

## Alteraciones bucales del recién nacido. *Oral disorders in the newborn.*

Mónica Magaña Pérez,\* Manuel Salvador Robles Andrade,\*\* Cecilia Guerrero Sierra\*\*\*

### RESUMEN

Las alteraciones bucales en el neonato son difícilmente detectadas por el clínico, debido a la ausencia de guías clínicas concisas para su diagnóstico y tratamiento a pesar de ser relativamente comunes. Entre las más frecuentes se encuentran los quistes gingivales, quistes de erupción, dientes neonatales, labio y paladar hendidos y anquiloglosia. La relevancia del diagnóstico de estas alteraciones estriba en permitir el correcto crecimiento y desarrollo del infante, debido al efecto directo que éstas pueden tener en las funciones normales como el complejo de succión-deglución, la fonación e incluso, la secuencia de erupción, entre otras. El objetivo de esta revisión de la literatura es describir las características clínicas y tratamiento de las principales alteraciones bucales natales y neonatales. A pesar de que el labio y paladar hendidos también es una alteración que podemos encontrar en el recién nacido, la complejidad de la misma amerita una revisión exclusiva, por lo que no será discutida en este artículo.

**Palabras clave:** Alteraciones bucales, neonatos, quiste gingival, dientes neonatales, quiste de la erupción, anquiloglosia.

### ABSTRACT

*Despite their being relatively common, oral disorders in neonates are difficult for the clinician to detect due to the absence of clear and concise clinical guidelines for their diagnosis and treatment. Among the most commonly found examples are gingival cysts, eruption cysts, neonatal teeth, and ankyloglossia. It is important that these are diagnosed to ensure the correct growth and development of the infant, given the direct effect these can have on normal functions such as suction and swallowing, phonation, and even the eruption sequence, among others. The aim of this review of the literature is to describe the clinical characteristics and treatment of the most common oral disorders in newborns. Regardless cleft lip and palate is an alteration that could be founded in the newborn, its complexity deserves an exclusive review, and therefore it won't be discussed in this article.*

**Key words:** Oral disorders, neonates, gingival cyst, neonatal teeth, eruption cyst, ankyloglossia.

### INTRODUCCIÓN

Durante los primeros instantes de vida, los neonatólogos realizan una serie de evaluaciones para determinar el estado de salud del recién nacido; generalmente la inspección de la cavidad bucal se lleva a cabo de manera superficial, pudiendo pasar desapercibidas una serie de alteraciones que pueden comprometer la salud bucal del neonato. El desarrollo de éstas comienza *in utero* con los remanentes de las estructuras dentarias, traumatismos, factores hereditarios, injurias a los tejidos adyacentes, entre otras causas.

El correcto examen clínico y la clasificación nos ayudan a determinar el adecuado tratamiento y pronóstico para la intervención oportuna de problemas de desarrollo, lactancia, alimentación y fonación a corto, mediano y largo plazo, por lo que el objetivo de esta revisión de la literatura es describir las características clínicas y el tratamiento de las principales alteraciones bucales natales y neonatales.

### QUISTES GINGIVALES Y DEL RAPE MEDIO PALATINO

La mayoría de los neonatos presentan quistes en la cavidad bucal, los cuales se caracterizan por ser de color blanco-amarillento y de base sésil de 1-4 mm de diámetro, siendo éstos superficiales. Dependiendo de su localización se han denominado perlas de Epstein (localizados en la línea media palatina) (*Figura 1*) o nódulos de Bohn (localizados en los rebordes alveolares) (*Figura 2*); tomando en cuenta que los epónimos han caído en desuso, estas entidades han sido reclasificadas (*Cuadro I*).

\* Pasante de Odontología adscrita a la Coordinación de Estomatología. Instituto Nacional de Perinatología, México.

\*\* Cirujano Dentista especialista en Periodoncia e Implantología. Coordinador de Estomatología, Instituto Nacional de Perinatología, México. Profesor del postgrado de Periodoncia. Universidad Tecnológica de México, México.

\*\*\* Cirujano Dentista especialista en Ortodoncia. Odontóloga adscrita a la Coordinación de Estomatología. Instituto Nacional de Perinatología, México.

Recibido: Marzo 2014. Aceptado para publicación: Abril 2014.

Aunque los quistes gingivales y los del rafe medio palatino comparten las mismas características clínicas, los primeros son de origen odontogénico y los del rafe medio palatino son del desarrollo. Se ha reportado una prevalencia del 89-94% y se estima que al menos el 50% de los recién nacidos mexicanos presentan quistes gingivales, siendo infrecuentes después de los tres meses de vida.<sup>1,2</sup>



Figura 1. Quistes del rafe medio palatino.



Figura 2. Quistes gingivales.

Los quistes gingivales son remanentes de las estructuras epiteliales embrionarias;<sup>3</sup> éstos se desarrollan después del cuarto mes *in utero* durante el desarrollo de los órganos dentarios, localizándose exclusivamente en los rebordes alveolares, ya que se desarrollan a partir de los restos epiteliales de la lámina dentaria,<sup>4</sup> mientras que los quistes del rafe medio palatino se localizan exclusivamente sobre la línea media del paladar duro, ya que en estudios embriológicos se ha observado que la consolidación del paladar blando y úvula se lleva a cabo por la emergencia mesenquimal subepitelial sin aposición epitelial.<sup>5</sup> Los quistes gingivales y del rafe medio palatino son raros después de los tres meses de vida<sup>6</sup> debido a que involucionan cuando entran en contacto con la cavidad bucal.

### QUISTE DE LA ERUPCIÓN

El quiste de la erupción es una lesión benigna de tejidos blandos que está asociada a la erupción de un diente primario o permanente. Es el análogo del quiste dentífero en el tejido blando.<sup>7</sup> La teoría del origen de estos quistes no es clara; ambos parecen emerger de la separación del epitelio del esmalte de la corona del diente debido a la acumulación de fluido o sangre en el espacio folicular.<sup>8</sup> Esta acumulación de fluidos se manifiesta clínicamente como un edema de la mucosa en forma de domo localizado en el reborde alveolar ocupando el área edéntula del diente en cuestión (Figuras 3 y 4).

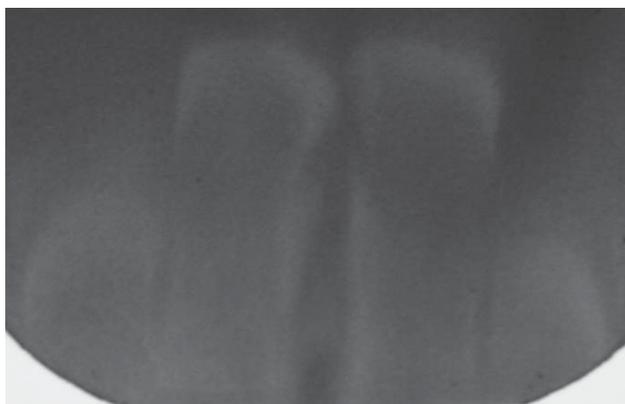
Es de color transparente a violáceo, lo cual depende del origen del contenido.<sup>9</sup> Se ha visto que es más frecuente del lado derecho que del izquierdo.<sup>10</sup> Este tipo de lesiones ocurren en un rango de edad de 1 mes a 12 años, con una media de 4 años,<sup>11</sup> la mayoría de ellos involucionan al momento de la erupción del órgano dentario involucrado.<sup>12</sup> Esto sugiere un tratamiento conservador en los pacientes jóvenes, particularmente en neonatos y en caso de persistir, se indica una incisión en el borde del quiste que permitirá la erupción del diente.<sup>13</sup>

Cuadro I. Quistes gingivales y del rafe medio palatino.

Epónimo	Localización	Nombre
Perlas de Epstein Nódulos de Bohn	Quistes localizados a lo largo de la línea media palatina Localizados en los rebordes alveolares	Quiste del rafe medio palatino Quiste gingival



**Figura 3.** Quiste de la erupción en la región mandibular anterior.



**Figura 4.** Erupción prematura de dientes primarios asociados al quiste de la erupción.

### DIENTES NATALES Y NEONATALES

La dentición primaria comienza su proceso de erupción a los 6 meses de edad siendo los incisivos centrales inferiores los primeros en erupcionar. Existen diversos factores que afectan la secuencia de erupción, como son los factores hereditarios, endócrinos, infecciones, deficiencias nutricionales, factores ambientales, entre otros. La causa más común de dicha alteración se basa en la ubicación superficial de los folículos dentales asociada al factor hereditario.<sup>14</sup> Cuando los dientes primarios erupcionan prematuramente se clasifican de acuerdo al momento de aparición en la cavidad bucal, como dientes natales, los cuales están presentes desde el nacimiento (*Figura 5*) y dientes neonatales, los cuales erupcionan durante los primeros 30 días de vida (*Figura 6*). Los dientes que erupcionan después de 30 días (1-3.5 meses) son referidos como dientes de la infancia temprana.<sup>15,16</sup>



**Figura 5.** Diente natal (presente desde el nacimiento).



**Figura 6.** Dientes neonatales erupcionados al día ocho de nacido.

Usualmente son de color amarillo-café o color blanco opaco y están adheridos por tejido blando al reborde alveolar.<sup>17</sup> Se ha estimado que su frecuencia es de 1:1,000-1:30,000 y se ha reportado que el 85% erupciona en la región incisal de la mandíbula, el 11% en la región incisal del maxilar, el 3% en la región de caninos inferiores y el 1% en la región del canino en el maxilar.<sup>18</sup>

La diferencia entre diente supernumerario y erupción prematura se logra con un examen radiográfico donde se evalúa el desarrollo de la raíz del diente (*Cuadro 2*), la relación con dientes adyacentes y el estado de las estructuras de dicho diente (*Cuadro 3*).<sup>19</sup>

El tratamiento de los dientes natales y neonatales, por lo general, es mantener los mismos en la cavidad bucal; sin embargo, está indicada la extracción cuando presentan alguna o varias de las siguientes características:<sup>20</sup>

- Pobre soporte del diente que conlleve a movilidad y presente riesgo de aspiración y/o dificultad para alimentarse.
- Interferencia con la succión.
- Diente supernumerario confirmado.
- Úlcera lingual traumática (enfermedad de Riga-Fede).

**Cuadro II. Evaluación del desarrollo de la raíz del diente y su pronóstico.**

Grado de maduración	1º	Estructura casi completamente desarrollada	Buen pronóstico
	2º	Estructura incompleta o anormal	Mal pronóstico

**Cuadro III. Aspectos a evaluar para diferenciar dientes supernumerarios de erupción prematura.**

Aspecto clínico al erupcionar	Forma de concha, pobremente adherido al alvéolo por tejido gingival y ausencia de la raíz Corona sólida, pobremente adherido al alvéolo por tejido gingival y poca o nada de raíz Erupción a través de los tejidos gingivales Edema del tejido gingival del diente no erupcionado pero palpable
-------------------------------	--



**Figura 7.** Úlcera lingual asociada a dientes neonatales.

Si los dientes neonatales son móviles, deben ser retirados mientras el recién nacido se encuentra todavía en el hospital; el seguimiento periódico deberá ser llevado a cabo por un odontopediatra.

### **ÚLCERA LINGUAL TRAUMÁTICA (ENFERMEDAD DE RIGA-FEDE)**

Es una enfermedad benigna y poco común de la mucosa oral<sup>21</sup> caracterizada por ulceraciones en la lengua, causada



**Figura 8.** Anquiloglosia en neonato de ocho días de nacido con la característica forma de «corazón».

por traumatismo frecuente generado por el movimiento de la lengua contra los incisivos inferiores.<sup>22</sup> Clínicamente es común la aparición de esta lesión en la lengua (60%) aunque puede aparecer en otros lugares como labio, paladar, reborde alveolar, mucosa vestibular o piso de boca.<sup>23</sup> (Figura 7).

### **ANQUILOGLOSIA**

En los últimos años la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>24</sup> el Centro para la Prevención y Control de En-

fermedades (CDC)<sup>25</sup> así como otras organizaciones<sup>26,27</sup> han hecho énfasis en la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, ya que ésta es fundamental en el desarrollo neonatal.<sup>28</sup> Para obtener la leche materna, el neonato debe coordinar una serie de mecanismos complejos de succión-deglución, los cuales están implicados en el desarrollo motor oral durante los primeros meses de vida. Si este mecanismo se ve alterado, puede generar dificultades para que el neonato pueda alimentarse adecuadamente. Una alteración que dificulta el funcionamiento de los mecanismos de succión-deglución es la anquilosis (Figura 8), la cual limita los movimientos linguales impidiendo que el neonato pueda alimentarse de manera correcta, dificultando la capacidad del neonato para mantenerse unido al seno y generando dolor mamario durante la lactancia.

Para resolver esta alteración se ha propuesto la frenotomía lingual, la cual consiste en liberar el frenillo mediante una incisión de 3-5 mm empleando anestesia local. Al realizar este procedimiento se han observado cambios en los movimientos de la lengua, aumentando la producción de leche, mejorando la eficiencia para alimentarse y disminuyendo la percepción de dolor materno.<sup>29</sup>

## CONCLUSIONES

Debido a la frecuencia relativamente común de las alteraciones bucales natales y neonatales, se recomienda realizar un examen estomatológico de rutina a todos los neonatos para diagnosticar y, en caso necesario, intervenir para permitir un correcto funcionamiento del neonato en una etapa fundamental para el desarrollo y crecimiento del mismo. La comunicación interdisciplinaria entre neonatólogos y odontólogos es esencial para la detección temprana de las alteraciones bucales.

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Zuloaga por el apoyo en la realización de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ikemura K, Kakinoki Y, Nishio K, Suenaga Y. Cysts of the oral mucosa in newborns: a clinical observation. *Journal of the University of Occupational and Environmental Health*. 1983; 5: 163-168.
- Freudenberger S. Intraoral findings and other developmental conditions in Mexican neonates. *Journal of Dentistry for Children*. 2008; 73 (3): 13-16.
- Fromm A. Epstein's pearls, Bohn's nodules, and inclusion cysts of the oral cavity. *J Dent Child*. 1967; 34: 275-287.
- Kelly R. Gingival cyst: mandible-maxilla. *AJCP*. 2013; 14 (1): 27-31.
- Burdi AR. Distribution of midpalatine cysts: re-evaluation of human palatal closure mechanisms. *Journal of Oral Surgery*. 1968; 26: 41-45.
- Saunders IDF. Bohn's nodules: a case report. *British Dental Journal*. 1972; 32: 457-458.
- Nagaveni NB. Eruption cyst: A literature review and four case reports. *Indian Journal of Dental Research*. 2011; 22 (1): 78-83.
- Aguilo L, Cibrian R, Bagan JV, Gandia JL. Eruption cysts: Retrospective clinical study of 36 cases. *J DentChild*. 1998; 65: 102-106.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. Oxford: Elsevier; 2009: pp. 682-683.
- Anderson RA. Eruption cyst: A retrograde study. *J Dent Child*. 1990; 57: 124-127.
- Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002; 62: 25-29.
- Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: A clinical report of 24 new cases. *J Clin Pediatr Dent*. 2004; 28: 183-186.
- Singh B, Bajaj P, Singh G. Presentation of two simultaneous eruption cysts haematomas in relation with two adjacent permanent teeth, causing tumor scare. *Indian J Dent Sci*. 2011; 3: 16-8.
- Komboj M. Neonatal Tooth: How dangerous can it be? *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2009; 34 (1): 59-60.
- Masroor M. Natal Teeth: review of literature and a case report. *Indian Journal of Dental Sciences*. 2013; 2 (5): 50-53.
- Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: case report and review of literature. *J Oral MaxilloFac Pathol*. 2009; 13 (1): 41-46.
- Sothinathan R, Shakib K. Natal teeth: a sign of fortuity or grave misfortune. *Br Dent J*. 2011; 210 (6): 265-266.
- Alexander KC. Natal and neonatal teeth: A review. *Journal of the National Medical Association*. 2006; 98 (2): 226-228.
- Cuhna RF. Natal and neonatal teeth: Review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001; 23: 158-162.
- Mc Donald RD. *Dentistry for the child and adolescent*. 8th ed. St Louis: Mosby; 2005: pp. 183-184.
- Costacurta P. Maturato-Fede Disease. *Oral Implantol (Rome)*. 2012; 5 (1): 26-30.
- Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34 (2): 186-188.
- Joseph BK, Sundaram D. Oral traumatic granuloma: report of a case and review of literature. *Dent Traumatol*. 2010; 26 (1): 94-97.
- World Health Organization. *Infant and young child nutrition. Global strategy on infant and young child feeding*. WHO Fifty-fifth World Health Assembly; 2002.
- Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. *The CDC Guide to Breastfeeding Interventions*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
- American Academy of Pediatrics. *Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*. 2005; 115: 496-506.
- American College of Obstetricians, Gynecologists, Executive Board. *Breastfeeding*. ACOG Executive Board Statement. Washington, DC. ACOG. 2003; 387: 147-160.
- Hamosh M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48: 69-86.
- Schwartz K, D'Arcy HJS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract*. 2002; 51: 439-444.

Correspondencia:

**Mónica Magaña Pérez**  
E-mail: moni.mp@live.com