



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA
DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y
ÚLCERA DE RIGA - FEDE

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

SAGRARIO ROMERO TRINIDAD

DIRECTORA: C.D. DORA LIZ VERA SERNA

Vo. Bo. [Signature]



México

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

A mi PAPÁ: +

Gracias por sus enseñanzas, sus cuidados, su paciencia y sobre todo por el amor tan grande que me dio. Donde quiera que se encuentre quiero que sepa que este logro es suyo y que Usted siempre será lo más importante de mi vida.

A mi MAMÁ:

Gracias por estar siempre a nuestro lado, por sus sacrificios, por su esfuerzo, pero sobre todo por el amor, el cual espero que con este logro se vea recompensado.

A mi hermano ANDRÉS

Gracias porque a pesar de todas las dificultades y diferencias que hay entre nosotros se que puedo contar contigo. Te adoro.

A mi hermana CRISTY

Gracias por estar conmigo en todos los momentos. Te quiero mucho.

A EZEQUIEL:

Gracias por la comprensión y el cariño que en ti he encontrado. Te quiero.

A mi sobrino ANDRÉS:

Porque tu llegada al mundo ha traído de nuevo luz a mi camino.

A mis Padrinos TITO, LOLA y JUANA:

Gracias por guiarme en mi camino y acompañarme en los momentos más difíciles.

A CLAUDIO:

Gracias por tu apoyo.

A mis amigos RUBÉN, NASHHELLY, MIRNA, FERNANDO y LUPE:

Gracias por haberme enseñado el verdadero significado de la palabra amistad.

Gracias a mis pacientes:

Por haber confiado en mi ya que con esto descubrí lo valiosa que es para mi esta profesión.

A la Doctora DORA LIZ:

Gracias por su apoyo y paciencia, así como por aceptar dirigir esta Tesina.

A todos los Cirujanos Dentistas:

Que me dieron sus conocimientos a lo largo de estos cinco años.
Gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Gracias por abrirme las puertas del conocimiento y darme las armas suficientes para defenderme en la vida.



ÍNDICE



Publicación de la Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2010. ISBN 978-956-30-1000-0

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	4
1. ASPECTOS GENERALES DE LA ERUPCIÓN DENTAL.....	8
1.1 ERUPCIÓN.....	9
1.2 FASES DE LA ERUPCIÓN.....	12
1.3 TEORÍAS SOBRE LA ERUPCIÓN.....	15
1.4 ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN.....	17
2. DIENTES NATALES Y NEONATALES.....	20
2.1 DEFINICIÓN.....	20
2.2 SINONIMIA.....	21
2.3 CLASIFICACIÓN.....	22
2.4 ETIOLOGÍA.....	23
2.5 VALORES EPIDEMIOLÓGICOS.....	25
2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	30
2.7 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.....	33
2.8 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	36
2.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	39
2.10 COMPLICACIONES.....	42
3. ÚLCERA DE RIGA – FEDE.....	45
3.1 DEFINICIÓN.....	46
3.2 SINONIMIA.....	47
3.3 CLASIFICACIÓN.....	47
3.4 ETIOLOGÍA.....	48
3.5 VALORES EPIDEMIOLÓGICOS.....	49
3.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	50
3.7 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	50
3.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	51
3.9 COMPLICACIONES.....	53
4. MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES	
NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA – FEDE.....	54
4.1 EXTRACCIÓN.....	54
4.2 CONSERVACIÓN DE DIENTES NATALES O	
NEONATALES.....	57
4.3 SUTURA DE LA ÚLCERA DE RIGA – FEDE.....	62



ÍNDICE



4.4 SEGUIMIENTO.....	62
CONCLUSIONES.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	69



INTRODUCCIÓN



Antiguamente se decía que la niñez era sólo un prerrequisito de crecimiento, en el cual el fin justificaba los medios.

El desarrollo del niño desde el momento de su concepción y a través de los años de vida es marcado por muchos cambios; crecen y se desarrollan rápidamente, y al igual que todo su organismo, las estructuras bucales se forman y cambian a un ritmo acelerado.

Por ejemplo, la erupción de los dientes sigue una cronología que corresponde a la fecha cuando el diente aparece en la cavidad oral, datos que se encuentran bien establecidos en la literatura y sujetos a pequeñas variaciones que dependen de factores hereditarios, endócrinos y el medio ambiente; sin embargo, el proceso de erupción de los dientes no se encuentra exento de presentar alteraciones durante su desarrollo.¹

En el momento del nacimiento los dientes no se encuentran presentes y el inicio de su erupción es algo que la familia celebra y contempla con alegría como un signo de desarrollo normal del nuevo miembro de la familia. El pediatra, a su vez, analiza la cronología de la erupción como un dato importante en la evaluación del desarrollo de su paciente.

Cuando un individuo presenta dientes al nacer (dientes natales) o durante los primeros 30 días de vida (dientes neonatales), su presencia no suele traer alegría, sino, trae a los padres y a los médicos preocupación.

¹ **Robson, Frederico Cunha.** "Natal and neonatal Teeth: review of the literature" American Academy of Pediatric Dentistry, 23:2001, 2, p.158.



INTRODUCCIÓN

La presencia de esta alteración en la erupción dentaria en el recién nacido se puede presentar tanto en el niño sano como asociada a enfermedades o síndromes genéticos.²

El médico general o el pediatra deberán remitir al paciente para ser atendido odontológicamente, ya sea por el odontólogo general o el odontopediatra. El manejo de estos dientes, no debe ser radical (extracción), sino estar basado en un correcto diagnóstico, para lo cual el odontólogo debe contar con conocimientos suficientes acerca del tema; por ejemplo, el explicarle a los padres que la presencia prematura de los dientes en su bebé no es una alteración desconocida, los calmará por unos momentos y permitirán explicarles con mayor claridad.

El propósito de este trabajo basado en investigación con revisión bibliográfica, es el recopilar la información necesaria para un adecuado manejo de los dientes natales y neonatales, que nos permitirá la resolución de los problemas que podrían surgir a causa de la presencia prematura de estos dientes como por ejemplo : traumatismos en las estructuras adyacentes, como es el caso de la úlcera de Riga – Fede; la laceración del pezón de la madre, broncoaspiración y dificultad para la correcta alimentación del neonato son complicaciones frecuentes. Existe la posibilidad de que a nuestro consultorio llegue un paciente con dentición precoz (en 1986 en el Instituto Nacional de Pediatría se reportaron 35 casos de niños con la presencia de estos dientes)³ y debemos considerar que de nuestro diagnóstico y tratamiento dependerá en un futuro, si el pequeño paciente pueda presentar problemas de maloclusiones o pérdida de espacio.

² Liarena del Rosario, María Elena, et al. "Dientes natales y neonatales" ADM. Enero-Febrero: 1986, p. 9-12.

¹ Ib.



INTRODUCCIÓN



No hay que olvidar que deben ser considerados dos principios fundamentales para la atención del paciente:

- a) Determinar qué es lo mejor para el niño en el momento actual.
- b) ¿Qué es conveniente para el adulto en el que eventualmente se convertirá el niño?



ANTECEDENTES

Existen diversas opiniones en diferentes países y en distintas épocas acerca de lo que significa la presencia y forma de los dientes; por ejemplo, la presencia de diastemas entre los centrales significaba que esa persona iba a viajar muy lejos; dientes irregulares eran signo de volubilidad e inconstancia, y los dientes grandes y anchos signo de sensualidad.

Los bebés nacidos con la presencia de dientes natales y neonatales tiene su origen, o se hace mención de ellos desde la época de los griegos y los romanos.

Históricamente el término lesión o enfermedad de Riga – Fede se ha usado para describir a la ulceración traumática que ocurre o se presenta en la superficie ventral de la lengua de pacientes neonatos, relacionada con la presencia de dientes natales y neonatales; sin embargo la literatura en algunos casos incluye lesiones o patologías similares a ésta en pacientes de hasta 77 años.

- 23 a.C. : Plinius de Caius Secundus, creyó que en el futuro, los infantes masculinos tendrían una buena vida, considerando que el mismo fenómeno era un mal augurio para las malas muchachas;
- 59 a.C. : Han aparecido datos en escrituras cuneiformes de 19 países donde se ha hecho mención de dientes natales y neonatales, como augurios malos para las mujeres de las familias y buenos para los varones;
- 1800: Esta alteración en la erupción fue de gran importancia en Italia, debido a que frecuentemente ocasionaba problemas de alimentación, culminando con la muerte; ²⁰

²⁰

Massler, M., Savara B. S. "Natal and Neonatal Teeth". J. Pediatric. 36:1950, p. 352.



ANTECEDENTES

- 1857: Calderelli describió la lesión traumática (úlcera) presente en algunos neonatos con la presencia de dientes natales y neonatales; ²¹
- 1877: Fleischmann en su libro de texto en pediatría dio un buen resumen de 20 casos de dientes natales y neonatales; ²²
- 1881: Riga fue el primero en atraer la atención del mundo médico hacia la úlcera presente en el neonato con dientes natales o neonatales;
- 1890: Fede realiza el primer examen histológico a esta patología ²³. Gracias a la investigación de los dos anteriores autores es por lo que se le conoce como enfermedad de Riga – Fede; ²⁴
- 1896: Ballantyne reunió informes acerca de 70 casos de dientes natales y neonatales y los presentó en Edimburgo en la Obstetrical Society;
- 1921: Asana publica un informe sobre la India, en donde los niños con la presencia de dientes natales y neonatales eran desterrados;
- 1950: Massler y Savara denominaron natales a los dientes que se encuentran presentes en el nacimiento y neonatales aquellos que se observan durante los primeros 30 días después del nacimiento, tomando en cuenta y como única referencia el tiempo de la erupción; esta definición es la más aceptada por la mayoría del autores; ²⁵
- 1958: Allwright reportó que la prevalencia de dientes natales y neonatales correspondía a uno de cada 3.400 recién nacidos; ²⁶
- 1958: Allwright, describe la úlcera y menciona que no es un factor determinante para la extracción de dientes natales y neonatales; ²⁷

²¹ **Abramson, Mason.** et al. "Sublingual Granuloma in Infancy (Riga – Fede disease)". The Journal of Pediatrics. 24:1944. p. 195-198.

²² **Massler.** Op. cit. p. 352.

²³ **Abramson** Op. cit. p. 195-198.

²⁴ **Olivar, B.A.** "Valoración Estomatológica del recién nacido". Federación Odontológica Colombiana. 5, 1998: 193, p. 42-44.

²⁵ **Massler** Op. cit. p. 352.

²⁶ **Masatomi, Yoko,** et al "Unusual multiple natal teeth: case report". Pediatric Dentistry. 13:1991, 3,p. 170.

²⁷ **Abramson.** Op. cit. p. 195-198.



ANTECEDENTES



- o 1970: Tay reportó un caso en el que se encontraron presentes un segundo molar superior y un canino inferior natales;
- o 1982: Ronk describe que también los caninos y los molares pueden ser dientes natales y neonatales;
- o 1983: Bandet reportó 17 casos de molares; 13 del los cuales eran natales y 3 neonatales;²⁸
- o 1985: Kinirons reporta un caso en el que el recién nacido no sólo presentaba dientes natales, sino, además la enfermedad de Riga – Fede;
- o 1987: Darwish. realizó un estudio acerca de 50 casos descritos en la literatura de 458 casos; de los cuales eran 6 dientes natales múltiples y sólo 4 de esos 6 se encontraban molares;²⁹
- o 1989: Tomizawa et al. informan del procedimiento operatorio que puede ayudar a la eliminación del traumatismo que provoca la úlcera de Riga - Fede;
- o 1991: Yoko Masatomi, reporta un caso muy raro de dientes natales múltiples en un niño japonés;³⁰
- o 1995: Zhu y Rey describen la úlcera, y reiteran que no es un factor decisivo para la extracción de dientes natales y neonatales; y
- o 1996: Goho da el tratamiento a seguir para evitar la extracción de dientes natales cuando se presenta la enfermedad de Riga – Fede.³¹

A través de los siglos han sido reconocidos los dientes natales y neonatales, incluyendo diferentes creencias que se desarrollaron con el tiempo, como la de que aparecen en la gente con ciertos dones o en los líderes.

²⁸ Masatomi. Op cit. p. 170

²⁹ Goho Curt, DDS. "Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga – Fede disease): Report of cases". Journal of Dentistry for Children. September – October: 1996, p. 362.

³⁰ Masatomi. Op. cit. p.171.

³¹ Goho. Op. cit. p.362.



ANTECEDENTES

En ciertas partes de África, Polonia, India y China, si nace un niño con uno, dos o más dientes, es una amenaza para la felicidad de la familia del mismo y peor aún, para la tribu a la que pertenece; por ello no son bien recibidos y en algunos lugares son ahogados para alejar los malos augurios.

En Inglaterra, la creencia era que los niños que nacían con estos dientes estaban destinados a ser famosos soldados.

En Francia y en Italia esta condición garantizaría la conquista del mundo.

En la historia se mencionan nombres como los de: Zoroaster, Hannibal, Luis XIV, Mazarin, Richelieu, Mirabeau, Richard III y Napoleón³², con la presencia de dientes natales (Fig. 1) y neonatales (Fig. 2).



Figura 1. Diente natal.³³



Figura 2. Diente neonatal.³⁴

³² Jianfu, Zhu, et al. "Natal and Neonatal teeth". *Journal of Dentistry for Children*, Marzo-Abril: 1995, p. 123.

³³ De Figueiredo, Luiz Reynaldo. *Odontología para el bebé*. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A., Brasil, 2000. p. 50

³⁴ Ib.



1. ASPECTOS GENERALES DE LA ERUPCIÓN DENTAL

Antes de aparecer el diente en boca, experimenta un proceso de desarrollo intraóseo que le prepara para cumplir su función masticatoria, la cual no termina con la erupción completa, ya que mantiene la capacidad de adaptación a lo largo de la vida del sujeto; la erupción dentaria está sujeta a múltiples desviaciones de la normalidad, de cuyo diagnóstico depende en gran medida la eficacia de los tratamientos.

Un buen número de alteraciones eruptivas detectadas a tiempo, pueden tratarse con procedimientos simples y sin costo sanitario mientras que, dejadas a su evolución natural, se tendrán que realizar tratamientos complejos.

En las denticiones se encuentran un gran número de patologías a causa de diferentes factores (locales o sistémicos), entre los que encontramos: alteraciones de tamaño, forma, número, localización, en el esmalte, en la dentina, en toda la estructura dentaria y en el proceso de la erupción.¹⁹

La erupción precoz en la dentición temporal, es decir, la erupción de dientes natales y neonatales, es la alteración que nos ocupa en este trabajo, por lo cual se hace necesario el conocimiento del proceso por el cual atraviesan estas estructuras para hacerse presentes en la cavidad oral, además de permitirnos comprender el por qué de sus características clínicas.

¹⁹ Laskaris, George. *Patología de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes*. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A., Colombia, 2001.p.4



1.1 ERUPCIÓN

Los órganos dentarios son formados a partir del ectodermo (lámina dental) y del mesodermo (tejidos peri dentarios), con la participación de las células originarias de la cresta neural. El germen dentario primitivo se desarrolla hasta el momento en que inicia su mineralización y una vez concluida la mineralización de la corona se irá formando la raíz y se pondrá en marcha el proceso de la erupción dentaria.²⁰

La erupción es la acción de salir, brotar o aparecer (Fig. 3). Es el proceso por el cual un diente avanza a través del hueso alveolar hacia la cavidad bucal.²¹

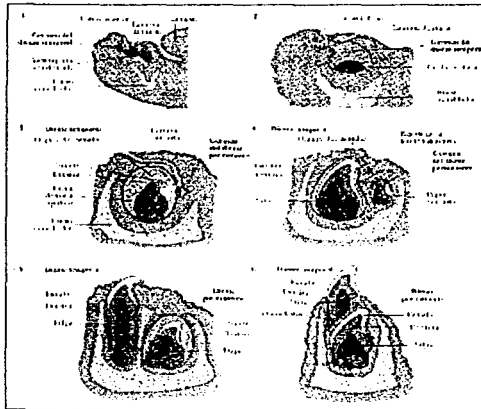


Figura 3.²²

²⁰ Varela, Margarita. *Problemas Buco dentales en Pediatría*. Editorial Ergon, Madrid, 1999, p.

11.

²¹ Pinkham, J. R. Casamassimo, Paul S. et al. *Odontología Pediátrica*. 2º ed. Interamericana McGraw – Hill, México, 1996, p.175.



Se considera que el verdadero fenómeno de la *erupción* ocurre cuando el diente perfora la mucosa bucal y se hace visible, con frecuencia inmediatamente debajo del nivel de la cresta del borde.

En forma esencial la erupción de los dientes consiste en un movimiento de la pieza dental en desarrollo, dentro de su folículo, debido al crecimiento diferencial de la pulpa y el folículo.²³

El término erupción antiguamente se aplicaba al hecho de la aparición de los dientes en la cavidad bucal; actualmente se sabe que este proceso no termina cuando los dientes encuentran a su antagonista.

En cuanto comienza la formación de la raíz (Fig. 4), el diente comienza a erupcionar, es decir, a moverse en dirección axial, hasta tomar su posición final en boca, con su superficie oclusal en el plano oclusal.

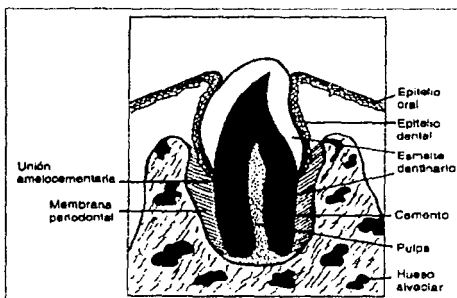


Figura 4. Representación esquemática de una fase del desarrollo radicular.²⁴

²² Varela. Op. cit. p. 12.

²³ Zegarelli, Edward. *Diagnóstico en Patología Oral*. 2ª ed. Salvat Editores, Barcelona, 1982. p. 142.

²⁴ Barbería, Elena. et al. *Odontopediatría*. Editorial Masson, 2ª ed. Barcelona, 2001, p. 327.



Al erupcionar, la corona del diente debe escapar de su cripta ósea por resorción del hueso situado por oclusal de la corona y por depósito de hueso en apical de las raíces en desarrollo; posteriormente, se pierde el tejido conectivo situado entre el epitelio reducido del órgano del esmalte que cubre la corona y el epitelio oral suprayacente, los cuales se unen.

El diente emerge a través del canal epitelial sin presentar hemorragia alguna.²⁵

La salida a través de la encía es sólo un incidente en el proceso de la erupción, que se ve favorecida por los siguientes movimientos:

- o axial: movimiento oclusal en la dirección del eje longitudinal del diente;
- o desplazamiento: movimiento corporal en dirección distal, mesial, lingual o bucal;
- o inclinación o movimiento de lado: alrededor del eje transversal y
- o rotación: movimiento alrededor del eje longitudinal.²⁶

En el proceso eruptivo se pueden distinguir tres fases:

1. Fase eruptiva
2. Fase prefuncional
3. Fase funcional.²⁷

²⁵ Ten Cate, A.R. *Histología Oral*, 2ª ed. Editorial Medica Panamericana, Argentina, 1991, p. 101.

²⁶ Orban. *Histología y Embriología Bucales*, 6ª reimpresión. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V., México, 1990, p. 297.

²⁷ Varela. Op. cit. p. 11.



ASPECTOS GENERALES DE LA ERUPCIÓN DENTAL

Existe un gran número de teorías respecto al mecanismo implicado en el proceso de la erupción dental; todas ellas se pueden reducir a un común denominador:

"La erupción dental es simplemente un proceso de crecimiento".²⁸

1.2 FASES DE LA ERUPCIÓN

Un gran número de factores contribuyen en mayor o en menor medida a un proceso continuo que abarca, desde la formación inicial de la corona en el folículo dentario, hasta la erupción completa del diente y su entrada en la oclusión estable con el antagonista (la erupción dental) Fig. 5.²⁹

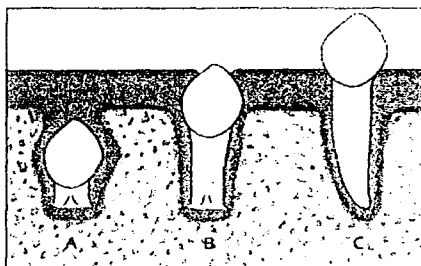


Figura 5. Fases de la erupción dentaria. A. Preeruptiva. B. Prefuncional. C. Funcional.³⁰

²⁸ Provenza, Vincent. *Histología y Embriología Odontológicas*. Nueva Editorial Interamericana, México, 1974, p. 91.

²⁹ Ten Cate. Op. cit. p. 104.

³⁰ Varela. Op. cit. p. 13.

**a) FASE PRERUPTIVA**

Cuando el primer esbozo de la corona dentro del germen dentario se calcifica y empieza a trasladarse desde su posición inicial intraósea da inicio la erupción dentaria.

En el inicio el folículo no se desplaza hacia la superficie, sino, lateralmente, desde la parte más interna del hueso maxilar o mandibular hacia la parte más externa.

Una vez que comienza la formación de la raíz, es entonces cuando el diente en formación inicia su translación vertical hacia la superficie de la encía, recorriendo un camino cuya longitud es igual al crecimiento que va experimentando la raíz en formación.

Esta fase dura entre dos y dos años y medio.

b) FASE PREFUNCIONAL

Cuando la raíz alcanza entre la mitad y las tres cuartas partes de lo que será su longitud definitiva, el diente, que ha atravesado totalmente el hueso alveolar, rompe la encía y hace su aparición en la cavidad oral.

A partir de este momento el proceso de la erupción se acelera, de modo, que en tres meses aproximadamente, el diente habrá entrado en contacto con su antagonista.



c) FASE FUNCIONAL

Al hacer contacto con el antagonista, es interrumpido su desplazamiento vertical del diente, al entrar en una fase de búsqueda de estabilidad oclusal adecuada con el resto de los dientes que guarda relación.³¹

La capacidad de erupcionar del diente no se agota nunca; de hecho, si desaparece el contacto de un diente con su antagonista por pérdida del mismo o por un desequilibrio en la oclusión, la erupción vertical puede reanudarse en cualquier momento de la vida del individuo.

En el adulto existe la erupción pasiva que consiste en una progresiva retracción de la encía y las restantes estructuras peridentarias, dando como resultado que la corona clínica se alargue con la edad.³²

³¹ Ib. p. 12.

³² Ib. p. 12.



1.3 TEORÍAS SOBRE LA ERUPCIÓN

Se dice que el mecanismo exacto de la erupción dentaria (Fig. 6) no se encuentra aún aclarado totalmente.

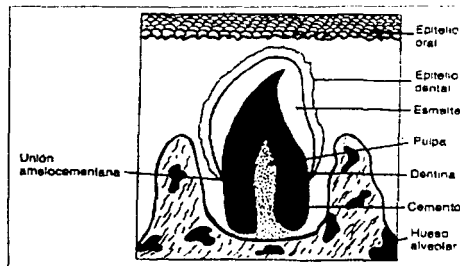


Figura 6. Representación esquemática de un diente en erupción.³³

Son señaladas como principales las siguientes causas para explicar la erupción:

- crecimiento de la raíz;
- presión vascular o tisular;
- remodelación del hueso;
- tracción del ligamento periodontal;³⁴
- formación radicular o elongación de la raíz;
- proliferación de la vaina radicular epitelial de Hertwig;
- proliferación del tejido conectivo de la papila dental;

³³ Barbería. Op. cit. 329.

³⁴ Göran, Koch. *Odontopediatría. Enfoque clínico*. 2ªed. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1994. p. 22



ASPECTOS GENERALES DE LA ERUPCIÓN DENTAL

- o crecimiento simultáneo de la mandíbula;
- o aposición y resorción del hueso alveolar;³⁵
- o el crecimiento de la dentina, y
- o la constricción pulpar.³⁶

En conclusión, la erupción dental es una combinación de varios factores.

La fuerza eruptiva más clara es generada por el crecimiento longitudinal de la pulpa dentaria en la raíz en crecimiento; sin embargo, los distintos movimientos de un diente en erupción no pueden ser explicados por el crecimiento de la raíz aislada.

Algunos dientes se desplazan a una distancia mayor que la de su raíz completamente desarrollada y un factor adicional debe explicar la distancia aumentada, por citar un ejemplo.

Es habitual que la aparición en la boca de los dientes temporales produzca cierta sintomatología, como: enrojecimiento e hinchazón de la mucosa oral que será sustituido por una pequeña isquemia en el punto en el que el diente perfora la encía, y ambos epitelios (oral y dental) se unan.

Los dientes presentan un proceso cronológico para su aparición; sin embargo, se presentan ciertas variaciones en este proceso, generalmente atribuido a influencia genética. De cualquier forma, existen otras alteraciones locales que requieren de mayor estudio, como es la de erupción.³⁷

³⁵ Pinkham. Op. cit. p. 137

³⁶ Mc Donald, Ralph E. *Odontología para el niño y el Adolescente*. 4ª ed. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1983, p. 187.

³⁷ Barbería. Op. cit. p. 325.



1.4 ALTERACIONES EN LA ERUPCIÓN

Se reconoce en la literatura que existe un amplio rango de variación en los tiempos de erupción normales (Fig. 7) de las dos denticiones; por ejemplo la cronología y calcificación de los tiempos de erupción es una variación biológica inherente, pero particularmente notable en los seres humanos; es difícil determinar cuándo los datos de erupción de los dientes de determinada persona se encuentran fuera de los límites de rango normales.³⁸

DENTICIÓN TEMPORAL SUP.	ERUPCIÓN	DENTICIÓN TEMPORAL INF.	ERUPCIÓN
INCISIVO CENTRAL	7 ½ meses	INCISIVO CENTRAL	6 meses
INCISIVO LATERAL	9 meses	INCISIVO LATERAL	7 meses
CANINO	18 meses	CANINO	16 meses
1er. MOLAR	14 meses	1er. MOLAR	12 meses
2do. MOLAR	24 meses	2do. MOLAR	20 meses

Figura 7. Cronología de erupción de la dentición temporal.³⁹

Dentro de las alteraciones en la erupción en cuanto a tiempo encontramos:

³⁸ Shafer, William G. *Tratado de Patología Bucal*. 4ª ed. Editorial Panamericana, México, 1986. p. 64.

³⁹ Mc Donald. Op. cit. p. 180.



ASPECTOS GENERALES DE LA ERUPCIÓN DENTAL

a) ERUPCIÓN PREMATURA

En donde el tiempo de erupción se encuentra por debajo de los extremos de la normalidad y se pueden considerar un estado patológico. A menudo su importancia es mínima.

La podemos encontrar en las dos denticiones, en la temporal como:

- o dientes natales y
- o dientes neonatales.⁴⁰

En la dentición permanente la dentición prematura o precoz es igualmente rara; sin embargo, la erupción aislada de diferentes dientes, puede ser debido a factores locales como la pérdida prematura del correspondiente temporal o la pérdida de hueso alveolar.

b) ERUPCIÓN RETARDADA

Referido al retardo de la erupción por más de seis meses en los dientes temporales, o más de seis a diez meses en los permanentes. En muchos casos la etiología se desconoce, aunque algunas veces puede relacionarse con ciertas alteraciones sistémicas ocasionadas por trastornos endógenos y locales.

Trastornos endógenos

Síndrome de Down

Disostosis cleidocraneal

Enanismo acondroplásico

⁴⁰ Barbería. Op cit. p. 335



Displasia Ectodérmica congénita
Síndrome de Gardner
Amelógenesis imperfecta
Hipotiroidismo e hipovitaminosis D
Hipopituitarismo.

Trastornos locales:

Falta de espacio
Erupción ectópica de los primeros molares
Secuelas del traumatismo
Anquilosis alveolodentaria
Dientes supernumerarios
Patología tumoral.

Dentro de la erupción retardada encontramos como ejemplo:

- dientes múltiples no erupcionados: término referido a una alteración poco frecuente en donde existen todos los órganos dentarios, pero al parecer sin la fuerza necesaria para erupcionar;
- dientes incluidos e impactados: son los que no cuentan con la fuerza eruptiva, ya que una barrera física se interpone en su erupción; y
- dientes primarios anquilosados: también llamados sumergidos y los más afectados en esta dentición son los segundos molares que han sufrido resorción radicular y se anquilosan al hueso, el diente parece estar sumergido en el plano de oclusión.



2. DIENTES NATALES Y NEONATALES

El tiempo de erupción varía para los dientes temporales y permanentes en los seres humanos. Por ello es difícil valorar los tiempos de erupción en cada individuo. En el caso en el que la duración o la secuencia de la erupción se encuentra evidentemente fuera del margen normal, puede ser considerado que existe una anomalía de la erupción como es el caso de la erupción prematura (dientes natales y neonatales).⁷⁸

2.1 DEFINICIÓN

Durante los últimos cientos de años, se encuentran informes de infantes nacidos con dientes, o con dientes que hacen erupción inmediatamente después del nacimiento (en un lapso de 30 días), que se encuentran, tanto en la literatura médica como en la dental. Estos dientes se han llamado "dientes fetales", "dientes congénitos" y "dentición precoz" (Mayhall y Badenhoff).

Se encontró que estos términos eran demasiado amplios para describir con precisión a los dientes que hicieron erupción al nacimiento o brevemente después del mismo. En la literatura dental y médica actual, la terminología más satisfactoria ha sido definida por Massler y Savara (1950):⁷⁹

Dientes natales: los que se encuentran presentes en el infante en el momento del nacimiento.

⁷⁸ Sapp, Philip. et al. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Editorial Horcourt, Madrid España, 2001, p. 4.

⁷⁹ Anderson, Ruth A. " Natal and Neonatal teeth:histologic investigation of two black females." *Journal of Dentistry for Children*. July-August: 1982, 49, p. 300-301.



Dientes neonatales: los que hacen erupción en el período neonatal, es decir, durante los primeros 30 días después del nacimiento.⁸⁰

2.2 SINONIMIA

Antiguamente se les designó a los dientes *natales*:

"dientes fetales"

"dientes congénitos"⁸¹

"dientes natalicios"⁸²

"dientes connatales"^{83, 84}

y a los dientes *neonatales* :

"dientes neonatalicios".⁸⁵

Estos conceptos sólo se refieren al tiempo de erupción y no si el diente es de carácter histológico normal, o supernumerario.

Diente supernumerario: condición caracterizada por la presencia de un mayor número de dientes de la cuenta normal de las denticiones, resultado de la continua actividad anormal de la lámina dental, que inicia la formación de gérmenes extras.⁸⁶

⁸⁰ Masler. Op. cit. p. 349.

⁸¹ Fragoso Ramírez, José Antonio. *Estomatología del recién nacido*. Instituto Nacional de Perinatología, México, 1992, p. 143.

⁸² Zegarelli, Edward Op. cit. p. 592.

⁸³ Göran, Koch. Op. cit. p. 202.

⁸⁴ Magnusson, Bengot. *Odontopediatría, enfoque sistemático*. Salvat Editores, Barcelona, 1985, p. 73.

⁸⁵ Zegarelli. Op. cit. p. 592.

⁸⁶ Laskaris. Op. cit. p. 4.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

El presente documento es de dominio público y no se permite su explotación económica ni su transformación en obras derivadas. Queda permitida la impresión en su totalidad o parcialmente.

2.3 CLASIFICACIÓN

Los dientes natales y neonatales se encuentran en la literatura clasificados como:

- trastornos del desarrollo intra bucales; ⁸⁷
- anomalías de la erupción dental: ⁸⁸
 - erupción prematura ⁸⁹
 - dentición pretemporaria (Fig. 8) ⁹⁰
 - dentición predecidua ⁹¹
- erupción temprana ⁹²
 - desviaciones cronológicas en la erupción. ⁹³



Figura 8. Epitelio queratinizado en la zona en que harán erupción incisivos inferiores. ⁹⁴

⁸⁷ Fragoso. Op. cit. p. 143.

⁸⁸ Andlaw, R.J. et al. *Manual de Odontopediatría*. 5ª ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México, 1994, p. 149.

⁸⁹ Sapp, Philip J. Op. cit. p. 4.

⁹⁰ Baskar, S.N. *Patología Bucal*. 2ª ed., 2ª reimpresión. Editorial el Ateneo, Argentina, 1977, p. 93.

⁹¹ Shafer, William G. Op. cit. p. 50.

⁹² Massler, Op. cit. p. 355.

⁹³ Magnusson. Op. cit. p. 73.

⁹⁴ Varela. Op. cit. p. 25.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

2.4 ETIOLOGÍA

Los dientes natales y neonatales constituyen un problema para el obstetra y el pediatra ya que ellos se preguntan si pueden ser:

- a) un síntoma de perturbación sistémica;
- b) un problema para el amamantamiento del pequeño paciente, o;
- c) la causa de un trauma en la lengua del infante; preguntas que se refieren uno hacia el otro; sin embargo, que deben ser analizadas y despejadas por el Cirujano Dentista.⁹⁵

La presencia de los dientes prematuros es definitivamente una perturbación de la cronología biológica, cuya etiología aún es desconocida.

Se ha relacionado con varios factores, como:

I. Actividad osteoblástica en el germen; la erupción temprana de los dientes natales y neonatales se encuentra relacionada con el foliculo dental en el cual se desarrolla una actividad precoz remodeladora dentro del área del germen dental; ya que la actividad osteoclástica es responsable en la activación de la erupción. Sin embargo, las anomalías del esmalte en dientes natales y neonatales pueden, también, estar relacionados con una alteración a nivel de los ameloblastos durante el desarrollo de la estructura dental.⁹⁶

II. Presencia de los dientes prematuros en pacientes normales sin una historia familiar de la condición.

III. Hipovitaminosis.

⁹⁵ Massler Op. cit. p. 349.

⁹⁶ Uzamis, Meryem. et al. " *Clinical and ultrastructural study of natal and neonatal teeth* ", The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 23:1999, 3, p. 175.



IV. Pueden ser la manifestación localizada de un síndrome (Ellis-van Creveld, Displasia ectodérmica, Paladar Hendido, Gigantismo, Disostosis craneofacial, Hipertrofia hemifacial, Paquioniquia congénita).

V. Se pueden atribuir a los factores medioambientales.⁹⁷

VI. Posición superficial del germen dental; Fleischmann (1877), refiere que la posición del germen dental puede estar colocado cercano a la superficie gingival, en donde podría ser de carácter hereditario y en otros casos pueden presentarse cambios patológicos (desarrollo acelerado).

Boyd y Miles muestran claramente la sección anatómica y radiográfica de la mandíbula fetal, en donde el germen dental se encuentra en una superficie hueca fuera del hueso alveolar, que también lo relacionan a un factor hereditario.

VII. Erupción acelerada por causa de fiebre; el estado febril puede afectar de manera directa la actividad ameloblástica y provocar hipoplasia del esmalte, ya que los ameloblastos son el grupo de células más sensibles con respecto a la actividad metabólica.

Cohn y Rector (1935), sugieren que hay una estimulación sobre la dentición cuando hay un estado repetitivo de fiebre.

VIII. Infección o desnutrición.

IX. Estimulación hormonal; Thomas en 1941, menciona como posible factor de la erupción temprana a la estimulación hormonal en condiciones glandulares anormales (hipersecreción), en donde las hormonas de las gónadas, la tiroides y el timo tienden a estimular el proceso de desarrollo.

X. Transmisión hereditaria del gen autosómico dominante: la herencia parece jugar un papel de causa en esta anomalía, sin embargo, desde 1897 con Ballantyne ha sido considerada como uno de los factores más importantes en el desarrollo de esta patología; en casos reportados en la literatura, se menciona que

⁹⁷ Robson. Op. cit p. 159.



DIENTES NATALES Y NEONATALES



se ha presentado en miembros de una misma familia en generaciones sucesivas⁹⁸, con una frecuencia del 8-62 %.⁹⁹

XI. Durante la revisión de la literatura, se encuentra que ninguno de los factores que se han sugerido a través del tiempo ha podido ser probado por los autores, que a los informes les hace falta datos para lograr una evidencia conclusiva, por lo cual, en los textos, aparece la leyenda: "etiología desconocida", al igual de: "parece obedecer a un origen hereditario, o a una base genética".

2.5 VALORES EPIDEMIOLÓGICOS

Los porcentajes en que podemos encontrar los dientes natales y neonatales, tal vez expliquen a los padres la frecuencia con que aparecen, además de ayudarnos en el diagnóstico.

En México se realizó en el año de 1986 un estudio en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se reportaron treinta y cinco casos de dientes natales y neonatales, de los cuales treinta y dos eran natales y sólo tres neonatales; el 57% correspondía a mujeres y el 43% a hombres; el 29% de ellos tenían antecedentes hereditarios de esta alteración en la erupción, mientras el 71% se reportó sin datos patológicos.

Los valores epidemiológicos de los dientes natales y neonatales es muy baja; sin embargo, no se puede determinar un valor real a las estadísticas, debido a que los archivos pediátricos son de "recién origen", a pesar de contar con los archivos obstétricos, donde se encuentran registrados los natales. Los neonatales

⁹⁸ Jianfu. Op. cit. p. 124.

⁹⁹ Uzamis. Op. cit. p. 175.

**DIENTES NATALES Y NEONATALES**

no corren la misma suerte, ya que, sólo se registraban si la madre regresaba a consultar el motivo de la presencia de los dientes en tan corto tiempo.¹⁰⁰

a) PREVALENCIA

Tabla de prevalencia de dientes natales y neonatales reportados en la literatura (Fig. 9).

	AÑO	PREVALENCIA
Magitot	1876	1:6000
Puech	1876	1:30 000
Ballantyne	1897	1:6000
Massler, et al.	1950	1:2000
Allwright	1958	1:3408
Bodenhoff	1959	1:3000
Wong	1962	1:3000
Gorlin, et al.	1963	1:3000
Mayhall	1967	1:1125
Chow	1980	1:3500
Anderson	1982	1:800
Kates, et al.	1984	1:3667
Leung	1986	1:3392
Bedi, et al.	1990	1:1442
Rusmah	1991	1:2325
To	1991	1:1118
Almeida, et al.	1996	1:21.6

Figura 9. 1950.¹⁰¹

¹⁰⁰ Massler. Op.cit. p. 352.

¹⁰¹ Robson. Op. cit. p. 159.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

b) DIENTE AFECTADO

- 85 % incisivos mandibulares.
- 11% incisivos maxilares.
- 3% caninos y molares mandibulares.
- 1% caninos y molares maxilares.

La predilección fuerte para con los incisivos centrales inferiores (Fig. 10), no sorprende, en vista del hecho que estos son normalmente los primeros en erupcionar.

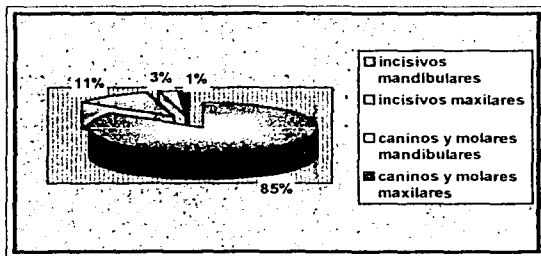


Figura 10. Porcentajes de incidencia de dientes natales y neonatales ¹⁰²

c) NÚMERO

La mayoría de los estudios encontró que los dientes natales y neonatales se presentan en la mayoría de los casos en pares. Existen reportes de dientes natales múltiples como el de Masatomi en 1991, que describe un caso con la

¹⁰² Jianfu. Op. cit. p. 123.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

presencia de 14 estructuras, incluidos molares; entre el 38 y 76 % (Fig. 11) de los dientes natales y neonatales se presentan en pares.

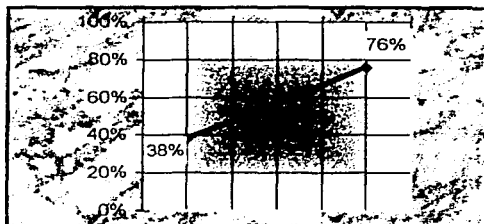


Figura 11. Dientes natales y neonatales por pares. ¹⁰³

d) SEXO

No existía ninguna diferencia entre la incidencia del sexo. Sin embargo, Kates, et al. (1984), informó sobre la proporción que hasta entonces prevaleció en los reportes de los dientes natales y neonatales (Fig. 12): 66% mujeres y 31% hombres.

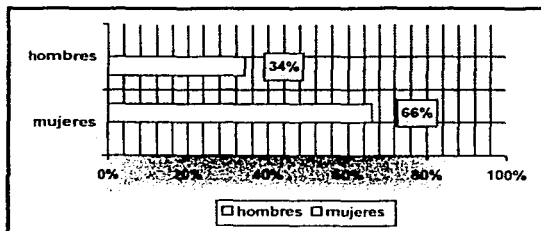


Figura 12 ¹⁰⁴

¹⁰³ lb.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

e) TIPO DE DENTICIÓN

Los dientes natales y neonatales normalmente son parte del complemento de la dentición primaria normal hasta en un 95 %, mientras que sólo el 5% son supernumerarios (Fig. 13).¹⁰⁵

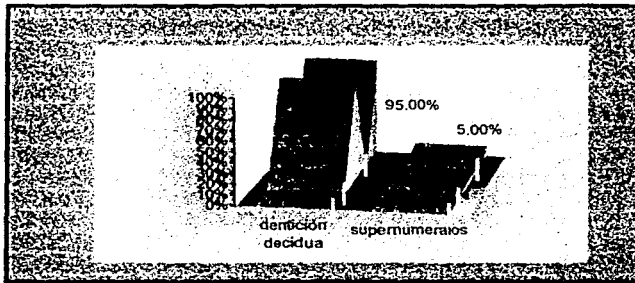


Fig 13 ¹⁰⁶

f) NATALES O NEONATALES

El predominio de cualquiera de las dos estructuras, depende de las condiciones de los estudios y de los métodos utilizados en cada uno de ellos, y en especial para estos, de los registros en la historia clínica. Los reportes de los artículos dicen ser relativos, debido a que los dientes natales pudieran tener predominio ya que serían registrados al momento del nacimiento en los registros de los hospitales, mientras que los neonatales, describen, tal vez que

¹⁰⁴ Robson. Op. cit. p. 159.

¹⁰⁵ Jianfu. Op. cit.

¹⁰⁶ De Figueiredo. Op. cit. p. 50



DIENTES NATALES Y NEONATALES

Unidad de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile. 2013. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/123456789/123456789>

la madre no regrese al hospital; la probabilidad de que los niños sean llevados a un médico u odontólogo particular es alto.

Por cada tres dientes natales (Fig. 14 a.) existe el reporte de un diente neonatal (Fig. 14 b.), 3:1.¹⁰⁷

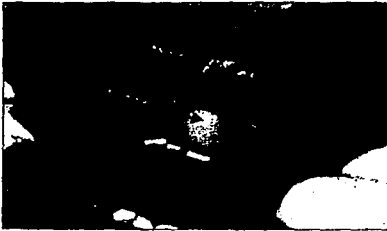


Figura 14 a. Diente natal

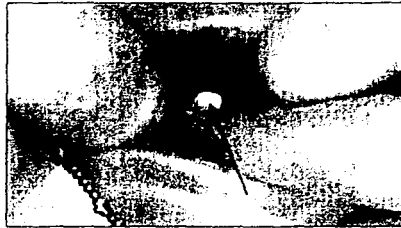


Figura 14 b. Diente neonatal¹⁰⁸

2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El diente neonatal puede ser descubierto accidentalmente durante la inspección de la cavidad oral. La erupción de estos dientes puede acompañarse con dolor; debido a éste, el infante puede negarse a alimentarse; y otros síntomas como diarrea, babeado excesivo, laceración de la lengua del infante o del pecho de la madre, han sido asociados con la erupción de los dientes neonatales.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Ib.

¹⁰⁸ De Figueiredo.. Op. cit. p. 50.

¹⁰⁹ Massler. Op. cit. p. 354.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

La observación clínica de un diente natal o neonatal muestra características típicas de estas condiciones: movilidad extrema, ausencia de la formación de la raíz, formación de esmalte irregular, inflamación del tejido en la encía que rodea los dientes.

En la realización de los diversos informes encontrados, la importancia en la comparación del tamaño que presentan estos dientes es indispensable para la comparación de sus estructuras (Fig.15).

	DIENTES PRIMARIOS	DIENTES NATALES Y NEONATALES
ALTURA DE LA CORONA	5 mm	3 mm
DIÁMETRO MESIODISTAL MÁXIMO	4.2 mm	2.7 mm
DIÁMETRO BUCOLINGUAL MÁXIMO	4 mm	2 mm

Figura 14. Tabla de comparación de dimensiones entre los dientes primarios y dientes natales y neonatales.¹¹⁰

Los dientes natales y neonatales pueden parecer dientes primarios normales; pero, en muchos casos, son poco desarrollados:

¹¹⁰ Beigerard, Lucienne. et al. "Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: Enamel and dentin assessments". Journal of Dentistry for Children, 63:1996, January-February. p. 25.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

- o pueden ser de forma o tamaño normal, o,
- o pequeños;
- o cónicos;
- o de color amarillento o amarillo pardo;
- o opacos;
- o presentan hipoplasia en el esmalte y dentina; y
- o con escaso o nulo desarrollo de las raíces
- o se presentan en mayor porcentaje en par, en el caso de los incisivos;
- o pueden ser múltiples;
- o se han encontrado, caninos y molares.

Los dientes natales y neonatales con base a estas características clínicas, fueron clasificados entonces en:

- o maduros: los desarrollados totalmente en forma y comparables a la morfología de los dientes primarios;
- o inmaduros: cuando su estructura o desarrollo están incompletos.¹¹¹

La apariencia de cada diente puede ser clasificada en una de las siguientes cuatro categorías, basada en las observaciones de diferentes autores:

1. Corona cáscara: formada pobremente poco adherida al alveolo y ausencia de raíz.
2. Una corona sólida poco adherida al alveolo por el tejido gingival; con una pequeña o nula raíz.

¹¹¹ Robson. Op. cit. p. 159-160.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

3. Donde solamente se observa el margen incisal de la corona a través del tejido gingival.
4. Edema del tejido gingival, el diente sin erupcionar, pero, palpable. ¹¹²

Los dientes natales son hipermóviles (sueltos), en todas direcciones; ¹¹³ siendo considerados éstos como de categoría uno; en la categoría dos se encuentran los que presentan una movilidad de 2 ó más de 2 mm; ¹¹⁴ mientras que los neonatales presentan menor movilidad que los anteriores. ¹¹⁵

2.7 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

En el diagnóstico de dientes natales y neonatales, la radiografía será el estudio en el que nos apoyemos para tomar la decisión del tratamiento que vamos a realizar; es difícil tomar la resolución adecuada basados solamente en la forma clínica del diente (Fig. 16). ¹¹⁶

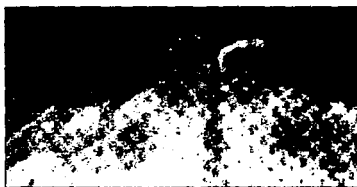


Figura 16. Dientes neonatales de un niño de tres semanas. ¹¹⁷

¹¹² Jianfu. Op. cit. p. 125.

¹¹³ McNamara. Op. cit. p. 72.

¹¹⁴ Jianfu. Op. cit. p. 125.

¹¹⁵ King Nige, I M. et al. " Prematurely erupted teeth in newborn infants". Pediatric Dentistry, 17: 1995, 7 p. 807.

¹¹⁶ Massler. Op. cit. p. 349.

¹¹⁷ McDonald. Op. cit. p 188.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

El borde incisal es la parte de la corona que es más visible del diente natal o neonatal.

La radiografía revela raíces cortas (Fig. 17), resultantes de su escaso desarrollo o casi nulo.

Los exámenes radiográficos revelan que las estructuras no tienen cámaras pulpares; la radiopacidad corresponde al hueso mandibular¹¹⁸. Se puede definir si se trata de un diente que pertenece a la dentición primaria o es un diente supernumerario.

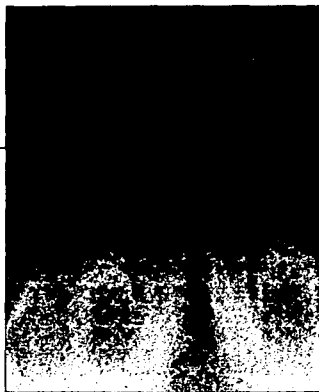


Figura 17. Diente natal.¹¹⁹

¹¹⁸ Masatomi. Op. cit. p. 171.

¹¹⁹ Barbería. Op. cit. p. 329



La técnica más recomendada en la literatura para la toma de radiografías a los neonatos es la descrita en 1969 por Mannkopf:

En superior:

1. El neonato se coloca en el regazo de la madre.
2. Colocar la película en posición oclusal en contra del rodete gingival.
3. El rayo central se debe encontrar dirigido a la punta de la nariz de atrás hacia delante con una inclinación de 30 a 45 grados.

En inferior:

1. La dirección del rayo es de anterior hacia posterior.
2. La angulación es aproximadamente la misma a la superior.
3. Por su movilidad, en ocasiones es necesario colocar un soporte de espuma sobre las rodillas de la madre, para lograr que la cabeza del bebé gire hacia atrás.



Figura 18. Dientes natales con raíz anquilosada. ¹²⁰

En caso de contar con una macri o camilla para los niños, será colocado en ella con la cabeza ligeramente en posición ascendente, el bebé es protegido con un mandil de plomo en cualquiera de los casos anteriores; el tiempo de

¹²⁰ McDonald, Op. cit. p. 189.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

exposición no mayor de 2 a 3 décimas de segundo y la exposición entre las pautas del llanto o en el mejor de los casos, durante las aspiraciones.

El profesional debe colocarse por detrás del paciente, asegurando la película y ejerciendo presión en la mandíbula o el maxilar.¹²¹

Observaremos las estructuras adyacentes, dientes cercanos, y la presencia o ausencia de un germen dental; nos permite también realizar un diagnóstico con otras patologías semejantes a éstas.

2.8 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

La erupción anticipada de los dientes natales y neonatales se encuentra correlacionada con una actividad remodeladora precoz, dentro de la estructura dentaria (figura 18). La actividad osteoclástica es responsable de la erupción; las anomalías del esmalte pueden estar relacionadas por una hipoformación de ameloblastos, debido a un desarrollo celular temprano.

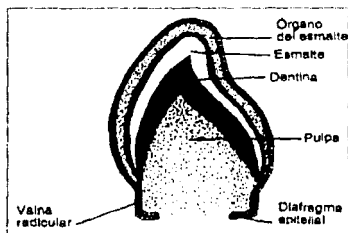


Figura 18. Componentes de la estructura dentaria.¹²²

¹²¹ De Figueiredo. Op. cit. p. 188.

¹²² Barbería. Op. cit. p. 329.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

a) ESMALTE

Los estudios radiográficos demuestran que existen diferentes grados de hipomineralización e hipomaduración dentro del mismo diente indicando los distintos grados de madurez.¹²³

La hipomineralización de la corona puede deberse a un aporte de sangre insuficiente al epitelio de un germen situado superficialmente.¹²⁴

Por lo general se presenta un desarrollo incompleto del esmalte, ocasionando hipoplasia y áreas debilitadas con una superficie de esmalte que presenta aberturas o grietas, originando una acumulación de bacterias en el interior.

La disposición de esmalte se presentaba en ciertas áreas, en otras es nulo, el grosor máximo de esmalte, en dientes natales y neonatales es de 150 μm a 1200 μm .¹²⁵

Boyd Y Mills describen con base en sus investigaciones que la capa de esmalte en general se presentaba hipoplásica, las áreas interglobulares son grandes localizadas en una disposición irregular, por lo tanto, el tejido pulpar queda expuesto a través de los espacios abiertos.

El tejido estructural más dañado en cuanto a su completo desarrollo es el esmalte.¹²⁶

¹²³ Uzamis. Op. cit. p. 175.

¹²⁴ Masster. Op. cit. p. 356.

¹²⁵ Curt, G. "Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga Fede disease) Reports of cases" *Journal of Dentistry for Children*, 63: 1996, September-October. p. 363.

¹²⁶ Beigerard. Op. cit. p. 27.

**b) DENTINA**

Se encuentran presentes irregularidades por la falta parcial de los túbulos dentinarios, y en ocasiones presenta ausencia en la conformación de los túbulos dentinarios. Y se pueden encontrar alteraciones en la dentina como la formación de osteodentina, dentina irregular en la parte cervical, y dentina interglobular en la región coronal.¹²⁷

c) CEMENTO

Puede estar ausente, debido a la falta de la capa basal de Weil. La unión de la dentina con el cemento no presenta el aspecto escalonado normal. En el cuello el diente la dentina muestra un depósito calcificado más o menos regular que adquiere el aspecto de una raíz, pero no existe vaina radicular de Hertwig.¹²⁸

e) PULPA DENTAL

Puede no presentar la zona celular de Rich; por tanto se presenta un aumento de sangre dilatada en el tejido pulpar, con una pulpa primitiva contenida en la cámara pulpar.

Al quedar el esmalte hipoplásico queda expuesto en la cavidad oral, el diente toma normalmente un color amarillo café y por lo cual un deterioro progresivo. Los dientes natales y neonatales presentan un subdesarrollo celular

¹²⁷ Ib. p. 28.

¹²⁸ Friend, G.W. et al. "Natal primary molar: case report". Journal Pediatric Dentistry. 22: 1998, 2, p. 160.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

en la papila dental y en la vaina de Hertwig; por ello se recomienda dejarlos madurar en su alvéolo; debido a que, pueden continuar su desarrollo.¹²⁹

2.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras manifestaciones orales como los Nódulos de Böhn, perlas de Epstein o quistes de la lámina dental pueden ser diferenciadas de los dientes natales y neonatales a partir de una radiografía.

a) NÓDULOS DE BÖHN

Quistes epiteliales generalmente múltiples agrupados en la superficie vestibular del proceso alveolar superior, en uno o ambos lados; su tamaño confunde a las madres, al creer que se trata de la erupción de varios dientes debido a su color blanquecino; en algunos otros casos (menor frecuencia) aparecen en el proceso mucoso alveolar vestibular del cuerpo de la mandíbula. Su origen aparente es de las estructuras glandulares en desarrollo (Fig. 19).



Figura 19. Nódulos de Böhn.¹³⁰

¹²⁹ Ib. p. 29.

¹³⁰ De Figueiredo. Op. cit. p. 52



DIENTES NATALES Y NEONATALES

b) PERLAS DE EPSTEIN

Se localizan en el rafé palatino medio (casi en la unión del paladar duro con el blando), únicas o varias alrededor de una central de menor tamaño, de dos a cuatro milímetros de tamaño aproximado. Al encontrarse sola, su color blanco la asemeja más a una perla; no son de origen odontogénico, son posibles derivaciones de inclusiones epiteliales, las cuales se atrofian y reabsorben (Fig.20).

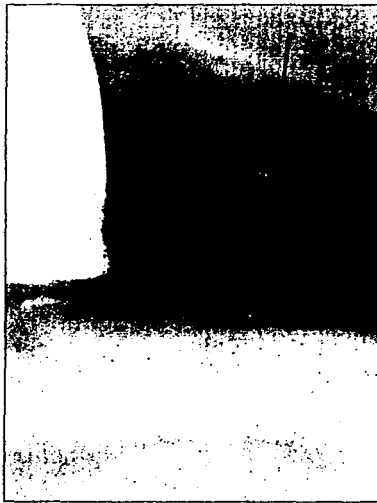


Figura 20. Perlas de Epstein.¹³¹

¹³¹ Ib. p. 51.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

c) QUISTES DE LA LÁMINA DENTAL

Múltiples y en algunas veces solitarios, presentes en la cresta gingivo-alveolar de ambas arcadas. Su origen a partir de la lámina dental (Fig.21).

De evolución y desaparición espontánea, de pequeño tamaño y de color menos blanco que los anterior descritos, provocando confusión a las madres, con el inicio de la erupción temprana.¹³²



Figura 21. Quiste de la lámina dental.¹³³

¹³² Fragoso. Op.cit. p. 102.

¹³³ Ib.



2.10 COMPLICACIONES

La cavidad oral, por formar parte integrante en el recién nacido, es vital, principalmente en este periodo de su vida por las funciones iniciales de la nutrición, las cuales se ven interrumpidas por condiciones generales o locales que se encuentran disminuidas, alteradas o ausentes, en el caso de los dientes natales o neonatales, se han relacionado con las siguientes complicaciones: ¹³⁴

a) BRONCOASPIRACIÓN

Los dientes se encuentran sueltos y móviles en las fases tempranas y existe el peligro constante de que estos dientes puedan ser aspirados o tragados, sobre todo durante el proceso de la alimentación; no se ha reportado en la literatura ningún caso en el que la broncoaspiración haya sucedido. ¹³⁵

b) LACERACIÓN DEL PEZÓN DE LA MADRE

Por su forma cónica de los dientes natales y neonatales (en la mayoría de los casos) además de que se encuentran móviles y sueltos, por lo que se produce fricción al amamantarse creando laceraciones en el pecho de la madre. ¹³⁶

c) DOLOR AL SUCCIONAR

Cuando los dientes no han hecho erupción totalmente con el efecto de la succión pueden causar dolor para el neonato, la laceración del pezón de la

¹³⁴ **Fragoso.** Op. cit. p. 1.

¹³⁵ **Nigel.** Op. cit. p. 808.

¹³⁶ **Massler.** Op. cit. p 354.



madre aunado a la movilidad del o los dientes, pueden causar abscesos (caso reportado por Massler en su artículo de 1950), por lo cual pueden desarrollar necrosis alveolar y de esta forma se pierde el diente.¹³⁷

d) DIFICULTADES PARA LA ALIMENTACIÓN

Los dientes natales y neonatales pueden causar ulceraciones sublinguales, probablemente debido a que la porción incisal de los dientes es afilado y al querer comer se ejerce presión entre estos y los rodetes gingivales, lo cual causa la ulceración (enfermedad de Riga-Fede), trayendo como consecuencia en la pérdida de peso del neonato y en casos graves la muerte.

La acción de mamar es la actividad predominante para el recién nacido, a través de ésta se alimenta, además de la unión emocional existente entre el bebé y la madre que lo alimenta, en un marco de bienestar ordenado, constituyéndose así el fundamento de la relación de los individuos y al no existir esta acción no existe tal vínculo.

e) RELACIÓN CON SÍNDROMES

Los dientes natales y neonatales pueden ocurrir en conjunción con síndromes genéticos como:

1. Ellis-van Creveld: conocido también como displasia condroectodermal. En 1940 Ellis y Van Creveld describieron 3 casos caracterizados por displasia ectodérmica, polidactilia, condroplasias y malformaciones congénitas del corazón, un caso típico de este síndrome exhibe estas cuatro características.

¹³⁷ Ib.



DIENTES NATALES Y NEONATALES

De etiología desconocida, pero parece ser un factor de herencia de carácter autosómico recesivo en un hijo de cada tres padres es la forma como se repite. Hunter describe un caso, que además de presentar las cuatro características anteriores, bucalmente se hacen presentes dientes con taurodontismo en la dentición permanente y en algunos molares primarios, además de fusión de la porción media del labio superior con margen gingival del maxilar, que elimina el surco mucolateral normal, frenillo labial ancho o continuo, hipodoncia, hipoplasia del esmalte, dientes de forma anormal y maloclusiones. La presencia de dientes natales y neonatales en este síndrome es de un 25 – 30 % en los casos reportados en la literatura; presenta además oligodoncia en el segmento anterior mandibular y dientes supernumerarios.

2. Síndrome de Hollerman – Streiff: conocido también como síndrome Oculomandibulocefálico, el paciente presenta microftalmia, enanismo proporcionado, hipoplasia, escleras azules, microcefalia, dientes permanentes ausentes e hipodoncia de dientes primarios y la presencia de dientes natales y neonatales.

3. Paquioniquia Congénita: conocida también como síndrome de Jadasson Lewandowsky, referido a el engrosamiento congénito notable de las uñas de los dedos de los pies y de las manos, describe otro síndrome raro que incluye queratosis e hiperhidrosis palmoplantar, queratosis folicular alrededor de las rodillas y los codos. El engrosamiento queratósico de las palmas y las plantas es muy aparente, al igual que la sudación excesiva de estas áreas (hiperhidrosis). Existen lesiones bucales que consisten en un engrosamiento local o generalizado, blanco, opaco, de la mucosa bucal, la lengua o los labios. Estas lesiones de leucoplaquia se deben diferenciar del líquen plano. De lo más notable es la presencia de dientes natales y neonatales. ¹³⁸

¹³⁸ Beigerard, Op. cit. p. 28.



3. ÚLCERA DE RIGA – FEDE

Los bordes incisales afilados de dientes natales o neonatales pueden traer como consecuencia la ulceración de la superficie ventral de la lengua; lo que puede traer como consecuencia que el infante no pueda alimentarse, además, de provocar laceración en el pezón de su madre.

La *úlcer*a se define simplemente como la pérdida del epitelio. La úlcera presenta un deterioro del tejido que sobresale del límite del tejido conjuntivo del epitelio y que puede llegar, en la mucosa, hasta la submucosa, la musculatura y el periostio.

La estructura de la úlcera sobre su borde es decisiva para la valoración clínica, además de la cantidad (sola, múltiple), profundidad y forma de las lesiones; además de añadir los hallazgos de la exploración y de la palpación. La base ulcerosa puede aparecer cubierta de forma necrótica, granulada, supurante o grasosa. Basados en la palpación se inspeccionará la consistencia de la base ulcerosa (blanda, consistente, dura) y el desplazamiento sobre su base. Se tendrá que diferenciar si el borde de la úlcera es flácido, socavado o con relieve en forma de varilla, añadiendo los resultados de la palpación (blanda, consistente, dura; dolorosa, apática; sangrante o no); además debemos observar si la mucosa que envuelve a la úlcera no reacciona y si ha sufrido una inflamación ulterior.

Las úlceras son la lesión más común de tejido blando en la cavidad oral; la mayor parte de ellas debido a traumatismo mecánico simple y casi siempre es visible la relación causa – efecto.



ÚLCERA DE RIGA - FEDE

En mayor parte las úlceras se deben a traumatismos accidentales y suelen presentarse en regiones donde es fácil el contacto con los dientes, por ejemplo: labio inferior, lengua y mucosa bucal. La úlcera traumática en la porción anterior de la lengua de un lactante se conoce como *enfermedad Riga – Fede* (Fig. 22).¹³⁹



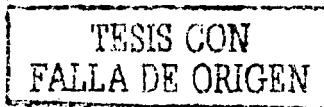
Figura 22. Úlcera de Riga – Fede.

3.1 DEFINICIÓN

Lesión traumática sufrida en la superficie ventral y en la porción central de la punta de la lengua de los lactantes con dientes natales o neonatales.¹⁴⁰

¹³⁹ Regezi, Joseph. et al. *Patología Bucal*, 3ª edición, 1ª reimpresión. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México, 2000, p. 31.

¹⁴⁰ De Figueiredo. Op. cit. p. 130.





ÚLCERA DE RIGA - FEDE

3.2 SINONIMIA

En los artículos que distintos autores han dedicado a esta enfermedad, se manifiesta que la enfermedad de Riga – Fede se encuentra en la literatura reportada en algunos casos como:

- "granuloma ulcerativo traumático eosinófilo"
- "lesión reparativa de la lengua"
- "úlcera sublingual"
- "granuloma sublingual"
- "dolencia de Riga – Fede"
- "desarrollo sublingual en infantes".¹⁴¹

Sin embargo son escasos los reportes existentes acerca de este tema; como lo menciona Abramson "sólo he podido encontrar tres casos informados en la literatura americana" en su artículo: "Sublingual Granuloma in infancy Riga – Fede's disease" del año de 1944.

3.3 CLASIFICACIÓN

La úlcera Riga - Fede en los niños recién nacidos se puede encontrar clasificada en la literatura como:

- lesiones por agentes físicos y químicos;¹⁴²
- ulceraciones de la mucosa bucal;¹⁴³

¹⁴¹ Elzay, Richard P. et al. "Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (Riga – Fede's disease and traumatic eosinophilic granuloma)" *Oral surgery*, March . 55:1983. p. 497-506.

¹⁴² Velásquez, Tomás. *Anatomía Patológica Dental y Bucal*. 1ª reimpresión. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1977, p. 111



ÚLCERA DE RIGA - FEDE

- enfermedades ulcerativas; o¹⁴⁴
- lesiones traumáticas.

De ésta forma, muchos de los casos que en la antigüedad fueron reportados como otras alteraciones.¹⁴⁵

3.4 ETIOLOGÍA

Las úlceras traumáticas en los recién nacidos son frecuentemente causadas por los intentos de enjuagar y limpiar la cavidad oral inmediatamente después del parto, ya que este mecanismo puede formar pequeñas excoriaciones por el uso de gasa, algodón o aspiradores metálicos; en el caso de la úlcera que nos ocupa, la lengua juega el papel importante.¹⁴⁶

Debido a la actividad continua de la lengua, las superficies ásperas, en este caso, de los dientes natales o neonatales (que no son estructuras anatómicamente ni morfológicamente bien estructuradas), que presentan en su mayor parte superficies incisales afiladas; la succión instintiva origina abrasión de la lengua por los dientes durante la succión y el resultado es una úlcera en el frenillo y la punta de la lengua, con una masa indurada en el centro de ella y cubierta por una membrana grisácea.¹⁴⁷

¹⁴³ Eversole, Lewis. *Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento*. 1ª reimpresión. Editorial Médica Panamericana S. A. , Buenos Aires, 1991. p. 66.

¹⁴⁴ Regezi. Op. cit. p. 31

¹⁴⁵ Malcolm, Linch. et al. *Medicina Bucal de Burket*. 9ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill . España, 1997. p. 268.

¹⁴⁶ Velásquez. Op. cit. p. 111.

¹⁴⁷ Ib. p.112.



ÚLCERA DE RIGA - FEDE

Durante el paso del tiempo, los investigadores se han encargado de rechazar la teoría que un principio se tenía acerca de la causa de esta "la úlcera es provocada por una infección específica".¹⁴⁸

3.5 VALORES EPIDEMIOLÓGICOS

El 8 % de los pacientes con la presencia de dientes natales y neonatales presenta la enfermedad de Riga – Fede, y sólo el 6 % de estos niños con problemas para alimentarse.

Por cada 16 mujeres que presentan la enfermedad, sólo son afectados 3 hombres.¹⁴⁹

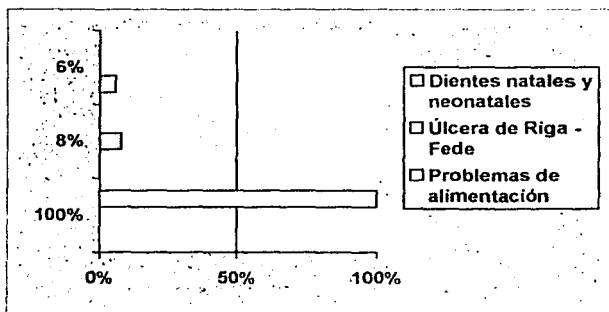


Figura 23. Es bajo el índice de enfermedad de Riga – Fede en niños con la presencia de dientes natales o neonatales

¹⁴⁸ Abramson. Op. cit. p. 195.

¹⁴⁹ Elzay. Op. cit. p. 498.



ÚLCERA DE RIGA - FEDE

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN ENFERMEDADES BUCALES Y ORODENTARIAS - IINBEO - FACH - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

3.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente se observa un área ulcerada sobre la superficie ventral de la lengua o sobre el frenillo lingual, de moderada a severa (abarcando la superficie ventral de la lengua hasta el frenillo lingual); en ocasiones, cuando su longitud es grande se observa como masa fibrosa de bordes irregulares, donde la superficie ulcerada forma una pseudomembrana blanquecina con proliferación de tejido (Fig. 24).

Presenta una duración de 5 días a 4 meses.¹⁵⁰

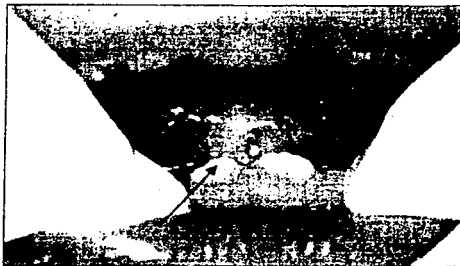


Figura 24. Úlcera de Riga – Fede.¹⁵¹

3.7 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

La enfermedad de Riga – Fede se describe histológicamente como una úlcera y los cortes histológicos que se reportan son descritos como sigue: no

¹⁵⁰ Ib.

¹⁵¹ De Figueredo, Op. cit. p. 130.



hay epitelio, lo que expone el tejido conjuntivo desnudo con un coágulo superficial eosinófilo. La capa superficial está infiltrada por neutrófilos, pero los tejidos marginales y más profundos revelan un infiltrado de células redondeadas.¹⁵²

3.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones de la lengua particularmente las ocasionadas por un trauma pueden presentar varios rasgos clínicos similares, frecuentemente es más que una masa ulcerada de duración corta que puede ser maligna de ahí la importancia de diagnosticar de manera precisa entre úlcera de Riga – Fede y otras alteraciones bucales.

En pacientes que son incapaces de proporcionar datos vitales para su historia clínica, es necesaria la toma de una biopsia para el diagnóstico definitivo cuando las lesiones permanecen en la cavidad oral un tiempo prolongado. No sabemos si existieron dientes natales y neonatales que pudieron ser extraídos.¹⁵³

a) ÚLCERAS TRAUMÁTICAS

La mayor parte de los casos de úlceras traumáticas (Fig. 25) reportados en la literatura su etiología es causa de un traumatismo (Fig. 26), sólo el 44 % en la presencia de dientes natales y neonatales (enfermedad de Riga – Fede).

¹⁵² Elzay. Op. cit. p. 502.

¹⁵³ Abramson. Op. cit. p. 114.



ÚLCERA DE RIGA - FEDE



Dentro del diagnóstico se debe considerar la etiología de la lesión, por ello la exploración clínica y el llenado de una buena historia clínica son factores fundamentales.



Figura 25. Úlcera traumática. ¹⁵⁴

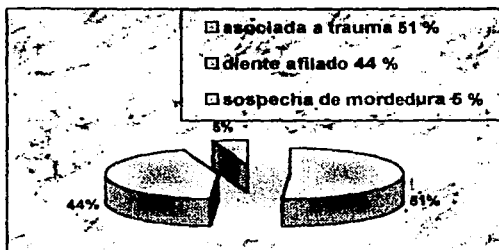


Figura 26. Porcentaje de la enfermedad de Riga - Fede reportada en la literatura. ¹⁵⁵

¹⁵⁴ Varela. Op. cit. p. 132.

¹⁵⁵ Elzay. Op. cit.



b) GRANULOMA EOSINÓFILO DE TEJIDOS BLANDOS

Úlceras traumáticas de la lengua, asociadas con tumefacción granulomatosa y pronunciada miositis eosinófila. Caracterizado por un infiltrado eosinófilo interpuesto entre las fibras musculares.

La superficie de la úlcera se encuentra compuesta por una capa espesa de largas fibras y gran número de leucocitos polimorfonucleares, en la capa más profunda se encontraron fibras de tejido conectivo fibroso y pequeños espacios vasculares con infiltración de leucocitos polimorfonucleares y células plasmáticas. También se encontraron fibras musculares entrelazadas con los vasos sanguíneos y una infiltración inflamatoria en la base de la úlcera. No se encontró alguna evidencia de malignidad.¹⁵⁶

3.9 COMPLICACIONES

La úlcera de Riga – Fede puede llegar a infectarse y la principal complicación que puede acarrear la úlcera, que el infante se niegue a alimentarse. Esto se encuentra reportado un caso en 1950 por Massler, en el que describe cómo un recién nacido permaneció con la úlcera durante un mes y su mayor preocupación era el problema para alimentarse.

¹⁵⁶ Abramson. Op. cit. p. 198.



4. MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA – FEDE.

Antes de la toma de cualquier decisión acerca del tratamiento más adecuado para cada paciente, los autores resaltan el hecho de que es necesario la toma de una radiografía para la realización de diagnóstico diferencial con los Nódulos de Bohn, Perlas de Epstein, quistes de la lámina dental y dientes supernumerarios.

Si los dientes natales o neonatales no están causando dificultad alguna a el infante y si forma parte de la dentición primaria, debe conservarse no sólo por el mantenimiento del espacio, sino por estética y la posible alteración del arco mandibular en vías de desarrollo, que puede obtener como consecuencia maloclusión en la dentición permanente¹⁵⁶; existen datos en la literatura, en los que se reporta que si se logran mantener en boca pueden llegar a perder movilidad (Magitot, 1883, Cohn y Rector, 1935); Tornero en 1912 informó un caso en el que los dientes natales se encontraban presentes en un paciente de 14 años de edad.¹⁵⁷

4.1 EXTRACCIÓN

Los factores que deben ser considerados para no realizar una extracción de los dientes natales o neonatales son:

1. Conocer el estado sistémico del paciente.
2. Grado de implantación.

¹⁵⁶ Robson. Op. cit p 161.

¹⁵⁷ Massler. Op. cit. p. 358.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

3. Grado de movilidad.
4. Molestias durante el amamantamiento.
5. Interferencia con el amamantamiento.
6. Si forma parte de la dentición temporal normal.
7. En el caso de haber provocado una lesión traumática (úlcera de Riga – Fede), habiendo sido tratada y sigue presente por más de 15 días, deberán ser retirados para la eliminación del traumatismo.

Los dientes natales y neonatales que logran su permanencia dentro de la cavidad oral un período mínimo de cuatro meses tienen un buen pronóstico, generalmente los tejidos gingivales son normales; sin embargo, presentan edema y hemorragias ocasionales.¹⁵⁸

El edema y la hemorragia no deben ser determinantes para la extracción, en caso de ser necesaria como es el caso de los dientes supernumerarios donde los autores coinciden sin duda alguna que el tratamiento que se debe seguir es el de la extracción, ya que esto no afectará de manera alguna el desarrollo normal del neonato. Se puede colocar gluconato de clorhexidina en gel aplicado tres veces al día par tratar de disminuir esta molestia.¹⁵⁹

En el caso que se necesite la extracción se debe administrar vitamina k como medida profiláctica, ayudándonos de hemostáticos tópicos y presión directa.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Robson. Op. cit p 160.

¹⁵⁹ Nigel. Op. cit. p. 808.

¹⁶⁰ Jianfu. Op. cit p. 127.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

Manejo odontológico de los niños con síndrome de Down

Autores como Tay recomienda esperar un lapso de 8 a 10 días para la extracción de los dientes, por la hipovitaminosis que presentan los bebés, sugiriendo una inyección de 1 mg. de vitamina k antes de la extracción para la prevención de cualquier hemorragia.

El procedimiento que deberá seguirse es:

1. El paciente deberá permanecer acostado y envuelto.
2. Se limpiará la cavidad oral con una gasa estéril humedecida ligeramente en suero fisiológico.
3. Se aplica anestesia tópica en la zona donde se encuentra el diente o los dientes.
4. La literatura marca que aunque el diente se encuentre con una gran movilidad se debe extraer con fórceps, sin embargo, se reporta, en cuanto a experiencia clínica, que el diente se sujeta firmemente con una gasa y se retira de una sola intención.
5. Una vez retirado el pequeño diente, se coloca una gasa pequeña y estéril sobre la herida realizando un poco de presión para conseguir la hemostasia.
6. El neonato después de este procedimiento puede seguir con su alimentación habitual y la cicatrización evolucionará sin ningún problema (Fig. 27).



Figura 27. ¹⁶¹

¹⁶¹ De Figueredo. Op. cit. p. 128.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

4.2 CONSERVACIÓN DE DIENTES NATALES O NEONATALES

Debe establecerse una buena relación con los padres de nuestro paciente para lograr que nuestro tratamiento cumpla con tres principios básicos y fundamentales:

- a) Educativo: debemos hacer conciencia en los padres de lo importante que es el mantener el o los dientes de su hijo en su sitio, explicando las posibles consecuencias de extracciones prematuras (pérdida de espacio, alteración del arco mandibular y maloclusión en la dentición permanente)¹⁶².
- b) Preventivo: deben acudir a sus revisiones periódicas, para realizar medidas preventivas pero en el consultorio (limpiezas, aplicación tópica de fluoruro, etc.).
- c) Curativo o restaurativo: recordemos que estos dientes, en el caso de que logremos que permanezcan en boca, sufrirán de hipoplasia del esmalte y será necesario, en un tiempo, la colocación de coronas, ya sea de celuloide, de acero cromo con o sin frente estético.

El cuidado que se debe tener no sólo con los niños que presentan dientes natales o neonatales es:

1. En casa: limpieza diaria con agua oxigenada en gasa y se debe implementar el uso de cepillo de silicón suave a una edad aproximada de 8 – 12 meses o cuando se presentan los primeros molares temporales ya erupcionados (10 volúmenes diluidos) en agua de $\frac{1}{4}$ y 1 o agua limpia, seguida de la aplicación de fluoruro de sodio tópico, diariamente por un

¹⁶² Robson. Op. cit. p. 160.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

minuto, cada arco dentario en una disolución de 0.02 %. Esta limpieza deberá ser por lo menos hasta que el bebé tenga 18 meses de edad.

La aplicación casera de fluoruro consiste en la limpieza de los dientes de preferencia por la noche, aplicando el fluoruro al 0.02 % con un hisopo friccionando por lo menos por un minuto, en niños de hasta los 18 meses, se debe usar 4 gotas para cada arcada.¹⁶³

2. En el consultorio: revisión cada tres meses, limpieza y aplicación de fluoruro de sodio al 0.2%.

La concentración del fluoruro de sodio para aplicación tópica en casa la lograremos con la siguiente fórmula:

Fluoruro de sodio	200 mg.
Nipagin	0,3 g.
Agua destilada q.s.p.	1000 ml.

Colocando nuestra mezcla en frascos de 30 ml. para dárselos a las madres de nuestros pacientes, teniendo una caducidad aproximada de 70 días (no hay que olvidar etiquetar los frascos), aproximadamente el tiempo conveniente entre las citas de revisión o control (Fig. 28).

a) **DESGASTE SELECTIVO EN EL BORDE INCISAL**

La laceración del pezón de la madre, dificultad para el amamantamiento y en algunos casos más la presencia de úlcera o enfermedad de Riga – Fede,

¹⁶³ De Figueiredo. Op. cit. p. 217.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

hacen necesario el tallado de los bordes afilados de los dientes natales o neonatales (Fig. 29).

Los bordes son suavizados modificando el filo del borde incisal, el cual se puede realizar con una fresa de fisura, un disco de lija o una lija (Fig.30) para pulir resinas, usados manualmente (no se debe usar ningún aparato rotatorio, recordemos que los dientes natales y neonatales presentan gran movilidad).

En la mayoría de los casos las lesiones son eliminadas al quitar el efecto – causa; sin embargo, Allwright, manifiesta que sólo se logrará reducir la irritación de severa a moderada y el tratamiento podría ser insuficiente.¹⁶⁴

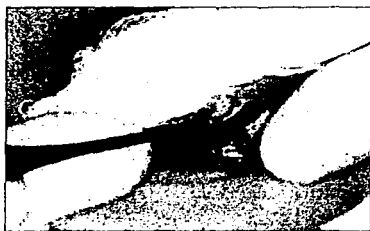


Figura 28. Aplicación de fluoruro casero¹⁶⁵.



Figura 29. Tallado o lijado de bordes filosos.¹⁶⁶

Posterior al desgaste, en el caso de la presencia de la úlcera de Riga – Fede, se deberá colocar solución VASA en la superficie ventral o en la punta de la lengua, según se encuentre ubicada, para ayudar a la eliminación por

¹⁶⁴ Jianfu. Op. cit. p. 125

¹⁶⁵ De Figueredo. Op. cit. p. 127.

¹⁶⁶ Ib.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

completo del dolor que le producen al bebé y así, éste pueda alimentarse correctamente.



Figura 30. Lijas para resina acondicionadas para el pulido de bordes de dientes natales o neonatales.¹⁶⁷

VASA:

Violeta de genciana	600 mg.
Xilocaína 2 % sin vasoconstrictor	1,5 ml.
Sacarina	0,5 ml. y
Agua q.s.p.	30 ml. ¹⁶⁸

Si la acción combinada de la solución VASA con el desgaste selectivo de los bordes irritantes de los dientes natales o neonatales no logran la desaparición de la úlcera, el tratamiento a seguir será la extracción.

¹⁶⁷ Ib.

¹⁶⁸ De Figueiredo. Op. cit. p. 127.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

b) COLOCACIÓN DE RESINA INCISAL

Una modificación al tratamiento anterior es la de colocar un fragmento de resina sobre el borde afilado del diente.

La colocación de esta resina se puede complicar ya que el paciente no coopera de ninguna forma y el riesgo de contaminación de la resina durante su colocación, por saliva, es muy alto; puede llegar a caerse en poco tiempo la resina y si ya hubiéramos logrado la eliminación de laceración, dificultad para comer o la desaparición de la úlcera, lo más probable es que obtendríamos recidivas de cualquiera de estas complicaciones.

Al realizar esta alternativa de tratamiento se debe tener cuidado de que no sea absorbido ningún material del que nos valemos para ello, por ejemplo, el ácido grabador.

c) PROTECTOR LINGUAL TIPO GUARDA

En 1988 Kozai, et al., proponen un protector lingual tipo guarda para el tratamiento de la úlcera de Riga – Fede, elaborado de acetato suave de 0.5 mm. de grosor, modelada de tal forma que cubra la zona dañada (reborde alveolar, cara ventral de la lengua), sujeta de un hilo. Fragoso propone que este hilo este sujeto a su vez por un seguro abrochado a la ropa del bebé.

La toma de la impresión se realizará con silicón.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

d) MODIFICACIÓN EN EL MÉTODO DE ALIMENTACIÓN

La alimentación del neonato, es factor determinante en el tratamiento que debemos seguir, es indispensable que la decisión que tomemos arroje resultados rápidamente, el neonato no puede esperar un tiempo prolongado, la única forma en que podríamos tratar de reducir el dolor del paciente es dándole de comer con un gotero, el paciente es demasiado pequeño esto se tornará muy difícil.

4.3 SUTURA DE LA ÚLCERA DE RIGA - FEDE

Existen en la literatura reportes en donde la úlcera de Riga – Fede fue tratada quirúrgicamente, mediante un procedimiento sencillo que consistía en la aplicación de anestesia local infiltrativa (xilocaína 2% sin epinefrina) en la zona afectada, la escisión de la lesión y la sutura, aunque los resultados fueron favorables, se utilizó más que como un tratamiento radical, como una forma de investigación científica¹⁶⁹. Jacobs recomendó la extracción de los dientes natales y neonatales, debido a que “la lesión en la punta de la lengua es permanente mientras estén presentes estas estructuras” y Moncrieff recomendó destetar al infante en lugar de el anterior tratamiento.¹⁷⁰

4.4 SEGUIMIENTO

Si logramos la permanencia en boca de los dientes natales o neonatales, debemos informar a los padres del paciente que no bastará con

¹⁶⁹ Abramson. Op. cit. p. 196.

¹⁷⁰ Elzay. Op. cit. p. 503.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

lograr una buena implantación de las estructuras, sino, que deben de estar conscientes que además de las medidas preventivas iniciales, lo más probable es que posteriormente se necesite la colocación de coronas de acero cromo (Fig.31) o celuloide para su conservación por más tiempo, ya que el diente sufrirá de hipoplasia en el esmalte (Fig. 32); la resina que pudiéramos haber colocado necesitará de cambios, aunque su tiempo de vida pudiera ser largo, las condiciones en las que la colocamos no nos garantizará su permanencia en boca hasta el cambio de dentición.

En el caso de la extracción de los dientes natales o neonatales, se considera que los 3 años son una buena edad para colocar un mantenedor de espacio, recordando que aunque se trate de dientes anteriores, estos tienden a moverse o inclinarse y nos robarán espacio vital para nuestra futura dentición (Fig. 33).

Existen dos mantenedores de espacio que podemos colocar en dientes anteriores (se dice que aunque la pérdida de espacio no excede un mm. Es conveniente sean colocados principalmente por estética):

Placa removible con sustitución de incisivos por razones estéticas y funcionales.

Fijo: barra fija con bandas a los molares y sustitución de los incisivos.

En cualquiera de las opciones anteriores se debe vigilar cuidadosamente la erupción de incisivos permanentes, para hacer las modificaciones convenientes o desgastes para permitir la erupción de los permanentes o retirar los aparatos en el momento oportuno.



MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE

En caninos:

Con o sin desviación de la línea media podemos colocar un arco lingual con topes por distal de los incisivos laterales, si no contamos con espacio necesario deberá ser remitido al ortodoncista.

En primeros molares:

Si existe intercuspidadación cúspide a cúspide se colocará banda-ansa o corona y ansa.

En los segundos molares:

Zapatilla distal: mantenedor intragingival. Se coloca corona en el primer molar y se solda el alambre de tal forma que éste quede dentro de el ligamento periodontal dejando el espacio requerido por el premolar (Fig. 34).

Mantenedores propioceptivos, que se coloca para mandar presión por la encía al ligamento periodontal del germen por erupcionar, de esta forma el nuevo germen se guía para su erupción y evitamos una posible infección con mantenedores intragingivales.¹⁷¹

Southam reportó que después de la extracción de dientes natales o neonatales se presentó un crecimiento de papila en el sitio de la extracción, que posiblemente sean restos de la vaina epitelial de Hertwig, o restos de la raíz incompleta que quedaron atrapados y se hacen presentes cerca de la exfoliación de los permanentes.

¹⁷¹ Barbería. Op. cit. p.360 – 362



**MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE DIENTES
NATALES, NEONATALES Y ÚLCERA DE RIGA - FEDE**



Figura 31. Coronas de acero cromo y celuloide.

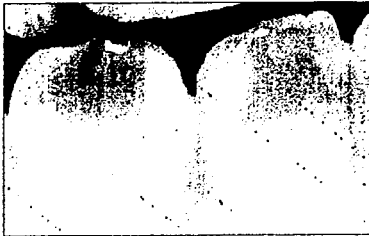


Figura 32. Hipoplasia en dientes anteriores inferiores.



Figura 33. Mantenedor fijo para dientes anteriores inferiores ¹⁷²



Figura 34. Zapatilla distal



CONCLUSIONES



Los dientes natales son los que se encuentran presentes en el momento mismo del nacimiento.



Los dientes neonatales son los que erupcionan en un período no mayor de 30 días después del nacimiento.



La etiología de los dientes natales y neonatales, es desconocida, sin embargo, existe una tendencia a obedecer un origen hereditario de un gen autosómico dominante.



Los dientes natales y neonatales son una alteración en el tiempo de erupción.



Los dientes más afectados por la erupción precoz son los incisivos mandibulares.



Su apariencia clínica puede asemejarse mucho a la de la dentición primaria normal, sin embargo, son estructuras poco desarrolladas histológicamente.



La toma de radiografías es indispensable para el diagnóstico diferencial.



La extracción es el tratamiento indicado para los dientes natales y neonatales supernumerarios.



La complicación más importante de la presencia de dientes natales y neonatales es la dificultad para alimentarse del neonato.



CONCLUSIONES



La necesidad de permanencia en boca de los dientes natales y neonatales es el factor más importante, ya que normalmente pertenecen a la dentición temporal normal.



Además de causar dolor al amamantamiento, laceraciones al pezón de la madre, estos dientes pueden provocar la úlcera traumática de Riga – Fede.



La úlcera de Riga – Fede, de origen traumático puede ser eliminada al retirar el efecto que la causa, pero no es factor determinante para la extracción de los dientes natales y neonatales.



A pesar de la movilidad que presentan los dientes natales y neonatales no existe dato alguno reportado, en el que algún paciente se hubiese broncoaspirado con ellos.



La aplicación de fluoruro de sodio tópico en casa y en el consultorio, nos permitirá darles mantenimiento a estas estructuras que serán en la mayoría de los casos hipoplásicas.



El lijar los bordes filosos de estos dientes puede ser la solución para que no provoquen traumatismos a la madre o a sus mismas estructuras bucales.



El uso de solución VASA, combinado con el lijado o la colocación de resina en los bordes de los dientes, es probablemente la solución a la úlcera de Riga – Fede y demás complicaciones que provocan los dientes natales y neonatales.



CONCLUSIONES



Si logramos la permanencia en boca de estos dientes por cuatro meses, éstos tendrán buen pronóstico.



Es importante que los padres de los pacientes comprendan que el lograr una buena implantación del diente o los dientes será suficiente para que cumplan con su ciclo normal, en la mayoría de los casos se necesitará de coronas de acero cromo, celuloide, etc. para su protección.



La úlcera de Riga – Fede puede complicarse y provocar una infección grave, por ello, es indispensable su tratamiento.



En el caso que sea necesaria la extracción debemos colocar al paciente una prótesis o mantenedor de espacio (aproximadamente a los tres años), para evitar problemas posteriores.



BIBLIOGRAFIA

Abramson, Mason. et al. "*Sublingual Granuloma in Infancy (Riga – Fede disease)*". The Journal of Pediatrics. 24:1944. p. 195-198.

Anderson, Ruth A. "*Natal and Neonatal teeth:histologic investigation of two black females.*" Journal of Dentistry for Children July-August: 1982, 49, p. 300-303.

Andlaw, R.J. et al. Manual de Odontopediatría. 5ª ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México, 1994, p. 149.

Barber, Thomas. et al. Odontología Pediátrica. Editorial El Manual Moderno, México, 1985. 431 pp.

Barberia, Elena. et al. Odontopediatría. 2ª ed. Editorial Masson, Barcelona, 2001, 432 pp.

Baskar, S.N. Patología Bucal. 2ª ed., 2ª reimpresión. Editorial el Ateneo, Argentina, 1977, p. 93.

Beigerard, Lucienne. et al. "*Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: Enamel and dentin assessments*". Journal of Dentistry for Children.63:1996, January-February. p. 23-31.

Berendsen, Willem. et al. "*Continued growth of the dentinal papillae after extraction of neonatal teeth: report of case*". Journal of Dentistry for Children. March – April, 1988. p. 139-141.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**BIBLIOGRAFÍA**

Curt, G. "Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga Fede disease Reports of cases)". Journal of Dentistry for Children. 63: 1996, September-October. p. 362-364.

Díaz Romero, Rosa María. et al. "Estudio comparativo de la erupción dental en lactantes nacidos a término y pretérmino: informe preeliminar". Práctica Odontológica. 16:1986, 8, p. 33-38.

De Figueiredo, Luiz Reynaldo. Odontología para el Bebé. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A., Brasil, 2000. 246 p.

Elzay, Richard P. et al. "Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (Riga – Fede's disease and traumatic eosinophilic granuloma)". Oral surgery. March. 55:1983. p. 497-506.

Eversole, Lewis. Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento. 1ª reimpresión. Editorial Médica Panamericana S. A., Buenos Aires, 1991. p. 66.

Fragoso Ramírez, J. Antonio. Estomatología del recién nacido. Instituto Nacional de Perinatología, México 1991. 154 pp.

Friend, G.W. et al. "Natal primary molar: case report". Journal Pediatric Dentistry. 22: 1998, 2, p. 173-175.

Goho Curt, DDS. "Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga – Fede disease): Report of cases". Journal of Dentistry for Children. September – October: 1996, p. 362-364.



BIBLIOGRAFÍA

Jianfu, Zhu. et al. "*Natal and Neonatal teeth*" Journal of Dentistry for Children, marzo-abril: 1995, p. 123-128.

King Nigel, M. et al. "*Prematurely erupted teeth in newborn infants*". Pediatric Dentistry. 17: 1995, 7 p. 807-809.

Laskaris, George. Patología de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A., Colombia, 2001. p.4

Llarena de Rosario, María Elena. "*Dientes natales y neonatales*". ADM. Enero – febrero: 1986, p. 9 – 12.

Mc Donald, Ralph E. Odontología para el niño y el Adolescente. 4ª ed. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1983, 848 pp.

Malcolm, Linch. et al. Medicina Bucal de Burket. 9ª edición. Editorial Interamericana Mac Graw – Hill. España, 1997. p. 268.

Masatomi, Yoko, et al. "*Unusual múltiple natal teeth: case report*". Pediatric Dentistry. 13:1991, 3. p 170-172.

Massler, M., Savara B. S. "*Natal and Neonatal Teeth*". J. Pediatric. 36:1950, p. 349-359.

McDaniel, Raymond. et. al. "*Reparative lesion of the tongue*". Oral Surgery. February, 45: 1978: 2. p. 266-272.

McNamara, Catherine M. et al. "*Premature dental eruption: Report of case*". Journal of Dentistry for Children, January-February: 1999, p. 70-72.



BIBLIOGRAFÍA

- Nedley, Michael.** et al. "Extraction of natal and neonatal teeth can leave odontogenic remanants". Pediatric Dentistry. 17: 1995, 7. p. 457-459.
- Nigel, King M.** et al. "Prematurely erupted teeth in newborn infants". The journal of Pediatrics. May: 1989. p. 807-809.
- Olivar, B.A.** "Valoración Estomatológica del recién nacido". Federación Odontológica Colombiana. 5, 1998: 193, p. 42-44.
- Ooshima, Takashi.** et al. "Eruption of tooth-like structure following the exfoliation of natal tooth: report of case". Journal Dentistry for Children. July-Agust, 1986. p.275-278.
- Orban.** Histología y Embriología Bucales. 6ª reimpresión. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V., México, 1990, p. 297.
- Pinkham, J. R. Casamassimo, Paul S.** et al. Odontología Pediátrica. 2ª ed. Interamericana Mc Graw – Hill, México, 1996, 667 pp.
- Provenza, Vincent.** Histología y Embriología Odontológicas. Nueva Editorial Interamericana, México, 1974, 272 pp.
- Regezi Joseph.** et al. Patología Bucal. 3ª edición, 1ª reimpresión. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México, 2000, p. 31.
- Robson, Frederico Cunha.** "Natal and neonatal Teeth: review of the literature". American Academy of Pediatric Dentistry, 23:2001 2, p.158-162.



BIBLIOGRAFÍA

Sapp, Philip J. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Harcourt, Madrid, España, 2001, p. 4.

Shafer, William G. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Editorial Panamericana, México, 1986. p. 50.

Tay, M. et. al. "Natal canine and molar in an infant". Oral Surgery. 29: 1970, 4. p. 598-60.

Ten Cate, A.R. Histología Oral. 2ª ed. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1991, p. 101.

Varela, Margarita. Problemas Buco dentales en Pediatría. Editorial Ergon, Madrid, 1999, 265 pp.

Velásquez, Tomás. Anatomía Patológica Dental y Bucal. 1ª reimpresión. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1977, p.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN