

Crecimiento de la raíz tras la extracción de un diente neonatal

Aguiló, L.; Gandía, J.L.

Resumen

Se presenta un caso clínico de una niña de 20 días de vida a la que extraen dos dientes neonatales y en la que, al cabo de un año, se observa el crecimiento de la raíz de uno de ellos.

Palabras Clave: Dientes natales; Dientes neonatales.

Summary

A case of a 20-days-old female with two neonatal teeth is described. One year after early extraction of the teeth a continued grow of the righth central incisor root is appeared.

Key Words: Natal teeth; Neonatal teeth.

Introducción

Los "dientes natales" se definen como presentes al nacimiento mientras que los "neonatales" son dientes que hacen erupción dentro de los primeros 30 días de vida^(1, 2, 3, 4). Ambos términos, que son expresión de la misma anomalía⁽⁴⁾, se refieren sólo a la cronología eruptiva sin conceptuar el grado de madurez⁽¹⁾ o si se trata de dientes supernumerarios o forman parte de la dentición temporal^(2, 5, 6, 7).

Otras denominaciones para estos dientes son las de "dientes congénitos" o "dientes fetales"⁽⁶⁾.

Los dientes natales parecen ser más frecuentes que los neonatales^(2, 6, 7, 8) y ambos se presentan más en mujeres^(1, 2, 6, 8) aunque algunos autores no encuentran diferencias sexuales^(4, 7).

Casi siempre se trata de uno o más frecuentemente dos⁽⁸⁾ incisivos centrales inferiores temporales^(1, 2, 6, 8, 9) de aspecto displásico⁽⁸⁾, con escasa o nula formación radicular y poco fijados a los tejidos blandos⁽³⁾. Sólo algunos, en torno al 1 - 10%, corresponden a dientes supernumerarios o "dentición predecidual"^(2, 4, 6, 8). También se han descrito algunos casos de múltiples dientes natales^(6, 7, 10).

La prevalencia de dientes natales y neonatales varía, entre 1: 716 y 1: 3.667, según un estudio examinando los casos "de visu" o preguntando por antecedentes de dientes natales o neonatales^(2, 8, 10). De todas formas la frecuencia real es difícil de estimar porque muchos casos no son recogidos⁽⁷⁾.

Etiológicamente la aparición de dientes natales y neonatales parece deberse a una posición excesivamente superficial de los gérmenes dentarios que, influenciada por factores hereditarios, tiende a provocar una erupción muy precoz de los mismos^(2, 6, 8). De hecho, se han descrito casos en la literatura científica de aparición de dientes natales en gemelos⁽⁸⁾. También pueden aparecer asociados a algunos síndromes generales como la displasia condroectodérmica⁽⁴⁾ el Síndrome de Peipffer⁽⁶⁾ entre otros y tener relación con procesos febriles del recién nacido y mala salud materna durante el embarazo^(1, 6, 7, 10).

Caso Clínico

Presentamos el caso de una niña de 20 días que acude a la Consulta por tener dos dientes (Fig. 1), correspondientes a los dos incisivos centrales inferiores, que habían hecho erupción pocos días antes, con forma y tamaño normales pero con una gran movilidad y que dificultaban la alimentación materna.



Fig. 1. Aspecto clínico de dos incisivos centrales inferiores neonatales en una niña de 20 días.

Los padres no referían antecedentes familiares conocidos de otra circunstancia similar y el embarazo y el parto habían sido normales.

Dada la movilidad de los dientes y el deseo expreso de los padres, se propuso como plan de tratamiento la exodoncia de los dientes, que fue realizada dos días después, con anestesia local y cohibiendo la hemorragia presionando con una gasa estéril.

El aspecto macroscópico (Fig. 2) de las piezas quirúrgicas era de dos dientes con alteraciones estructurales visibles en la corona y en la escasa raíz formada.



Fig. 2. Aspecto macroscópico de los dientes extraídos.

Radiográficamente (Fig. 3) aparecía calcificada de forma irregular la corona, con densidad esmalte en las zonas más periféricas de la misma y densidad dentina en el centro. No había inicios de formación de la silueta de la cámara pulpar.

Un año después, la niña acudió otra vez a la Consulta por presentar una formación dura, sin movilidad y de consistencia y color semejantes a dentina aunque de color marrón, erupcionada en el reborde gingival correspondiente al incisivo central inferior derecho, extraído un año antes.

En la Radiografía Intraoral de la zona (Fig. 4), se observaba una formación radicular que por su forma y ubicación debían pertenecer al incisivo central inferior derecho, tenía conducto radicular y en la zona cervical aparecía una cámara pulpar aunque carecía de densidad esmalte en toda la periferia.

También se apreciaba la calcificación de un tercio de las coronas de los incisivos centrales permanentes y los incisivos laterales temporales, con formación adelantada de su raíz, que estaban emergiendo del hueso alveolar.

A los pocos días, dado que a la niña le molestaba el tomar alimentos muy fríos o calientes, se practicó la extracción de dicha raíz.



Fig. 3. Radiografía Intraoral de las piezas quirúrgicas. Esmalte irregular que conforma la silueta completa de la corona. Densidad dentina en la zona central y ausencia de signos de formación de cámara pulpar.



Fig. 4. Radiografía Intraoral a los 12 meses de vida. Formación radicular de menor tamaño que la de los incisivos laterales, en la zona del incisivo central derecho. Calcificación de las coronas de los incisivos centrales permanentes.

A los 6 años hicieron erupción los dos incisivos centrales inferiores, el derecho con una posición y aspecto clínico normales y el izquierdo en franca giroversión y de color amarillento (Fig. 5). Ambos dientes presentaban unos marcados lóbulos de desarrollo en sus rebordes incisales. El resto de la dentición temporal estaba sana y completa.

La Radiografía Intraoral mostraba, en concordancia con la referencia clínica, una alteración estructural del esmalte de la

mitad incisal de los incisivos centrales inferiores (Fig. 6).



Fig. 5. Aspecto clínico del caso a los 6 años. Erupción de los dos incisivos centrales inferiores. El izquierdo de color amarillento y en giroversión.

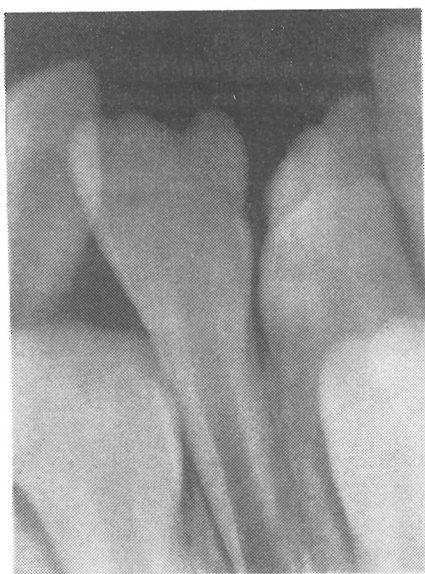


Fig. 6. Radiografía Intraoral a la edad de 6 años. Defectos estructurales del esmalte de los incisivos.

Un año después, cuando la niña tiene 7 años, continúa el recambio dentario sin alteraciones cronológicas aunque con un marcado apiñamiento en el segmento incisivo inferior, especialmente referido a los incisivos laterales.

El incisivo central superior derecho tiene una opacidad localizada en el tercio incisal, al parecer sin relación con el suceso de los dientes neonatales.

Discusión

Algunos autores sugieren que debería revisarse la nomen-

clatura referida a esta anomalía y clasificarla según el grado de madurez de los dientes⁽⁶⁾. Así, Chow (1980) distingue entre "dientes naturales maduros e inmaduros" según su desarrollo y su pronóstico de ser conservados o extraídos por su movilidad. De todas formas, el grado de calcificación de los dientes natales y neonatales parece estar de acuerdo con la edad cronológica del niño, lo que está alterada es la cronología eruptiva⁽⁸⁾. El término "dientes natales maduros" de Chow supondría no sólo un adelanto inusual en su erupción sino también en la calcificación de los dientes.

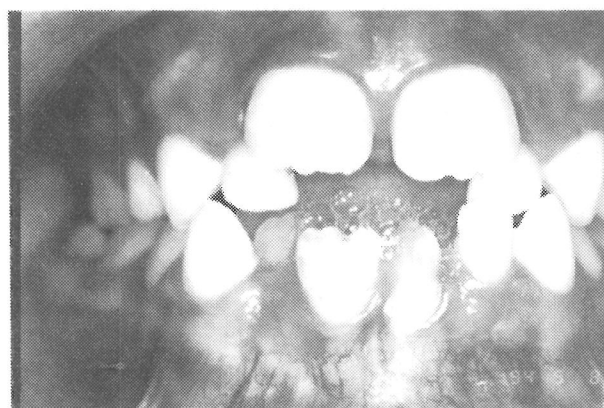


Fig. 7. Aspecto clínico de la niña a los 7 años.

Respecto al tratamiento de estos dientes, Kates (1984) aconseja la no extracción dado que no se han descrito nunca casos de aspiración de los mismos y sólo hay descrito un caso de ulceración de la lengua por esta causa⁽¹⁾.

El resto de los autores revisados coinciden en que la extracción de estos dientes debe postponerse por lo menos hasta el décimo día después del nacimiento para evitar la posible hemorragia que puede producirse por la hipotrombinemia fisiológica de este período de la vida^(3,11).

Alvarez (1993) sugiere que debe hacerse un curetaje electroquirúrgico de los tejidos blandos después de la extracción para prevenir el crecimiento de las células indiferenciadas de la papila dental, que queda "in situ" y que aunque normalmente se necrosa, ocasionalmente puede permanecer vital⁽⁹⁾ y podría formar nuevas estructuras dentales.

La pérdida precoz de los incisivos inferiores puede causar pérdida de espacio y colapso del arco mandibular aunque en un estudio de 12 casos, 9 de ellos tratados con extracción, ocurrió una pérdida inicial de espacio pero a los 5 - 5'6 años no se observa un apiñamiento excesivo, como el que cabría esperar^(2,8).

Algunos autores como Kates (1984), Ooshima (1986) y

Berendsen (1988) han descrito el crecimiento de estructuras calcificadas o de raíces, después de la exfoliación o extracción de los dientes natales o neonatales, por crecimiento continuado de la papila dental que queda en el lugar de la extracción y no degenera. Alguno de ellos observa que estas raíces se exfolian normalmente y no requieren tratamiento⁽⁸⁾.

El caso de Ooshima, es un niño que a los 6 meses de vida le hace erupción un conglomerado con aspecto de diente tras la exfoliación de un incisivo central inferior izquierdo neonatal. Esta formación era semejante a un diente pequeño sin movilidad y con la raíz conteniendo un conducto radicular.

En el caso de la niña de Berendsen, aparecen a los 2 meses y medio de vida dos estructuras semejantes a dientes sin movilidad y del color de la dentina que se exfoliaron normalmente. Anteriormente se había practicado la extracción de dos dientes neonatales.

Respecto al aspecto displásico de los dientes natales y neonatales, en el que coinciden los autores revisados, puede explicarse porque el esmalte del diente una vez ha hecho su precoz erupción no puede acabar su normal maduración y se deteriora rápidamente⁽⁸⁾.

En nuestro caso, sólo hubo crecimiento de una raíz del incisivo central inferior derecho, aunque se habían practicado a la vez las extracciones de los dos incisivos neonatales, a los 22 días de vida de la niña.

Aguiló, L.: Profesor Asociado de Odontología Integral del niño, Universidad de Valencia, Ejercicio exclusivo de la Odontopediatría en Valencia; Gandía, J.L.: Profesor Titular de Ortodoncia, Universidad de Valencia, Ejercicio exclusivo de la Ortodoncia en Valencia.

Correspondencia: Clínica Dental Infantil. Avda. M^a Cristina, nº 12 - 2^a. Telf. (96) 392 39 19. Fax (96) 392 19 18. 46001 - Valencia.

Bibliografía

- 1.- NORIAH, N.; NIK - HUSSEIN: (1990). Natal and neonatal teeth. *J. Pedod* 14 (2): 110 - 112.
- 2.- CHOW, M.H.: (1980). Natal and neonatal teeth. *J.A.D.A.* 100: 215 - 216.
- 3.- BERENDSEN, W.J.H.; WAKKERMAN, H.L.: (1988). Continued growth of the dentinal papillae after extraction of neonatal teeth: report of case. *J. Dent. Child.* 55: 139 - 141.
- 4.- STEWART, R.E.; BARBER, T.K.; TROUTMAN, K.C. WEI, S.H.Y.: (1982). *Pediatric Dentistry*. St. Louis. Missouri. Ed. The C. V. Mosby Company.
- 5.- McDONALD, R.E.: (1987). *Dentistry for the child and adolescent*. The C.V. Mosby Company. St. Louis. Missouri. pp 198 - 200.
- 6.- ÁLVAREZ, M.P.; CRESPI, P.V.; SHANSKE, A.L.: (1993). Natal molars in Pfeiffer syndrome type 3: A case report. *J. Clin. Ped. dent.* 18 (1): 21 - 23.
- 7.- KAKARANTZA - ANGELOPOULO, E.; PAPAGIANNOULIS, L.; NIKAS, G.: (1993). Multiple immature natal teeth in a newborn. *J. Clin. Ped. dent.* 17 (3) 157 - 162.
- 8.- KATES, G.A.; NEEDLEMAN, H.L.; HOLMES, L.B.: (1984). Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J.A.D.A.* 109 (3): 441 - 443.
- 9.- OOSHIMA, T.; MIHARA, J.; SAITO, T.; SOBUE, S.: (1986). Eruption of tooth-like structure following the exfoliation of natal tooth: report of case. *J. Dent. Child.* 275 - 278.
- 10.- RUSMAH, M.: (1991). Natal and neonatal teeth: A clinical and histological study. *J. Clin. Ped. Dent.* 15 (4): 251 - 253.
- 11.- FOMBELLA, J.; LÓPEZ, J.: (1992). Exodoncia - Pediatría. *Odontol. Ped.* 1 (3): 17 - 20.