

Caso clínico

Dientes natales residuales. Revisión de la literatura y reporte de un caso poco frecuente

Flores Hernández Jessica Berenice¹, Américo Durán Gutiérrez²

¹. Residente de segundo año de la especialidad en Estomatología Pediátrica.

². Profesor adjunto de la especialidad en Estomatología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría.

Autor de correspondencia

Américo Durán Gutiérrez

E-mail: dr_americo@hotmail.com

Recibido: junio 2021

Aceptado: septiembre 2021

Citar como:

Flores Hernández JB, Durán Gutiérrez A. Dientes natales residuales. Revisión de la literatura y reporte de un caso poco frecuente. *Rev Odont Mex.* 2022; 26(2): 80-86. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2022.26.2.87329

Resumen

Introducción: Los dientes natales se definen como órganos dentarios presentes en el nacimiento en la cavidad bucal de los bebés; mientras que los dientes neonatales son aquellos que erupcionan dentro de los primeros treinta días de vida extrauterina. Existen protocolos para el tratamiento de estos órganos dentarios, los cuales tienen como objetivo vigilar la correcta alimentación y evitar la formación de úlceras por trauma (Riga Fede), así como la posibilidad de que el diente mal implantado sea objeto de deglución o bronco aspiración. **Objetivo:** describir el caso clínico de la aparición de un diente natal residual (DNR) posterior a la extracción de dientes natales y una revisión de la literatura sobre los aspectos más relevantes de los dientes natales, neonatales y la aparición de dientes natales residuales. **Presentación del caso:** paciente masculino de 2 meses de edad quien desarrolló un DNR tras la extracción indicada posterior a la luxación de sus dientes

natales. Se espera que este caso sirva para prevenir a los odontólogos generales y especialistas que decidan realizar una extracción de un diente natal o neonatal, sobre la posibilidad de que el tejido remanente posextracción se calcifique y forme un DNR. **Conclusiones:** es necesario hacer una correcta evaluación para evitar que se forme un DNR y es importante que se aborde el tema en los programas educativos de las universidades.

Palabras clave: diente natal, diente neonatal, diente natal residual.

INTRODUCCIÓN

Los dientes natales se definen como órganos dentarios presentes al nacimiento en la cavidad bucal de los bebés; mientras que los dientes neonatales son aquellos que erupcionan dentro de los primeros treinta días de vida extrauterina¹.

Otra clasificación propuesta por Spouge y Feasby (1966)² sugiere que estos dientes podrían clasificarse según su grado de madurez (de acuerdo a la cantidad de raíz, cantidad de esmalte), siendo un diente natal o neonatal maduro aquel que tiene un desarrollo normal y que tiene relativamente buen pronóstico; y el término inmaduro para un diente natal o neonatal que implica un desarrollo defectuoso con un mal pronóstico en cuanto a la retención en la cavidad bucal.

La apariencia de los dientes natales o neonatales puede ser clasificada en una de las siguientes cuatro categorías:

1. Estructura de la corona débilmente unida al alveolo por un anillo de mucosa bucal, sin raíz.
2. Corona sólida débilmente unida al alvéolo por la mucosa bucal, pequeña o ninguna raíz.
3. El borde incisal de la corona erupcionó atravesando la mucosa bucal.
4. Mucosa bucal inflamada con el diente sin erupcionar, pero palpable.

En 2002 Tsubone³ introdujo el término de diente natal residual (DNR), el cual describió como la formación de tejido duro dental, después de la pérdida de la parte coronal de los dientes natales y neonatales. La prevalencia de los dientes natales y neonatales varía de acuerdo con los diferentes estudios y se ha descrito dentro de un rango en la población de 1:716-1:30000⁴⁻⁷. Solo ha habido un informe publicado que indica la frecuencia del desarrollo de los dientes residuales después de la pérdida de los dientes natales y neonatales. En 1989, King y Lee⁵ estudiaron a 44 infantes con dientes natales y neonatales, de los cuales el 9.1% desarrolló dientes residuales seguidos de la extracción o exfoliación de esos dientes. A pesar del pequeño tamaño del grupo de estudio, estos resultados proporcionan una estimación aproximada de la prevalencia del desarrollo de dientes natales y neonatales residuales que es del 9.1%; sin embargo, la mayoría no son registrados por la fragilidad y pérdida del tejido residual.

Los dientes afectados más comúnmente son los incisivos centrales inferiores (85%), seguidos de los incisivos superiores (11%), los caninos y molares inferiores (3%) y caninos y molares superiores (1%), del 38 al 76% de los dientes natales y neonatales aparece en pares y forman parte de la fórmula normal de la dentición temporal, y solo del 1 al 10% son dientes supernumerarios^{1, 6-8}. La etiología es desconocida, algunos de los factores que generalmente se atribuyen a estos son una posición superficial de los gérmenes dentarios en desarrollo, lo que predispone a erupcionar prematuramente; patrones hereditarios de genes autosómicos

dominantes, estados febriles, estados infecciosos, desnutrición, nacimientos prematuros, asociación a síndromes genéticos y condiciones sistémicas⁸⁻¹⁰.

Los dientes natales y neonatales residuales están atribuidos a la presencia de remanentes de los tejidos subyacentes de la papila dental, posterior a la extracción de dientes natales o neonatales, los cuales permanecen vitales y mantienen su capacidad para formar tejidos duros¹¹⁻¹⁵. El manejo de estos dientes depende de múltiples factores^{6-8,16} (Figura 1) a considerar para llevar a cabo la toma de decisiones en cuanto al tratamiento como:

- Grado de movilidad e implantación.
- Complejo de succión/deglución adecuada.
- Interferencia durante la lactancia.
- Diente supernumerario o parte de la dentición normal.

Los dientes natales y neonatales con categoría 1 y 2, nos deben alertar sobre el desprendimiento del diente y la posible aspiración de este, por lo que todos los autores^{6-9,16} coinciden en la necesidad de extracción de estos dientes. Si los dientes deben de extraerse, se aconseja esperar a que el lactante tenga por lo menos de 10 a 14 días de nacido, para que se produzca vitamina K, o si se requiere realizar el procedimiento antes de este tiempo se puede administrar vitamina K profiláctica^{4,6,8-10}. La extracción de este tipo de dientes no presenta en un principio ninguna dificultad, debido al escaso desarrollo de las células de la papila dental y de la vaina de Hertwing, estas se desprenden fácilmente junto con la parte calcificada del diente; no obstante, si estas células permanecieran en el alvéolo, podrían continuar su desarrollo y formación de estructuras. Esto ocurre en el 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 una adecuada remoción del tejido remanente para prevenir el futuro desarrollo de las células de la papila dental^{3,4,6,11-13,15,17}. La tercera categoría nos describe unos dientes cuyos bordes incisales han aflorado a la cavidad bucal; esto nos puede causar dificultades para la lactancia por las lesiones que el niño pueda provocar a la madre y por las que él mismo pueda producirse. La lesión que se produce con frecuencia es la ulceración de la cara ventral de la lengua "úlceras Riga Fede", lo que puede interferir en la alimentación y consiguiente desnutrición del niño¹⁸⁻²⁰. El tratamiento de elección de esta úlcera incluye suavizar los bordes incisales ásperos^{8,9,16,20}.

El propósito de este artículo es describir el caso clínico de la aparición de un diente natal residual posterior a la extracción de dientes natales y una revisión de la literatura sobre los aspectos más relevantes de los dientes natales, neonatales y la aparición de dientes natales residuales.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 2 meses de edad, sin antecedentes personales y heredofamiliares de relevancia para padecimiento actual, que acude a la consulta del servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría para valoración por presentar dientes desde su nacimiento. La madre refiere que el menor nació con dos dientes en la "parte de abajo", los cuales le lastimaban el pecho impidiendo la lactancia, también notaba que se movían mucho, lo cual le provocaba ansiedad por miedo a que se le cayeran.

En el examen intraoral se observó la presencia de dos dientes, ubicados en la región anteroinferior, con el total de la corona clínica erupcionada, de color blanco amarillento, con apariencia de hipomineralización del esmalte, los cuales presentaban rotación, rodeados por una encía roja violácea y edematizada, con movilidad severa (clasificación 1 de dientes natales).

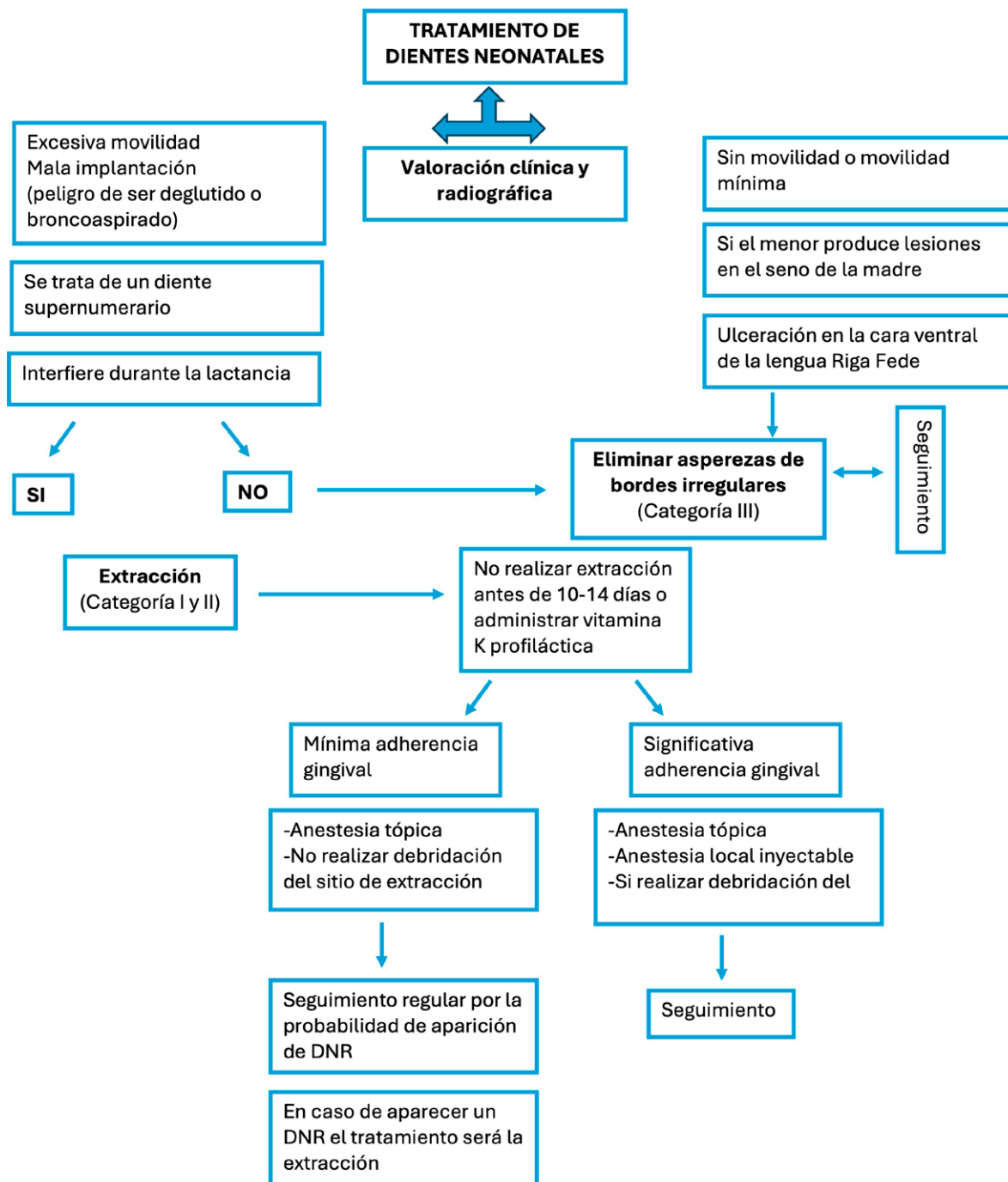


Figura 1. Ruta clínica de tratamiento

Se tomó radiografía dentoalveolar, en la que se confirmó que dichos dientes no eran supernumerarios (Figura 2A) y correspondían a la fórmula de la dentición temporal (71 y 81), los cuales no presentaban formación radicular. Se explicó a la madre que se trataba de dientes natales y que debido a la movilidad que presentaban y la dificultad para llevar a cabo la lactancia, se debían extraer. Bajo consentimiento por escrito de la madre y confirmación de que había recibido dosis profiláctica de vitamina K al nacimiento, se infiltró lidocaína con epinefrina al 2% y se realizaron las extracciones de los dientes 71 y 81 (Figura 2B), se corroboró hemostasia

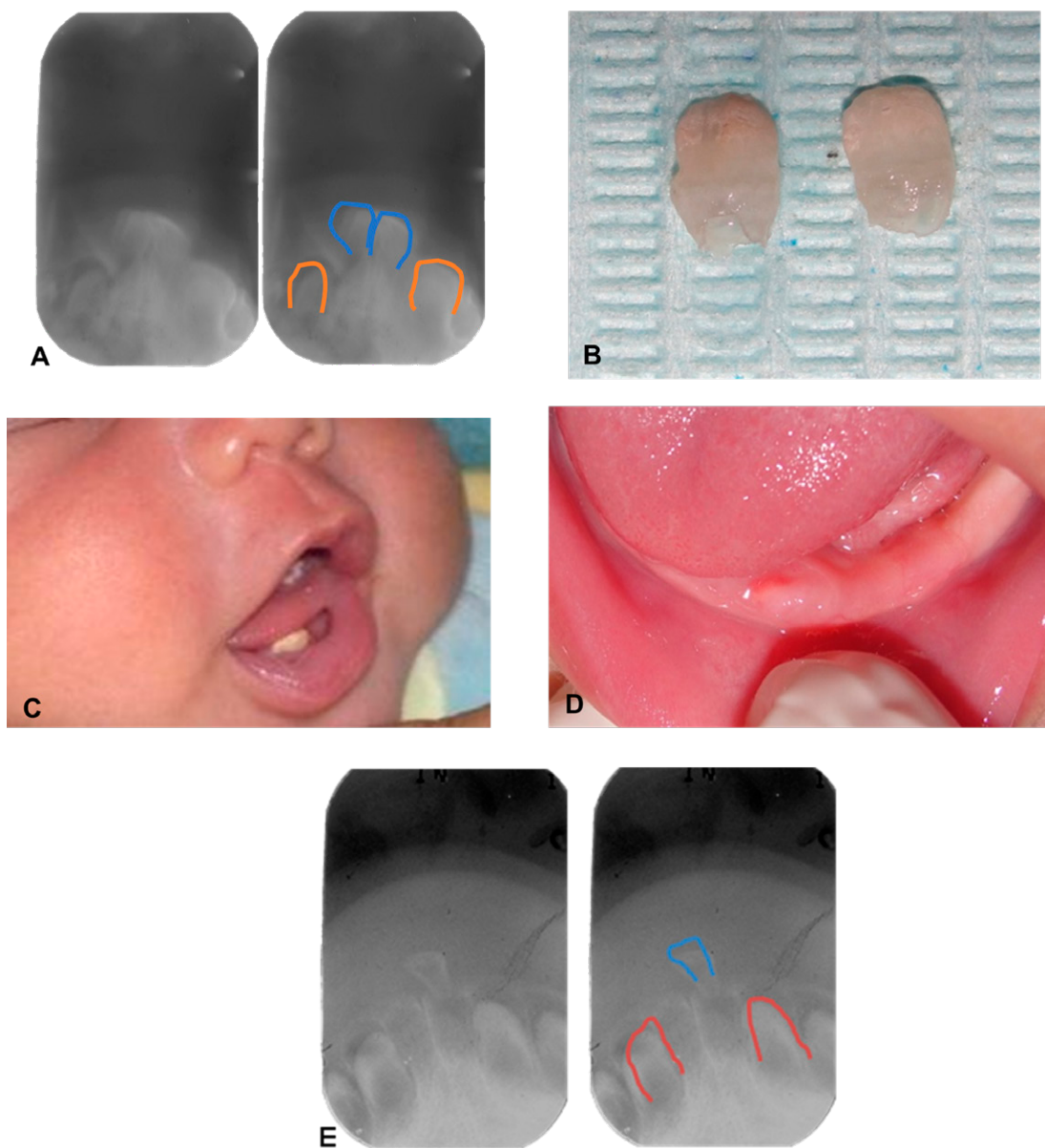


Figura 2. Procedimiento clínico. A. Radiografía dentoalveolar, donde se observan los dientes natales, *imagen derecha* 71 y 81 (azul), 72 y 82 (rojo). B. Dientes 71 y 81 sin presencia de raíz, posterior a la extracción. C. Evolución posterior al procedimiento quirúrgico, con presencia de restos de leche. D Aumento de volumen en el reborde alveolar inferior. E. Radiografía dentoalveolar, donde se observa DNR, *imagen derecha* 71 (azul), 72 y 82 (rojo).

y se dieron indicaciones posoperatorias. A la semana se presentó el paciente para la revisión (Figura 2C), observándose adecuada cicatrización sin datos de infección; solo se observaron restos de leche, por lo que se dieron indicaciones de higiene.

A los tres meses se volvió a presentar la madre a consulta con el menor refiriendo que "otra vez le está saliendo uno de los dientes que le quitaron" sin sintomatología dolorosa. Por lo que se realizó exploración del paciente y se observó una elevación en la encía (Figura 2D), correspondiente a la zona donde anteriormente se había realizado la extracción del diente 71. Posteriormente se tomó una radiografía dentoalveolar, en la que se observó formación de una

estructura similar a un diente en el espacio que ocupaba el diente 71 (Figura 2E), así como los gérmenes dentarios correspondientes a los laterales temporales y ausencia del diente 81.

Se comprobó la presencia de un diente natal residual en el lugar del 71, por lo que se programó una cita en tres semanas para valorar extracción; la madre del menor se presentó a la cita programada, en la que refirió que el diente le salió y se veía pequeño y de color amarillo, y que después, al estar alimentándolo, notó que ya no lo tenía. Al parecer, el DNR avulsionó espontáneamente debido a la posición tan superficial que presentaba.

DISCUSIÓN

Existen varios informes: Tsubone *et al.*³, Dymont *et al.*⁴, Zhu *et al.*⁶, Ryba *et al.*¹¹, Southam *et al.*¹², Nedley *et al.*¹³, Ooshima *et al.*¹⁴ y Berendsen *et al.*¹⁵, sobre casos que nos describen la aparición, a los pocos meses de haber realizado la extracción 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. Esto coincide con lo ocurrido con el paciente descrito en el caso clínico, el cual, después de tres meses de habersele realizado las extracciones indicadas de sus dientes natales, desarrolló un diente natal residual.

El caso concuerda con lo descrito por la mayoría de los autores: Spouge *et al.*², King *et al.*⁵, Zhu *et al.*⁶, De la Teja *et al.*⁸ y Aneundi *et al.*¹⁰, con relación a que los dientes natales que se presentan con mayor frecuencia son los incisivos centrales mandibulares (85%), así como que el 90% de los casos de dientes natales o neonatales suelen pertenecer a la fórmula de la dentición temporal, y no se trata de supernumerarios.

En relación con el manejo que se dio a los dientes natales, éste se ajusta con lo reportado en la literatura de Tsubone *et al.*³, Dymont *et al.*⁴, Zhu *et al.*⁶, Chicurel *et al.*⁷, De la Teja *et al.*⁸, Kana *et al.*¹⁶ y Cunha *et al.*²⁰, en donde existe luxación de los dientes y por consiguiente movilidad excesiva, así como incomodidad o dolor de la madre durante la lactancia y/o nula formación radicular por ello la decisión de llevar a cabo las extracciones.

CONCLUSIONES

En caso de que esté indicado realizar extracciones en niños menores de 14 días de nacidos, se debe administrar vitamina K. Asimismo, si se requiere la extracción de los dientes natales o neonatales, hay que tener en consideración el grado de movilidad, así como la cantidad de adherencia epitelial para determinar el tipo de anestésico requerido. Por otro lado, cuando hay mínima adherencia gingival se recomienda el uso de anestesia tópica y no realizar debridación mecánica del sitio de extracción, y en todos los casos dar un seguimiento regular, por la posibilidad de aparición de dientes natales residuales. Para la extracción de los dientes natales o neonatales donde la adherencia epitelial sea más significativa, se recomienda anestesia tópica seguida de una pequeña cantidad de anestesia local inyectable y se indica la debridación de la zona para evitar la formación de un DNR.

En los programas educativos de las universidades, en lo que se refiere a patología benigna del recién nacido, en el tema de dientes natales y neonatales se debe incluir el tema de dientes natales residuales debido a la posibilidad de que estos se presenten y no sean confundidos con otras patologías

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Massler M, Savara BS. Natal and Neonatal Teeth; A Review of 24 Cases Reported in the Literature. *J Pediatr*. 1950; 36(3): 349–59. DOI: 10.1016/s0022-3476(50)80105-1
2. Spouge JD, Feasby WH. Erupted Teeth in Newborn. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1966; 22(2):198–208. DOI: 10.1016/0030-4220(66)90281-7
3. Tsubone H, Onishi T, Hayashibara T, Sobue S, Ooshima T. Clinico-Pathological Aspects of a Residual Tooth: A Case Report. *J Oral Pathol Med*. 2002; 31(4): 239–41. DOI: 10.1034/j.1600-0714.2002.310408.x
4. Dymment H, Anderson R, Humphrey J, Chase I. Residual Neonatal Teeth: A Case Report. *J Can Dent Assoc*. 2005; 71(6): 394–7.
5. King NM, Lee AM. Prematurely Erupted Teeth in Newborn Infants. *J Pediatr*. 1989; 114(5): 807–9. DOI: 10.1016/s0022-3476(89)80142-8
6. Zhu J, King D. Natal and Neonatal Teeth. *ASDC J Dent Child*. 1995; 62(2): 123–8.
7. Chicurel RN, Guerrero SC, Robles AMS. Manejo de los dientes natales y neonatales. Reporte de dos casos. *Revista ADM*. 2016; 73(2): 92–5.
8. De la Teja-Ángeles E, Durán-Gutiérrez LA, Zurita-Bautista YE. Dientes natales y neonatales. *Acta Pediatr Mex*. 2011; 32(6): 351–2.
9. De la Teja AE, Cadena GA, Escudero CA, Sánchez MRM. Patología Bucal. En: Rodríguez WMA, Udaeta ME. *Neonatología Clínica*. 3a. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2003. pp. 191–206.
10. Anegundi RT, Sudha R, Kaveri H, Sadanand K. Natal and Neonatal Teeth: A Report of Four Cases. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2002; 20(3): 86–92.
11. Ryba GE, Kramer IR. Continued Growth of Human Dentine Papillae Following Removal of the Crowns of Partly Formed Deciduous Teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1962; 15: 867–75. DOI: 10.1016/0030-4220(62)90339-0
12. Southam JC. Retained Dentine Papillae in the Newborn. A Clinical and Histopathological Study. *Brit Dent J*. 1968; 125(12): 534–8.
13. Nedley MP, Stanley RT, Cohen DM. Extraction of Natal and Neonatal Teeth Can Leave Odontogenic Remnants. *Pediatr Dent*. 1995; 17(7): 457.
14. Ooshima T, Mihara J, Saito T, Sobue S. Eruption of Tooth-Like Structure Following the Exfoliation of Natal Tooth: Report of Case. *ASDC J Dent Child*. 1986; 53(4): 275–8.
15. Berendsen WJ, Wakkerman HL. Continued Growth of the Dentinal Papillae after Extraction of Neonatal Teeth: Report of Case. *ASDC J Dent Child*. 1988; 55(2): 139–41.
16. 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.
17. Bigeard L, Hemmerle J, Sommermeyer JI. Clinical and Ultrastructural Study of the Natal Tooth: Enamel and Dentine Assessments. *ASDC J Dent Child*. 1966; 63(1): 23–31.
18. Buchanan S, Jenkins CR. Riga-Feddes Syndrome: Natal or Neonatal Teeth Associated with Tongue Ulceration. Case report. *Aust Dent J*. 1997; 42(4): 225–7. DOI: 10.1111/j.1834-7819.1997.tb00125.x
19. Costacurta M, Maturo P, Docimo R. Riga-fede Disease and Neonatal Teeth. *Oral Implantol (Rome)*. 2012; 5(1): 26–30.
20. Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WTC. Natal and Neonatal Teeth: Review of the Literature. *Pediatr Dent*. 2001; 23(2): 158–62.