

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA



HIPERPLASIA GINGIVAL CAUSADA POR DILANTIN SODICO TRATAMIENTO QUIRURGICO

NELLY TORRES LEDESMA

MEXICO, D. F.

1962.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

T E S I S

Que presenta para su exámen profesional de

CIRUJANO DENTISTA

NELLY TORRES LEDESMA

ante la

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

MEXICO, D. F.

1962.

**A MIS PADRES
CON CARINO**

Con agradecimiento y cariño
a mi prima

MARIA DEL CARMÍN VELAZQUEZ

a quien todo debo.

Cariñosamente

A mis Tíos **LUZ** y **LEONCIO**

A mi hermana

DELIA T. DE CUEVAS

e hijos **EVY** y **JESUS**.

Con profundo respeto a mis Maestros.

**A mis amigos y compañeros
de generación.**

A la Escuela Nacional de Odontología.

Con mi Reconocimiento al
Sr. Dr. ROBERTO ROJO DE LA VEGA
quien dirigió este trabajo.

C O N T E N I D O

I.—EPILEPSIA.

II.—HISTOLOGIA DE LA ENCIA.

III.—HIPERPLASIA GINGIVAL.

IV.—TRATAMIENTO.

V.—OPERACION A COLGAJO "TECNICA DE NEWMAN".

VI.—CONCLUSIONES.

VII.—BIBLIOGRAFIA.

**HIPERPLASIA GINGIVAL CAUSADA
POR DILANTIN SODICO
TRATAMIENTO QUIRURGICO**

EPILEPSIA. Es una perturbación paroxística y transitoria de la función del cerebro que se presenta con convulsiones de aparición súbita de la musculatura estriada, con pérdida de la conciencia y con marcada tendencia a repetirse.

La epilepsia es una enfermedad ya conocida desde hace 4,000 años. Se menciona en las tablas de escritura cuneiforme de Nínive bajo el nombre de Labusa. Hipócrates reconoció a esta enfermedad y además le dio el nombre con el que actualmente se le conoce.

Hasta el presente se desconoce la etiología del padecimiento. En algunos casos el papel principal lo desempeña una lesión cerebral local, en otros el factor más importante parece ser la predisposición hereditaria y en algunos otros la causa es completamente desconocida.

Posibles causas de ataque epilépticos.

- 1.—Por irritación aguda del encéfalo, por acción mecánica y eléctrica.
- 2.—Irritación crónica del encéfalo por meningitis, enfermedades vasculares tales como la arterioesclerosis cerebral.
- 3.—Enfermedades degenerativas hereditarias del encéfalo.
- 4.—Toda clase de procesos causantes de hipertensión endocraneal como tumores, edema cerebral.
- 5.—Intoxicación por venenos exógenos como el alcohol, alcanfor.

Anatomía patológica. No existe ningún signo anatómico de las diversas causas, pero sí de las lesiones que los ataques imprimen en el encéfalo. En todos los pacientes que han sufrido durante largo tiempo severos ataques convulsivos cerebrales sea cual fuere su origen, se encuentran en el cerebro y el cerebelo zonas circunscritas en cuyo seno se hallan destruidas las células ganglionares.

Estas lesiones aparecen en forma de atrofia lobulillar de la corteza cerebelosa. Estas destrucciones celulares son consecuencia de espasmos vasculares que condicionan una isquemia local.

Sintomatología. Las personas que conocen y conviven con el paciente, pueden predecir a veces la inminencia del ataque, por la observación de ciertos indicios; algunos pacientes reconocen por sí mismos cuando va a sobrevenir la crisis, pero más frecuentemente el ataque aparece en forma inesperada. En la primera fase del ataque se oye un grito desgarrador y al mismo tiempo se ve cómo el paciente adopta una actitud como el de un tronco de un árbol que cae en cualquier dirección. La cara se desfigura con una mueca sardónica, la respiración se detiene. Al cabo de pocos segundos la rigidez generalizada se transforma en convulsiones bruscas y de fuerza incontenible que agitan todo el cuerpo del paciente, en este momento incluso la respiración es ronca y sigue el ritmo de las convulsiones. La mayoría de las veces la boca expele una espuma sanguinolenta, debido a que el enfermo se muerde la lengua o los labios. A menudo hay evacuación de orina. Debido a la prolongada detención de la respiración y al enorme esfuerzo que realiza el organismo del paciente, aparece una cianosis progresiva, las convulsiones se van haciendo más raras hasta que por fin el paciente bañado en sudor queda en el suelo completamente relajado, la respiración se va normalizando. Después de este estado continúa el estado de la inconsciencia en un sueño normal o bien el paciente vuelve en sí paulatinamente.

Durante los primeros momentos, el enfermo está desorientado, no recuerda nada del ataque sufrido, se siente mal, presenta dolor de cabeza y de miembros, cansancio y necesidad de dormir.

Tras los ataques los enfermos están desorientados, sus reacciones son lentas y su capacidad y comprensión notablemente disminuidas.

Estas alteraciones del aspecto y la personalidad son advertidas a menudo por los familiares antes del ataque. Al mismo tiempo el enfermo puede mostrarse desconfiado y excitado. Este estado puede persistir durante algunos días hasta que se presenta el acceso. Otros pacientes acusan cefalalgias y sacudidas musculares, también emisión de palabras desprovistas de sentido y gestos sin significación. En ocasiones el ataque es de suficiente intensidad para provocar fracturas de la columna vertebral por las contracciones tan fuertes a que los somete el ataque epiléptico. No raras veces los pacientes son víctimas de accidentes durante este estado, ya que pueden caerse, quemarse o fracturarse.

Tratamiento.—El tratamiento de los epilépticos debe tender a eliminar todos los factores que aumentan la predisposición del organismo a los ataques. Se recomendará al paciente llevar una vida lo más regular posible y evitar toda clase de excitaciones y esfuerzos psíquicos. En el mercado existen varios compuestos químicos que poseen una acción específica contra la tendencia de los ataques epilépticos. Uno de ellos es la difenilhialantoína sódica y el fenobarbital son las drogas más eficaces, pudiendo usarse solas o combinadas. Habitualmente se da en dosis de 0.1 gr. tres veces al día. La dosis máxima es de 0.6 gr. por día. Se utiliza en sujetos que presentan ataques epilépticos muy avanzados. La dosis eficaz suele traer trastornos y síntomas tóxicos en el organismo del paciente, puede presentar inquietud, nerviosidad, náuseas, vómitos, hiperplasia gingival.

ENCÍA

La encía es la membrana mucosa que rodea los dientes.

Normalmente la encía es rosada. La encía está claramente limitada sobre la superficie externa de ambos maxilares por una línea dentada (límite mucoso) que la separa de la mucosa alveolar. La mucosa alveolar es roja y muestra numerosos vasos pequeños cercanos a la superficie.

Una línea de demarcación se encuentra en la superficie interna del maxilar inferior, entre la encía y la mucosa del suelo de la boca.

En el paladar no existe una línea divisoria terminante debido a la densa estructura y firme adherencia de toda la mucosa palatina.

De acuerdo con Orban, el epitelio normal de la encía está queratinizado en su superficie y contiene una capa granulosa. Cuando no hay queratinización no hay capa granulosa. En otros casos la queratinización es parcial o incompleta caracterizada por una capa superficial que contiene células planas; los núcleos están presentes pero están aplanados, estas características son las de la paraqueratosis.

El epitelio cubre el borde de la encía y continúa dentro del revestimiento epitelial del surco gingival, para terminar en la superficie del diente con inserción epitelial.

Las células de la capa basal pueden contener gránulos pigmentarios (melanina). La pigmentación se produce normalmente

en los negros, pero se la encuentra con frecuencia también en la raza blanca, especialmente en las personas que tienen cutis moreno. Cuando se la encuentra es más abundante en las bases de la papila interdental. El pigmento melánico es almacenado por las células basales del epitelio, pero estas células no producen el pigmento. La melanina es elaborada por células específicas, los melanoblastos situados en la capa basal del epitelio.

La lámina propia o corión de la encía está formada por un tejido conjuntivo denso, no muy vascularizado. La encía normal contiene también macrófagos. Estas células desempeñan una función importante en el mecanismo defensivo del cuerpo. El tejido del corión contiene sólo escasas fibras elásticas, que corresponden en su mayor parte, a las paredes de los vasos sanguíneos. Las fibras gingivales de la membrana peridentaria penetran en el corión, adheriendo la encía firmemente al diente. La encía está también firmemente adherida al periostio del hueso alveolar.

La mucosa alveolar y la submucosa contienen numerosas fibras elásticas que son delgadas en el corión y gruesas en la submucosa.

La encía puede ser dividida en encía libre y encía adherida. La línea divisoria entre estas partes de la encía se llama ranura gingival libre, que corre paralelamente al borde de la encía.

La encía adherida presenta punteado, el grado de punteado varía en los diferentes individuos. La desaparición del punteado es indicio de edema y significa que la encía adherida toma parte en una gingivitis progresiva.

La papila interdental es la parte de la encía que llena el espacio que existe entre dos dientes, la papila está compuesta de encía libre y encía adherida.

La irrigación sanguínea de la encía se obtiene principalmente de las ramas de las arterias alveolares que penetran en el tabique alveolar y de las arterias que se encuentran en el exterior del alvéolo y de los huesos maxilares. Los vasos sanguíneos se anastomosan con los de la membrana peridentaria. Existe una red abundante de vasos linfáticos en la encía que van a terminar en los ganglios linfáticos submentonianos.

También hay en la encía un plexo abundante de fibras nerviosas y numerosas terminaciones nerviosas.

Fisiología de la encía. Ofrece una resistencia al trauma con ello su función de protección de los ligamentos del diente, de los tejidos dentarios mismos y del hueso.

La dilantina sódica fenitoína sódica (difenil-hilantoinato sódico), conocida también como Epamin, Eptoin es un medicamento anticonvulsivo notable que se emplea con buen éxito para tratar la epilepsia, sin embargo trae efectos adversos como la hiperplasia gingival.

HIPERPLASIA GINGIVAL

Hiperplasia.—Es el aumento de tamaño de un tejido u órgano por aumento del número de las células que lo componen.

Kimball fue el primero en observar y describir este fenómeno como acción secundaria del medicamento.

Se le atribuyen diversas teorías, una de ellas es la baja de las reservas de ácido ascórbico en la sangre, y se presenta más intensa en pacientes con carencia grave de vitamina C. Y como factores de predisposición podemos enumerar los hábitos, la higiene dental incorrecta y toda clase de irritaciones.

La frecuencia e intensidad de la hiperplasia no están directamente relacionadas con la dosificación o el tiempo que se administre el medicamento, aunque las alteraciones gingivales suelen aparecer en individuos que reciben grandes dosis de dilantina sódica durante bastante tiempo. El sexo y la edad no son factores predisponentes aunque es muy común encontrarlas en niños y adolescentes.

El cuadro clínico de la hiperplasia gingival. Aquí la encía aparece pálida, firme, resistente y no presenta ninguna de las alteraciones de color, consistencia o tendencia a hemorragias que son comunes en el agrandamiento gingival inflamatorio. La queratinización y el engrosamiento de la capa superficial son causas de que rara vez se observen procesos inflamatorios locales.

Donde primeramente se producen las alteraciones de las encías es en las papilas interdentes, pero en los casos avanzados las proliferaciones aumentan tanto que cubren el diente casi por completo,

los dientes se ven parcialmente sumergidos en el tejido hiperplásico. Con frecuencia sólo puede verse del esmalte una superficie en forma de V en la cara vestibular. En casos avanzados está afectada toda la encía marginal, con hiperplasia más intensa en la superficie vestibular.

El paciente tiene pocos y ningún síntoma. La principal molestia es la sensación desagradable de sentir los dientes cubiertos por la encía y la apariencia antiestética que presenta el paciente.

Histopatológicamente presenta una capa epitelial muy gruesa y queratinizada, debajo hay muchos linfocitos y células plasmáticas. Se observan también muchos fibroblastos dispersos por el tejido fibroso que constituyen la mayor parte de la lesión.

Cuando la hiperplasia está circunscrita a las zonas interdetales y antes que se forme tejido fibroso, la estimulación interdental, las medidas higiénicas y la eliminación de los factores irritantes locales pueden lograr la desaparición de la hiperplasia o evitar que se extienda.

En la hiperplasia dilatónica extensa, con grandes masas de tejido fibroso, el único tratamiento satisfactorio es la extirpación quirúrgica.

Las recidivas son comunes con cualquier forma de tratamiento, pues rara vez se obtiene la colaboración necesaria del paciente.

TRATAMIENTO

De acuerdo con la respuesta de la encía al fármaco (dilantina sódica) teniendo en cuenta la extensión de la zona afectada y gravedad de la hiperplasia gingival producida se debe escoger el método para el tratamiento.

En casos de respuestas benignas y de extensión reducida puede tratarse de curar por medios no quirúrgicos pero siempre con las reservas necesarias, pues no podemos tener una seguridad de conseguir éxito en el tratamiento usando únicamente una buena higiene bucal y aun en casos necesarios la administración de fármacos anti-alérgicos.

En la mayoría de los casos de enfermos epilépticos no es posible conseguir la disminución de la dosis y menos aun la substitución de la droga pues pese a lo que la propaganda comercial de muchos productos dicen en la mayoría de los enfermos no se logra la substitución de la dilantina sódica sin riesgos para el enfermo.

Las medidas indicadas de una buena fisioterapia casera en estos enfermos raramente las podemos conseguir, pues generalmente no son personas aptas para seguir las instrucciones de sus cuidados caseros, que son necesarios pues nos vamos a encontrar con enfermos que presentan una invalidez física y deficiencias mentales que hacen negativos nuestras indicaciones.

Otro tratamiento que ha caído en descrédito es el relativo al uso del Peróxido de oxígeno a 30 volúmenes que se puede conseguir con distintos nombres comerciales independientemente que es un

tratamiento que en su planeación es demasiado largo lo cual lo hace imposible por las dificultades del manejo de estos enfermos, los estudios de Glickman y Manhold demuestran que el aporte de oxígeno en dosis altas y del medio exterior a los tejidos no tiene resultados terapéuticos favorables pues demuestran que el aumento del aporte de oxígeno por encima de los requisitos del tejido no aumentan la utilización del mismo (Periodontología clínica de Glickman pág. 500).

Por las razones antes expuestas vemos que el único tratamiento a seguir es el quirúrgico que por lo menos durante un período de tiempo más o menos variable en su duración nos resuelve el caso.

Existen enfermos que de una manera dramática en periodos menores a 90 días se presente una reincidencia de su hiperplasia gingival produciéndose un nuevo agrandamiento gingival igual al que tenían antes de su tratamiento.

En casos en que la hiperplasia gingival no se presente con un agrandamiento gingival de tamaño exagerado podemos hacer un tratamiento quirúrgico siguiendo la técnica ya conocida de la profesión dental de la gingivectomía usando el instrumental indicado por los especialistas de Parodoncia.

Cuando nos encontramos con hiperplasias gingivales de exagerado crecimiento, la técnica de la gingivectomía no se puede aplicar pues la primera dificultad que vamos a encontrar es que no es posible hacer una medición de las bolsas parodontales en casos de que existan por no permitirlo la fuerte aposición del tejido hiperplásico que une fuertemente el tejido vestibular con el lingual.

Los cortes de encía usando los bisturis clásicos que usan los parodontistas no son prácticos pues hay que tener presente el tamaño de la hoja cortante y la angulación que presenta, en estos casos es más fácil usar los bisturíes de hojas intercambiables números 11-12-15, con mango número 3 deben usarse leguas del tipo usual para cirugía de los maxilares que existen en diversas formas y tamaños y que generalmente llevan el nombre de su autor, pero que todos son muy parecidos en su forma y uso, también debemos

de contar con tijeras curvas para tejidos blandos. Siempre debemos de contar con el instrumental necesario para practicar una odontoxesis. En estos casos es necesario usar una técnica parecida a la llamada "Técnica de Colgajo de Newmann" frecuentemente usada por los parodontistas de la escuela alemana.

Un problema a resolver según el caso y la persona es la técnica de la Anestesia por usar.

En muchos casos se puede usar la técnica de bloqueo por infiltración, pero de acuerdo con la calidad del enfermo en otros casos es necesario usar anestesia general para tener un control completo sobre el enfermo.

Operación a Colgajo Técnica de Newman.

Instrumental. Además del comúnmente usado son necesarios los siguientes instrumentos.

- 1.—Pinzas con los extremos dentados.
- 2.—Bisturíes rectos y para papilas dentarias.
- 3.—Erinas que tengan de 3 a doce dientes.
- 4.—Legras.
- 5.—Separadores de labios.
- 6.—Extractores de sarro diversos.
- 7.—Cinceles para esmalte.
- 8.—Tijeras quirúrgicas rectas y curvas de Newmann.
- 9.—Agujas rectas y curvas.
- 10.—Porta agujas para sutura.
- 11.—Seda fina Cadgutt.
- 12.—Limas en alambre para hueso.

T é c n i c a .

Se divide la boca en seis áreas comprendiendo 6 dientes cada una:

- 1.—De canino a canino superiores.
- 2.—De premolares a molares superiores derechos.
- 3.—De premolares a molares inferiores derechos.
- 4.—De canino a canino inferiores.
- 5.—De premolares a molares inferiores izquierdos.
- 6.—De premolares a molares superiores izquierdos.

Al efectuar la técnica son necesarias las siguientes precauciones:

Evitar el traumatismo innecesario de los tejidos pues en esta técnica se maneja una mayor extensión de ellos. Proceder a quitar todo tejido de granulación o tejido patológico.

Tratar de reducir el número de suturas, pues los labios de la herida ayudados por la fibrina del coágulo y la adhesividad del tejido conjuntivo se adhiere entre sí y con el tejido incidido. La técnica comprende 7 tiempos:

Primer tiempo.—Con bisturíes se practican dos incisiones verticales del lado vestibular, a la altura de los espacios interdentarios, tomando la parte más distal de los caninos para que la papila se desprenda luego con el colgajo. Se hace la hemostasia.

Segundo tiempo.—Con el bisturí para las papilas se inciden éstas, hasta el hueso en toda el área por operar.

Tercer tiempo.—Con la legra se separan las fibromucosas procurando no lacerarlas en su cara interna sobre el periostio.

Cuarto tiempo.—Se hace lo mismo lingualmente, cortando verticalmente la mucosa con el bisturí especial para ello.

Quinto tiempo.—Retraído el colgajo y hecha la hemostasia, se sostiene éste con las herinas colocadas cuidadosamente para no producir traumatismo, se excluye el tejido de granulación interdentario regularizando el hueso, quitando el tejido atacado, guiándose por las radiografías.

Sexto tiempo.—Se hace cuidadoso curetaje radicular quitando el sarro subgingival y se revisan los colgajos eliminando con tijeras el tejido de granulación cuidando no perforarlos; se adosan éstos para apreciar el exceso de ellos sobre los rebordes óseos y se elimina el borde gingival sobrante con la tijera de Newmann, tratando de reproducir el contorno, dejando puntas que se unirán luego con las del colgajo lingual para cubrir el espacio interdentario.

Séptimo tiempo.—Adosados los colgajos se procede a saturarlos con aguja corta y seda fina. Se excluyen las suturas de las incisiones verticales y se prescinde de algunas suturas interdenta-

rias, si el adosamiento y la coagulación sanguínea se realizan con rapidez.

Cuidados post-operatorios.

En esta técnica no es necesario el cemento quirúrgico pues el tejido óseo intervenido es cubierto por el coágulo y la sutura.

Si el tratamiento ha sido efectuado convenientemente, las complicaciones son muy reducidas. El dolor se combate con analgésicos. Se vigila la higiene bucal. A la semana siguiente a la intervención se quitan las suturas y se prescribe masaje en la región y 15 días después su cepillado. El día de la intervención su alimentación será líquida y se normalizará tres días después.

CONCLUSIONES

1.—El tratamiento de la hiperplasia gingival a resultas del uso del dilantín sódico por medios no quirúrgicos es de resultados negativos.

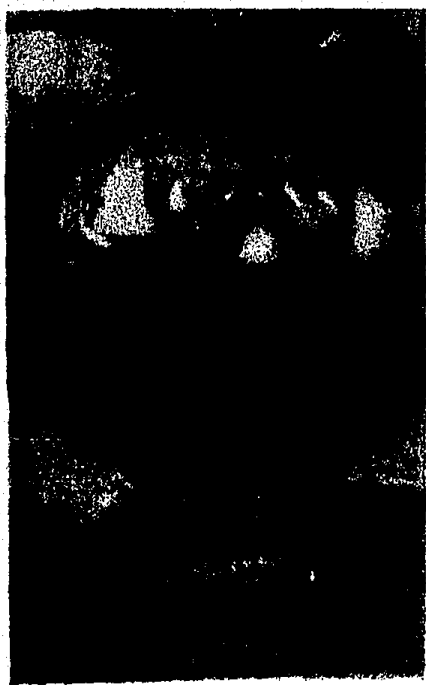
2.—Una buena fisioterapia oral no resuelve el problema pudiendo únicamente indicarse su uso como un medio de ayuda para conservar en mejores condiciones de higiene de la boca.

3.—Una resolución total del problema únicamente se consigue con el tratamiento quirúrgico.

4.—No se puede indicar el tiempo que durará el éxito de la intervención. Siempre existe el peligro de que se presente una fase regresiva.







BIBLIOGRAFIA

- Periodontología Clínica. (Irvin Glickman).
- Periodoncia. (Orbán).
- Periodoncia.
- Parodontología. (Drs. Henry M. Goldman Schluger Cohen Chaikin Fox).
- Medicina Interna. (Harrison).
- Manual Merck.
- Neurología.
- Neurología. (Juan Cárdenas y Cárdenas).
- Patología Bucal. (Thomas).
- Medicina Bucal. Diagnóstico y Tratamiento. Pág. 315-316. (Burket).
- Histología y Embriología Bucodental. Pág. 220. (Orbán).