

## Dientes natales: reporte de caso y revisión de literatura

### *Natal Teeth: Case report and literature review*

Miguel -Perea - Paz<sup>1</sup>

Yohanna -Vargas - Travaglini<sup>2</sup>

#### Resumen

Los dientes natales son aquellos dientes presentes en la cavidad bucal en el momento del nacimiento y que pueden generar una úlcera lingual denominada Enfermedad de Riga- Fede interfiriendo en la alimentación del recién nacido. En el presente artículo se reporta un caso clínico de una recién nacida de 28 días que acude a la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con el motivo de consulta que el infante presenta dificultad para la lactancia y que tiene dos piezas dentarias desde el nacimiento.

**Palabras clave:** Dientes natales, Enfermedad de Riga- Fede.

#### Abstract

Natal teeth are those teeth present in the oral cavity at the time of birth and can generate a lingual ulcer called Riga-Fede Disease interfering with the infant feeding. This article reports a case of a newborn of 28 days who arrived to the Pediatric Dentistry Clinic of the Universidad Peruana Cayetano Heredia with the complaint that the infant has difficulty breastfeeding and has two teeth from birth.

**Key words:** Natal teeth, Riga-Fede Disease

La atención estomatológica temprana del infante es de suma importancia porque la cavidad bucal durante este período se caracteriza por diversas alteraciones que constituyen respuestas fisiológicas, anormalidades en el desarrollo y patogenias.<sup>1</sup>

Durante la primera infancia, las alteraciones dentales más frecuentes son los dientes natales y neonatales, en la década del 1950, Massler & Savara las dividieron en dos grupos de acuerdo al tiempo de aparición en boca, el cual es usado hasta estos días.<sup>2,3</sup>

Los dientes natales son aquellos que están presentes en la cavidad bucal en el momento del nacimiento, a diferencia de los dientes neonatales que aparecen durante los primeros 30 días después del nacimiento.<sup>4</sup>

La presencia de dientes natales y neonatales definitivamente son una alteración cronológica e histológica cuya etiología todavía es desconocida. Han sido involucrados como factores causantes; la posición superficial del germen dentario, las infecciones, los estados febriles, los traumatismos, la desnutrición, la estimulación hormonal y la exposición materna a toxinas ambientales.<sup>3,5,6</sup>

También existe evidencia de una condición genética<sup>7</sup> y de asociación a síndromes como el de

<sup>1</sup>Especialista en Odontopediatría UPCH, profesor asociado al Departamento del Niño y Adolescente. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú

<sup>2</sup>Magister en Estomatología, Ex Residente del Programa de Odontología Pediátrica. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú

Ellis-van Creveld (Displasia condroectodérmica), Jadassohn-Lewandowsky (Paquioniquia congénita), Síndrome de Hallerman-Streiff (oculomandibulofacial con hipotricosis), Disostosis craneofacial, Esteatocistoma múltiple, Sotos, Wiedemann-Rautenstrauch, Meckel- Gruber y Pierre Robin,<sup>8,9</sup> la prevalencia es de 1:700 a 1:30,000 dependiendo del tipo del estudio.<sup>10,11</sup>

Los dientes natales son tres veces más comunes que los neonatales siendo el sexo femenino de predilección.<sup>3</sup> Los dientes más comúnmente afectados son los incisivos centrales inferiores (85%), seguido de los incisivos superiores (11%), los caninos y molares inferiores (3%), y los caninos y molares maxilares, (1%).<sup>7</sup> La fuerte predilección por los incisivos centrales inferiores es coherente con el orden normal de erupción de los dientes temporales. Los dientes natales usualmente se observan en pares<sup>12</sup>, comúnmente, forman parte de la dentición primaria en un 99%. Solamente el 1-10% son considerados supernumerarios.<sup>9</sup>

Los dientes natales podrían parecerse en tamaño y forma a los dientes primarios, sin embargo, a menudo son más pequeños, cónicos, de color amarillento, con esmalte y dentina hipoplásicos, presentando el desarrollo de la raíz pobre o ausente.<sup>13,14,15</sup>

La apariencia clínica puede ser clasificada en una de las siguientes cuatro categorías:<sup>11,16</sup>

1. Estructura de la corona débilmente unida al alveolo por un anillo de mucosa oral; sin raíz.
2. Corona sólida débilmente unida al alveolo por la mucosa bucal; pequeña o ninguna raíz.
3. El borde incisal de la corona erupcionado atravesando la mucosa oral.

4. Mucosa bucal inflamada con el diente sin erupcionar pero palpable.

Es indicado un examen radiográfico para diferenciar la erupción prematura de un diente de la formula temporal de un supernumerario, idealmente, este estudio debería realizarse en el periodo de recién nacido. La radiografía también proporciona información acerca del desarrollo de la raíz del diente, la relación entre el diente natal y los dientes adyacentes, el estado de estructuras del esmalte, dentina y raíz.<sup>12</sup>

El diagnóstico diferencial incluye dientes supernumerarios, nódulos de bohn, épulis gingival, hamartomas del alveolo.<sup>13</sup>

Histológicamente, la mayoría de los dientes natales han presentado displasias o hipomineralización del esmalte, así como dentina irregular y osteodentina en los cuellos, y dentina interglobular en las regiones de la corona, el borde incisal puede carecer de esmalte; tanto la vaina Hertwig y el cemento pueden estar ausente. A menudo hay un aumento en el número de vasos sanguíneos dilatados en el tejido pulpar, la formación de la raíz es a menudo incompleta.<sup>17</sup>

El manejo de un diente natal es típicamente conservador. Las indicaciones clínicas para la exodoncia incluyen:<sup>15</sup>

- Pobre soporte y consiguiente movilidad que signifique un riesgo de aspiración.
- Dificultad para alimentarse.
- Interferencia con la succión.
- Irritación del seno materno lo que es perjudicial para la lactancia.
- Ulceración lingual persistente (Enfermedad de Riga-Fede) que no es manejable con el tratamiento conservador.



- Diente natal supernumerario confirmado con radiografía.

La extracción del diente debe ir seguida de un curetaje de la zona para evitar que células poco desarrolladas de la papila dental y aquellas de la vaina radicular de Hertwig que fácilmente se desprenden de la parte calcificada del diente al permanecer en el alveólo puedan continuar desarrollándose en una estructura semejante a un diente.<sup>7</sup> La falla del curetaje podría resultar en la erupción de los restos odontogénicos que requieran futuro tratamiento.<sup>18</sup>

Una de las complicaciones por la presencia de los dientes natales en la cavidad bucal es una úlcera en la superficie ventral de la lengua causada por trauma repetido sobre los incisivos inferiores que ocurre durante la lactancia y el reflejo instintivo de succión. También denominada la enfermedad de Riga-Fede, es un proceso inflamatorio poco frecuente y benigno caracterizado por una ulceración de bordes netos, cubierta por una membrana serosa y con tendencia al sangrado espontáneo ubicada en la parte ventral de la lengua o ambos lados del frenillo. Se suele encontrar con mucha frecuencia en niños con parálisis cerebral o en caso de erupción prematura de dientes (natales o neonatales).<sup>19, 20</sup>

El propósito de este trabajo es relatar un caso clínico demostrando la ocurrencia de dientes natales asociados a la Enfermedad de Riga-Fede, sus implicaciones clínicas y tratamiento.

## Relato de Caso

Paciente género femenino de 28 días de nacida fue llevada al Servicio de Odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia por su madre cuyo motivo de consulta fue que “su bebé no lactaba y que se había dado cuenta de

que tenía una herida en la lengua quizá por la presencia desde el nacimiento de dos dientes”.

Se realizó la anamnesis en la cual la madre relata que su hija nació por cesárea porque tenía el cordón alrededor de su cuello y sin ninguna evidencia de enfermedades sistémicas ni anomalías congénitas.

Al examen clínico, se observa en la mucosa del reborde alveolar inferior zona incisal, dos piezas con movilidad y posible riesgo de desprendimiento y aspiración (**Fig. 1**). Se observó una ulceración a nivel de la zona ventral de lengua (Enfermedad de Riga-Fede) debido al trauma causado por los dientes (**Fig. 2**); La movilidad de las piezas dentarias era de grado 3 esta situación clínica llevó a la infante a no seguir con sus movimientos de succión resultando en pérdida de peso ya que su dieta provenía únicamente del seno materno.

Al examen radiográfico para verificar si los dientes pertenecían a dentición decidua o eran supernumerarios, se intentó tomar una radiografía oclusal pero no se obtuvo una buena toma radiográfica. Es así, que se procedió a tomar una radiografía periapical en la que se pudo observar piezas dentarias con alteración de la morfología de esmalte y dentina y una cámara pulpar amplia con pobre desarrollo radicular compatibles con dientes natales (**Fig. 3**).

### Diagnóstico

Dientes natales.

### Tratamiento

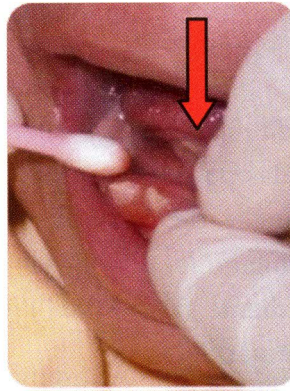
Exodoncias de dientes neonatales.

### Procedimiento

Antes de iniciar el tratamiento, se explica a la madre el diagnóstico de su hija y fue solicitado



**Figura 1.** Recién nacida de 28 días con dientes natales.



**Figura 2.** Colocación de Anestesia tópica. Se puede observar los dientes natales en región de incisivos centrales inferiores y Úlcera lingual en zona ventral llamado Enfermedad de Riga - Fede.



**Figura 3.** Radiografía periapical de diagnóstico.

un consentimiento informado firmado para proceder con las extracciones.

Primero se colocó al infante en posición rodilla con rodilla entre madre y odontopediatra, sosteniéndole las manos, luego se coloca anestesia tópica en gel Benzotop® con un hisopo en la mucosa..., se esperó unos segundos y con una carpule se coloca anestesia infiltrativa ¼ del cartucho de 1.8ml de Xilocaína® en la surco vestibular. Se realiza la debridación de las piezas dentarias, que a pesar de estar móviles fue de gran ayuda (**Fig. 4**).

Se procedió a realizar las extracciones correspondientes con el forcep (**Fig. 5**) luego se realizó el curetaje de los alveólos (**Fig. 6**) e inmediatamente se hizo lactar al infante, quien pudo realizar los movimientos de succión y retomar con su alimentación materna exclusiva.

### Procedimiento

- Evaluación (**Fig. 1**).
- Anestesia tópica (**Fig. 2**).
- Evaluación radiográfica (**Fig. 3**).
- Anestesia local con lidocaína al 2% (**Fig. 4**).
- Exodoncia dientes natales (**Fig. 5**).
- Curetaje de la zona (**Fig. 6**).
- Dientes natales extraídos (**Fig. 8**).

### Control

Una semana después la madre regresó con su bebé para su control. Se observó la cicatrización completa de la ulcera en el vientre de la lengua al haber retirado los dientes que originaban el





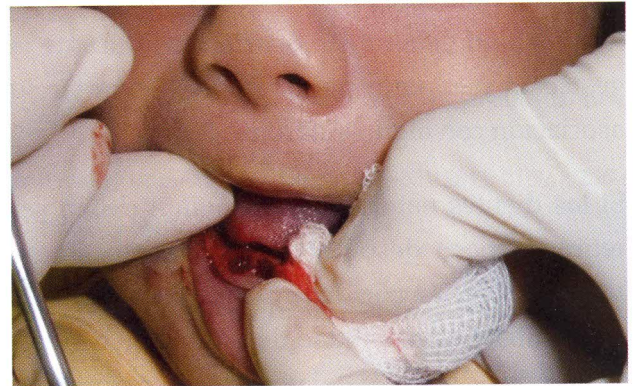
*Figura 4. Colocación de anestesia local, previa anestesia tópica.*



*Figura 5. Exodoncia de dientes natales.*



*Figura 6. Curetaje de zona.*



*Figura 7. Zona Post-extracción.*



*Figura 8. Dientes natales extraídos.*

trauma. Se reforzó la orientación con respecto al cuidado oral.

## Discusión

Pocos individuos nacen con uno o dos dientes natales visibles en la encía. Es necesario investigar los posibles factores locales o sistémicos que podrían estar relacionados a la erupción de los dientes natales, su asociación con otras patologías y su diagnóstico diferencial para promover una mejor condición bucal.

Los dientes que tienen un buen soporte no necesitan ser extraídos ya que la experiencia ha demostrado que estos elementos componen probablemente la dentición decidua. También es importante considerar que los dientes natales no son la única alteración que puede ser observada en neonatos.<sup>3,14,21</sup>



La fuerte predilección por los incisivos centrales inferiores como en el caso presentado, no es sorprendente en vista del hecho de que son normalmente los primeros dientes en hacer erupción. El momento de la erupción no es tan importante como su grado de madurez. Un diente natal maduro tiene mejor pronóstico que un diente inmaduro.<sup>22, 23</sup>

Generalmente la razón por la cual ocurre la erupción de los dientes durante período perinatal es la implantación superior del germen del diente y su asociación a síndromes. En el caso relatado, el infante presenta condiciones normales de salud general sin ocurrencias durante la gestación y el parto pudiendo así, descartar su asociación con algún síndrome.

Si los dientes natales están móviles, deben ser retirados poco después del nacimiento, mientras que el recién nacido se encuentra todavía en el hospital. La posibilidad de aspiración o ingestión de los dientes natales son una razón para la extracción de dientes móviles, motivo por el cual se tomó la decisión de extracción.<sup>20</sup>

Si la extracción de un diente natal, se indica, entonces debe ser realizada por un dentista para evitar traumas innecesarios en la zona.<sup>24</sup> El seguimiento periódico por un odontopediatra para garantizar la atención preventiva de salud bucal es de suma importancia. Por lo tanto para evitar cualquier complicación, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado debe ser una

preocupación fundamental en el manejo de los dientes natales.<sup>10</sup>

Cuando el tratamiento elegido es la extracción, es aconsejable esperar a que el recién nacido tenga por lo menos de 10 a 14 días de vida, esto permitirá que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K la cual es esencial para los niveles adecuados de protrombina que interviene en los procesos de coagulación. En el caso, la paciente presenta 28 días de nacida.<sup>25</sup>

## Conclusiones

Debemos identificar si se trata de un diente natal, neonatal o si es parte de la formula primaria, motivo por el cual es importante la toma radiográfica.

Un diente natal o neonatal puede generar la Ulcera lingual ventral denominada Enfermedad de Riga-Fede que genera dolor en el lactante y afectará su alimentación con la consecuente pérdida de peso, lesiones en el pezón materno; entre las principales consecuencias.

La decisión de extraer o mantener el diente neonatal dependerá de los hallazgos clínicos, debe tenerse en cuenta el compromiso de la función, la movilidad del diente, el riesgo de aspiración y de lesión en la lengua del bebé o del pecho de la madre.

Es muy recomendable la consulta con un odontopediatra, fundamentalmente si la extracción de los dientes esta en consideración.

## Referencias

1. Coser RM, Flório FM, Melo BP, Quaglio JM. Características clínicas do cisto de erupção. RGO - Rev Gaúcha de Odontol. 2004; 52(3):180-3.
2. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of twenty-four cases reported in the literature. J Pediatr. 1950; 36:349-59.
3. Rao R S, Mathad S V. Natal teeth: case report and review of literature. J Oral Maxillofac Pathol 2009; 13: 41-46.

4. Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23 (2): 82-89
5. Alaluusua, S.; Kiviranta, H. et al. Natal and neonatal teeth in relation to environmental toxicants. *Pediatr. Res.*, 52(5):652-5, 2002.
6. Gladen, B. C.; Taylor, J. S.; Wu, Y. C.; Ragan, N. B.; Rogan, W. J. & Hsu, C. C. Dermatological findings in children exposed transplacentally to heatdegraded polychlorinated biphenyls in Taiwan. *Br.J. Dermatol.*, 122:799-808, 1990.
7. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *ASDC J Dent Child*. 1995; 62(2):123-8
8. Marakoglu, K.; Percin, E. F.; Marakoglu, L.; Gursoy, U. K. & Goze, F. Anencephalic infant with cleft palate and natal teeth: a case report. *Cleft Palate Craniofac. J.*, 41:456-8, 2004.
9. Adekoya-Sofovora CA. Natal and neonatal teeth: a review. *Niger Postgrad Med J*. 2008; 15(1):38-41.
10. Singh S, Subbba Reddy VV, Dhananjaya G, Patil R. Reactive Fibrous hyperplasia associated with a natal tooth: A case report. *J Indian Soc Pedo Prev Dent* 2004;22:183.6.
11. Fierro M. C.; Bravo R. L.; Torres C. F.; Álvarez H. C. & PÉREZ, F. M. A. Dientes natales, revisión bibliográfica y caso clínico. *Int. J. Odontostomat.*, 4(2):105-110, 2010.
12. Cunha, R. F.; Boer, F. A. C.; Terrain, D. D. & Frossard, W. T. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr. Dent.*, 23:158-62, 2001.
13. Leung A K. Natal teeth. *Am J Dis Child* 1986; 140: 249-251.
14. Gonçalves F A, Birmani E G, Sugayai N N, Melo A M. Natal teeth: Review of literature and report of an unusual case. *Braz Dent J* 1998; 9: 53-56.
15. Sothinatahan R, Shakib K. Natal teeth: a sign of fortuity or grave misfortune. *British Dental Journal*. 2011; 210(6): 265-6
16. To E W. A study of natal teeth in Hong Kong Chinese. *Int J Paediatr Dent* 1992; 1: 73-76.
17. Seminario, A. L. & Ivancakova, R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica*, 47:229-33, 2004.
18. Ziai, M. N.; Bock, D. J.; Do Silveira, A. & Daw, J. L. Natal teeth: a potential impediment to nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *J. Craneofac. Surg.* 2005; 16:262-6.
19. Guzmán A, Mendoza G. Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. *Dermatol Pediatr Lat* 2005;3(2):152-7
20. Moreira F, Gonçalves I. Dentes natais y doença de Riga-Fede. *Rev Gaúcha Odontol*. 2010; 58(2): 257-61.
21. Nik-Hussain NN. Natal and neonatal teeth. *J Pedod* 1990; 14:110.2.
22. Alvarez MP, Crespi PV, Shanske AL. Natal molars in Pfeiffer syndrome type 3: A case report. *J Clin Pediatr Dent* 1993;18:21.4.
23. Goho C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): Reports of cases. *J Dent Child*. 1996;63(5):362-4.
24. Muench MG, Layton S, Wright JM. Pyogenic granuloma associated with a natal tooth: Case report. *Pediatr Dent* 1992;14:265.7.
25. Berendsen WJH, Wakkerman HL. Continued growth of the dentinal papillae after extraction of neonatal teeth: report of case. *Journal of dentistry for children*. 1988;139-41.

Recibido: 14-11-2012

Acceptado: 21-02-2013

Correspondencia: miguelpp40@hotmail.com