







## Lesión amarilla inusual en mucosa gingival. Una patología bucal poco frecuente en un recién nacido. Reporte de un caso

María Karina Machorro Espinosa<sup>1</sup> , Luis Raziél Martagón Cabrera<sup>1</sup> ,  
Fernando David Solís Cordero<sup>1</sup> , Silvia Sonia Rodríguez Arce<sup>1</sup> ,  
Atziry Nathaly Mendoza Domínguez<sup>1</sup> , María José Sánchez López<sup>1</sup> .

**Resumen:** **Introducción:** Los dientes natales (DN) forman parte de las anomalías poco frecuentes del desarrollo dentario con implicaciones clínicas relevantes en el periodo neonatal. **Reporte:** Se presenta el caso de una recién nacida de 15 días con dos DN en la región de rodete anteroinferior, cuya remoción evidenció una lesión gingival de coloración amarillo brillante e intenso. Aunque no se realizaron estudios diagnósticos complementarios, se planteó como posible etiología una manifestación de ictericia fisiológica neonatal. **Conclusión:** Este hallazgo clínico, inusual y no descrito en la literatura, resalta la necesidad de considerar la interacción entre condiciones sistémicas y manifestaciones orales.

**Palabras clave:** Dientes Natales (DN), Ictericia Neonatal, Bilirrubina.

## Lesão amarela incomum na mucosa gengival. Uma patologia bucal pouco frequente em recém-nascidos. Relato de um caso

**Resumo:** **Introdução:** Os dentes natais (DN) fazem parte das anomalias pouco frequentes do desenvolvimento dentário com implicações clínicas relevantes no período neonatal. **Relato de caso:** Apresenta-se o caso de uma recém-nascida de 15 dias com dois DN na região do rebordo anterior inferior, cuja remoção evidenciou uma lesão gengival de coloração amarela brilhante e intensa. Embora não tenham sido realizados estudos diagnósticos complementares, foi considerada como possível etiologia uma manifestação de icterícia fisiológica neonatal. **Conclusão:** Este achado clínico, incomum e não descrito na literatura, destaca a necessidade de considerar a interação entre condições sistêmicas e manifestações orais.

**Palavras-chave:** Dentes Natais (DN), Ictericia Neonatal, Bilirrubina.

## Unusual yellow lesion on gingival mucosa. A rare oral pathology in a newborn. Case report.

**Abstract:** **Introduction:** Natal teeth (NT) are part of the rare anomalies of dental development with relevant clinical implications in the neonatal period. **Case report:** We present the case of a 15-day-old newborn with two DN in the anterior inferior region, whose removal revealed a bright yellow gingival lesion. Although no complementary diagnostic studies were performed, a possible etiology was suggested to be a manifestation of physiological neonatal jaundice. **Conclusion:** This unusual clinical finding, not described in the literature, highlights the need to consider the interaction between systemic conditions and oral manifestations.

**Key words:** Natal teeth (NT), Jaundice, Neonatal, Bilirubin.

<sup>1</sup>Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México.

## Introducción

La ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de la piel y las mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina en el torrente sanguíneo, mientras que la hiperbilirrubinemia corresponde a un concepto bioquímico definido por concentraciones plasmáticas de bilirrubina superiores a los valores normales<sup>1</sup>. Este proceso se origina a partir de la degradación fisiológica de la hemoglobina durante el recambio normal de los eritrocitos. Clínicamente, la ictericia se hace evidente en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia supera los 5 mg/dL<sup>1</sup>.

Durante la primera semana de vida, la mayoría de los RN a término desarrollan hiperbilirrubinemia no conjugada, que se manifiesta como ictericia transitoria y suele resolverse espontáneamente en una o dos semanas<sup>2</sup>. Esta condición, conocida como ictericia fisiológica o hiperbilirrubinemia neonatal benigna, se manifiesta con mayor frecuencia en recién nacidos prematuros<sup>2</sup>. Su etiopatogenia se relaciona con la inmadurez hepática, la elevada producción de bilirrubina secundaria a la destrucción de eritrocitos fetales y la limitada capacidad de excreción hepática<sup>3</sup>. Generalmente aparece entre el segundo y quinto día de vida, alcanza su pico máximo entre el quinto y séptimo día y se resuelve entre los 10 y 15 días<sup>4</sup>.

La bilirrubina puede depositarse no solo en la piel, sino también en las mucosas, incluida la cavidad oral, particularmente cuando existe un aumento de la permeabilidad vascular<sup>3</sup>. En contextos de trauma o inflamación local, este fenómeno puede verse acentuado,

facilitando la extravasación de pigmentos bilirrúbinicos hacia los tejidos blandos<sup>4</sup>.

En relación con las alteraciones dentarias neonatales, Massler y Savara describieron en 1950 una de las clasificaciones más utilizadas para dientes erupcionados prematuramente, distinguiendo entre dientes natales, presentes al momento del nacimiento, y dientes neonatales, aquellos que erupcionan durante los primeros 30 días de vida<sup>5</sup>. Mientras otros autores como Spouge y Feasby propusieron una clasificación basada en el grado de madurez del diente, diferenciando entre dientes maduros, con desarrollo normal y mejor pronóstico, e inmaduros, con desarrollo deficiente y menor posibilidad de retención en la cavidad oral<sup>6</sup>.

El desarrollo de la dentición humana y la cronología eruptiva normal han sido ampliamente descritos, permitiendo identificar estas entidades como alteraciones del desarrollo dental<sup>7</sup>. Desde el punto de vista clínico, la cavidad bucal del recién nacido presenta características particulares que influyen en la expresión de estas alteraciones<sup>8</sup>.

Morfológicamente, los dientes natales y neonatales suelen presentar un tamaño reducido, forma cónica y coloración blanco opaca o amarillo-marrón, con raíces poco desarrolladas<sup>9</sup>. Estas características han sido confirmadas en múltiples revisiones clínicas y bibliográficas<sup>10</sup>. Estudios histológicos han demostrado alteraciones estructurales del esmalte y dentina<sup>11</sup>.

El manejo clínico de estos dientes depende tanto de las características del órgano dentario como del estado general del

paciente. La decisión de conservarlos o extraerlos debe basarse en una evaluación multifactorial<sup>12</sup>. Se destaca la importancia de individualizar el tratamiento y mantener una vigilancia estrecha del recién nacido<sup>14</sup>. En casos seleccionados, el diagnóstico temprano y el manejo oportuno permiten prevenir complicaciones mayores<sup>15</sup>.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la úlcera traumática de Riga-Fede, asociada al roce constante del diente con la lengua o los tejidos blandos<sup>16</sup>. Se ha documentado esta entidad como una complicación relevante que puede interferir con la alimentación y el bienestar del neonato<sup>17</sup>.

La etiología de los DN no está completamente demostrada. Se han propuesto factores como la posición superficial del germen dentario, infecciones, estados febriles, traumatismos, desnutrición, estimulación hormonal y exposición materna a toxinas ambientales<sup>18</sup>. Estudios recientes han incorporado además posibles asociaciones genéticas y sindrómicas en algunos casos<sup>19, 20</sup>.

El presente informe de caso tiene como objetivo presentar la evolución de una lesión de aparición súbita y color amarilla localizada en rodete inferior, secundaria a la remoción de un DN en un recién nacido y con seguimiento a un año.

### Caso clínico

Se recibe en consultorio particular a un paciente femenino de 15 días

de vida extrauterina producto de un parto normoevolutivo a término y sin antecedentes patológicos perinatales. Después de efectuar una exhaustiva historia clínica la madre menciona que la bebé nació con dos dientes incisivos inferiores DN, refiere que a los 10 días de vida, con la propia mano del menor, se retira el incisivo central natal derecho, extravasando sangre y presentando una lesión amarillenta. La madre acude 5 días después del evento con una especialista a una odontopediatría para solicitar atención por el cambio de coloración observado en la encía. Durante la evaluación inicial, se consideró la posibilidad de que la coloración amarilla observada en el rodete gingival, tras la pérdida del diente natal, correspondiera a un cuerpo extraño o material alimentario retenido. Para descartar esta alternativa diagnóstica, se realizó un protocolo de exploración clínica basado en técnicas recomendadas para la valoración de tejidos blandos en recién nacidos. Se efectuó una inspección directa con iluminación frontal, retirando restos de leche y evaluando la superficie del tejido. La lesión presentaba una base claramente sésil, aproximadamente de 1,5 cm de tamaño, sin bordes definidos ni elementos adheridos, y una superficie lisa y homogénea que no correspondía al aspecto irregular que presentan los cuerpos extraños en neonatos. Posteriormente, mediante palpación suave del rodete gingival, se comprobó que la lesión exhibía consistencia fluctuante y no la firmeza típica de un material exógeno. La madre refiere que la condición presente no interfiere con la alimentación de la bebé. (Figura 1).

Con apoyo del detallado análisis exploratorio se descarta la presencia de



**Figura 1.** Vista intraoral inferior. Se observa lesión del lado derecho de la línea media en rodete gingival de recién nacido, es evidente la coloración amarilla homogénea e intensa de la lesión.



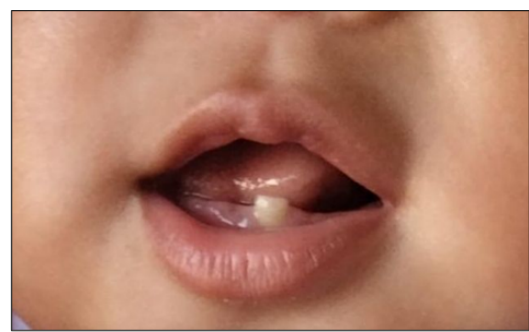
**Figura 3.** Aspecto clínico con 15 días de evolución. Se observa una franca mejoría con un mínimo aumento de volumen y misma coloración de la mucosa adyacente

un cuerpo extraño o alimento como causa del cambio de color; por lo que se decide, en conjunto con los padres evitar un procedimiento invasivo (biopsia o escisión) que implique nuevamente sangrado y solo llevar a cabo un abordaje conservador, con acompañamiento de la evolución de la lesión. Tres días después la lesión involuciona, ya que disminuye su tamaño y desaparece la coloración amarillenta intensa. (Figura 2). Quince días después se observa el reborde con un aspecto normal, con mínima inflamación y coloración similar a la mucosa

adyacente (Figura 3). En el seguimiento final de un año se observa una estabilidad de las condiciones de la mucosa, sin datos de recidiva ni presencia de hiperplasia en controles subsecuentes. Cabe mencionar que se observa la ausencia de un diente primario en la zona donde se perdió el diente natal, lo que puede relacionarse a que el diente perdido prematuramente formaba parte de la fórmula dental, debido a que no existió la erupción posterior de ningún diente primario (Figura 4).



**Figura 2.** Aspecto clínico con 3 días de evolución. Se logra distinguir una evidente mejoría caracterizándose por la desaparición de la coloración amarillenta intensa y ligera disminución del aumento de volumen en el rodete gingival.



**Figura 4.** Control clínico de 1 año. Se observa una mucosa completamente estable y con similitud en coloración a la mucosa adyacente. Así mismo, la ausencia de un diente primario que pudo haber erupcionado posteriormente en la zona donde se perdió el diente natal.

## Discusión

Los DN constituyen una anomalía del desarrollo odontológico de baja prevalencia, observada en aproximadamente 1 de cada 2,000 a 3,000 nacimientos.<sup>20</sup> Se presentan al momento del nacimiento y, en la mayoría de los casos, corresponden a los incisivos centrales inferiores. Su presencia puede generar complicaciones locales como úlceras traumáticas, interferencia en la lactancia o riesgo de aspiración si presentan movilidad acentuada.<sup>21</sup> En cuanto a la ictericia neonatal, se han descrito manifestaciones orales poco frecuentes asociadas a la hiperbilirrubinemia, incluyendo pigmentaciones mucosas<sup>21</sup>. El metabolismo de la bilirrubina en los tejidos neonatales explica su potencial depósito extravascular bajo ciertas condiciones<sup>22</sup>. Así mismo se han reportado alteraciones cromáticas en la cavidad oral de neonatos con ictericia<sup>23</sup>. Estudios clínicos han descrito patrones de pigmentación amarilla o verdosa en tejidos neonatales asociados a hiperbilirrubinemia<sup>24</sup>. Análisis histológicos han confirmado la capacidad de la bilirrubina para depositarse en tejidos conectivos

orales<sup>25</sup>. Este fenómeno puede verse favorecido por el trauma local, el cual incrementa la permeabilidad vascular y facilita la extravasación del pigmento<sup>26</sup>.

Existen reportes de series de casos que describen lesiones orales transitorias en neonatos con ictericia, las cuales evolucionan favorablemente con la resolución del cuadro sistémico<sup>27</sup>. También se han documentado alteraciones cromáticas dentarias asociadas a hiperbilirrubinemia neonatal<sup>28</sup>. Dentro del diagnóstico diferencial de lesiones orales neonatales deben considerarse quistes gingivales congénitos y otras entidades benignas propias del recién nacido<sup>29</sup>, así como lesiones inflamatorias, infecciosas o traumáticas<sup>30</sup>.

El presente informe de caso describe la evolución clínica de una lesión de aparición súbita y coloración amarilla localizada en el rodete gingival inferior, secundaria a la remoción de un diente natal en una lactante de 15 días de vida. Tras la extracción del órgano dentario, se observó una lesión amarillo brillante, homogénea y bien delimitada. No se

**Tabla 1.** Comparación de lesiones orales con características clínicas similares al caso presentado. Se incluyen diferencias clave en etiología, localización y coloración para apoyar el diagnóstico diferencial.

Lesión similar	Descripción	Diferencia con el caso	Referencia
Manchas amarillas en mucosa oral	Asociadas a ictericia resuelven con fototerapia	Similar resolución, pero no post-trauma gingival	(21)
Pigmentación verde en dientes	Depósito de bilirrubina en esmalte por hiperbilirrubinemia	Afecta tejidos duros no gingival, color verde vs. amarillo	(27, 31)
Quistes gingivales de neonato	Hincazón amarillenta/blanca en encía; benigna y transitoria	Congénita, no secundaria a trauma; sin color intenso	(32,33)

realizaron estudios complementarios; sin embargo, la evolución clínica fue determinante para descartar la presencia de un cuerpo extraño, ya que la lesión mostró una rápida disminución del volumen y desaparición progresiva de la pigmentación en un periodo de tres días, con resolución completa hacia los quince días<sup>31-33</sup>.

Una vez descartada la presencia de material exógeno, se procedió al análisis de posibles etiologías endógenas.<sup>33</sup> La hipótesis diagnóstica principal propuesta es: un depósito transitorio de bilirrubina secundario a ictericia fisiológica neonatal y se sustentó en diversos criterios clínicos positivos (Tabla 2).

La ictericia fisiológica neonatal es un proceso común que afecta entre el 60 y el 80% de los recién nacidos; aparece entre los días 2 y 5 de vida, alcanza su pico máximo alrededor del día 5 al 7 y suele resolverse entre los días 10 y 15. En este caso, la paciente de 15 días de vida se encontraba exactamente en el periodo habitual de resolución, lo que

hace clínicamente plausible la presencia transitoria de pigmentación asociada a bilirrubina.<sup>33</sup>

Coincidimos con la literatura pediátrica, ya que establece que la bilirrubina puede depositarse no solo en la piel sino también en las mucosas, incluida la cavidad oral, especialmente cuando existe un incremento de permeabilidad vascular. Este fenómeno se ve favorecido por el trauma local ocasionado por la extracción o pérdida del diente natal, el cual genera microhemorragias y facilita la difusión de bilirrubina hacia los tejidos blandos. La coloración amarilla brillante, homogénea y bien delimitada observada clínicamente coincide con las características descritas para el depósito de bilirrubina en mucosas, diferenciándose claramente de signos propios de infección, supuración o necrosis. Por ello, aun sin estudios complementarios, la correlación entre la cronología de la ictericia, el antecedente traumático y el aspecto clínico de la lesión permite sustentar una hipótesis diagnóstica razonable y fisiopatológicamente coherente.

**Tabla 2.** Criterios clínicos en su totalidad positivos de depósito transitorio de bilirrubina secundario a ictericia fisiológica neonatal al realizar la evaluación inicial de la lesión amarilla inusual en rodete gingival.

Criterios Clínicos de depósito transitorio de bilirrubina secundario a ictericia fisiológica neonatal	Indica Positivo/Negativo
Momento cronológico compatible con la fase de resolución de la ictericia fisiológica.	Positivo
Antecedente de trauma local por la pérdida del diente natal.	Positivo
Coloración amarillo brillante y homogénea, sin signos de infección.	Positivo
Resolución espontánea, coherente con la disminución fisiológica de bilirrubina.	Positivo

## Conclusión

El presente caso destaca la importancia del diagnóstico clínico, la exploración intraoral y la necesidad de realizar manejos multidisciplinarios. Se resalta la relevancia de integrar la evaluación odontológica con el estado sistémico del recién nacido, que en algunos escenarios patológicos deberá ser acompañado y tratado de acuerdo a la condición particular de cada paciente. Asimismo se plantea una hipótesis clínica razonada, coherente con la fisiología neonatal y con su estrecha interrelación con la cavidad oral.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen afiliación con ninguna organización o entidad financiera o no financiera de interés. Los padres firmaron previamente el consentimiento informado para la publicación y divulgación del caso y están de acuerdo con su publicación.

## Referencias

1. Rodríguez MJ, Figueras AJ. Ictericia neonatal. En: *Protocolos de Neonatología*. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. 2008;371–373.
2. Mitra S, Rennie J. Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017;78(12):699–704.
3. Maisels MJ, Watchko JF. Neonatal jaundice and kernicterus. En: Gleason CA, Juul SE, eds. *Avery's Diseases of the Newborn*. 10th ed. Elsevier; 2018:732–750.
4. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant  $\geq 35$  weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004;114(1):297–316.
5. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr*. 1950;36(3):349–359.
6. Spouge JD, Feasby WH. Erupted teeth in the newborn. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1966;22:198–208.
7. Schour I, Massler M. Development of the human dentition. *J Am Dent Assoc*. 1941;28:1153–1160.
8. Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: desarrollo, patologías y cuidados. *Perinatol Reprod Hum*. 2009;23(2):82–89.
9. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001;23(2):158–162.
10. Fierro MC, Bravo RL, Torres CF, Álvarez HC, Pérez FM. Dientes natales: revisión bibliográfica y caso clínico. *Int J Odontostomatol*. 2010;4(2):105–110.
11. Anderson RA. Natal and neonatal teeth: histologic investigation. *ASDC J Dent Child*. 1982;49:300–303.
12. Seminario AL, Ivancakovà R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica*. 2004;47:229–233.
13. Diniz MB, Gondim JO, Pansani CA, de Abreu-e-Lima FCB. Manejo odontopediátrico de dientes natales y neonatales. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26:64–69.
14. DeSeta M, Holden E, Siddik D, Bhujel N. Natal and neonatal teeth: a review and case series. *Br Dent J*. 2022;232(7):449–453.
15. Anusha Durairaj B, Gajula Shivashankarappa P, Muthukrishnan K, Saraswat Y. Natal and neonatal teeth: early diagnosis and management. *BMJ Case Rep*. 2023;16:e256249.
16. Guzmán A, Mendoza G. Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005;3(2):152–157.
17. Iandolo A, Amato A, Sangiovanni G, Argentino S, Pisano M. Riga-Fede disease: systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2021;22(4):323–331.
18. Garcia L, Martinez P. Updated etiology of natal teeth: systematic review. *J Oral Pathol Med*. 2023;52(4):301–308.
19. Lee K, Kim H. Complications of natal teeth. *Int J Pediatr Dent*. 2024;34(2):89–95.

20. Nguyen T, Tran Q. Genetic associations in dental anomalies of newborns. *Genet Med Res.* 2023;15(6):123-130.
21. Mansi A, Al Kaabi M, Al-Jundi S. Oral manifestations in neonatal hyperbilirubinemia. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(3):220-223.
22. Smith A, Jones B. Bilirubin metabolism in neonatal tissues. *J Neonatal Biol.* 2021;10(3):45-52.
23. Patel R, Kumar S. Oral manifestations of jaundice in neonates. *Pediatr Dent J.* 2022;32(1):15-20.
24. Brown C, Davis L. Pigmentation patterns in neonatal hyperbilirubinemia. *J Clin Pediatr.* 2021;45(3):78-84.
25. Taylor E, Wilson J. Histological analysis of bilirubin deposition in oral tissues. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2022;50(5):210-216.
26. Johnson M, Lee R. Trauma-induced pigment deposition in neonates. *Neonatal Clin Pract.* 2023;12(4):99-105.
27. Singh P, Gupta A. Oral lesions in neonatal jaundice: case series. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(5):300-306.
28. Adams K, Smith T. Green staining of primary teeth due to hyperbilirubinemia. *J Dent Res.* 2022;101(6):450-455.
29. Clark D, Evans M. Congenital gingival cysts in newborns. *Pediatr Dent.* 2020;42(3):200-205.
30. Harris J, Patel N. Differential diagnosis of neonatal oral lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2023;81(7):789-795.
31. Patel R, Kumar S. Oral tissue permeability in neonatal disease. *Pediatr Dent J.* 2022;32(1):15-20.
32. Brown C, Davis L. Clinical evolution of neonatal mucosal pigmentation. *J Clin Pediatr.* 2021;45(3):78-84.
33. Johnson M, Lee R. Resolution patterns of trauma-related neonatal lesions. *Neonatal Clin Pract.* 2023;12(4):99-105.

---

Recibido 30/09/25

Aceptado 04/01/26

Correspondencia: Maria Karina Machorro Espinosa, correo: mariakarina.machorro@upaep.mx