

24.347



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA

U. N. A. M.

Carrera de Cirujano Dentista

DIENTES NATALES Y NEONATALES

IMELDA PEREZ HERNANDEZ

San Juan Iztacala, México 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O .

- I.- INTRODUCCION
- II.- DESARROLLO PRENATAL DE CARA Y CAVIDAD BUCAL
- III.- ODONTOGENESIS
- IV.- ERUPCION DE LOS DIENTES
- V.- DIENTES NATALES Y NEONATALES
- VI.- PRESENTACION DE CASOS CLINICOS
- VII.- DISCUSION
- VIII.- CONCLUSIONES
- IX.- BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

Presento a la consideración del H. Jurado este trabajo con el objeto de hacerme acreedora al título de Cirujano Dentista, al mismo tiempo poseer un conocimiento en lo que se refiere a Dientes Natales y Neonatales, la causa que provoca su erupción y su tratamiento.

Se entiende por dientes natales o neonatales a las estructuras dentarias que existen al nacer o que erupcionan dentro del primer mes, generalmente el 90% de éstos, son miembros del complemento normal y no son supernumerarios (4).

He observado durante el desempeño de mis labores -- (no en consultorio dental) a varios recién nacidos con dientes.

Durante el transcurso de mi carrera obtuve escasa información sobre el tema, investigué en revistas odontológicas y encontré que es un tema poco explorado en nuestro medio.

De esto nació en mí el deseo de escribir sobre el tema; con la buena intención de contribuir aunque sea muy modestamente a la difusión de estos conocimientos.

La Herencia parece ser muy importante en la causa de la existencia de estos dientes. Aunque factores exógenos pueden causar una erupción acelerada (8).

Los dientes natales o neonatales inmaduros por regla general está indicada la extracción y los dientes natales o neonatales maduros (infantiles) es necesario conservarlos aún cuando el desarrollo radicular sea limitado (6).

Para la elaboración de este trabajo revise la literatura disponible al respecto; así como la exposición de dos casos clínicos que corresponden a dientes neonatales, un caso que corresponde a diente natal y otro caso con características de nódulo de Bohn.

II.- DESARROLLO PRENATAL DE CARA Y CAVIDAD BUCAL.

El maxilar inferior es el segundo hueso del cuerpo humano en comenzar su desarrollo esto ocurre en la séptima semana de desarrollo embrionario, posteriormente en la misma -- séptima semana inicia su desarrollo el maxilar superior.

En la octava semana de vida embrionaria se forman -- los primordios o botones dentales que contribuirán a la formación de los dientes temporales.

Como se puede observar los huesos de la cara y los -- dientes inician su desarrollo practicamente en forma conjunta es por esto que no puede omitirse un resúmen sobre el desarro--llo correspondiente a cara y cavidad bucal, ya que es indis--pensable para una mejor comprensión de la Odontogénesis y de--la erupción dental.

CRECIMIENTO Y MODIFICACIONES MORFOLOGICAS
DEL EMBRION.

La forma del embrión sufre modificaciones sustanciales, crece en todas direcciones, especialmente por la multiplicación de las células mesoblasticas.

Visto desde la cavidad amniótica se observa más ancho hacia la cavidad cefálica. El eje longitudinal sigue -- siendo el mayor.

Como la cavidad vitelina crece más lentamente que el disco embrionario inicialmente plano, se torna cóncavo hacia su cara ventral. El ectodermo encierra al mesodermo y este a su vez al endodermo que forman parte de una cavidad común en el saco o cavidad vitelina, denominada intestino -- primitivo.

Las células ectodérmicas se multiplican formando -- la placa neural en la zona mediodorsal y a ambos lados de -- ella bandas más finas, llamadas Crestas Neurales.

La placa neural se deprime luego longitudinalmente y transforma en un canal que se profundiza juntando sus bordes y dando lugar al llamado tubo neural. Los orificios -- extremos se cierran más tarde.

El tubo y las crestas neurales se hunden en el meso dermo separándose del ectodermo superficial que formará la -- piel, entre la futura piel y el tubo se interpone tejido mesenquimatoso que forma envoltura de protección para el neuro

eje (columna vertebral y cráneo).

El extremo cefálico se dilata en lo que serán las tres vasículas cerebrales primitivas, procenéfalo, mesencéfalo y metencéfalo.

La luz del tubo corresponderá en el adulto a las cavidades del epéndimo y ventriculares, y las células de las paredes originarán al encéfalo y la médula.

Entre los 20 y 30 días, el mesodermo vecino al tubo neural aumenta de espesor y se segmenta en masas que se llamarán somitas, que en número de 44 a 46, se sitúan a ambos lados de la notocorda constituyéndose en núcleos de formación de esqueleto, los músculos y el tejido celular tegumentario del sector correspondiente.

FORMACION DE LA EXTREMIDAD CERVICO-CEFALICA.

La cabeza voluminosa, profundamente flexionada se enfrenta a la eminencia pericárdica limitando así primero una depresión y después una fosita profunda llamada estomodeo que será futura boca.

Entre la 5a. y 6a. semana se forman en las paredes faríngeas laterales y del intestino cefálico, unos surcos que van desde la zona central al dorsal, llamadas bolsas faríngeas endodérmicas. Simultáneamente, en la cara externa y enfrentándose a ellas, se forman surcos ectodérmicos separados solamente de las bolsas por una delgada capa de mesodermo.

Los surcos ectodérmicos limitan entre sí seis salientes en forma de barras, los arcos branquiales (también -- llamados faríngeos), originados por el crecimiento de tejido mesenquimatoso laterofaríngeo emigrado de las zonas paracordales.

Las bolsas ectodérmicas, los surcos ectodérmicos y los arcos mesodérmicos generan las estructuras que a continuación se detallan:

BOLSAS ECTODERMICAS:

PRIMERA BOLSA: Brote tubotimpánico de Koelliker, -- del cual derivan la trompa de Eustaquio y el resto de las cavidades del oído medio.

SEGUNDA BOLSA: Amígdala palatina

TERCERA BOLSA: Timo y paratiroides inferior

CUARTA BOLSA : Paratiroides superiores

QUINTA BOLSA : Estructuras no bien conocidas, llamadas Cuerpo Ultimo Branquial.

SURCOS ECTODERMICOS:

1er. SURCO: Conducto auditivo externo. El ectoder

mo reviste en el fondo al mesodermo que forma la membrana del tímpano y el martillo. La membrana está tapizada por dentro por el endodermo de la primera bolsa.

2o, 3o, y 4o. SURCOS: La flexión de la cabeza sobre el tronco y el crecimiento del segundo arco, hacen que el epitelio de éste contacte y se fusione a la pared torácica. - Quedan ocultos los arcos subsiguientes poco desarrollados. - De los tres últimos surcos se forma una cavidad que se atrofia rápidamente, llamada seno cervical.

ARCOS BRANQUIALES.

PRIMER ARCO FARINGEO O MANDIBULAR: Presenta un esqueletico, el cartilago de Meckel que en su porción posterior, da origen al yunque y al martillo. La región más anterior va a servir de soporte al desarrollo del tejido óseo del maxilar inferior.

Los músculos de este primer arco son: el vientre anterior del digástrico, el músculo del martillo y el perista filino externo, inervados por la tercera rama del trigémino.

SEGUNDO ARCO FARINGEO O MIOIDEO: Su esqueleto es cartilago de Reichert, forma el estribo, la apófisis estiloideas, el ligamento estilohioideo, la parte cefálica del hueso hioideo. Le corresponden los músculos del estribo, el estilohioideo, el vientre posterior del digástrico y los de la mími

ca de la cara. El nervio de éste es el facial.

TERCER ARCO FARINGEO: Da origen a la parte caudal — del hueso hioides y su cuerpo mayor. Sus músculos son el estilofaríngeo y el palatofaríngeo inervados por el nervio glossofaríngeo.

CUARTO, QUINTO Y SEXTO ARCOS FARINGEOS: Se fusionan para formar los cartílagos tiroideos, cricoides y aritenoides. Los músculos del cuarto arco son el cricotiroideo y el constrictor de la farínge, inervados por el laríngeo superior. Los músculos intrínsecos de la laringe, están inervados por el recurrente que derivan del sexto arco.

DESARROLLO DE LA BOCA.

El primer indicio de la futura boca se llama estomodeo y es una fosita profunda limitada hacia arriba por un abultamiento cefálico, hacia abajo por una eminencia pericárdica, hacia afuera, abajo y adelante por los procesos maxilares y mandibulares derivados del primer arco branquial. El fondo de esta cavidad está formado por la membrana faríngea que lo separa del intestino primitivo anterior de tal modo que, cuando esta membrana desaparece, ambas cavidades se comunican ampliamente.

El epitelio de revestimiento es ectodérmico.

En el mamelón frontal aparecen dos zonas que se denominan placodas olfativas, relacionadas con la formación de las cavidades nasales primitivas, a cuyos lados se producen unas salientes llamadas mamelones nasales internos y externos.

El primer arco branquial se divide en dos brotes, uno superior maxilar y otro inferior mandibular. El brote maxilar - crece hacia la línea media para unirse a los mamelones nasales.

Superficialmente constituyen la mejilla, el surco nasogeniano y el labio superior menos la parte correspondiente al filtrum derivada del mamelón nasal interno.

TECHO DE LA BOCA: Reabsorbida la membrana bucofaríngea, el techo de la cavidad bucal primitiva está formada por el ectodermo del estomodeo y por detrás por el endodermo del intestino anterior.

La boca está separada del cerebro anterior por escaso tejido mesenquimatoso. Las placodas olfatorias que se hunden - entre los mamelones nasales interno y externo forman una especie de infundíbulo conocido con el nombre de saco nasal, separado de la boca por el paladar primitivo.

Este paladar se adelgaza a modo de débil membrana buconasal y luego se rompe. Esta coana primitiva queda en la pared superior de la boca hasta que el ulterior desarrollo de la porción palatina del proceso maxilar cierre la cavidad bucal y establezca la coana definitiva por detrás del velo del paladar.

La formación de la bóveda palatina comienza al final-

del segundo mes. En la superficie interna de los procesos maxilares se origina una cresta que se desarrolla hacia abajo -- porque la lengua se interpone entre ellas.

Con el posterior desarrollo de la mandíbula, la lengua desciende. Ambas prolongaciones palatinas se sueldan con el tabique nasal dependiente del mamelón del mismo nombre. Entre estos elementos quedan restos epiteliales formando una capa en forma de T que luego son reabsorbidos por el tejido mesodérmico.

La porción posterior de estos procesos palatinos no se osifica y constituye el velo del paladar.

PISO DE LA BOCA: La unión de la línea media de la parte ventral del endodermo de los arcos branquiales y las bolsas faríngeas forman el piso de la boca. De la cara interna de los primeros arcos branquiales nacen unos abultamientos que se unen al tubérculo impar, formando el extremo anterior de la lengua.

La base de la lengua, desprovista de papilas, pero con folículos linfoides, deriva de la unión ventral del segundo arco. En el límite entre el esbozo anterior (1er. arco), y el esbozo posterior (2o. arco), aparece una "V" abierta hacia adelante, de papilas calciformes, en el vértice de la "V" se encuentra una profunda depresión, el foramen ciego que tiene una íntima relación con el desarrollo de la glándula tiroides.

PAREDES LATERALES: Son originadas por los mamelones maxilares y mandibulares.

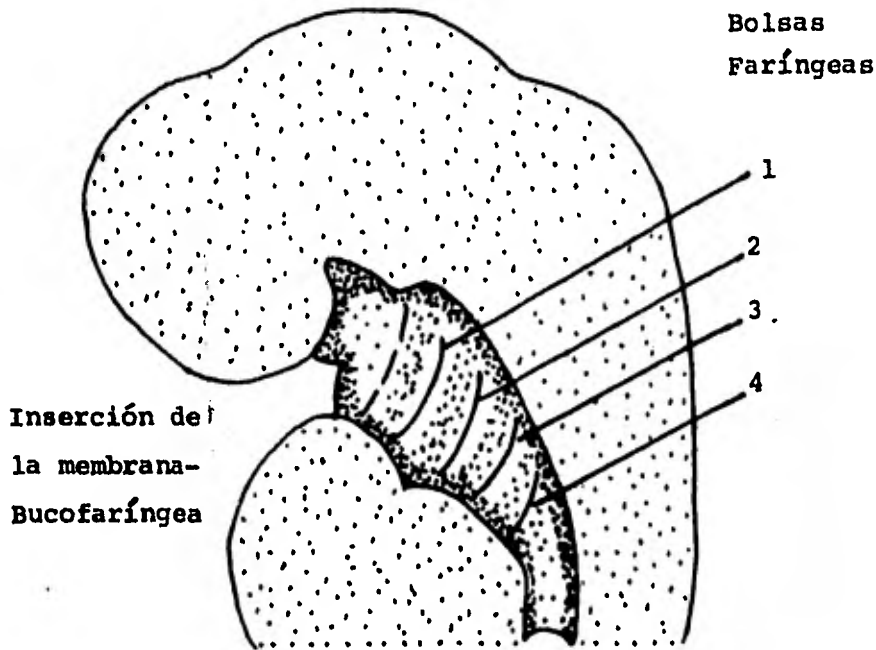


FIG. "1".

Corte sagital del extremo cefálico de un embrión de cinco semanas; obsérvense las desembocaduras de las Bolsas Faríngeas en la pared lateral del Intestino Faríngeo. La línea de guiones representa el sitio aproximado de inserción de la membrana bucofaríngea.

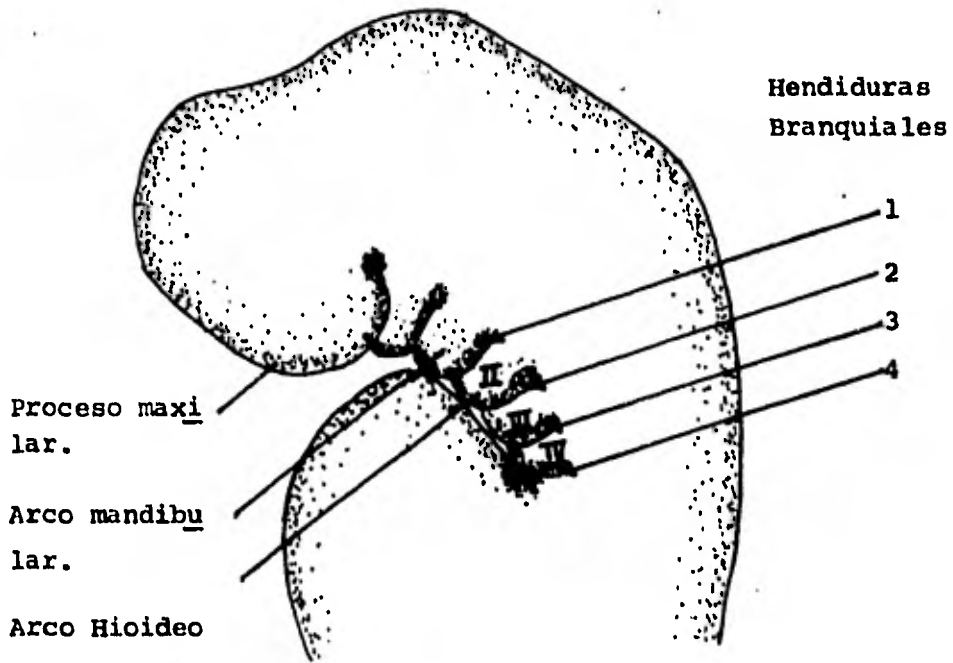


FIG. "2".

Arcos y Hendiduras Branquiales
en un embrión de cinco semanas.

III.- O D O N T O G E N E S I S

El desarrollo del diente humano es un proceso físico químico complejo y dinámico que comienza aproximadamente en la sexta o séptima semana de vida intrauterina. Cada diente se desarrolla de un germen dental, el cual deriva de ectodermo y mesodermo. Los gérmenes dentales de dientes caducos o permanentes experimentan transformaciones estructurales y químicas similares. La morfodiferenciación de gérmenes dentales específicos para premolares es diferente de la de gérmenes dentales que dan origen a incisivos.

Cuando ocurren trastornos de la interacción entre los genes y el medio ambiente, el resultado es el crecimiento y desarrollo anormales del organismo. Las manifestaciones clínicas de la dentición pueden ser pequeñas variaciones en tamaño, forma o distribución de los dientes o graves defectos en la estructura y función de grandes grupos de dientes. La etiología de las manifestaciones clínicas de los trastornos del de

sarrollo no es bien conocida.

El propósito de este capítulo es presentar una breve revisión del desarrollo de los dientes, el papel del epitelio y los tejidos conectivos de los dientes, que ayudará a -- una mejor comprensión de los factores etiológicos relacionados con las diversas anomalías hereditarias y de desarrollo.

FORMACION DE LA CRESTA O LAMINA DENTARIA.

Cuando el embrión tiene aproximadamente seis o siete semanas de vida, las células ectodérmicas de la capa basal del estomodeo anterior empiezan a dividirse produciendo un engrosamiento prominente y adopta una forma de herradura este fenómeno se conoce como "primordium de la porción ectodérmica de los dientes". Al continuar la actividad mitótica, el epitelio crece dentro del mesénquima adyacente, al mismo tiempo progresa la parte posterior del estomodeo. Aproximadamente en una semana se han establecido dos bandas anchas y sólidas de epitelio, las láminas dentales, en el mesénquima, formando dos arcos. Una se localiza en el arco maxilar superior y otra en el inferior. De este epitelio se formarán los órganos del esmalte de las denticiones decidua y permanente.

LAMINA VESTIBULAR O BANDA DEL SURCO LABIAL.

Otra vaina epitelial, se desarrolla cerca de la lámina dental, casi simultáneamente a ella, toma un curso de --

crecimiento semejante al de la lámina dental. El rasgo distintivo de esta lámina es que después de formar una banda epitelial sólida y ancha, las células centrales se desintegran.- De este modo queda un gran espacio revestido a cada lado por el epitelio. El espacio forma el vestíbulo de la boca y los labios, y el resto del epitelio forma el revestimiento de los labios, mejillas y encías.

La lámina externa, lámina de continuación, lámina propia y rudimentaria son productos de la lámina dental original.

LAMINA EXTERNA

El ala del epitelio que conecta al primordio dental con la lámina dental se conoce como lámina externa. A veces el tejido conectivo crece dentro de la lámina externa, formando una ligera depresión, el nicho del esmalte.

LAMINA DE CONTINUACION

El extremo de la lámina dental también continúa creciendo, situándose más profundamente en el tejido conectivo de la mandíbula, recibe el nombre de "lámina de continuación" que proporcionará los primordios dentales de los dientes definitivos o permanentes.

LAMINA DENTAL PROPIA

La lámina dental original proporciona el tejido germinativo para los dientes deciduos. Proporciona también botones o primordios dentales para los dientes permanentes que no tienen predecesores deciduos (premolares). Los botones del -- primer molar permanente se producen en el embrión en desarrollo a los cuatro meses; los otros se producen después del nacimiento. Los segundos molares se desarrollan en lactantes de nueve meses, y los terceros molares aproximadamente a la edad de cuatro años.

LAMINA RUDIMENTARIA

La mayor parte de las células epiteliales de las -- distintas láminas se desintegran y desaparecen. Pero algunas pueden formar acúmulos de células llamadas perlas epitelia---les. Tienen la posibilidad de volverse activos y producir estructuras que semejan dientes que son pequeños tumores formados por quistes de inclusión en el borde de la encía.

ETAPAS DEL DESARROLLO DENTAL

El desarrollo de los dientes se ha dividido en cinco etapas:

- 1) LAMINA DENTARIA

2) PRIMORDIOS DENTALES O BOTONES DENTALES: Después del establecimiento de las láminas dentales se forman 20 primordios dentales que contribuirán a la formación de los dientes deciduos. Los botones maxilares inferiores aparecen primero y los maxilares superiores unos días más tarde. En la octava semana se han formado todos los primordios de ambas láminas.

Los primordios dentales son excrecencias de los extremos de las láminas y están localizados en los lados de las mejillas y el labio de la lámina dental.

Inicialmente, las células de los botones tienen dos formas; las periféricas son, cilindros y las internas - células poligonales, éstas últimas poseen pequeños espacios intercelulares.

3) ETAPA DE DESARROLLO DEL CASQUETE: Las células del primordio se multiplican, agrandándolo. El mesénquima de la parte inferior del primordio se incluye profundamente en el germen dental formando un centro cónico llamado papila dental. Las células poseen cuatro áreas: 1) una capa de células cilíndricas bajas que revisten a la papila dental, 2) una capa de células cuboides que forman la cubierta interna del casquete, 3) muchas células polimorfas que forman la protuberancia o centro, y 4) varias capas de células poligonales que quedan por encima de las células de revestimiento de la papila dental.

A medida que el casquete se desarrolla, un aumento de la actividad mitótica local en la superficie infe---

rior produce una protuberancia temporal llamada nódulo de esmalte. La división rápida de las células del casquete se dirigen sobre el área central formando un rollo llamado cordón de esmalte. En unos cuantos días, el casquete se agranda y se transforma en una estructura con forma de campana. Es en esta etapa cuando desaparece el nódulo y cordón.

4) ETAPA DE DESARROLLO DE LA CAMPANA: El casquete se agranda hasta formar un órgano del esmalte en forma de campana que consta de cuatro capas: capa de las células internas del esmalte, se diferencian en células formadoras de esmalte (preameloblastos), estrato intermedio, retículo estrellado -- forman la masa o centro del órgano del esmalte y asa cervical que es el extremo más profundo del órgano del esmalte. Las primeras células que producen esmalte son las de la cresta -- (futuro reborde incisivo o futuras puntas de cúspides) y las últimas están cerca del asa cervical (futuro cuello del diente), las primeras células activas tienen un periodo formador de esmalte más largo, el esmalte más grueso estará en el área incisiva o en las cúspides y el más delgado en el cuello del diente.

5) ETAPA DEL DESARROLLO APOSICIONAL: Es el periodo de producción de esmalte y dentina está caracterizada por un depósito en capas de matriz extracelular. Esta matriz la depositan las células a lo largo del contorno trazado por las células formativas.

La producción de substancia intercelular ó matriz - de esmalte ocurre en tres fases:

1a. FASE - La secreción de substancia intercelular ocurre en los espacios intercelulares laterales en los extremos de los ameloblastos. Esto comprime los extremos de la cé que se llaman ahora procesos de Tomes de 4μ de largo aprox.

2a. FASE - Los ameloblastos y las células que quedan por encima de ellos, se mueven hacia atrás, cuando lo hacen, dejan tras de sí depresiones en forma de panal de abeja, que llenan con substancia intercelular a medida que regresan.

3er.FASE - Fase inicial de calcificación, se depositan cristales de apatita como cintas a lo largo de la armazón de fibrillas de substancia intercelular.

Estas fases se repiten cada veinticuatro horas. Cada ameloblasto produce un prisma de esmalte de 4μ de grosor. Los ameloblastos de la cresta de las áreas incisivas y cuspidos pueden producir prismas de cientos de capas.

Después de que se ha producido la cantidad adecuada de esmalte, los ameloblastos completan finalmente la corona - depositando una membrana orgánica delgada no mineralizada, la cutícula primaria. Una vez que ésta se ha formado, los ameloblastos se acortan y junto con las células residuales del órgano del esmalte, constituyen el epitelio reducido del esmalte. Esta estructura protege a la corona durante la erupción del diente. Se funde después con el epitelio bucal para for-

mar un manguito epitelial que se fija al cuello del diente como collar.

DENTINOGENESIS

Son los cambios en los componentes de la papila dental que llevan al establecimiento de una capa dentinógena.

FORMACION DEL MANTO DE DENTINA: Los primeros signos de papila dental se presentan con la formación de una concavidad en la superficie inferior del primordio. La papila se profundiza en la etapa de casquete. Los fibroblastos y las fibrillas colágenas bordean a la papila posteriormente se localiza a cierta distancia de los preameloblastos quedando perpendicular a la capa de preameloblastos, los fibroblastos extienden sus prolongaciones hacia los preameloblastos, el área se llena de fibrillas colágenas que se conocen como fibrillas de "Von Korff" y son los que forman la matriz para la primera dentina que se forma. Esta se conoce específicamente como capa superficial de dentina. Tan pronto como el área se llena de colágena, se produce una secreción de sustancia fundamental que obscurece las fibras. La matriz se llama ahora-PREDENTINA. Con la siguiente actividad, calcificación, se completa la dentina. La mineralización implica depósito de cristales de apatita. Empiezan como pequeñas esferas y crecen

y después se fusionan con sus vecinos hasta que se forma un frente de calcificación uniforme.

Todos los componentes se mineralizan, excepto las prolongaciones celulares, que quedan aprisionados en túbulos de dentina. La dentina calcificada siempre está separada de la superficie del cuerpo celular del odontoblasto por una capa de predentina.

Al concluirse la producción del manto de dentina, los ameloblastos empiezan a depositar esmalte y se termina la diferenciación.

FORMACION DE DENTINA CIRCUMPULPAR: Se produce después de la capa superficial de dentina. Difieren ambas sólo en la clase de fibrillas que predominan en la matriz. La capa superficial de dentina está compuesta por grandes haces de fibrillas colágenas y la dentina circumpulpar principalmente por fibrillas mucho más pequeñas. Las fibrillas colágenas -- que a veces se encuentran en la dentina circumpulpar son producidas probablemente por los fibroblastos en la pulpa y a medida que los odontoblastos se mueven más profundamente dentro de la pulpa, quedan incorporadas a la matriz.

La calcificación es idéntica en ambas variedades.

FORMACION DE LA RAIZ: Al suspender la formación de esmalte, la corona está completamente formada y comienza el desarrollo de la raíz que inicia el crecimiento del diente a-

la cavidad bucal proceso conocido como erupción del diente.

El tejido conectivo de la raíz está rodeado por dos tejidos calcificados, dentina y cemento, constituye la porción más grande el cemento.

FORMACION DE LA VAINA EPITELIAL DE HERTWING: Poco antes de que los ameloblastos hayan depositado esmalte para el cuello del diente las células del asa cervical (células internas y externas del esmalte) por la actividad mitótica el tejido se alarga y recibe el nombre de vaina epitelial de Hertwing Esta estructura es la que determina tamaño y forma de las raíces, estos se producen por invaginaciones y fusión de colgajos epiteliales.

DENTINA DE LA RAIZ: La formación de dentina continúa ininterrumpidamente desde la corona hasta la raíz. El proceso es casi el mismo para ambas, excepto por tres diferencias estos son: 1) En la raíz, la matriz de dentina se deposita contra la vaina radicular en vez de contra los ameloblastos. - - - 2) En la raíz, el curso de los túbulos de dentina es diferente y 3) La dentina radicular está cubierta por cemento.

CEMENTOGENESIS

Los odontoblastos de la futura pulpa radicular y las células de la membrana periodóntica (tejido conectivo del futu

ro ligamento periodóntico) están separados por la vaina radicular epitelial. Durante la calcificación de la dentina radicular se forman aberturas para la entrada de fibrillas y células desde la membrana periodóntica. Esta membrana periodóntica posee células de la vaina radicular en forma de cordones - llamados restos epiteliales de Malassez. Las células mesenquimatosas y fibroblastos se introducen y forman una capa cementogena de cementoblastos. Estas células producen fibrillas - colágenas, a estas fibrillas se agrega substancia fundamental dando por resultado final cementoide o precemento. Se introduce también colágena desde la membrana periodóntica en forma - de largos haces de fibras (de Sharpey). Los extremos de las - fibras de Sharpey se extienden en forma de abanico en el cementoide y se encarpa a la matriz de modo que, cuando se realiza la calcificación quedando fijas en el cemento. Los haces de fibras de Sharpey formarán los grupos de fibras principales del ligamento periodóntico que sirven para fijar al diente en el alveolo. La cementogénesis puede dividirse en tres fases: Formación de Fibrillas, Maduración de la Matriz por secreción de substancia fundamental y Mineralización. Una capa de cementoide separa siempre la matriz calcificada de los cementoblastos.

BORDE ALVEOLAR

Son proyecciones de las masas principales ó cuerpos de los huesos maxilares superior e inferior. El maxilar infe

rior inicia su desarrollo en la séptima semana de desarrollo - por aumento de división de células mesenquimatosas a cada lado de la barra cartilaginosa de Meckel, se desarrolla como hueso intramembranoso.

El maxilar superior también inicia su desarrollo en la séptima semana de la embriogénesis, desarrollo óseo intramembranoso en tres centros de osificación, uno para cada uno de los procesos maxilares superiores y otro en el segmento intermaxilar. A medida que crecen y se agrandan, se fusionan para formar un arco continuo.

Cuando los dientes se han desarrollado, las espículas óseas formadas dentro de ellas incorporan al cuerpo del maxilar superior o inferior. Si los primordios de los dientes no estuvieran presentes, el desarrollo óseo de los maxilares continuaría hasta que las masas óseas principales se hubieran formado. Parece que el estímulo para la producción de los bordes alveolares lo proporcionan los dientes que crecen.

LIGAMENTO PERIODONTICO

Nombre que recibe el estado funcional maduro del tejido. La colágena esta organizada en haces. Pueden verse siete grupos definidos: gingivales, transeptales, alveolares, horizontales, oblicuas, apicales e intraradiculares. Cada grupo tiene una función especial. Sus etapas de desarrollo incluyen-

la del saco dental o folículo de la membrana periodóntica y - finalmente, la de ligamento periodóntico. Durante cada etapa, el tejido se vuelve progresivamente más denso hasta formar un ligamento como estructura funcional.

MEMBRANA PERIODONTICA: Término reservado para el - tejido cuando sus características son las de un tejido conec- tivo fibroso y denso con fibras dispuestas irregularmente.

En este momento se encuentran grupos de fibras co-- lágenas insertadas como fibras de Sharpey en la placa cribi-- forme del borde alveolar y otras insertadas en el cemento de- la raíz (fibras cementosas). Estas y el tejido intermedio for- man la membrana periodóntica.

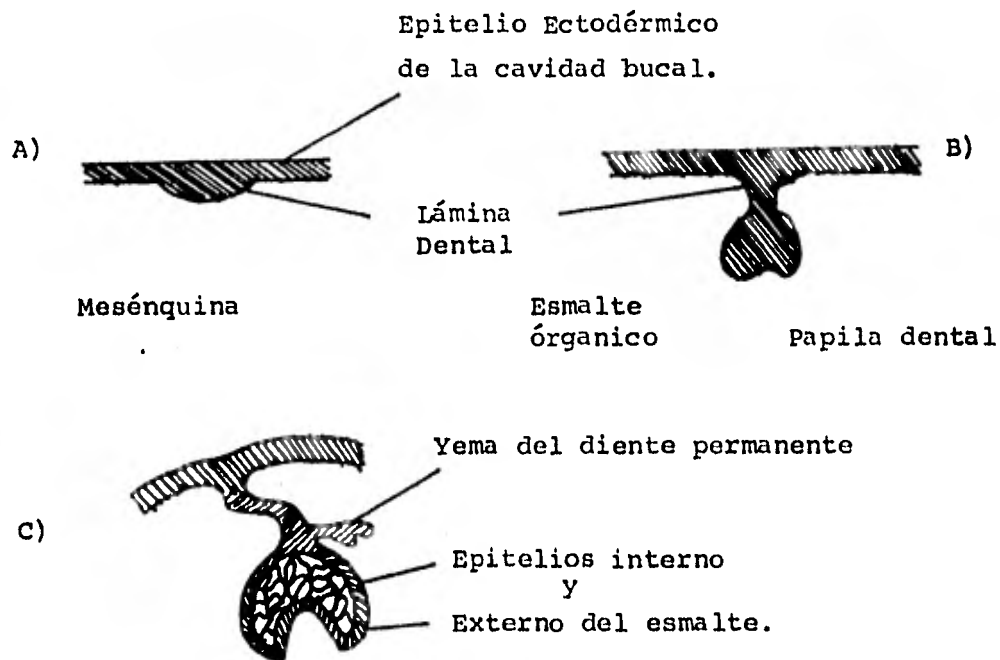


FIG. "3".

Esquema de cortes Sagitales que ilustran las etapas sucesivas de desarrollo y erupción de un diente incisivo.

- A) Seis semanas, se ilustra lámina dental
- B) Ocho semanas, se ilustra etapa de caperuza del desarrollo del órgano del esmalte.
- C) Diez semanas, se ilustra la etapa temprana de campana del órgano del esmalte del diente decidual y la etapa de yema y de gemación del diente permanente en desarrollo.

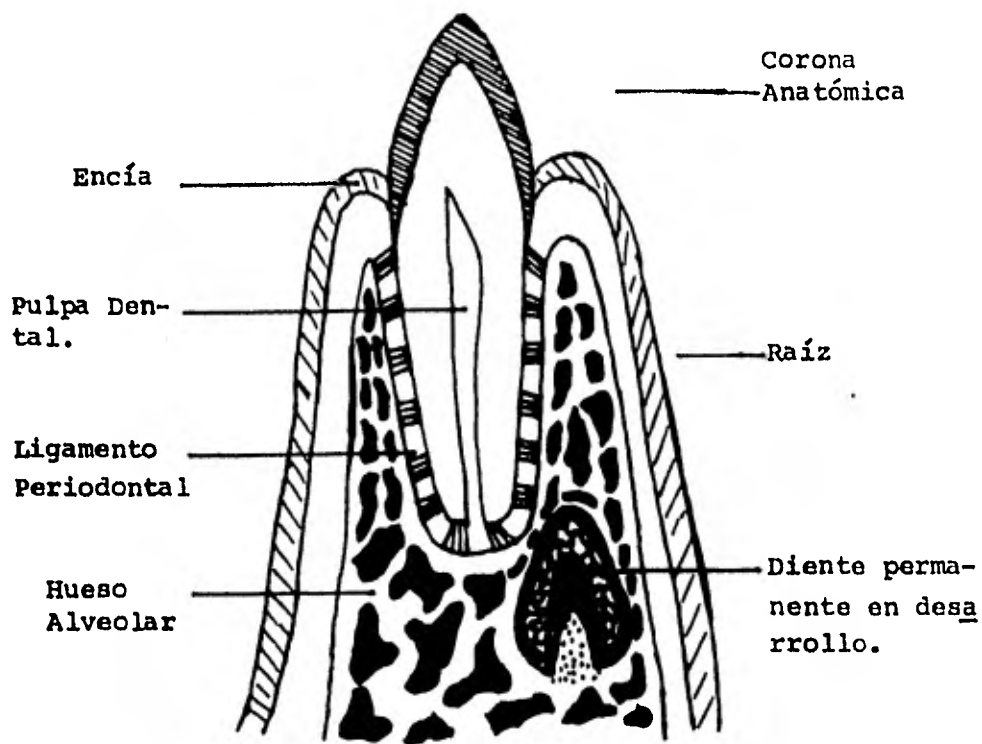


FIG. "4".

Dieciocho semanas después del nacimiento, se ilustra un diente incisivo decidual en erupción total. (El incisivo permanente tiene una corona -- bien desarrollada).

IV.- ERUPCION DE LOS DIENTES

La erupción dental es simplemente un proceso de crecimiento. Los movimientos de erupción empiezan en el momento de formación de la raíz y continúan durante todo el ciclo vital del diente.

Aunque han sido propuestas muchas teorías, aún no han sido comprendidos en su totalidad los factores responsables de la erupción de los dientes que incluyen: Alargamiento de la raíz, fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares en torno y debajo de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar, el crecimiento y tracción del ligamento periodontal, la presión por la acción muscular y la reabsorción de la cresta alveolar.

La erupción de los dientes primarios y permanentes se realiza según una secuencia determinada y en intervalos de terminados de tiempo.

MODIFICACIONES HISTOLOGICAS DURANTE LA ERUPCION:

1) FASE PREERUPTIVA - El esmalte crece hasta alcanzar su tamaño final, y se forman los tejidos duros de la corona. Durante este periodo, los gérmenes dentales están rodeados por el tejido conjuntivo laxo del saco dentario y por el hueso del alvéolo dentario.

Los gérmenes dentales mantienen su relación con el borde alveolar en crecimiento, moviéndose en sentido oclusal y bucal.

Hay dos procesos mediante los cuales un diente alcanza y mantiene su posición en el maxilar en proceso de crecimiento; La traslación de todo el diente, caracterizado por un simple movimiento del germen dental, se reconoce por la aposición de hueso detrás del diente en movimiento y por la reabsorción al hueso delante de él. El crecimiento excéntrico que se caracteriza únicamente por la reabsorción del hueso en la superficie hacia la cual crece el germen dentario.

Durante la mayor parte del tiempo en que se desarrollan y crecen los dientes de leche, los maxilares superiores e inferiores crecen en longitud por aposición en su línea media y en sus extremos posteriores. Los gérmenes de los dientes temporarios crecen en longitud aproximadamente con el mismo ritmo con que los maxilares crecen en altura. Los dien

tes temporarios conservan, por lo tanto, su posición superficial durante toda la fase preeruptiva.

Los dientes permanentes que tienen predecesores temporarios, sufren un movimiento antes de alcanzar la posición desde la cual emergen. Cada incisivo y canino permanente se desarrolla primero en posición lingual con respecto al germen del diente de leche. Al terminar la fase preeruptiva se encuentran en situación lingual con respecto a la región apical de sus predecesores temporarios. Los premolares empiezan su desarrollo lingualmente y a nivel del plano oclusal de los molares temporarios, al final de la fase preeruptiva, se hallan por debajo de las raíces de los molares temporarios. Los premolares empiezan su desarrollo lingualmente y a nivel del plano oclusal de los molares temporarios.

2) FASE PREFUNCIONAL DE LA ERUPCION - Esta comienza con la erupción de la raíz y se completa cuando el diente alcanza el plano oclusal.

Al comenzar esta fase, la corona está cubierta por el epitelio del órgano del esmalte. Cuando las cúspides de la corona se acercan a la mucosa bucal, el epitelio de la boca y el epitelio reducido de esmalte se fusionan. La aparición gradual de la corona, es debida al movimiento oclusal del diente (erupción activa) y también a la separación del epitelio del esmalte (erupción pasiva).

El crecimiento de la raíz, o raíces de un diente se produce por la proliferación coordinada y simultánea de la vaina epitelial radicular de Hertwing y del tejido conjuntivo de la papila dentaria.

Durante la fase prefuncional de la erupción la membrana periodóntica primitiva, derivada del saco dentario, se adapta al movimiento relativamente rápido del diente. Se pueden distinguir tres capas en la membrana periodóntica situadas alrededor de la superficie de la raíz; una adyacente a la superficie de la raíz (fibras dentarias), otra adherida al alveólo primitivo (fibras alveolares), y una tercera, el plexo intermedio. El plexo intermedio está formado principalmente por fibras precolágenas, mientras que las fibras alveolares y dentales son principalmente por fibras precolágenas, mientras que las fibras alveolares y dentales son principalmente colágenas.

En la región del ápice de la raíz o del fondo alveolar, el saco dentario se diferencia en dos capas: una junto al hueso formada por el tejido conjuntivo laxo, otra adyacente al extremo creciente de la raíz del diente, está formada por una red de fibras bastante gruesas.

En la fase prefuncional de la erupción la apófisis alveolar de los maxilares crece rápidamente.

Los gérmenes de muchos dientes permanentes se desarrollan en forma apifonada. En las últimas etapas de la fase prefuncional de la erupción, esos dientes sufren movimientos para rectificar su posición primitiva. Durante esos movimientos de inclinación y rotación se produce aposición de hueso en aquellas zonas del alvéolo dentario en las cuales se va alejando el diente, y una reabsorción en las zonas hacia las cuales se mueve el diente. En todos los demás detalles las modificaciones histológicas relacionadas con la erupción son idénticas en dientes permanentes y temporarios.

3) FASE FUNCIONAL DE LA ERUPCION - Después que los dientes en erupción se han encontrado con sus antagonistas, siguen moviéndose durante todo su ciclo vital. Los movimientos se producen tanto en dirección oclusal como mesial.

Durante el período de crecimiento el movimiento eruptivo queda oculto, por el crecimiento simultáneo de los maxilares.

La erupción vertical continuada compensa también el desgaste oclusal incisal, sólo de esta manera pueden mantenerse el plano oclusal y la distancia entre los maxilares durante la masticación, condición que es esencial para el funcionamiento normal de los músculos masticatorios.

MECANISMO DE LA ERUPCION

La fuerza eruptiva más evidente está generada por el crecimiento longitudinal de la raíz del diente. Sin embargo, - los diferentes movimientos de un diente en erupción no pueden ser explicados por el desarrollo de su raíz solamente. La fuerza que puede explicar la variedad de los movimientos eruptivos es generada por el crecimiento de tejido óseo en la vecindad - del gérmen dentario.

El aumento de tamaño de la raíz no cesa cuando la raíz ya está completamente formada, debido al depósito continuo de cemento, la raíz crece ligeramente en sus diámetros trans--versales y más rápidamente en longitud. La aposición de cemento no solamente aumenta en la región apical de las raíces, sino que la zona de bifurcación de los dientes de dos o tres raíces. También se produce un depósito continuo de hueso en el --fondo del alvéolo y en las crestas de la apófisis alveolar. La aposición de hueso en el fondo y en el borde libre de la apófisis alveolar es muy rápida en la juventud, y disminuye alrededor de los 30 años, pero normalmente nunca cesa. Sin embargo - la aposición del huéso en la apófisis alveolar, solamente se -observa cuando los tejidos son internamente normales.

CONSIDERACIONES CLINICOPATOLOGICAS DE LA ERUPCION:

Por lo general los dientes temporales inferiores --- erupcionan antes que sus antagonistas superiores. Habitualmente la erupción se inicia en una edad más temprana en las niñas que en los niños. También existe una variación normal en cuanto al tipo constitucional; así, los dientes deciduos emergen - hacia la cavidad oral más pronto en los niños longilíneos que aquellos bien constituídos.

La erupción de los dientes se manifiesta por un abombamiento que aparece en el lado labial de la cresta alveolar y que corresponde en cuanto a su tamaño, y en ocasiones también en cuanto a su forma, a las coronas de los dientes de leche a punto de erupcionar.

La encía a nivel de la erupción, puede encontrarse - inflamada y ser sensible al tacto o presión superficial.

La erupción de los dientes temporales constituye un proceso fisiológico que se caracteriza por ir precedido o acompañado de los siguientes síntomas: dolor, que hace al niño -- llevarse las manos constantemente a la boca, sialorrea, irritabilidad, insomnio.

Dentro de los límites normales el primer diente caído puede no aparecer sino hasta la edad de un año, pasado el - tiempo, el proceso debe considerarse patológico.

CRONOLOGIA DE LA PRIMERA DENTICION

DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR

	COMIENZA LA FORMACION DE LOS TEJIDOS DUROS	ESMALTE COMPLETO	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
Incisivo Central	4 meses in útero	1½ meses	7 meses	1½ años
Incisivo Lateral	4½ meses in útero	2½ meses	9 meses	2 años
Canino	5 meses in útero	9 meses	18 meses	3¼ años
Primer molar	5 meses in útero	6 meses	14 meses	2½ años
Segundo molar	6 meses in útero	11 meses	24 meses	3 años

DIENTES DEL MAXILAR INFERIOR

Incisivo Central	4 $\frac{1}{2}$ meses in útero	2 $\frac{1}{2}$ meses	6 meses	1 $\frac{1}{2}$ años
Incisivo Lateral	4 $\frac{1}{2}$ meses in útero	3 meses	7 meses	1 $\frac{1}{2}$ años
Canino	5 meses in útero	9 meses	16 meses	3 $\frac{1}{2}$ años
Primer molar	5 meses in útero	5 $\frac{1}{2}$ meses	12 meses	2 $\frac{1}{2}$ años
Segundo molar	6 meses in útero	6 meses	20 meses	3 años

CUADRO # "1"

De Logan W.H.G. KRONFELD R. JADA, 20:379 1933;

Ligeramente modificada por McCall y Schour.

V.- DIENTES NATALES O NEONATALES

Normalmente el ser humano al nacer no posee dientes, la erupción dentaria comienza con regularidad, de los 6 a los 10 meses de edad, concluyendo ésta a los 19 meses (primera dentición). Sin embargo, se ha observado que en el nacimiento -- puede haberse efectuado ya la erupción de uno o más dientes, - los cuales son generalmente incisivos inferiores.

Los factores genéticos juegan un papel muy importante en determinar las diferencias individuales en el tiempo de erupción de los dientes deciduos, mientras que las influencias exógenas son relativamente poco importantes, y algunas son teorías no comprobadas plenamente. (4,5).

En la mayoría de las series publicadas, relacionadas con dientes natales o neonatales, la frecuencia de presentación oscila entre 1: 2 000 y 1: 3 400 recién nacidos (ver cuadro núm. 2) (1).

Por la frecuencia, esto no parece ser muy importante, sin embargo, su existencia no deberá pasar inadvertida al Cirujano dentista, quién será consultante o tratante de estos casos.

Como dato curioso (4), se menciona que algunos personajes destacados como Zoroastro, Luis XIV, Aníbal, Richelieu, presentaron dientes al nacer.

DEFINICION

DIENTES NATALES.- Son dientes que se encuentran en la cavidad oral en el momento del nacimiento.

DIENTES NEONATALES.- Dientes que erupcionan en los primeros 30 días de vida.

Los dos términos anteriores se refieren solo al momento de la erupción y no determinan si el diente es supernumerario o parte de la dentición INFANTIL.

DIENTES NATALES O NEONATALES MADUROS.- Son dientes deciduos, adheridos al tejido óseo, corona amplia y color marfil, se refiere a la erupción temprana de dientes de la primera dentición.

ETIOLOGIA

La causa de la existencia de estos dientes es a menudo obscura, parece ser un hecho familiar, aunque factores -- exógenos pueden causar una erupción acelerada, la herencia parece ser muy importante. Muchos padres de los recién nacidos -- darán voluntariamente la información de que tenían padres, -- hermanos u otros parientes cercanos con una historia de dientes natales o neonatales en varias generaciones sucesivas y -- parece ser responsable un gen-dominante autosómico. Varios autores han observado concordancia de ésta condición en gemelos idénticos. (3,1,8,5,4).

Los dientes natales pocas veces están seguidos por la erupción prematura de otros dientes, esto parece indicar -- que la erupción temprana se debe a un disturbio local del crecimiento y desarrollo, también se cree que sea por hipovitaminosis, estímulo hormonal, enfermedad febril sistémica o sífilis congénita. Sin embargo hasta ahora no se sabe nada seguro acerca de estos padecimientos como causa de erupción temprana (1,15).

Es bien sabido que en animales de experimentación, -- la secreción de varios órganos endocrinos (tiroides, suprarrenales y gonadas) tienen la capacidad de alterar el ritmo de -- brote dental, y se ha dicho que en algunos casos de brote tem

prano en el ser humano puede que haya un desequilibrio endó--
crino mal definido (1,5).

En investigaciones más recientes se cree que las --
anomalías se pueden atribuir a una posición inicial superfi--
cial del gérmen del diente que como se ha estado mencionando--
se relaciona a factores hereditarios (1).

Los dientes natales o neonatales también son obser-
vados en asociación con otras anomalías: hendiduras faciales
que interesan al reborde alveolar, paquiniquia congénita, dis
plasia ectodérmica (4).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE DIENTES NA- TALES O NEONATALES INMADUROS.

Las investigaciones histológicas (1) han revelado -
falta de formación de raíz, aumento de tamaño de la pulpa con
abundantes vasos sanguíneos que se han postulado como causa -
para la erupción prematura. Falta de la capa basal de Weil y
una zona en la pulpa muy rica en células, existen estructuras
irregulares de dentina cervical, faltan lóbulos de la dentina
y no hay formación de cemento.

DIAGNOSTICO

DIENTES NATALES INFANTILES: El recién nacido posee-
uno o más dientes, en su mayoría son incisivos centrales infe

riores, se observa totalmente la corona anatómica, es un diente fijo al parodonto, color Marfil, poliedro en forma de cuña - presenta cuatro lóbulos de crecimiento o surcos de demarcación cuatro caras axiales y un borde cortante, (ver fotografía no.1) Radiograficamente es una raíz con características normales.

DIENTES NEONATALES INFANTILES: El recién nacido presenta la encía abultada, algunas veces ya se pueden observar los bordes incisivos (ver fotografía núm. 2) estos dientes -- erupcionan los primeros 30 días de edad, al erupcionar posee las características de dientes infantiles antes mencionados.

DIENTES NATALES INMADUROS O SUPERNUMERARIOS: El niño nace con uno o mas dientes, estos son chicos, cónicos, amarillos, con hipoplasia de esmalte, dentina pobre en textura, - anatomía caprichosa, borde incisal cortante, dientes móviles, - en ocasiones se caen solos. Radiograficamente, la raíz es de anatomía caprichosa, muy pequeña y a veces ausente.

DIENTES NEONATALES INMADUROS: La encía del recién nacido se ve abultada, los dientes erupcionan los primeros --- 30 días de edad, una vez erupcionados poseen las características de dientes natales inmaduros o supernumerarios.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los rayos "X" son un arma muy útil en el diagnóstico diferencial ya que nos permitirá observar en forma indirecta - la firmeza y en forma directa su relación con el hueso y con - los primordios dentales, en muchos casos la radiografía es clave en el criterio de la desición del tratamiento.

Los dientes natales o neonatales inmaduros no deben confundirse con aquellos de leche que erupcionan precozmente - (dientes natales o neonatales). Esta dentición auténticamente precoz raramente se observa y afecta también a los incisivos - centrales inferiores. Al ir progresando la dentición se desarolla también la raíz de estos dientes de leche. Las coronas correspondientes, gozan de una mayor firmeza, pero también pueden molestar al niño. Sin embargo no deben extraerse para evitar se efectue el desarrollo y función normal de la dentadura de leche.

En ocasiones se observan grandes quistes claramente perceptibles a simple vista en la boca de los recién nacidos.- En raras ocasiones, erroneamente diagnosticados como dientes natales. Las lesiones suelen ser múltiples, pero no aumentan de tamaño, no hay tratamiento alguno indicado, puesto que las lesiones se desprenderán espontáneamente unas semanas después-

del nacimiento. Estos quiste son: (2).

PERLAS DE EPSTEIN: Las formadas a lo largo del rafe palatino. Fueron consideradas restos de tejido epitelial atrapado en el rafe al desarrollarse el feto.

NODULOS DE BOHN: Son los formados a lo largo de las porciones vestibulares y linguales de los rebordes alveolares y en el paladar, fuera del rafe. Estos nódulos fueron considerados remanentes de tejido glandular mucoso, histologicamente diferentes de las perlas de Epstein.

QUISTES DE LA LAMINA DENTAL: Hallados en la cresta de los rebordes alveolares superiores e inferiores. Al parecer se originan en restos de la lámina dental.

COMPLICACIONES

Se pueden crear dificultades por la presencia de --- dientes natales o neonatales. Como estos dientes carecen de raíz por lo general son exfoliados prematuramente durante la infancia, esto crea el peligro potencial de aspirar el diente.

Los bordes incisales pueden causar ulceraciones en el borde de la lengua o en el frenillo lingual. Los pezones de la madre pueden lacerarse y llegar a infectarse.

El niño puede rechazar el biberón por el dolor generado por la presión en el diente móvil y en proceso de erupción.

TRATAMIENTO

DIENTES NATALES O NEONATALES INMADUROS: Por regla general esta indicada la extracción, a causa de la escasa fijación con el parodonto, la extracción debe realizarse con las debidas precauciones, teniendo en cuenta la elevada carencia en protrombina y factor VII, que existe durante los primeros días y el retraso de la coagulación que ello implica. Por tanto la extracción no se realizará sino en la segunda semana pos natal.

DIENTES NATALES O NEONATALES MADUROS: Si estos dientes poseen características anatómicas normales, y radiográficamente se observa un desarrollo radicular aceptable, salvo que tienen cierta movilidad. Es necesario conservarlos aunque haya dificultades con el amamantamiento. El enfoque mas conve-niente es mantener ese diente en la boca, explicar al familiar la causa de su importancia en el crecimiento y en la erupción. En un período corto, el diente erupcionado prematuramente se estabilizará y los demás dientes del arco dental erupcionarán.

La erupción de estos dientes presentan menos que un problema. En general se les puede mantener aún cuando el de sarrollo radicular sea limitado.

NUMERO DE CASOS DE DIENTES NATALES Y NEONATALES PUBLICADOS
EN LA LITERATURA MUNDIAL

AUTOR	NUM. DE CASOS	INCIDENCIA.	DIENTES NATALES	D. NEO-NATALES	D. INFANTILES.	D. SUPER NUMERARIOS	CAUSA
Massler 1950	24	1: 2000	79 %	21%	88 %	12 %	familiar
Hals 1957	2	- - -	67 %	33%	100 %	- - -	familiar
Alwright 1958	26	1: 3400	33 %	67%	96 %	4 %	hipovita-- minosis; ger men dental superficial.
Bodenhoff 1960	331	1: 3000	- -	- -	100 %	- - -	familiar ger men dental - superficial.
Gardiner 1961	12	1: 2000	- -	- -	100 %	- - -	" "
Bodenhoff 1966	359	1: 3000	74 %	26%	89 %	11 %	
Spouge 1966	1	1: 2000 3000	100 %	- -	100 %	- - -	familiar ger men dental - superficial.

CUADRO # 2

Modificado de Michael H. Chow, D.D.S.(1).

VI.- CASOS CLINICOS

De los cuatro casos clínicos presentados a continuación, el caso núm. 1 y 2, fueron localizados en un Hospital de Gineco-Obstetricia de la ciudad de México, y los otros dos fueron detectados en la práctica privada.

El caso núm. 1, se trata de un diente natal maduro (infantil) que fue extraído; el caso núm. 2, se trata de dos incisivos centrales inferiores (dientes neonatales maduros o infantiles); el caso núm. 3, de un Nódulo de Bohn, y el caso núm. 4, se trata de otro diente neonatal maduro o diente de primera dentición.

CASO NUM. "1"

Nombre: h de R.G.C.

Reg. Hosp. 10354,

Sexo: Masculino,

Fecha de nacimiento: Octubre 21 de 1981.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre de 24 años de edad, G-II, P-II, A-O, aparentemente sana. Padre de 25 años de edad, aparentemente sano. Ambos son originarios del Estado de México. Su alimentación es deficiente en calidad y en cantidad. Niegan antecedentes de malformaciones familiares y de erupción dental prematura.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto normal del 2o. embarazo, de evolución y parto normal, producto de término APGAR 9, de 3.200 Kgs. de peso.

EXPLORACION FISICA:

Recién nacido masculino, bien conformado, cráneo sin malformación congénita, pabellones auriculares de implantación normal, labios y lengua con características normales, encías color rosa pálido con presencia de diente incisivo LATERAL inferior, inmóvil, color marfil, semejante a un diente INFANTIL-

en cuanto a su forma y con bordes incisales poco filosos.

TRATAMIENTO:

Al mes de edad el diente permanecía fijo al parodontio, en estas condiciones se llevó a cabo la exodoncia, separando el diente de la encía (sindesmotomía) y logrando su completa movilidad (luxación), se procedió a la avulsión (desalojo total del diente o raíz de su alveolo), sin haber presentado complicación operatoria alguna, ya que el diente poseía raíz corta.

EVOLUCION:

El estado general del niño fue normal. En lo que se refiere al diente natal tampoco se observó alteración alguna antes de la exodoncia.

Actualmente de 6 meses de edad sin alteraciones significativas. No le ha erupcionado la dentición INFANTIL.

CASO NUM. 2

Nombre: h.de B.L.H.

Sexo: Masculino,

Reg.Hosp. 22 349,

Fecha de Nacimiento: 7 de nov. 1981.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre de 30 años de edad, G-VIII, P-VIII, A-O, aparentemente sana. Padre de 34 años de edad, sano aparentemente, originarios del Edo. de México, alimentación baja en cantidad y calidad. Niegan antecedentes de malformaciones familiares y de erupción dental prematura.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto hipotrófico del 8avo. embarazo, de término, parto normal, apgar 7, 2.115 Kgs. de peso. Se alimentó a través de sonda nasogástrica en los primeros 10 días de vida por no tolerar la vía oral y para evitar descenso de peso. Presentó hiperbilirrubinemia, que fue controlada con fototerapia con tⁱⁿua.

EXPLORACION FISICA:

Recién nacido masculino, integro bien conformado, --

con signos de desnutrición en útero, cráneo sin malformación congénita aparente, labios y lengua con características normales, encías color rosa pálido, con presencia de 2 incisivos centrales inferiores aún no erupcionados (ver fotografía):

EVOLUCION:

El estado general del niño fue aceptable, respondió favorablemente al tratamiento proporcionado. En lo referente a los dientes, no se observó cambio alguno durante los 13 -- días de estancia hospitalaria. Fué dado de alta.

Actualmente 5 meses de edad, no fue posible localizarlo por el cambio de domicilio. La abuela materna informa que le erupcionaron los incisivos centrales inferiores entre los 26 y 29 días de edad y que no ha presentado alteración alguna por la presencia de estos.

CASO NUM. 3

Nombre: J.S.R.

Sexo: Masculino,

Fecha de nacimiento: 22 de enero de 1982.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre de 18 años de edad GI, P-I, A-O, aparentemente sana. Padre de 19 años de edad, aparentemente sano. Originarios del D.,F. Su alimentación es balanceada. Niegan antecedentes de malformaciones familiares y de erupción dental prematura.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto normal del primer embarazo de evolución y parto normal, producto de término, apgar 8, de 2.900 Kgs. de peso.

EXPLORACION FISICA: (al mes de edad).

Lactante masculino bien conformado, cráneo sin malformación congénita, labios y lengua sin problema alguno, encías color rosa pálido observándose en la porción lingual del reborde alveolar un ligero abultamiento a la altura del incisivo central inferior, moderadamente blanquecino, ligeramente --biando y no doloroso a la palpación.

EVOLUCION:

El niño al nacer poseía un franco abultamiento en en cía mandibular, el médico pediatra, dió un diagnóstico de probable diente neonatal, que erupcionaría en los primeros días de vida. Se esperó la erupción de dicho diente y se observó que el abultamiento de la encía fue desapareciendo paulatina-- mente hasta perderse a los 45 días.

Actualmente el paciente de 3 meses de edad sin alteración aparente.

COMENTARIO:

Este caso no se detectó en los primeros días de vida, pero por la evolución referida por los pa dres, se trata de un NODULO DE BOHN, (Son los - formados a lo largo de las porciones vestibulares y linguales de los rebordes alveolares y en el paladar fuera del rafe y son de tejido glandular mucoso). (ver pág. núm. 39).

CASO NUM. "4"

Nombre: D.G.H.

Sexo: masculino,

Fecha de nacimiento: 23 de feb. de 1982.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre de 29 años de edad, G-VIII, P-VIII, A-O, aparentemente sana, originaria del Edo. de Mich. Padre de 32 años de edad, originario del Edo. de Oax., sano aparentemente, abuelo paterno diabético, abuela materna cardiopata. Su alimentación es deficiente en cantidad y calidad. Niegan antecedentes de malformaciones familiares y de erupción dental prematura.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto normal del 8avo. embarazo, de 37 semanas de gestación, parto normal, apgar 8, de 2.850 Kgs. de peso.

EXPLORACION FISICA:

Lactante menor masculino, bien conformado, craneo -- sin malformación congénita, labios y lengua con características normales, encías color rosa pálido con presencia de diente incisivo central inferior, color marfil, no presenta movilidad. La madre refiere que el diente presentó erupción a los 20 días.

de edad, sin haber ocasionado molestia alguna.

EVOLUCION:

Actualmente, lactante de 2 meses de edad con incisivo central inferior. No presenta alteración alguna en su estado general.

ANTECEDENTES Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS 4 RECIEN NACIDOS CON DIENTES NATALES O NEONATALES

Núm. de caso	1	2	3	4
Edad de la madre	24 años	30 años	18 años	29 años
Edad del padre	25 años	34 años	19 años	32 años
Lugar de origen de los padres	Edo. de Méx.	Edo. de Méx.	D.F.	M: Edo. de Mich. P: Edo. Oax.
Núm. de gestación	II	VIII	I	VIII
Semanas de gestación	39	38	39	37
Sexo	masculino	masculino	masculino	masculino
Peso al nacer	3. 200 Kgs.	2.115 Kgs.	2.900 Kgs.	2.850 Kgs.
Calificación Apgar	9	7	8	8
Diente erupcionado	I.L.I.	I.C.I.	I.C.I.	I.C.I.
Núm. de dientes	1	2	1	1
Tipo de dientes	natal INFANTIL	neonatal INFANTIL	nódulo de BOHN	neonatal INFANTIL



Caso núm. "1". Observandose en maxilar -
inferior un diente natal totalmente erup-
cionado y fijo al parodonto.



Caso núm. "2". Recién nacido con dos incisivos centrales inferiores iniciando su erupción. (dientes neonatales).



Caso núm. "3". Lactante menor con Nódu
lo de Bohn en desaparición, observese -
un mínimo abultamiento en maxilar infe-
rior por la parte lingual.

VII.- D I S C U S I O N .

El número de casos referidos en este estudio, de ninguna manera representan un número que pudiera tener algún valor estadístico realmente significativo, sin embargo, los dos primeros casos, fueron encontrados casi accidentalmente entre 6 000 recién nacidos consecutivos en el transcurso de dos meses en un Hospital de Gineco-Obstetricia de la ciudad de México; si tomamos en cuenta este número, nuestra frecuencia sería de 1: 3 0 00 nacimientos, cifra que resultaría muy semejante a la presentada por otros autores en la Literatura Mundial, que va de 1: 3 000 a 1: 3 4 00 en promedio (1,2) (ver cuadro núm. -- 2).

Por otra parte, los dos restantes casos, fueron referidos de consulta privada, por lo que no es posible valorarlos estadísticamente.

La extracción de un diente infantil neonatal o natal, provoca la ausencia de un diente hasta los 6 o 7 años en que erupciona el definitivo, razón por la cual el Cirujano -- Dentista y el Pediatra deberán hacer una adecuada valoración diagnóstica que evite una confusión que lleve a la extracción de un diente que debe conservarse.

El tratamiento de los dientes infantiles natales o neonatales será de acuerdo a su diagnóstico, tanto clínico como radiográfico (8), ya que de esto dependerá la futura dentición del niño, y el cuidado del pezón de la madre. Por otra parte indudablemente que habrá casos muy especiales que aún -- siendo diente infantil, este se tendrá que retirar, recomendamos que al erupcionar el resto de los dientes, visite de inmediato a un dentista para que valore la colocación de un mantenedor de espacio, que evitará la malposición dentaria, los malos hábitos linguales, los trastornos fonéticos y mejorará la estética (14). Al efectuar la exodoncia se tomará en cuenta -- el retraso de la coagulación que existe en los primeros días de vida.

Desafortunadamente en uno de los casos estudiados -- (núm. "1") el diente infantil fué retirado, ya que por la -- edad del pacientito y por la escasa sintomatología que este --

presentó, no fue canalizado oportunamente al Cirujano Dentista. La complicación tardía de este caso será una malposición dentaria por ausencia de un diente que por falta de información tal vez no se coloque un mantenedor de espacio, por tal motivo es conveniente que los hospitales de Gineco-Obstetricia, cuenten con un consultante cirujano dentista que se encargue de la valoración y en su caso, del tratamiento adecuado de las anomalías referentes a la cavidad bucal de los recién nacidos.

El caso clínico núm. "2", (ver fotografía de la pag. 58), se trata de dos dientes neonatales maduros (infantiles)-erupcionaron casi simultáneamente antes de los 30 días de edad, actualmente 5 meses de edad, el lactante posee los dientes sin presentar problema alguno. El caso núm. "4", es muy similar, el lactante posee un diente neonatal a los dos meses de edad. Por otra parte el caso clínico núm. "3", se trata de un nódulo de Bohn, que no requiere tratamiento alguno (8).

De los cuatro casos de dientes neonatales, tres fueron morfológica y clínicamente dientes infantiles, y solo uno presentó características típicas de nódulo de Bohn, que paulatinamente fue desapareciendo hasta observarse encía normal -- a los 45 días de edad.

Es importante observar que ninguno de los casos expuestos en este trabajo, perteneció a un diente supernumerario, lo mismo en la revisión de la Literatura(1), (ver cuadro núm. 2). La presentación de diente supernumerarios es extraordinariamente raro, y se encuentra en un porcentaje que varía entre 4 y 12 % de los dientes natales y neonatales.(1).

También es importante mencionar que en los casos -- expuestos en este trabajo la presencia de dientes natales y neonatales, se observó en el sexo masculino y todos los dientes se encuentran en el maxilar inferior siendo 3 incisivos centrales y un incisivo lateral (ver cuadro núm 3), en forma similar son representados en la literatura (3,4), en la dentición infantil normal, los incisivos centrales son los primeros en erupcionar (ver cuadro núm. 1). (2).

Como se pudo constar en el cuadro núm."3" (pag.56). la presencia de dientes natales y neonatales no se observó -- ninguna relación entre la edad de los padres, número de hermanos ni el lugar que ocupan en los 4 casos estudiados ni antecedentes familiares de dientes neonatales a pesar de que en la literatura se menciona la herencia como etiología principal (1,3,4,5,8).

De los cuatro recién nacidos ninguno de ellos fue --

macrosómico ni prematuro, por lo tanto no se puede determinar la presencia de estos dientes en cuanto a peso ni edad gestacional.

VIII.- CONCLUSIONES .

Es importante que el Cirujano Dentista tenga conocimientos sobre dientes natales y neonatales para évitar un tratamiento erroneo que de como consecuencia la ausencia de un -- diente anterior INFANTIL, que provoca en el niño malos hábitos linguales, trastornos fonéticos y malposición dentaria.

Se desconoce la frecuencia real de dientes natales y neonatales en nuestro medio. En este trabajo la frecuencia encontrada es de 1: 3 000 nacimientos, y en la literatura mundial ocila entre 1: 2 000 a 1: 3 400' nacimientos.

La etiología de la presencia de dientes natales o -- neonatales es aún desconocida. La anomalía se puede atribuir a una posición inicial superficial del gérmen del diente, esto va relacionado a factores hereditarios, aunque factores exóge-

nos pueden causar una erupción acelerada, la herencia parece ser muy importante.

Los dientes natales y neonatales son en su mayoría dientes infantiles de tipo incisivos centrales inferiores.

El diagnóstico final debe ser efectuado por el Cirujano Dentista tomando en cuenta los datos clínicos mencionados en la identificación de estos dientes y auxiliándose por un estudio radiográfico del diente presente.

Los dientes natales o neonatales maduros o infantiles deben conservarse. En un caso muy extremo que deba retirarse se recomienda la colocación de un mantenedor de espacio en cuanto sea posible. Los dientes natales o neonatales inmaduros si no son exfoliados pueden extraerse en la segunda semana posnatal debido a que durante los primeros días de vida existe una elevada carencia en protrombina y factor VII, y el consiguiente retraso de la coagulación que ello implica.

Los hospitales de Gineco-Obstetricia deben contar con un consultante Cirujano Dentista que se encargue de la valoración y en su caso tratamiento adecuado de las anomalías referentes a la cavidad bucal de los recién nacidos.

Espero que con este trabajo logre contribuir un poco

aportando datos que sirvan para un buen tratamiento de estos
dientes, ya que la conservación de los dientes infantiles --
normales previene en muchos casos un tratamiento ortodónti--
co.

IX.- B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Chow, H., D.D.S.
Natal and neonatal teeth
The Journal of the A.D.A.
Vol. 100, núm. 12, 215-216; 1980.
- 2.- Bernam, D.S., and Silverstone, L.M.
Natal and neonatal teeth
Dental Abstracts
Vol. 21, núm. 7, 430; 1976
- 3.- Bodenhoff J.
Natal and neonatal teeth
Vol. 5, núm. 8, 485-486; 1960.
- 4.- Gorlin J., Goldman M., Thoma K.H.
Patología Gral.

Cap. 3, 163-168.

Ed. Salvat, México, 1973.

5.- Grinspan D.

Enfermedades de la boca

Vol. 3, Cap. 33, 1859-1869.

Ed. Mundi, Argentina.

6.- Heidelberg H., Heidelberg F.S.

Enciclopedia Pediatrica Tomo IX

Cap. 3, 343-346, 425

Ed. Morata, Madrid 1972.

7.- Lazzari P. Dr.

Bioquímica dental

Cap. 4, 47-56

Ed. Interamericana, México, 1970

8.- McDonald E. R., B.S. D.D.S., M.S.

Odontología para el niño y el adolescente

Cap. 5, 68-77 Cap. 3, 36-42

Ed. Mundi Argentina 1975.

9.- Mjor I. A., Pindborg J.J.

Histología del diente humano

Cap. 2, 17-31

Ed. Labor México 1974.

10.- Moore L. K.

Embriología clínica

Cap. 20, 353

Ed. Interamericana, México 1975.

11.- Orban B.

Histología y embriología bucodental

Cap. I, XI; 1-14, 293-311

Ed. Labor, Argentina 1964.

12.- Poole E.A.

Simposio de genética, 141-143

Clínicas Odontológicas de Norteamérica; 1973

13.- Provenza D. V. Dr.

Histología y embriología odontológicas

Cap. 3, 63,96

Ed. Interamericana, México 1972

14.- R. Hernández M.S. Dr.

Colocación de mantenedor de espacio por pérdida prematura de dientes temporales.

Tesis profesional E.N.E.P. IZTACALA, Edo. de México, U.N.A.M. 1980.

15.- Shafer G. William, Dr., Hine K.M., Dr, Levy M.
B, Dr.

Tratado de Patología Bucal

Cap. 1, 62

Ed. Interamericana, México, 1977

16.- Schaffer J.A., M.D., Averly M. E., M.D.

Enfermedades del recién nacido

Cap. 29, 285

Ed. Salvat México, 1974.