



Revista Estomatológica Herediana

ISSN: 1019-4355

rev.estomatol.herediana@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Alvarez-Páucar, Maria; Sacsquispe-Contreras, Sonia; Paredes-Paredes, Ney
Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante
Revista Estomatológica Herediana, vol. 26, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 255-262
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421550073008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante

Management under conscious sedation of an infant with eruption cyst

Maria Alvarez-Páucar^{1,a}, Sonia Sacsquispe-Contreras^{2,b}, Ney Paredes-Paredes^{1,c,3,d}

RESUMEN

El quiste de erupción es un quiste extra óseo justo antes de la erupción de los dientes, se presenta de color negro azulado, debido a su contenido sanguinolento. Los problemas clínicos causados por su presencia son: retraso de erupción y dolor durante la masticación. No precisa tratamiento si las lesiones desaparecen por sí solos al romperse espontáneamente, permitiendo la erupción dental, aunque no siempre sucede esto y en caso de dolor o infección. El objetivo del presente estudio fue reportar el caso de un infante de 1 año y 8 meses que presentaba quiste de erupción, con aparente buen estado de salud que fue referido a la Clínica de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El tratamiento quirúrgico de elección fue la ulectomía bajo sedación consciente, la excisión simple del quiste de erupción se realizó a nivel del diente 63, cuyo propósito fue evacuar su contenido y eliminar la presión intracística. Se realizó la monitorización del proceso de erupción dental para asegurar un desarrollo adecuado y evolución favorable, devolviendo la salud de los tejidos blandos y manteniendo una buena salud oral.

PALABRAS CLAVE: Quiste odontogénico, erupción dental, sedación consciente.

¹ Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Especialidad de Patología y Medicina Estomatológica, Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.

^a Docente de Pregrado y Postgrado, Doctor en Ciencias de la Salud, Especialista de Odontopediatría, Especialista en Tecnologías de la Información y Comunicación para la Docencia en la Educación Superior ; ^b Coordinador del Postgrado, Doctor en Estomatología, Especialista en Medicina y Patología Oral ; ^c Docente de Postgrado; ^d Odontopediatra Asistente, Maestría en Docencia Universitaria.

SUMMARY

It is called eruption cyst, follicular growth just before the eruption of teeth, this lesion cystic extra-bone type is presented in black-blue color, due to its bloody content. Clinical problems caused by the presence of cyst are delayed eruption and pain during chewing. No treatment required if the lesions disappear on their own to break spontaneously, allowing tooth eruption, except in case of infection. The aim of this study was to report the case of an infant patient of one year-old and 8 months, with good overall health, referring to the Specialty Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry at Universidad Nacional Mayor of San Marcos. The surgical treatment was indicated ulectomy under conscious sedation, the simple excision of the eruption cyst was performed at the level of the tooth 63, whose purpose was to evacuate their contents and removing the intracystic pressure. The dental eruption process was monitored to ensure proper development and favorable evolution, restoring the health of soft tissues and maintaining good oral health.

KEYS WORDS: *Odontogenic cyst, tooth eruption, conscious sedation.*

INTRODUCCIÓN

Laskaris define al quiste de erupción (QE) como una variante del quiste dentígero en tejido blando, asociado a un diente temporal o permanente en erupción (1). Duarte et al., lo llaman quiste o hematoma de erupción, lesión tipo quística extra-ósea que se desarrolla en el reborde alveolar (2). Las lesiones son múltiples y no aumentan de tamaño. Se debe a un crecimiento folicular que se presenta antes de la erupción dentaria, específicamente a la separación del folículo dental alrededor de la corona del diente (1,3).

Su incidencia en niños es común, se ubica en cualquier zona del diente en erupción, siendo los más afectados los molares y caninos (1). Con menor frecuencia aparecen en los incisivos superiores deciduos, pueden presentar características sintomáticas y crear incomodidad al niño (2), pueden afectar a dientes que no tengan predecesores (dientes deciduos o molares permanentes), se hallan superficialmente en la encía sobre el diente no erupcionado (4). Este tipo de lesiones ocurren entre las edades de 1 mes a 12 años y una media de 4 años (5), presenta su mayor frecuencia entre los 6 a 11 años (6). Fungi reportó frecuencia de quistes de desarrollo: quiste dentígero (81,5 %), quiste periodontal lateral (10,2 %), quiste gingival del adulto (3,40 %), sialoquiste odontogénico (2,80 %) y el quiste de erupción (2,10 %) (7).

Dentro de sus características clínicas, el QE se caracteriza por una lesión de crecimiento demarcado, translúcido, consistencia blanda y se ubica sobre el diente en erupción (1,2,4,5), registra sangrado y dolor ocasionado por la masticación (6). 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 (1).

Como características histopatológicas, se observa que la cavidad quística está delineada por una delgada capa de epitelio escamoso no queratinizado, la inflamación de grado variable de la lámina propia, puede estar presente (1). En la capa superior se encuentra el epitelio queratinizado del reborde alveolar y debajo separado por una delgada capa de tejido fibroso relativamente libre de inflamación, el revestimiento de un quiste de erupción (5).

El diagnóstico diferencial ocurre con el hematoma, hemangioma, abscesos dentarios, tatuaje de amalgama, nevus pigmentado, melanocarcinoma (1). A nivel radiográfico, si el diente involucrado ya ha roto la cortical no se observa rastros de lesión y en casos donde el diente está encapsulado por el QE se denota una radiolucidez unilocular bien circunscrita, a veces multilocular en relación con la corona del diente no erupcionado o en desarrollo, que puedan desplazar a los dientes vecinos, el diagnóstico usualmente es clínico (6).

No hay uniformidad de criterios sobre su tratamiento, la mayoría de autores, refiere que el QE desaparece en pocas semanas (2) o se rompen espontáneamente (6). Se realiza la observación debido a su erupción espontánea, aunque la excisión del techo del quiste puede estimular la erupción del diente (1). La cirugía se realiza si se prolonga la presencia del quiste o

cuando está dificultando la función de succión o masticación del niño (2,7). El tratamiento quirúrgico de la ulectomía, es una técnica que permite la erupción libre de dientes retenidos, de fácil manejo y se logra la rápida recuperación del paciente. Este procedimiento implica colocar anestesia local infiltrativa en la mucosa gingival, incisión circunferencial alrededor del borde mesial del diente, la exéresis del tejido gingival, la exposición dental y hemostasis (8). Con la exposición dental, ocurre drenaje del fluido y el consecuente proceso eruptivo (1).

Sedación consciente con midazolam

El estado de sedación consciente, consiste en la mínima depresión del nivel de la consciencia, manteniéndose los reflejos protectores, *vía aérea independiente* y permeable, respondiendo a la estimulación física y órdenes verbales (9-11). Facilita el procedimiento dental de pacientes con buen comportamiento y de pacientes no cooperadores, al disminuir sus niveles de ansiedad y pánico (9,11). El agente sedativo recomendable debe tener corto efecto, fácil eliminación y administración, depresión respiratoria mínima, efecto amnésico sin alterar la memoria, que elimine la tensión, ansiedad, temor y eleve el umbral del dolor. La Asociación Americana de Anestesiología (ASA por sus siglas en inglés), refiere que para someter a un paciente bajo sedación consciente se necesita valorar su estado de salud y el grado de sedación durante el tratamiento dental de acuerdo a escala de Houpt (9) (Tabla 1).

Las benzodiacepinas son comúnmente usadas en odontopediatría (12). El midazolam es un agente de sedación popular, por su rápida acción sedante, ansiolítica y efecto amnésico, la dosis de 0,5 mg/kg es la adecuada, adoptada inicialmente para la premedicación de la anestesia general, antes de la separación de los padres. El presente trabajo reporta el abordaje quirúrgico del quiste de erupción de un infante bajo sedación consciente.

Reporte de caso

Niño de género masculino de 17 meses, que asistió a la Clínica de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La madre lo trae, preocupada porque “su hijo se cayó de la cama (trauma) hace 02 meses y luego observó

Tabla 1. Escala de Houpt para evaluar el Grado de Sedación (9).

1. Valoración del Sueño	
- Despierto	4
- Somnoliento, desorientado	3
- Dormido, fácil de despertar	2
- Dormido, difícil de despertar	1
2. Valoración del Movimiento	
- No movimiento	4
- Movimiento intermitente que no afecta al tratamiento	3
- Movimiento continuo que afecta al tratamiento	2
- Movimiento violento que interrumpe el tratamiento	1
3. Valoración de Llanto	
- No llanto	4
- Llanto intermitente	3
- Llanto continuo o persistente	2
- Llanto histérico	1
4. Evaluación total del procedimiento	
- Excelente, no interrumpido	6
- Muy bueno, interrumpido limitadamente	5
- Bueno, alguna dificultad, pero todo el tratamiento terminado	4
- Regular, mucha dificultad pero todo el tratamiento terminado	3
- Malo, tratamiento parcial	2
- Interrumpido	1

una bolita en la parte superior de la encía”, hace algún tiempo presentó molestia al comer. Paciente con aparente buen estado general de salud, con vacunación completa, no registró reacción alérgica a medicamentos, ni intervención quirúrgica, ni hospitalización. Desarrollo psicomotor de acuerdo a su edad. Antecedentes médicos, a los 10 meses presentó enfermedad respiratoria y lo nebulizaron en ese lapso de tiempo, asimismo reportó alergias al polvo. La madre no refiere antecedentes familiares, ni antecedentes odontológicos. Pesa 11,4 kg y mide 70 cm. Al examen físico sin alteración evidente. Al examen extraoral, registró forma de cráneo mesocéfalo

y cara mesofacial, fascie simétrica y perfil convexo. Al examen intraoral, se observó una tumefacción a nivel gingival con cambio de coloración, evidencia color violáceo, de consistencia blanda, lisa, brillante y translúcida al área correspondiente del diente 63, la cual se presenta sin erupcionar, a diferencia de su contralateral pieza 53 (Figura 1 y figura 2).



Figura 1. Foto inicial frontal donde evidencia la ausencia del diente 63, mientras que su contralateral 53 ya hizo erupción.



Figura 2. La imagen muestra una lesión quística de color violáceo y voluminoso a nivel de la pieza dental 63.

El presente caso reportó radiografía de la zona afectada, porque nos ayudó a realizar el diagnóstico diferencial con otras anomalías (Figura 3). Paciente infante según Castillo y de comportamiento definitivamente negativo según Frankl. Se obtuvo el diagnóstico definitivo de Quiste de erupción y se optó por el tratamiento de la ulectomía bajo sedación consciente.



Figura 3. Radiografía periapical de la zona que compromete el diente 63 de evolución submucosa no tiene techo óseo

Se obtuvo el consentimiento informado de la madre. Se realizó la adecuación del medio bucal. Para el día de la intervención, se indicó a la madre, traer al niño en ayunas, estar acompañado por otra persona adulta, traer una muda de ropa extra y traer un termo con agua. En la sedación consciente, se usó una tableta de Midazolam 15mg, dosis 0,5mg/kg, se realizó el cálculo correspondiente a 5,7mg. Se procedió a triturar la fracción de la tableta y se mezcló con el jugo de frutas de envase de vidrio, sabor a durazno para su ingesta. A los 10 minutos, el infante fue separado de los padres e ingresado a Sala de Quirófano. Se empleó la contención física o inmovilización pasiva, mediante el uso del papose board, permitió restringir los movimientos del infante y así acceder con comodidad al procedimiento clínico planeado. El oxímetro de pulso fue colocado en el dedo gordo del pie, para su monitorización. El comportamiento del niño fue evaluado con la escala global de Houpt (Grado 1-6), donde 1: Interrumpido: no se realizó tratamiento; 2: Pobre o malo: tratamiento interrumpido, se completó el tratamiento parcial; 3: Favorable/regular: tratamiento interrumpido pero finalmente completado; 4: Bueno: difícil pero todo tratamiento se realizó; 5: Muy bueno: algunos limitado al llanto o movimiento; y 6: Excelente: no presenta llanto o movimiento (9).

Se realizó antisepsia de la zona con gluconato de clorhexidina 0,12%, se colocó los campos estériles, se aplicó a la mucosa gingival anestesia tópica benzocaína 20% por 3-4 minutos para reducir el

dolor producido por el anestésico local lidocaína 2% con vasoconstrictor (1:100000) con dosis máxima de 4mg/kg sobre la mucosa vestibular en las ramas terminales del nervio alveolar superior. Se realizó la incisión inicial con bisturí (mango n° 3) y lámina n°15, el corte fue en forma de elipse y de trazo continuo. Se realizó la ulectomía, exéresis del tejido gingival a nivel del techo de la zona comprometida y drenaje del fluido (Figura 4, figura 5 y figura 6).

El tejido extirpado fue enviado a patología confirmando el diagnóstico (Figura 7). Se irrigó con suero fisiológico, se hizo hemostasia tamponando con gasa esterilizada la zona.

No se registró depresión respiratoria o desaturación de oxígeno por debajo del 98%. Se le entregó a la madre la receta de medicación: Amoxicilina 250mg + Ac. Clavulánico 62,5mg/5ml en suspensión y Paracetamol 120mg/5ml en jarabe. Como indicaciones: nada por vía oral después de 4 horas, consumo de dieta blanda por 03 días, cepillado suave evitando la zona donde

se efectuó la excisión. Se realizó controles a los 7 y 15 días, en este último periodo se observó la erupción de la pieza dental 63 en adecuada posición dental y su evolución fue favorable (Figura 8 y figura 9).



Figura 6. Exéresis del techo de la membrana quística que cubrían la corona dental

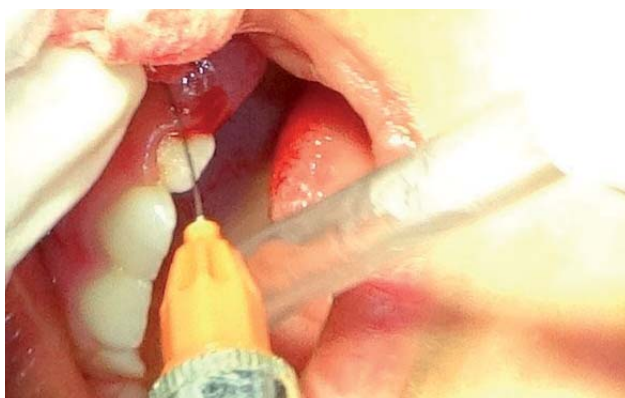


Figura 4. Aplicación del anestésico local, previa colocación del gel de benzocaína al 20%.



Figura 7. Obsérvese la pieza quirúrgica obtenida en la cirugía



Figura 5. Se muestra la incisión a nivel del techo de la lesión a nivel de la pieza dental 63.



Figura 8. Imagen posterior inmediato al tratamiento quirúrgico



Figura 9. Foto de control, donde evidencia la pieza 63 en erupción.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los quistes epiteliales de las maxilares, el QE se considera como una entidad clínica independiente (13).

Según la investigación de Vega et al., la incidencia relativa del QE se muestra en $\leq 0,8\%$ de población estudiada, tiene ligera predilección por el sexo masculino, y se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula (14). Asimismo, Bodner reportó su mayor frecuencia en varones y en el maxilar superior derecho, a diferencia del estudio reportado por Demirci y Saruhan (15), que lo ubicó mayormente en el maxilar superior del lado izquierdo de la línea media coincidiendo con el presente caso clínico reportado.

El presente estudio observó que el QE apareció por trauma y la madre lo notó por el cambio de color, ausencia del diente deciduo que le tocaba su irrupción y dificultad para comer, coincidiendo con Nagaveni et. al., donde la razón principal de la visita al dentista fue el aspecto de los quistes y la ausencia del diente en esa área, mientras que el dolor se informó como un factor secundario (16). Asimismo, el estudio de Dhawan et. al., menciona que existe un sinnúmero de teorías sobre su origen, como: infección, trauma, caries tempranas y falta de espacio (17); el diente se ve impedido en su erupción dental dentro de los tejidos blandos que recubren el hueso. Se indica un monitoreo cuidadoso del tamaño y apariencia del quiste, y de los factores

locales que impiden la erupción de los dientes, los cuales deben ser removidos tan pronto como sea posible para facilitar la erupción dental (13).

El diagnóstico diferencial ocurre con el hemangioma, el linfangioma alveolar neonatal, el nódulo de Bohn, el granuloma piógeno, el tatuaje de amalgama, otros (13,16), mientras que, el principal diagnóstico diferencial ocurre entre el quiste de erupción y el hematoma de erupción. El QE, clínicamente posee una apariencia azulada y translúcida, producida por una hemorragia en el interior del folículo dental en erupción, cuya corona no consiguió romper la mucosa gingival (2), el hematoma de erupción aparece debido al sangrado del tejido gingival durante la erupción y la acumulación de sangre es externa al epitelio del esmalte. El QE se distingue del hematoma de erupción, porque brilla mediante la transluminación, aunque no se sabe la diferencia exacta entre las dos lesiones (16,18).

El presente estudio optó por la evaluación radiográfica, debido a la gran ayuda para el diagnóstico y la detección de cualquier traba que impida la erupción dental. Lo que se observó radiográficamente, fue una sombra de tejido blando correspondiendo a la región del quiste, sin ninguna afectación ósea, con cripta dilatada y abierta coincidiendo con otros autores (19). La evaluación clínica en la mayoría de los casos determina su diagnóstico, ya que no suele haber afectación ósea a diferencia del quiste dentígero (14).

El infante no cooperó debido a la falta de maduración psicológica o emocional, siendo una de las indicaciones para el uso de la sedación consciente, según la American Academy of Pediatric Dentistry 2012 (20), en este caso para procedimiento quirúrgico. La dosis oral de midazolam es de 0,5-0,75 mg/kg, sin embargo otras escuelas aplican como dosis habitual a 0,3 -1 mg/Kg como dosis única, pero debe enmascararse el sabor amargo con el jugo de frutas (21). Aunque, la toma de la dosis más alta de midazolam (0,75 y 1mg/ kg) registraron buen comportamiento, en comparación a la tradicional dosis de 0,5 mg/kg (9,11). Los estudios previos de Cote et al., acerca de la eficacia de la dosis del midazolam (0,25-0,75 mg/kg) como agente de premedicación para la anestesia general, no registró diferencias significativas en el efecto ansiolítico y eventos respiratorios (11). El presente trabajo, optó por la dosis de 0,5 mg/kg,

tomando en cuenta la duración de la cirugía, gravedad del procedimiento del niño con ansiedad y edad del infante.

La dosis de midazolam empleada en este reporte, es respaldado por varios estudios, donde indican que su vida media cortaría entre 1-4 horas y su inicio de acción es a los 15 minutos de su toma, no requiere el uso de soporte ventilatorio, ni de oxígeno, debido a su rápida eliminación, lo que permite una rápida recuperación (11,22,23). El paciente pudo ser separado fácilmente de sus padres a los 10 minutos de la toma de la dosis, siguiendo el protocolo de la dosis de 0,5 a 1 mg/kg, que además refieren su máxima efectividad a los 20-30 minutos y su término a los 45 minutos; sin embargo Somri et al., registran que la óptima dosis oral de midazolam para someter a procedimientos dentales a niños de 3-10 años, fue de 0,75mg/kg, brinda buena ansiólisis, permite un tratamiento dental eficaz, minimiza los eventos adversos respiratorios, aunque la edad del paciente reportado en el presente caso, fue menor de 3 años.

Para la remoción quirúrgica del QE del infante de 17 meses, se usó adicionalmente el papose board, método restrictivo para acceder con comodidad a la zona de trabajo. Los padres aceptan el enfoque psicológico, seguido de la sedación y por último de la tabla de inmovilización pasiva, papose board (10), aunque prefieren no tener que recurrir a ellas, excepto en casos especiales como este. Sin embargo Gaddehosur et al., utilizó la anestesia general para un paciente varón de 22 meses, debido a los síntomas de hinchazón, dolor y la presencia de múltiples quistes (24). Asimismo, el paciente debe ser monitorizado en sus funciones vitales, el presente caso clínico usó el oxímetro de pulso, para un entorno controlado, aunque otros autores, recomiendan adicionar la canulación intravenosa, realizado 30 minutos después de la toma del midazolam (mezclado con jarabe de uva en una concentración de 2 mg/ml) y antes del inicio del tratamiento dental, en caso de urgente reanimación (11).

La mayoría de autores, coinciden que los QE, no requieren tratamiento porque desaparecen por sí solos, permitiendo la erupción dental (tratamiento conservador), ocurre en los pacientes jóvenes, particularmente en neonatos, pero en caso de persistencia, una incisión en el techo del quiste,

permitiría una rápida erupción dental (5,6). Algunas situaciones justifican la exposición quirúrgica de la corona (16), el propósito de la ulectomía, es la apertura al exterior del proceso quístico, evacuación del contenido y eliminación de la presión intraquística, como se hizo en el caso reportado, que notó ausencia del diente subyacente, posibilitando su erupción, siendo de fácil ejecución y rápida recuperación para el paciente (8,17). En algunos casos, la incisión se mantiene con apósitos de gasa y eugenato de zinc (fluido), las opciones de tratamiento van desde la enucleación con curetaje cuando el diente subyacente no está en erupción o cuando el quiste aumenta de tamaño, causa desplazamientos o molestias y se opta por la marsupialización o descompresión (5). Un tratamiento que aún no es popular, pero novedoso fue sugerido por Boj et al., mediante el uso de Er, Cr-YSGG láser, que brindó ciertas ventajas sobre la incisión convencional con bisturí, no usaron anestesia, no registró excesiva hemorragia, no produjo calor o fricción, ofrece comodidad y terapia bactericida con efectos coagulantes, rápida curación del tejido y no presenta dolor postoperatorio (17).

El presente caso contó con el seguimiento al paciente por 15 días hasta la erupción dental, y se observó alineamiento en su arcada, mientras que Gaddehosur et al., lo hicieron por 4 meses hasta la erupción de sus molares (24), Fernández sugiere controles posteriores para asegurar su correcta evolución (5), pero Weber et al., reportaron rotación del incisivo deciduo inferior derecho, después de 6 meses de la intervención, debido a la falta de soporte óseo y la presión ejercida por crecimiento del quiste en la etapa temprana de formación, se recomienda la detección precoz y evitar así sus posibles secuelas (25). Dada las características clínicas del QE, este reporte busca reducir el estrés infantil y disminuir el comportamiento combativo durante la aplicación del anestésico local para la intervención bajo sedación. Actualmente, se estarían realizando estudios sobre técnicas con mínimo abordaje quirúrgico para lograr mayor confort del infante.

CONCLUSIONES

— La sedación con midazolam aplicado por vía oral constituye una alternativa de tratamiento segura y efectiva, para reducir la ansiedad en tratamientos invasivos.

- El abordaje del quiste de erupción va a depender de las características clínicas como sangrado y tamaño de la lesión, edad del paciente, así como el fácil manejo profesional.
- El tratamiento odontológico (ulectomía) bajo sedación consciente se acompañó con el seguimiento del caso, para asegurar la erupción dental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Caracas: Ed.Amolca; 2001. p.98-100.
2. 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.
3. Aldred MJ, Cameron AC. Patología y medicina oral pediátrica. En: Cameron AC, Widmer RP. (editores). Manual de odontología pediátrica.3a ed. Barcelona: Ed. Elsevier España; 2010. p. 192-3.
4. Cawson RA, Odell EW. Fundamentos de medicina y patología oral. 8a ed. Barcelona: Ed. Elsevier España; 2009. p.123.
5. Magaña MP, Robles MA, Guerrero CS. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM. 2014; 71 (3): 115-9.
6. Fernández MM. Quiste de erupción en dentición mixta. Duazary. 2012; 9(2):196-200.
7. Fungi MM. Revisión analítica de los quistes odontogénicos: Archivo de la Cátedra de Anatomía Patológica Facultad de Odontología Udelar. Odontoestomatología. 2011; 13(18): 56-65.
8. Souza EMC, Gondim JO, Salles DSL, Giro EMA. Cisto de erupção: características clínicas e abordagem terapêutica. Rev Odontol UNESP 2007; 36 (número especial).
9. Rojano-Santillán A, Martínez-Ruiz VM, Pizano-Damasco MA, Banderas-Tabaray JA. Dosis efectiva del midazolam para sedación consciente en estomatología pediátrica. Revista Dental Mexicana. 2004; 61(4): 130-6.
10. Cordero N, Cárdenas JM, Álvarez LG. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Revista CES Odontología. 2012; 25 (2): 24-32.
11. Somri M, Parisinos C, Kharouba J, et al. Optimizing the dose of oral midazolam sedation for dental procedures in children: a prospective, randomized and controlled study. Int J Paediatr Dent. 2012; 22: 271-9.
12. William G, Katsnelson A, Alstrom H. Illinois dental anesthesia and sedation survey for 2006. Anesth Prog. 2007; 54: 52-8.
13. Agarwal N, Kumar D, Banarjee S, Singh A. Eruption cyst due to supernumerary tooth - a chance occurrence. J Dent Specialties. 2016;4(1):99-102.
14. Vega ALL, Ayuso RM, Teixidor IO, Salas JE, Marí AR, López JL. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Avances en odontoestomatología. 2013; 29 (2): 81-93.
15. Demirci T, Saruhan N. Eruption cyst in maxilla: a case report. J Dent Fac Atatürk Uni. 2014; 24(1):85-7.
16. Dhawan P, Kochhar GK, Chachra S, Advani S. Eruption cysts: A series of two cases. Dental Research Journal. 2012; 9 (85): 647-50.
17. Nagaveni NB, Umashankara KV, Radhika NB, MajSatisa TS. Eruption cyst: A literature review and four case reports. Indian J Dent Res. 2011;22:148-51.
18. Kurniasih I. Emerging problems associated with tooth eruption. Mutiara Medika 2008; 8(1):52-9.
19. Gopal SK, Vijayan PB. An eruption cyst – a case report. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. 2016; 5 (9):1131-5.
20. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Clinical practice guidelines. 1990; 37(6): 180-193
21. Castro ADV, Costa PSS, Costa LRS. Sedação medicamentosa em odontopediatria: princípios para uma prática segura. En: Correa MSNP, editor. Conduta clínica e psicológica na odontopediatria. 2a ed. São Paulo: Livraria Santos; 2013. p.416-23.
22. Kaviani N, Shahtusi M, Haj Norousali Tehrani M, Nazari S. Effect of oral midazolam premedication on children's co-operation before general anesthesia in pediatricdentistry. J Dent Shiraz Univ Med Sci. 2014; 15(3): 123-8.
23. García CR, Caprotta G, de Castro MF, Germ RM, Lagomarsino E. Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos Parte 2: Requerimientos y medicación. Arch Argent Pediatr. 2008; 106 (6): 524-32.
24. Gaddehosur CD, Gopal S, Seelinere PT, Nimbeni BS. Bilateral eruption cysts associated with primary molars in both the jaws. BMJ Case Rep. 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202606.
25. Weber BG, Ilha MC, Borges TS, Ruschel HC, Kramer PF, Ferreira SH. Eruption cyst associated with tooth rotation on deciduous dentition: A case report. Stomatos. 2015; 21(40): 21-6.

Recibido : 09-01-2017

Aceptado : 20-02-2017