



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IZTACALA - UNAM
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

**FIBROMATOSIS GINGIVAL POR DIFENILHIDAN-
TOINATO DE SODIO Y SU TRATAMIENTO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
JORGE JAVIER PEREZ CARDENAS

San Juan Iztacala, México.

1980



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.

INTRODUCCION

Siendo el difenilhidantoinato de sodio (DPH), el anticonvulsivo de elección para pacientes que padescan de epilepsia y teniendo éste reacciones secundarias indeseables, como la fibromatosis gingival, es papel del Cirujano Dentista enfrentar el problema de fibromatosis, debiendo estar capacitado, para tratar al paciente, aún en el momento de un ataque epiléptico, pero especialmente saber contrarrestar la fibromatosis. Aunque el mecanismo exacto de este padecimiento, es aún desconocido, no debemos restarle importancia, porque es de nosotros bien conocido, que debemos devolver a nuestro paciente la salud hasta donde sea posible y estando nosotros familiarizados con la fibromatosis gingival por (DPH), sabremos que podemos ayudar a disminuir en gran parte el tamaño de ésta hiperplasia.

Esto lo conseguiremos en dos formas :

La primera será lo que hagamos directamente en la boca del paciente, la segunda será la manera de como nosotros podamos hacer consciente a nuestro paciente, de la importancia que tiene su cooperación para con el éxito del tratamiento, para lo que debemos motivarlo e instruirlo en lo que respecta a control de placa.

Una vez instalada la fibromatosis y presentandose como una hiperplasia severa, sabemos que el tratamiento será la gingivectomía, intervención que para ser efectuada, se necesita que la encía esté libre de inflamación aguda, por lo menos un mes antes, para efectuar la gingivectomía debemos de estar perfectamente capacitados, de no ser así, remitir a nuestro paciente a un especialista.

CAPITULO "I"

PARODONTO GENERALIDADES.

ENCIA.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

CEMENTO.

HUESO ALVEOLAR.

ENCIA :

La encía se divide en tres diferentes áreas que son :

Encía marginal ó encía libre, encía insertada y encía interdientaria.

Encía Marginal (encía libre) :

Este tipo de encía comprende, desde el borde ó margen hasta el surco marginal, rodea a los dientes en forma de collar. El surco marginal, es una depresión poco profunda con un espesor poco mayor de 1 mm. y es una línea divisoria entre la encía marginal y la encía insertada.

Encía Insertada :

Comprende desde el surco marginal hasta la línea mucogingival, es una encía firme, resiliente y estrechamente unida a el hueso alveolar y cemento, en su parte vestibular el ancho de la encía insertada varía de menos de 1 mm a 9 mm, en la cara lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa, en la superficie palatina, la encía insertada se une imperceptiblemente con la mucosa palatina.

Encía Interdentaria :

Ocupa el espacio interproximal abajo del area de contacto dentario, está formada por dos papilas, una vestibular y una lingual, y por un col que es una depresión que conecta a las dos papilas. En ausencia de contacto dentario proximal, la encía se encuentra firmemente unida al hueso interdentario y forma una superficie redonda y lisa sin papila interdientaria ni col.

LIGAMENTO PERIODONTAL :

Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso.

Los elementos más importantes del ligamento periodontal son - la fibras, las fibras principales del periodonto se distribuyen en los siguientes grupos.

Transeptal, de la cresta alveolar, horizontal, oblicuo y apical.

Grupo transeptal :

Son fibras que se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

Grupo de la cresta alveolar :

Son fibras que se extienden oblicuamente desde el cemento, - inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la - cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener al diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

Grupo horizontal.

Son fibras que se extienden en ángulo recto con respecto al eje mayor del diente, desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es similar a la del grupo de la cresta alveolar.

Grupo oblicuo.

Es el grupo más grande del ligamento periodontal, se extiende desde el cemento, en dirección coronaria, en sentido oblicuo con respecto al hueso. Soportan las fibras masticatorias las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

Grupo Apical :

El grupo apical de fibras se irradia del cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo. No lo hay en raíces incompletas.

Otros haces de fibras bien formados se interdigitan en ángulos rectos ó se extienden sin mayor regularidad alrededor de los haces de fibras de distribución ordenada y entre ellos.

C E M E N T O :

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica.

Hay dos tipos de cemento :

Acelular (primario) y celular (secundario), el cemento celular está menos calcificado que el acelular, en lo que respecta a su distribución varía, la mitad coronaria de la raíz se encuentra por lo general cubierta por el tipo acelular y en la parte apical el tipo celular, con la edad existen ciertas variaciones y existe mayor cantidad de cemento celular en la mitad apical de la raíz y en la zona de furcaciones. El cemento intermedio es una zona mal definida de la unión amelo-cementaria, que contiene remanentes celulares de la vaina de Hertwig.

HUESO ALVEOLAR :

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios.

El hueso alveolar se compone de la pared interna del alveolo, de hueso delgado, compacto, llamado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme), el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto, el tabique interdentario que consta de un hueso de sostén encerrado en un borde compacto. Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado esponjoso que a su vez es sostenido por las tablas corticales vestibular y lingual.

CAPITULO "II"

DIFENILHIDANTOINATO DE SODIO.

El difenilhidantoinato de sodio pertenece al grupo de los medicamentos antiepilépticos.

Los medicamentos antiepilépticos son depresores del sistema nervioso central con selectividad que les permite evitar las crisis epilépticas en dosis que no causan somnolencia. Aunque todos los antiepilépticos tienen algunas reacciones secundarias - indeseables, y todavía no se ha descubierto la medicación perfecta, el hecho de que pueda brindarse cierta protección contra los ataques en un elevado porcentaje de epilépticos puede considerarse un éxito notable del enfoque de la enfermedad.

Los bromuros fueron los primeros medicamentos antiepilépticos - pero se fueron abandonando gradualmente al introducirse el fenobarbital en 1912 y más tarde al obtenerse el (DPH). Aunque más tarde se han descubierto nuevas drogas antiepilépticas muy potentes y con bastante selectividad, la mayor parte tienen considerable toxicidad.

Las drogas antiepilépticas se pueden clasificar en los siguientes grupos :

Barbitúricos, Hidantoinas, Oxazolidonas, Succinimidas y Anticonvulsivos diversos.

El difenilhidantoinato de sodio pertenece al grupo de las hidantoinas, también se le conoce como fenitoina ó dilantina, fue descubierto por Putnam & Merritt quienes después de examinar varias drogas sintéticas descubren en 1937 la alta efectividad del difenilhidantoinato de sodio, pero fue hasta 1938, cuando los mismos autores publican el primer reporte clínico de los efectos de la droga aplicada a 198 pacientes epilépticos adultos de los que se obtuvo el siguiente resultado :

De 118 pacientes con el gran mal 58 % no presentaron características clínicas considerables, el 27 % sí las presentaron, de 74 pacientes con el pequeño mal el 35 % no presentó características

clínicas considerables, el 49 % sí las presentaron, de 6 pacientes con ataques psicomotores, 4 presentaron ningún síntoma y 2 pequeñas manifestaciones.

La principal ventaja del dilantín para el gran mal y la epilepsia psicomotora es que ejerce poca acción sedante en dosis terapéuticamente eficaces. Pero en grandes dosis puede causar ataxia, temblores y náuseas.

Efectos adversos del dilantín.

Son de tres categorías : Tiene acción tóxica, efectos secundarios verdaderos y reacciones de idiosincrasia. La intoxicación se caracteriza por sedación, ataxia y nistagmo. Estas manifestaciones guardan relación con la dosis y se presentan en concentraciones plasmáticas de 20 a 40 microgramos por ml. siendo en nivel terapéutico de 15 microgramos por ml.

Los efectos secundarios incluyen osteomalasia e hipocalcemia causadas probablemente por interferencia con el metabolismo de la vitamina D. El empleo prolongado de dilantín puede ser causa de la disminución de la concentración sérica de ácido fólico, origen de anemia megaloblástica.

Un efecto raro causado por el dilantín, es la hipertrofia de las encías ó fibromatosis gingival, se observa en el 20% de los pacientes y suele atribuirse a un trastorno de la actividad fibroblástica.

Los medicamentos del grupo de la hidantoína pueden producir discrasias sanguíneas y en raros casos, un cuadro clínico parecido al del linfoma maligno, también tiene efectos antiarrítmicos.

Farmacocinética :

La difelnilhidantoína se absorbe lentamente administrada por vía bucal, y no se alcanzan valores máximos durante varias horas.

La droga no deberá administrarse por vía intramuscular, ya que su absorción es muy irregular. Es metabolizada por las enzimas microsómicas con valores séricos terapéuticos. teniendo en cuenta ésta reserva, es útil considerar que utili

sando la concentración terapéutica eficaz usual, las concentraciones séricas bajan a la mitad de 18 a 24 horas.

Dosis :

Para vía bucal, con el fin de obtener un efecto rápido, puede administrarse en dosis de 1,000 mg el primer día, 600 y 500 los días segundo y tercero y de 400 a 500 mg diarios posteriormente.

En casos urgentes se puede administrar, por vía intravenosa y pueden darse de 50 a 100 mg, con intervalos de 5 minutos - hasta lograr un efecto terapéutico ó administrar un total de 1 gramo.

Preparados :

Se encuentra en el comercio en cápsulas con 100 mgs.

También en polvo, para preparar inyección de 50 mg/ml.

CAPITULO " III "

AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

Hay muchas clases de agrandamientos gingivales que varían según los efectos que los producen, varían en evolución, duración y - distribución. Los agrandamientos gingivales, tienen una gran gama de características, cada uno de ellos y son tan diferentes y tan variados que aquí sólo citaré unos cuantos.

Para su estudio vamos a dividir a los agrandamientos gingivales en seis :

- 1).- Agrandamiento inflamatorio.
- 2).- Agrandamiento hiperplásico no inflamatorio.
- 3).- Agrandamiento combinado.
- 4).- Agrandamiento condicionado.
- 5).- Agrandamiento neoplásico.
- 6).- Agrandamiento de desarrollo.

1).- Agrandamiento inflamatorio :

El agrandamiento inflamatorio, puede tener dos diferentes manifestaciones uno crónico y otro agudo.

Crónico :

La etiología del agrandamiento inflamatorio crónico, es la irritación local prolongada, como puede ser la higiene bucal deficiente, mal oclusión, caries en región cervical, retención de alimentos en espacios muertos, restauraciones sobreextendidas, presión de la lengua contra la encía, prótesis mal ajustadas, - respiración bucal, etc.

Empieza como un abultamiento leve en la papila interdientaria y de la encía marginal, tiene forma de anillo alrededor del diente ó de los dientes afectados, ésto puede ser localizado ó generalizado, tiene un crecimiento lento e indoloro, en ocasiones, puede ser sintomático, si se relaciona con una complicación aguda ó semiaguda e inclusive con un trauma.

En ocasiones puede evolucionar con aspecto tumoral y se denominará circunscrito, puede presentar una base sésil ó pediculada y localizarse en la zona interproximal, encía insertada ó en el margen gingival.

Agudo :

Su etiología es una irritación de cuerpos extraños, como cerdas de cepillo de dientes, cáscara de manzana ó cualquier cuerpo extraño, que penetre en la encía por fuerza, puede ser de tres tipos :

- 1).- Absceso gingival.
- 2).- Absceso periodontal.
- 3).- Absceso periapical.

1).- Absceso gingival :

Es una lesión localizada dolorosa y de expansión rápida, se limita al margen gingival ó papila interdientaria, los dientes vecinos suelen ser sensibles a la percusión.

2).- Absceso periodontal ó lateral.

Es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales, su etiología puede ser por la penetración de la infección de una bolsa periodontal, traumatismos, perforación lateral de la raíz en un tratamiento endodóntico, etc.

El absceso periodontal, se caracteriza por un dolor irradiado - pulsátil, elevación del diente y el deseo de morder y frotar el diente, se asocia con manifestaciones como fiebre y malestar general.

3).- Absceso periapical :

Se asocia a un inicio agudo, tumefacción, dolor, enrojecimiento de la piel suprayacente, elevación del diente del alveolo, extrema sensibilidad a la percusión, y en casos graves hipertermia. El diente afectado suele mostrar una necrosis pulpar ó una restauración, pero puede estar intacto.

2).- Agrandamiento hiperplásico no inflamatorio :

Puede ser asociado al tratamiento con dilantín (padecimiento - que analizaremos en el capítulo V)

También puede ser ideopático y hereditario ó familiar. La hiperplasia gingival ideopática como su nombre lo indica, es una etiología aún desconocida y presenta características muy similares a las de los otros tipos de fibromatosis, se presenta en ocasiones en respiradores bucales, limitandose en éstos casos a la región de dientes anteriores.

La hiperplasia gingival hereditaria ó familiar, es muy parecida a la hiperplasia por dilatán, tanto clínicamente como microscópicamente, diferenciándose de ésta por su carácter hereditario y porque en ocasiones se relaciona con debilidad mental e hipertricosis.

El tratamiento en todos los tipos de hiperplasia gingival severa, será la gingivectomía seguida de revisiones periódicas, si reincidiera, sería necesaria la reescisión.

3).- Agrandamiento combinado.

Se presenta al haber inflamación secundaria junto a la hiperplasia gingival.

4).- Agrandamiento condicionado.

Este tipo de agrandamiento se presenta cuando el estado general del paciente es tal, que deforma la respuesta común de la encía a los irritantes locales y produce una modificación en la encía de las características clínicas normales. Este agrandamiento puede ser de tres clases :

Hormonal, leucémico y por deficiencia de vitamina "C".

H o r m o n a l :

Puede ser durante el embarazo ó la pubertad, durante el embarazo puede ser marginal, generalizado ó de aspecto tumoral, la frecuencia de éste agrandamiento, varía de 10 % a 70 %, dependiendo de las manifestaciones clínicas de irritación local, el ambarazo no produce la lesión.

Agrandamiento en la Pubertad.

Es frecuente en ambos sexos y en areas de irritación local. Presenta un abultamiento muy grande y es más notable en las papilas interproximales, se presenta en la encía vestibular y no en la lingual, desaparece después de la pubertad y de la eliminación de los irritantes locales.

L e u c é m i c o :

El agrandamiento gingival leucémico, representa una respuesta exagerada a la irritación local, que se manifiesta por un infil

trado denso de leucocitos inmaduros y proliferantes. Se presenta en la leucemia aguda ó subaguda y es muy rara en la leucemia crónica, - la encía se observa rojo azulada y brillante.

Por deficiencia de Vitamina "C".

La deficiencia aguda de vitamina "C", no causa por sí misma la inflamación gingival, pero sí produce hemorragia, degeneración colágena y edema. La encía se presenta rojo azulada, blanda y friable con una superficie lisa y brillante.

5).- Agrandamiento neoplásico.

Los neoplasmas se presentan en un bajo porcentaje de los agrandamientos gingivales. Entre los agrandamientos neoplásicos tenemos :

Los fibromas, cuya etiología es desconocida pero se cree que se relacionan con irritaciones locales, otro neoplasma es el nevus pigmentado ó no pigmentado, que es frecuente en la piel pero se han registrado casos de nevus gingivales, su etiología es congénita y se presenta en la raza negra, europeos del sur, personas de cutis oscuro y muchas razas asiáticas. Otro tipo de neoplasma es el hemangioma, - que es un tumor benigno de vasos sanguíneos y puede ser capilar ó - cavernoso, siendo más común el tipo capilar también son de tipo congénito. Otro neoplasma es el papiloma que es una protuberancia dura de aspecto verrugoso que sobresale de la encía.

Todos los neoplasmas antes mencionados son benignos.

6).- Agrandamiento gingival de desarrollo.

Parece una deformación abultada de los contornos vestibular y marginal de la encía de dientes en diferentes etapas de erupción.

Se produce por la superposición de la encía a la prominencia normal del esmalte en la mitad gingival de la corona. Con frecuencia el - agrandamiento persiste hasta que la adherencia epitelial emigra desde el esmalte hasta la unión amelo-cementaria.

El agrandamiento de desarrollo es fisiológico y por lo común no plantea problemas. Sin embargo, cuando se agrega una inflamación marginal el cuadro se hace más severo y será suficiente aliviar la inflamación marginal sin proceder a la resección del agrandamiento.

CAPITULO "IV"

FIBROMATOSIS GINGIVAL.

Las fibromatosis gingivales, son un grupo de tumores no neoplásicos, que presentan en común un crecimiento anómalo de elementos de tejido conjuntivo.

Aunque los términos fibroma y fibromatosis, hagan parecer algo semejante, en bueno aclarar la diferencia entre éstos.

Fibroma, es una neoplasia benigna del tejido conjuntivo, suele ser único y generalmente presenta las características de un tumor benigno, puede localizarse en casi todas las regiones de la boca incluyendo la encía, aunque su etiología no es aún bien conocida, son estados fibróticos de tumores inflamatorios (granulomas) y son generalmente resultado de una irritación.

Las fibromatosis son al contrario de los fibromas tumores no neoplásicos, son múltiples y difusos y afectan sólo los tejidos gingivales.

En relación con su etiología las fibromatosis gingivales pueden dividirse en los siguientes grupos :

- 1).- Irritativos.
- 2).- Químicos.
- 3).- Anatómicos.
- 4).- Hereditarios.

1).- Fibromatosis gingival irritativa.

Abarca las múltiples hipertrofias gingivales causadas por las irritaciones crónicas locales. Se admitió que éstas lesiones podían clasificarse bajo la denominación de tumores y granulomas inflamatorios, pero ya que presentan un gran número de características semejantes a las de la fibromatosis por dilantin y hereditaria se optó por clasificarlas dentro de las fibromatosis.

Aspecto Clínico.

Suele caracterizarse por la presencia de múltiples masas gingivales que se desarrollan a partir de la encía interproximal, presenta tamaño variable, llegando a cubrir gran parte de la corona. A menudo son redondeadas, de superficie lisa, de color -

rosado pálido, punteadas, duras y adheridas a los tejidos que hay por debajo; por ello hacen pensar muchas veces en fibromas múltiples.

En otros casos el aspecto clínico es muy diferente, siendo los tumores gingivales intensamente rojos ó rojo-azulados, de consistencia semisólida e incluso blanda, presentando tendencia a sangrar con mucha facilidad. Esta es una variedad del estado precoz del tipo descrito anteriormente, en el que el componente inflamatorio destaca mucho más que el tejido fibroso. Si esta variedad sigue evolucionando, el aumento de tejido fibroso y la disminución de la inflamación dan lugar a la formación de masas duras cambiando el color de rojo intenso a rojo rosado, y finalmente a rosa pálido. Produciendo esta dureza una disminución en la tendencia a sangrar y en ocasiones llegando a desaparecer.

Localización.

Se localiza con mayor frecuencia en la encía labial inferior - en respiradores bucales, pueden ser afectadas las encías de los premolares y en casos raros las de los molares.

Durante la exploración clínica hay que prestar especial atención al descubrimiento de la causa ó causas de la lesión, ya que existen factores desencadenantes, como lo son el respirar por la boca, irritaciones crónicas, roce de bandas de ortodoncia, malas restauraciones, etc.

Historia Clínica.

Aunque éste tipo de fibromatosis se presenta en cualquier edad y en ambos sexos, la etiología más frecuente es la que se asocia con la respiración bucal, siendo más frecuente en niños.

Un punto importante para el diagnóstico, es como se mencionó anteriormente en la evolución que se inicia con lesiones blandas de color rojo y sangrado profuso, que evoluciona y llega a ser rosado y duro con poco ó nulo sangrado.

Técnicas de Laboratorio.

Generalmente, el diagnóstico se basa en el aspecto clínico de la lesión y la determinación de la irritación local responsable.

Aunque sería de desear en algunos casos, una biopsia para estudio, siendo éste más indicado cuando presenta un crecimiento muy rápido, la biopsia presenta en muchos casos, una reacción fibrogranulomatosa.

Tratamiento :

En su estado precóz ó más inflamatorio de éste tipo de fibromatosis se trata muchas veces con éxito, con un legrado periodontal, la eliminación ó control de la causa y una mejora de la higiene en el hogar. En casos más avanzados en los que la hiperplasia del tejido fibroso es moderada ó intensa, se recomienda la eliminación de las hipertrofias, mediante la gingivectomía, además del cuidado de higiene por parte del paciente.

FIBROMATOSIS POR DIFENILHIDANTOINATO DE SODIO.

Aún no se conoce el mecanismo exacto por el que el difenilhidantoinato de sodio (DPH) ejerce una acción estimulante en los elementos del tejido fibroso de la encía.

Se han sugerido varias probabilidades pero no se ha podido comprobar ninguna. No se ha podido demostrar que la fibromatosis por DPH sea un fenómeno alérgico verdadero. No se ha demostrado que la administración de fármacos antialérgicos, como los antihistamínicos ó corticoesteroides, tengan algún efecto práctico. Tampoco se ha demostrado que el DPH depositado en los tejidos gingivales actúe como un irritante que produzca una hiperplasia del tejido fibroso.

Aunque la incidencia de fibromatosis gingival en los enfermos tratados con DPH, varía según algunos autores del 4 % hasta el 60 %, por lo que vamos a estimar en un 20 % de promedio. No parece que tengan excesiva importancia los factores de edad, sexo, raza, nacionalidad, nivel intelectual, etc.

La intensidad de la hiperplasia gingival varía también desde un agrandamiento mínimo (grado 1), a una hiperplasia gingival masiva (grado 4).

En este aspecto, la dosis con DPH desempeña un papel no determinante, siempre y cuando se utilicen dosis a nivel terapéutico ó poco superior del anticonvulsivo.

Se ha visto, que algunos enfermos han presentado signos de hiperplasia gingival poco después de iniciar su tratamiento con DPH, mientras otros la presentan hasta semanas, meses e inclusive hasta en años.

Se ha sugerido que algunas hormonas, pueden ejercer un papel coadyuvante de la fibromatosis por DPH, debido a la inhabitual intensidad de la hiperplasia de tejido fibroso, pocos años antes de la pubertad y algunos años después. En este último caso, la administración continuada de DPH parece ejercer una acción estimulante mucho menor.

Sin lugar a dudas, los factores locales tienen una gran importancia en la fibromatosis por DPH, pero su papel es más coadyuvante que causal. La hiperplasia gingival, suele ser mayor en aquellos casos en los que es patente la existencia de factores irritantes locales, es decir, oclusión traumática, mala higiene, dientes cariados, acumulos de sarro y tártaro, etc. aunque la eliminación de los factores irritantes, es una parte necesaria del tratamiento, aunque inmediatamente habrá mejoría, no puede afirmarse que la existencia de factores locales, sea un factor pre-disponible necesario de fibromatosis por DPH. Esto porque se ha visto que el DPH ha afectado bocas libres de factores irritantes locales.

Descripción clínica.

El cuadro clínico que suele presentar la fibromatosis gingival por DPH, es el de múltiples masas nodulares gingivales, que son de consistencia dura, de color rosado y piqueteadas.

Es conveniente como se había mencionado, clasificar la intensidad de las hiperplasias, mediante una escala que vaya del grado 1, para las hiperplasias mínimas hasta el grado 4, para las hiperplasias más severas. El grado 1, será para aquellas hiperplasias gingivales que consisten en pequeñas tumoraciones interproximales múltiples, con ó sin aumento del grosor de la

encia marginal. Estas tumoraciones cubren sólo una pequeña parte de las coronas de los dientes, el grado 2, se refiere a las hiperplasias gingivales que cubren aproximadamente una cuarta parte de las coronas anatómicas de los dientes, mientras que en el grado 3, las tumoraciones cubren cerca de un 50 % de las coronas, por último, grado 4 será el grupo de las hiperplasias masivas en las que se recubre el 75 % ó más de las coronas.

En proporción variable a la intensidad de la hiperplasia gingival, pueden encontrarse otros signos clínicos, como serían el perfil que puede alterarse por la cantidad de tejido de la boca que se manifiesta cuando es muy severa, en cambios estéticos de la cara, siendo su principal característica un encorvamiento de los labios. En otros enfermos, el estado de las encías contribuyen a tener una mala higiene, por los espacios que se forman entre la encía y el diente produciendo halitosis. Estas masas gingivales, en algunos enfermos interfieren en la función bucal e incluso llegan a hacerla traumatizante y conociendo nosotros que cualquier punto de oclusión traumático, trae como consecuencia una adaptación de movimiento mandibular que repercute en las articulaciones tempomandibulares y un pronóstico desfavorable para los órganos dentarios vemos que el problema se complica aún más, también en éstos pacientes, las masas gingivales complican una buena masticación alterando así, la primera fase de la digestión.

Por lo general, éstas masas gingivales, son más prominentes en la encía, es el único tejido afectado y muchas veces se encuentra un límite muy bien marcado cerca del lugar en que la mucosa se repliega, que separa muy notablemente los tejidos afectados de los sanos. En ocasiones las masas gingivales, llegan a ejercer una presión tal sobre los órganos dentarios, que llegan a desplazarlos.

Historia Clínica.

La presencia de hiperplasias gingivales junto a una historia de administración prolongada de DPH, basta para establecer un diagnóstico definitivo de fibromatosis por DPH. Es bueno saber que aunque la enfermedad que más a menudo se trata con DPH, es la epilepsia, existen otras enfermedades convulsivas ó enfermedades neurológicas como la neuralgia del trigémino, que también pueden tratarse con DPH.

Técnicas de Laboratorio :

Ya que los hallazgos clínicos, junto a una historia de medicación con DPH, confirman generalmente el diagnóstico de fibromatosis, las técnicas de laboratorio incluyendo el estudio biopsico, no son necesarias desde el punto de vista diagnóstico. Sin embargo, si el aspecto clínico hace pensar en una neoplasia maligna ó existe cualquier sospecha de ésto como un crecimiento muy rápido de las encías, está muy indicado el estudio de la biopsia.

Histología :

Por lo general, se encuentra una marcada hiperplasia de tejido conjuntivo, junto a un crecimiento excesivo de tejido fibroso muy diferenciado. Se observa una ligera vascularización y a veces elementos inflamatorios. También se encuentra hiperplasia epitelial, pero su volumen contribuye poco al gran tamaño de la hiperplasia gingival.

Tratamiento :

El tratamiento depende, de la intensidad de la fibromatosis gingival. Por ejemplo, las hiperplasias gingivales de grado 1, necesitan por lo general, medidas poco más profiláticas y de cuidados generales de conservación periodontal. Son muy útiles los masajes interdientales diarios mediante un instrumento de caucho, también proporciona un excelente control la utilización de un cepillo de dientes automático y del water-pik.

En los casos en los que la hiperplasia gingival, es más intensa, está indicada la extirpación de las masas gingivales y será por una gingivectomía, tema que se verá en el capítulo "V". Existen diferentes formas de efectuarla, y el operador podrá elegir la manera que mejor domine.

Sin embargo, es muy importante, saber que la gingivectomía no es procedimiento quirúrgico definitivo, ya que las recidivas serán seguras mientras el enfermo siga tomando DPH. Por ello para controlar las recidivas, deben prescribirse medidas muy rígidas, dirigidas a alcanzar un alto grado de higiene dental y masaje de las encías.

Prógnostico :

A pesar de la gingivectomía y las rigurosas medidas en el hogar, la mayoría de los enfermos que continúen tomando DPH, presentarán algún grado de recidiva. Sin embargo, su intensidad estará en relación directa a los cuidados que el paciente tenga en su hogar.

Las recidivas son más intensas y más precoces, en aquellos enfermos cuyo estado gingival inicial, era de un grado 3 ó 4.

Se ha dicho, que siempre que fuera posible se sustituyese el DPH, por algún otro anticonvulsivo, que no tuviera su característica de acción colateral, en aquellos enfermos que presentarían recidivas intensas, aparte de que la elección de un anticonvulsivo depende de la responsabilidad del médico, debe tenerse en cuenta, que prácticamente todos los anticonvulsivos, tienen propiedades indeseables.

Los cuadros que presento a continuación, son resultado de un estudio que se realizó, durante 5 años, en el Departamento de Odontología y Cirugía del Rikshospitalet en Oslo, Noruega.

Es una serie de estudios, realizados en 177 pacientes, con problemas de epilepsia, de los cuales 104 son hombres y 73 mujeres, - se tomo el grupo de los 177 pacientes y se relacionó con diferentes factores, como la edad, sexo, nivel de inteligencia, mal posiciones dentarias, número de dientes cariados, número de visitas al Dentista, grado de hiperplasia gingival, en relación con la dosis diaria de administración del anticonvulsivo, relación entre el grado de hiperplasia y condiciones de higiene bucal, etc.

Distribución de pacientes de acuerdo con la edad.

Edad.	3-9	10-19	20-29	30-29	40-49	50-59	60-61
Número de casos.	31	81	37	17	8	2	1
Porcentaje.	17.5	45.8	20.9	9.6	4.5	1.1	0.6

Distribución de pacientes de acuerdo an número de visitas :

Ninguna.	89 Pacientes	50.3 %
De una a tres veces.	43 pacientes	24.3 %
Visitas frecuentes.	45 pacientes	25.4 %

Distribución de pacientes de acuerdo al nivel de intengencia.

Nivel de Inteligencia	Coficiente intelectual.	Pacientes	Porcentaje
Normal	+ 90	103	58. 3
Atrasado.	70-90	27	15.3
Débil	55-70	28	15.8
Imbécil.	40-55	5	2.9
Oligofrénico.	Sin Test.	14	7.9

Distribución en cuanto a sexo y grado de Hiperplasia.

Hiperplasia	Hombres		Mujeres	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Grado I	47	45.2	28	38.3
Grado II	37	35.6	30	41.1
Grado III	15	14.3	12	16.4
Grado IV	5	4.9	3	4.2

Relación entre Edad y Grado de Hiperplasia

Edad.	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
3-4 años	4	100.0	0	0	0	0	0	0
5-9	16	59.3	9	33.3	1	3.7	1	3.7
10-14	20	54.7	15	28.3	7	13.2	2	3.8
15-19	7	25.0	15	53.6	5	17.9	1	3.5
20-24	6	27.3	8	36.4	6	27.3	2	9.0
25-29	2	13.3	7	46.7	5	33.3	1	6.7
30-34	4	50.0	3	37.5	1	12.5	0	0.0
35-39	6	66.7	3	33.3	0	0.0	0	0.0
40-61	1	9.1	7	63.6	2	18.2	1	9.1

Relación entre dosis diaria y grado de Hiperplasia

Hiperplasia	Dosis d i a r i a.							
	0.05-0.15		0.20-0.25		0.30		0.40-0.60 gr	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	20	83.3	25	55.6	18	27.3	12	28.6
Grado II	3	12.5	16	35.6	31	47.0	0	40.5
Grado III	0	0.0	4	8.8	14	21.2	9	21.4
Grado IV	1	4.2	0	0.0	3	4.5	4	9.5

Relación entre el grado de Hiperplasia y duración de la medicación.

Grado de Hiperplasia.	Duración de la medicación en años.											
	0-0.5		0.5-1		1-2		2-3		3-5		5-13	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	21	87.5	13	57.1	12	41.4	11	37.9	12	35.3	6	15.0
Grado II	3	12.5	6	28.6	12	41.4	10	34.5	14	41.2	22	55.0
Grado III-IV	0	0.0	3	14.3	5	17.2	8	27.6	7	23.5	12	30.0

Relación entre la higiene oral y el grado de Hiperplasia.

Grado de Hiperplasia	Higiene Oral					
	Buena		Regular		Pobre	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	58	54.7	13	31.0	4	13.8
Grado II	34	32.1	19	45.2	14	48.3
Grado III-IV	14	13.2	10	23.8	11	37.9

Relación entre higiene oral y la Edad.

Higiene Oral	Edad (años)							
	3-9		10 - 14		15 - 25		25 ó más	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	27	87.1	41	77.4	21	42.0	17	39.6
Regular	4	12.9	10	18.8	15	30.0	13	30.2
Pobre.	0	0.0	2	3.8	14	28.0	13	30.2

Relación entre higiene oral y nivel de inteligencia.

Nivel de Inteligencia.	Higiene Oral					
	Buena		Regular		Pobre	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal.	68	64.2	21	50.0	14	48.3
Atrasado.	15	14.2	7	16.7	5	17.2
Débil	14	13.2	10	23.8	4	13.8
Coefficiente infe- rior a 40.	9	8.4	4	9.5	6	20.7
Total Buena 106 Regular 42 Pobre 29						

Relación entre nivel de inteligencia y diferentes grados de hiperplasia.

Grado de Hiperplasia	Nivel de Inteligencia.							
	Normal.		Regular.		Dévil.		- de 40 de C.I.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	49	47.6	9	33.3	11	39.3	6	31.6
Grado II	40	38.8	12	44.4	9	32.1	6	31.6
Grado III-IV	14	13.6	6	22.3	8	28.6	7	36.8

Relación entre el número de lesiones cariosas y el grado de hiperplasia:

Grado de Hiperplasia.	Número de lesiones cariosas.							
	0		1 - 5		6 - 10		+ de 10	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	17	45.9	37	44.0	14	45.2	7	28.0
Grado II	13	35.1	35	41.7	12	38.7	7	28.0
Grado III y IV	7	19.0	0	14.3	5	16.1	11	44.0
T o t a l =	37		84		31		25	

Relación entre diferentes estados de posiciones dentales y grado de hiperplasia gingival.

Grado de Hiperplasia	Regular		Con Malposición		Dentición Mixta.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I.	25	54.4	6	46.2	31	55.4
Grado II	15	32.6	5	38.5	20	35.7
Grado III y IV	6	13.0	2	15.3	5	8.9

Con formas diversas de irregularidades

	No.	%
Grado I	13	21.0
Grado II	27	43.5
Grado III y IV	22	35.5

Relación entre migración dental y grado de hiperplasia :(diastemas)

Grado de Hiperplasia	Sin diastemas		De 1 a 5.		Más de 5.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I.	61	56.0	12	28.6	2	7.7
Grado II.	36	33.0	22	52.4	9	34.6
Grado III y IV	12	11.0	8	19.0	15	57.7

Distribución de las regiones alveolares donde la hiperplasia gingival fué más marcada.

Hiperplasia más marcada en la región anterosuperior.	35	pacientes.
" En la región anteroinferior.	10	"
" Uniformemente distribuída en todas las regiones.	84	"
" Más marcada en la región antero inferior pero donde el maxilar presenta zonas edéntulas.	3	"
" Uniformemente distribuída en todas las regiones de la mandíbula pero donde el maxilar presenta zonas edéntulas.	2	"
" Más marcada alrededor de un puente en el maxilar.	1	"
Total :	177	Pacientes.

Relación entre el nivel de higiene oral y la severidad de síntomas inflamatorios :

Síntomas Inflamatorios.	H i g i e n e O r a l.					
	Buena		Regular		Pobre	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sín.	76	71.7	12	28.6	8	27.5
Leves	15	14.2	17	40.5	6	20.7
Pronunciados.	6	5.6	6	14.3	12	41.4
Otros cambios específicos.	9	8.5	7	16.6	3	10.4
T o t a l :	106		42		29	

Distribución del tratamiento de los 177
Pacientes.

Tratamiento	Grado I	Grado II	Grados III IV
Tratamiento Local con cambio de dosis.	58	20	1
Gingivectomía.	0	17	12
" y extraccio- nes.	2	1	4
" y suspensión de medicación	0	0	8
" y reducción - de la medica- ción.	0	4	6
Aplicación de cáusticos.	3	3	0
" " y - suspensión de la medicación.	0	2	0
Cáusticos y reducción de la - medicación.	0	2	0
Sólo suspensión de medicación.	7	13	3
Sólo reducción de la dosis.	5	5	1
T o t a l =	75	67	35

La aplicación de cáusticos se hizo en base, a una solución de 25 a 40 por ciento de hidróxido de potasio y en ninguno de los casos, el tratamiento resultó desfavorable, ni hubo reacción de los tejidos, que - después fueron observados clínicamente.

FIBROMATOSIS ANATOMICA.

Es un término, que se usa para referirse a aquellas hiperplasias de los tejidos blandos, que se presentan en las tuberosidades de la mandíbula, de la maxila ó ambas. Las hiperplasias varían en grosor y suelen ser bilaterales. A veces, se extienden por delante a lo largo de la superficie del paladar, y por ello se llaman también bolsas palatinas.

Las tumoraciones suelen ser simétricas, de superficie lisa, duras y de color rosado. La mayor parte, están muy adheridas a los tejidos que hay debajo, y por ello son relativamente inmóviles, en ocasiones, se presentan como masas mayores que son más blandas y más móviles. En casos raros, el gran tamaño de las tumoraciones, limitan el funcionamiento bucal ó interfiere en el asentamiento de las dentaduras.

Las fibromatosis gingivales anatómicas, son de origen embrionario, de naturaleza benigna y no tienen importancia patológica. Las tumoraciones están casi totalmente compuestas, por tejido conjuntivo aumentado en cantidad, pero bien diferenciado, que es fibroso ó colágeno, con algunos fibrocitos diseminados.

Aunque no tiene significado patológico, es importante asegurar el diagnóstico. Sin embargo, si las masas de tejido blando son grandes e interfieren la función bucal ó la eficacia de aparatos protésicos, está indicado realizar la extirpación quirúrgica.

FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA.

También llamada fibromatosis ideopática, elefantiasis de las encías, gingivoma, macroenciás ó fibroma difuso.

La fibromatosis gingival hereditaria, es la menos frecuente de las fibromatosis gingivales; en las Clínicas Dentales de la Columbia University, se han podido archivar sólo 20 casos, mientras que el total de enfermos examinados es superior a 100,000. Antiguamente, se atribuía la enfermedad a múltiples causas, entre las que se encontraban las irritaciones crónicas, los desequilibrios hormonales y la neoplasia, pero se presentaron muy -

pocas pruebas para demostrarlo. Por ello, durante muchos años, se catalogó la enfermedad como fibromatosis gingival ideopática, este término sigue siendo aceptado, pues aunque en parte, se han concluido algunas relaciones de la enfermedad, su etiología no está aún bien definida.

En éstos estudios, se han hecho pruebas, que hacen creer en la teoría hereditaria. El factor genético, podría ser un carácter autosómico dominante. Entre los 20 casos archivados, en la Columbia University, habían 2 ó 3 niños afectados en cada una de las tres familias.

En otro estudio, 11 niños de un mismo árbol familiar, (6 bodas en 4 generaciones) sufrían fibromatosis gingival. Sin embargo, se admite, que se han presentado casos esporádicos sin antecedentes familiares evidentes.

La fibromatosis gingival hereditaria, suele manifestarse, en los primeros años de la vida, casi siempre en los primeros 5 años.

En algunos casos, los períodos más activos de la hiperplasia fibrosa, se limitan a los primeros años de la vida, deteniéndose luego la evolución, (después de una gingivectomía correctora) - pero lo que se piensa que hay un período pasajero de actividad. En otros casos, la actividad hiperplásica, continúa más allá de la infancia, hasta la edad adulta.

Sintomatología Clínica.

Clínicamente, ésta fibromatosis se parece mucho a la fibromatosis por DPH. Las tumoraciones tienen también diversos grados de crecimiento. Las hiperplasias, pueden producir una prominencia moderada ó intensa de los labios, que suele ser el motivo de la consulta. Las tumoraciones, se extienden generalmente por toda la boca, éstas hiperplasias llegan también a cubrir poco ó mucho las coronas dentarias.

Hay dos formas clínicas principales, la nodular y la simétrica, la forma nodular, se caracteriza por múltiples masas prominentes de color rosado, bien delimitadas, duras, no dolorosas y pa-recidas a fibromas, que surgen de las papilas interproximales.

Muy pocas veces, se acompañan de signos inflamatorios ó de tendencia a la hemorragia, si éstas hemorragias existen, podrá ser por un estado de inflamación aguda.

Este tipo de fibromatosis, también se limita el tejido fibroso a las encías, afectando más a las zonas labiales ó linguales que las palatinas.

La segunda variedad clínica de la fibromatosis gingival hereditaria, se denomina como tipo simétrico ó liso. Como su nombre indica, ésta forma se caracteriza por una hiperplasia difusa, lisa y simétrica, diferenciándose así del tipo nodular.

En ocasiones, las hiperplasias presentan caracteres mixtos de las formas nodular y simétrica.

Hallazgos radiográficos :

En ocasiones, el motivo de la visita del paciente a nuestro consultorio, es la falta de erupción de los dientes, y radiográficamente, podemos observar que aunque los dientes hayan salido de sus alveolos, están total ó parcialmente ocultos a la vista, debido a la hiperplasia gingival masiva. En otros casos, los dientes de la primera dentición, han quedado ocultos por la hiperplasia gingival, por ello la erupción, formación y desarrollo de los dientes permanentes, podrá estar alterada, produciendo problemas de malposiciones dentarias.

Historia Clínica.

En los estudios que se han hecho, han habido más mujeres que hombres, pero esto no se debe tomar mucho en consideración, porque el grupo es muy reducido. Mencionamos anteriormente, que la enfermedad se manifiesta en los primeros 5 años de vida, esto tiene gran importancia diagnóstica.

Técnica de Laboratorio :

Ya que su diagnostico se confirma generalmente por el aspecto clínico, por una historia negativa al tratamiento con DPH, un comienzo durante la infancia y unos antecedentes familiares, las técnicas de laboratorio, no suelen ser necesarias, desde el punto de vista diagnóstico. Sin embargo, no deja de recomendarse el -

estudio de una biopsia, siempre y cuando exista la más mínima duda.

Histología :

En ambos tipos, el tejido es esencialmente el de la fibromatosis serán aconglomerados de tejido fibroso. Pero mientras la forma latente se caracteriza por el predominio de fibrocitos, la forma activa, contiene células fibroblásticas en cantidad variable. Cuando se espera que haya recidivas, es decir, en la forma activa se indicarán los cuidados en el hogar, que se han señalado en la fibromatosis por DPH.

FIBROMATOSIS DESMOIDE.

Es un nombre que se dá a un grupo de enfermedades fibrosas benignas, que ocurre en los músculos del esqueleto y en las fascias adyacentes. Aunque muy pocas veces se presentan en la cavidad oral, es bueno conocerlas y así diferenciarlas de otros grupos de fibromatosis.

Se presentan generalmente, como una masa tumoral de color rosado ó rojizo, de palpación dura, adherente a las estructuras vecinas y cuyos límites periféricos son difusos y poco limitados. Cuando afectan los tejidos lingual, bucal ó retromolar, són unas masas gingivales que hacen prominencia, de superficie lisa que parecen a las fibromatosis gingivales más frecuentes, sobre todo, a las de tipo hereditario. Sin embargo, mientras las fibromatosis afectan generalmente todo el tejido gingival en mayor ó menor grado, las fibromatosis desmoides són de distribución más ó menos segmentaria.

La causa es desconocida, aunque se ha pensado en una etiología genética, también se ha mencionado un origen traumático y un desequilibrio endócrino, pero no está bien demostrado.

Histología :

Presenta en forma de bandas anchas y entrelazadas, tejido conjuntivo fibroso, parecido al observado en las fibromatosis gingivales,

Sin embargo, la fibromatosis desmoide, infiltra en forma característica los músculos y facies adyacentes, atrapando los haces musculares dentro del estroma fibroso proliferativo.

Tratamiento :

Será por medio de extirpación quirúrgica, que se extiende hasta más atrás de los bordes palpables de la lesión, ésto por su naturaleza infiltrativa y aún así se han presentado casos de recidivas.

CAPITULO " V "

GINGIVECTOMIA.

Gingivectomía, es una operación de la encía, que consiste en la eliminación de la encía patológica.

Los primeros pasos a seguir serán la premedicación en caso necesario e infiltrar la zona por intervenir en caso de ser por anestesia local, porque en ocasiones la operación tendrá que hacerse con anestesia general, éste tema de anestesia, se desarrollará en el Capitulo "VI".

La premedicación, será indicada para cada caso, en particular, el operador debe estar consciente de que hará una intervención y puede presentar un gran número de reacciones asociadas a diferentes tipos de deficiencias funcionales orgánicas del paciente, por lo que se iniciará el tratamiento con una buena historia clínica.

Para los pacientes aprensivos, Glikman recomienda premedicar con Pentobarbital sódico (100 mg), para los pacientes cardiopatas, Burket recomienda un barbitúrico de acción corta antes de la administración de anestesia local ó maniobras quirúrgicas, para reducir al mínimo reacciones de stress. Para casi todos los adultos, recomienda el uso de 30 a 60 mg de pentobarbital ó de 50 a 100 mg de secobarbital, la dosis exacta, depende del individuo. Y en los casos en que el paciente se encuentre en tratamiento médico, ponerse en contacto con el médico tratante.

La gingivectomía, en boca con bolsas generalizadas, se trata por cuadrantes a intervalos semanales. Es aconsejable adoptar un orden para el tratamiento en todos los pacientes, modificando sí en algunos de ellos haya factores que así lo indiquen. La Técnica que voy a describir es la del Dr. Olin Kirkland, con modificación de Glikman.

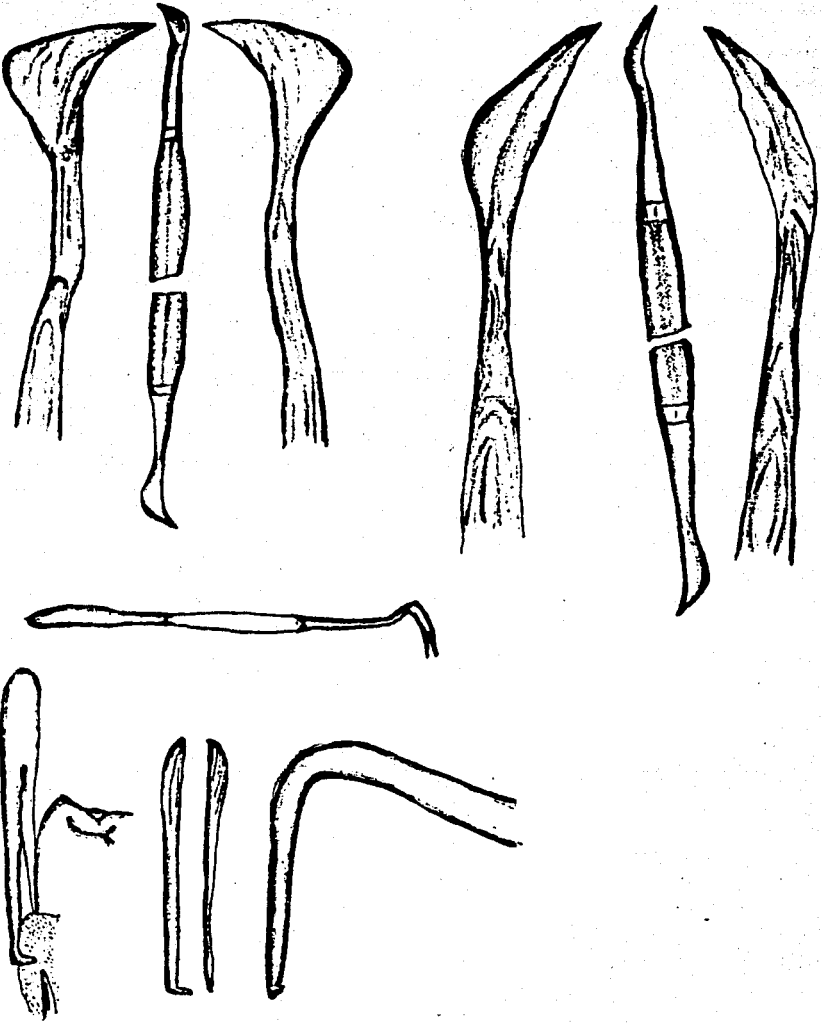
Se inicia por el cuadrante inferior derecho, esto porque la anestesia se consigue con menos aplicaciones y ésta zona se opera con mayor facilidad y así se simplifica la primera sesión quirúrgica del paciente. A continuación, se trata la zona superior derecha, dejando el lado izquierdo libre para que el paciente mastique y en las

semanas sucesivas se tratan los cuadrantes inferior y superior izquierdos.

Para realizar la gingivectomía, se recomienda el uso de un aspirador quirúrgico, para así obtener buena visibilidad del campo por intervenir.

Para localizar las bolsas, se usará una sonda periodontal y se marcarán unos puntos que nos darán una línea por incidir con una pinza marcadora de bolsas número 27 G. El instrumento se sostiene con el extremo marcador alineado con el eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza, produciendo un punto sangrante en la superficie externa. Las bolsas se marcan sistemáticamente, comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media. Este procedimiento, se repite por la superficie lingual, cada bolsa se marca en varias partes para dibujar su curso sobre cada superficie.

Se procede al corte de la encía, que se puede cortar con bisturís periodontales, escapelo ó tijeras. La elección se basa casi siempre en la experiencia individual, el autor usa los bisturís periodontales núm. 20 G y 21 G, para las incisiones en las superficies vestibular, lingual y distal, al último diente del arco. Los bisturís periodontales interdentes núm 22 G y 23 G, para complementar las incisiones interdentes donde se precise y los bisturís Bard-Parker Núm 11 y 12, como instrumentos auxiliares, así como las tijeras.



Incisiones Continua y Discontinua :

Se pueden elegir según el criterio del Operador.

La incisión discontinua, se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, hasta la línea media. Las incisiones de los frenillos que se encuentren en la trayectoria de las incisiones, se recolocarán para evitar tensiones de la encía.

Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual, para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo y asimismo para establecer un mejor contorno gingival posoperatorio, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva, no en sentido horizontal a través de ella.

Incisión Distal :

Una vez concluidas las incisiones vestibular y lingual, se unen mediante una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado. La incisión distal, se hace con un bisturí periodontal número 20 G ó 21 G, colocado debajo del fondo de la bolsa y biselado de modo que coincida con las incisiones vestibular y lingual.

La incisión debe hacerse por apical a los puntos marcados por las pinzas, entre la base de la bolsa y la cresta del hueso. Debe estar lo más cerca posible del hueso sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario al hueso. La eliminación del tejido blando que está entre el fondo de la bolsa y el hueso es importante, porque :

- Brinda la posibilidad mayor de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial.
- Asegura la exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa y elimina el tejido fibroso excesivo, que interfiere la consecución del contorno fisiológico, cuando la encía cicatriza.

Este evita la necesidad de una segunda operación para remodelar la encía, una vez hecha la gingivectomía.

No es conveniente que se exponga hueso. Si ello ocurriera, la cicatrización, no tiene problemas, si la zona se cubre adecuadamente con el apósito periodontal.

La incisión, se biselará aproximadamente a 45° , con la superficie dentaria. Esto es muy importante, donde las paredes de las bolsas están agrandadas y son fibrosas, como sucede en la superficie palatina de la zona molar. El bisel mal hecho, deja una meseta fibrosa que demanda más tiempo del que normalmente se precisa, para que se forme el contorno fisiológico. Mientras tanto, la acumulación de placa y alimentos puede dar lugar a la recidiva de las bolsas.

En la medida de lo posible, la incisión debe recrear la forma festoneada normal de la encía, pero ello no significa dejar intacta parte de la pared de la bolsa. La bolsa enferma, se eliminará por completo, incluso si esto demanda apartarse de la forma normal de la encía.

La incisión debe traspasar completamente los tejidos blandos, en dirección al diente. Las incisiones completas, hacen difícil el desprendimiento de la pared de la bolsa y dejan lenguetas de tejido adheridas, que deben ser eliminadas con tijeras ó bisturí periodontal.

Si durante la operación se comprueba que la incisión es inadecuada, hay que modificarla. El error más común, es que la incisión no está suficientemente cerca del hueso. Muchas veces, quedan al descubierto cálculos profundos después de corregida la incisión.

Para bolsas de dientes adyacentes a zonas desdentadas, se hacen las incisiones corrientes sobre la superficie vestibular y lingual. Además se hace una incisión individual a través del reborde desdentado, por apical de las bolsas y cerca del hueso.

Comenzando en la superficie distal del último diente erupcionado, se desprende el margen gingival por la línea de incisión, con una azada quirúrgica y raspadores superficiales Núm. 3 G y 4 G. El instrumento se coloca profundamente en la incisión, en contacto con la superficie del diente y se le mueve en dirección coronaria con un movimiento lento y firme.

A medida que se elimina la pared de la bolsa y se limpia el campo, se observan las siguientes estructuras :

- 1).- Tejido de granulación de aspecto globular.
- 2).- Cálculo que se extiende hasta donde estaba incertada la bolsa. Es pardo oscuro, de consistencia sólida, pero algunas partículas son casi del mismo color que la raíz.
- 3).- Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz, donde se insertaba la bolsa.

Otras características, que se observan son, el ablandamiento de la superficie radicular y protuberancias cementarias.

El tejido de granulación, se elimina antes de comenzar el raspaje minucioso, para que la hemorragia que proviene del tejido de granulación, no entorpezca la operación de raspado.

Con éste proposito, se utilizan curetas. La cureta, se introduce por la superficie dentaria y por debajo del tejido de granulación, para separarlo del hueso adyacente. La eliminación del tejido de granulación, dejará al descubierto la superficie del hueso subyacente ó una capa de tejido fibroso que lo cubre.

Se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se alisa la superficie radicular, con raspadores superficiales y profundos y curetas.

Colocación del apósito.

Antes de colocar el apósito periodontal ó apósito quirúrgico, se observa cada superficie de cada diente, para detectar restos de cálculo ó tejido blando, después de lo cual, la zona se lava varias veces con agua tibia y se cubre con un trozo doblado de gasa en forma de "U"; se indica al paciente que ocluya sobre la gasa, la cual se deja puesta hasta que cese la hemorragia. La hemorragia persistente interfiere la adaptación y colocación del apósito quirúrgico. Por lo general, proviene de un punto sangrante, parcialmente cubierto por el coágulo. Se quita el coágulo con una gasa empapada en agua oxigenada. Después se ejerce presión sobre el punto sangrante con la gasa. Si la hemorragia es interproximal, se acuña el algodón entre los dientes.

Antes de colocar el apósito, la superficie cortada debe estar cubierta por el coágulo. El coágulo protege la herida y proporciona un andamio, para los nuevos vasos sanguíneos y células del tejido conectivo, que se forman durante la cicatrización. El coágulo no debe ser muy voluminoso.

Hay muchas clases de apósitos periodontales y muchos materiales diferentes. Se encuentran en uso dos tipos principales, con eugenol y sin eugenol y se comienzan a investigar los plásticos.

Apósitos con Eugenol :

La mayoría de los apósitos periodontales, se componen de óxido de Zinc y Eugenol, con diversos ingredientes. El apósito periodontal de Kirkland - Kaiser, pertenece a éste grupo. El apósito se prepara a partir de un polvo y un líquido.

Apósitos sin Eugenol :

El Coe - Pack, es un apósito sin eugenol, con acción antimicrobiana demostrada y es bien tolerado por los pacientes. Viene en dos tubos y se usa una vez mezclado.

Existen diferentes preparaciones de apósitos, como pueden ser con cianocrilato, en ocasiones al apósito se le agrega antimicrobiano como bacitracina (3,000 unidades por gramo) u oxitetraciclina, 125 mg de droga en polvo en 6 gotas de líquido ó algún otro antibiótico como la neomicina.

Preparación :

El apósito mas usual, viene en presentación de polvo y líquido, se mezclan sobre un papel encerado, con una espátula de preferencia de madera. El polvo se incorpora gradualmente al líquido hasta formar una pasta consistente. Se amasa polvo en la pasta, con los dedos, hasta que se torne como masilla sin ser pegajoso, la consistencia es un factor muy importante para la adhesión del apósito.

Posteriormente, se modelan dos cilindros de la longitud aproximada del cuadrante tratado. El extremo de un cilindro, se dobla a forma de gancho y se adapta alrededor de la superficie distal del último diente, desde la superficie vestibular, el resto del cilindro, se lleva hacia adelante, sobre la superficie vestibular, hacia la línea

media, presionándolo suavemente en posición, a lo largo del margen incidido e interproximalmente. El segundo cilindro, se aplica desde la superficie lingual. Se une al apósito de la superficie distal del último diente y se lleva hacia adelante a lo largo del margen gingival cortado, hacia la línea media. Los cilindros se unen en las zonas interproximales, mediante la aplicación de presión suave sobre las superficies vestibular y lingual del apósito.

Cuando hay dientes aislados separados por espacios desdentados, el apósito será continuo, de diente a diente, cubriendo la zona desdentada. La unión de los dientes con una ligadura de hilo dental, ayuda a retener al apósito sobre la zona desdentada. Si el espacio desdentado es largo, se pueden cubrir los dientes aislados por separado, para así aminorar la posibilidad de que se desprenda, para esto se puede adaptar al diente una tira de gasa de aproximadamente medio centímetro de ancho, se impregna de cemento y se coloca al diente.

El apósito debe cubrir perfectamente la superficie cortada de la encía, pero debe evitarse la sobreextensión hasta la mucosa no afectada. El exceso de apósito irrita el pliegue mucovestibular y el piso de la boca, y dificulta los movimientos de la lengua, ésta sobreextensión también favorece la caída del apósito, pues se rompe más fácilmente, otro cuidado que se debe tener después de colocar al apósito, es que no interfiera en la oclusión y se recortará antes de despedir al paciente. Una vez colocado el apósito, el operador deberá esperar 15 minutos antes de recortarlo, esto permite que los labios, carrillos y lengua, modelen al apósito, mientras se encuentre blando, no se debe despedir al paciente hasta que el infiltrado de sangre que sale por debajo del apósito haya cesado.

El apósito periodontal tiene las siguientes funciones :

- 1).- Controla la hemorragia posoperatoria.
- 2).- Disminuye la posibilidad de infección.
- 3).- Proporciona cierta ferulización de dientes móviles.
- 4).- Facilita la cicatrización al prevenir el traumatismo superficial durante la masticación y la irritación - proviene de la placa y residuos de alimentos.

El apósito debe durar una semana después de la gingivectomía, aun que por cicatrización, este tiempo puede variar. Es normal que el apósito desprenda ciertas porciones del mismo, en caso de que éstas porciones sean de la zona intervenida y el paciente se sienta molesto, por lo general, es mejor volver a colocar todo el apósito.

Esto se hará retirando el apósito que queda, se lava la zona con agua tibia y se aplicará anestesia tópica antes de colocar el nuevo apósito, que se retendrá una semana.

Algunos pacientes, refieren sensación de boca sucia, resulta útil enjuagar la boca con un enjuagatorio de sabor agradable, diluyendo una parte en tres de agua tibia, comenzando el segundo día posoperatorio.

Al retirar el apósito periodontal, se deben tener los siguientes cuidados:

Se retirará introduciendo una azada quirúrgica núm. 19 G, en el margen y ejerciendo presión lateral suave. Los trozos de apósito que queden retenidos en interproximal y las partículas que se adherían a las superficies dentarias, se eliminan con raspadores, puede haber superficies incrustadas en la superficie de la intervención y hay que extraerlas cuidadosamente con pinzas finas. La zona se lava con agua tibia, para eliminar residuos superficiales.

Al retirar el apósito, debemos considerar los siguientes puntos:

La superficie gingival cortada, está cubierta por una trama frías de nuevo epitelio, que no hay que separar, la mucosa lingual y vestibular, se encuentra frecuentemente cubierta por una capa amarillogrisácea ó blanca granular, de residuos de alimentos que se han escurrido por debajo del apósito. Esto se eliminará fácilmente con una torunda con algodón.

PROGRAMA PARA GINGIVECTOMIA GENERALIZADA

PRIMERA SESION DE TRATAMIENTO :

Operar el cuadrante inferior derecho.

SEGUNDA SESION DE TRATAMIENTO :

Retirar el apósito del cuadrante inferior derecho; introducir el control de placa por el paciente.

Operar cuadrante superior derecho.

TERCERA SESION DE TRATAMIENTO :

Retirar apósito del cuadrante superior derecho; revisión del control de placa.

Operar cuadrante inferior izquierdo.

CUARTA SESION DE TRATAMIENTO :

Retirar apósito del cuadrante inferior izquierdo; revisión del control de placa.

Operar cuadrante superior izquierdo.

QUINTA SESION DE TRATAMIENTO :

Retirar apósito del cuadrante superior izquierdo; revisión del control de placa.

SEXTA Y SIGUIENTES SESIONES :

Revisión del control de placa y ajuste de la oclusión si se precisa.

CAPITULO "VI"

ANESTESIA GENERAL Y LOCAL.

Para la intervención de gingivectomía, la anestesia al paciente puede ser local ó general, siendo la anestesia local la más común y la que tiene más ventajas para el operador, por la cooperación del paciente para tener un buen ángulo visual, existen ocasiones, en las que el paciente no quiere someterse a una serie de intervenciones, y las quiere en una sola, siendo lo más conveniente, internarlo en Hospital, logrando en una sola intervención la gingivectomía total.

El paciente deberá permanecer en el Hospital 48 horas después de la operación, debe ingresar de preferencia un día antes de la operación para hacer los análisis de laboratorio necesarios como hemograma, examen físico y consultas médicas.

Anestesia Local :

La anestesia local, consiste en la supresión no selectiva de todos tipos de sensibilidad de una area determinada del organismo.

Esto se consigue, impidiendo la conducción a nivel de los nervios periféricos sensitivos ó de sus terminaciones ó receptores correspondientes.

Para la gingivectomía, se utilizan diferentes tipos de inyecciones, como lo son para la mandíbula, la mandibular bilateral e inyección, bilateral e inyección vestibular larga, para la maxila inyecciones bilaterales del nervio palatino anterior, en el foramen palatino posterior y la del nervio nasopalatino en el foramen incisivo, más infiltración vestibular en las regiones molar, premolar y anterior. De ordinario, no se indica hacer la inyección directa en la papila interdentaria; pero se puede hacer en zonas donde la sensibilidad persiste.

En lo que refiere al tipo de anestésico, lo eligirá el operador previo conocimiento de historia clinica y análisis necesarios.

ANESTESIA GENERAL :

Se entiende por anestesia general, a la obtención analgésica hipnótica y de relajación muscular. Esto involucra una técnica en la que generalmente se combinan distintas drogas, es decir, se puede realizar una anestesia general satisfactoria utilizando fármacos con propiedades hipnóticas, analgésicas y relajantes musculares. También existen algunos anestésicos generales que pueden por sí solos, producir la clásica triada anestésica, pero ésto requiere dosis elevadas que llevan una profunda depresión del sistema nervioso central con resultados peligrosos.

La anestesia general representa un acto complejo, constituido por varias etapas que consisten en :

- 1).- Medicación anestésica previa.
- 2).- Inducción anestésica.
- 3).- Mantenimiento de la anestesia.
- 4).- Recuperación anestésica.

1).- Medicación anestésica previa :

Comprende de : Examen previo del paciente y administración de fármacos antes del acto quirúrgico.

El examen previo del paciente, es más importante que la administración previa de fármacos, ésto porque permitirá la recolección de los datos fundamentales sobre antecedentes personales y actuales que junto con la historia clínica nos dará una idea general del estado del paciente y nos permitirá valorar el riesgo quirúrgico y ayudará a seleccionar la anestesia más adecuada.

Examen Físico.

Se analiza minuciosamente el aparato respiratorio y circulatorio. La presencia de lentes de contacto debe tomarse en cuenta, ya que la sequedad de la conjuntiva que provocan los fármacos anticolinérgicos puede producir úlceras de córnea, no se usan los lentes mientras dura éste efecto. El paciente deberá no comer nada mínimo 8 horas antes de la intervención.

Administración de fármacos antes del acto quirúrgico.

Una vez valorado el paciente desde el punto de vista físico y psíquico, estamos en condiciones de administrarle los medicamentos pre-anestésicos. Estos deben cumplir con las siguientes funciones :

Sedante, analgésica y anticolinérgica.

2).-Inducción anestésica.

Se caracteriza por la pérdida de consciencia.

La inducción debe ser rápida y agradable, esto se consigue si se realizó correctamente la premedicación anestésica, no sólo desde el punto de vista farmacológico, sino también del psíquico.

De preferencia debe realizarse la inducción fuera de la sala de operaciones, especialmente si se trata de niños. Hay que tener en cuenta que el primer sentido que se pierde es la visión y el último el auditivo, por ello, es importante que exista silencio absoluto en el ambiente en que se duerme al paciente.

La pérdida de consciencia, puede obtenerse mediante la administración de fármacos por distintas vías, las principales son la intravenosa y la inhalatoria.

3).- Mantenimiento de la anestesia.

Es una de las etapas más importantes de la anestesia general, ya que de ella depende el normal desarrollo de la intervención quirúrgica y especialmente de la última etapa, que será la recuperación anestésica.

Este mantenimiento, puede realizarse utilizando la vía inhalatoria ó la endovenosa, se considerará además por separado a los relajantes musculares.

Durante esta etapa, se exige una vigilancia permanente del estado del paciente, para ello serán controladas : la respiración, la presión arterial, el pulso, la irrigación periférica y el color de la piel y mucosas.

4).- Recuperación anestésica.

Es una de las etapas críticas, ya que es la que presenta mayor frecuencia de accidentes.

Farmacológicamente, marca la etapa de la eliminación de los fármacos usados y depende en gran parte de cómo se hayan manejado las etapas anteriores. Aquí lo importante, es que el paciente llegue al final de la intervención, con el máximo de consciencia que sea posible.

En ella el anestesiólogo, vigilará que la ventilación sea adecuada y que la vía aérea esté libre de secreciones. Asimismo, acompañará al paciente hasta la habitación ó sala de recuperación.

Complicaciones más frecuentes de la anestesia general.

		Insuficiencia respiratoria.
	Respiratorias	Laringospasmo.
		Aspiración bronquial.
		Hipotensión arterial.
Complicaciones anestésicas	Circulatorias	Arritmicas.
		Paro cardiaco.
	Respiratorias	Nauseas.
		Vomitos.

Peligros de la anestesia.

Siempre que se administra un anestésico, aún siendo local, éste puede determinar accidentes muy graves.

La mayor parte de las muertes provocadas por la anestesia, no son debidas a problemas alérgicos ó de idiosincrasia, sino por falta de conocimientos ó distracción del anestesiólogo, para la resolución inmediata del problema de la aparición de una complicación grave.

La complicación más temible es el paro cardíaco que se produce después de una serie de anomalías fisiológicas detectadas tardíamente. No tratándose nunca de un hecho fortuito.

Se considera que la anestesia local, siempre que sea posible es el método más seguro.

CAPITULO " VII ".

INDICACIONES PRE, TRANS Y POSOPERATORIAS.

Antes de efectuar la gingivectomía, vamos a hacer una preparación - previa a dicha intervención, dicha preparación consiste en eliminar los factores locales que favorecen la inflamación, como lo son :

Restauraciones desbordantes, zonas de impactación de alimentos, eliminación de puntos prematuros de contacto severos y control de placa dentobacteriana. Asimismo, se investigan estados sistemáticos - que puedan perturbar la cicatrización.

La enfermedad gingival aguda, debe ser eliminada antes de que se haga la gingivectomía, y el paciente debe estar libre de síntomas un mes antes de que se realice la gingivectomía.

Premedicación :

Para la sedación se usan muchas combinaciones de drogas. La siguiente se considera eficaz.

La Noche anterior a la gingivectomía, antes de acostarse : Secobarbital Sódico 100 mg; una hora antes de la gingivectomía : Pentobarbital Sódico, intramuscular; media hora antes de la anestesia : - Escopolamina, 0.4 mg y sulfato de morfina 10 mg. Los pacientes con antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardiovascular, diabetes ó tratamiento prolongado de corticoesteroides, se premedican - con antibióticos, estos pacientes que presentan estados sistemáticos, que no son de gravedad suficiente para contraindicar la cirugía, pero que pueden demandar medidas de precaución especiales, deberán ser intervenidos en Hospital. La finalidad de la hospitalización es proteger al paciente previendo su carencia específica, no realizar la cirugía periodontal cuando esté contraindicada por el - estado general del paciente.

Durante el trans-operatorio debemos tener el material adecuado siendo indispensable una buena fuente de luz, un aspirador potente, pinzas marcadoras Num. 27 G, los bisturíes periodontales que se quieran utilizar, etc. es indispensable la presencia de un ayudante - que nos ayude a mantener un campo operatorio libre de obstáculos -

que puedan de alguna forma evitarnos la visión clara.

Debemos tener un campo visual suficiente para ver la cantidad de tejido que vamos a eliminar y no sea ni más ni menos del necesario.

En caso de que la operación se haga con anestesia general, el paciente tendrá la siguiente posición :

Se colocará en la mesa de operaciones, con la espalda elevada - aproximadamente en ángulo de 30 grados y la cabeza a nivel de los codos del operador.

El ayudante responsable de la aspiración, se colocará del lado - de la mesa, opuesto al operador.

El pos-operatorio, dependerá si la intervención se hizo en diferentes sesiones ó en una sola, si se hizo en diferentes sesiones éstas son las instrucciones para después de la gingivectomía del primer cuadrante :

Una vez colocado el apósito, se entregan al paciente las siguientes instrucciones impresas, para que las lea antes de dejar el sillón.

La operación que se ha realizado en sus encías, ayudará a conservar sus dientes. Se ha preparado la siguiente información para responder a preguntas que usted desearía hacer sobre cómo cuidar su boca. Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones.

Cuando la anestesia desaparezca, puede sentir una leve molestia, no dolor, Dos tabletas de aspirina de 30 mg, le harán sentirse bien. Puede repetir cada tres horas si fuera necesario.

Hemos colocado un apósito periodontal sobre sus encías, para protegerlas de la irritación. El apósito previene el dolor, ayuda a la cicatrización y permite que realice usted la mayoría de sus actividades usuales cómodamente. El apósito se endurecerá en pocas horas, después de lo cual puede soportar la mayoría de las fuerzas de la masticación sin romperse. Puede requerir un poco de tiempo acostumbrarse a él.

Para beneficio suyo, el apósito debe estar colocado, el mayor tiempo posible, no lo quite, si se desprenden partículas del apósito durante la semana, no se preocupe por ello, en tanto no sufra dolor, Si se desprende una porción del apósito y siente dolor, ó los bordes de los poros irritan su lengua ó carrillo, por favor, llame al consultorio, el problema se remedia fácilmente reemplazando el apósito. El apósito se retirará la próxima visita.

En las tres primeras horas después de la operación, evite alimentos calientes, para permitir que el apósito endurezca. Después solo - dieta blanda. Evite frutas cítricas ó jugos de fruta, alimentos muy condimentados ó bebidas alcoholicas. Causarán dolor. Por lo general, no se precisan complementos de alimentos ó vitaminas. Se le recetarán si fuere necesario.

No fume. El calor y el humo irritarán sus encías y demorarán la cicatrización, si fuera posible, aproveche esta oportunidad para dejar de fumar. Los fumadores tienen más posibilidades de enfermarse de la encía que los que no fuman.

Los enjuagatorios, no son parte del tratamiento, pero ayudarán a - que sienta su boca fresca. No se enjuague hoy, Comience mañana; - puede enjuagarse con uno de los enjuagatorios de sabor agradable.

No lo use en forma concentrada, diluya un tercio de enjuagatorio en dos tercios de agua tibia.

Desarrolle sus actividades diarias corrientes, pero evite el ejercicio excesivo de cualquier tipo. El Golf, tenis, natación, boliche ó baños de sol, se pospondrán para dos días después de la operación.

Puede experimentar cierta sensación de debilidad ó estremecimientos durante las primeras 24 horas. Esto no debe alarmarlo, pero debe ser informado en la visita siguiente.

La inflamación no es rara, en particular en zonas que demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. La inflamación, por lo general - pasa a los tres ó cuatro días. Si la inflamación es dolorosa ó empeora, por favor, llame al consultorio.

Puede haber una que otra mancha de sangre en la saliva, las primeras cuatro ó cinco horas inmediatas a la operación. Esto no es raro y se corregirá. Si sangra considerablemente más que esto, tome un trozo de gasa en forma de " U ", tómelo entre los dedos pulgar e índice, aplíquelo sobre los dos lados del apósito y sosténgalo bajo presión durante 20 minutos. No lo retire durante este lapso, para examinarlo.

Si la hemorragia no cesa al final de los 20 minutos, por favor póngase en contacto conmigo. No trate de detener la hemorragia mediante enjuagatorios.

Si surge algún otro problema, favor de llamar al consultorio.

Después de la gingivectomía total, se le entrega al paciente un folleto que contiene las indicaciones siguientes :

Hemos colocado un apósito periodontal sobre sus encías, para protegerlas de la irritación. El apósito previene el dolor, ayuda a la cicatrización y permite que realice usted la mayoría de sus actividades cómodamente.

En beneficio suyo, el apósito debe quedar colocado el mayor tiempo posible. No lo quite. Si se desprenden partículas del apósito durante la semana, no se preocupe por ello, en tanto no sufra dolor. Si se rompe un trozo del apósito y siente dolor, ó los bordes ásperos irritan la lengua ó el carrillo, por favor llame al consultorio. El problema se remedia fácilmente.

Coma todo lo que pueda comer sin desprender el apósito. De preferencia dieta blanda. Evite frutas cítricas ó jugos de fruta, alimentos muy condimentados ó bebidas alcohólicas. Le causarán dolor. Durante las dos semanas siguientes, puede complementar su dieta con multivitaminas.

No fume. El calor y el humo irritarán las encías y demorarán la cicatrización. Si fuera posible, aproveche esta oportunidad para dejar de fumar. Los fumadores sufren más enfermedades de la encía que los no fumadores.

Los enjuagatorios no son parte del tratamiento, pero ayudarán a que sienta su boca fresca. En su casa, puede enjuagarse con suavidad, las veces que quiera, pero con uno de los enjuagatorios populares.

No lo use en forma concentrada, diluya un tercio de enjuagatorio en dos tercios de agua tibia.

Limpie las superficies del apósito, con un cepillo de dientes - blando, humedecido en agua, sin dentífrico. También es útil el uso de un aparato de irrigación de agua a presión baja y a la - temperatura ambiente.

Por favor, permanezca en su casa el día que vuelva del hospital, después puede reanudar sus actividades diarias comunes, evitando el ejercicio violento de todo tipo. El Golf, tenis, Ski, boliche natación y los baños de sol, se pospondrán para cuatro días después de la operación.

Durante los dos primeros días, estará desacostumbrado a tener - el apósito en la boca y ello puede ser incómodo. Si sintiera dolor, tome dos tabletas de aspirina de 30 mg, cada tres horas. - Si el dolor no cede, por favor llame al consultorio.

Puede haber una que otra mancha de sangre en la saliva, las cuatro ó cinco horas inmediatas a la operación. Esto no es raro - y se corregirá. Si sangra considerablemente más que esto, tome un trozo de gasa, dele forma de " U ", tómelo entre los dedos - pulgar e índice, aplíquelo sobre los dos lados del apósito y so téngalo bajo presión durante 20 minutos. No lo retire durante - este lapso, para examinarlo. Si la hemorragia no cesa al cabo - de los 20 minutos, por favor, llame al consultorio. No trate - de detener la hemorragia mediante enjuagatorios.

Primera Visita Pos-operatoria al Consultorio :

El paciente es visto una semana después de la operación, en el - consultorio. Por lo general, se retira el apósito y se recuerda al paciente, el control de placa. Si además de la gingivectomía se hicieron otros procedimientos quirúrgicos periodontales, la - zona correspondiente a ellos, se vuelve a cubrir con apósito ó el primer apósito se deja otra semana más.

CAPITULO " VIII "

CUIDADOS ESPECIALES DEL PACIENTE :

El paciente epiléptico, en cualquiera de los niveles de gran mal, pequeño ó crisis convulsivas, presenta acciones que deben tomarse muy en cuenta, para prevenir problemas que se pueden presentar. Dándole especial interés al gran mal, por ser el más frecuente y recordando que la duración de un ataque concreto, varía de menos de un minuto a treinta minutos ó más, debemos recomendar al paciente, que no trabaje en empleos que puedan poner en peligro la vida de los demás ó de él mismo, que no maneje, porque de conducir en el momento de sufrir un ataque, podrá traer consecuencias graves, al paciente epiléptico, debe recomendarsele, que continúe sus actividades diarias, pero hay que aconsejarle, que evite los factores que facilitan los ataques como la falta de sueño, y el uso excesivo de alcohol.

Tomando en cuenta, la sensación previa al momento del ataque, - cabe la posibilidad, de pensar que es bueno que el paciente traiga consigo, un trozo de hule, para colocarlo entre los dientes - antes del ataque y así pueda evitar el morderse la lengua, cosa - que es muy frecuente en éste tipo de ataques.

El paciente epiléptico, especialmente cuando es niño, debe tratarse con especial cuidado, en lo que refiere a un punto de vista - psicológico, debe tratarse con la mayor naturalidad posible, siempre y cuando, se tengan todos los cuidados necesarios y nunca tratarlo de una forma destacada, con relación a los demás, porque - ésto lo haría sentirse inferior y se convertirá en un niño retraído ó agresivo.

En lo que respecta a la cavidad oral, el paciente epiléptico, - debe ser estimulado por el dentista a esmerarse en el cuidado de su boca, debe ser perfectamente instruido, en lo que es el control de placa y hacerlo consciente de la importancia que ésto tiene, - para el buen funcionamiento de su sistema gnático, sin olvidar la estética.

Se darán indicaciones al paciente, de control de placa, como lo son:
El cepillado con una técnica apropiada, el uso de wather-pik, en -
caso de ser posible, en el que se indicará la presión apropiada.

No debemos olvidar, instruir a nuestro paciente, en lo referente a -
la dieta, y le diremos que no coma entre comidas, que en caso de que
así lo haga, se cepille después de esos alimentos, que su dieta no -
sea rica en carbohidratos y en pocas palabras, hacerlo consciente, -
que debe visitar el consultorio dental, a períodos regulares y así,
tener control del estado de su boca.

CAPITULO " IX "

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EPILEPSIA :

El término epilepsia, se refiere a un síntoma no a una enfermedad, es de origen griego y significa " apoderarse ".

Vamos a considerar a los pacientes epilépticos en tres grupos :

- 1).- Gran mal.
- 2).- Pequeño mal.
- 3).- Pequeñas crisis convulsivas.

Los accesos de gran mal, son la forma más frecuente de trastorno convulsivo. El ataque, puede ser anunciado por un aura ó aviso inicial, viene a continuación un grito, caída en el suelo, pérdida del conocimiento y períodos alternados de espasmo y relajación de la musculatura corporal, con relajación posible de esfínteres. Durante éstos momentos, el paciente puede morderse la lengua. La respiración es dificultosa y durante ella, pueden presentarse períodos prolongados, la saliva, puede acumularse alrededor de la boca del enfermo. El acceso suele terminar con un período de somnolencia y confusión acerca de lo que ha ocurrido. En casos raros el paciente puede quedar, después del ataque, con la parálisis de una extremidad (parálisis de Todd), que puede tener importancia, para localizar el origen cortical del acceso. En casos raros, es posible, que no se recobre el conocimiento entre los ataques sucesivos de gran mal. (estado epiléptico), La duración de un ataque concreto de gran mal, varía de menos de un minuto a treinta minutos ó más. Los accesos de gran mal, pueden presentarse en cualquier hora del día ó de la noche, aunque en algunos casos, los ataques sólo se presentan en la noche, cuando el paciente está dormido.

Los accesos de pequeño mal, se observan generalmente, en niños, sin lesiones manifiestas del sistema nervioso. Estos accesos no van precedidos de aura y son de muy corta duración (5 a 30 segundos).

El ataque de pequeño mal, se manifiesta, por una breve pérdida del conocimiento, con escasos movimientos clónicos ó sin ellos, puede manifestarse en forma de una laguna en la expresión y de la fijación de la mirada, durante cuyo espacio de tiempo, el enfermo, queda sin relación con su ambiente. Al fin del acceso, el enfermo queda inmediatamente alerta y reemprende su actividad anterior. Los accesos de pequeño mal, tienen tendencia a presentarse en las primeras horas después de haberse despertado. La frecuencia de los ataques, puede variar desde unos pocos al día, hasta 20 a 30 por hora. La epilepsia en forma de pequeño mal, es una enfermedad de la infancia y tiende a ser menos frecuente a medida que el niño se acerca a la pubertad, ó a desaparecer antes de que alcance la edad de 20 años.

Muchos enfermos, pueden presentar el gran mal ó accesos psicomotores al ir disminuyendo su pequeño mal, presentan una alteración en cefalográfica, característica de la actividad de las ondas lentas de la frecuencia de tres por segundo, acompañadas de rápidas puntas que se presentan bilateralmente en todas las derivaciones.

Las pequeñas crisis convulsivas, las vamos a clasificar en tres grupos :

- 1).- Accesos motores menores.
- 2).- Accesos psicomotores.
- 3).- Accesos focales.

Accesos motores menores :

Significa ataques de sacudidas mioclónicas, consideradas por algunos autores, como parte del síndrome de pequeño mal, son accesos acinéticos, se caracterizan por la brusca pérdida de tono de todos los músculos del cuerpo, que dá lugar a la caída del enfermo al suelo. Estos episodios, son de duración tan breve que el paciente se levanta inmediatamente y niega que haya perdido el conocimiento durante la caída.

Las sacudidas mioclónicas, consisten en bruscas contracciones musculares involuntarias del tronco ó de las extremidades, que pueden ser ligeras ó muy marcadas.

Cuando son muy severas, el paciente puede lanzar ó dejar caer el objeto que tenga en la mano, en el momento del ataque. Pueden presentarse momentos de accesos acinéticos y mioclónicos, en enfermos con ataque de pequeño mal, y también en los que sufren accesos del gran mal.

Accesos psicomotores :

Se caracterizan, por episodios de actividad motora y mental, suelen ir seguidos de amnesia posterior al acceso. La duración de los accesos psicomotores, suele ser mayor que las de los ataques del pequeño mal, y duran de 30 segundos a 2 minutos. El enfermo, puede presentar movimientos motores complejos, durante el acceso como retorcimiento de las extremidades, movimientos de chasquido con los labios, etc. Es rara la conducta agresiva durante los accesos, pero los enfermos, se resisten a la ayuda ofrecida, durante ellos. En un elevado porcentaje de casos, los enfermos con accesos psicomotores, presentan anormalidades encefalográficas localizadas en uno de los lóbulos temporales ó en ambos.

Accesos focales :

Se caracterizan, por manifestaciones motoras, sensitivas ó de otra clase, que indican la localización cortical del ataque. Pueden permanecer como episodios localizados ó aislados ó progresar hasta constituir accesos generalizados con pérdida del conocimiento. Los accesos focales, indican la existencia de una alteración orgánica del cerebro, pero no son patognomónicos de tumor cerebral.

La tasa de incidencia anual de trastornos convulsivos recidivantes, en los Estados Unidos, parece ser el 31 por 100,000 aproximadamente. Los accesos convulsivos, suelen iniciarse en las primeras épocas de la vida, pero pueden comenzar a cualquier edad. Por regla general, cuanto más tarde empiezan los accesos, mayor es la probabilidad, de que estén relacionados con alguna lesión orgánica macroscópica en el cerebro.

Los factores genéticos, pueden intervenir en la presentación de la epilepsia, pero en la actualidad, no podemos establecer de una manera general la importancia de éstos.

Causas de la Epilepsia :

Son múltiples y entre ellas se encuentran los traumatismos del parto, defectos congénitos, infecciones del sistema nervioso, exposición a toxinas, trastornos metabólicos, trastornos nutritivos, neoplasias cerebrales, enfermedades cerebro-vasculares y enfermedades hereditarias del sistema nervioso. El diagnóstico correcto se basa en la historia clínica detallada de los ataques, exploración completa física y neurológica y en el resultado de las pruebas de laboratorio, como lo serían las radiografías de cráneo, el electroencefalograma, en algunas ocasiones, examen de líquido cefalorraquídeo y determinaciones del calcio, fósforo, azúcar y nitrógeno ureico de la sangre.

Si no se encuentra ninguna enfermedad fundamental que pueda modificarse, como causa de los accesos, el enfermo debe someterse a medicación anticonvulsiva.

CAPITULO " X "

EPILEPSIA EN ODONTOLOGIA :

El Cirujano Dentista, debe estar capacitado para saber, que actitud tomar hacia un paciente que padesca de epilepsia, en primer lugar, conocer el problema y la magnitud del mismo durante la historia clínica, después de conocer el problema, ponerse en contacto con el médico de cabecera del paciente, siendo ésta la persona que está más enterada del estado del paciente.

Una vez que hayamos tenido contacto con el médico tratante, vamos a tener un mejor conocimiento del estado del paciente y sabiendo que padece de epilepsia y que las tensiones nerviosas son un factor predisponente a ataques convulsivos, vamos a darle a nuestro paciente tranquilidad y seguridad, para así conseguir su calma y cooperación.

En ocasiones el paciente ignora su enfermedad y el Dentista, descubre mordidas de lengua, puede estar frente a un signo patognomónico de crisis convulsivas, que pueden asociarse a epilepsia y de aquí se puede iniciar un diagnóstico de la enfermedad, se preguntará si se han sufrido desmayos, ataques ó algún signo relacionado con la enfermedad.

En caso de que el paciente epiléptico, llegue a sufrir un ataque en nuestro consultorio, el Dentista debe ayudar a que el paciente no sufra una caída ó golpe, y a que, no se vaya a morder la lengua colocando un protector bucal, protector que siempre debe existir en un consultorio Dental, después de recuperarse el paciente de la crisis el Dentista deberá llamar al médico de cabecera y comunicar del estado de la crisis y así hacer que se controle al paciente antes de asistir a una nueva cita a nuestro consultorio.

El principal papel del Cirujano Dentista ante el paciente Epiléptico, es el hacerlo consciente del cuidado de su boca y enseñarle una buena técnica de control de placa, motivarlo a que visite el -

consultorio periódicamente, y así poder tener un verdadero control del estado de la boca de nuestro paciente, por otra parte, hacer los tratamientos necesarios con la mejor calidad posible y si nosotros no estamos capacitados para hacer el tratamiento indicado, remitirlo al especialista.

En casos de fibromatosis gingival por DPH, el paciente llegará a nuestro consultorio con la idea de cooperar con nosotros, pues, - estará consciente de que podemos ayudarlo a resolver un problema - estético y fisiológico, que seguramente le preocupa y quiere solucionar; por lo que al llegar a nuestro consultorio hará desaparecer muchas características negativas del epiléptico.

B I B L I O G R A F I A

CIRUGIA BUCAL ATLAS.

ARCHER W. HARRY

BUENOS AIRES, MUNDI. 1968.

DILANTIN HIPERPLASIC GINGIVITIS.

DANIEL E. ZISKIN, LEWIS R. SNOWE Y EDWARD V. ZEGARELLI.

JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION 1941.

ENFERMEDADES PERIODONTALES EN NIÑOS.

MARGARITA OLSINA DE GARCIA.

REVISTA ADM. JULIO-AGOSTO 1976.

HEREDITARY GINGIVAL HYPERPLASIA.

T.G. EMERSON.

OPERATIVE ORAL SURGERY.

JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION 1965.

HEREDITARY GINGIVAL FIBROSIS STUDY OF A FAMILY.

BMIN SEN SAVARA, THEODORE SEHER, ALBERT G. BURNS.

JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION 1954.

HYPERPLASIA GINGIVAL DIPHENYLDANTOINEA.

A CLINICAL, HISTOLOGICAL, AND BIOCHEMICAL STUDY.

OSLO, 1963.

MANUAL DE PERIODONTOLOGIA.

WARD HOWARD C.

BUENOS AIRES, 1975.

MEDICINA BUCAL.

LESTER W. BURKET.

INTERAMERICANA, 1973.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

SIDNEY B. FINN.

INTERAMERICANA, 1976.

PATOLOGIA BUCAL
S.N. BHASKAR.
EL ATENEO, 1975.

PERIODONTAL PROTHESIS.
GREIDER ARTHUR.
LOUIS C.V. MOSBY, 1968.

PERIODONTOLOGIA CLINICA.
IRVING GLIKMAN.
INTERAMERICANA, 1974.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
WILLIAN G. SHAFER, MAYNARD K HINE Y BARNET M. LEVY.
INTERAMERICANA, 1977.

I N D I C E

		PAG.
CAPITULO I	Parodonto (Generalidades).....	1
CAPITULO II	Difenilhidantoinato de Sodio.....	4
CAPITULO III	Agrandamientos gingivales.....	7
CAPITULO IV	Fibromatosis gingival.....	11
CAPITULO V	Gingivectomia.....	30
CAPITULO VI	Anestesia general y local.....	40
CAPITULO VII	Indicaciones pre, trans y posoperatorias	45
CAPITULO VIII	Ciudadanos especiales del paciente.....	50
CAPITULO IX	Consideraciones generales sobre epilepsia.....	52
CAPITULO X	Epilepsia en Odontologia.....	57
BIBLIOGRAFIA	59