



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ODONTOPEDIATRÍA.

**MANEJO CLÍNICO DE QUISTE DE ERUPCIÓN
BAJO SEDACIÓN CONSCIENTE EN PACIENTE
LACTANTE: REPORTE DE CASO.**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA

AUTOR

PÉREZ HUAMÁN FLOR ALELÍ
ORCID: 0000-0001-8070-614X

ASESOR

MGTR BERMEJO TERRONES ALAN MAYKOL
ORCID: 0000-0003-0356-7937

CHIMBOTE – PERÚ

2020

TÍTULO:

**MANEJO CLÍNICO DE QUISTE DE ERUPCIÓN BAJO
SEDACIÓN CONSCIENTE EN PACIENTE LACTANTE:
REPORTE DE CASO.**

HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR

Mgr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael
Presidente

Mgr. Canchis Manrique, Walter Enrique
Miembro

Mgr. Suárez Natividad, Daniel Alaín
Miembro

Mgr. Bermejo Terrones, Alan Maykol
Asesor

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Pérez Huamán, Flor Alelí

ORCID: 0000-0001-8070-614X

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda
Especialidad en Odontopediatría, Chimbote, Perú.

ASESOR

Mgtr. Bermejo Terrones, Alan Maykol

ORCID: 0000-0003-0356-7937

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de
la Salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú.

JURADO

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Mgtr. Suárez Natividad, Daniel Alaín

ORCID: 0000-0001-8047-0990

DEDICATORIA

A Dios

Por su misericordia hacia mi persona y permitirme continuar en esta vida desarrollándome para bien en lo profesional y dándome soporte espiritual para nunca rendirme.

A mis padres, hermanos y sobrinos.

A los primeros por darme la vida, apoyo incondicional y fortaleza para poder culminar esta etapa en mi desarrollo como profesional, y a mis hermanos y sobrinos por ser mi motivación para esforzarme y alcanzar lo que se anhela en la vida.

A mis compañeros, docentes de la especialidad y asesor

Por compartir conmigo esta gran etapa profesional y ser de gran importancia para poder finalizar con éxito la segunda especialidad en Odontopediatría.

A mis amigos

Por estar siempre presente, física y espiritualmente, apoyándome de alguna u otra manera cuando más lo necesito.

Flor Alelí Pérez Huamán

RESUMEN

El objetivo de este reporte de caso, fue remover el quiste de erupción bajo sedación consciente en un lactante. El caso clínico fue de un paciente de sexo masculino de 1 año 5 meses de edad, cuya madre refería como motivo de consulta “mi hijo cayó de la cama y le salió una bolita negra en la encía”. Paciente presenta cráneo y cara mesofacial, perfil convexo, facie simétrico, articulación temporomandibular y cuello sin alteraciones, respiración nasal, labios gruesos, rosados, simétricos e hidratados; carrillos rosado coral, carúnculas permeables, ausencia de línea alba; paladar duro firme, rosa coral, ligeramente profundo; paladar blando rosado intenso, móvil, sin adenopatías aparentes; úvula única y centrada; lengua normoglosa con presencia de saburra en tercio posterior; en gíngiva presenta tumefacción violácea, fluctuante, textura lisa y brillante a nivel de diente 63 que se halla sin erupcionar; saliva de cantidad moderada, fluida y transparente; dentición decidua 13 piezas. El tratamiento se inició con la evaluación del estado general de salud del niño por el médico general, continuando con la fisioterapia oral a la madre y al lactante para el correcto uso del cepillo y pasta dental, seguido se realizó la remoción del quiste de erupción bajo sedación consciente y se terminó programando controles cada 3 meses para evaluar la erupción de la pieza dentaria. Finalmente se logró remover el quiste de erupción bajo sedación consciente en un lactante. El procedimiento duró aproximadamente 50 minutos incluido el tiempo de sedación.

Palabras claves: quiste de erupción, sedación consciente, lactante.

ABSTRACT

The objective of this case report was to remove the eruptive cyst under conscious sedation in an infant. The clinical case was of a 1-year-5-month-old male patient, whose mother referred to as a reason for consultation “my son fell out of bed and a black ball came out on his gum”. Patient presents skull and mesofacial face, convex profile, symmetrical face, temporomandibular joint and neck without alterations, nasal breathing, thick, pink, symmetrical and hydrated lips; coral pink cheeks, permeable caruncles, absence of linea alba; firm hard palate, coral pink, slightly deep; intense pink soft palate, mobile, without apparent lymphadenopathy; single and centered uvula; normoglossal tongue with presence of coating in posterior third; in gingiva, it presents a fluctuating, purplish swelling, smooth and shiny texture at the level of tooth 63 that is not erupted; saliva of moderate amount, fluid and transparent; deciduous dentition 13 pieces. The treatment began with the evaluation of the general health of the child by the pediatrician, continuing with oral physiotherapy to the mother and the infant for the correct use of the toothbrush and toothpaste, followed by the removal of the eruption cyst under sedation conscious and controls were scheduled every 3 months to evaluate the eruption of the tooth. Finally, the eruption cyst was removed under conscious sedation in an infant. The procedure lasted approximately 50 minutes including sedation time.

Key words: cyst eruption, conscious sedation, infant.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| TÍTULO | 2 |
| HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR | 3 |
| EQUIPO DE TRABAJO | 4 |
| DEDICATORIA | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| CONTENIDO | 8 |
| I.- REPORTE DE CASO | 9 |
| 1.1.- Introducción..... | 9 |
| 1.2.- Objetivos | 17 |
| 1.3.- Reporte del caso | 18 |
| II.- DISCUSIÓN | 24 |
| III.- CONCLUSIONES..... | 25 |
| Referencias bibliográficas..... | 26 |
| Anexos | 31 |

I. REPORTE DE CASO

1.1. Introducción

La cavidad oral del recién nacido es un órgano complejo, que se puede alterar por diversos fenómenos fisiológicos o genéticos, es por ello que sus características son únicas e irrepetibles en este lapso de vida. La cara y la boca constituyen una encrucijada anatómica donde convergen las más importantes funciones de comunicación con el medio exterior.¹

Es importante que los odontopediatras, cirujanos dentistas, alumnos de pre y postgrado sean los que con el conocimiento de las principales características morfológicas de boca del bebé sepan diferenciar las características normales de las anormales y así se pueda diagnosticar de forma precoz, poder intervenir oportunamente logrando evitar cualquier daño mayor. Los quistes de erupción son una variante de los quistes dentígeros, es un tejido blando de color violáceo azulado que está asociado tanto a la dentición temporal como permanente.²

El quiste de erupción resulta de una separación del folículo dental de la corona de un diente en erupción, este quiste de erupción también es llamado hematoma de erupción y aparece en el reborde alveolar, dentro de sus características clínicas, el quiste de erupción presenta una lesión de crecimiento demarcado, translúcido, consistencia blanda y se ubica sobre el diente en erupción, registra sangrado y dolor ocasionado por la masticación. El color azul o rojo oscuro, depende de la cantidad de sangre en el fluido del quiste, estas lesiones son producidas por una hemorragia en el

interior del folículo de un diente en erupción, cuya corona dental no consigue romper la mucosa gingival.^{3,4}

Rojano en el 2004 en su estudio determinó la dosis, el efecto clínico sedativo y la seguridad del midazolam por vía oral e intranasal en 20 niños de la clínica de odontopediatría. Los datos se obtuvieron en niños clasificados como ASA 1 y con conducta de Fankl tipo II y III. La sedación fue adecuada para asegurar el éxito completo del tratamiento dental en los pacientes con sedación vía oral. La sedación se obtuvo con una dosis oral de 0.3 mg/kg de clorhidrato de midazolam. No existieron signos de depresión respiratoria o desaturación de oxígeno por abajo del 98 por ciento, determinado con el oxímetro de pulso. No se requirió suplemento de oxígeno y no se presentaron complicaciones. Se concluye que el midazolam aplicado por vía oral es una alternativa segura y efectiva en el tratamiento definitivo, reduciendo la ansiedad en niños en odontopediatría.⁵

El midazolam es un sedante de acción corta con una pequeña cantidad de efectos adversos. Administrado por vía oral, actualmente es la forma más común de sedación consciente en niños. El objetivo de este artículo es describir el efecto del midazolam administrado a niños durante el tratamiento dental sobre sus signos vitales y monitorear los cambios en el comportamiento de los niños. Describimos valores de constantes vitales y comportamiento en 418 sedaciones realizadas en 272 niños de 1 a 12 años. Para lograr los siguientes resultados, utilizamos datos de 272 todas las sedaciones por primera vez. Después de la administración de midazolam, la presión arterial y la saturación de oxígeno en sangre disminuyeron en valores que no fueron clínicamente significativos. La frecuencia cardíaca aumentó, con valores que se

mantuvieron dentro de los límites del rango fisiológico. La velocidad de aparición de los efectos clínicos del midazolam depende de la edad y la dosis. La edad y la dosis más bajas se correlacionaron con la puntuación de comportamiento más alta. La eficacia del tratamiento con midazolam es del 97,8%. La falta de voluntad del niño para recibir midazolam es un predictor de comportamiento disruptivo durante la sedación. El 1,8% de todos los casos de sedación mostraron reacciones paradójicas. La administración de midazolam en dosis de 0,5 mg por kg de peso corporal del niño es segura y podría recomendarse para el tratamiento dental en odontopediatría.⁶

La sedación con midazolam plantea una disyuntiva trascendental en odontopediatría, que consiste en hallar la toma óptima con un minúsculo número de efectos adversos indeseables. En este artículo, nuestro objetivo fue cotejar la repercusión de tres dosis de midazolam oral (0,5, 0,75 y 1 mg / kg) referente al período sedante y el proceder cooperativo de los niños al momento del procedimiento odontológico. Asimismo, comparamos las tasas de finalización, la conformidad de los padres y todos los eventos adversos.⁷

Monteiro en el año 2020 en una revisión sistemática: Intervenciones para facilitar la administración de anestesia local en niños y adolescentes durante el tratamiento dental llegan a la conclusión que no hay evidencia suficiente para establecer qué intervención funciona mejor para aumentar la aceptación de la anestesia local en niños y adolescentes. Se sugiere que se lleven a cabo más estudios bien realizados en esta área.⁸

Centeno en el año 2020 reporta un caso clínico de un paciente de 8 años de edad que al examen auxiliar (radiografía) presenta zona radiolúcida unilocular que comprometía el diente y cuyo diagnóstico es quiste dentígero.⁹

Floriam en el año 2019 reporta un caso clínico de un quiste dentígero que se ubica en la zona posterior de la mandíbula, fue tratado quirúrgicamente por medio de la enucleación y endodoncia de los dientes deciduos. El paciente fue un niño de sexo masculino de 9 años de edad que fue tratado en la Universidad de Ribeirão Preto (UNAERP), Brasil.¹⁰

Olacea en el año 2019, evalúa las características radiográficas de los quistes dentígeros en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2010 y 2017, fue un estudio retrospectivo, de las radiografías seleccionadas según sus criterios de inclusión fue de 37 radiografías panorámicas y reportando que el 45.9% de casos se encontraban en la segunda década de la vida, siendo frecuente en las mujeres con un 54.1% y con una predilección por el maxilar inferior (59,5%), radiolúcidos (97,3%), de límites definidos (67,6%), bordes corticalizados (54,1%) y uniloculares (94,6%). Todos los quistes dentígeros se asociaban a una pieza dental, de las cuales se observaron ápice cerrado (48,6%) y desplazamiento dental (59,5%). El 56,8% de casos no se vió afectada la pieza dental adyacente, pero si su lámina dura (59,5%). El 68,2% de casos no afectaron la cortical de la basal mandibular, pero si desplazaron el conducto dentario inferior (54,5%) y el 46,7% de casos desplazaron el piso del seno maxilar.¹¹

De Oliveira en el año 2018 refiere que los quistes de erupción congénitos son raros en los recién nacidos, ya que la erupción de dientes en esta edad es poco probable, en

su reporte de caso hace un seguimiento a este quiste erupción que regresionan sin ningún tratamiento al cuarto mes de haber detectado la lesión, erupcionando los incisivos centrales caducos sin alteraciones ni provocar algún problema. Refiere que los controles clínicos y radiográficos pueden ser procedimientos exitosos.¹²

Acosta en el año 2017 hace un reporte de una serie de casos de quiste dentígeros en el Hospital General centro médico la raza en México, nos presenta un seguimiento a 15 paciente pediátricos llegando a la conclusión que la inflamación de los folículos de la dentición permanente generada por los dientes deciduos podría ser un factor que estimule el epitelio del folículo dental y así la formación del quiste dentígero, es importante observar la ausencia clínica del diente permanente y si este se presenta debería ser causal de un estudio mucho más minucioso (clínico/radiográficos).¹³

Paucar el año 2016 reporta un caso de manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante cuyo objetivo fue reportar el manejo del quiste de erupción en un paciente de 1 año 8 meses en buen estado de salud que es atendido en la clínica de posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde el tratamiento quirúrgico de elección fue la ulectomía bajo sedación consciente, cuyo propósito fue evacuar su contenido y eliminar la presión intracística.¹⁴

El tratamiento del quiste dependerá de su progresión ya que cuando la lesión es pequeña la erupción del diente por erupcionar propicia el vaceado de la lesión quística, pero en cambio si esta lesión presenta sintomatología como dolor o incomodidad en el niño o los padres, se debe realizar la incisión para dejar libre la corona y así drenar el líquido que contienen, así lo manifiestan Koseoglu BG y colaboradores en su estudio clínico realizado en 90 casos.¹⁵

Gaddehosur en el año 2013 Los edemas hinchazones en la mucosa se presentan en dentición temporal o permanente y presentaran alteración del desarrollo de los dientes, los quistes de erupción son benignos, en este caso clínicos se presenta un caso atípico que presenta 4 quiste de erupción. El tratamiento de este caso fue bajo anestesia general realizando la cirugía y dejando libre los dientes temporales no erupcionados.¹⁶

Qian en el año 2013 realiza un estudio retrospectivo de paciente preadolescentes que fueron tratados en la faculta de medicina de la universidad Jiao Tong de Shangai a los cuales les realizaron las marsupialización. Llegando a la conclusión que después de la marsupialización pueden erupcionar espontáneamente los dientes referidos.¹⁷

Ochsenius G y colaboradores en el año 2013 afirman que este tipo de quiste tiene predilección por el sexo femenino que el sexo masculino teniendo una proporción de 2 a 1 y en cuanto a localización del quiste es más frecuente que se presente en el sector posterior que el sector anterior.¹⁸

Nagaveni en el 2011 nos dice en su reporte de casos que los quistes de erupción son benignos que están asociados a un diente temporal o permanente, es prevalente en la raza caucásica. Revisaron 4 pacientes de los cuales en tres presentaron este quiste en el maxilar y el otro en la maxilar inferior. Todos asociados a la erupción de dientes permanentes. En tres casos realizaron el tratamiento quirúrgico y uno de ellos se regresión.¹⁹

Navas en el 2010 afirma que los quistes de erupción son quistes epiteliales de la mandíbula según la clasificación de la organización de la mandíbula, la edad promedio de aparición de estos quistes es de 7 años y es muy raro que aparezca en

los recién nacidos. En el reporte de caso hacen la eliminación del líquido del quiste luego controles clínicos hasta evidenciar la eliminación del quiste de erupción, estas lesiones presentes tienen un color azulado, translúcida, elevadas y comprensibles de la cresta alveolar, sin embargo, Freudemberger S. afirma que el líquido presente en el quiste dentinario se puede presentar de un color sanguinolento o ser claro dependiendo si existe relato de caso de trauma secundario, si este trauma es fuerte aparece entre los tejidos la sangre dando el origen a un hematoma de erupción.^{20,21}

Antonio Nanci en el año 2008, menciona en su libro de histología sobre la iniciación de estas estructuras tiene distintos fenómenos unos de los cuales incluyen la interacción y activación de los factores inductivos de morfodiferenciación, proliferación y apoptosis. La alteración en uno de estos pasos desencadena una serie de alteraciones que se manifestaran a lo largo de la vida.²²

Marcos J. en el año 2008, en su tesis refiere que el desarrollo del complejo maxilofacial está comprendido por eventos complejos que empiezan en la cuarta semana de vida intrauterina, el primer arco faríngeo da origen al desarrollo del hueso maxilar y hueso mandibular.²³

En el año 2000, Ramón Boj J. y colaboradores afirman que los quistes de erupción es un tipo de quiste de los tejidos blandos que están relacionados con los dientes en proceso de erupción, se presentan más en el maxilar que en la mandíbula. Dicho reporte relata un caso de 15 meses de edad que presentó 6 quistes eruptivos.²⁴

Prabhu en el año 1996 refiere los quistes dentígeros aparecen por los dientes temporales infectados y son raros. Nos relata un caso donde realizan la exodoncia del diente temporal con marsupialización lo que produjo la erupción del sucedáneo, nos

refiere que los exámenes auxiliares como la toma de radiografías periódicas previenen otras complicaciones que podrían originar los quistes de erupción.²⁵

Cruz Madrid en su reporte de caso, menciona que Kramer en el año 1992 realiza la clasificación de quistes, la cual fue adoptada por la organización mundial de la salud, y es la siguiente: quistes que derivan su componente epitelial a partir de remanentes de tejido dentario que se denominan odontogénicos y que según su patogénesis en inflamatorios y del desarrollo y el quiste dentífero corresponde a uno de los últimos mencionados y los quistes cuyo componente epitelial no es derivado de remanentes dentarios se clasifican en quistes del desarrollo no odontogénicos.²⁶

1.2. Objetivos

Objetivo General

Determinar el manejo clínico de quiste de erupción bajo sedación consciente en paciente lactante.

Objetivos Específicos

1. Permitir la continuidad del proceso de erupción del canino deciduo.
2. Establecer las medidas preventivas promocionales para el cuidado de la pieza dentaria.

1.3. Reporte de caso

Paciente lactante de sexo masculino de 1 año 5 meses de edad, con peso 11.4 kilogramos de peso y una talla de 60 cm. es traído por la madre a la consulta privada para ser evaluado.

Durante el examen médico general no presentó enfermedad sistémica alguna; conducta psicosocial negativa, con falta de capacidad para colaborar en el tratamiento.

En los antecedentes personales refiere la madre que el menor tuvo bronquitis a la edad de 10 meses donde recibió nebulizaciones en 2 oportunidades además de presentar alergia al polvo.

No presenta antecedentes familiares, ni antecedentes odontológicos de relevancia.

Madre niega haber tomado medicamentos durante el embarazo, el cual terminó a los 9 meses por parto vaginal sin complicaciones, en cuanto a la lactancia, indica lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses y posterior a ello alimentación complementaria.

La madre indica que el motivo de la consulta es porque el menor se cayó de la cama y le ha salido una bolita negra en la encía.

Al examen extra oral:

Presenta cráneo y cara mesofacial, perfil convexo, facie simétrico, perfil anteroposterior convexo, ATM y cuello sin alteraciones, respiración nasal.

Al examen intra oral:

Labios: gruesos, rosados, simétricos e hidratados.

Carrillos: rosado coral, carúnculas permeables, ausencia de línea alba.

Paladar:

*Duro: firme, rosa coral, ligeramente profundo

*Blando: Rosado intenso, móvil, sin adenopatías aparentes

Orofaringe: úvula única y centrada.

Lengua: Normogloso, presencia de saburra en tercio posterior.

Gingiva: Tumefacción violácea, de textura lisa y brillante fluctuante; a nivel de diente 63 el cual se halla sin erupcionar.

Saliva: Cantidad moderada, fluida, transparente

Dientes: Dentición decidua. 13 piezas.

Alteraciones del desarrollo y/o patológicas: Quiste

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD GENERAL

Paciente masculino de 1 año 5 meses de edad. ABES, ABEG, ABEN, ABEH

DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ESTOMATOLÓGICO DE:

1. Tejidos blandos

Quiste de erupción a nivel de la pieza 63.

2. Tejidos duros

Ausencia de pieza 63

CONDUCTA

Negativa

En los exámenes complementarios solo contamos con las fotografías intra orales y extra orales ya que es un paciente que por su edad y la conducta negativa no se le pudo realizar otros exámenes auxiliares.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Paciente de sexo masculino de un año cinco meses de edad con riesgo estomatológico alto, en ABEG, ABEH, ABEN, mesofacial, facie simétrica, perfil anteroposterior convexo, presenta un quiste de erupción a nivel de la pieza 63.

De conducta negativa.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:

1. Aliviar el malestar del paciente y de la familia.
2. Eliminar el quiste de erupción.
3. Permitir la erupción de la pieza 63.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Fase sistémica:

Se realizará la interconsulta con el médico general para su evaluación completa sobre la salud del paciente.

Fase preventiva:

Se realizará a la madre y al niño la fisioterapia oral, asesoría nutricional, además de indicar el uso correcto de la pasta dental y la cantidad necesaria para el paciente, la

aplicación del flúor se realizará dos veces al año después de la intervención quirúrgica.

Fase correctiva:

Se realizará la extirpación del quiste de erupción bajo sedación consciente y posteriores controles para evaluar la erupción de la pieza 63.

Fase de mantenimiento:

Se realizará controles cada 3 meses para su respectiva evaluación de riesgo estomatológico.

PRONÓSTICO:

Favorable, ya que se cuenta con el apoyo de la familia.

TRATAMIENTO: Se inició con la interconsulta al médico general para la evaluación del estado de salud físico general del paciente e indicar si se le puede realizar la sedación consciente, y a la vez dar alguna recomendación y/o sugerencia. Luego se realiza la planificación de la intervención quirúrgica y se le brinda indicaciones a la madre de cómo debe acudir a la cita programada. Ya el día de la intervención, se le administró por vía oral Midazolam en dosis de 0.5 mg por kilogramo de peso al menor y se esperó unos 15 a 20 minutos aproximadamente para notar los efectos y se procedió con la cirugía. Terminada la cirugía, se esperó que el paciente recobre todas sus capacidades, se le brindó nuevamente indicaciones a la madre y se programó su cita control para evaluar resultados.

A la semana se realizó un primer control para ver la evolución del estado general del paciente y de la intervención quirúrgica.

A las dos semanas se realizó un segundo control, en la que a su vez se aplicó flúor barniz en cada pieza dentaria incluida la 63 que ya se encuentra visible clínicamente.

Por último se pactó controles cada 6 meses para la aplicación preventiva de flúor barniz.

Resultados:

Se logró determinar el manejo clínico del quiste de erupción bajo sedación consciente en el lactante.

Se realizó la sedación consciente del paciente sin ninguna complicación.

Se logró extirpar el quiste de erupción sin mayor complicación.

Se evidenció la erupción de la pieza 63 sin ninguna alteración de la estructura del esmalte.

Se logró la concientización de la madre de familia sobre la salud oral del paciente.

Consideraciones éticas:

El tratamiento quirúrgico de quiste dentígero en el paciente lactante, se realizó teniendo en cuenta las consideraciones y recomendaciones de las buenas prácticas clínicas hacia el paciente. La exposición y publicación de la Historia Clínica, diagnóstico, tratamiento y fotografías fueron con el consentimiento absoluto de la madre del paciente.

Limitaciones del estudio:

La edad del paciente fue una limitación considerable, pues por la misma, presentaba una conducta negativa y no permitía la toma de exámenes complementarios que favorecía al tratamiento.

II. DISCUSIÓN

En nuestro caso clínico se evidenció un líquido presente con las características de color sanguinolento al igual que lo reportado por Freudenberg S. en el año 2008 quien afirma que el líquido presente en el quiste dentinario se puede presentar de un color sanguinolento o ser claro dependiendo si existe relato de caso de trauma secundario, si este trauma es fuerte aparece entre los tejidos la sangre dando el origen a un hematoma de erupción.

Paucar el año 2016 reporta un caso de manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante cuyo objetivo fue reportar el manejo del quiste de erupción en un paciente de 1 año 8 meses en buen estado de salud que es atendido en la clínica de posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, este procedimiento se realizó bajo sedación consciente similar al manejo de nuestro caso clínico reportado en este trabajo de investigación, obteniendo en ambos éxito en el tratamiento.

Centeno en el año 2020 reporta un caso clínico de un paciente de 8 años de edad que al examen auxiliar (radiografía) presenta zona radiolúcida unilocular que comprometía el diente y cuyo diagnóstico es quiste dentífero. El tratamiento fue la enucleación del quiste en un solo acto operatorio siendo el resultado satisfactorio; también en el presente caso el manejo fue en una sola sesión con los resultados satisfactorios.

III. CONCLUSIONES

1. Se concluyó realizando la remoción total de quiste dentígero de erupción bajo sedación consciente en el lactante.
2. Se logró la continuidad del proceso de erupción del canino deciduo sin ninguna complicación post quirúrgica.
3. Se sensibilizó a los padres sobre importancia de los dientes deciduos estableciendo las medidas preventivas promocionales para el cuidado de la pieza dentaria.

Referencias bibliográficas

1. Mora CI, López R, Pérez I, Calzada A, Pérez RA, Santos M. Determinación de la discrepancia hueso diente en niños de 5 a 11 años respiradores bucales. *MediSur* 2009; 7(1): 65-72.
2. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Caracas: Ed. Amolca; 2001. p.98-100.
3. Sonis A, Keels MA. Oral pathology/oral medicine/ syndromes. In: Nowak AJ, Casamassimo PS, eds. *The Handbook: Pediatric Dentistry*. 3rd ed. Chicago, Ill: American.
4. Duarte DA, Bönecker SM, Correa NF, Correa MSNP. Cirugía bucal en pacientes pediátricos. En: Correa MSNP, editor. *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Sao Paulo: Livraria Santos; 2009. P. 518.
5. Rojano Santillán, A; Pizano Damasco, M. A; Banderas Tarabay, J. A. Dosis efectiva de midazolam para sedación consciente en estomatología pediátrica / Effective midazolam dosage for conscious sedation in pediatric dentistry *Rev. ADM* ; 61(4): 130-136, jul.-ago. 2004. ilus, graf
6. Vasakova J, Duskova J, Lunackova J, Drapalova K, Zuzankova L, Starka L, Duskova M, Broukal Z. Midazolam and its effect on vital signs and behavior in children under conscious sedation in dentistry. *Physiol Res*. 2020 Sep 30;69(Suppl 2):S305-S314. doi: 10.33549/physiolres.934511. PMID: 33094628.

7. Somri M, Parisinos CA, Kharouba J, Cherni N, Smidt A, Abu Ras Z, Darawshi G, Gaitini LA. Optimising the dose of oral midazolam sedation for dental procedures in children: a prospective, randomised, and controlled study. *Int J Paediatr Dent*. 2012 Jul;22(4):271-9. doi: 10.1111/j.1365-263X.2011.01192.x. Epub 2011 Nov 1. PMID: 22040450.
8. Monteiro J, Tanday A, Ashley PF, Parekh S, Alamri H. Interventions for increasing acceptance of local anaesthetic in children and adolescents having dental treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 2. Art. No.: CD011024. DOI: 10.1002/14651858.CD011024.pub2
9. Centeno-Jiménez LJ, Peña-Fernández R, Sosa-Velasco TA, Sánchez-Sánchez M, Hernández-Antonio A. Quiste dentígero. Reporte de un caso. *Avan C Salud Med* 2020; 7 (1): 26-30
10. Floriam LJ, Danelon M, Oliveira SV, et al. Quiste dentígero en odontología. Reporte de caso. *Rev Odotopediatr Latinoam*. 2019;9(2):151-159
11. Olaechea-Ramos Maria Alejandra, Evangelista-Alva Alexis, Quezada-Márquez Milushka Miroslava. Características radiográficas de los quistes dentígeros diagnosticados en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2019 Ene [citado 2020 Oct 01]; 29(1): 49-61. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i1.3494>.

12. De Oliveira AJ, Silveira ML, Duarte DA, Diniz MB. Eruption Cyst in the Neonate. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018 Jan-Feb;11(1):58-60. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1485. Epub 2017 Feb 1. PMID: 29805237; PMCID: PMC5968165.
13. Mónica Acosta Rangel,* Beatriz Aldape Barrios,** L Rosales Guzman***
Quiste dentígero en pacientes pediátricos en el Hospital General Centro Médico «La Raza»
14. Alvarez-Páucar Maria, Sacsquispe-Contreras Sonia, Paredes-Paredes Ney. Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2016 Oct [citado 2020 Oct 01] ; 26(4): 255-262. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400008&lng=es.
15. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci*. 2014;46(4):253-257.
16. Gaddehosur CD, Gopal S, Seelinere PT, Nimbeni BS. Bilateral eruption cysts associated with primary molars in both the jaws. *BMJ Case Rep*. 2014 Apr 30;2014:bcr2013202606. doi: 10.1136/bcr-2013-202606. PMID: 24789157; PMCID: PMC4025366.
17. Qian WT, Ma ZG, Xie QY, Cai XY, Zhang Y, Yang C. Marsupialization facilitates eruption of dentigerous cyst-associated mandibular premolars in

- preadolescent patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Nov;71(11):1825-32. doi: 10.1016/j.joms.2013.06.223. Epub 2013 Aug 22. PMID: 23973048.
18. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;12(2):85-91.
 19. Nagaveni NB, Umashankara KV, Radhika NB, Maj Satisha TS. Eruption cyst: a literature review and four case reports. *Indian J Dent Res.* 2011 Jan-Feb;22(1):148-51. doi: 10.4103/0970-9290.79982. PMID: 21525694.
 20. NAVAS, R.M.A. and MENDOZA, M.G.M. (2010), Congenital Eruption Cyst. *Pediatric Dermatology*, 27: 671-672. doi:10.1111/j.1525-1470.2010.01335.x
 21. Freudenberger S. Intraoral findings and other developmental conditions in Mexican neonates. *Journal of Dentistry for Children.* 2008; 73(3):13-16.
 22. Nanci A. *Ten Cate's Oral Histology: Development, structure and function.* 7a ed. USA: Mosby Elsevier; 2008.
 23. Marcos J. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses atendidos en el Instituto Nacional de Salud del niño [tesis]. Tesis bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
 24. Ramón Boj J, García-Godoy F. Multiple eruption cysts: report of case. *ASDC J Dent Child.* 2000 Jul-Aug;67(4):282-4, 232. PMID: 10997245.

25. Prabhu NT, Rebecca J, Munshi AK. Dentigerous cyst with inflammatory etiology from a deciduous predecessor--report of a case. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1996 Jun;14(2):49-51. PMID: 9522757.

26. Cruz Madrid., T. (2019). Quiste dentígero en dentición decidua. Reporte de un caso. Revista Científica De La Escuela Universitaria De Las Ciencias De La Salud, 5(2), 42-47. Disponible en:
<https://doi.org/10.5377/rceucs.v5i2.7646>

Anexos

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

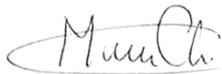
Yo Luz Mirian Chávez Montenegro de 29 años de edad y con DNI N° 47946276, manifiesto que he sido informada sobre los beneficios y consecuencias que podría suponer la publicación de los resultados de mi Historia Clínica y fotografías sobre el tratamiento bajo sedación consciente de mi menor hijo con quiste de erupción para fines clínicos y de investigación.

He sido informada de los posibles perjuicios que este proceder pueda tener sobre mi menor hijo sobre su salud y bienestar.

He sido también informada de que sus datos personales serán protegidos, permitiendo la muestra de fotografías que evidencien el caso.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que dicho caso sea reportado para cubrir los objetivos especificados.

Utcubamba, 25 de mayo del 2019



Luz Mirian Chávez Montenegro
DNI N°47946276
Apoderado



C.D. Flor Alelí Pérez Huamán
COP 34704
Operador

ANEXO 3

FOTOGRAFÍAS DEL REPORTE DE CASO

Se llegó a la conclusión de que fue quiste por las características clínicas que presentó la patología y el contenido al momento de la remoción.

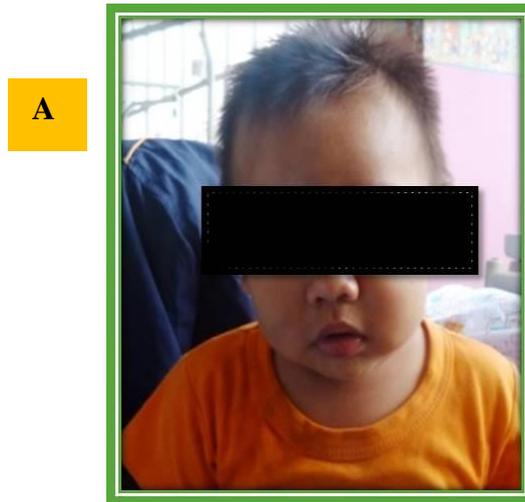


Fig.1 Fotografías extraorales iniciales del paciente: Fig. 1. A. Fotografía de frente,

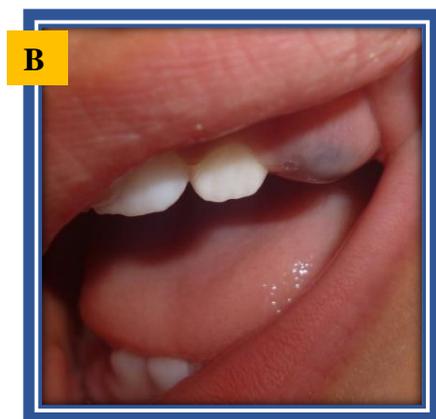


Fig. 2 Fotografías intraorales iniciales del paciente: Fig. 2.A Oclusal superior
Fig. 2.B Lateral Izquierda



Fig. 3 Adecuación del sillón dental para el lactante.



Fig. 4 Paciente bajo la administración de medicamento.



Fig. 5 Inicio de efectos de la sedación consciente.

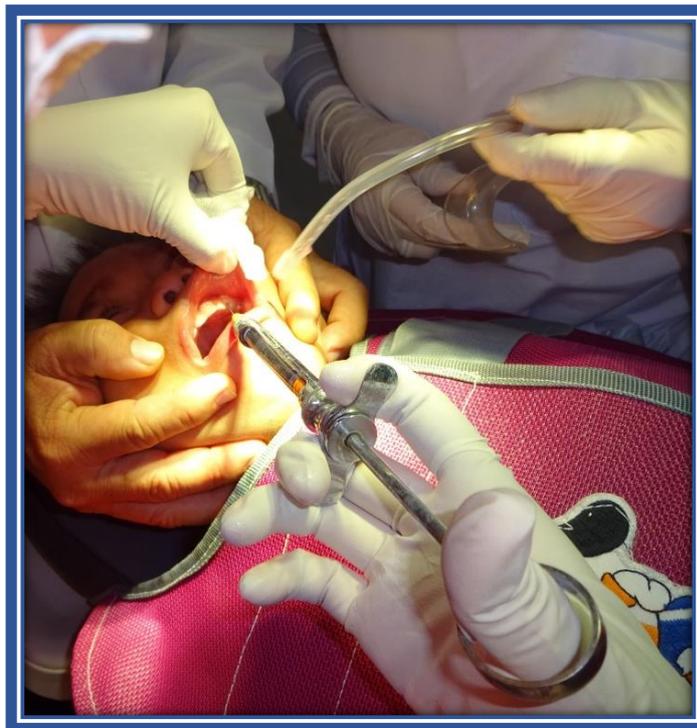


Fig. 6 Administración de anestesia local infiltrativa.

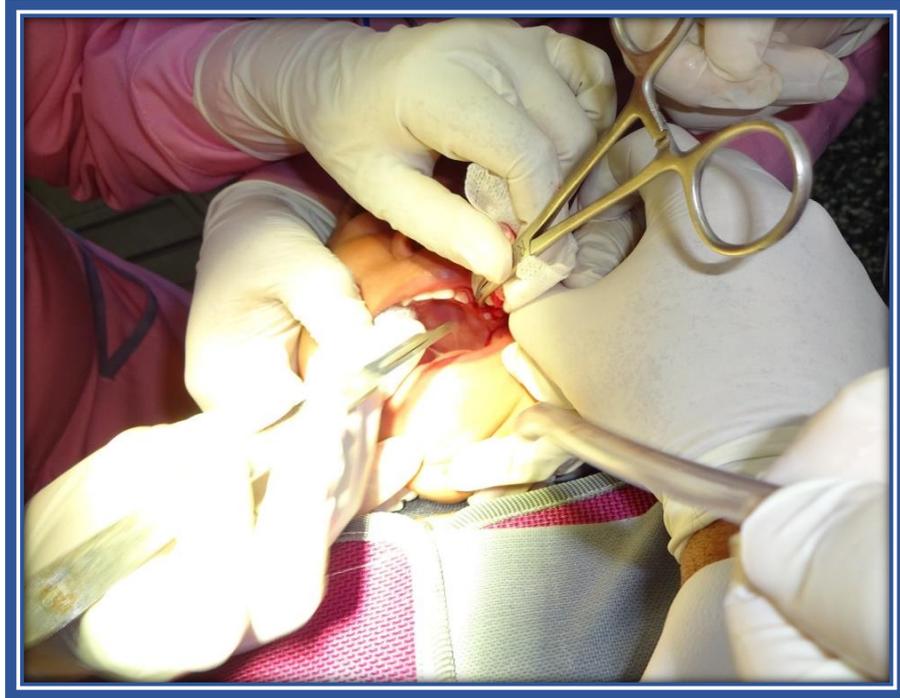


Fig. 7 Incisión del reborde gingival.



Fig. 8 Extirpación del quiste dentígero.

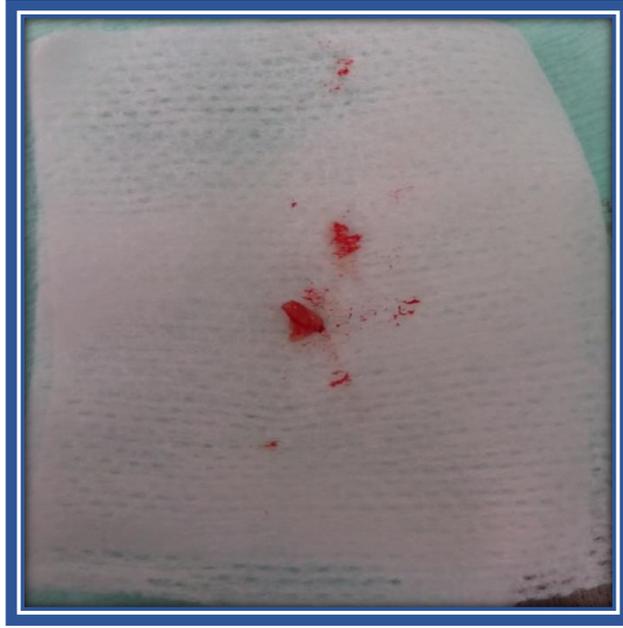


Fig. 9 Residuos del quiste.



Fig. 10 Paciente post cirugía, consciente y recuperado de la sedación consciente.



Fig.11 Dos semanas después de la operculectomía, ya se evidencia la erupción de la pieza 63.