

Diagnóstico e interpretación radiográfica del quiste de erupción en lactantes. Una revisión bibliográfica

Diagnosis and radiographic interpretation of eruption cyst in infants. A literature review

María Belén Dueñas Solórzano¹ (mbds97@outlook.com) (<https://orcid.org/0000-0003-1772-4665>)

Resumen

El período que comprende los primeros mil días de vida de un lactante es considerado de vital importancia para el desarrollo de órganos y tejidos, por tal motivo se deben realizar controles periódicos para descartar o confirmar posibles patologías a tiempo. Una de las patologías más recurrentes en la cavidad de los lactantes es el quiste de erupción que se conforma de tejido blando y de color violáceo-azulado que resulta de una separación del folículo dental de la corona de un diente en erupción cuyo diagnóstico podría ser confundido con otras patologías. Su pigmento depende de la cantidad de sangre en el quiste cuando la corona dental no consigue romper la mucosa gingival. El objetivo se centra en analizar las características del quiste de erupción en lactantes por medio de exámenes histológicos e interpretaciones radiográficas, a través de una revisión de literatura entre los años 2014-2022. Como resultado se obtuvo que el tratamiento de preferencia para el quiste de erupción debe ser determinado para cada caso con un diagnóstico adecuado tanto en sus hallazgos clínicos como radiográficos y debe manejarse correctamente para disminuir las complicaciones del diente en desarrollo y la salud del infante.

Palabra claves: epitelio, folículo dental, lactantes, quiste de erupción, quiste dentígero

Abstract

The period that includes the first thousand days of life of an infant is considered of vital importance for the development of organs and tissues, for this reason periodic controls should be performed to rule out or confirm possible pathologies in time. One of the most recurrent pathologies in the cavity of infants is the eruption cyst, which is made up of soft tissue of a purplish-bluish color resulting from a separation of the dental follicle from the crown of an erupting tooth whose diagnosis could be confused with other pathologies.

¹ Docente de la Universidad Los Hemisferios. Ecuador

Its pigment depends on the amount of blood in the cyst when the dental crown fails to break the gingival mucosa. The objective is focused on analyzing the characteristics of eruption cyst in infants by histological examinations and radiographic interpretations, through a literature review between the years 2014-2022. As a result, it was obtained that the treatment of preference for the eruption cyst should be determined for each case with an adequate diagnosis both in its clinical and radiographic findings and should be managed correctly to reduce the complications of the developing tooth and the health of the infant.

Key words: epithelium, dental follicle, infants, eruption cyst, dentigerous cyst.

Introducción

Para mantener el correcto estado de salud oral del niño es importante la comunicación y preparación entre el odontopediatra, el pediatra y los representantes del paciente. Esto se debe a que las alteraciones que puede presentar el niño en su boca desencadenan problemas tales como proceso de nutrición, deglución, fonética y trastornos en el desarrollo de las estructuras bucales del infante (Brecher y Lewis, 2018).

Las alteraciones de la cavidad oral más comunes son los quistes de inclusión y se subdividen en: perlas de Epstein, nódulos de Bohn, quistes de la lámina dental, úlcera de Riga-Fede, épulis congénito del recién nacido, quiste de erupción, dientes natales y neonatales. Estas anomalías se consideran involutivas, congénitas y transitorias puesto que tienden a desaparecer sin causar daño en la cavidad oral. Sin embargo, es importante detectarlos a tiempo y hacerles seguimiento para constatar que la salud oral del paciente no se vea comprometida (Licla, 2016).

Flores (2018) describe que el quiste de erupción es de tejido blando y de color violáceo-azulado que resulta de una separación del folículo dental de la corona de un diente en erupción cuyo diagnóstico podría ser confundido con otras patologías. Su pigmento depende de la cantidad de sangre en el quiste cuando la corona dental no consigue romper la mucosa gingival. En otras literaturas también se le conoce como hematoma de erupción. Su incidencia es común en los niños y se ubican en cualquier área del diente en erupción (Marques, de Alencar, Maia & Antonio, 2015).

La literatura no es concluyente en la diferenciación radiográfica de lesiones similares al quiste de erupción lo que en consecuencia llevaría a un diagnóstico y tratamiento incorrecto. Por esa razón, el objetivo del presente trabajo es exponer las características

histológicas que diferencian al quiste de erupción en lactantes con otras patologías semejantes a través de una revisión de literatura en la base de datos Pubmed entre los años 2014-2022.

Materiales y métodos

Se desarrollará una investigación de tipo descriptiva, por medio de revisiones de artículos científicos que estarán en inglés y español entre los años 2014 – 2022. La selección se realizará a partir de las plataformas digitales académicas PubMed y Scielo. Para delimitar la búsqueda se contemplarán artículos que contengan características específicas sobre el quiste en erupción, resultados de exámenes histológicos y las radiografías pertinentes al caso. Esto servirá para diagnosticar de forma precisa la patología y poder intervenir de manera correcta.

Los artículos científicos serán sometidos a una exhaustiva revisión con el objetivo de seleccionar aquellos que contribuyan de forma directa. Los principales requisitos que deben reunir los documentos son el año de publicación, sustento de una revista científica, y que por supuesto, estén alineados al tema de investigación de esta revisión bibliográfica. Una vez recopilada la información se utilizará un sistema (Mendeley desktop) para almacenar y organizar los documentos seleccionados con la finalidad de crear una base de datos.

La investigación que estuvo comprendida por el intervalo de años desde 2014 al 2022 dio como resultados 74 artículos en Pubmed Central, dicha búsqueda se fundamentó en criterios que comprende la realización de revisiones exhaustivas sobre diagnóstico e interpretación radiográfica del quiste de erupción en lactantes. Los artículos relacionados fueron discriminados según la veracidad de la información; es decir, que no cuenten con base científica como ensayos clínicos, monografías, documentos e información redundante. En total fueron 29 los artículos que una vez examinados pasaron a ser comprobados por los parámetros estipulados.

Además, se han considerado temas para esta investigación como lesiones gingivales en el recién nacido, lesiones orales odontogénicas y del desarrollo en pacientes pediátricos, manejo odontológico de lesión congénita de células granulares y dientes neonatales. Estos artículos abordan las patologías bucales en pacientes pediátricos para poder diagnosticar de manera correcta tanto en su parte histológica, radiográfica y el tratamiento específico.

Discusión

En general, los quistes patológicos están agrupados por tres características relevantes: la existencia de un revestimiento epitelial, una luz ubicada en el centro y una pared de tejido conectivo adyacente (Arce, Streeff & Ettinger, 2016). Un quiste es una cavidad cubierta de epitelio. Esta cobertura de revestimiento epitelial aparece del epitelio odontogénico, que incluye los restos de las células epiteliales de Serres, el epitelio que envuelve la corona en el desarrollo del diente, los restos de células epiteliales de Malassez y el epitelio reducido del esmalte (Rajendra, 2020).

Los restos de Serres son residuos de la degeneración de la lámina dentaria, esta es la encargada en la sexta semana de vida embrionaria iniciar la formación de los dientes. Los restos epiteliales de Malassez son células residuales de la desintegración de la vaina radicular epitelial de Hertwig, que inicia la formación de raíces. En última etapa, estos restos quedan atrapados dentro de la encía maxilar y mandibular y el hueso alveolar. Los quistes odontogénicos, generalmente, se identifican en los exámenes de rutina y se clasifican como inflamatorios o de desarrollo.

Radiográficamente los quistes odontogénicos se presentan como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular con bordes definidos; sin embargo, no se pueden diferenciar radiográficamente. Además, los quistes odontogénicos pueden compartir apariencias radiográficas similares con tumores odontogénicos agresivos (Pociask, Nurzynska, Obuchowicz & Bałon, 2021).

Los quistes de erupción (QE) representan una variante del quiste dentífero y se presentan como una lesión de crecimiento demarcado, translúcido, prominente, de consistencia blanda y de color negro azulado. El color azul o rojo oscuro depende de la cantidad de fluido de sangre dentro del quiste y frecuentemente se denomina hematoma de erupción. El tamaño de presentación del quiste de erupción depende del tamaño del diente subyacente. El QE se encuentra en el reborde alveolar sobre la superficie de un diente deciduo en erupción o permanente, cuya corona dental no consigue romper la mucosa gingival, tomando la forma de una cúpula (Olliviera, Silveria, Duarte & Diniz, 2018). Puede presentarse con apariencia única o múltiple, unilateral o bilateral tanto en el maxilar como en la mandíbula (Marques, de Alencar, Maia & Antonio, 2015).

El término quiste de erupción se utiliza correctamente cuando el diente afectado se encuentra en los tejidos blandos que recubren el hueso alveolar durante la erupción del

diente. Cuando el diente está rodeado de hueso, la misma lesión debe denominarse quiste dentífero (Olliviera, Silveria, Duarte & Diniz, 2018). La causa exacta de los QE no se ha establecido claramente en la literatura. Los estudios han mencionado que la incitación de los tejidos blandos, los traumatismos, las caries tempranas, las infecciones y la falta de amplitud para la erupción son todas causas posibles que podría estar relacionado con esta patología (Licla, 2016).

La prevalencia de quistes de erupción reportada en la literatura es baja. Las posibles razones de esto son que la mayoría de los quistes de erupción son asintomáticos y con frecuencia se resuelven sin tratamiento. Algunas investigaciones sugieren que es más constante localizarlos en la zona anterior de los incisivos y posterior de los primeros molares definitivos (Olliviera, Silveria, Duarte & Diniz, 2018). Estas lesiones son autolimitadas y tienden a desaparecer a medida que el diente erupciona normalmente (Brecher y Lewis, 2018).

Los problemas que pueden presentar el QE en un lactante son dolor a la succión y masticación, retraso de la erupción; normalmente estos se presentan en la primera década de vida. Existe una predilección de género según Bodner (s/a, citado por Marques, de Alencar, Maia & Antonio, 2015) en una proporción de 2:1 en el sexo masculino. Pueden encontrarse asociados a los dientes natales o neonatales maduros cuando el diente del lactante está cerca o completamente desarrollado dando como resultado un pronóstico relativamente bueno para mantenerse.

Por otra parte, también se consideran dientes natales o neonatales inmaduros cuando el diente ha perdido su desarrollo y su forma incompleta lo que resulta un problema para el lactante porque cuando está mal implantado el diente natal o neonatal es peligroso para los recién nacidos, ya que puede aflojarse durante la lactancia y ser aspirado; por lo tanto, está indicada la extracción (Olliviera, Silveria, Duarte & Diniz, 2018).

Generalmente, el QE se localiza y se diagnostica con mayor frecuencia en clínica. Se pueden presentar con características unilaterales separadas, pero también se han anunciado quistes de erupción diversos y bilaterales (Chandan, Gopal, Seelinere & Basavaraj, 2014) La mayoría de estas lesiones son asintomáticas, pero pueden convertirse en sintomáticas por causas de un traumatismo o una infección secundaria.

En efecto, estos especímenes frecuentemente demuestran tener una mucosa oral de apariencia normal en la superficie, un espesor variable de la lámina propia intermedia y

la cavidad quística revestida con una capa delgada de epitelio escamoso no queratinizado en el margen más profundo del espécimen. La gran mayoría de los quistes de erupción no requieren intervención quirúrgica (Allon, Allon, Anavi, Gal & Kaplan, 2015).

Histológicamente, el quiste de erupción se deriva del epitelio reducido del esmalte, por debajo del epitelio escamoso estratificado superficial se encuentra una capa fina de tejido conectivo. El revestimiento del quiste de erupción es delgado y de dos capas que se asemejan al revestimiento folicular (Bilodeau y Hunter, 2021). Debido a que en extrañas ocasiones se requiere una intervención quirúrgica para el manejo de estos quistes, las muestras histopatológicas no se emiten con frecuencia para su revisión. Sin embargo, cuando se envían muestras, habitualmente son de un procedimiento quirúrgico que implica el destechado de la cavidad quística para permitir la erupción del diente. Su diagnóstico diferencial ocurre con el hemangioma, abscesos dentarios, nevus pigmentado y melanocarcinoma (Okada, Matsumoto, Nishida, Morishita, Tezuka, Kobayashi & Watanabe, 2017).

A nivel radiográfico, si el diente implicado ya ha partido la cortical no se observa rastros de lesión y en casos de que el diente esté englobado por el QE se denota una radiolucidez unilocular circunscrita (Alvarez, Sacsquispe & Paredes, 2016). Un diente en erupción continuamente debe ser radiográficamente evidente debajo de la zona afectada, y no demostrar ningún elemento intraóseo en el quiste. Por el contrario, un quiste dentífero es radiográficamente evidente alrededor de la corona de un diente que no ha brotado y puede tener compromiso óseo.

Otros autores como Marques, de Alencar, Maia & Antonio (2015) relatan que la radiografía es esencial para el diagnóstico de otras patologías relacionadas a quistes odontogénicos; sin embargo, el quiste de erupción no se puede manifestar con este examen, ya que es difícil distinguir el espacio entre la QE y el diente porque ambos están íntimamente ligados a los tejidos blandos de la cresta alveolar. Aun así, Woldenberg (s/a, citado por Marques, de Alencar, Maia & Antonio, 2015) manifiesta que la radiografía es muy recomendable para evaluar la morfología del diente afectado o el hueso de la mandíbula que lo rodea.

Varias anomalías benignas bucales que afectan a los tejidos blandos de los niños pueden ser tratadas por el dentista. El abordaje de esta lesión va a depender de las características clínicas que presente el paciente como tamaño del quiste, sangrado, edad del paciente y el manejo odontológico (Alvarez, Sacsquispe & Paredes, 2016). El

manejo odontológico más conservador, según los autores Marques, de Alencar, Maia & Antonio (2015), para los pacientes lactantes, es la instrucción de higiene por parte de la madre, dieta normal y frotación en la zona de la lesión varias veces al día con el apoyo de un mordedor.

La mayoría de veces los quistes de erupción se rompen espontáneamente, son involutivos y desaparecen en pocas semanas por ende no precisan ningún tratamiento. Pero en caso de persistencia, otra opción de abordaje es la remoción quirúrgica (tabla 1). La cirugía se realiza si se prolonga la presencia de la lesión o está dificultado la función de succión o masticación del niño (Olliviera, Silveria, Duarte & Diniz, 2018).

Tabla 1. Diferencias en los distintos tipos de abordajes para el quiste de erupción.

Autor	Tratamiento	Procedimiento	Ventajas	Desventajas
(Alvarez, Sacaquispe & Paredes, 2016)	Operculectomía	Extirpación quirúrgica de uncolgajo de tejido de la encía sobre el diente parcialmente erupcionado.	Es de fácil ejecución y rápida recuperación para el paciente	Leve dolor posoperatorio
(Abate, Cavagneto, Fama, Matarase, Bellincioni, & Assandri, 2017)	Marsupialización	Consiste en el retiro de la cápsula quística en lesiones que no comprometen en forma importante las estructuras anatómicas, ni la continuidad del maxilar	Es la técnica más simple y habitual	Alta tasa de recurrencia
(Chhabra, Chhabra, & Kumar, 2019)	Enucleación	Se realiza una apertura en la pared externa del quiste retirando una porción de la cortical externa y cápsula quística, comunicando la cavidad quística con el medio oral	Mayor facilidad de extirpación. Disminución del tamaño de la lesión. Menor tasa de recidiva	Requiere que el paciente sea colaborador



(Kumar, Rehman & Chaturvedy, 2017)	Cr-YSGG laser	Es un láser a base de diodo Cr-YSGG que se utiliza tanto en procedimientos para tejidos blandos y duros	No necesita sutura. Es bactericida. Tiene efectos coagulantes Rápida cicatrización	Está contraindicado para cirugía periapical cavidad retrógrada.
------------------------------------	---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Nota: Tipos de abordajes que pueden aplicarse ante un quiste de erupción tomando en cuenta su diagnóstico clínico y radiográfico.

En caso de que requiera tratamiento se procede a realizar una incisión liberadora para ayudar a erupcionar el diente, de lo contrario solo se controla (Vega, Ayuso, Sayuso, Roig & Lopez, 2014). Una de las cirugías más realizadas es la operculectomía. El propósito de esta técnica es la extirpación quirúrgica de un colgajo de tejido de la encía sobre el diente parcialmente erupcionado, la abertura a la superficie del proceso quístico, salida del contenido y eliminación de la presión dentro del quiste posibilitando la erupción, siendo más sencilla la ejecución y rápida mejoría para el paciente.

En algunos casos, la incisión se sostiene con compresas de gasa y fluido de eugenato de zinc. Cuando el diente subyacente no está en erupción se realiza el tratamiento de Eucleación con curetaje que se basa en la eliminación de la cápsula quística en lesiones que no involucran en forma importante las estructuras anatómicas ni la continuidad del maxilar, con esta técnica la lesión es despegada del hueso. Este método se utiliza sobre todo para quistes de menor tamaño, aunque debe usarse siempre que sea posible ya que tiene ciertas ventajas (Chhabra, Chhabra, & Kumar, 2019).

Cuando el quiste incrementa de volumen, causando desplazamientos o molestias se procede a realizar la Marsupialización, este método quirúrgico consiste en disminuir la presión intraquística y encoge progresivamente el quiste (Alvarez, Sacsquispe & Paredes, 2016). Este procedimiento crea una abertura en la pared quística para drenar su contenido y ocasionalmente, la pared del quiste se sutura a la mucosa oral (Noriaki et al., 2018).

Actualmente puede incluirse otro abordaje y es el uso de Er, Cr-YSGG laser, el cual ha brindado cierta utilidad sobre la incisión convencional con bisturí, porque reduce la

cantidad de anestésico local, no registra abundante hemorragia, se elimina la necesidad de sutura, no produce calor o fricción, ofrece confort y es terapia bactericida con efectos coagulantes, rápida cicatrización del tejido y no produce dolor postoperatorio (Kumar, Rehman & Chaturvedy, 2017). Para asegurar el control adecuado de la lesión y evitar posibles secuelas es indispensable hacer seguimiento a los pacientes. Otros autores Gaddehosur, Gopal, Seelinere, & Nimbeni (2014) lo hicieron por cuatro meses.

Características de las patologías más comunes de la cavidad oral en lactantes que pueden observarse clínicamente similares a un quiste de erupción.

Quiste de la lámina dental: son pequeños quistes muy comunes en los recién nacidos que se originan en la lámina dental, se presenta clínicamente como lesiones superficiales de forma redonda y de color blanca dentro de la mucosa alveolar. Sus características histológicas muestran una envoltura epitelial fina, una luz llena de queratina y un intercambio hacia el exterior. Esta lesión no requiere tratamiento debido a su localización superficial en la mucosa; tienden a reventarse por traumatismos (Bilodeau y Hunter, 2021).

Quiste dentígero: son quistes de origen odontogénico que están relacionados con las coronas de los dientes no erupcionados. Se presenta clínicamente como lesiones radiolúcidas uniloculares bien delimitadas que se conectan al diente en la unión amelocementaria (Arjona, Severra, Hernandez & Torres, 2015). Se encuentra recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Sus características histológicas suelen demostrar tener cilios, células mucosas, cuerpos de Rushton y hendiduras de colesterol. Su tratamiento más recomendado es la enucleación, descompresión o marsupialización. Esta lesión puede observarse radiográficamente con bordes bien definidos, radiolucidez unilocular asociada a la corona de un diente (Huang, Moore & Logan, 2019).

Épulis congénito: este abultamiento de forma pedunculada benigna que se puede encontrar en la parte anterior de la boca. Se presenta clínicamente como una masa de tono rosado, introducida en la cresta del reborde o proceso alveolar. Se han descrito lesiones con volumen considerable que pueden comprometer la vía respiratoria del paciente. Sus características histológicas es que se encuentra encapsulado con abundantes células de forma poligonal, citoplasma granular y núcleo oval. Esta lesión se encuentra cubierta con epitelio estratificado delgado y sin arrastre en el epitelio

inferior. El tratamiento más recomendable para esta patología es la cirugía de remoción (Podesta, 2017).

Ameloblastoma: es un tumor odontogénico benigno de crecimiento lento, de tamaño variable e indolora y puede presentar movilidad (Laborde, Nicot, Wojcik, Ferri & Raul, 2016). Se presenta clínicamente mucosa y tejido interno en gemación. Puede contener porciones de curetaje, algunos de carácter fibrosos y de color blanquecinos, otros gelatinosos de color amarillentos o rojizos (Kreppel y Zöllner, 2018). Sus características histológicas son pared quística envuelta por epitelio ameloblástico con células de la capa basal con polaridad alterada. El abordaje adecuado para esta lesión es la Marsupialización y curetaje. Radiográficamente en ocasiones se puede llegar a observar una lesión radiolúcida multilobulada y se puede apreciar radiolucidez circunscrita que rodea la corona de un diente incluido (Morice et al., 2019).

Fibroma osificante periféricos: es una lesión no neoplásica reactiva que aparece en la encía. Se asocian generalmente con la erupción de dientes neonatales y natales. Esta lesión se presenta de forma nodular, pedunculada de consistencia firme, su mucosa es de color rosada plana y tersa. Clínicamente se observa cubierta de epitelio hiperplásico en la mucosa oral. Presenta lámina propia que con proliferación de fibroblastos redondos mezclados con depósitos calcificados. Uno de los tratamientos posibles y confiables a realizar es una incisión lineal con láser de diodo alrededor del pedúnculo formado en la encía. Radiográficamente no se observa rastro de la lesión (Tavares, Da Costa, Freire-Maia, Souza & Zarzar, 2020).

Resultados

Se deduce que durante el proceso de erupción el espacio folicular que envuelve la corona del diente puede llenarse de fluido tisular, lo que produce una tumefacción en el reborde alveolar induciendo al desarrollo del quiste de erupción (Agarwal, Kumar, Banarjee & Singh, 2016). Asimismo, el quiste de erupción se diferencia de otras lesiones porque se desarrolla en tejido blando y radiográficamente se observa una sombra radiolúcida que rodea la corona en un diente en erupción sin afectación de hueso a diferencia del quiste dentígero que a pesar de tener el mismo origen (epitelio reducido del esmalte), este quiste se encuentra solo en tejido óseo teniendo afectación de hueso tanto en el maxilar como en la mandíbula.

La mayoría de autores, concuerdan que para los niños es preferible un tratamiento más conservador, ya que esta lesión no requiere proceso quirúrgico porque desaparecen por

sí solos, posibilitando la erupción dental, pero en caso de persistencia, una incisión en el techo del quiste, permitiría una rápida erupción dental (Alvarez, Sacsquispe & Paredes, 2016). Se sabe que el mejor tratamiento conservador para el paciente es cuando no implica el uso del bisturí o cirugía, sin embargo, en caso de que la lesión dificulte la alimentación del bebe, será necesaria la remoción de la misma.

Para la extirpación quirúrgica del infante, en algunos casos por la escasa colaboración será necesario algún método restrictivo como el uso de papoose board seguido de la sedación, para brindar comodidad al operador y su zona de trabajo, Chandan, Gopal, Seelinere & Basavaraj (2014) manejaron con anestesia general un paciente varón de 22 meses, debido a los síntomas de inflamación, dolores periódicos y la presencia de varios quistes. De igual manera, el paciente siempre debe ser monitorizado en sus funciones vitales.

Varios autores han afirmado que el impacto del Er, Cr-YSGG laser está triunfando y ha aumentado su popularidad por su empleo en procedimientos quirúrgico orales en niños y se puede utilizar tanto para el manejo de tejidos blandos y duros simplemente variando su configuración para cada uso, ya que implica una reducción en la dosis de analgesia local y en la duración de la intervención, la técnica es sencilla y el láser produce un efecto hemostático que mejora la percepción de la zona quirúrgica, lo cual es útil en las bocas pequeñas de los niños. De igual manera el láser ayuda a tener una cicatrización mínima, elimina la necesidad de sutura, disminuye la inflamación postoperatoria, la infección, dolor, sangrado y el uso de medicamentos (Kumar, Rehman & Chaturvedy, 2017).

La limitación metodológica de este estudio acerca del tema que se está abordando es que no tiene suficiente sustento en lo que trata la interpretación radiográfica en los quistes de erupción en lactantes, debido a la falta de información dado que algunas literaturas no detallan claramente sobre si se puede o no observar características propias de esta lesión en la radiografía.

Conclusiones

El quiste de erupción es una lesión benigna que se presenta en la mucosa oral previo a la erupción de un diente primario o permanente. Esta anomalía congénita es poco frecuente en lactantes, pero es una de las más comunes y pueden resultar alarmantes.

El tratamiento de preferencia debe ser determinado para cada caso con un diagnóstico adecuado tanto en sus hallazgos clínicos como radiográficos, por tal motivo debe manejarse correctamente para disminuir las complicaciones del diente en desarrollo para de esta manera devolver al niño la salud bucal, su función y estética.

Referencias

- Abate, A., Cavagneto, D., Fama, A., Matarase, M., Bellincioni, F., & Assandri, F. (2017). Efficacy of Operculectomy in the Treatment of 145 Cases with Unerupted Second Molars. *Dentistry journal*, 8(65), 3-5. doi:10.3390/dj803006
- Agarwal, N., Kumar, D., Banarjee, S. & Singh, A. (2016). Eruption cyst due to supernumerary tooth. Department of pedodontics and preventive dentistry. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 4(1), 99-102
- Allon, D., Allon, I., Anavi, Y., Gal, G. & Kaplan, L. (2015). Descompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 73(4), 649-54. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.10.024>
- Alvarez , M., Sacaquispe, S. & Paredes, N. (2016). Manejo bajo sedacion consciente de quiste de erupcion en infante. *Revista Estomatológica Herediana*, 26(4), 256-259.
- Arce, K., Streeff, C. & Ettinger, K. (2016). Pediatric Odontogenic Cyst of the Jaws. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 0(28), 21-30. doi:10.1016/j.coms.2015.07.003
- Arjona, M., Sevrera, M., Hernandez, J. & Torres, D. (2015). Conservative management of dentigerous cysts in children. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 7(5), 671. doi:10.4317/jced.52248
- Bilodeau, E. & Hunter, K. (2021). Odontogenic and Developmental Oral Lesions in Pediatric Patients. *Head and Neck Pathology*, 15(1), 71-84. <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01284-3>
- Brecher, E. & Lewis, C. (2018). *Pediatric clinics of North America*, 65(5), 909-921. doi:10.1016/j.pcl.2018.05.016



- Chandan, G., Gopal, S., Seelinere, P. & Basavaraj, N. (2014). Bilateral eruption cyst associated with primary molars in both the jaws. *BMJ case reports*, 30,bcr2013202606. doi:10.1136/bcr-2013-202606.
- Chhabra, N., Chhabra, S. & Kumar, A. (2019). Cyst Enucleation Revisited: A new technical Modification to ensure complete Removal of cystic Lining. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, 19(2), 173-177. doi:10.1007/s12663-019- 01252-7
- Flores, A. G. (2018). Quiste de erupcion: reporte de un caso. *Revista Mexicana de Estomatología*, 5(1), 55-63
- Gaddehosur, C., Gopal, S., Seelinere, P. & Nimbeni, B. (2014). Bilateral eruption cysts associated with primary molars. *BMJ case reports*, 30, bcr2013202606.
- Huang, G., Moore, L. & Logan, R. (2019). Histological analysis of 41 dentigerous cyst in a population pediatric. *Oral Pathology & Medicine*, 48, 74-78
- Kreppel, M. & Zöller, J. (2018). Ameloblastoma-Clinical, radiological, and therapeutic findings. *Oral diseases*, 24(1-2):63-66. doi: 10.1111/odi.12702
- Kumar, G., Rehman, F. & Chaturvedy, V. (2017). Soft Tissue Applications of Er,Cr:YSGG Laser in Pediatric Dentistry. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 10(2):188-192
- Laborde, A., Nicot, R., Wojcik, T., Ferri, J. & Raul, G. (2016). Ameloblastoma of the jaws: management and recurrence rate. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, 134(1),7-11. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2016.09.004
- Licla, K. (2016). Conociendo la cavidad oral del recién nacido. *Revista científica odontológica*, 4(1), 487-491. https://doi.org/10.21142/2523-2754-0401-2016-486-494
- Marques, A., de Alencar, N., Maia, L., & Antonio, A. (2015). Quality of Life related to Eruption Hematoma in a Twenty. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 16(9), 763-767. doi:10.5005/jp-journals-10024-1754
- Morice, A. et al. (2019). Conservative management is affective in unicystic ameloblastoma occurring from the neonatal period: A case report and literature



review. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*, 129(5):e234-e242. doi:10.1016/j.oooo.2019.08.009

Noriaki, A. et al. (2018). Multidisciplinary approach for treatment of a dentigerous cyst – marsupialization, orthodontic treatment, and implant placement: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 12(2). <https://doi.org/10.1186/s13256-018-1829-2>

Okada, E., Matsumoto, M., Nishida, M., Morishita, M., Tezuka, M., Kobayashi, E. & Watanabe, K. (2017). Epithelioid Hemangioma of the Thoracic Spine: A Case Report and Review of the Literature. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 10(25). doi:10.1080/10790268.2017.1390032

Olliviera, A., Silveria, M., Duarte, D. & Diniz, M. (2018). Eruption Cyst in Neonate. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 1(58). doi:10.5005/jp-journals-10005-1485

Pociask, E., Nurzynska, K., Obuchowicz, R. & Balon, H. (2021). Differential Diagnosis of Cysts and Granulomas Supported. *Sensors*, 21(22), 7481-7489. doi:doi.org/10.3390/s21227481

Podesta, E. (2017). Epulis del recién nacido. *Revista pediátrica de atención primaria*, 19(75), 275-278.

Rajendra, A. (2020). Odontogenic Cysts. *Dental clinics of North America*, 64(1), 105-119. <https://doi.org/10.1016/>

Tavares, T., Da Costa, A., Freire-Maia, F., Souza, L. & Zarzar, P. (2020). Unusual exophytic gingival lesion in a newborn treated. *Department of Oral Pathology and Surgery of Dentistry*, 130(3). doi:10.1016/j.oooo.2020.01.007

Vega, A., Ayuso, R., Sayuso, R., Roig, M. & Lopez, J. (2014). Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos: Revisión. *Avances en Odontoestomatología*, 2(29), 81-93.