



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE UN PACIENTE ADULTO CON HIPERPLASIA
GINGIVAL QUE ACUDE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA PARA LA ATENCIÓN A LA
SALUD TAMAULIPAS EN EL CICLO 2019-2020. PRESENTACIÓN DE UN CASO
CLÍNICO

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

FRANCO RINCON DYLAN GUILLERMO

HERNANDEZ GARCIA JAILENE JAMILETH

DIRECTORA:

MTRA. ZYNDY ANAID MONTIEL RODRÍGUEZ

ASESORA:

MTRA. JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ

ASESOR:

CD. SERGIO ANTONIO CHAVARRÍA LÓPEZ

Ciudad de México 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
Encía	8
Enfermedad Periodontal	11
Hiperplasia gingival inflamatoria	13
Gingivectomía	19
Epidemiología	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
OBJETIVO	30
MATERIAL Y MÉTODO	31
Tipo de estudio	31
Técnica	31
Bases éticas y legales	33
PRESENTACION DE CASO CLÍNICO	34
IMPACTO Y TRASCENDENCIA DEL CASO	46
CONCLUSIÓN	47
PROPUESTAS	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXO	58

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, por permitirme llegar a estas instancias junto a ustedes, presentar este proyecto por fin y dar gracias por hacerlo posible.

Mi gratitud especial con un gran cariño y respeto al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente por formarme desde el primer momento que entre a la Universidad Nacional Autónoma de México, logrando adquirir conocimientos, volviéndome una gran persona y llegar a tener en él una de las mejores etapas de mi vida.

A mi hermana, por apoyarme, hacerme sentir mejor en cada momento en el que me sentía derrotado, por animarme, por estar presente en mi vida.

De igual manera agradecer a mi Directora de tesis, la Dra Zyndy Montiel por su esfuerzo, dedicación y ayuda en este proyecto que requirió mucho trabajo; a su vez también agradecerle a mis asesores de tesis, el Dr Sergio Chavarría, por compartirme todos sus conocimientos durante la carrera, siendo un gran honor haber sido uno de sus alumnos; a la Dra Josefina Morales, por brindarme conocimientos y asesorías durante este proyecto; a mis sinodales; el Dr Pinner Pinnelo y la Dra Sandra Mayorga por ayudarnos durante esta tesis que hoy en día presentamos.

A Irene Tejeda por ayudarme, asesorarme, darme consejos, echarme porras, estar detrás de mí dándome ánimos para no rendirme, siendo un gran apoyo cuando más la necesitaba.

A mis amigos desde la infancia: Alexis Santana, Mayra Gálvez, Carlos Morales, Sergio Jaimes, Erik Hernández, Javier Medina, Jonathan Flores, Vanesa Oribio, Rodrigo Espejel, ya que fueron y son un gran apoyo durante toda mi vida, teniendo un gran lazo de amistad.

A los profesores Carmen Martínez y Alfredo Herrera por prepararme y aconsejarme para entrar a la licenciatura.

Amigos del alma Héctor Schulz, Ángel Tirado, Aaron Salazar, Lorena Pérez, Lissett Valle, Dariana Pérez, Samuel Toscano, Juan González, Adrián Ayala, Javier Uribe, Tadeo Cancino, Karime Delfín, Andrés Manzano, Ángel Juárez, Fernando Nolasco, Dante Torres, Fernando Vega, Gustavo Andres, Melanie Fuentes, Rogelio Valencia, Alexis Hernández, Jonathan Hernández, Sergio Reséndiz, Carmen Villaseca, Victor Solis, Arturo Ortega, Alma Maldonado, Kevin Amezcuita, Javier Moreno, Jenisela Benancio, Luis Bermúdez, Salvador Padilla, Fernando Padilla, Ferghie Rodriguez, por estar en el momento correcto y a pesar de las adversidades ser un gran pilar en mi vida, porque me llevo un pedacito de cada uno de ustedes en mi corazón.

De manera especial, con gran cariño agradecer a mis amigos Karla Aguilar, Orlando Cervantes, Eder Caballero, Erick Trejo, Sayuri German, Alejandro Cerecero, Ilse Mariel, Octavio Ramírez, Jorge Hernández, Marco Ambrosio, Diana Salazar, Andrés Castro, Irving González, Rodrigo Fuentes, Paola Gómez, Alejandro Yagami, Lorena Jiménez y Arendy López, por hacer que mi estancia en la facultad fuera mucho mejor.

De igual manera agradecer con afecto a Jhoseline León, Itzel Vázquez, Fernanda Contreras, Ulises Arteaga, Nadia López, Oscar Ramírez, Evelyn Rodríguez, Rocío

Jiménez, Bryan Alonso, Itzel Islas, Mariana Jiménez, por permitirme enseñarles y ellos a la vez enseñarme y apoyarme en momentos de mi pasantía.

Agradecer con mucho apego a Sarahi Ortegón, Esmeralda Mendoza y Ximena Barajas, que a pesar de la distancia que nos separa, jamás dejaron que cayera en mis momentos más difíciles.

A mis padres, por darme la vida, por guiarme, asesorarme y hacer posible que culminara esta etapa de mi vida exitosamente.

Dylan Guillermo Franco Rincón

AGRADECIMIENTO:

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a mis doctores, quienes me han brindado enseñanzas y conocimiento que van mucho más allá de la formación académica.

De manera especial, mi aprecio y gratitud a la Dra. Zyndy Anaid Montiel Rodríguez, directora de Tesis, por sus aportes, sugerencias brindadas durante todo el proceso de trabajo investigativo.

Jailene Jamileth Hernández García.

DEDICATORIA.

Este trabajo está dedicado especialmente a las personas que creyeron en mí, a las que me dieron su confianza desde ser mis pacientes, hasta permitirles enseñarles y apoyarlos cuando más lo necesitaban, nunca dudaron de mí, estando dispuestos a ayudarme para que este momento llegara y poder culminar con esta etapa donde pasaron tanto momentos difíciles como felices, dando todo de mi por tener este triunfo y estar a un paso de poder titularme, contando con su apoyo incondicional y sobre todo, creyendo que lograre grandes cosas, y de ello pueden estar seguros, porque lo estoy logrando.

Dylan Guillermo Franco Rincón

DEDICATORIA:

El siguiente trabajo de tesis está dedicado especialmente a mis padres José Antonio Hernández Cortes y Edith García Torres, que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser una profesional.

A mis hermanos Cristian, Antonio y Mateo quienes me motivaron a siempre seguir adelante.

A mi esposo, Víctor Hugo por estar a mi lado y brindarme siempre todo su apoyo y por creer en mi capacidad.

A mi amado hijo Damián por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Jailene Jamileth Hernández García.

RESUMEN

Introducción. La Hiperplasia Gingival, es una alteración del tejido conectivo, localizada o generalizada, como respuesta a un irritante crónico local, su etiología es multifactorial se asocia a procesos inflamatorios crónicos, maloclusión, aparatología protésica u ortodóntica, reacción a la acumulación de biopelícula, cambios hormonales o medicamentosos. Las características clínicas son inflamación gingival vestibular, lingual, de papilas interdentes, que se pueden transformar en un repliegue macizo del tejido, incluyen contornos gingivales agrandados por edema o fibrosis, cambio de color rojo a rojo azulado, sangrado al sondaje y aumento de exudado gingival. El diagnóstico, se realiza a través de la historia clínica, el tratamiento puede ser una gingivectomía, que es la recesión de la encía por medio de una incisión quirúrgica y así mejorar la estética y funcionalidad del paciente.

Objetivo. Describir un caso clínico con el procedimiento de una gingivectomía de una paciente atendida en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas de la FES-Zaragoza UNAM, en el ciclo 2019-2020.

Material y Método. Tipo de estudio descriptivo.

Técnica: la paciente acude a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas motivo de consulta: *“siento dolor en la muela izquierda de abajo al comer y abrir la boca”*.

Conclusión. Al realizar la gingivectomía del nuevo margen gingival, quedo estabilizado el periodonto devolviendo la funcionalidad y estética a la paciente. Sin embargo, se necesitan estudios con un mayor tiempo de seguimiento para ver los resultados del alargamiento coronario y pertinencia de extracción del tercer molar.

Palabras clave: *Gingivectomía, hiperplasia, gingival.*

SUMMARY

Introduction. Gingival hyperplasia is an alteration of the connective tissue, localized or generalized, in response to a local chronic irritant, its etiology is multifactorial, it is associated with chronic inflammatory processes, malocclusion, prosthetic or orthodontic appliances, reaction to the accumulation of biofilm, hormonal changes. or medicated. The clinical characteristics are vestibular and lingual gingival inflammation of interdental papillae, which can transform into a massive fold of tissue, include enlarged gingival contours due to edema or fibrosis, red to bluish-red color change, bleeding on probing, and increased gingival exudate. The diagnosis is made through the medical history, the treatment can be a gingivectomy, which is the recession of the gum through a surgical incision and thus improve the aesthetics and functionality of the patient.

Aim. To describe a clinical case with the gingivectomy procedure of a patient treated at the Tamaulipas University Health Care Clinic of the FES-Zaragoza UNAM, in the 2019-2020 cycle.

Material and method. Type of descriptive study.

Technique: the patient goes to the Tamaulipas University Health Care Clinic, reason for consultation: "I feel pain in the lower left tooth when eating and opening my mouth."

Conclusion. By performing the gingivectomy of the new gingival margin, the periodontium was stabilized, restoring functionality and aesthetics to the patient. However, studies with a longer follow-up time are needed to see the results of crown lengthening and the relevance of third molar extraction.

Key words: Gingivectomy, hyperplasia, gingival.

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos y técnicas odontológicas tienen como objetivo mantener una salud bucal óptima, logrando el bienestar de los pacientes permitiendo un desenvolvimiento en la vida diaria sin complicaciones físicas ni molestias, en todo lo relacionado al sistema estomatognático. Además de la salud bucal, la odontología abarca otros campos relacionados a la estética, permitiendo llegar a cumplir con estándares de belleza utilizados comúnmente en el mundo actual, esto permite reafirmar la confianza en el paciente, elevando el aspecto emocional del mismo para conseguir una estética ideal, no es suficiente que los órganos dentarios tengan un color, forma, tamaño, simetría y posición adecuados, sino que además, el margen gingival tendrá que estar en armonía con estas estructuras. El logro de resultados estéticos no es una cuestión de azar, es algo que se planifica con certeza antes de realizar un tratamiento teniendo un notable significado tanto la perspectiva ortodóntica como periodontal. La relación dentogingival puede modificarse quirúrgicamente mediante la denominada cirugía de alargamiento coronario con fines estéticos, basadas principalmente en la gingivectomía. La gingivectomía es una técnica quirúrgica útil en caso de sonrisa gingival por erupción pasiva alterada, cuando la cresta ósea está a un nivel inadecuado. La finalidad de este procedimiento es modificar la morfología y ubicación del margen gingival, permitiendo aproximar la estética de la relación dentogingival y la línea de la sonrisa. Requiere de una planificación quirúrgica como factor clave para obtener resultados estéticos, por ello, se presenta el caso de un paciente femenino de 23 años que acudió a la Clínica Universitaria para la atención a la salud Tamaulipas con coronas clínicas cortas y sonrisa gingival que solicita tratamiento. El presente caso clínico describe cómo se debe llegar al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del tratamiento de una paciente con hiperplasia gingival.

MARCO TEÓRICO

Encía

La encía es una zona masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los órganos dentarios. Está compuesta de un tejido epitelial, tejido conjuntivo y de revestimiento. La encía adquiere su forma y textura definitiva con la erupción de los órganos dentarios. ⁽¹⁾ Se puede dividir en tres tipos de encía de acuerdo con su localización de la siguiente manera:

Encía interdental

La forma de la encía interdental está determinada por la relación de contacto entre los órganos dentarios, el ancho de las superficies dentarias proximales y el recorrido de la unión cemento adamantina. En las regiones anteriores de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras que en las regiones de los molares las papilas son más aplanadas en sentido vestibulolingual. ⁽²⁾

Encía marginal o libre

Este tipo de encía rodea a los órganos dentarios con una forma de collar o corona. Se encuentra sobre la línea gingival teniendo unión con los órganos dentarios y va hasta la encía adherida. Se puede diferenciar porque su aspecto es más translúcido teniendo un ancho de entre 0.5 a 2 mm. La encía libre es de color rosado coralino, con superficie opaca y consistencia firme, comprende el tejido gingival en las caras vestibular y lingual/palatina de los órganos dentarios y la encía o papilas interdentes. En las caras vestibular y lingual de los órganos dentarios, la encía libre se extiende desde el borde gingival en sentido apical, hasta la línea de la encía libre, ubicada a un nivel que corresponde a la unión cementodentinaria. La encía adherida está delimitada en sentido apical por la unión mucogingival. ⁽³⁾

Encía adherida

La encía adherida está delimitada en sentido coronal por la línea de la encía libre, se extiende en sentido apical hasta la unión mucogingival, desde donde se continúa con la mucosa alveolar. La encía adherida es de textura firme, de color rosado coralino y a veces presenta pequeñas depresiones en su superficie denominadas “punteado”, le dan aspecto de cáscara de naranja. Está adherida firmemente al hueso alveolar subyacente y al cemento por fibras del tejido conjuntivo por lo cual es comparativamente inmóvil en relación con el tejido subyacente. Por otra parte, la mucosa alveolar, de color más oscuro y de localización apical con respecto a la unión mucogingival, está vinculada laxamente al hueso subyacente a diferencia de la encía adherida, la mucosa alveolar es movable en relación con el tejido subyacente. ⁽⁴⁾

Fibras periodontales

Además de la encía, existen otras estructuras blandas que sujetan al diente que se llaman fibras periodontales. La gran mayoría de las fibrillas colágenas del ligamento periodontal están dispuestas de haces definidos de fibras. Las fibras colágenas del ligamento periodontal se insertan dentro del hueso mineralizado que tapiza la pared del alveolo dentario, denominado hueso fasciculado, el cual tiene un alto ritmo de recambio. Los haces de fibras colágenas están insertados en el hueso fasciculado siendo generalmente de mayor diámetro y menos numerosas que los haces de fibras correspondientes del cemento del lado opuesto del ligamento periodontal. El colágeno del lado dentario tiene un ritmo de recambio bajo, así mientras el colágeno cercano al hueso se renueva con relativa rapidez, el colágeno adyacente a la superficie radicular se renueva lentamente o nada. La posición de las fibras periodontales, tienen una disposición oblicua que tiende a resistir la presión durante la masticación. En la región marginal algunas fibras están insertadas en la cresta del hueso alveolar. Las fibras que se encuentran en orden de importancia son: Colágenas, Reticulares, Elásticas, Oxitalánicas y de Elaunina ⁽⁴⁾

Inflamación gingival

La boca está llena de bacterias ya que estas junto con las mucosidades y otras partículas, están constantemente formando una placa pegajosa e incolora que se deposita sobre los dientes. Cuando la biopelícula no se elimina, se endurece, formando unos depósitos llamado cálculo, el cual provoca una inflamación significativa de la encía. Mientras más tiempo permanezcan la biopelícula y el cálculo sobre los órganos dentarios, más daño pueden causar en los tejidos bucales. Las bacterias causan una inflamación de las encías llamada gingivitis. Si una persona presenta gingivitis, la encía se enrojece, se inflama y sangra fácilmente. ⁽⁴⁾ Existen diferentes factores que favorecen este proceso inflamatorio, por ejemplo:

Factores de riesgo

Son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad.

Factores predisponentes

- Factores de retención de biopelícula, por ejemplo, márgenes de corona subgingivales, aparatología ortodóncica.
- Retención del tercer molar
- Sequedad bucal. ^(5,6)

Factores modificantes

- Tabaquismo: fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de gingivitis. Además, el hábito de fumar puede disminuir el efecto de algunos tratamientos.

□ Cambios hormonales: estos cambios pueden hacer que las encías se hagan más sensibles facilitando así el desarrollo de la gingivitis.

□ Hiperglucemia: las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas, gingivitis y periodontitis.

□ Otras enfermedades como el cáncer o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus respectivos tratamientos, también pueden perjudicar la salud de las encías.

□ Medicamentos: cientos de medicamentos tanto de receta médica o los que se pueden comprar sin receta, pueden reducir el flujo de la saliva. La saliva sirve para proteger la boca, y si no se tiene suficiente, la boca queda susceptible a infecciones.

Hay algunos medicamentos que pueden hacer que el tejido de la encía crezca más de lo normal comenzando a nivel de las papilas gingivales interdentes anteriores, para extenderse a continuación al sector posterior de la boca, esto dificulta mantener las encías limpias.

□ Genética: algunas personas son más propensas que otras a tener un caso grave de gingivitis debido a que pueden ser problemas hereditarios que se pasan de generación en generación.⁽⁷⁾

Es importante destacar que si estos factores de riesgo no son atendidos o modificados la gingivitis puede evolucionar a enfermedad periodontal.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal se clasifica en diversos estadios y etapas, se asocia a factores locales, evolutivos, órganos dentarios afectadas, entre otros. Sin embargo, desde una perspectiva más sencilla, podemos dividir las fases de la periodontitis en:

Periodontitis: el desarrollo de la enfermedad periodontal siempre va precedido de una fase de inflamación del tejido blando, causado por la presencia de biofilm. Si se prolonga en el tiempo, evoluciona hacia la destrucción del tejido duro siendo el hueso alveolar, especialmente en las personas que tienen algún tipo de susceptibilidad o predisposición genética. La gingivitis, con un tratamiento adecuado, es totalmente reversible. ⁽⁷⁾

Periodontitis inicial: si, como hemos apuntado en el apartado anterior, el acumulo de biopelícula y el ataque de las bacterias persiste, la irritación e inflamación crónica producirá la destrucción, generalmente irreversible, del hueso que soporta el órgano dentario, aparecen las bolsas periodontales y aumenta el surco de la encía. ⁽⁸⁾

Periodontitis moderada: cuando no se consigue frenar la enfermedad periodontal inicial, esta seguirá su curso, la encía se va retrayendo y las bacterias llegan a destruir un tercio del hueso que soporta el órgano dentario. ⁽⁹⁾

Periodontitis avanzada: en esta fase de la enfermedad periodontal se ha producido una pérdida del nivel de inserción de más de la mitad de la superficie radicular, el órgano dentario puede adquirir movilidad e inestabilidad e, incluso, se puede producir la caída espontánea del mismo. ^(8,9)

Existen también, una serie de manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas y condiciones del desarrollo y adquiridas, por ejemplo:

- Enfermedades y condiciones sistémicas que afectan el aparato de inserción periodontal.
- Abscesos periodontales y lesiones endodónticas periodontales
- Deformidades y condiciones mucogingivales alrededor de los dientes

- Fuerzas oclusales traumáticas
- Factores relacionados al órgano dentario y prótesis

Enfermedades y condiciones periimplantarias

- Salud periimplantaria.
- Mucositis periimplantaria.
- Periimplantitis

Cuando una enfermedad periodontal se hace crónica, ya sea en un solo órgano dental, en un cuadrante o de forma generalizada, existen otras alteraciones secundarias a este proceso, entre ellas la hiperplasia gingival inflamatoria.

Hiperplasia gingival inflamatoria

La Hiperplasia Gingival Inflamatoria es un proceso proliferativo reaccional, con etiología variada, pudiendo ser causada por factores locales o sistémicos, siendo una de las características más comunes de las patologías de la encía. El término hiperplasia, se refiere al aumento de tamaño de los tejidos en un órgano, producido por el aumento del número de sus componentes celulares. Esta enfermedad produce cambios estéticos y síntomas clínicos como sangrado gingival (espontáneo o inducido), trastornos periodontales, migración patológica dentaria, alteración de la oclusión o tumefacción en casos severos. Tumefacción leve de la papila interdental y la encía marginal, esta tumefacción puede aumentar de tamaño hasta que cubre parte de las coronas; el agrandamiento puede ser localizado o generalizado y progresa de forma lenta e indolora, a menos que se complique con una infección aguda o un trauma. ⁽¹¹⁾

Hiperplasia fibrosa: es una lesión exofítica circunscrita y formada por tejido

conectivo fibroso denso, cubierto por un epitelio escamoso estratificado. Se localiza con más frecuencia en la mucosa yugal, encía, lengua y paladar blando, generalmente zonas donde se produce mayor roce, ya que su etiopatogenia parece estar relacionada con factores irritativos crónicos o traumáticos repetidos. ⁽¹¹⁾ Esta alteración es común entre pacientes con mal oclusión, aparatología protésica, incluso en menor proporción, pero no se exenta durante una dentición mixta, se considera una lesión reactiva ya que generalmente es respuesta a un factor irritante local.

Hiperplasia inflamatoria papilar: es una lesión benigna, la cual, consiste en múltiples pápulas y presencia de tejido conjuntivo fibroso denso localizado, se asocia al uso de prótesis en maxilar superior específicamente en paladar duro, se encuentra principalmente en las papilas interdentes, existen algunos casos publicados en pacientes no portadores de prótesis que han desarrollado este tipo de lesión que no es específica de encía ⁽¹²⁾

Etiología

Las causas que la provoca pueden ser idiopáticas o específicas:

Idiopático: la hiperplasia gingival inespecífica se produce por una reacción hiperplásica del tejido inflamatorio crónico relacionada con factores locales como biopelícula, cálculos y bacterias. Los agrandamientos idiopáticos son poco frecuentes, generalmente se asocian a un gen autosómico dominante pero se han observado casos autosómico recesivos; aparecen generalmente en las primeras décadas de vida, sin predilección por raza y sexo, suelen ser densos y fibrosos, con escasa alteración inflamatoria; algunos pacientes presentan antecedentes hereditarios y los agrandamientos pueden aparecer acompañados de hipertrichosis, epilepsia, deformidades craneofaciales, y retraso mental, o formar parte de síndromes como por ejemplo: síndromes de Simmermand-Laband, Cross, Rutherford, Murray-Puretic-Drescher, Cowden ⁽¹³⁾

Específicos: los agrandamientos gingivales específicos se producen por cambios hormonales en el embarazo y la pubertad acompañados de irritantes locales, por fármacos como la Fenitoína (anticonvulsivante) debido a un posible efecto regulador sobre el metabolismo o la tasa de crecimiento de los fibroblastos; otro fármaco que produce hiperplasia gingival es la Ciclosporina (inmunosupresor), que inhibe la actividad de los linfocitos T y que a diferencia de la fenitoína es reversible al suspender el medicamento. La Nifedipina (bloqueador de los canales de calcio) que se prescribe en pacientes con angina de pecho y arritmias también puede generar agrandamiento de las encías.

Otras hiperplasias pueden ser causadas por enfermedades sistémicas, como la leucemia, produciendo infiltración de los tejidos gingivales. ^(14,15)

Clasificación

La clasificación de la hiperplasia gingival esta de la mano con su etiología, a partir de eso, podemos clasificarlos en inflamatorio, endocrino, reactivo, tumoral y medicamentoso:

Inflamatorio

Los agrandamientos gingivales inflamatorios son los más frecuentes y se solucionan con el control de biofilm; la reacción de las encías se produce por transformaciones inflamatorias de los tejidos periodontales superficiales bajo la influencia de algún factor irritativo local; en estos casos, la encía es de color rojo reluciente, tiene la superficie lisa, una consistencia blanda y generalmente suele sangrar; cabe destacar que el grado de afección es variable en función del transcurso del tiempo y la evolución de la misma. Los agrandamientos inflamatorios se clasifican en inflamatorios crónicos o agudos. Los primeros son la causa más frecuente, además, suelen ser complicaciones secundarias de cualquiera de las otras clases de agrandamiento.

Endocrino

Durante el embarazo y, aunque menos frecuente, durante la pubertad, las personas son más vulnerables a desarrollar gingivitis influenciada por las hormonas. De hecho, al mostrar el tejido gingival especial susceptibilidad a los cambios hormonales, los agrandamientos gingivales asociados a la placa se manifiestan de forma exagerada; el curso de esta tipología es benigno, pues la situación suele mejorar con el tiempo e incluso erradicarse; su tratamiento incluye la eliminación de biopelícula y una rutina higiénica rigurosa tanto en casa como en la clínica dental. ⁽¹⁶⁾

Reactivo

Los agrandamientos reactivos son característicos de aquellas situaciones en las que, sobre una gingivitis con biopelícula previa, se suman factores sistémicos que aumentan el cuadro inflamatorio.

Tumoral

Los agrandamientos gingivales tumorales suelen ser más frecuentes en adultos que en niños, siendo toda área bucal vulnerable a su efecto; un ejemplo de esta tipología serían los agrandamientos que se dan en la leucemia (hiperplasia gingival leucémica), pudiendo ser uno de los primeros signos de dicha enfermedad y se dividen en:

- a) Tumores Benignos
- b) Tumores Malignos ⁽¹⁷⁾

Medicamentoso

Existen muchos fármacos que se han asociado a los agrandamientos gingivales; los medicamentos más frecuentemente asociados con el agrandamiento gingival se dividen en tres grupos:

- Anticonvulsivos: fenitoína, ácido valproico, carbamazepina, fenobarbital y vigabatrina. ⁽¹⁸⁾
- Bloqueadores de canales de calcio (BCC): nifedipina, diltiazem, verapamilo y

en algunos casos, amlodipino y felodipina.

- Inmunosupresores: ciclosporina A

Cuando es identificado algún agente asociado al agrandamiento gingival por medicamentos, se debe evaluar la posibilidad de disminución de la dosis empleada o el reemplazo de la medicación de acuerdo a las necesidades y beneficios del paciente, pero, al tratarse de medicamentos para enfermedades de carácter crónico, ésta estrategia se encuentra limitada y puede ocurrir que incluso después de disminuir su dosis se mantenga el agrandamiento gingival y se requiera complementar con medidas de higiene bucal adecuadas a la necesidad de cada paciente, e iniciar con una fase higiénica exhaustiva para lograr una disminución de la colonización bacteriana y del edema tisular previo a la realización de intervenciones quirúrgicas como gingivectomía del sitio comprometido. ⁽¹⁹⁾

Características clínicas

- Inflamación de la encía: encía color roja, sangrante, con aumento de volumen, ya sea de manera específica en un solo órgano dentario o de forma generalizada en todos los órganos dentarios.
- Progresión lenta: es una condición de evolución crónica lo cual va a presentar signos después de un mes de evolución.
- Indolora: sin percepción sensorial localizada.
- Masa sésil o pediculada: el tejido tendrá un sostén fijo o en forma de tallo que sostendrá el resto por encima de este.
- Exudado: son elementos extravasados acumulados.
- Consistencia firme: tiene una base que le da soporte y adherencia a la superficie gingival. ⁽²⁰⁾

Diagnóstico

Después de haber observado un agrandamiento o crecimiento excesivo del tejido de la encía, también conocido como tejido gingival. Debido a que se trata de un aumento en el tamaño de los tejidos de la encía, a veces también se usa el término de sobrecrecimiento en lugar de hiperplasia. El diagnóstico diferencial debe ser realizado a partir de la previa historia médica del paciente, incluyendo la posibilidad de factores hereditarios, inducción por drogas y neoplasias. Algunos procesos proliferativos no neoplásicos, como el granuloma piogénico, lesión periférica de células gigantes, papiloma, condiloma acuminado y fibroma osificante periférico pueden asemejarse a esta lesión. Por este motivo, se justifica la realización de una biopsia para poder excluir otras lesiones de diagnóstico diferencial y confirmar o no la hipótesis diagnóstica. ⁽²¹⁾

Diagnóstico diferencial

Se considerarán los siguientes:

- Fibroma traumático
- Granuloma
- Hiperplasia papilar inflamatoria
- Hiperplasia gingival medicamentosa
- Fibromatosis gingival

Tratamiento

De acuerdo al adecuado llenado de historia clínica, integración del expediente clínico, habilidades del odontólogo y expectativas del paciente, se pueden considerar las siguientes opciones de tratamiento ante una hiperplasia gingival inflamatoria.

Gingivoplastia

Esta consiste en un tratamiento quirúrgico de elección para la remoción de tejido gingival fibroso donde se realiza la incisión y eliminación del tejido fibroso y/o inflamado, realizando una corrección quirúrgica menor de la encía, para modificar su contorno, cuyo objetivo es devolver el festoneado gingival, re contornear la encía cuando ésta ha perdido su forma fisiológica, en ausencia de bolsas.

En la gingivoplastia, el tejido es adelgazado Inter proximalmente para producir un contorno más armónico dando una apariencia más estética al paciente, y a su vez eliminar la pared blanda de la bolsa periodontal para disminuir la profundidad. El procedimiento llevado a cabo específicamente en las papilas se denomina papilectomía. (21,22)

Cirugía laser

La aplicación del láser en Odontología debe basarse en el conocimiento de una serie de procesos físicos y biológicos que dependen de diversos factores.

Es un procedimiento más ergonómico, conservador y preventivo: menos molestias y dolor al paciente, con una menor cantidad de solución anestésica, ausencia de ruido del instrumental rotatorio, disminución de los riesgos de hipersensibilidades entre otros. Lleva los tejidos circundantes a la zona de aplicación no sufren ningún daño careciendo de complicaciones intra y postoperatorias en comparación con la cirugía convencional. (23,24)

Gingivectomía

El término gingivectomía significa resección de la encía tratándose de la técnica por la cual se elimina, por medio de una incisión quirúrgica, la totalidad de la bolsa periodontal supracrestal y todo el tejido patológico, esto nos permite diferenciarla de la gingivoplastia la cual se limita al remodela miento quirúrgico de la pared externa de la bolsa periodontal (encía marginal únicamente).

Con este procedimiento se puede lograr accesibilidad a la superficie radicular, para así tener mayor visibilidad y acceso para la eliminación completa de los cálculos y el alisado minucioso de las raíces. A ésta también se le denomina cirugía excisional, actualmente se emplea para el tratamiento de hiperplasia o crecimiento de la encía por medicamentos, fibrosis, bolsas supra-óseas y para mejorar el acceso en técnicas restauradoras que invaden el espacio subgingival. (25,26) Para realizar este procedimiento clínico es necesario contar con equipo, instrumental y medicamentos como:

- Equipo básico (espejo, pinzas, cucharilla, explorador, guantes, cubrebocas, eyector, gorros quirúrgicos y campos desechables)
- Sonda periodontal
- Pinzas quirúrgicas
- Bisturí
- Tijeras para encía Goldman-Fox (curvas)
- Espátula para cemento
- Curetas Gracey
- Gasas
- Anestésico
- Jeringa carpule
- Antiséptico
- Unidad dental
- Pieza de alta velocidad
- Pieza de baja velocidad
- Micromotor dental

La manera en la que se aborda esta cirugía es de acuerdo a los siguientes pasos:

- Anestesia local del área quirúrgica.

Una de las posibles técnicas es la Infiltrativa, en el caso específico de la presente tesis, se anestesió el nervio dentario inferior. La punción se realiza justo antes de

la entrada del nervio dentario inferior en su conducto, para realizar esta técnica existen dos formas, una directa y otra indirecta.

a) Técnica directa. - Se realiza en un solo tiempo y se obtiene la anestesia primero del nervio dentario inferior y posteriormente del nervio lingual; el paciente debe estar sentado, con la cabeza ligeramente inclinada y con apertura bucal máxima. ⁽²⁷⁾

- Con la ayuda del dedo índice se tracciona el carrillo hasta llegar a nivel de la línea oblicua externa.
- Ubicamos tomando como referencia las caras oclusales de los molares inferiores.
- Se coloca la aguja se coloca el cuerpo a la altura de los premolares y molares e introducimos hasta que contacte con el hueso y se inyecta 1 ml de anestésico lentamente.
- Se retira la aguja hasta la mitad y se vuelve a aspirar, inyectando 0,5ml de anestésico, para anestesiar el nervio lingual.
- La aguja se retira y se debe esperar 3-5 minutos para que empiece a hacer efecto.

b) Técnica indirecta. - Se realiza en dos tiempos y se obtiene primero la anestesia del nervio lingual y posteriormente del dentario inferior. ⁽²⁸⁾

1° Tiempo

1. Se coloca la jeringa paralela a las superficies oclusales del lado a anestesiar y se penetra la mucosa 0,5 cm donde se encuentra el nervio lingual, depositando 1 ml de anestésico.

2° Tiempo

1. En la misma ubicación sin retirar la aguja de la mucosa, se traslada la jeringa al lado opuesto a la altura de los premolares y molares.

2. Introducimos la aguja y se deposita la anestesia, se espera 3-5 minutos para que logre efecto.

3. Se anestesian los tejidos blandos de la región vestibular de los molares inferiores, bloqueado al nervio bucal. ^(29,30)

- Localización de bolsas periodontales. Para esto se emplea una sonda periodontal que identifica el fondo de la bolsa, posteriormente se determina su profundidad y se marca esta distancia por la parte externa de la encía con el marcador de Crane-Kaplan, tanto por vestibular como por lingual.
- Incisión primaria. Se emplean bisturís periodontales, con números de hojas 11 y 12 o bisturí kirkland con número 15/16, empleando estos instrumentos para dejar un margen fino y festoneado de la encía remanente, la incisiónse inicia desde apical a los puntos marcados y se dirige hacia coronal a un punto entre la base de la bolsa y la cresta ósea; ésta debe ser biselada a 45° respecto a la superficie del diente siguiendo el festoneado de la encía evitando exponer el hueso.
- Incisión secundaria. Una vez terminada la incisión primaria por vestibular y lingual, se separa el tejido blando interproximal mediante una incisión con bisturí de Orban, número 1 o 2 o con el bisturí de Waerhaug. ^(31,32)
- Los tejidos separados son extraídos cuidadosamente con una cureta o una azada quirúrgica y se elimina el tejido de granulación, los cálculos remanentes y el cemento necrótico, dejando una raíz lisa y limpia mientras se irriga permanentemente con el propósito de eliminar el tejido cureteado y mejorar la visibilidad. ⁽³³⁾
- La zona se cubre con un apósito periodontal. La reacción inicial posterior a la gingivectomía es la formación de un coagulo superficial protector, el tejido subyacente sufre inflamación aguda con necrosis, después el tejido de granulación sustituye al coágulo.

A las 24 horas se reconoce un aumento de las células de tejido conectivo nuevas, principalmente angioblastos, al tercer día, muchos fibroblastos jóvenes se localizan en el área. El tejido de granulación muy vascular prolifera en sentido coronario y crea un nuevo margen gingival libre y surco. Los capilares derivados de los vasos sanguíneos del ligamento periodontal migran hacia el tejido de granulación y en dos semanas se conectan con los vasos gingivales. ^(34,35)

Indicaciones operatorias

Preoperatorio

- El paciente debe desayunar o comer antes de la cirugía
- Si se le indica tomar algún medicamento previo para la cirugía, tómelo y no olvide traerlo a consulta.
- Procurar traer ropa cómoda para sentirse a gusto, evite maquillaje, traer aretes, pulseras. ^(36,37)
- Si usa lentes de contacto, procure no usarlos en la cirugía.
- En casa prepare algunas bolsas con agua congelada, que serán utilizadas unas cuantas horas después de la cirugía.
- Evite fumar dentro de las 48 horas antes de la cirugía y 10 días después, ya que disminuye el éxito quirúrgico, además de contribuir a la plena curación de los tejidos.
- Planeé de antemano su ausencia en el trabajo.
- Prepare una dieta líquida y fría, como sopas, jugos, vitaminas, helados.
- Aclarar sus preguntas antes de llegar a la cirugía.
- Durante la historia clínica, es importante preguntar al paciente si ha consumido bifosfonatos, ya que estos medicamentos constituyen un grupo de fármacos capaces de modular el recambio óseo y disminuir su remodelado cuando existe una reabsorción excesiva. Pero entre los posibles efectos adversos más importantes se encuentran los orales, con la aparición de ulceraciones y sobre todo los casos de osteonecrosis de los maxilares asociados a esta terapéutica.
- Asegurarse que el paciente entienda las indicaciones pre y postoperatorias, así como la prescripción de medicamentos que deban tomarse. ^(38,39)

Trans operatorias

- Colocación de barreras de protección
- Técnica de anestesia local
- Toma de signos vitales
- Asepsia y antisepsia ya que la contaminación de la herida quirúrgica repercutirá directamente en las secuelas postoperatorias, complicando la

cicatrización

- La correcta planificación de la intervención, que evite imprevistos intraoperatorios que compliquen la intervención.
- Preparación de la charola e instrumentos de la operación. (40,41)

Post operatorias

- Dieta blanda
- Cita 4 a 7 días después de la intervención
- Durante las primeras 24-48 horas puede aplicarse frío en la piel de la zona donde se intervino, siendo aconsejable comenzar en el mismo instante en que acaba la cirugía, puede resultar útil una bolsa de plástico con hielo envuelta en un paño o gasa que será la que entre en contacto con la piel, o productos específicos comercializados para este fin. Se le recomendará que haga las aplicaciones a intervalos breves de 10 minutos, para no enfriar en exceso la piel de la zona. El frío consigue evitar la congestión en la zona de la intervención, reduce el edema y el dolor, y disminuye el riesgo de hemorragia y hematomas.
- Enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% 30 segundos 2 veces al día
- Evitar comer grasas para evitar una infección
- Evitar fumar e ingerir alcohol durante 4 días
- Evitar actividad física durante 4 días (42,43)

Indicaciones

- Está indicada en hipertrofia inducida por fármacos y fibrosis idiopática
- Bolsas periodontales supra alveolares, sólo en lugares de difícil acceso
- Hiperplasias gingivales inducidas por medicamentos
- Hiperplasias gingivales hereditarias

- Hiperplasias gingivales de causa hormonal (prepuberal, puberal, gestacional, de la menopausia) (44)

- Agrandamiento inflamatorio crónico. - Hiperplasias gingivales inflamatorias. casos de gingivitis moderada, gingivitis severa, gingivitis ulcero necrotizante, periodontitis ulcero necrotizante leve, en los cuales persiste la inflamación luego de haber realizado la terapia inicial) ⁽⁴⁵⁾
- Hiperplasias gingivales idiopáticas
- En prostodoncia, para exponer el margen de una preparación subgingival antes de tomar la impresión.
- Para exponer una lesión cariosa subgingival, y entonces poder restaurarla ^(46,47)

Contraindicaciones

- Encía adherida estrecha o inexistente (menos de 2 mm.). Es decir, cuando se compromete a toda la encía adherida.
- Aumento óseo marginal, insuficiente encía insertada, compromiso de furca
- Presencia de bolsas infraóseas.
- Engrosamiento protuberante del margen óseo con riesgo de exposición quirúrgica
- Cuando la incisión puede crear una herida muy extensa en el paladar. ^(48,49)
- Situaciones donde se requiere remodelado óseo o injerto óseo, en las cuales el tratamiento de elección sería un colgajo.
- Cuando el paciente se queja de sensibilidad dental antes de la cirugía. ⁽⁵⁰⁾

Epidemiología

- Domínguez y col. (2020) Perú, se presenta una paciente femenina de 17 años, durante el examen clínico se observó, alteración del color en una restauración Clase IV en mal estado en el órgano dentario 21, la alteración de tamaño, la forma y el color de los dientes anterosuperiores, así como sonrisa gingival y se identificó una encía con fenotipo periodontal grueso, profundidad de sondaje de 3 mm y encía queratinizada de 7 mm. Se decidió el plan de tratamiento que consistía en realizar una gingivectomía, el manejo clínico del presente caso tuvo resultados satisfactorios para la paciente. ⁽⁵¹⁾
- Cruz RM, (2018) Perú. Paciente femenino de 14 años, de acuerdo con la clasificación de Coslet, el caso reportado mostraba una alteración tipo 1A a nivel de 11 y 12, caracterizada por suficiente cantidad de encía queratinizada y distancia entre la línea amelocementaria (LAC) y hueso de 1,5 mm, por lo que se decidió realizar la gingivectomía a bisel interno ya que fue de gran importancia debido a la eliminación de hueso que presenta y también para lograr márgenes gingivales adecuados ⁽⁵²⁾
- Taj- Taj P, (2017) Chile, se presenta paciente femenino de 6 años, durante el examen clínico se observa la encía con aumento de volumen en forma generalizada, de color rosa pálido, con presencia de punteado, de consistencia firme y fibrosa, presenta poliobturaciones, caries de surco en primeros molares permanentes en erupción, absceso vestibular con relación a la pieza 5.5 con dolor intenso a la percusión, movilidad dentaria pieza 5.2 por pronta exfoliación. Se realiza gingivectomía a bisel externo. El tejido se presenta de consistencia muy firme y fibroso, lo que dificulta y prolonga el procedimiento. Se priorizan los sectores anteriores maxilar y mandibular por consideraciones funcionales y estéticas para permitir, además, la erupción de las piezas definitivas. Para finalizar, la zona quirúrgica es protegida mediante cemento quirúrgico periodontal. ⁽⁵³⁾

- Manzur VI, (2018) Colombia, se presenta paciente masculino de 59 años, Al examen clínico se observó aumento del volumen de la encía marginal y papilar, de aspecto lobulado, y de color rosa pálido a nivel de OD# 13, 22, 23, 24; excepto en encía papilar distal de OD# 12, la cual se encuentra eritematosa y edematizada. La gingivectomia se realizó sin complicaciones ⁽⁵⁴⁾

- Macías RC, (2018) Aguascalientes, México, paciente femenino de 25 años. Colgajo de espesor total de tipo envolvente y osteoplastia 3 mm con anterioridad a la paciente se le tomaron las medidas con una sonda periodontal para poder realizar la incisión ⁽⁵⁵⁾

- Villaseñor CE (2019) México, paciente femenino de 56 años, a la exploración clínica se observa simetría facial, sonrisa alta (sonrisa gingival), biotipo grueso, márgenes gingivales irregulares, coronas clínicas cortas, morfología dental irregular, malposición dental, ausencias dentales, restauraciones mal ajustadas, dimensión vertical disminuida. Radiográficamente, margen óseo a nivel de unión cemento esmalte en la zona anterior. Los resultados del alargamiento de corona fueron favorables, ya que después del cementado final de las restauraciones tanto en dientes como en implantes, se obtuvieron márgenes gingivales regulares, aumento del tamaño de las coronas clínica y de la dimensión vertical, estabilidad de los tejidos duros y blandos. ⁽⁵⁶⁾

- Martínez RH, (2020), México paciente femenino de 49 años, a la valoración clínica, se apreció exposición gingival excesiva y coronas clínicamente cortas en los dientes 15, 14, 13, 11, 21, 22, 23, 24 y 25 así como margen gingival irregular. Los dientes que requieren mayor remoción de tejido blando fueron los dos centrales; el lateral derecho no requirió modificar el nivel del margen gingival; el canino derecho requirió modificar el margen 2 mm, mientras que el resto de los dientes sometidos al procedimiento de gingivectomia requirieron 1 mm de remoción de tejido blando” ⁽⁵⁷⁾

- García Y CL (2020) México paciente femenino de 22 años. Su ortodoncista la refiere por observar clínicamente hiperplasia gingival se observó sangrado al sondeo y tejido gingival cubriendo un tercio de la mayoría de las coronas

dentarias, aproximándose en algunos órganos dentarios altercio medio de la corona clínica en el límite de algunos aparatos de ortodoncia se tomó la decisión de realizar la gingivectomía acompañada de una gingivoplastia, dando como resultado, un adecuado margen gingival, así como la eliminación del sangrado. ⁽⁵⁸⁾

□ Doimi y col. (2017) México, se presenta paciente masculino de 29 años, durante el examen clínico se observó una encía con periodonto grueso, inflamación gingival localizado, ausencia de bolsa periodontal, sangrado al sondaje, se realiza gingivectomía a bisel interno. Esta técnica se emplea cuando existe espacio suficiente entre la cresta ósea. El espacio entre ambos debe ser de 2 mm. Para determinar la posición de la cresta ósea se realizará un sondaje a hueso. Además, es necesario tener una banda de encía queratinizada lo suficientemente ancha para mantener la posición de dicha encía una vez realizada la técnica. ⁽⁵⁾

Planteamiento del problema

La hiperplasia gingival inflamatoria se define como el aumento de volumen gingival, es un proceso proliferativo racional, con etiología variada, pudiendo ser causada por factores locales o sistémicos teniendo como característica común con las enfermedades gingivales. La encía del paciente se ha retraído y queratinizado (endurecido por falta de humedad) debido a una periodontitis. En estos casos la acción del biofilm puede causar una infección en la zona, dañar la raíz del órgano dentario y ocasionar inflamaciones graves en la encía. Ciertos casos pueden requerir de una cirugía sencilla denominada "gingivectomía" para acabar con el crecimiento excesivo de la encía, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el manejo odontológico en un paciente con hiperplasia gingival que acude a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas en el ciclo escolar 2019-2020?. Presentación de un caso clínico

Objetivo

Describir el manejo odontológico de una paciente adulta que es diagnosticada con hiperplasia gingival inflamatoria que acude a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas en el ciclo escolar 2019-2020. Presentación de un caso clínico.

Material y método

Tipo de estudio:

Descriptivo, se realizó un caso clínico de una paciente que acudió a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas

Técnica:

La paciente acudió a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas por presentar dolor constante en la mejilla izquierda, su motivo de consulta fue "siento dolor en la muela de abajo izquierda al comer y abrir la boca", por lo que se asumió que se podría tratar de un tercer molar en proceso de erupción.

Por lo anteriormente mencionado por la paciente, se optó por realizar el diagnóstico diferencial que se realizó a partir de la previa historia médica del paciente, incluyendo la posibilidad de factores hereditarios, inducción por drogas y neoplasias.

Algunos procesos proliferativos no neoplásicos, como el granuloma piogénico, lesión periférica de células gigantes, papiloma, condiloma acuminado y fibroma osificante periférico pueden asemejarse a esta lesión.

Por lo cual se tomó la decisión de realizar como tratamiento una gingivectomía, ya que esta técnica, ayudo por medio de una incisión quirúrgica a eliminar en su totalidad la bolsa periodontal.

Recursos Humanos:

Paciente: F.M.P.A

Tesistas: Franco Rincón Dylan Guillermo
Hernández García Jailene Jamileth

Asesor de clínica: CD. Sergio Antonio Chavarría López

Material, Instrumental y equipo

- Unidad dental
- Equipo básico (espejo, pinzas, cucharilla, explorador)
- Barreras de protección guantes, cubre bocas, gorros, eyector, campos desechables)
- Bisturí
- Hoja de bisturí
- Jeringa carpule
- Antiséptico
- Anestésico
- gasas
- Pieza de mano de alta y baja velocidad
- Sonda periodontal

Físicos:

- Clínica Universitaria para la Atención a la Salud Tamaulipas.
- Quirófano

Financieros

Solventados por los tesisistas y los procedimientos clínicos fueron solventados por la paciente en la caja de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas.

Bases éticas y legales

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Argumentaremos cada principio que tiene esta declaración de Helsinki para respaldar este trabajo y demostrar la seriedad. De acuerdo con esta declaración, este caso clínico no involucra experimentar con alguna persona u animal. Se ha realizado el protocolo de investigación adecuado para que nuestra asesora metodológica nos diera el visto bueno de la investigación y así comenzar a recolectar información científica.

La paciente esta asesorada y vigilada por nuestro asesor de clínica el cual aprobó y autorizo dicho procedimiento en ella, respaldada por una historia clínica minuciosamente hecha y un protocolo sobre el procedimiento a realizar.

Este trabajo está realizado con las autorizaciones debidas y con la revisión adecuada de nuestros asesores.

Este proyecto y el procedimiento que se le realizo a la paciente fueron los indicados de acuerdo con sus necesidades y posibilidades de la paciente, explicándole los riesgos y beneficios que traería esto. Se le anticipo a la paciente acerca de este trabajo y se le explico que es con un objetivo académico y que toda la información recaudada se utilizara para fines escolares y serán protegidos por los alumnos y docentes que revisen este documento.

Esta investigación no tiene algún riesgo mayor que el beneficio que obtendrá la paciente al retirar el tejido que le provoca dolor, solo malestar general que como todo procedimiento no se puede inhibir de manera absoluta. Se aclararon las dudas que tenía la paciente al momento de solicitarle participar en la presente tesis, y resaltamos que, aceptó sin alguna objeción, se le leyó el procedimiento a realizar y el protocolo que se estuvo haciendo antes de la intervención. ⁽⁶⁰⁾

PRESENTACION DE CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 22 años de edad, que nació y radica en ciudad de México (Ver figura No.1), acude a consulta por presentar “*dolor en la muela izquierda de abajo al comer y abrir la boca*”. La paciente señala, que es un dolor tolerable relacionado cuando se inflama al cepillarse y se lastima, o bien, hay veces que después de comer siente la incomodidad constante, que, además, cuando se ríe a carajas o bosteza, se le ve la encía grande.

Figura No.1. Vista frontal del paciente



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

Antecedentes heredofamiliares: abuelo materno con Diabetes Antecedentes

personales patológicos:

- Cursó por enfermedades propias de la niñez sin complicaciones.
- Intervenida quirúrgicamente de las manos y muñecas debido a presentar abscesos de grasa acumulada
- Cesárea

Antecedentes personales no patológicos

- No realiza ejercicio
- Come 3 veces por día

- Dieta rica en azúcar y carbohidratos
- Hábitos de higiene correctos con baño y cambio de ropa diario
- Sostiene objetos entre los labios
- Se muerde los labios

Padecimiento actual: aparentemente sana

Interrogatorio por aparatos y sistemas: respiración bucal al dormir, onicofagia y ansiedad.

Exploración extrabucal

Exploración en cara, cabeza y cuello: cara dolicocefala, perfil convexo, (Ver figura No.2) presenta lunares en la frente, mejillas, nariz y ceja, refiere un punto doloroso en la zona de la mejilla izquierda. Músculos maseteros, temporales, pterigoideo interno y externo, esternocleidomastoideos y trapecios simétricos.

Figura No. 2 Perfil de la paciente



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

Somatometría y signos vitales

- Talla: 1.65 m
 - Peso: 79 kg
 - T.A 110/90
 - F.R 21 x min
 - F.C 80 x min
 - Temperatura 36 °C
 - Pulso 80 x min
- Exploración intraoral Tejidos blandos

- Presenta labios con integridad deshidratada. (Ver figura No.3)

Figura No.3. Labios deshidratados



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

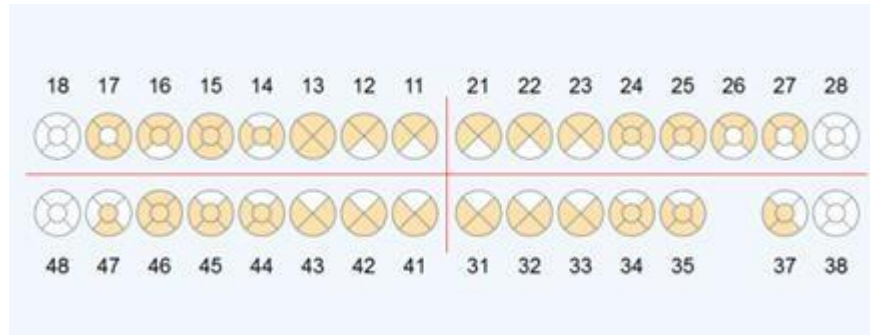
- Encía adherida y marginal de la zona del órgano dentario 37 irregular, con una coloración rojo intenso

Tejidos duros

- caries de primer grado en OD 15,14,24,25, 36,35, 34, 44 y 45
- caries de segundo grado en OD 16 y 46
- restauraciones bien ajustadas OD 16 y 17

- índice de biofilm del 88% (Ver figura No.4)

Figura No.4. Índice de biofilm



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

Exámenes de gabinete y/o laboratorio

Por la edad, el diagnóstico presuntivo y al no presentar ninguna enfermedad sistémica, solo se tomó radiografía periapical en la zona del O.D 37 misma que se observó el germen del órgano dental 38. (Ver figura No.5)

Figura No. 5. Radiografía periapical



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

Diagnostico sistémico y bucal

Paciente femenina de 22 años de edad, aparentemente sana, sin limitaciones físicas ni psicológicas, ubicada en tiempo y espacio, edad cronológica y edad física acordes, cooperadora y con poco temor al tratamiento odontológico. Con AHF de diabetes, APP quirúrgicos en muñecas por presentar acúmulos de grasa y un parto por cesárea, niega alérgicos, uso de sustancias nocivas como tabaco, alcohol o drogas, y actualmente no consume ningún tipo de medicamentos. Dieta alta en azúcares y carbohidratos, no realiza ningún tipo de ejercicio, hábitos higiénicos buenos, con servicios intradomiciliarios completos, manifiesta llevar un estilo de vida sedentario. Acude al servicio dental por dolor tolerable y ocasional en el cuadrante inferior izquierdo, refiere morderse, lastimarse al cepillarse y al consumir ciertos alimentos y eso ocasionar que se inflame la encía en la zona del OD 37. En la exploración extrabucal refiere un punto doloroso en la zona de la mejilla izquierda sin más datos de alarma en cara cabeza, cuello o ATM. En la exploración intrabucal presenta un índice de placa dentobacteriana del 88%; en tejidos duros caries de primer y segundo grado, así como restauraciones con amalgamas bien ajustadas; en tejidos blandos se observa irregularidad en forma, adherencia y color, así como aumento de volumen en zona gingival del OD 37 correspondiente a una hiperplasia gingival inflamatoria. Radiográficamente se observan OD 36 y 37 adecuados en estructura, hueso alveolar, sano sin dato de infección, presencia del germen dental en erupción del OD 38, con tendencia a impactarse en distal del OD 37.

Pronóstico: favorable para la función y vida de la paciente

Tratamiento

Debido a la presencia del OD 38, se le comenta a la paciente el posible factor de la hiperplasia gingival inflamatoria y la posibilidad de extracción de tercer molar para contrarrestar dicho proceso inflamatorio, motivo de su consulta. Después de la explicación minuciosa de los posibles tratamientos y bajo el consentimiento debidamente informado, se establecieron las siguientes etapas para el plan de

tratamiento.

Fase higiénica

- Control de biofilm
- Técnica de cepillado (técnica de Stillman)
- Profilaxis superficial (retira calculo dental y cepillado dental) Fase

Rehabilitadora

Saneamiento básico en infecciones cariosas de primer y segundo grado. Fase quirúrgica: gingivectomía

Fase de mantenimiento

- Control de biofilm
- Verificar técnica de cepillado
- Planificar la extracción del OD 38

NOTA: es necesario resaltar que, este caso clínico se atiende en el año 2020, para este momento, se vivía tensión e incertidumbre a nivel internacional por la declaración de pandemia por el virus SAR-COV-19 conocido como coronavirus, por lo que la determinación de un tratamiento óptimo para erradicar el malestar motivo de consulta era prioritario, y de ser posible continuar con las siguientes fases rehabilitadoras, ya que la probabilidad del aislamiento domiciliario se preveía muy cercano, y así fue, para el 20 de marzo del 2020, la Universidad Nacional Autónoma de México, deja de funcionar presencialmente y por ende, se cierran en definitiva las instalaciones y con ello todas las clínicas universitarias,

por lo que la precisión clínica para un diagnóstico y plan de tratamiento de cualquier caso clínico es fundamental.

Desarrollo del caso

Cita 1

Se tomaron datos personales y se abrió expediente con la toma de radiografía y se comienza con el concentrado de la información de la historia clínica

Cita 2

- Se finalizó la historia clínica y se firmó tanto por la paciente, el operador y el profesor responsable.
- Se le explico el procedimiento quirúrgico de gingivectomía se aclararon dudas y se dan por escrito indicaciones preoperatorias:
 - Desayunar o comer antes de la cirugía
 - Asistir con ropa cómoda para sentirse a gusto, evite maquillaje, traer aretes, pulseras.
 - En casa preparar algunas bolsas con agua congelada, que serán utilizadas unas cuantas horas después de la cirugía.
 - Notificar de posible ausencia en el trabajo.
 - Preparar insumos para una dieta blanda, rica en cítricos para que favorezca la cicatrización y líquidos fríos.
 - Aclarar sus preguntas antes de comenzar la cirugía.
 - Durante la historia clínica, es importante preguntar al paciente si ha consumido bifosfonatos, ya que estos medicamentos constituyen un grupo de fármacos capaces de modular el recambio óseo y disminuir su remodelado cuando existe una reabsorción excesiva. Pero entre los posibles efectos adversos más importantes se encuentran los orales, con la aparición de ulceraciones y sobre

todo los casos de osteonecrosis de los maxilares asociados a esta terapéutica.

Cita 3

- Se pasó al cubículo para la toma de signos vitales los cuales fueron:
- Temperatura: 36 °C
- T.A: 110/90
- F.R :21 x min
- F.C: 80 x min
- Pulso: 80 x min
- Se preparó la charola de trabajo con el siguiente material (Ver figura No. 6)
 - Sonda periodontal
 - Mango de bisturí
 - Hoja de bisturí del NO.15
 - Equipo 1x4
 - Jeringa carpule
 - Anestésico local
 - Algodón
 - Tijeras para encía
 - Punta de jeringa triple
 - Punta de eyector
 - Barreras de protección

Figura No. 6. Charola de trabajo



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

- Se preparó a la paciente con sus respectivas barreras de protección en el sillón dental. (Ver figura No.7)

Figura No. 7. Paciente con las barreras de protección colocadas



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

- Desinfección de la encía y zona de trabajo
- Colocación de anestésico tópico (benzocaína) en el cuadrante a trabajar. Posteriormente se colocó por infiltración un cartucho de lidocaína con epinefrina

al 2% 72 mg, se anestesió el nervio dentario inferior izquierdo, mediante técnica directa y se esperó a que hiciera su efecto bloqueante el anestésico, para posterior hacer unas pruebas de sensibilidad y con ayuda de una sonda periodontal medir la cantidad de tejido a retirar con el bisturí.

□ Con ayuda de la sonda periodontal y marcando el tejido con la cantidad a extirpar, se inició con la incisión en la cara vestibular del molar y los restos de tejido se retiraron con las tijeras para cortar encía. (Ver figura No.8)

Figura No. 8. Incisión de hiperplasia fibrosa inflamatoria



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

□ No se usó ningún apósito quirúrgico, acondicionador de tejidos, ni sutura, debido a que el resto de la zona se aprecia sana y adicional aún se encuentra el 3er molar.

□ El tejido obtenido no pudo ser enviado a laboratorio histopatológico por condiciones sanitarias, pero se tomaron en cuenta signos y síntomas propios de la alteración.

□ Se le mandó los siguientes medicamentos para evitar una infección y controlar la inflamación posquirúrgica del tejido.

□ Amoxicilina con ácido clavulánico 750mg/250mg tomar una tableta cada 12 horas durante 7 días.

- Ibuprofeno de 400 mg tomar una tableta cada 8 horas durante 5 días.
- Se citó a la paciente para revisar su cicatrización y si tenía algún malestar, el cual fue negado.
- Al término del procedimiento se coloca al paciente a 90° con ayuda del sillón dental y se le explico las indicaciones posoperatorias que debía seguir para no contraer una infección y tener una cicatrización adecuada.

Indicaciones post operatorias:

- Mantener la gasa en el sitio de la cirugía 20 min.
- Evitar ingerir alimentos hasta pasado el efecto de la anestesia
- No tocar la herida
- Guardar reposo relativo las primeras 72 horas posteriores a su cirugía
- Aplicar compresas de agua helada las primeras 24 horas
- No realizar buches ni enjuagues con ninguna sustancia las primeras 24 hrs.
- No asolearse
- No fumar, no ingerir alcohol
- No hacer uso de popotes
- No escupir
- Dieta blanda y mucha agua
- No consumir alimentos con exceso de grasa
- Mantener buena higiene bucal, cepillarse los dientes como habitualmente lo hace, sin embargo, al enjuagarse solo dejara caer el agua.
- En caso de presentar sangrado leve, deberá colocar una gasa haciendo presión durante 20 min, si continua el sangrado llamar a su odontólogo tratante.
- Después de 48 hrs aplicar fomentos de agua caliente realizando movimientos de apertura y cierre
- Tomar el medicamento indicado en la receta médica en tiempo y forma, no automedicarse.
- Si al tomar los medicamentos recetados hay irritación o dolor estomacal, mareos, alergias, entre otros., deberá llamar a su odontólogo tratante.
- Acudir a su cita de control dentro de 3 días.

Seguimiento y control

El tejido obtenido no pudo ser enviado a laboratorio histopatológico por condiciones sanitarias internacionales propias de la pandemia por SAR-COV-19, pero se tomaron en cuenta signos y síntomas propios de la alteración como saber que la hiperplasia inflamatoria es un proceso de mayor frecuencia en la encía, de progreso repentino y lento, que puede aparecer en cualquier zona de la encía y provocar alteración y molestia en la oclusión. Respecto a los diagnósticos diferenciales, se descarta hiperplasia fibrosa por la densidad del tejido y que no hay un factor irritativo o traumático local constante; al no presentar múltiples pápulas se niega una hiperplasia inflamatoria papilar; no se considera una hiperplasia medicamentosa ya que la paciente no toma medicamentos y se corrobora con la anamnesis de la historia clínica en la cual refiere estar sana; también se descarta un granuloma ya que la lesión que se evalúa no se ha caracterizado por un crecimiento acelerado y tampoco tiene forma pediculada como en su mayoría se manifiestan los granulomas, además que la aparición de estos es mayor en el maxilar superior y en las zonas anteriores y vestibulares; y la inflamación que la paciente presenta es crónica y localizada, por lo que al no generalizarse se descarta la fibromatosis gingival.

Después de 1 año, se vuelve a tomar imagen radiográfica y se puede observar que las estructuras dentales se encuentran sanas y que la posición del tercer molar no ha cambiado. Por lo que se aprecia un periodonto sano, lo mismo que los órganos dentales adyacentes, sin dato de infecciones. (Ver figura No.9)

Figura No. 9. Radiografía periapical del cuadrante inferior izquierdo



Fuente: cortesía Franco RD, Hernández GJ

Impacto y trascendencia del caso

Lo que se aprendió de este caso es que el cuerpo humano se puede manifestar de varias formas para alertar de algo que pasa en nuestro organismo, en este caso, el cuerpo alertó a la paciente de la erupción de su molar por lo cual desencadenó una inflamación constante que le provocó malestar a la paciente.

El profesional experto en la cavidad bucal y nosotros como alumnos en formación profesional, debemos saber cuál es el motivo de dicha reacción y así informar al paciente de lo que sucede y de la alternativa o las alternativas de tratamiento que tenemos para remediar su malestar, la paciente empezó a sentirse nerviosa ya que era un tratamiento quirúrgico, al momento de colocarle la anestesia, se sintió un poco más nerviosa, pero explicándole el tratamiento y por qué se iba a realizar se tranquilizó y fue muy cooperadora.

Al finalizar el tratamiento la paciente se sintió satisfecha con el procedimiento debido a que su malestar era constante y con este procedimiento ya dejó de causarle molestia y poder seguir con su vida como la tenía sin el dolor, incomodidad, malestar, de no gustarle cómo se veía la “*encia deforme y abultada*”; además de poder comer mejor. Refiere que, además, le agradó que no fue muy invasivo el tratamiento y que no sintió algún malestar durante este proceso ni posteriormente a este.

Conclusión

La hiperplasia fibrosa inflamatoria, aparte de dar un mal aspecto clínico, también provoca incomodidad al masticar, algunas veces puede presentar dolor, alteración de la deglución, trastornos del habla, problemas de oclusión dentaria, entre otros.

La gingivectomía es una técnica excisional sencilla, que se puede aplicar en diferentes áreas, siempre y cuando se cumplan con las indicaciones y que no esté indicado otro procedimiento quirúrgico alternativo a éste de mayor relevancia o impacto para el tratamiento. En este proceso quirúrgico se puede contar también con más técnicas, por ejemplo, gingivoplastia y la cirugía láser pero la técnica quirúrgica convencional es la más recomendada.

La gingivectomía está indicada en casos de hiperplasia gingival medicamentosa, inflamatoria, hormonal puberal, gestacional y durante tratamientos ortodóncicos en ciertos casos para ganancia de corona clínica; así como para mejorar la estética en el caso de las sonrisas gingivales.

La gingivectomía para este caso es mejor que la genioplastia ya que se enfoca más en la eliminación de la patología que presentan los pacientes, es un tratamiento sencillo de realizar y de fácil técnica quirúrgica, sus resultados pueden predecirse fácilmente, hay una rápida mejoría estética, aunque no inmediata, no compromete tejidos y superficies adicionales y los objetivos quirúrgicos que se proponen durante el procedimiento se logran fácilmente.

Dadas las condiciones sanitarias y la tensión ante la incertidumbre provocada por la pandemia ocasionada por el SARS-COV-19 a nivel internacional, no se realizó estudio histopatológico para tener la evidencia de esta lesión, sin embargo, considerando que este caso clínico puede presentarse en alguna comunidad alejada de laboratorios, en donde no cuenten con elementos propios de almacenamiento y conservación de biopsias, comunidades de difícil acceso para el traslado de una muestra biológica, o que simplemente por recursos económicos

propios del paciente no cuente para realizar un estudio histopatológico, en este tipo de situaciones se tiene que rescatar el diagnóstico diferencial por criterio clínico adecuado tomando en cuenta los signos y síntomas propios de la alteración, la experiencia clínica, crítica y profesional del odontólogo tratante, siempre de la mano con una fundamentación teórica acorde y resaltando la signo sintomatología que la paciente refiere, son los motivos por los que se concluye que se trataba de una hiperplasia gingival inflamatoria.

Consideramos que, es necesaria la extracción del tercer molar, ya que este es uno de los factores principales que causa la lesión específicamente en esta paciente.

Propuestas

- Al realizar este procedimiento quirúrgico, por sencillo que parezca, nos damos cuenta de que, debemos participar en cursos constantes de actualización para realizar de manera óptima cualquier procedimiento odontológico, para poder realizar un diagnóstico preciso, informar al paciente sobre lo que pasa, cuáles son las causas y ofertar un mejor plan de tratamiento con mejores resultados.
- Realizar cursos extracurriculares para reforzar el conocimiento sobre tratamientos a realizar como: técnicas de anestesia, anatomía bucal, nervio del trigémino, entre otros.
- Informar a los pacientes sobre tener una buena técnica de cepillado, higiene bucal y el uso de auxiliares de limpieza dental, ya que así nos ayudara a tener una encía sana, evitando enfermedades como la gingivitis o periodontitis.
- Acudir al odontólogo cada vez que perciba algún dolor o malestar bucal, por más mínimo que sea esto, debido a que se sabrá de manera oportuna como tratar ese síntoma, además de no ingerir ningún medicamento sin la prescripción de un médico responsable.
- Proponer sensibilizar e informar a los pacientes sobre acudir a consulta dental cada seis meses a realiza su limpieza dental y revisión general.
- Para mejorar una buena atención al paciente se deben mejorar el mantenimiento de las unidades dentales como mantenimiento en la succión del eyector, a las lámparas, evitar en lo posible tener fugas de agua, entre otros.
- Tener material adecuado para realizar tratamientos más sofisticados como la cirugía laser en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- Sensibilizar al paciente sobre los tratamientos realizados, así como seguir las indicaciones pre, trans y post operatorias.
- Fomentar y fortalecer el trabajo colaborativo entre personal administrativo, docentes, alumnos, personal de intendencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A, Domínguez L, Llisástigui O. De la Terapia Celular a la Regeneración Periodontal. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2009;8(2):1-11 [Internet] [Fecha de consulta 04/01/22]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044007>
2. Lindhe J, Karring T, Araújo M. Anatomía de los tejidos periodontales, Revista ADM [Internet] [consultado 3/01/22]. (5). pp. 5-8. Disponible en: http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/978950061559_4.pdf
3. Enfermedades de las encías o enfermedad periodontal, causas, síntomas y tratamientos, departamento de salud y servicios humanos Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial 2013 [Internet] [Fecha de consulta 04/01/22] No.13. pp. 1-
14. Disponible en: https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2018-01/enfermedad-encias-enfermedad-periodontal_3.pdf
4. Nueva Clasificación de enfermedades periodontales y peri implantarias, Federación Europea de Periodoncia 2019 [Internet] [Citado 16/01/22]. pp. 1-12. Disponible en: https://www.sepa.es/web_update/wpcontent/uploads/2019/08/01_PeriodontalHealth_Gingivitis_Castellano.pdf
5. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, David M, Sanz J. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y peri implantarias. [Internet] [Fecha de consulta 15/03/22]. pp 11. Disponible en https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf

6. Caviglia S, González M, Rosso V, Ongaro D, Aun M, Cabrera C y col. Hiperplasia gingival idiopática. Diagnóstico y tratamiento de un caso clínico y revisión de la literatura, Revista ADM [Internet] septiembre 2018 [fecha de consulta 21/09/19] 68 (5). pp. 254-257. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115i.pdf>
7. Campolo A, Núñez L, Romero P, Rodríguez A, De los Ángeles M, Donoso F. Agrandamiento gingival por ciclosporina: reporte de un caso. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral [Internet] 2016;9(3):226-230. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v9n3/art03.pdf>
8. Truque RB, Porras CA. Hiperplasia Gingival y Tratamiento Ortodóncico: Caso Clínico. Revista Dental [internet] Abril 2013. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read-caso-clinico-ulacit>.
9. Angulo R, Caceres A. Resolución del agrandamiento gingival mediante terapia periodontal no quirúrgica: reporte de caso, Revista Odontológica Mexicana [Internet], Vol. 20, Núm. 4 Octubre-Diciembre 2016 pp 253-258. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v20n4/1870-199X-rom-20-04-00253.pdf>
10. Vargas AP, Yañez BR. Clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2018. Rev Odont Mex. [Internet] 2021;25(1):10-26. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2021/uo211b.pdf>
11. Tipos de agrandamientos gingivales [Internet]. Clínicas Propdental, 14 de mayo de 2018, De Darío Vieira Pereira. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/tipos-de-agrandamientos-gingivales/>
12. CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos). Hiperplasia gingival por medicamentos. Semergen. [Internet] 2018, 273- 275. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359307738923>
13. Zeron G, Sautto T. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos.

Una visión genómica y genética. Revisión de la literatura, Rev Mex Periodontol 2019. 25-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2016/mp161e.pdf>

14. Carranza F, Hogan E. Agrandamiento gingival. En: Newman M, Takei H, Carranza F, ed. Periodontología clínica. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. 2019. 297-315.

15. Marchena L, Fernández C. Agrandamiento gingival por fármacos bloqueantes de los canales de calcio. Rev europea de Odontostomatología [revista en la Internet]. [fecha de consulta 20/01/2022]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=206#:~:text=%2D%20Grado%20O%3A%20No%20hay%20signos,o%20m%C3%A1s%20de%20la%20corona.>

16. Palacios-Sánchez B, Cerero-Lapiedra R, Campo-Trapero J, Esparza- Gómez GC. Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. RCOE.2020; 43-55.

17. Dhó MS, Vila VG, Espíndola JH. Gingivitis asociada a fármacos anticonceptivos y a placa bacteriana. Comunicaciones científicas y tecnológicas, 2019. Universidad del Nordeste, Argentina. Vega G. Inmunología para el médico general: Inflamación, Rev Fac Med UNAM. [Internet] 2008, 49-50. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles>

18. Masetti SP. Hiperplasia gingival inducida por fármacos. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo Casos Clínicos. 2020;37-48 [Internet] Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15551/masettirfo-1422020.pdf

19. Calzado S, Laurencio RJ, Peña SM. Enfermedades causadas por fármacos en la cavidad bucal. Medisan. 19 (11); 2015, pp. 4083- 4095 [Internet] Disponibles en: <https://fiap.redalyc.org/articulo.oa?id=368445184013>

20. García BP. Inflamación.[Internet] Rev.R. Acad.Cienc. Exact.Fís. Net.(Esp)91-159, 2018. Disponible en: <https://rac.es/ficheros/doc/00681.pdf>

21. Quesada RR. Derrames pleurales trasudados y exudados: clasificación. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2018. [fecha de consulta 30/11/21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962018000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1467775>.
22. Leite T, Machado M, Centurión A, Sano K. Hiperplasia gingival inflamatoria asociada a enfermedad periodontal. Relato de caso, Facultad de Odontología da Universidade do Extremo Sul Catarinense [Fecha de consulta 19/09/19] Criciúma, Brazil, [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-7/>
23. Cruz Y, Morán EK. Pericoronitis. Criterios actuales. Revisión bibliográfica Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Rev cubana Estomatología 38(3);2019 192-204.
24. Varvaresos A, Fotiñi A. Prevalencia de pericoronitis en cordales en relación con la posición y enclavamiento. Clínica estomatológica Universidad Nacional de Trujillo Perú. 2017;45-48
25. Machado A, Zepeda M, Rodríguez K, Álvarez A, León J, Vázquez C. Gingivoplastia. Tratamiento del agrandamiento gingival inducido por placa dentobacteriana con factores locales contribuyentes UABC, Unidad Valle de las Palmas septiembre 2017. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/enciclopedia-odontologica-109.html>
26. Rossi G, Rossi N. Atlas de odontología restauradora y periodoncia [Internet] 2009; (9)72-73. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/atlas-de-odontologia-restauradora-y-periodoncia>
27. Beltrán R. Técnicas De Gingivoplastia/ Gingivectomia, Aplicaciones. [Internet] Lima, Perú, 2011.pp. 19-60. Disponible en:

<http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ANDREAXIMENACABALLERORIVASPLATA.pdf>

8. Moradas EM. Estado actual del láser en odontología conservadora: Indicaciones, ventajas y posibles riesgos. [Internet] Revisión bibliográfica. [Fecha de consulta 20/09/19] Av. Odontoestomatol 2016; 32 (6): 309-315. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/p̄df/odonto/v32n6/original3.pdf>

29. Marchena L, Fernández C, Utilidad del láser en la práctica odontológica. [Internet]. 2015; Sevilla. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/utilidad-del-laser-en-la-practica-odontologica/>

30. Caballero A. Técnicas de gingivoplastia/gingivectomía, aplicaciones. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología Lima- Perú. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ANDREAXIMENACABALLERORIVASPLATA.pdf>

31. García M. Alargamiento de Corona. Rev Mex Periodontal, Universidad Autónoma de Guadalajara. Vol. III, Núm. 2 pp 81-86 [Internet] 2012 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp122e.pdf>

32. Cala A, Condori E, Ortiz S. Técnicas de anestesia tronco cular del maxilar inferior. Facultad de Odontología UMSA, Revista de actualización odontológica. 27; 2012; 1-5.

33. Ojeda C, Ocegueda E. Analgesia y anestesia en odontología. México: Trillas 2016. 103-106

34. Burgos T, Palomino D, Díaz A. Gingivectomía a bisel externo, [Internet] DUAZARY. 5(2). 2008, pp. 125-128. [Consultado 19/09/19] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156328009.pdf>

35. Matos CR. Bascones MA. Tratamiento periodontal quirúrgico. Revisión, Consideraciones, Procedimientos, Técnicas. 2019; 157-161.
36. Sánchez A. Gingivectomia y curetaje gingival [Internet]. Labor dental [consultado 19/09/19]. 9 (1). 2008. Disponible en: http://www.esorib.com/articulos/art_curetaje.pdf
37. Ariza MS. Herrera A, Díaz Caballero A. 'Gingivectomía como alternativa estética de la cirugía periodontal. Duazary. 2020; (9): 72-73
38. Díaz L, Gonzales A, Silva M, Ferrer S, Vicente B. Valoración clínico-epidemiológica de pacientes con pericoronaritis aguda de los terceros molares Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN. 2017; 21(11):31-88
39. Martínez HR. Marín GM. Cirugía plástica periodontal en coronas clínicamente cortas para la rehabilitación protésica. Revista odontológica mexicana. 17 (4). [revista en Internet] 2013 pp 240-246. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v17n4/v17n4a7.pdf>
40. Sánchez O, González Y, Hernández C, Dávila E. Manual de instrumental quirúrgico. Medisur [revista en Internet]. 2014 [fecha de consulta 2014 Dic 15]; 12(5): [aprox. 37 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2014/msu145n.pdf>
41. Taikawa T, Guerrero O, Aguilar R Cuidados pre, trans, posoperatorios de un procedimiento de exodoncia simple, [Internet] Revista ADM [Consultado 22/09/19] 2003; 60 (2):64-67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788234.pdf>
42. Gutiérrez-Pérez JL. Infecciones del cordal. Med Oral Patol Oral C Bucal 2004;9 Suppl: S120-5 Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v9Suppli/medoralv9supplip122.pdf>

43. Caviglia S. Hiperplasia gingival idiopática. Diagnóstico y tratamiento de un caso clínico y revisión de la literatura, [Internet] Revista ADM. 2011; 68 (5): 254-257. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115i.pdf>

44. Herrera K. Prevalencia de terceros molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad San Martín de Porres Universidad San Martín de Porres Facultad de odontología. 2020;(9): 54-63.

45. Díaz C, Inostroza Y, Moreno J, Muñoz C. Epidemiología y Tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau Santiago de Chile Int. J Odontomat, 2019 4(3): 241-244,

46. Romero M, Herrero M, Torres D, Gutiérrez J. Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional. RCOE. 2006;11(2):205-215.

47. Gómez J, Moreno A. Terapia antibiótica en odontología de práctica general Ciudad de México. Revista ADM. 2018; (9) 168-175

48. Riera JM. Remodelado gingival estético mediante cirugía láser, Universidad Nacional De Cuyo Carrera De Especialista En Periodoncia Facultad De Odontología. [Internet] 2008. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/129520198.pdf>

49. Custodio G. Reducción de exposición gingival excesiva en un paciente, mediante reposicionamiento labial, gingivectomía y frenectomía. Facultad de Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida Escuela de Odontología. 2020. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/359/1/T-UIDE-0338.pdf>

50. López M. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana. 2013;(9): 51 - 56.

51. Domínguez D, López A. Tratamiento multidisciplinario mínimamente invasivo de la sonrisa gingival: reporte de caso. Rev Cient Odontol. 2020; (8): 45-49
52. Cruz RM. Corrección de la Asimetría del Margen Gingival con Gingivectomia (Presentación de un caso), Acta Odontológica Venezolana [Serie en Internet] 2018; 51 Disponible: <http://actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art13.asp>
53. - Taj P. Fibromatosis Gingival Hereditaria en Niños. Caso Clínico. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2015;(2): 66-69
54. Manzur I, Díaz I, Manzur D, Díaz A. Agrandamiento gingival fármaco inducido: serie de casos. Univ. Salud.[Internet] 2018;20(1):89-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00089.pdf>
55. Macías RC. Alargamiento de corona para fines estéticos, Universidad Cuauhtémoc, Aguascalientes, 2019. 28-34
56. Villaseñor CE. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso, Revista Odontológica Mexicana. 2013;17 (1): 51-56.
57. Martínez RH. Cirugía plástica periodontal en coronas clínicamente cortas para rehabilitación protésica. Revista Odontológica Mexicana.2013;17 (4): 240-246
58. García A, Espinosa J, García P. Gingivectomía como tratamiento para la hiperplasia gingival inducida por ortodoncia. Reporte de caso, Revista Mexicana de Periodontología. 2019; 18-20
59. Doimi JM, Cervantes YP. Alargamiento de corona clínica por erupción. Revista Odontológica Mexicana. 2018; (3):23-25
60. Mota A. Aspectos Éticos y Legales en la Práctica Clínica Revista Bioética y Ciencias de la Salud. 2018; En la sección: Investigación 4(3): 1-1

Anexo

Consentimiento Informado

Manifiesto que el Cirujano Dentista me informó de manera verbal, libre y sin coherción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente acerca del diagnóstico, pronóstico y las alternativas de tratamiento para mi procedimiento, el cual es:

Gingivectomia

Estoy informado(a) que durante la práctica odontológica y sus especialidades, en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones e incluso la posibilidad de que se presente una emergencia médico-odontológica, así como los resultados no se pueden garantizar.

Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con indicaciones presentes y futuras sobre cuidado y mantenimiento de los trabajos dentales y los procedimientos quirúrgicos realizados, como son su uso adecuado, la aplicación de cuidados caseros cotidianos y visitas periódicas de mantenimiento y supervisión. Acepto seguir las indicaciones higiénicas de cuidado casero y las de mantenimiento a largo plazo que mi doctor indicara. Acepto presentarme con mi dentista para mantenimiento periódico conforme lo indique. Me han explicado y acepto que, por su naturaleza, la integridad y el aspecto de algunos materiales dentales puede cambiar y que algunos tienen tiempo de vida útil menor a cinco años. Entiendo que es mi responsabilidad el uso adecuado de restauraciones y prótesis, ya que fuerzas excesivas y sustancias extrañas pueden dañarlas en su estructura o apariencia. Comprendo que fumar, consumir alcohol e ingerir azúcar en exceso, pueden afectar la restauración, salud y apariencia de mi boca.

Se me ha explicado que no hay manera exacta de predecir la capacidad adaptativa y reparativa de los órganos y tejidos. Se me ha expuesto y entiendo que la odontología, no es una ciencia exacta o mecánica, por lo que no es posible ofrecer garantías, seguros o responsabilidad legal o económica sobre los resultados desfavorables del tratamiento por lo tanto acepto afrontar los riesgos por ser mayor el beneficio esperado. Comprendo y acepto que pueden surgir variaciones en el tratamiento originalmente propuesto y sea requerida terapia adicional o alternativa que asegure el buen resultado de la terapia planeada. También apruebo que cualquier modificación en el diseño o materiales utilizados sea hecha, lo cual puede implicar costos extras, si apoya mis intereses como paciente.

Por tanto, en pleno uso de mis facultades y estando enterado del presente documento, autorizo al cirujano dentista y al personal auxiliar facultado para atender una urgencia dental, para que se realicen procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y de rehabilitación, así como lo que fuese necesario médicamente para la preservación de mi salud en general.

Nombre y firma del paciente