

# ULECTOMÍA, TRATAMIENTO DE UN QUISTE DE ERUPCIÓN: REPORTE DE CASO

## Ulectomy, treatment of an eruption cyst: a case report

Celi Moreno Ariana <sup>1</sup>, Parise Juan Marcos <sup>2</sup>, Montesinos Guevara Camila <sup>2</sup>, Massón-Palacios María José <sup>\*2</sup>

<sup>1</sup> Clínica Privada Especializada en Odontopediatría. Quito - Ecuador

<sup>2</sup> Centro de Investigación de Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC). Universidad UTE. Quito-Ecuador

\* maria.masson@ute.edu.ec

### RESUMEN

Paciente femenina de 7 años acude a consulta por dolor e inflamación local a nivel de los incisivos superiores, se realiza Rx panorámica y exploración clínica, se evidencia que el diente 1.1 se encontraba en proceso de erupción y que el borde incisal ya estaba visible en el reborde alveolar, mientras que el 2.1 se presentaba recubierto por una espesa lámina de tejido gingival con coloración rojiza-violeta, posterior al análisis es diagnosticada con un quiste de erupción asociado al diente 2.1. Para el tratamiento se decidió optar por una ulectomía, que es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo de fácil realización, está indicado en la resolución de retardos en la erupción dentaria provocados por quistes de la erupción que incluyen fibrosis gingival y la acumulación de líquido. El proceso quirúrgico incluyó una incisión con el gingivotomo Kirkland 15/16 rodeando la porción incisal de la corona del diente 1.1, lo que resultó en una incisión en forma elíptica para lograr crear un ojal con el objetivo de remover el quiste y facilitar la erupción del incisivo central superior izquierdo. La ejecución de la ulectomía en este caso, como tratamiento quirúrgico de un quiste de erupción, permitió simultáneamente obtener la resolución del quiste y la erupción parcial de la corona del incisivo central superior izquierdo, no se evidenció complicaciones postoperatorias en el paciente durante 15 días de seguimiento clínico, lo que nos permite afirmar que un diagnóstico completo y una buena planificación del tratamiento nos permite solucionar de manera efectiva este tipo de patologías con pocas molestias para el paciente.

**Palabras clave:** Quiste dentígero, odontología pediátrica, cirugía bucal.

### ABSTRACT

A 7-year-old female patient comes to the dental office with pain and local inflammation in the zone of the upper incisors, a panoramic X-ray and clinical examination are performed, it is evident that tooth 1.1 was in the process of eruption and that the edge incisal was already visible in the alveolar ridge, while tooth 2.1 was covered by a thick layer of gingival tissue with a reddish-violet coloration. After analysis, it was diagnosed with an eruption cyst associated with tooth 2.1. For the treatment it was decided to opt for an ulectomy, which is a minimally invasive surgical procedure that is easy to perform, it is indicated in the resolution of delays in dental eruption caused by eruption cysts that include gingival fibrosis and the accumulation of liquid. The surgical process included an incision with the Kirkland 15/16 gingivotome surrounding the incisal portion of the crown of tooth 1.1, which resulted in an elliptical incision to create a buttonhole in order to remove the cyst and facilitate the eruption of the cyst. upper left central incisor. The execution of the ulectomy in this case, as a surgical treatment of an eruption cyst, simultaneously allowed to obtain the resolution of the cyst and the partial eruption of the crown of the upper left central incisor, no postoperative complications were observed in the patient during 15 days of clinical follow-up, which allows us to affirm that a complete diagnosis and good treatment planning allow us to effectively solve this type of pathology with little inconvenience for the patient.

**Key words:** Odontogenic Cysts, Pediatric Dentistry, Oral Surgery.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes de erupción son una variante de quiste dentígero que se desarrolla en el tejido blando, se encuentran asociados a un diente deciduo o permanente en proceso de erupción, que ha atravesado el hueso pero no la mucosa oral.<sup>1</sup> Su origen es odontogénico epitelial con un exudado casi siempre hemorrágico; el quiste de erupción se encuentra acumulado entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente, originando una lesión con aspecto de ampolla.<sup>2</sup> Histológicamente está compuesto de finos trazos del epitelio celular espinoso no queratinizado y algún grado de tejido conjuntivo fibroso.<sup>3</sup>

Clínicamente, los quistes de erupción se presentan como áreas prominentes en la mucosa, son de consistencia blanda, y la coloración varía entre azulada, roja, y vinacea; contienen sangre y agua suministradas por un vaso venoso presionado, también se denominan hematomas de erupción, su cuadro clínico incluye dolor e incomodidad para el paciente.<sup>4</sup> Cuando se presenta en la zona de erupción de los incisivos permanentes superiores crean problemas estéticos y de oclusión en la dentición mixta temprana.<sup>5,6</sup> La mayor incidencia del quiste de erupción se encuentra en niños, y rara vez, en adultos; en su gran mayoría, se producen en la etapa de dentición mixta.<sup>7</sup> De acuerdo a Nahas, el quiste de erupción ocurre más frecuentemente en las niñas que en los niños con una proporción de 2:1 y su frecuencia es más común durante la erupción de los dientes posteriores que de los anteriores.<sup>1</sup>

La mayoría de este tipo de quistes desaparecen sin necesidad de tratamiento<sup>7</sup>, sin embargo, un tratamiento quirúrgico como la ulectomía está indicada en casos de quistes de erupción que no evolucionan espontáneamente, o si se presenta fibrosis gingival, y finalmente en casos que sin otra razón aparente, el diente tiene su erupción retrasada o es lenta y cuando el proceso eruptivo dental fisiológico ocasiona molestias o dolor al paciente.<sup>8,4</sup> Boj indica que si la erupción dental está bloqueada, el obstáculo debe eliminarse, siempre y cuando la raíz este formada en por lo menos 2/3 de su extensión.<sup>9</sup>

La ulectomía denominado también ojal quirúrgico, es un procedimiento que consiste en la exéresis del tejido gingival que reviste la cara oclusal o borde incisal de un diente temporal o permanente que no ha erupcionado.<sup>10</sup> El propósito de ejecutar la ulectomía en un quiste de erupción es drenar el líquido quístico y retirar los tejidos que cubren el diente, de tal manera que se exponga la cara oclusal de la corona dental para facilitar que el diente ocupe su posición final en el arco dental<sup>11</sup>; además, de eliminar la mucosa gingival que recubre la corona dental para aliviar la sintomatología y prevenir infecciones dentales secundarias como la pericoronitis.<sup>12</sup>

Frente a lo expuesto, el objetivo del presente reporte es informar el caso clínico de un paciente pediátrico diagnosticado con quiste de la erupción asociado a retraso de erupción de los incisivos centrales superiores, y su tratamiento quirúrgico, una ulectomía, como una técnica que contribuyó a facilitar la erupción dental del diente retenido; y la importancia del diagnóstico y planificación para la ejecución de un procedimiento quirúrgico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 7 años, en compañía de su madre, acude a clínica dental especializada en odontopediatría en Quito, Ecuador, presentando dolor e hinchazón en la zona de los incisivos centrales superiores, la madre relató que hace un año aproximadamente, a su hija le realizaron exodoncias de las piezas dentales 5.1 y 6.1.

Para la evaluación diagnóstica se realizó un examen clínico exhaustivo, en clínico intraoral fue constatado que el diente 1.1 se encontraba en proceso de erupción y que el borde incisal ya estaba visible en el reborde alveolar, mientras que el 2.1 se presentaba recubierto por una espesa lámina de tejido gingival con coloración rojiza-violeta (figura 1 y 2), para complementar el diagnóstico se realizó un estudio radiográfico mediante una radiografía panorámica de maxilares, en la cual la unidad dental 2.1 evidenciaba 2/3 de formación radicular (estadio 8 de Nolla), encontrándose recubiertas apenas por el tejido gingival descrito, sin tejido óseo que bloquease su erupción (figura 3).



**Figura 1.** Fotografía intraoral del maxilar superior donde se detecta zona inflamada y fibrosis gingival en el área de la unidad dental 2.1. coloración rojiza-violeta.



**Figura 2.** Quiste de la erupción área de la unidad dental 2.1 coloración rojiza-violeta.

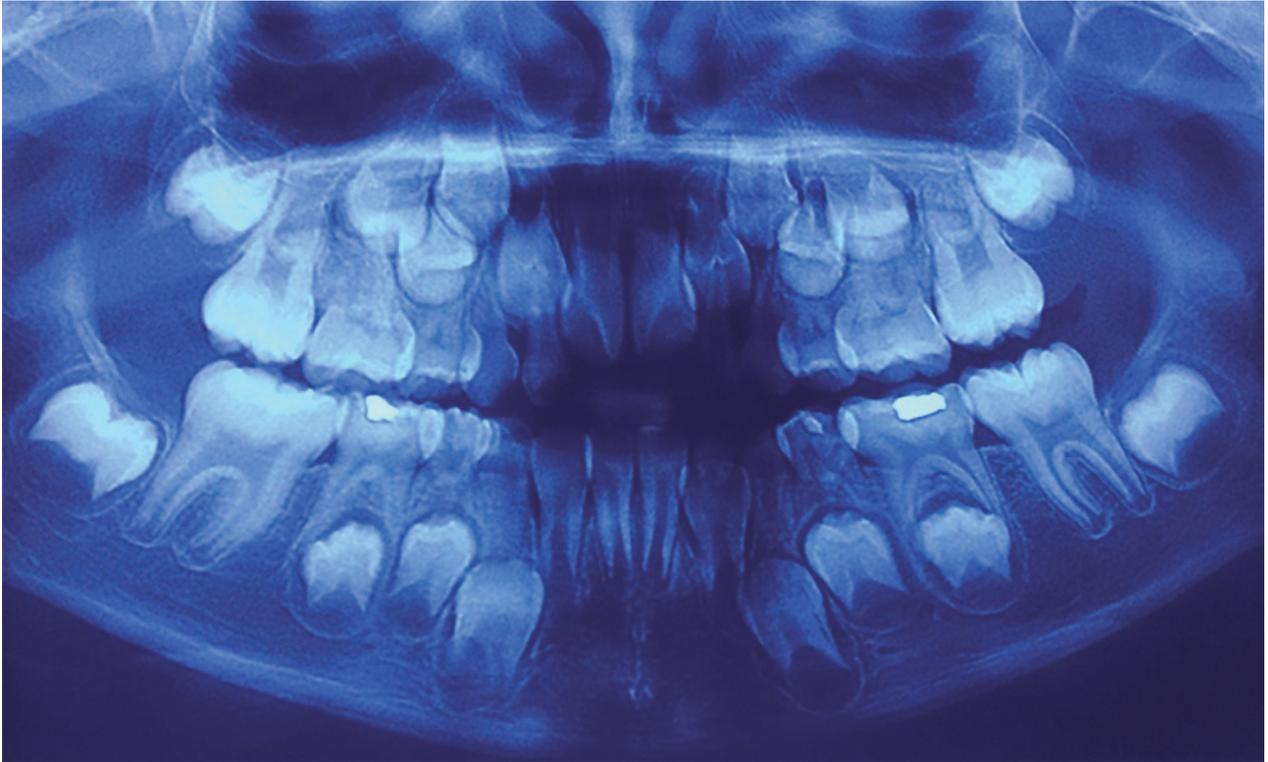


Figura 3. Rx Panorámica

Posterior al análisis clínico y radiográfico, se diagnosticó quiste de erupción asociado a la unidad dental 2.1. Se expuso el plan de tratamiento a la madre, quien autorizó el procedimiento quirúrgico tras la firma de todos los documentos de consentimiento informado. Por la evidente acumulación de líquido en la zona y la fibrosis gingival presente, se decidió realizar una ulectomía.

La cirugía se realizó en dos etapas, en la primera etapa, se anestesió la zona mediante anestesia tópica e infiltrativa (Benzocaína en gel al 2%, Gelato; Lidocaína con epinefrina

1:80.000 Xylestesin, 3M- Espe), en la región contorneando el área de la corona del diente 2.1. En la segunda etapa, se comprobó la ausencia de respuesta dolorosa, posteriormente, se realizó la incisión con el gingivotomo Kirkland 15/16, rodeando la porción incisal de la corona del diente 1.1, lo que resultó en una incisión en forma elíptica para lograr crear un ojal. El tejido fibroso que cubría el diente se eliminó con la ayuda de una hoja de bisturí #15 C y unas pinzas hemostáticas y se controló la hemorragia con gasas estériles colocadas a presión en la zona (figura 4).



Figura 4. Retiro de tejido fibroso que recubre a la corona de la unidad dental 2.1. Fuente: registro fotográfico cortesía autor.

Al final del procedimiento, se instruyó a la madre y a la paciente sobre la atención postoperatoria y se le prescribió el uso de analgésicos (paracetamol de 100mg/5ml cada 6 horas durante 2 días). No fue necesaria ninguna otra medicación para el posoperatorio.

A los 7 días de la intervención se realizó el control posoperatorio, se observó una cicatrización favorable de la herida; la paciente y su tutor no relataron complicaciones o sensibilidad posoperatoria. Una nueva evaluación de control se realizó a los 15 días, se evidenció la completa cicatrización del tejido gingival y la erupción parcial de la corona del diente 2.1 (figura 5).



Figura 5. Control posoperatorio.

## DISCUSIÓN

La ejecución de la ulectomía como procedimiento quirúrgico para la eliminación del quiste de erupción presente en el paciente, motivo del relato de este caso clínico, permitió simultáneamente obtener la resolución del quiste y la exposición de la corona del diente afectado, facilitando su erupción. Se evidenció en un corto periodo de tiempo una adecuada cicatrización, a los 15 días de seguimiento se observó que aproximadamente un tercio de la corona anatómica del incisivo central superior izquierdo expuesta en la cavidad oral.

Una de las fortalezas para el éxito del tratamiento constituyó el correcto diagnóstico diferencial ejecutado. La presentación clínica de los quistes de erupción es muy similar a los hematomas de erupción, por lo que muchas veces no se distinguen clínicamente, para algunos autores, cuando el quiste es traumatizado la lesión adquiere una coloración azulada recibiendo el nombre de hematoma de erupción.<sup>11</sup> Boj diferencia a los hematomas eruptivos por la aparición de pequeñas manchas azuladas, que provienen de la

acumulación de líquido por debajo de la mucosa, resultado de la actividad hística del germen durante su proceso eruptivo<sup>9</sup>, por su coloración el quiste presentado en este reporte tenía apariencia muy similar a un hematoma, el diagnóstico diferencial se logró gracias a los exámenes complementarios aplicados.

El monitoreo de la erupción de los dientes permanentes durante la etapa de dentición mixta es uno de los principales objetivos de la odontología pediátrica, especialmente cuando hay ausencia de un diente o retraso en su erupción<sup>13</sup>, como en el caso que se presenta en este reporte, la etiología debe investigarse cuidadosamente para planificar el tipo de tratamiento. La agenesia dental y la erupción tardía son signos clínicos similares, lo que hace que el diagnóstico diferencial sea extremadamente necesario, la utilización de exámenes complementarios como los radiográficos son imprescindibles, la utilización de una radiografía panorámica u ortopantomografía permite una visión completa y facilita el diagnóstico. En el caso reportado, la presencia inminente de un diente impactado se evidenció mediante signos como aumento de volumen y marcas contorneadas en el tejido,<sup>8,14</sup> y se confirmó mediante el uso de la radiografía panorámica.

Respecto a la incidencia de los quistes de erupción reportados por Bezerra en el 2008, sugieren una predilección por el sexo masculino en la proporción de 2:1, siendo los dientes más acometidos los incisivos centrales inferiores temporales y los primeros molares permanentes.<sup>15,12</sup> En contraposición con Nahas, quien manifiesta que el quiste de erupción ocurre más frecuentemente en las niñas que en los niños con una proporción de 2:1 e indica que la zona más común es en los dientes posteriores a comparación con los anteriores.<sup>1,16</sup> Este caso no coincide con ninguna de las estadísticas presentadas por la literatura sobre la ubicación de mayor frecuencia del quiste de erupción, debido a que en nuestro caso se relata su localización en la zona anterosuperior.

En relación con el tratamiento, Bezerra, Nahas, Guedes Pinto y Boj, concuerdan con que el tratamiento de elección en el quiste de erupción debe ser conservador, es decir, permitir que la patología tenga una resolución natural, sin embargo, los autores expresan que en caso de que se prolongue la presencia del quiste y que este produzca sintomatología dolorosa impidiendo la función, se puede optar por el tratamiento quirúrgico siendo la ulectomía el procedimiento de elección.<sup>9,15,17,18</sup>

Una de las limitaciones que se pueden presentar al realizar un tratamiento quirúrgico en un paciente pediátrico es su colaboración, en este caso fue necesario realizar un correcto acondicionamiento psicológico antes de la intervención para minimizar la resistencia a este, de igual manera fue

esencial realizar una correcta técnica anestésica para evitar el dolor y el rechazo al procedimiento quirúrgico.

## CONCLUSIONES

La ejecución de la ulectomía mostró resultados satisfactorios en este caso clínico como tratamiento quirúrgico para un quiste de erupción, permitiendo simultáneamente obtener la resolución del quiste y la erupción parcial de la corona del incisivo central superior izquierdo, sin evidenciar complicaciones postoperatorias en el paciente durante 15 días de seguimiento clínico. Esta técnica quirúrgica fue una alternativa de bajo coste y de fácil ejecución para el tratamiento del quiste de erupción en el caso clínico reportado.

## Referencias Bibliográficas

1. Nahás Pires Correa MS. Odontopediatría en la primera infancia [Internet]. Santos Edictora.; 2009. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=aSjUZwEA-CAAJ>
2. McDonald R, Dean J. Odontopediatría para crianças e adolescentes. 9a ed. Elsevier Editora Ltda., editor. Rio de Janeiro; 2011.
3. Gaddehosur C, Gopal S, Seelinere P, Nimbeni B. Bilateral eruption cyst associated with primary molars in both the jaws. *BMJ Case Reports*. BMJ Case Reports. 2014;
4. Guedes-Pinto AC. Odontopediatría. 1. ed. São Paulo:Ed. Santos; 2003.
5. Maroli A, Martins P, Camargo J, Estacia R. ULECTOMIA DE INCISIVO SUPERIOR—RELATO DE CASO. VII Sem Acadêmica Odontol. 2017;November.
6. Toledo PTA, Favretto CO, Silva MER, Hosida TY, Moraes LA, Duque C. Ulectomia—uma opção cirúrgica no retardo da erupção dentária em paciente infantil: relato de caso clínico. *Arch Heal Investig*. 2017;6.
7. Dhawan P, Kau G, Chachra S, Advani S. Eruption cyst: A series of two cases. *Dent Res J*. 2012;9 (5):647–50.
8. Rodrigues AS, Emerenciano NG, Silva MER, Favretto CO, Duque C. Utilização da ulectomia na clínica infantil: relato de caso. *Arch Heal Investig*. 2019;7.
9. BOJ J. Odontopediatría. Ripano, editor. 2011.
10. Silva FWG de P e, Queiroz AM de, Stuani AS, Nelson-Filho P, DÃ-az-Serrano KV. Ojal quirÃ-textordmasculinergico (ulectomia) Â? cuando y como realizarlo?: Reporte de 3 casos clÃ-nicos. *Acta OdontolÃtextthreesuperiorgica Venez* [Internet]. 2008;46:326–8. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652008000300017&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300017&nrm=iso)
11. Ramírez Bautista A, Ortiz Ruiz J, Vera Guzmán S. Ojal Quirúrgico (Ulectomia). *Educ Y Salud Boletín Científico Inst Ciencias La Salud Univ Autónoma Del Estado Hidalgo*. 2014;2(4).
12. de Souza LCB, Cardoso MFPC, Capistrano HM, Grossmann SDMC, Souto GR. CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM MANUTENÇÃO DO DENTE 47. *Rev Intercâmbio*. 2018;12(25).
13. CÂMARA JVF, COPELLO FDM, TAVARES BP, NEVES AB, RUELLAS ACDO, PINTOR AVB. Integrated treatment between orthodontics and pediatric dentistry using the ulectomy technique: case report. *Rio Janeiro Dent J (Revista Científica do CRO-RJ)*. 2019;4(3):68–72.
14. Cavalcanti AL, Costa L, Paiva DA. Utilização Da Ulectomia Na Clínica Infantil : Relato De Caso the Use of Ulectomy in Pediatric Dentistry : a Case Report. 2006;12(3):39–42.

15. Bezerra da Silva LA. TRATADO DE ODONTOPE-DIATRÍA. 2da ed. AMOLCA, editor. 2017.
16. Candeiro GT, Correia FC, Candeiro SAL. Ulectomia Como Opção Cirúrgica No Retardo Da Erupção Dentária : Relato De Caso. Rev Odontológica Araçatuba. 2009;30:45-9.
17. Bonecker M, Abanto J, Nahas Pires M, Pettorossi J, AC GP. Problemas bucales en Odontopediatría: Uniendo la Evidencia Científica a la Práctica Clínica. 1era edici. Editorial Ripano S.A., editor. 2014.
18. Guedes-Pinto AC. Rehabilitación bucal en odontopediatría : atención integral. Colombia: AMOLCA; 2003.

**Recibido:** 24 febrero 2022

**Aceptado:** 13 agosto 2022