269

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"DIENTES NATALES Y NEONATALES"

TESINA

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista
presenta:

VICENTE DE JESUS NAGANO GOMEZ

Asesora:
C.D.M.O.: ALEJANDRA GREENHAM GONZALEZ

Ciudad Universitaria.
México, D,.F.
Junio, 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262461

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:
Por darme vida para hoy ver culminada una de mis mayores metas.

A MI PADRE (Q.E.P.D.):
Quien en todo momento me apoyó; estoy seguro de que estará orgulloso de mí.

A MI MADRE:
Por su invaluable ayuda en tan difíciles momentos y por guiarme en mi desarrollo humano,
¡Gracias por creer en mí!

A MIS HERMANOS:
Mary Carmen,
Federico,
Ana Lilia y
Mariana
Por ayudarme y apoyarme durante el transcurso de mi carrera.

C.D. JULISSA RAMOS CAMACHO:
Con todo mi cariño para tí.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO:
Por abrirme sus puertas para hoy lograr ser un egresado orgulloso de esta máxima casa de estudios.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA:
Ya que en sus instalaciones me preparé para lograr tan anhelada meta.

A MI ASESORA:
C.D.M.O. Alejandra Greenham González
Por su valioso tiempo y enseñanzas, que han sido mi guía hasta este día. ¡Gracias!.

A MIS PROFESORES:
Por compartir sus conocimientos.

A MIS COMPAÑEROS:
Con todo mi agradecimiento por su amistad.

I N D I C E

I.- Introducción.....1

II.- Objetivo, Justificación e Hipótesis

a) Objetivo.....3

b) Justificación.....4

c) Hipótesis.....5

III.- Historia.....6

IV.- Definición.....8

V.- Características

a) Morfológicas.....10

b) Radiográficas.....13

c) Histológicas.....15

VI.- Etiología y Prevalecencia.....18

VII.- Dientes Afectados.....24

VIII.- Síntomas clínicos y complicaciones.....26

IX.- Tratamiento de los dientes natales y neonatales.....28

X.- Conclusiones.....31

XI.- Bibliografía.....33

I.- Introducción.

Actualmente, durante la práctica profesional del Cirujano Dentista, éste se ve en serios problemas cuando es consultado para la atención de un neonato, debido a que en su mayoría son revisados por médicos generales o pediatras.

Es por esta razón que se ha carecido de oportunidades para familiarizarse con las características existentes durante el periodo perinatal (30 días después del nacimiento).

Debido a esto, se debe brindar orientación a los padres en el sentido de proporcionar a sus hijos una atención odontológica desde edades muy tempranas, es decir, antes del año de vida (6).

Durante la exploración dental, podremos encontrar anomalías del desarrollo, anomalías genéticas, así como las adquiridas durante el periodo neonatal.

Dentro de las anomalías más frecuentes, nos encontramos con los quistes de la lámina dental, epulis congénitos, candidiasis, perlas de Epstein y los dientes natales y neonatales, siendo éstos la máxima expresión de la erupción precoz.

II.- Objetivo, Justificación e Hipótesis.

Objetivo:

Conocer las características morfológicas, radiográficas e histológicas de este tipo de dientes, para así poder diferenciarlos, diagnosticarlos y tratarlos, de otras alteraciones dentales y de algún tipo de Síndrome.

Justificación:

Esta revisión bibliográfica se hace para incrementar la información, a un estudio que en la actualidad se le ha mostrado poco interés por parte de Médicos generales, pediatras, cirujanos dentistas generales y odontopediatras; para poder tratar desde edades tempranas al paciente pediátrico y para acrecentar la información a los padres.

Hipótesis:

En la realización de esta tesina, se menciona la importancia de conocer todas las características de los dientes natales y neonatales, para que en un futuro se otorgue un buen plan de tratamiento para así evitar maloclusiones debidas a pérdidas de espacio.

III.- Historia.

Los dientes natales y neonatales son algo raro, y se han observado y registrado desde tiempos ancestrales, como es el caso de Nínive.

Las supersticiones y folklore respecto a estos dientes han variado desde argumentos tales como que los niños son favorecidos o considerados como monstruos o acarreadores de mala fortuna, como sucede en las culturas de Polonia, Africa, India y China. (16)

Como ejemplo de personajes históricos que presentaron este tipo de dientes, nos encontramos con:

- Napoleón
- Ricardo III
- Luis XIV
- Mazarin
- Mirabeau

- Zoroastro (Zaratustra funda el Mazdeísmo)
- Aníbal (Gral. cartaginés)
- Cardenal Richelieu

Shakespeare contribuyó con sus pensamientos respecto a los dientes natales y neonatales, cuando se refiere a Ricardo III en la frase:

"Los dientes habían surgido en su cabeza cuando nació; significando que sería capaz de de morder al mundo" (1) (16)

IV.- Definiciones.

Varios términos han sido usados para designar a los dientes que han erupcionado antes del tiempo normal, tal es el caso de los dientes congénitos, dientes fetales, dientes pre-temporales, dentición precoz y erupción prematura.

La clasificación usada desde hace aproximadamente 40 años por parte de Massler y Savara para los dientes erupcionados de forma prematura, aún es una de las más utilizadas en la actualidad. (16)

Los dientes presentes al nacer son llamados DIENTES NATALES; mientras que los dientes que eupcionan dentro de los 30 días siguientes al nacimiento se denominan DIENTES NEONATALES. (2) (11) (12) (4) (16)

Los autores Spouge y Feasby sugieren que deben ser clasificados de acuerdo a su grado de madurez. Un diente natal maduro es del tipo que muestra un desarrollo normal; de hecho, tiene un pronóstico relativamente bueno.

Un diente natal inmaduro implica un desarrollo defectuoso y un pronóstico más pobre para su retención en la cavidad oral. (16)

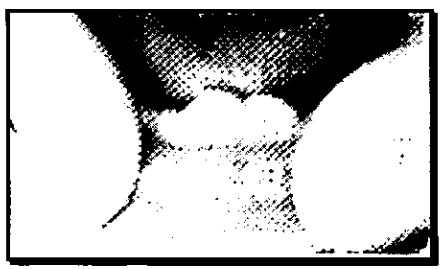
V.- Características.

a) Morfológicas:

Los dientes muestran un tamaño y forma normal aunque revelan una apariencia inmadura, con esmalte hipoplásico y una pequeña formación radicular teniendo como resultado una movilidad exagerada.

Por lo general, son pequeños, cónicos y con una coloración que va de blanco-grisáceo hasta amarillo-café.

Pueden semejar dientes normales primarios, aunque en muchos casos pueden ser dientes supernumerarios. (11) (12) (16)



La apariencia de cada diente puede clasificarse en una de las cuatro siguientes categorías, las cuales están basadas en observaciones clínicas de varios autores como Herpin, Hyatt, Bedi y Yan.

1. Una estructura parecida a la corona sujeta con soltura al alveolo por medio de un arillo de mucosa oral, no raíz.

2. Una corona sólida suelta, sujeta al alveolo por medio de mucosa oral, con poca o ninguna raíz.

3. El borde incisal de la corona erupcionado, justo a través de la mucosa oral.

4. Una inflamación de la musoda con los dientes no erupcionados pero palpables. (16)

Tomando en cuenta estas categorías, To menciona que las dos primeras categorías y con una movilidad de más de 2mm., el tratamiento de elección será la extracción. (16)

b) Radiográficas

Es necesario que el Cirujano Dentista u Odontopediatra tomo con ayuda de los padres una radiografía de la zona, para poder diagnosticar y diferencias si es un diente temporal prematuro o si se trata de un diente supernumerario. (7)

También la radiografía servirá para determinar el grado de desarrollo radicular y las relaciones con los dientes vecinos.

La radiografía tomada a un paciente neonato en Osaka, Japón, mostró un conglomerado de tejido duro en la zona radicular así como también de la cámara pulpar. (13)

En general, la parte radicular es pobremente desarrollada y comprimida en la parte media.

Si el diente se va a dejar en la cavidad oral, es necesario tomar radiografías de control para ir observando el desarrollo y la calcificación. (13)

c) Histológicas

La mayor parte de los dientes natales y neonatales presentan anormalidades en todas sus estructuras.

En estudios histológicos, el esmalte puede seguir el patrón normal de mineralización de un diente primario normal. (16)

Con gran frecuencia se observa la hipoplasia del esmalte; mientras que su continuidad termina cervicalmente en forma atípica, desde un esmalte con estructura prismática hasta un esmalte con apariencia lamelar.

En la dentina hay grandes espacios interglobulares con inclusiones anormales de células, así como un patrón irregular de orientación de los túbulos dentinarios y presencia de estructuras parecidas a la osteodentina. (4)

En regiones más pequeñas y aisladas, estos túbulos pueden estar ausentes; también pueden manifestarse ausentes el cemento y la capa de Hertwing.

En el tejido pulpar se observan gran cantidad de vasos sanguíneos dilatados. (5)

Se ha notado que, al exponer en la cavidad oral al esmalte hipoplásico, éste se vuelve amarillento oscuro hasta llegar al café para posteriormente deteriorarse, ello ha sido confirmado en varios reportes de autores.

Microscópicamente, el espesor máximo reportado ha sido de 130μm en un diente natal, mientras que para dientes primarios normales la capa del esmalte alcanza 1000 a 1200μm. (4)

De acuerdo con Knychalska et al, las secciones de esmalte no muestran las bandas de Hunter-Schreger; por el contrario, las filas de rodillos parecen correr en forma

paralela desde la unión amelo-dentinaria a la superficie del esmalte.

Generalmente estos rodillos son comoi puntas cuspales, lo que se cree incrementa la resistencia contra las fuerzas masticatorias.

La falta de estructuras formadoras del esmalte (ameloblastos) puede explicar la fragilidad en este tipo de dientes. (4)

VI:- Etiología y Prevalencia

Etiología

Con el paso del tiempo han habido sugerencias respecto a la causa de erupción prematura (dientes natales y neonatales); incluyendo hipovitaminosis por mala salud de la madre, estimulación hormonal (hipertiroidismo), traumatismos, estados febriles, pielitis durante el embarazo, sífilis congénita; aunque una relación de causa y efecto aún no se ha establecido. (16)

Actualmente, los dientes natales y neonatales se atribuyen a una posición muy superficial del gérmen del diente en desarrollo, lo cual lo predispone a erupcionar tempranamente.

Esto es comprobado por Boyd y Miles, por medio de mandíbulas fetales en donde los incisivos centrales primarios erupcionados fueron localizados en un hueco ligero

de la superficie del huevo alveolar, muy por encima del gérmen del suceror permanente y no en el alveolo.

Una probable y quizá la etiología más aceptada, es la transmisión hereditaria de un gen dominante autosomal.

Esto lo comprobói Asana, quien reportó dientes natales en dos niños del mismo padre, pero de madres distintas. (16)

Hyatt, Allwright, Massler y Savara han reportado casos con un patrón hereditario o familiar, ya que son comunes entre miembros de la misma familia, padres o entre gemelos. (14)

Estos dientes se encuentran asociados con el desarrollo de ciertas anormalidades y síndromes reconocidos.

Los síntomas vinculados a los síndromes incluyen:

- Gingivitis

- Movilidad extrema
- Ulceración de la lengua, conocida como "riga-Fede"
- Posibilidad de exfoliación y aspiración
- Traumatización del pecho materno

Dentro de los síndromes asociados a dientes natales y neonatales, nos encontramos con:

a) Displasia condroectodérmica (S. de Ellis-van Creveld)

b) Oculomandibulodiscefalia (S. de Hallermann-Streiff)

c) Paquioniquia congénita

d) Síndrome Van del Woude (s. de fisura de labio y labio hendido)

e) Síndrome de Pfeiffer tipo 3

f) Síndrome de gigantismo cerebral (S. de Sotos)

g) Disencefalia esplanocístivca (S. de Meckel-Gruber)

h) Síndrome de Pallister-Hall

i) Labio y paladar hendidos (9) (4) (11) (16)

En algunos niños puede haber una localización manifiesta de un síndrome adyacente o atribuido a factores medio ambientales, como lo sucedido entre los trabajadores de una escuela para ciegos en Taiwan; en donde hubo una epidemia de acné debido a la ingesta de aceite de arroz que había sido contaminado durante su fabricación con una mezcla de policlornato de bifeniles.

AL nacer los hijos de dichos trabajadores, se habían incrementado los valores de lagrimeo, deformidad en las uñas, acné, hiperpigmentación, encías inflamadas y presencia de dientes NATALES.

Esto nos indica que pueden presentar con o sin historia familiar antecedente. (16)

Prevalecencia

La prevalecencia reportada de los dientes natales y neonatales ha variado considerablemente desde 1 c/11 hasta 1 c/30,000 nacimientos. Este rango tan amplia puede resultar debido a inconsistencias en los métodos usados en las muestras.

AUTOR	TOTAL DE CASOS	DIENTES N. Y NT.	PORCENTAJE (%)
Puech 1976	60,000	2	1:30,000
Ballantyne 1897	17,578	3	1:6,000
Massler 1948	5,400	3	1:1,800
Allwright 1958	6,817	2	1:3,400
Mayhall 1967	90	8	1:11
Kates 1984	7,155	10	1:716
Leung 1986	50,982	15	1:3,392
Bedi 1990	28,850	20	1:1,442
To 1991	53,678	48	1:1,118

Los dientes natales se encuentran de forma más común que los dientes neonatales en un porcentaje de 3:1.

Esto no es sorpresivo, desde el punto de vista de que la madre y el bebé regresan a casa poco tiempo después del parto y muchos dientes neontales quizá nunca se reportan.

En raras ocasiones un niño mostrará los 2 tipos de dientes.

Parece no haber predilección por el sexo, pero se presentan más en mujeres que en hombres. (16)

VII.- Dientes Afectados

La mayor parte de los dientes natales son dentición temporal normal (90-95%), mientras que el resto son dientes supernumerarios (5-10%).

De acuerdo con el estudio hecho por Bodenhoff y Gorlini respecto a dientes natales y neonatales, tenemos que:

85% incisivos inferiores

11% incisivos superiores

3% molares y caninos inferiores

1% molares y caninos superiores

La fuerte predilección por los incisivos inferiores no es de sorprender, en vista del hecho de que estos dientes son los primeros en erupcionar en la cavidad oral.

Los estudios encontraron que entre un 38 a un 76% de casos de dientes natales y neonatales se presentan en pares. (5) (16)

VIII.- Síntomas clínicos y complicaciones

La presencia de un diente erupcionado precozmente y móvil, puede presentar dolor, de modo que el niño se rehuse a alimentarse.

Otro síntoma como la diarrea se ha asociado con la erupción de dientes natales, aunque sólo hay evidencia anecdótica.

La gran movilidad en todas direcciones es debido a que el diente está unido únicamente en el cuello a la encía debido a la poca o nula formación radicular y la unión ósea por medio de una gónfosis es imposible.

Debido a esta gran movilidad, existe el riesgo de tragar o aspirar al diente.

En la literatura NUNCA se ha reportado la inhalación, pero siempre existe la posibilidad.

Los bordes afilados del diente pueden causar una ulceración en la superficie ventral de la lengua, lo cual puede causar negativa al bebé para alimentarse.

Adicionalmente, el diente erupcionado puede causar laceración de los pezones de la madre, aunque esta posibilidad es más especulativa que real, ya que normalmente la lengua del niño cubre los incisivos inferiores cuando se alimenta y cualquier trauma es más probable que ocurra en la lengua del bebé que en el pecho de la madre. (2) (16)

IX.- Tratamiento de los dientes natales y neonatales

Como primer punto, si el diente no causa ningún problema al niño o a la madre, debe dejarse.

Los dientes neonatales por lo general son menos movibles y los natales frecuentemente se vuelven menos movibles al mes de edad; por lo que aquellos dientes que sobreviven por más de cuatro meses, a menudo tienen buen pronóstico.

Normalmente, los tejidos gingivales son normales, pero a veces son edematosos y hemorrágicos, por lo que King y Kee recomiendan que el tejido inflamado de la encía que se encuentre rodeando al diente no programado para extracción sea controlado usando aplicaciones del gluconato de clorhexidina 3 veces al día para ayudar a controlar la inflamación. (1) (12)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La ulceración de la lengua se puede evitar desgastando los bordes de los incisivos con una piedra para impedir que se lesione a sí mismo o para que la madre no experimente dificultades al alimentarlo.

Si los dientes deben extraerse por ser supernumerarios o tener gran movilidad, es aconsejable esperar a que el lactante tenga por lo menos de 10 a 14 días de edad; esto permite que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K, la cual es esencial para los niveles adecuados de protombina. (2) (3)

La extracción no es difícil, ya que la mayor parte de estos dientes son extremadamente móviles y pueden extraerse con una gasa y la simple presión de los dedos, o con un fórceps de extremos angostos.

Por lo general, la anestesia tópica es adecuada y debe tenerse mucho cuidado para prevenir la aspiración.

La posible pérdida de espacio no se encontrará después de la extracción de incisivos natales y neonatales primarios; mientras que, en una extracción de un molar natal o neonatal, es más probable que resulte dicha pérdida de espacio del arco.

Cada caso debe ser evaluado en forma independiente y un buen juicio clínico debe ser usado para decidir si mantener o extraer el diente en cuestión. (16)

X.- Conclusiones

Ya sea a nivel hospitalario o particular, el Cirujano Dentista tendrá la obligación de conocer y saber el diagnóstico y tratamiento de los dientes natales y neonatales, conociendo de ellos sus características morfológicas, radiográficas e histológicas.

Esto nos llevará a dar la información necesaria a los padres para que brinden el tratamiento necesario para sus hijos.

Es importante reconocer que existe una relación entre esta anomalía y algunos síndromes.

Algunos factores ambientales puede ser la causa de este tipo de dientes en futuros niños.

Dentro del tratamiento, se observa que si no causan dolor a la madre o a la lengua del neonato, éstos se

podrán dejar en la cavidad oral, ya que su lengua durante la deglución cubre los dientes.

XI:- Bibliografía

1.- Alvarez M.; Crespi P.; Shanske A.
Natal molars in Pfeiffer syndrome type 3: a case report.
The Journal of Clinical Dentistry.
Volume 8 N.1/1993

2.- Barber T.; Luke L.
Odontología Pediátrica.
Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, D.F., 1985.

3.- Berendsen W.; Wakkerman, L.
Consinued growht of the dentinal papillae after extraction of neonatal teeth: report of case.
Journal of Dentistry for children.
March/April 1988.

4.- Bigeard L.; Hemmerle J., Sommermater J.
Clinical and ultrastructural study of the natal tooth; Enamel and Dentin assessments.
Journal of Dentistry for children.
January/february 1996.

5.- Botazzo A.; Faraco I.; Percinoto C.; Botazzo C.
Natal molars in Pfeiffer syndrome type 3: a case report.
The Journal of clinical Dentistry.
Volume 8 N.1/1993

6.- Díaz R.; Gutiérrez J.; Díaz M.
Exploración de la cavidad oral del recién nacido (Estudio preliminar).
Práctica Odontológica
Volumen 9 N, 1, Enero 1988

7.- Díaz R.; Suárez M.; Díaz G.
Alteraciones bucales en el neonato.
Práctica Odontológica
Volumen 9 N, 1, Enero 1988

8.- Finn S.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana.
México 1976

9.- Jones K.
Atlas de malformaciones congénitas
Editorial Interamericana McGraw-Hill
México 1990

10.- Kakarantza-Angelopoulou; Papagiannoulis; Nikas.
Multiple inmature natal teeth in a newborn
The Journal of Clinical Pedriatric Dentistry
Volume 17 N.3/1993

11.- Koch G.; Modeér T.; Poulsen S.; Rasmussen P.
Odontopediatría (Enfoque clínico)
Editorial Médica Panamericana
Argentina 1994

12.- McDonal R.
Odontología Pediátrica y del Adolescente
Editorial Médica Panamericana
Argentina 1994

13.- Ooshiuma T.; Mihara J.; Saito T.; Sobue S.
Eruption of tooth-like structure following the exfoliation of natal tooth: report of case
Journal of Dentistry for children
July/august 1986

14.- Rusmah M.
Natal and Neonatal teeth: a clinical and histological study
The Journal of clinical pediatric dentistry
Volume 15 N.4 1991

15.- Viscardi R.; Rornberg E. Abrams R.
Delayed primary tooth eruption in premature infants: relationship to neonatal factors
Pediatric Dentistry.
Volume 16 N.1/1994

16.- Zhu J.; King D.
Natal and neonatal teeth
Journal of Dentistry for children
March/april 1995

FE DE ERRATAS

PÁGINA	DICE:	DEBE DECIR:
Indice	Prevalecencia	Prevalencia
11	musoda	mucosa
13	diferencias	diferenciar
17	comoi	como
19	suceror	sucesor
19	comprobói	comprobó
21	esplanocístivca	esplancnocística
21	presentar	presentarse
22	Prevalecencia	Prevalencia
24	Gorlini	Gorlinl
28	Kee	Lee
34	Natal molars in Pfeiffer syndrome type 3: a case report. Volume 8 N1/1993	Natal teeth: case report. Volume 20 N4/1196