

Dentición. ¿Qué es normal y qué es alteración?

M. T. GARDE MORALES Y R. CARNERO FERNÁNDEZ
Centro de Salud Santa María de Benquerencia (Toledo)

PUNTOS CLAVE

- La boca del recién nacido y del lactante puede presentar lesiones muy variadas que tienden a la resolución espontánea sin intervención terapéutica alguna.
- La erupción dentaria temporal normal presenta una amplia variabilidad en su cronología y secuencia.
- Si bien se acepta que la emergencia dentaria se asocia a síntomas sistémicos leves, no existe evidencia de que pueda causar patología grave.
- Algunas alteraciones de los dientes o de su erupción pueden asociarse a patologías y síndromes generales.

INTRODUCCIÓN

La exploración de la cavidad bucal y el seguimiento del proceso de erupción dentaria son partes fundamentales de la exploración física pediátrica desde el momento del nacimiento y corresponde al pediatra el reconocimiento de la normalidad y de los signos y síntomas sugerentes de patología bucodental con el fin de dar un consejo adecuado y hacer un diagnóstico precoz que, en muchos casos, permiten la resolución sin secuelas del problema existente¹.

A continuación se describen las peculiaridades de la boca del lactante, la cronología de la erupción dentaria temporal normal y las alteraciones más frecuentes que podemos observar en la práctica diaria.

FORMACIÓN DE LOS DIENTES

Los dientes se forman a partir de las bandas de células epiteliales existentes en las criptas dentarias en cada uno de los maxilares a partir de la 5.^a-6.^a semana de vida intrauterina y corresponden a los 20 dientes primarios. A partir del 5.^o mes de embarazo y hasta los 4-5 años de edad irán apareciendo las yemas de la dentición secundaria^{1,2,3}.

Lesiones del recién nacido y lactante

Quistes de inclusión²

- Quistes palatinos (perlas de Epstein): lesiones quísticas de pequeño tamaño (1 mm), son restos de tejido epitelial que se localizan en la línea media de la unión del paladar duro y blando. Desaparecen con el tiempo espontáneamente.
- Quistes alveolares (nódulos de Böhn): degeneración quística de los restos de la lámina dental, localizados sobre las crestas de los procesos alveolares. Presentan regresión espontánea (**figura 1**).
- Quistes epiteliales: pequeños quistes en la cresta gingivo-alveolar, restos de la lámina dental y que desaparecen con el tiempo.

Quiste y hematoma de erupción

Dilatación del folículo dentario que acumula líquido tisular o bien sangre por una pequeña hemorragia interna consecuencia del mismo trauma de erupción. Desaparecen espontáneamente en poco tiempo³.

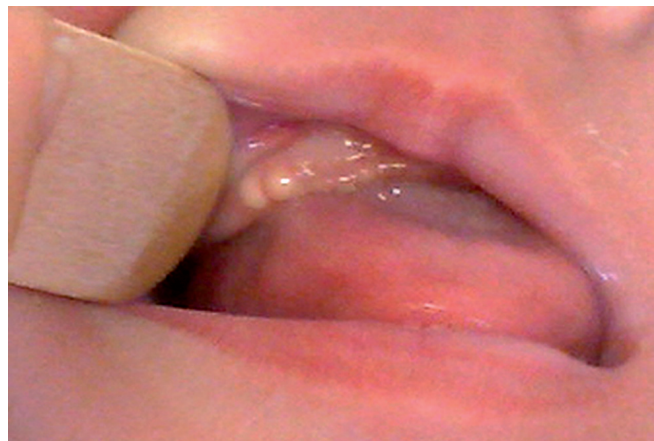


FIGURA 1. Nódulos de Böhn.



FIGURA 2. Callo de succión.

Epulis congénito del recién nacido

Masa firme pedunculada, localizada en el proceso alveolar (frecuentemente el superior), que requiere escisión quirúrgica si dificulta la respiración o la alimentación.

Callo de succión

Es el desprendimiento espontáneo del epitelio cornificado que irá siendo reemplazado por otro durante unas semanas (figura 2).

Frenillos

En la arcada superior hay tres, dos laterales, situados a la altura de los caninos y uno central, desde el labio superior hasta la mitad del proceso alveolar superior, que en ocasiones puede estar hipertrofiado, pero si la movilidad del labio está conservada, no requiere intervención alguna. El frenillo lingual corto puede condicionar una anquiloglosia variable, que raramente dificulta la alimentación o la fonación en grado suficiente como para precisar tratamiento quirúrgico².

Erupción dentaria normal

La erupción dentaria es un proceso relacionado con el desarrollo del resto de las estructuras craneofaciales. Aunque, con frecuencia, a la edad de 2,5 años ha erupcionado toda la dentición temporal, existe una amplia variabilidad en la cronología y secuencia de la emergencia dentaria (tabla 1)^{1,2,3,8}.

La emergencia de los dientes puede causar:

- Molestias sistémicas leves, como irritabilidad, febrícula, aumento de salivación, rechazo de la alimentación, diarrea o dermatitis del pañal que, por lo general, son leves y ceden en poco tiempo⁵⁻⁷.
- Gingivitis marginal: ligero enrojecimiento de la encía al ser perforada por el diente emergente².

- Opérculo; son restos de la mucosa del maxilar que persiste tras la emergencia del diente y que, debido a la masticación, evoluciona con dolor e inflamación, que suelen resolverse espontáneamente^{2,3}.

Sin embargo, no existe evidencia científica de una relación causa-efecto entre la erupción dentaria y las infecciones respiratorias de vías altas o la otitis media aguda a pesar de su coincidencia en el tiempo, de modo que no pueden atribuirse exclusivamente a la dentición síntomas como una fiebre significativa o un aspecto tóxico^{1,4,6-9}.

Alteraciones de la erupción dentaria

El crecimiento somático y la erupción dentaria no son procesos necesariamente paralelos; es frecuente la existencia de diferencias familiares que constituyen variantes de la normalidad. No obstante, pueden existir adelantos o retrasos en la erupción como consecuencia de problemas locales o generales que obligan a un cuidadoso diagnóstico diferencial y valoración por el odontopediatra³.

- Emergencia precoz: dientes natales y neonatales (son aquellos que ya han erupcionado en el momento del nacimiento o en las primeras semanas de vida, respectivamente). Generalmente se trata de incisivos centrales inferiores con una estructura normal o ligeramente hipoplásica y con movilidad variable. En el niño sano, cuando no es un diente supranumerario (10% de los casos) y no hay riesgo de aspiración, se debe evitar la extracción para no alterar el crecimiento y el desarrollo de la oclusión. En algunos dientes que producen roces leves en la mucosa, se pueden suavizar los bordes^{1-3,5}.
- Emergencia retrasada. Se considera así cuando ningún diente ha erupcionado a los 13 meses de edad. En la mayoría de los casos es de causa familiar o idiopática^{1,4,5}.

Tabla 1
CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA

	MAXILAR SUPERIOR				MAXILAR INFERIOR			
	NIÑOS		NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS	
	T	D	T	D	T	D	T	D
Incisivo central	10	7	10,5	7	8	6,5	8	6
Incisivo lateral	11	8,5	10,5	8	13	7,5	13	7
Canino	19	12	19	11	20	11	19,5	10
1.º premolar	-	10,5	-	10	-	11	-	10
2.º premolar	-	11	-	11	-	11,5	-	11
1.º molar	16	7	16	6,5	16	6,5	16	6,5
2.º molar	29	13	19	12	27	12	27	12

T: dentición temporal en meses; D: dentición definitiva en años.

- Causas locales: suelen afectar a la dentición permanente y a un único diente. La causa más frecuente es la falta de espacio en la arcada; otros retrasos eruptivos pueden deberse a traumatismos, dientes supernumerarios, quistes o tumores.
- Causas generales³: acondroplasia, amelogénesis imperfecta, disostosis cleidocraneofacial, dispalsia ectodérmica, hipovitaminosis D, hipopituitarismo, hipotiroidismo, osteoporosis, síndrome de Down, recién nacido pretérmino, infección por VIH, fisura palatina.

El retraso en la emergencia de varios o todos los dientes temporales, en la mayoría de los casos, es de causa familiar o idiopática, pero es obligado un estudio para descartar patologías generales que puedan alterar el crecimiento.

Alteraciones de los dientes

Anomalías de número

- Anodoncia parcial: su prevalencia es < 0,9%, siendo más frecuente en dentición permanente como rasgo familiar, que en dentición temporal. Afecta sobre todo a los incisivos mandibulares centrales. Puede estar presente en niños con fisura palatina.
- Anodoncias de numerosos dientes: son muy raras. Pueden observarse en la displasia ectodérmica. Se han descrito mutaciones genéticas específicas que explican patrones familiares de ausencia dentaria¹.
- Hiperodoncia, dientes supernumerarios: es más raro en la dentición temporal que en la permanente. Pueden presentarse en niños con fisura palatina. Aunque no suelen plantear problemas debido a los diastemas en dentición temporal, la conservación o extracción del diente supernumerario debe valorarse cuidadosamente por el odontopediatra³ (figura 3).



FIGURA 3. Diente supernumerario.



FIGURA 4. Fusión dentaria.

Anomalías de tamaño y forma³

Pueden ser individuales o generalizadas y son patológicas si superan unos límites razonables. Existen múltiples soluciones ortodóncicas para estos casos.

- Microdoncia generalizada: puede verse en el síndrome de Down y en el hipopituitarismo congénito.
- Macrodoncia: acompaña de forma local y unilateral a la hipertrofia hemifacial, y de forma generalizada a entidades como el gigantismo e hipopituitarismo.
- Fusión: es la unión embriológica de dos gérmenes dentarios con el resultado de un único diente, generalmente con dos cámaras pulpares. Suele afectar a la región interincisiva y es más frecuente en la dentición temporal (figura 4). A veces, es difícil el diagnóstico diferencial con la geminación.
- Geminación: es la división incompleta de un germen dentario, dando como resultado una corona bífida y generalmente una sola cámara pulpar. Como todas las formaciones dobles, es más frecuente en dentición temporal; afecta principalmente al maxilar inferior, tiene un patrón familiar y suele acompañarse de aplasia del sucesor permanente o bien de retraso en su erupción.

Anomalías de color

- Origen microbiano. La acumulación de placa bacteriana, sedimentos e higiene deficiente facilitan la proliferación de gérmenes cromógenos que confieren un color verdene-gruzco predominantemente y, en otras ocasiones, anaranjado^{2,3}.
- Origen traumático. Tras un traumatismo dental con/sin fractura, podemos observar una coloración grisácea del diente.

- Origen sistémico/metabólico. Entidades clínicas como la hiperbilirrubinemia neonatal, la colestasis inducida por sepsis o atresia biliar, pueden conferir un color verdoso a los dientes tanto temporales como permanentes¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright JT. Normal formation and development defects of the human dentition. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(5):975-1000.
2. Barbería Leache E. Atlas de odontología infantil. 1.ª ed. Madrid: Central de Artes Gráficas, 2005.
3. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon, 1999.
4. Nield LS, Stenger JP, Kamat D. Common pediatric dental dilemmas. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47(2):99-105.
5. Barbería Leache E. Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones. *Pediatr Integral* 2001;6(3):229-40.
6. Wake M, Hesketh K, Lucas J. Teething and tooth eruption in infants: a cohort study. *Pediatrics* 2000;106(6):1374-9.
7. Macknin ML, Piedmonte M, Jacobs J, Skibinski C. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. *Pediatrics* 2000;105(4):747-52.
8. Tighe M, Roe MFE. Does a teething child need serious illness excluding? *Arch Dis Child* 2007;92:266-8.
9. Peretz B, Ram D, Hermida L, Otero MM. Systemic manifestations during eruption of primary teeth in infants. *J Dent Child (Chic)* 2003;70(2):170-3.
10. Tjon A, Houwen R. Green teeth. *Arch Dis Child* 2007;92:250.