(1):39-43.
30. Kumar A, Grewal H, Verma M. Posterior neonatal teeth. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011;29(1):68-70.
31. Sothinathan R, Shakib K. Natal teeth: a sign of fortuity or grave misfortune. *Br Dent J.* 2011;210(6):265-66.
32. Maheswari NU, Kumar BP, Karunakaran, Kumaran ST. Early baby teeth: folklore and facts. *Pharm Bioallied Sci.* 2012;4(Suppl 2):S329-S33.
33. Leung AK. Natal teeth. *Am J Dis Children.* 1986;140:249-51.
34. Basavanthappa NN, Kagathur U, Basavanthappa RN, Suryaprakash ST. Natal and neonatal teeth: a retrospective study of 15 cases. *Eur J Dent.* 2011;5(2):168-72.

35. Marakoglu K, Percin EF, Marakoglu I, Gursoy UK, Goze F. Anencephalic infant with cleft palate and natal teeth: a case report. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004;41(4):456-58.
36. Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: Case report and review of literature. *JOMFP* 2009;13(1).
37. Gouédard C, de Vries P, Darbin-Luxcey C, Foray H, d'Arbonne F. [Natal and neonatal teeth: Update on current knowledge and treatments]. *Arch Pediatr*. 2016;23(9):990-95.
38. Uzamis M, Olmez S, Ozturk H, Celik H. Clinical and ultrastructural study of natal and neonatal teeth. *J Clin Pediatr Dent*. 1999;23(3):173-77.
39. De la Calle-Cañadas C, Pastor-de la Cruz G. Dientes natales y neonatales. *Reduca Serie Congresos Alumnos*. 2012;4(12):1.
40. Anderson RA. Natal and neonatal teeth: histologic investigation of two black females. *ASDC J Dent Child*. 1982;49:300-303.
41. Seminario AL, Ivancaková R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica*. 2004;47:229-33.
42. Martínez-Gómez V. Dientes natales y neonatales – primera parte. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 1997 [citado 2016 Set 18];35(2). Disponible en: [.actaodontologica.com/ediciones/1997/2/dientes_natales_neonatales_1.asp](http://actaodontologica.com/ediciones/1997/2/dientes_natales_neonatales_1.asp)
43. Diniz MB, Gondim JO, Pansani CA, de Abreu-e-Lima FCB. A literature da interação entre odontopediatrias e literatura no manejo de dentes natais e neonatais. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26:64-69.
44. Guzmán A, Mendoza G. Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005;3(2):152-57.
45. Soto-Quijada A, Calderón-Rivera E. Dientes natales y neonatales: caso clínico. *Arch Inv Mat Inf*. 2009;1(1):18-19.
46. Souza ACRA, Normandia CS, Melo LT, López Alvarenga R, Souza LN. Dientes neonatales: reporte de un caso y literatura. *Av Odontoestomatol*. 2011;27(5):253-58.
47. López P, Jiménez N, Pérez L, García R, Urdaneta M. Dientes de erupción temprana: reporte de un caso. *Revista Odontol Los Andes*. 2012;7(2):44-59.
48. Nogueira JSE, Gonçalves FAJG, Moda LB, Oliveira RP. Doença de Riga-Fede: relato de dois casos – um conservador e outro radical. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014;68(2):100-104.
49. Simões GAM, Mendes LD, Penido SMMO, Penido CVSR. Relato de caso clínico de paciente com dente natal e neonatal. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014;68(4):328-30.
50. Suárez-Hernández M, Pausa-Carmenate M, Valdés-Álvarez R. Diente natal. *Rev Cubana Estomatol*. 2014;51(4):430-34.
51. Chicurel-Rafael N, Guerrero-Sierra C, Robles-Andrade MS. Manejo de los dientes natales y neonatales: reporte de dos casos. *Revista ADM*. 2016;73(2):92-95.
52. Lucas-Rincón SE, Robles-Bermeo NL, Lara-Carrillo E, Pontigo-Loyola AP, Cacanova-Rosado JF, Medina-Solís CE. Paciente con diente natal y diente neonatal, una experiencia de tratamiento en el servicio social: reporte de un caso clínico. En: Medina-Solís CE, Vallejos-Sánchez AA, Alonso-Sánchez CC, Robles-Bermeo NL, Casanova-Rosado JF, Lara-Carrillo E, Pontigo-Loyola AP, Editores. *Mis casos clínicos en odontopediatría*. Campeche: Universidad Autónoma de Campeche; 2017. p. 39-47.
53. Adekoya-Sofowora CA. Natal and neonatal teeth: a review. *Niger Postgrad Med J*. 2008;15(1):38-41.
54. Shrestha UD. Postoperative follow-up challenge in paediatric cataract surgery in Nepal. *Journal of Nepal Paediatric Society*. 2011;31(3):198-201.