

Manejo conservador e intervención mínima en pacientes con dientes natales y neonatales: reporte de cuatro casos.

Carolina Pardo Hernandez,¹  Claudia Isabel Guerrero Torres,²  Laila Yaned González Bejarano.² 

Resumen: Los dientes natales y neonatales están presentes al momento del nacimiento o en el primer mes de vida respectivamente. Son observados más frecuentemente en los incisivos centrales inferiores, y la mayoría de los casos estos dientes representan los dientes primarios. Las características clínicas, posibles complicaciones y el curso clínico son parámetros por considerar para un adecuado manejo. Sin embargo, diferentes reportes afirman que pueden ocurrir complicaciones después de realizar la extracción en recién nacidos. A la fecha, no se han documentado reportes de casos en la literatura describiendo complicaciones en los dientes que se conservan como lo es la aspiración de los mismos. El objetivo del presente estudio es presentar cuatro casos, tres de los cuales fueron tratados con un manejo conservador. Considerando que la prevalencia ha incrementado progresivamente en los últimos años, neonatólogos y odontopediatras deben hacer un diagnóstico temprano y ofrecer un adecuado tratamiento, brindando un bienestar general y oral en cada paciente. El éxito del tratamiento depende de un seguimiento periódico.

Palabras clave: Dientes natales, dientes neonatales, dientes primarios, manejo, complicaciones postoperatorias.

Manejo conservador e intervenção mínima em pacientes com dentes natais e neonatais: Relato de quatro casos.

Resumo: Os dentes natais e neonatais estão presentes no nascimento ou no primeiro mês de vida, respectivamente. Eles são vistos com mais frequência nos incisivos centrais inferiores e, na maioria dos casos, esses dentes representam os dentes decíduos. As características clínicas, as possíveis complicações e o curso clínico são parâmetros a serem considerados para um manejo adequado. Porém, diferentes relatos afirmam que complicações podem ocorrer após a realização da extração em recém-nascidos. Até o momento, não há relatos de casos documentados na literatura descrevendo complicações em dentes preservados, como aspiração dentária. O objetivo deste estudo é apresentar quatro casos, três dos quais foram tratados com conduta conservadora. Considerando que a prevalência tem aumentado progressivamente nos últimos anos, os neonatologistas e odontopediatras devem fazer o diagnóstico precoce e oferecer tratamento adequado, proporcionando bem-estar geral e bucal a cada paciente. O sucesso do tratamento depende de monitoramento regular.

Palavra-chave: Dentes natais, dentes neonatais, dentes decíduos, gestão, complicações pós-operatórias.

¹ Compensar EPS.

² Fundación Hospital La Misericordia HOMI

Conservative management and minimal intervention in patients with natal and neonatal teeth: Report of four cases.

Abstract: Natal and neonatal teeth are present at birth or in the first month of life. They are observed more frequently in the mandibular central incisors, and in most cases, these teeth represent the true primary teeth. Clinical characteristics, possible complications and the clinical course are parameters to consider for proper management. Nevertheless, different reports argue that complications may occur after extraction in newborns. To date, there are no documented cases reported in the literature describing complications in retained teeth, such as aspiration of a tooth. The objective of the present study is to introduce four cases, three of which were treated with conservative management. Considering that the prevalence has increased progressively in recent years, neonatologists and pediatric dentists must make an early diagnosis and offer adequate treatment, providing general and oral wellness for each patient. The success of the treatment depends on periodic follow-up.

Key words: Natal teeth, neonatal teeth, primary teeth, management, postoperative complications.

Introducción

Los dientes natales se han definido como dientes que están presentes en la cavidad bucal del bebe en el momento del nacimiento, mientras que los dientes neonatales se refieren a los dientes que brotan durante el período neonatal (desde el nacimiento hasta los 30 días).¹ Ocurren con mayor frecuencia en la región de los incisivos centrales mandibulares¹⁻⁵, seguido de los incisivos maxilares.⁴⁻⁸ Solo del 1% al 10% de los dientes natales y neonatales son supernumerarios.^{3-6, 8} Según la evidencia, las principales características clínicas se resumen en la tabla 1.

Algunas complicaciones reportadas en la literatura incluyen dolor en la lactancia,^{4,9} ulceración en la superficie ventral de la lengua^{8, 9} y aspiración o deglución de los dientes;^{5, 10} sin embargo no existe reporte de la última complicación.

La prevalencia ha sido revisada por muchos autores de todo el mundo. El primer estudio reportado fue el de Magitot y Puech, con

una prevalencia de 1:6000 y 1:30.000, respectivamente, en el año 1876; Alalusua reportó 1:1000 en 2002, Kathib reportó 1:3400 en 2005, y George reportó 3:1038 en 2008.^{4,5,7,8} Es evidente que el número de casos ha aumentado considerablemente en los últimos años.

La etiología exacta aún no se ha demostrado; sin embargo, existe una correlación entre los dientes natales y la trasmisión hereditaria,¹⁻⁵ factores ambientales, algunos síndromes,⁷ la posición superficial del germen dental,³⁻⁵ infección o malnutrición, y erupción acelerada por incidentes febriles.^{4,5,9}

En cuanto al manejo, los planes de tratamiento han sido muy discutidos, aunque las publicaciones se inclinan a un manejo radical y poco conservador. En 1950, Massler y Savara concluyeron que la extracción indiscriminada de éstos dientes debe ser deplorada;¹ otros autores afirmaron que la decisión de dejar o extraer el diente debe evaluarse en cada caso.^{4,11} La guía de Cirugía Oral Pediátrica de la Academia

Tabla 1. Características clínicas de los dientes natales y neonatales.

Posición de los dientes	Los incisivos centrales mandibulares son los más frecuentes, seguido de los incisivos maxilares, los caninos o molares mandibulares y caninos o molares maxilares.
Dentición	Numerosos estudios han encontrado que el 90% de los dientes natales y neonatales son dientes primarios, y solo el 10% son supernumerarios.
Presentación clínica	Se presentan con mayor frecuencia de forma bilateral.
Género	No existen diferencias significativas según el género.
Características clínicas - corona	La forma y tamaño son variables; generalmente son pequeños, cónicos y pueden parecerse a los dientes normales, pueden presentar hipoplasia del esmalte, hipo mineralización, esmalte de color marrón amarillento/ blanquecino - opaco
Características clínicas - raíz	La formación radicular puede encontrarse incompleta o defectuosa, lo que genera la movilidad de los dientes.

Fuente: (Massler M *et al* 1950, Mhaske, S *et al* 2013, Basavanthappa, N. N *et al* 2011, Markou I 2012, Kana A *et al* 2013.)

Americana de Odontología Pediátrica en 2010 afirma que el tratamiento debe ser conservador y centrarse en crear bordes incisales redondos y lisos.¹²

La mayoría de los estudios reportan la realización de la extracción en todos los casos; sin embargo, es importante señalar que, en la búsqueda de la literatura, revisiones sistemáticas y metaanálisis no se identificaron informes de aspiración de un diente natal.^{2, 13, 14} Basado en esto, la extracción de dientes natales para prevenir el posible riesgo de aspiración es injustificable.¹³ Además, el período neonatal es susceptible de osteomielitis debido a varios factores predisponentes iatrogénicos, se debe considerar que podría ocurrir osteomielitis en el área adyacente, ya que el lactante puede sufrir trauma en el momento de la extracción del diente natal.¹⁵ Otras complicaciones pueden generarse después de la extracción, con la consiguiente proliferación anormal de la papila dental.¹⁶

Basado en la literatura actual y la evidencia, es importante tener un mayor conocimiento sobre el tratamiento de los dientes natales o neonatales para saber si es conveniente realizar inicialmente una extracción dental o dejar el diente en su lugar y realizar un seguimiento periódico. El manejo de estos dientes es esencial para el bienestar general del niño y sus padres.

En 1966, Spouge y Feasby clasificaron los dientes natales y neonatales basados en las etapas de desarrollo, mientras que, en 1997 Hebling *et al.*, los clasificó de acuerdo con la apariencia de cada diente natal en la cavidad bucal (Tabla 2).^{4, 6, 7}

El propósito de este reporte es presentar cuatro casos de dientes natales y neonatales, donde el manejo dependió de las manifestaciones clínicas y complicaciones. El seguimiento clínico se realizó desde el Nacimiento, y en uno de los casos se realizó un seguimiento de 5 años. Los casos corresponden al Servicio de Estomatología Pediátrica de dos instituciones de salud de la

Tabla 2. Clasificación de los dientes natales / neonatales

A. Spoug y Feasby (1966)	
Clase	Descripción clínica
1	Un diente natal o neonatal maduro es aquel que está casi o completamente desarrollado y tiene un pronóstico de mantenimiento relativamente bueno.
2	El término diente natal o neonatal inmaduro, por otro lado, implica un diente con una estructura incompleta o deficiente; también implica un mal pronóstico.
B. Hebling (1997)	
Clase	Descripción clínica
1	Corona en forma de concha mal fijada al alvéolo por tejido gingival y ausencia de raíz.
2	Corona sólida mal fijada al alvéolo por tejido gingival y poca o ninguna raíz
3	Erupción del margen incisal de la corona a través del tejido gingival
4	Edema de tejido gingival con un diente no erupcionado pero palpable

Fuente: Cunha RF *et al* 2001, Mhaske S *et al* 2013, Rahul M. *et al* 2018.

ciudad de Bogotá (Colombia) y se describen en la Tabla 3. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes

individuales incluidos en el estudio y fue firmado por los padres de los niños de los casos reportados.

Tabla 3. Distribución por género, edad, clasificación, descripción y manejo de los dientes natales / neonatales

N	Género	Edad gestacional al nacer (semanas)	Tiempo de aparición del diente (días)	Número de dientes	Ubicación del diente	Historia familiar (dientes natales / neonatales)	Clasificación Hebling's (1997)	Características macroscópicas	Principales síntomas / complicaciones	Manejo
1	M	36	2	1	71	(Si) Padre	2	Esmalte hipoplásico	Ulceración de la lengua; Movilidad aumentada; Dificultad en la alimentación; Irritabilidad; Llanto constante	Extracción
2	M	40	7	2	71 - 81	(Si) Madre	(2-3)	Hipomineralización	Mal patrón de succión; Grado de movilidad II	Conservación; Seguimiento clínico; Educación en salud bucal familiar
3	F	37	0	2	71 - 81	(Si) Tía, prima	(3-3)		Tamaño dental más pequeño que los otros dientes	Conservación; Seguimiento clínico
4	M	39	0	2	71 - 81	Ninguno	(3-3)	Color blanco amarillento	Dificultad para alimentarse; Grado de movilidad II	Conservación; Seguimiento clínico; Educación en salud bucal familiar

Reporte de casos

Caso 1

Recién nacido pretérmino, parto gemelar por vía natural. La madre reporto controles prenatales sin complicaciones. A los 35 días de nacido, se confirmó la presencia de diente neonatal, el incisivo central inferior a los dos días de nacido. El padre del niño reporto que había tenido diente neonatal en el incisivo central superior. Al examen intraoral se observa una úlcera en la parte ventral de la lengua (1 mm) (Figura 1). El diente erupcionado tenía movilidad severa (grado III) e hipoplasia del esmalte en la superficie lingual. Después del día tres y cuatro de seguimiento, se observó que el bebé presentaba mayor irritabilidad, llanto continuo, incremento de la movilidad e incremento en el tamaño y en la profundidad de la úlcera de Riga-Fede. Debido al probable riesgo de exfoliación y aspiración del diente, la opción de tratamiento en este caso fue extracción sin complicaciones.



Figura 1. Diente neonatal en niño de dos días de nacido, Úlcera en la cara ventral de la lengua; Enfermedad de Riga-Fede.

Caso 2

Un niño de dos semanas de nacido presenta pobre succión y dientes natales con encía

inflamada; la madre noto el diente inferior una semana después de su nacimiento, el paciente tenía historia familiar positiva de diente natal. El examen intraoral indicaba que el diente natal 81 y 71 estaban parcialmente erupcionados, la encía presenta edema y eritema, con movilidad grado I y grado II respectivamente. Después de 2, 4 y 6 días respectivamente, mostró un progreso satisfactorio, mejorando el patrón de succión, sin incremento de la movilidad y sin alteraciones del tejido adyacente. En un periodo de seguimiento de un mes, se observa una estabilidad del diente natal sin incremento de la movilidad, la madre reporto un adecuado patrón de succión y no ulceración en la superficie ventral de la lengua, se observó hipoplasia en la zona vestibular del diente, y se aplicó varnish de fluor (Figura 2).



Figura 2. Dientes neonatales en un niño de siete días de nacido. Dientes O y P en erupción, sin alteración de los tejidos bucales adyacentes. Aplicación de barniz de flúor

Caso 3

Niña de 30 días de edad nacida por cesárea, con historia prenatal sin antecedentes e historia familiar positiva de diente neonatal a nivel de incisivo central inferior en su tía materna y prima. Ella presentaba

edema gingival y presencia del diente en el momento del nacimiento, en el examen intraoral se observó un tercio de la corona del diente 71 con movilidad grado I, el borde incisal del diente 81 sin movilidad, sin interferencias en el momento de la lactancia y alimentación. El seguimiento desde el nacimiento hasta la edad de cinco años mostró un adecuado proceso de erupción, sin alteraciones en el esmalte, sin embargo, el tamaño dental era más pequeño que el de los otros dientes. El paciente fue manejado por el Servicio de Estomatología. El desarrollo de los dientes primarios fue evaluado en este servicio, así como la forma, el tamaño, el color y la movilidad. No se tomaron radiografías, ya que los dientes no tenían movilidad, el seguimiento fue clínico. La educación y actividades de higiene oral fueron explicadas a la madre. (Figura 3).



Figura 3. Dientes neonatales en una niña de siete días de nacida. Los dientes O y P parcialmente erupcionados.

Caso 4

Niño de 14 días de nacido; nacimiento por vía natural, presentó dos dientes en la región anterior mandibular desde el momento del nacimiento, el cual generaba dificultad y incomodidad durante la lactancia. La

madre notó laceraciones en sus senos durante la lactancia y dolor intenso, lo que evidenciaba que los dientes estaban generando laceraciones que en ocasiones sangraban. El dolor se incrementaba cuando ella intentaba retirar el pezón de los dientes del bebé. En el examen intraoral se observa la presencia de dientes neonatales 71 y 81, ambos con movilidad grado II. No había bordes cortantes, ni alteraciones de los tejidos adyacentes. El tratamiento inicial tuvo como objetivo brindar a la madre técnicas y posiciones durante la lactancia. La posición más recomendada es con el bebé en posición frontal, la nariz del bebé se acerca al pezón, el bebé comienza a alimentarse tomando el pezón, la aerola y el tejido mamario subyacente profundamente en su boca hasta la unión del paladar duro y el paladar blando. El pezón se alarga 2-3 veces de su longitud en reposo. La posición correcta del pezón no estimula el reflejo de mordida. Cuando la posición es cómoda y está bien alineado con el pecho, es más probable un agarre profundo y eficaz, lo que mejora los síntomas causados durante la lactancia. (Figura 4).



Figura 4. Dientes natales. Dientes O y P sin alteración de tejidos adyacentes; Diente O movilidad grado II.

Discusión

Los dientes natales y neonatales requieren un historial detallado del caso, acompañado de un examen clínico minucioso,^{4, 5, 17} para definir los síntomas del recién nacido y de la madre. Una vez que los padres están debidamente informados sobre todos los aspectos relacionados con la situación, es importante considerar la opinión de los padres,^{4, 8-10} así como el manejo de las complicaciones, al planificar el curso clínico.

Los dientes natales ocurren con mayor frecuencia, son aproximadamente tres veces más comunes que los dientes neonatales.^{5, 6, 9} Sin embargo, en el presente estudio, dos de los casos fueron dientes neonatales y dos fueron dientes natales. Este tipo de dientes ocurren con mayor frecuencia bilateralmente,⁵ en este reporte se presentaron tres casos de forma bilateral y un caso unilateral. Los dientes afectados con mayor frecuencia son los incisivos centrales inferiores,^{1-5, 8} lo cual coincide con todos los casos que encontramos en la literatura. Histológicamente, se puede observar una fina capa de esmalte o, en condiciones extremadamente raras, una ausencia de la capa de esmalte. La hipoplasia del esmalte podría atribuirse a la alteración de la amelogénesis;⁵ observamos esta característica en tres de los cuatro casos de este reporte.

La mayoría de los informes afirman la transmisión hereditaria de un gen autosómico dominante.^{1,4,11} En nuestro reporte, tres de los cuatro casos tenían antecedentes familiares positivos: padre, primo y tía.

Existe acuerdo entre los autores de los estudios clínicos en que los dientes natales

y neonatales deben conservarse porque con mayor frecuencia son dientes de la dentición primaria normal.^{4, 7, 18} Además, no es necesario realizar una radiografía; la exposición a la radiación no está justificada cuando hay dientes natales. El proceso de toma de decisiones se basa únicamente en el contexto clínico y no estaría influenciado por radiografías.¹⁹

En 2013 se realizó revisión sistemática; Kana afirmó que la prevalencia de los dientes natales y neonatales requiere más investigación en condiciones científicas específicas para proporcionar un tratamiento basado en la evidencia.¹¹ Por esta razón es necesario ampliar el conocimiento de los hallazgos clínicos y las complicaciones. Con base en la evidencia actual sobre el bienestar general del niño y sus padres, un tratamiento multidisciplinario aumentaría la posibilidad de preservación en boca cuando se consulta el odontopediatra de manera oportuna. Los odontopediatras deben educar a los padres y a la comunidad médica sobre el manejo adecuado.^{5, 19}

En Colombia, una de las principales herramientas para llevar a cabo la atención integral en los menores de un año es la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que establece como práctica clave la consulta odontológica a partir del primer mes de edad.²⁰ Esto permite a los profesionales de la salud y a los odontopediatras brindar un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y un seguimiento.

De acuerdo con la investigación y la experiencia clínica, es adecuado brindar un manejo conservador que incluya educación en salud bucal, pulimento de los bordes cortantes de los dientes, cambios en la

técnica de alimentación,^{4, 10, 11} usar resina compuesta para formar un domo en los bordes cortantes de los dientes,⁹ y lo más importante el seguimiento clínico. Luego del reporte de estos casos, concluimos la importancia de un manejo conservador como primera opción, dientes con movilidad grado I o grado II o pobre formación radicular es posible preservarlos, siempre que la familia siga las recomendaciones del odontopediatra, se debe tener en cuenta todos los cuidados para que la raíz continúe su formación y así reduzca su movilidad; es importante darle tiempo al diente para su formación. En el primer caso podríamos haber conservado el diente modificando la técnica de alimentación, tratando los síntomas con pasta de acetona Triamcinolone aplicada en la lesión, y dar al diente el tiempo para su formación. Los odontopediatras deben hacer el esfuerzo de conservar los dientes usando estos tratamientos. En los casos donde la preservación de los dientes es imposible está indicado el curetaje de los tejidos subyacentes a la papila dental para evitar un mayor crecimiento de los tejidos remanentes de papila dental.¹⁸

Conclusiones

El tratamiento más reportado en la literatura es el invasivo. Sin embargo, es necesario evaluar las manifestaciones clínicas y

las posibles complicaciones que podrían generar los dientes natales y neonatales para el correcto manejo y tratamiento. Realizar una extracción provoca más complicaciones que dejar el diente. Se sugieren estudios longitudinales para tener una mayor cantidad de odontología basada en la evidencia.

A partir de la extensa revisión de la literatura y el manejo brindado en los diferentes reportes de casos, se propone la elaboración de una guía para el manejo de los dientes natales y neonatales con el fin de ayudar a los profesionales a establecer un manejo adecuado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aprobación ética

Ningún animal estuvo involucrado en este estudio. Todos los procedimientos realizados con participantes humanos estaban de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y / o nacional y con la declaración de Helsinki de 1964, incluidas sus modificaciones posteriores o estándares éticos comparables.

Referencias bibliográficas

1. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth; a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr.* 1950;36(3):349-59.
2. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Assoc.* 1984;109(3):441-3.
3. Alaluusua S, Kiviranta H, Leppaniemi A, Holtta P, Lukinmaa PL, Lope L, *et al.* Natal and neonatal teeth in relation to environmental toxicants. *Pediatr Res.* 2002;52(5):652-5.
4. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent.* 2001;23(2):158-62.

5. Basavanthappa NN, Kagathur U, Basavanthappa RN, Suryaprakash ST. Natal and neonatal teeth: a retrospective study of 15 cases. *Eur J Dent.* 2011;5(2):168-72.
6. Rahul M, Kapur A, Goyal A. Management of prematurely erupted teeth in newborns. *BMJ Case Rep.* 2018.
7. Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. *ISRN Pediatr.* 2013;956269.
8. Markou I, Kana A, Arhakis A. Natal and Neonatal Teeth: A Review of the Literature. *Balkan Journal Stomatology.* 2012;16(ISSN 1107 - 1141):132-40.
9. Yen VA, Kuppaswami N. Incidence of Natal Teeth in Newborns in Government Medical College and Hospital, Chengalpattu: A Pilot Study. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(4):Zc86-zc8.
10. Shivpuri A, Mitra R, Saxena V, Shivpuri A. Natal and neonatal teeth: Clinically relevant findings in a retrospective analysis. *Medical Journal Armed Forces India.* 2018.
11. Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *Eur J Paediatr Dent.* 2013;14(1):27-32.
12. American Academy of Paediatric Dentistry. Guideline on Pediatric Oral Surgery. *Pediatr Dent* 2010; 32:10-11.
13. Park JS, Patel J, Seewoo BJ, King NM, Anthonappa RP. Literature review and micro-computed tomography analysis of natal teeth: A pilot study. *J Investig Clin Dent.* 2019;10(4):e12466.
14. Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. *BMJ Case Rep.* 2013.
15. Vora EC, Winnier J, Bhatia R. Neonatal osteomyelitis: An unusual complication of natal tooth extraction. *J Indian Soc Pedod Prev Dent. India.* 2018: 97-100.
16. Kim SH, Cho YA, Nam OH, Kim MS, Choi SC, Lee HS. Complication After Extraction of Natal Teeth with Continued Growth of a Dental Papilla. *Pediatr Dent.* 2016;38(7):137-42.
17. Ruschel HC, Spiguel MH, Piccinini DD, Ferreira SH, Feldens EG. Natal primary molar: clinical and histological aspects. *J Oral Sci.* 2010;52(2):313-7.
18. Samuel SS, Ross BJ, Rebekah G, Koshy S. Natal and Neonatal Teeth: A Tertiary Care Experience. *Contemp Clin Dent.* 2018;9(2):218-22.
19. Kérourédan O, Smirani R, Thébaud NB, Devillard R. Diagnosis and Management of Natal and Neonatal Teeth: Case Report of Three Newborns. *J Dent Child* 2018;85(2):79-82.
20. Ministerio de la Protección Social. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Bogotá D.C., Colombia 2010.

Recibido: 10/02/2021

Aceptado: 21/05/2021

Correspondencia: Carolina Pardo Hernández, correo: declibe23@hotmail.com