



Erupción pasiva alterada: Reporte de caso

Altered passive eruption: Case report

Erupção passiva alterada: relato de caso

Ana Paula Romero-Paguay ^I
apaula.romero@ucuenca.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-7474-566X>

Xavier Andrés Pinos-Ochoa ^{III}
xavier.pinos@ucuenca.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-4692-3436>

Correspondencia: apaula.romero@ucuenca.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 01 de abril de 2025 * **Aceptado:** 18 de mayo de 2025 * **Publicado:** 03 de junio de 2025

- I. Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador.
- II. Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

Resumen

La erupción pasiva alterada (EPA) es una anomalía morfológica dada durante la erupción dentaria, este exceso gingival alrededor de los dientes causa problemas estéticos como coronas clínicas cortas. Estas carencias estéticas pueden llevar a los pacientes a buscar tratamientos para abordarlas. El manejo la EPA está dictado por su clasificación, la cual se obtiene a base de estudios clínicos y radiográficos. El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico con el correcto manejo de la erupción pasiva alterada, realizando un diagnóstico y plan de tratamiento adaptado a las necesidades del paciente.

Palabras clave: Erupción pasiva alterada (EPA); estética; límite amelocementario (LAC); sonrisa gingival.

Abstract

Altered passive eruption (APE) is a morphological abnormality that occurs during tooth eruption. This excess gingival growth around the teeth causes aesthetic problems such as short clinical crowns. These aesthetic deficiencies can lead patients to seek treatment. The management of APE is dictated by its classification, which is obtained based on clinical and radiographic studies. The objective of this article is to present a clinical case with the correct management of altered passive eruption, providing a diagnosis and treatment plan tailored to the patient's needs.

Keywords: Altered passive eruption (APE); aesthetics; cemento-enamel boundary (CEB); gummy smile.

Resumo

A erupção passiva alterada (EPA) é uma anormalidade morfológica que ocorre durante a erupção dentária. Esse crescimento gengival excessivo ao redor dos dentes causa problemas estéticos, como coroas clínicas curtas. Essas deficiências estéticas podem levar os pacientes a buscar tratamento. O manejo da EPA é determinado por sua classificação, obtida com base em estudos clínicos e radiográficos. O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico com o manejo correto da erupção passiva alterada, fornecendo um diagnóstico e plano de tratamento adaptados às necessidades do paciente.

Palavras-chave: Erupção passiva alterada (EPA); estética; limite amelocementário (LCE); sorriso gengival.

Introducción

La erupción dentaria comprende de dos fases: una fase activa que consiste en la emergencia del diente a la cavidad oral en dirección oclusal hasta alcanzar el plano oclusal de su antagonista y una fase de erupción pasiva, que implica la migración apical de los tejidos blandos que recubren la corona del diente (Alpiste-Illueca, 2012)

La erupción pasiva alterada (EPA) o también conocida como erupción pasiva retardada es una variación de la morfología normal. Habitualmente la unión dentogingival (UDG) está cerca de la unión cemento-esmalte, sin embargo, en la erupción pasiva alterada la unión dentogingival suele ocupar una posición mucho más incisal excediendo el nivel del límite amelocementario (LAC) dando lugar a coronas clínicas cortas. Esta situación clínica se atribuye a una alteración en la fase de erupción pasiva (Alpiste-Illueca, 2012)

La EPA cuenta a su vez con una clasificación la más utilizada es la propuesta por Coslet y cols. comprendida por Tipo 1 y Tipo 2, cada una con subtipo A y B (Tabla 1) (Coslet JG et al., 1977; Mele et al., 2018). Este manuscrito tiene como objetivo proporcionar una guía sobre el manejo de la erupción pasiva alterada, considerando su clasificación diagnóstica.

CLASIFICACIÓN ERUPCIÓN PASIVA ALTERADA			
TIPO 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Banda de encía adherida ancha (maxilar: 3,0 a 4,2 mm -mandíbula: 2,5 a 2,6 mm). ● La unión mucogingival está apical al LAC y a la cresta alveolar. 	SUBTIPO A	La distancia entre LAC y la cresta ósea es >2 mm
		SUBTIPO B	La cresta ósea se encuentra a nivel de la LAC o coronal a ella.
TIPO 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Unión mucogingival localizada a nivel de la unión cemento-esmalte o coronal a ella. 	SUBTIPO A	La distancia entre LAC y la cresta ósea es >2 mm

		SUBTIPO B	La cresta ósea se encuentra a nivel del LAC o coronal a ella.
--	--	-----------	---

Tabla 1: Clasificación EPA

Tratamiento

El tratamiento de la erupción pasiva alterada dependerá de su clasificación (Tabla 1). El objetivo de los tratamientos es reducir la sonrisa gingival y aumentar la proporción de la longitud de la corona, logrando una sonrisa estética y satisfacción del paciente (Ferreira et al., 2024). En conjunto estos tratamientos se conocen como procedimientos de alargamiento estéticos de la corona clínica (Tabla 2)(Tatakis & Silva, 2023).

TRATAMIENTO ERUPCIÓN PASIVA ALTERADA		
TIPO 1	SUBTIPO A	Gingivectomía
	SUBTIPO B	Gingivectomía y Osteotomía
TIPO 2	SUBTIPO A	Colgajo Reposicionado Apical
	SUBTIPO B	Colgajo Reposicionado Apical y Osteotomía

Tabla 2: Tratamiento EPA

Reporte de caso

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad con motivo de consulta de una sonrisa gingival y estética inadecuada de sus dientes. El paciente proporcionó un historial odontológico de tratamiento de ortodoncia previo para la corrección de maloclusión dental. Se realiza un examen intra y extraoral para un correcto diagnóstico. Después de la evaluación extraoral, se observó que el paciente posee una competencia labial en reposo, longitud y movilidad labial promedio y una altura facial estándar. Al examen intraoral, presenta un fenotipo periodontal grueso sin problemas inflamatorios, además de un exceso gingival a nivel del sector anterosuperior al sonreír (3 mm), coronas clínicas cortas y banda ancha de encía insertada (Figura 1).



Figura 1: Fotografía inicial

Se realizó mediciones con la sonda periodontal Carolina del Norte (Hu-Friedy, EE.UU.), para determinar la altura de la corona clínica, y no se siente el LAC al sondaje periodontal; realizamos las radiografías periapicales con paralelismo (Figura 2); concluyendo con el diagnóstico de sonrisa gingival por erupción pasiva alterada tipo 1.



A

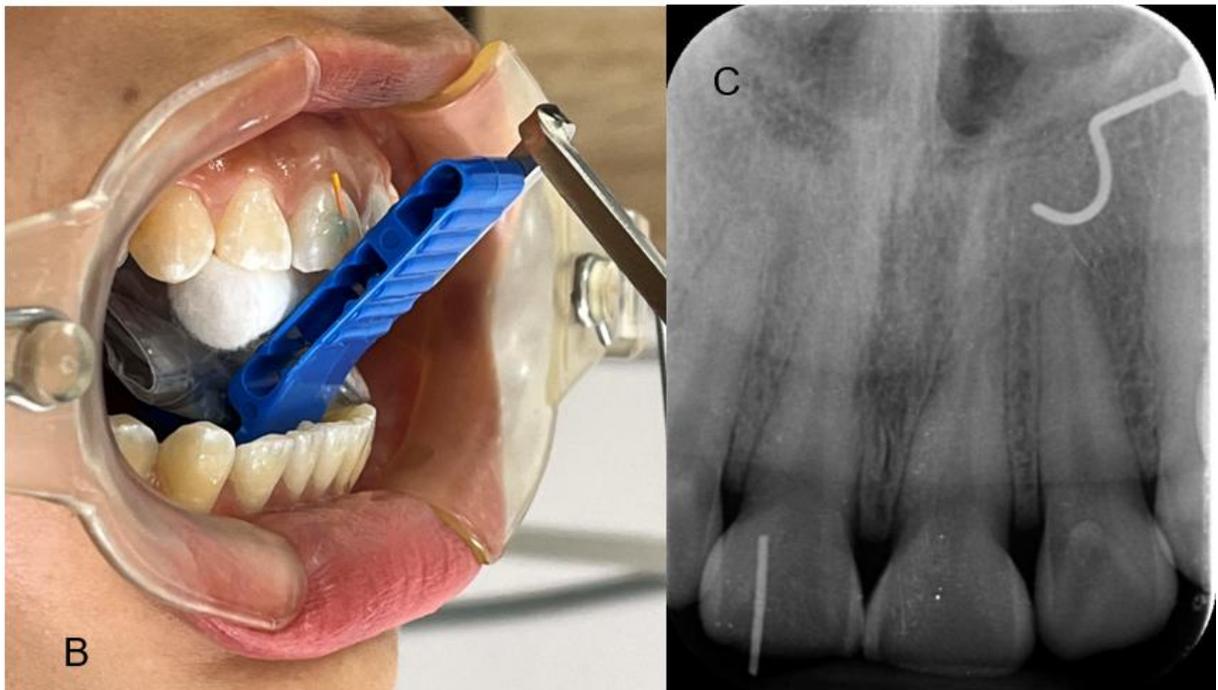


Figura 2: (A) Cono de gutapercha colocado vestibularmente hasta el margen gingival para determinar la longitud de la corona clínica. (B) Toma de radiografía con técnica de paralelismo. (C) Radiografía periapical con cono de gutapercha

Planificación

Se midió la corona clínica (8 mm) y la corona anatómica (10 mm) en base a las radiografías periapicales, existiendo una diferencia de (2 mm) ; con todos estos criterios diagnósticos establecidos se plantea a la paciente un procedimiento de alargamiento de corona con gingivectomía de manera festoneada (2 mm) y en el momento quirúrgico valoramos si se realiza o no osteotomía dependiendo del sondaje óseo.

Preoperatorio: Desinfección intraoral con clorhexidina al 0,12% por un minuto y desinfección extraoral con yodopovidona al 10% (Löe et al., 1986)

Operatorio: Se administra un anestésico local (lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000) con técnica infiltrativa en los dientes anterosuperiores, realizamos incisiones festoneadas de 2 mm apical al margen gingival desde el diente 1.3 al 2.2. Se realizan las incisiones con electrobisturí, posteriormente se retira el collarín gingival y en este momento se realiza el sondaje óseo (0.5mm) y aquí es cuando llegamos al diagnóstico erupción pasiva alterada Tipo 1 Subtipo B. Una vez conseguida la nueva arquitectura gingival, procedemos a levantar un colgajo mucoperióstico

(Figura 3), procedemos con la osteotomía de 3mm entre la cresta ósea y el LAC, utilizando una fresa de carburo tungsteno e irrigación constante (Figura 4). Finalmente se reposiciona el colgajo seguido de una sutura de poliamida 5/0 utilizando punto colchonero vertical en cada papila (Figura 5).



Figura 3: Levantamiento de colgajo mucoperióstico con osteotomía del 1.1, 1.2, 1.3. Diferencia con el lado contrario en donde se observa menos de 2 mm de distancia de la cresta ósea al LAC



Figura 4: Osteotomía finalizada



Figura 5: (A) Punto colchonero vertical. (B) Fotografía final inmediata a la intervención

Postoperatorio: Una vez finalizado el procedimiento se receta analgésicos antiinflamatorios: etoricoxib 90 mg 1 cada 24 horas por 5 días y paracetamol de 1gr 1 cada 12 horas por 5 días. Se recomienda cepillado dental con cerdas ultra suaves (curaprox surgical) junto con enjuagues con clorhexidina al 0,12% 15 ml por 1 min cada 12 horas durante 2 semanas y una dieta blanda (Pinos-Ochoa & Ortiz-Garay, 2019). Se retiraron los puntos a los 8 días, y se realizó control a los 3 y 6

meses (**Figura 6**). Se realiza el tratamiento restaurador estético (**Figura 7**), los márgenes gingivales no presentan recidiva, manteniéndose en su lugar a los 6 meses.



Figura 6: Fotografía control a los 6 meses



Figura 7: Tratamiento restaurador finalizado. Restauración directa de resina en los dientes 1.2;1.1;2.1 y 2.2

Discusión

La correcta valoración del profesional frente a la EPA, es primordial al momento de otorgar una planificación de tratamiento, ya que, esta variación morfológica gingival puede acarrear problemas estéticos e inflamatorios que podrían progresar hacia problemas periodontales más severos, afectando aún más no solo al bienestar físico sino también al estado mental del paciente como su

autoestima. Por lo tanto, un correcto diagnóstico conlleva establecer que el origen del problema sea la ausencia de migración apical de los márgenes gingivales hacia el LAC, una vez que se ha completado el proceso de erupción del diente y que el exceso gingival al sonreír no se derive de desequilibrios fisiológicos como la presencia de enfermedad de los tejidos periodontales o variantes anatómicas como un maxilar hipertrófico y/o a un labio corto e hipotónico (Oteo et al., 2018a; Pinos-Ochoa & Ortiz-Garay, 2019). Para la presente investigación se consideró la clasificación de Coslet y cols. como una guía para determinar el tratamiento requerido por el paciente, es decir, dependiendo la clasificación diagnóstica se asigna un procedimiento específico el cual puede variar, siendo necesaria una gingivectomía e inclusive una osteotomía; concordando con Oteo y cols. quienes concluyeron que la técnica quirúrgica a emplear vendrá determinada por el tipo de EPA que presente el paciente de acuerdo a la clasificación de Coslet (Oteo et al., 2018b)

El planteamiento del tratamiento de la EPA está influenciado por diversos factores diagnósticos y evaluaciones prequirúrgicas que guían hacia una toma de decisión en el manejo de la misma, como se mencionaba anteriormente el sondaje periodontal acompañado con un diagnóstico visual radiográfico son herramientas que nos ayudarán a guiar el tratamiento. Al igual que Dimitris N. Tatakis y Cléverson O. Silva, que informaron en sus investigaciones, la recomendación de la incorporación de herramientas digitales al diagnóstico de la EPA, como: fotografías digitales intraorales y faciales (sonrisa), con la asociación del escaneo digital y la tomografía volumétrica digital de haz cónico (CBCT) que nos permiten determinar con mayor certeza la localización del LAC, la distancia del LAC y la cresta ósea y ver el volumen y ancho de tejido blando (Tatakis & Silva, 2023). Sin embargo, el costo elevado del estudio, la dosis de radiación más alta en la CBCT (52 -1025 μSv) en comparación con las radiografías convencionales (5.0 μSv) y el mayor tiempo requerido para la manipulación e interpretación hacen que éstos parámetros no estén dentro del plan ideal (Díaz Barrera et al., 2021; Kailash, 2014).

Por otro lado, los tratamientos de la EPA pueden tener ciertas complicaciones al momento de la intervención, por lo tanto, se debe de manejar dichos procedimientos con cautela tal como lo menciona Mario Wilckens y col, donde recomiendan realizar mediciones constantes con la sonda periodontal en el intraoperatorio, una abundante irrigación e idealmente magnificación ocular (Wilckens et al., 2015). Ante éstas complicaciones diferentes autores evidencian dos problemáticas principales al momento de realizar una intervención en la EPA, la primera se presenta en casos donde se ha realizado un retiro excesivo de la cresta ósea provocando una

recesión gingival residual, frente a esta problemática Dimitris N. Tatakis y col. identificaron los siguientes efectos negativos, como son: márgenes gingivales irregulares, pérdida de papilas interdentes, que conllevarían a la aparición de los espacios vacíos o “triángulos negros” teniendo una desfavorable estética visual, igualmente nos menciona de complicaciones más constantes postquirúrgicas como edema, dolor y ocasionalmente sangrado (Tatakis & Silva, 2023). Por otro lado, tenemos el rebote de tejido que es evidente al momento de la cicatrización del mismo, lo cual lo evidencia el Dr. Alfonso Oteo que en su investigación tras analizar los estudios existentes llegaron a la conclusión de que transcurridos 3 meses desde la cirugía existe un rebote de la posición del margen gingival que migra coronalmente 0.58-0.63mm y transcurridos 6 meses esta migración aumenta en torno a 0.2 mm, por lo que se puede esperar un rebote total a los 6 meses de unos 0.7-0.8 mm (Oteo et al., 2018a), concordando con Domínguez y col. quienes analizaron la distancia desde la cresta alveolar ósea hasta el margen gingival posquirúrgico en un control a los 3 y 6 meses encontrando un rebote del tejido estadísticamente significativo ($p = < 0.019$) (Domínguez et al., 2020). No obstante, no se debe pasar desapercibido el fenotipo periodontal y su asociación al rebote tisular y la recesión gingival, ya que, un fenotipo delgado se asocia con recesiones gingivales; de esta manera Dimitris N. Tatakis y Carlos A. Jurado concuerdan que el fenotipo periodontal es una variable a considerar debido a que los pacientes con un fenotipo delgado pueden experimentar más recesión gingival que aquellos con un fenotipo grueso, incluso coinciden que el tiempo de curación ideal varía de 6 semanas a 6 meses, y puede requerirse un tiempo más largo para pacientes con un fenotipo delgado (Jurado et al., 2022; Tatakis & Silva, 2023), como se evidenció en nuestro paciente al tener un fenotipo grueso.

Otro aspecto a considerar, es la técnica en el abordaje quirúrgico, se ha planteado procedimientos conservadores, entre los cuales se encuentran el manejo mínimamente invasivo sin colgajo que en la literatura se conoce como: flapless-approach (FL) y el manejo tradicional con colgajo abierto que se acompaña con el concepto: open-flap (OF) (Sourour et al., 2024). Ante esta nueva propuesta de procedimientos Blake Crosby y Marie-line Sourour llevaron investigaciones mediante metaanálisis y revisiones sistemáticas donde se comparó el tiempo de trabajo entre FL y OF, determinando que un abordaje sin colgajo ahorra 10 minutos. Además, se comparó las ventajas y desventajas que estas técnicas ofrecían, siendo que el abordaje OF podría causar una interrupción del riego sanguíneo local, formación de edema y mayor inflamación. Por el contrario, un abordaje FL reduce el tamaño de la herida, dolor percibido, riesgo de infección, tiempo quirúrgico y una

cicatrización más rápida, proporcionando una estabilización del margen gingival; sin embargo, los costos del instrumental y la experiencia requerida por parte del profesional hacen que esta opción no sea la de elección, por lo que ambos métodos se consideran factibles para el tratamiento de la EPA(Crosby et al., 2023; Sourour et al., 2024).

Conclusiones

El tratamiento eficaz de la EPA estará acompañado siempre de una correcta evaluación y diagnóstico prequirúrgicos seguidos de una buena planificación del tratamiento quirúrgico para proporcionar al paciente resultados favorables a largo plazo.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios a largo plazo que controlen la cicatrización de los pacientes y la tasa de éxito del procedimiento. Siendo crucial analizar factores como edad y estado de salud en general del paciente en relación con los resultados del procedimiento.

Referencias

1. Alpiste-Illueca, F. (2012). Morphology and dimensions of the dentogingival unit in the altered passive eruption. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(5). <https://doi.org/10.4317/medoral.18044>
2. Coslet JG, Vanarsdall R, & Weisgold A. (1977). Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *The Alpha Omegan* , 70(3), 24–28.
3. Crosby, B., Ghaly, M., Griffin, G., Ange, B., & El-Awady, A. R. (2023). Open-flap versus minimally invasive esthetic crown lengthening: Systematic review and meta-analysis. *Dentistry Review*, 3(2), 100069. <https://doi.org/10.1016/j.dentre.2023.100069>
4. Díaz Barrera, C. F., Escárate Galarce, M. J., & Guerrero Gajardo, M. C. (2021). Comparación del uso de tomografía computarizada de haz cónico (Cone Beam) y la radiografía periapical en el diagnóstico imagenológico de pacientes con tratamiento de endodoncia con lesiones apicales. Una revisión sistemática. Universidad Viña del Mar.

5. Domínguez, E., Pascual-La Rocca, A., Valles, C., Carrió, N., Montagut, L., Alemany, A. S., & Nart, J. (2020). Stability of the gingival margin after an aesthetic crown lengthening procedure in the anterior region by means of a replaced flap and buccal osseous surgery: a prospective study. *Clinical Oral Investigations*, 24(10), 3633–3640. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03239-y>
6. Ferreira, C. F., Magalhães, E. B., & Zini, B. (2024). Esthetic Crown Lengthening and Minimally Invasive Laminate Veneers to Resolve Altered Passive Eruption. Wiley, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2024/8882326>
7. Jurado, C. A., Parachuru, V., Villalobos Tinoco, J., Guzman-Perez, G., Tsujimoto, A., Javvadi, R., & Afrashtehfar, K. I. (2022). Diagnostic Mock-Up as a Surgical Reduction Guide for Crown Lengthening: Technique Description and Case Report. *Medicina (Lithuania)*, 58(10). <https://doi.org/10.3390/medicina58101360>
8. Kailash, S. (2014). CBCT-Tomografía computarizada de haz cónico . *Journal of Academy of Dental Education*, 1(1), 9–15.
9. Loe, H., Anerud, A., Boysen, H., & Morrison, E. (1986). Natural history of periodontal disease in man: rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *Journal of clinical periodontology*, 13(5), 431–440.
10. Mele, M., Felice, P., Sharma, P., Mazzotti, C., Bellone, P., & Zucchelli, G. (2018). Esthetic treatment of altered passive eruption. En *Periodontology 2000* (Vol. 77, Número 1, pp. 65–83). Blackwell Munksgaard. <https://doi.org/10.1111/prd.12206>
11. Oteo, A., Lorenzo, R., Ortiz-Vigón, A., Rodrigo, D., & Vignoletti, F. (2018a). Altered passive eruption. Diagnosis and treatment of a clinical case.
12. Oteo, A., Lorenzo, R., Ortiz-Vigón, A., Rodrigo, D., & Vignoletti, F. (2018b). Trattamento di un'atrofia verticale mascellare con tecnica combinata: innesto in blocco e rialzo di seno mascellare.
13. Pinos-Ochoa, X., & Ortiz-Garay, E. M. (2019). Altered Passive Eruption: A case report. *Revista OACTIVA UC Cuenca*, 4(2), 25–30.
14. Sourour, M. line, Tawfik, O. K., Hosny, M., & Fawzy El-Sayed, K. M. (2024). Evaluation of minimally invasive esthetic crown lengthening using an open flap versus flapless surgical approach: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. <https://doi.org/10.1111/jerd.13247>

15. Tatakis, D. N., & Silva, C. O. (2023). Contemporary treatment techniques for excessive gingival display caused by altered passive eruption or lip hypermobility. En *Journal of Dentistry* (Vol. 138). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104711>
16. Wilckens, M., Beltrán, V., Leiva, C., & Donaire, F. (2015). Manejo quirúrgico periodontal de la erupción pasiva alterada: reporte de casos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 8(2), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2015.03.003>

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).