

Dientes natales y neonatales

Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles,* Dr. Luis Américo Durán-Gutiérrez,** Dra. Yancy Esthela Zurita-Bautista***

La erupción dentaria sigue un patrón de tiempo y secuencia definidos clínicamente. Se considera erupción clínica al momento en que se puede observar una parte del esmalte de la corona dentaria: El periodo normal de erupción de los dientes temporales se inicia a los seis meses de edad, con los incisivos centrales inferiores. En algunos casos raros, estos dientes están presentes al nacimiento o aparecen en los primeros 28 días de vida y se les denominan dientes **natales** y **neonatales** respectivamente; también se consideran como erupción prematura. De acuerdo a su madurez se clasifican como se muestra en el Cuadro 1 (Figuras 1, 2 y 3).

No se conoce la causa. Se ha atribuido a hipovitamnosis, estimulación hormonal, disostosis craneofacial, esteacitoma múltiple, traumatismos y estados febriles. Existe un factor hereditario (gen autosómico dominante) en un 15% de los casos y se relaciona con síndromes como la paquioniquia congénita, el síndrome de Ellis van Creveld y el de Hallerman Streiff.

Los trabajos al respecto refieren una prevalencia que varía entre 1 en 800 a 1 en 30,000, sin diferencia entre

Cuadro 1.

	<i>Maduro</i>	<i>Inmaduro</i>
Tamaño radicular	Mayor a un tercio de la raíz	Menor a un tercio de la raíz
Esmalte	Completo y mineralizado. Color blanco lechoso	Hipoplasia e hipocalcificación en grado variable. Color amarillento.
Dentina	Túbulos dentinarios ordenados	Tubulos dentinarios atípicos
Pulpa	Cámara pulpar de tamaño normal	Estrecha y sumamente vascularizada
Cemento	Cementocitos rodeando la raíz	No se forman cementocitos
Movilidad	Escasa o nula	Movilidad extrema
Encía circundante	Sin edema	Edematzizada



Figura 1. Diente natal inferior correspondiente a un incisivo central temporal, la mancha es placa dentobacteriana. Se observan los bordes incisales lisos después de haberlos pulido.

* Jefe de servicio y profesor titular,
** Profesor adjunto
*** Residente de segundo año de la Especialidad en Estomatología Pediátrica.
Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. Eduardo De la Teja-Ángeles. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuiculco. México D. F. 10 84 09 00 ext. 1226.

Recibido: agosto, 2011. Aceptado: septiembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: De la Teja-Ángeles E, Durán-Gutiérrez LA, Zurita-Bautista YE. Dientes natales y neonatales. Acta Pediatr Mex 2011;32(6):351-352.



Figura 2. Ejemplo raro que corresponde a dos incisivos centrales superiores temporales.



Figura 3. Un caso en el que radiográficamente se confirma que estos dientes pertenecen a la **fórmula** temporal. Se observa una línea delgada del esmalte, la cámara pulpar es muy amplia y hay falta de formación radicular.

géneros. Al parecer el hueso que debiera crecer sobre los gérmenes dentarios por aposición no cubre a estos dientes.

Por lo general pertenecen a la **fórmula** temporal; los más frecuentes son los incisivos inferiores. El 61% viene por pares, sólo del 1.1 al 5% de los casos son supernumerarios; son más raros los molares y caninos natales.

Aunque clínicamente los dientes natales y neonatales semejan a los dientes temporales normales, son más pequeños, móviles, debido a la falta de formación radicular, lo que se puede corroborar radiográficamente, son amarillos, hipoplásicos, de bordes irregulares y agudos que pueden causar una ulceración de fricción o úlcera de Riga Fede en la superficie ventral anterior de la lengua, y laceración del pecho materno, lo que dificulta la alimentación. El diagnóstico diferencial se hace con los quistes de la lámina dental y los nódulos de Bohn

Tratamiento. Antes de iniciar lo se debe: Descartar con una radiografía si es un diente supernumerario, en cuyo caso se realiza su extracción.

Si pertenece a la **fórmula**, se debe observar si los bordes cervicales de la corona son visibles y la movilidad extrema; en este caso se realiza la extracción. Si pertenece a la **fórmula**, no se observan los bordes cervicales de la corona y hay poca movilidad, se debe intentar preservarlos eliminando las asperezas que causan los bordes irregulares del esmalte incisal, así como aplicar fluoruro tópico con frecuencia (una vez al mes) con un hisopo para evitar la caries dental.

Si impiden la alimentación adecuada los molares, se les debe extraer por el peligro de que sean tragados o broncoaspirados durante el amamantamiento. No hay informes en la literatura al respecto.

Se recomienda aplicar anestésico local y tener cuidado del sangrado en los primeros días de vida, debido a la hipoprothrombinemia o a la falta de aplicación de Vitamina K.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Teja AE, Cadena GA, Escudero CA, Sánchez MRM, Patología Bucal, en Rodriguez WMA, Udaeta ME, Neonatología Clínica. México: Mc. Graw Hill Interamericana; 2003. p. 191-206.
2. Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WTG. Natal and Neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent* 2001;23:158-62.