
COMUNICACION ESPECIAL

Patología oral del recién nacido

Oral pathology of newborn

Dr. Jhonny Ventiades F.*, Dra. Karen Tattum B.**

Introducción

En nuestro medio no existen planes de prevención en salud oral destinados a los bebés y tampoco el odontólogo controla al niño durante su primer año que es cuando se detectan las alteraciones fisiológicas o patológicas, y es cuando se puede encarar mejor los problemas sobre todo con un componente preventivo.

Bolivia no tiene datos estadísticos del estado de salud oral en menores de 3 años y tampoco de patología oral de los bebés, por lo que se recurre a otros similares que indican que: el 90% de niños en el Brasil al año de edad están libres de caries, y a los 36 meses, más del 50% de ellos ya presentan problemas,⁽¹⁾ entonces comenzar la atención y prevención en edad escolar cuando los problemas ya están presentes, es demasiado tarde. Tales antecedentes justifican comenzar la atención odontológica antes del primer año de vida, ya que se puede conseguir mayor eficacia en atención primaria y control de caries dental.

Un estudio en Estados Unidos realizado por Elvey y Hewie en 1982 describía que muchos de los problemas podrían ser evitados si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre fluoroterapia, hábitos bucales, sus consecuencias, desarrollo de la dentición, prevención, caries dental y una serie de otras medidas para el cuidado de la boca.⁽¹⁾

En síntesis, el control de la salud bucal debería estar integrado al control de crecimiento y desarrollo del niño, para beneficio de los pacientes y una correcta praxis médica.

* Médico Odontopediatra
** Médico Cirujano

La cavidad oral del recién nacido

El recién nacido presenta detalles estructurales orales propios de la edad donde el labio superior presenta en su porción media el llamado *apoyo de succión*⁽²⁾ con múltiples proyecciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno, esta área sirve de contacto durante el amamantamiento, está más desarrollada en niños de menor edad y que maman el pecho materno. En la porción interna y media del labio superior existe el *frenillo labial* que, en más del 50% de los recién nacidos une el labio superior a la papila constituyendo el llamado frenillo labial persistente que favorece el amamantamiento afirmando más el labio superior. Lateralmente están los *frenillos o bridas laterales* que auxilian la fijación del labio en el maxilar. Internamente, los *rodetes gingivales* se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival, por vestibular está adherido al frenillo labial y a las bridas laterales; y por palatino está el paladar con la bóveda, la *papila palatina* y las *rugosidades palatinas* por delante, en la porción media y posterior el *rafe palatino* medio, más atrás está la transición del paladar duro con el blando siendo este último más rojizo. En la transición del paladar con el rodete está el *surco alveolar interno* desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuo hacia vestibular. Más atrás del rodete se puede notar después del *surco oblicuo alveolar interno* el llamado *pliegue palatino transitorio*.

La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un desarrollo pobre de la mandíbula y excesivo para el

maxilar, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia a desarrollar una clase III en el futuro.

El labio inferior; en la línea media está el *frenillo labial inferior* uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las *bridas* que son menos desarrolladas que del arco superior. En el arco inferior después del frenillo y las bridas también por lingual existe el piso y el *frenillo lingual*, el *surco alveolar interno* con una transición oblicua.

En ambos rodetes superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un *cordón fibroso de Robín y Magitot* que está bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo siendo un factor indicativo del momento de erupción cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso.⁽³⁾

En la región anterior y vestibular de los rodetes se notan los *segmentos verticales* que coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos por lo tanto se presenta lobulado.

Alteraciones frecuentes del desarrollo:

Dientes natales y neonatales

Son dientes que aparecen en la cavidad bucal en el momento del nacimiento (natales) o que aparecen durante las primeras semanas de vida (neonatales). Estos dientes erupcionan sin formación radicular, con pulpa dental amplia y muy vascularizada, lo que se considera una de las causas de la erupción prematura; otras causas que determinan su aparición pueden tener origen hereditario, hipovitaminosis, posición superficial del germen dentario o asociación con síndromes como la Displasia Condroectodérmica.



Dientes neonatales

La frecuencia de aparición según Massler; Savara (1950) es de 1/2000 nacimientos. Generalmente son de la serie normal el 95% (Incisivos temporarios inferiores) y solamente el 5% son supernumerarios, es más frecuente en niñas que en niños en una relación 3 a 1 de acuerdo con Ronk (1982).⁽³⁻⁴⁾

El diagnóstico diferencial más importante se obtiene mediante una radiografía para diferenciar un diente de la serie normal de un supernumerario, además, se debe diferenciar de quistes, nódulos y observar que no forme parte de un síndrome más complejo, para determinar si el diente pertenece a la serie normal o supernumeraria se debe tomar una radiografía y determinar la existencia de 3/5 de corona formado para el diente normal, si hay una imagen doble se confirma el diagnóstico de dientes supernumerarios. Los dientes natales o neonatales pueden determinar lesiones secundarias tanto en el pecho materno durante la lactancia o lesiones en base de lengua conocidas como úlcera de *Riga Fede*.

En cuanto a la conducta a seguir:

- * Si presenta movilidad con riesgo de desprendimiento, se realiza la exodoncia, en el consultorio, con anestesia local, en brazos del madre; e inmediatamente después de la extracción se coloca al bebé a mamar para disminuir la angustia. Las exodoncias se deben planificar después de la primera semana de vida debido a la deficiencia de la coagulación resultante de la síntesis insuficiente de vitamina K que ocurre en los primeros días de vida.
- * Dientes normales y maduros: pueden preservarse con pulido suave y constante conforme a la necesidad y topicaciones con flúor.

Nódulos de Bohn, Perlas de Epstein y Quistes de la lámina dental

Son alteraciones semejantes a pequeñas perlas blanco amarillentas, estas alteraciones pueden considerarse remanentes de estructuras embrionarias epiteliales, las cuales generalmente desaparecen en el primer mes de vida, aunque algunos aumentan de volumen hasta el tercer mes que al persistir dan una falsa impresión de absceso.

Los nódulos de Bohn, se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son mas frecuentes en el arco superior. Estos nódulos provienen de restos del tejido glandular mucoso. Solo se recomienda el masaje digital suave y la observación.



Nódulos de Bohn

Las perlas de Epstein, están a lo largo del rafe palatino medio y son remanentes de epitelio del paladar, se consideran restos de tejido epitelial que queda atrapado en esa zona a medida que el feto desarrolla, son menos frecuentes que los nódulos posiblemente debido a las dificultades de observación. No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas.⁽⁵⁾



Perlas de Epstein

Los quistes de la lámina dental son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas situadas a lo largo del reborde mandibular y maxilar a nivel de la región posterior de los arcos, son restos de la lámina dental primitiva; se recomienda el masaje suave para la involución, si el volumen es exagerado se sugiere la marsupialización.

Gránulos de Fordyce

Son múltiples granulaciones blanco amarillentas dispuestas en racimos o placas localizadas en labios y en la mucosa malar, son glándulas sebáceas ectópicas presentes al nacer, aunque en la mitad de los niños

se hipertrofian y permanecen como pápulas, no requieren tratamiento.

Micrognasia

Es una disminución de la mandíbula provocada por una deficiencia de crecimiento de los cóndilos, se observa en el síndrome de Pierre Robin, la disostosis mandibulofacial o la microsomía hemifacial.⁽⁶⁾ La micrognasia también puede ocurrir durante la infancia por paralización del crecimiento de la región condilar presentada por trauma o infección.

La terapia consiste en estimular el crecimiento lo antes posible, activando y ejercitando la apertura bucal a través de dispositivos mecánicos fijos o removible, además durante el amamantamiento es recomendable la posición ortostática. El dispositivo de Dunn en los biberones también es un elemento útil para estimular el desarrollo de la mandíbula.

Macrognesia

Es el aumento de tamaño de la mandíbula, generalmente está asociado a alteraciones sistémicas, la causa es idiopática, es posible diferenciar con la displasia fibrótica facial, hemihipertrofia facial o neoplasias. Esta alteración requiere el control ortodóncico temprano, el retiro de interferencias y el desdruce digital.

Macroglosia

El aumento de tamaño de la lengua, se presenta en el hipotiroidismo, síndrome de Down, el linfangioma, o hipertrofia muscular congénita.⁽⁷⁾ La macroglosia puede llevar a un cuadro de mordida abierta y la inclinación vestibular de los dientes. El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos más graves.



Macroglosia

Lengua fisurada

O lengua escrotal, es una malformación que se manifiesta clínicamente por numerosos surcos o hendiduras en el dorso de la lengua; los casos congénitos se deben a la fusión incompleta de las dos mitades de la lengua, Está asociada al hipotiroidismo y al síndrome de Down.⁽⁸⁾

Frenillo labial persistente

Es una estructura anatómica compuesta por un tejido fibroso recubierto de mucosa que va de la superficie interna del labio a la pared externa de la encía adherente. En el periodo fetal une el tubérculo del labio superior a la papila incisiva traspasando el rodete gingival, en el desarrollo la mayoría de las veces se separa de la papila formando el frenillo labial superior, cuando la inserción palatina persiste será considerado anómalo. Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros del margen gingival son considerados normales y aquellos que se insertan en el margen o en la papila son considerados patológicos.

Conclusiones

No existe relación entre la pediatría y odontología para derivar a una interconsulta a los bebés antes de que cumplan el primer año para un examen oral.

Se deben crear mecanismos para integrar al control de crecimiento y desarrollo del niño, la valoración odontológica a partir de los seis meses, para beneficio del paciente y una correcta praxis médica.

Intentar comenzar la atención y prevención en la edad escolar cuando los problemas de salud oral ya están presentes es demasiado tarde.

Bolivia no tiene datos estadísticos del estado de salud oral en menores de 3 años y tampoco de patología oral de los bebés.

Referencias

1. Figueiredo, L. R. Myaki, A. F. Necesidades odontológicas congénitas y del desarrollo. En: Odontología para el bebé. San Pablo: Ed. Amolca; 2000. p. 47-56.
2. Johnsen, D. Tinanoff, N. Lesiones frecuentes de los tejidos blandos de la cavidad bucal. En: Tratado de Pediatría de Nelson. 16ª. ed. México: Ed. McGraw-Hill; 2001.p. 1227-8.
3. McDonald, R. E. Avery, D. R. Principios de Patología estomatológica. En: Odontología pediátrica y del Adolescente. 6ª. ed. Buenos Aires. Ed. Harcourt Brace; 1998. p. 234-44.
4. Pinkhan, J. R. Lesiones orales en niños. En: Odontología Pediátrica. 2da. ed. México: Ed. McGraw-Hill; 1996; p. 57-63.
5. Estomatología del recién nacido. Kramer, N. disponible en: URL:http://www.webodontologica.com/odon_interconsulta.asp
6. Morovic C G. Manejo actual del síndrome de Pierre Robin. Rev. chil. pediatría. [online]. ene. 2004, vol. 75, no.1 [citado 18 Mayo 2005], p.36-42. Disponible en: URL:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370
7. Schellhorn, C. Lesiones orales de mucosas y anexos. En: Pediatría de Meneghello. 5ta. ed. Buenos Aires. Ed Panamericana. 1997; p. 1502-1508.
8. Acta odontológica venezolana. Enfermedades genéticas que afectan la cavidad bucal. v.42 n.1 Caracas enero. 2004. Disponible en: URL:<http://www.actaodontologica.com>