

Quiste de erupción dental. Reporte de caso

Dental eruption cyst: Case report

Recibido: 27/08/2020
Aceptado: 19/03/2021

Marco Antonio Rocafuerte-Acurio
orcid 0000-0003-4135-0923

Especialista en Medicina Oral.
Universidad Complutense de Madrid,
Facultad de Odontología, Madrid,
España.

Fiorella Roxanna Velásquez-Vásquez
orcid : 0000-0003-3497-1465

Especialista en Odontopediatría.
Universidad Privada San Juan Bautista,
Facultad de Estomatología, Lima, Perú.

Citar como Rocafuerte M, Velásquez F. Quiste de erupción dental. Reporte de Caso. *Odontol Pediatr* 2021;20 (1); 16 - 24.

RESUMEN

Los quistes de erupción son lesiones benignas de tejido blando que aparecen en la mucosa de un diente poco antes de su erupción. Estos pueden desaparecer por sí solos, pero si duelen, sangran o se encuentran infectados pueden requerir de tratamiento quirúrgico para exponer el diente y drenar su contenido.

A continuación, presentamos un caso de quiste de erupción a nivel de las piezas 5.1 y 6.2 cuyo tratamiento fue quirúrgico con el fin de exponer las coronas de las piezas dentarias.

El objetivo del presente reporte es dar a conocer los aspectos más relevantes relacionados con esta alteración del desarrollo para alcanzar un diagnóstico correcto y proporcionar un tratamiento adecuado.

Palabras claves: Quiste de erupción, Erupción dental, Prevalencia, Ulectomía.

Abstract

Eruption cysts are benign lesions of soft tissue that appear on the mucosa of a tooth shortly before its eruption. These may go away on their own, but if they hurt, bleed, or become infected, they may require surgical treatment to expose the tooth and drain its content. We will present a case of an eruption cyst at the level of pieces 5.5 and 6.5 whose treatment was surgical in order to expose the crowns of the teeth. The objective of this article is to present the most relevant aspects related to this developmental alteration in order to achieve a correct diagnosis and provide an adequate treatment.

Keywords: Eruption cyst, dental eruption, prevalence, ulectomy.

INTRODUCCIÓN

Kramer, ha definido un quiste como una cavidad patológica que tiene contenido fluido, semifluido o gaseoso que no se forma por la acumulación de pus y a veces, pero no frecuentemente, se encuentra revestido por epitelio¹.

El quiste de erupción (QE) también llamando hematoma folicular es una lesión benigna de tejido blando que está asociada a la erupción de un diente primario o permanente. La etiología exacta de su origen aún no es clara².

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2017, en la clasificación de quistes epiteliales de los maxilares, el quiste de erupción se considera una variante del quiste dentígero. Si bien el QE ocurre en los tejidos blandos, el quiste dentígero se desarrolla alrededor de la corona de un diente dentro del hueso alveolar³.

Existen diversas teorías sobre su desarrollo casi todas sugieren que este surge de la separación del

epitelio del esmalte de la corona de un diente debido a una acumulación de líquido o sangre en el espacio folicular que se encuentra dilatado⁴. Otra posible causa podría ser la presencia de tejido fibroso denso el cual podría impedir el proceso de erupción dental⁵. Algunos autores han reportado que la caries temprana, el trauma, la infección y la falta de espacio, pueden ser posibles factores de riesgo, así como, el efecto de algunos fármacos como la ciclosporina A al momento de la erupción dental puede causar esta lesión⁶.

Su incidencia en niños es común. Sin embargo, la prevalencia del QE no ha sido estudiada a fondo. La literatura muestra que esta es baja. Esto puede ser debido a que muchos autores los clasifican dentro de los quistes dentígeros. Otra razón podría ser que la mayoría de odontólogos ven frecuentemente quistes de erupción asintomáticos pasando la mayoría desapercibidos⁷. La incidencia relativa del QE en una amplia serie de casos realizada por Ochsenius y Escobar⁸ fue menor al 0,8%, tuvo una ligera predilección por el sexo masculino, y se

localizó con mayor frecuencia en la mandíbula. Este tipo de quiste se ubica en cualquier zona del diente en erupción, siendo los más afectados los molares y caninos. Con menor frecuencia aparecen en los incisivos superiores deciduos.

Aguilo⁹, en su estudio, demostró que el 2,8% de los QE ocurrieron en las áreas de los incisivos y molares, el 17,2% restante ocurrió en las áreas premolares y caninos. Este tipo de lesiones ocurren entre las edades de 1 mes a 12 años con una edad media de 4 años¹⁰.

En el Perú, tiene una prevalencia del 0,9 % en relación a las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad¹¹.

Al día de hoy la etiología de los quistes de erupción todavía está en discusión. Mientras que algunos autores consideran que los cambios degenerativos en el epitelio reducido del esmalte durante la amelogénesis o residuos de la lámina dental son las principales causas de esta lesión, otros afirman que su aparición es causada por la acumulación de líquido o sangre alrededor del folículo dental que resulta de su separación del esmalte recién formado¹².

Independientemente de su etiología, el término QE se utiliza correctamente sólo cuando el diente implicado se encuentra en el tejido blando que recubre el hueso alveolar durante el proceso de erupción. Cuando el diente está rodeado por hueso, la misma lesión se conoce como quiste dentígero, según la clasificación adoptada por la Organización Mundial de la Salud¹³.

Clínicamente la lesión aparece como una hinchazón fluctuante o circunscrita debido a una inflamación de la cresta alveolar del diente no erupcionado¹⁴. Cuando la cavidad quística contiene sangre, esta

hinchazón aparece de color púrpura o azul de ahí que a veces se le denomina erróneamente con el término de "hematoma erupción"¹⁵.

Se ha reportado que mide aproximadamente 0,6 Cm. de diámetro. No obstante, el tamaño depende fundamentalmente de si está asociado a un diente deciduo o permanente y de cuantos dientes se encuentran afectados. Otros estudios como el realizado por Alemán y Martínez¹⁶ indicaron que su diámetro puede llegar a medir incluso hasta dos centímetros.

En el examen radiográfico, se puede ver una sombra de tejido blando en la región del quiste y no se aprecia afectación ósea en contraste con un quiste dentígero¹⁷. Desde el punto de vista histológico, se presenta como una infiltración de células inflamatorias. El revestimiento en la parte más profunda consiste en una capa delgada de epitelio estratificado pavimentoso no queratinizado¹⁸.

El diagnóstico diferencial debe ser establecido antes de realizar cualquier tratamiento y estos incluyen: hemangioma, linfangioma alveolar neonatal, granuloma piógeno, tatuaje por amalgama¹⁹.

La mayoría de estos quistes desaparecen por sí mismos y por lo general no requieren tratamiento. Si duelen, sangran o se infectan se puede requerir de cirugía para exponer la corona del diente y drenar su contenido²⁰. Las opciones terapéuticas dependen de cada caso. Podemos no realizar ningún tratamiento y controlar, ayudar a erupcionar el diente mediante una incisión liberadora, realizar la exéresis o bien realizar una marsupialización²¹.

Actualmente, se sugiere el uso del láser Er, Cr-YSGG para tratar los quistes de erupción debido a

que presentan ciertas ventajas cuando se compara con el uso de bisturí convencional como por ejemplo que no se requiere anestesia, no hay un sangrado operatorio excesivo, no produce calor ni fricción, es bactericida, tiene efectos coagulantes, la cicatrización es más rápida y no se encuentra asociado con dolor post operatorio²².

El objetivo del presente reporte es dar a conocer los aspectos más relevantes relacionados con esta alteración del desarrollo para alcanzar un diagnóstico correcto y proporcionar un tratamiento adecuado.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente pediátrico, género masculino, dieciocho meses de edad acudió a la consulta acompañado de su madre debido a que ella tenía una preocupación porque observada un área morada en la zona antero superior del maxilar y a la vez ausencia de los incisivos superiores (5.1, 6.1, 6.2).

Paciente con aparente buen estado de salud general y desarrollo psicomotor de acuerdo a su edad. La anamnesis fue tomada con mucho cuidado para averiguar datos sobre el embarazo e historia bucal de la familia, no encontrándose datos y antecedentes de relevancia.

Al examen intraoral, se observó la ausencia de los incisivos centrales superiores temporales, la textura de la mucosa es normal, con pigmentaciones violáceas marcadas. Se nota la presencia de una leve tumoración de consistencia, lisa, brillante y color oscuro más intenso en la mucosa de la zona correspondiente a la pieza dentaria del 5.1 y 6.2 (Fig. 1), manifestando el paciente, molestia a la palpación. Al tomar la radiografía periapical se pudo observar una sombra de tejido blando correspondiendo a la región

del quiste, sin ninguna afectación a nivel óseo. A su vez, se evidenció correcta posición de los incisivos centrales superiores (Fig. 2). Del mismo modo se realizó una interconsulta con las especialidades de Periodoncia y Medicina Oral teniendo como diagnósticos presuntivos: hemangioma, quiste de erupción, granuloma y hematoma.

Después de la evaluación clínica y radiográfica, se obtuvo el diagnóstico definitivo de quiste de erupción y se planificó el tratamiento, el cual fue realizar la técnica de ulectomía que consiste en una escisión simple para eliminar el contenido líquido del quiste y exponer la corona. Se obtuvo el consentimiento informado de la madre. Trabajamos con abordaje del comportamiento no farmacológico dentro del cual existe la estabilización protectora.

Optamos por este tratamiento ya que los niños a esa edad tienden a tener movimientos bruscos y toscos de manos, pies y cabeza debido a su falta de madurez cognitiva, así podemos prevenir accidentes en el paciente. En este caso realizamos la estabilización activa; con ayuda de la madre (cuerpo a cuerpo) y trabajamos a 6 manos.

Se realizó la antisepsia del paciente con un enjuague de clorhexidina al 0.12%, se colocó anestesia tópica en la mucosa gingival. Se colocó anestesia infiltrativa (lidocaína al 2%, epinefrina 1:00000) sobre la mucosa vestibular. Se realizó una incisión supracrestal con bisturí (mango #3) y hoja #11 desde la zona de la pieza 5.1 hasta la pieza 6.2 (Fig. 3). Con una cureta Molt, se realizó la ulectomía decolando la encía de la zona comprometida (Fig. 4) con el fin de drenar la sangre y contenido de los quistes además de exponer las coronas de los dientes ausentes. Con una gasa embebida en suero fisiológico se hizo hemostasia a presión por 5 minutos.



Figura 1. Lesión quística de color violáceo y voluminoso



Figura 2. Radiografía periapical muestra la ausencia del techo óseo



Figura 3. Incisión con bisturí



Figura 4. Exéresis de la lesión quística



Figura 5. Control a los 7 días

Indicaciones post operatorias: Paracetamol en jarabe 7,5 ml. cada 6 horas por dos días. Dieta blanda por 48 horas. Cepillado suave por la zona donde fue realizada la intervención.

El paciente tuvo controles a los 3 y 7 días pudiéndose observar las coronas de las piezas 5.1, 5.2, 6.1 y 6.2 (Fig. 5)

DISCUSIÓN

La aparición del QE en la cavidad bucal es poco frecuente y puede presentar un gran desafío para pediatras, cirujanos pediátricos, odontopediatras y cirujanos orales y maxilofaciales²³.

Anderson²⁴, concluye en su estudio que el QE ocurre entre los 6 a 9 años de edad y generalmente asociado a los incisivos y molares permanentes. En nuestro caso la edad del paciente fue de 1 año y 6 meses y las piezas dentarias comprometidas fueron los incisivos superiores deciduos.

Según en el estudio de Ochsenius y Escobar⁵, la incidencia relativa del QE se muestra en $\leq 0,8\%$ y tiene ligera predilección por el sexo masculino, y se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula. Otras investigaciones como la realizada por Bodner²⁵, encontró al QE en el lado derecho del maxilar superior. Por el contrario, Demirci²⁶, lo halló en lado en el lado izquierdo. Sin embargo, en el presente caso clínico reportado se encontró quistes de erupción en ambos lados del maxilar superior.

Este tipo de quiste es una lesión asociada con la erupción de los dientes que puede causar pánico en los padres, que pueden llegar a la conclusión de que esta lesión a menudo grande, de color púrpura azulado o negro azulado es algún tipo de tumor maligno²⁷. Por otro lado, muy a menudo, los quistes de erupción son asintomáticos, pero puede haber dolor a la palpación debido a factores secundarios como trauma o infección²⁸.

En este caso el motivo de consulta primordial de la madre fue el color que presentaba la encía de su hijo sumado a la ausencia de dientes. El dolor fue reportado como un factor secundario.

El diagnóstico diferencial debe considerarse antes de administrar cualquier tratamiento y varía de granuloma, tatuaje de amalgama y hematoma de erupción⁶.

El hematoma de erupción ocurre debido al sangrado del tejido de las encías durante la erupción y la acumulación de sangre es externa al epitelio del esmalte²⁹.

Mientras en el QE es el líquido quístico que se mezcla con la sangre. La diferencia exacta entre los dos aún se desconoce. Sin embargo, el QE brilla bajo trans iluminación pero el hematoma no⁶.

No requieren tratamiento y la mayoría de ellos desaparecen solos²⁰. Se requiere intervención quirúrgica cuando duelen, sangran, se infectan o crean problemas estéticos⁹.

La estabilización protectora, a veces es necesaria para proteger al paciente, al dentista, al equipo y al responsable, en relación a accidentes durante los procedimientos odontológicos.

La estabilización protectora efectuada por el equipo odontológico, con o sin un dispositivo restrictivo, requiere consentimiento informado de los padres³⁰. En este caso realizamos la estabilización activa; con ayuda de la madre (cuerpo a cuerpo) y trabajamos a 6 manos.

Generalmente, el tratamiento quirúrgico puede no ser necesario porque el quiste se rompe espontáneamente, lo que permite que el diente erupcione. Si esto no ocurre, la escisión simple del techo del quiste generalmente permite la rápida erupción del diente²⁵.

Se indica una incisión simple o una escisión parcial del tejido suprayacente para exponer la corona y drenar el líquido cuando el diente subyacente no está en erupción o el quiste se está aumentando su tamaño³¹. En este caso la escisión parcial del

tejido blando, así como la compresión del quiste fue realizada debido a que este abarcaba 3 piezas dentarias, estuvo presente en boca por tiempo prolongado, además tuvo un aumento gradual de su tamaño y dolor a la palpación.

CONCLUSIÓN

El presente reporte ilustra el manejo de un caso con dos de quiste de erupción. Para establecer nuestro plan de tratamiento tuvimos en cuenta algunas características tales como: edad del paciente, tamaño de la lesión y presencia o ausencia de dolor. Se hizo un trabajo multidisciplinario para obtener todas las perspectivas necesarias y así realizar un correcto plan de tratamiento. Se realizó la ulectomía utilizando bisturí manual para exponer las coronas. El tratamiento se completó con éxito sin complicaciones adversas.

REFERENCIAS

1. Parampill AJ, Shah PK, Bhatia R, Girotra C, Rastogi R. Eruption cyst: A case report. *Saudi J Oral Sci* 2020; 7:120-3.
2. Dhawan P., Kaur Kochhar G. Eruption Cysts: A series of two cases. *Dental Research Journal* 2019; 9(5): 675-8. DOI: 10.4103/1735-3327.104889.
3. Castilhos H., Homem D., Helena S. Eruption cyst in deciduous and permanent dentition: Case reports. *Stomatos* 2018; 24, (47): 22-8.
4. Karp J., Milner L. Oral Eruption Cysts in a Child With Hepatoblastoma. *J Pediatr Hematol Oncol* 2009; 31:509–511. DOI: 10.1097/MPH.0b013e3181a9748a.
5. Joshi AV and Dixit UB. "Management of Eruption Cyst with High Maxillary Labial Frenum: A Case Report". *Acta Scientific Dental Sciences* 2018; 2(5): 87-89.
6. Kuczeck A., Baikler T., Herbst H. Eruption cyst formation associated with cyclosporin A. A case report. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 462–6. DOI: 10.1034/j.1600-051x.2003.02028.x.
7. Nagaveni N B, Umashankara K V, Radhika N B, Maj Satisha T S. Eruption cyst: A literature review and four case reports. *Indian J Dent Res* 2011; 22:148-51. DOI: 10.4103/0970-9290.79982 .
8. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12(2): 85-91.
9. Aguilo L, Cibrian R, Bagan JV, Gandia JL. Eruption cysts: Retrospective clinical study of 36 cases. *J Dent Child*. 1998; 65:102–6.
10. Álvarez M., Sacaquispe S. Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. *Rev Estomatol Herediana* 2016; 26(4):255-62.
11. Pari J., Núñez M. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses del Instituto Nacional de Salud del Niño. *Odontol. Sanmarquina* 2014; 17(2):67-71.
12. Boj J., García-Godoy F. Multiple eruption cysts: Report of case. *J Dent Child* 2000; 67:282-4.
13. Peters F., Lopez G. Prevalencia de quistes odontogénicos, Hospital Regional Valdivia entre los años 1990 y 2010. *Avances en Odon-toestomatología* 2012; 28(6): 303-9. DOI: 10.4321/s0213-12852012000600005.
14. Şen-Tunç E., Açıke H., Bayrak S.. Eruption cysts: A series of 66 cases with clinical features. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017; 22 (2):228-232. DOI: 10.4317/medoral.21499.
15. Marín F., García P. La erupción dental normal y patológica. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2012; 5(4): 188-195.
16. Alemán R., Martínez M., Leonardo M. Congenital eruption cyst: A case report. *Braz. Dent.* 2010, 21(3): 259-262. DOI: 10.1590/s0103-64402010000300015.
17. Figueiredo N., Meena M. Eruption cyst: A case report. *Annals and Essences of Dentist*. 2013; 5(4):9-12.
18. Bernardes P., Cezar M., Borges T. Eruption cyst associated with tooth rotation on deciduous dentition: A case report. *Stomatos* 2015; 21(40): 21-6.
19. Joshi A., Dixit U. Management of Eruption Cyst with High Maxillary Labial Frenum: A Case Report. *Acta Scientific Dental Sciences* 2018; 2(5): 87-89.
20. Woldenberg Y., Goldstein J., Bodner L. Eruption cyst in the adult—a case report. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004; 33: 804–5. DOI: 10.1016/j.ijom.2003.10.018.
21. Vega A., Ayuso R., Teixidor I., Salas J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. *Av Odontoestomatol* 2013; 29(2): 81-93.
22. Boj JR, Poirier C, Espasa E, Hernandez M, Jacobson B. Eruption cyst treated with a laser powered hydrokinetic system. *J Clin Pediatr Dent* 2006; 30:199-202. DOI: 10.17796/jcpd.30.3.2x11gv112n806261.
23. Gaddehosur Ch., Gopal S. Bilateral eruption cysts associated with primary molars in both the jaws. *BMJ Case Rep* 2014. DOI:10.1136/bcr-2013-202606.

24. Anderson R. Eruption cysts: A retrograde study. *J Dent Child* 1990;57:124-7.
25. Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. *J Clin Pediatr Dent*. 2004;28(2):183 - 186. DOI:10.17796/jcpd.28.2.038m4861g8547456.
26. Demirci T, Saruhan N. Eruption cyst in maxilla: a case report. *J Dent Fac Ataturk Uni*. 2014; 24(1):85-7
27. Chiang ML, Huang WH. Odontogenic keratocyst clinically mimicking an eruption cyst: report of a case. *J Oral Pathol*. 2004; 33:373-5. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2004.00135.x.
28. De Oliveira A., Silveira M., Duarte D., Diniz M. Eruption Cyst in the Neonate. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2018; 11(1):58-60. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1485.
29. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 62:25-9. DOI: 10.1016/s0165-5876(01)00583-3.
30. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. The use of physical restraint interventions for children and adolescents in the acute care setting. *Pediatrics* 1997; 99:497-498. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.99.3.497>.
31. Agarwal N, Dipanshu K. Eruption cyst due to supernumerary tooth - a chance occurrence. *J Dent Specialities*.2016; 4(1):99-102. DOI: 10.5958/2393-9834.2016.00020.6.

