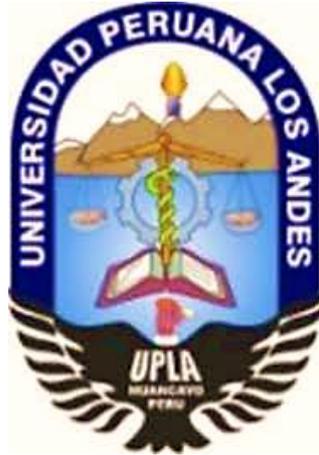


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

GINGIVECTOMÍA COMO TRATAMIENTO ESTETICO-

Reporte de un Caso clínico

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Cinthia Cerrón Rojas

Asesor: MG. ANTICONA GONZALES JAMES RAUL

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: Consultorio Odontológico Particular

HUANCAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Está dedicado a mis padres por apoyarme desde el primer momento y por permitirme culminar uno de mis sueños, a mis hermanos por estar pendiente de mis necesidades y por brindarme un soporte emocional y económico durante toda mi vida; sobre todo agradecer a Dios por brindarme la salud no solo para mí, sino también para cada uno de los miembros de mi familia y por permitirnos estar unidos desde el primer instante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme en mi vida universitaria, por darme voluntad y fuerzas para no rendirme y seguir esforzándome para conseguir mis metas, sobre todo agradezco que me halla cuidado y protegido cuando vivía sola por motivos de estudios y que cuidara de mi familia cuando no eh estado a su lado.

Doy gracias a mis padres porque ellos fueron el pilar de mi vida, por ellos eh conseguido todo y por ellos haría de todo por su bienestar.

Doy gracias a mis hermanos quienes fueron un apoyo enorme para mí desde que era tan solo una pequeña.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.2. OBJETIVOS	10
2.3. MARCO TEÓRICO	10
2.3.1. Antecedentes	10
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	14

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	22
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	23
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	37
--------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	38
-----------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES	40
--------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	41
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
---------------------------------	----

RESUMEN

La gingivectomía elimina el tejido gingival con el objetivo de corte de la pared en tejidos blandos que disminuyen su profundidad, que elimina también en bolsas supra óseas de la encía que abarca los márgenes o engrosados en el absceso periodontales quirúrgico necesario que tenga el paciente en encía.

Para ello se reportó un caso clínico de sexo femenino quien llega a la consulta por motivo “mis dientes se ven pequeños” que se aprecia cuando sonríe por consiguiente con corona clínica, con excelentes resultados estéticos en una evolución en presente la gingivectomía como un tratamiento estético para devolver la sonrisa en pacientes y conseguir la armonía.

Palabra clave: Gingivectomía, Estética, Caso Clínico

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estética en los procedimientos en la actualidad los odontólogos con experiencias con uno de los grandes al realizar tratamientos. (4)

Condiciones de la cirugía periodontal proporciona una sonrisa armoniosa que afecta la estética como la pérdida de papilas, recesión gingival, exposición gingival excesiva, textura gingival, pérdida de encía. (8)

El agrandamiento o aumento del volumen de la encía puede ocasionar problemas estéticos, problemas en la erupción, en el habla y dificultad de mantener una buena higiene bucal. Según su etiología puede estar asociadas a drogas, fuerzas mecánicas como aparatología ortodóntica; en donde el paciente presenta dificultad en realizar su higiene dental provocando la acumulación de placa bacteriana; factor principal de la enfermedad periodontal. (7)

2.2. OBJETIVOS

- Comprobar los beneficios al recuperar el espacio biológico aplicando la técnica adecuada

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Burgos T, Palomino M. Realizaron un caso clínico en el año 2008 sobre “Gingivectomía a bisel externo”. Reportaron de un caso en donde nos muestra los exámenes de sondeo entre 5 y 7mm en el crecimiento gingival la encía proporciona resiente placa elevado con una mala higiene bucal del paciente no se reportó ningún antecedentes de importancia, al término de la cirugía se

realizaron controles después de una semana, observando la mejoría en la encía llegando a la conclusión se logró resultados estéticos excelentes, logrando una mujer una mejora notable en la sonrisa de paciente. (11)

Ariza S, Herrera A. Realizaron un caso clínico el año 2012 titulada “Gingivectomía como alternativa estética de la cirugía periodontal”, en el estudio realizado se reportó en un paciente de 28 años edad que presento en apreciar la encía en cuanto sonríe en dientes al examen intraoral la encía del maxilares el plan de tratamiento en una fase de etiologica principalmente en la educación en pacientes que al realizar la gingivectomía con electrobisturí, concluyendo que es un tratamiento periodontal estético en pacientes con sonrisas más bellas y armoniosa . (10)

Tarira L. Presento un caso clínico el 2016 sobre “Gingivectomía: Técnica de incisión recta convencional”. Se reporto en paciente de 23 años con el objetivo de eliminar el tejido de paredes blandos que presentan bolsa y disminuir su profundidad, con resultados en el tratamiento de evolución y tratamiento excelentes estéticos los resultados del caso clínico tienen la finalidad de presentar la gingivectomía en un tratamiento estético que permite agrandar la gingival para conseguir una sonrisa más bella y armoniosa. Ya que la enfermedad periodontal es el tratamiento esta considerado y dado por la placa bacteriana. (12)

Ramírez V. en el año 2017 realizo una investigación titulada “Diseño De Sonrisa Digital Y Gingivectomía Con Resección Ósea En Paciente Con Múltiples Diastemas”. Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento odontológico, ya sea de tipo estético o de rehabilitación, es importante valorar

la salud periodontal del paciente, y en caso de ser necesario, realizar la terapia periodontal pertinente previo al inicio del tratamiento restaurador, esto no solo contribuirá resultado estético sino también al resultado fisiológico y funcional de pilares y carillas.

El caso clínico concluye que al realizar un buen diagnóstico y la importancia de realizar tratamiento integral para la armonio de los elementos de la sonrisa . (13)

Ospina K. en el año 2014 realizo una investigación titulada "Alargamientos de corona clínica en el sector anterosuperior, posterior uso de laser de baja intensidad para reducir la inflamación y aplicación de periacryl como apósito quirúrgico en un Paciente De 23 Años”, con la efectividad de la intensidad con un tratamiento farmacológico de butilcianoacrilato en heridas extensas periodontales sobre heridas extensas formando la analgesia, hemostasia y regeneración. (14)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

SONRISA GINGIVAL

Corona clínica corta

Es cuando la corona clínica se muestra menos de 2 mm en las paredes, con la reducción a nivel axial y oclusal (7).

Espacio biológico

Gargiulo en 1961 menciona que la dimensión del espacio que ocupa sobre el hueso alveolar teniendo un promedio de 1.07 mm de espacio con relación al hueso en base a l surco gingival teniendo 0.97 mm de espacio. Cuando el epitelio de unión y el tejido conectivo de inserción supracrestal. (12)

Las medidas promedio que tiene Vacek y cols es de 1.14 mm para la inserción del epitelio y 0.77 para el tejido conectivo este aumento se da a nivel anteroposterior. (13)

Recuerdo Histológico

- **1ra Fase:** Es la distancia de 3.23 mm de la encía marginal hasta la cresta ósea en el epitelio adherente al esmalte. (14)
- **2da Fase:** La distancia es de 3.06mm (2.45mm comprende al espacio biológico) la encía marginal se encuentra encima del esmalte y el epitelio de adherencia está parcialmente encima del esmalte y el cemento (14)
- **3era Fase:** Es la localización del UAC de 2.41 mm en relación a la encía marginal de la unión amelocementaria. (14)

- **4ta Fase:** La distancia es de 2.53 mm de la encía marginal y el espacio adherente encima del cemento. (14)

ANCHURA BIOLÓGICA

La relación no está estandarizada entre individuos, con la edad, posición del diente en la arcada biológica del biotipo periodontal, aunque permanecen constantes en las distintas superficies del diente (7, 9). Gargiulo y cols (1961) informaron de las siguientes dimensiones: un surco de profundidad de 0,69 mm, una unión epitelial de 0,97 mm, y una inserción de tejido conectivo de 1.07mm. Algunos autores, como Gargiulo (1961) y Vacek (1994) calcularon una media de la anchura biológica de 2,04 mm (12).

Otros, como Padbury y cols , Dolt y cols y Sonick, sugieren que la medida mínima entre el margen de la restauración y la 16 cresta ósea sea de 3 mm(9)

La anchura biológica es difícil de visualizar por los clínicos. Podemos distinguir las siguientes técnicas de identificación del ancho biológico:

- **Sondaje a Hueso:** se identifica mediante el sondaje bajo la anestesia del nivel del hueso midiendo menos de 2 mm de profundidad, para un diagnóstico de anchura biológica en dientes con los tejidos gingivales sanos en diente para garantizar una evaluación precisa.
- **Evaluación radiográfica:** Se identifica en la violaciones del ancho biológico de ángulo de la línea mesio – vestibular y disto – vestibular debido a la superposición dentaria. La técnica usada en la longitud y espesor de la UDG con exactitud. (14).

GINGIVECTOMÍA

Indicando:

- Nivel óseo
- Distancia del margen gingival a la cresta es mayor 3 mm
- Cantidad de encía queratinizada
- Con la incisión biselada en la cara vestibular de la encía de los dientes afectados devolviendo la arquitectura y anatomía gingival adecuada (11).

Procedimientos:

Gingivectomía a bisel externo: Está indicada en situaciones de hiperplasia o presencia de pseudobolsas con la presencia de una adecuada cantidad de tejido queratinizado. Técnica quirúrgica: Se marca la profundidad de sondaje en la cara vestibular y/o palatina-lingual del margen gingival para tener una referencia en el momento de realizar la incisión. La incisión se debe realizar con una angulación de la hoja del bisturí de 45° a bisel externo, siguiendo el trayecto de los puntos sangrantes, pero ligeramente apical a las mismas y profundizando en las papilas. A continuación, se elimina el tejido gingival y se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí o fresas de diamante. Se debe colocar siempre un apósito periodontal o cemento quirúrgico para disminuir la morbilidad del paciente. (15)

Gingivectomía a bisel interno: Permite la reducción de la profundidad de bolsas y la exposición de estructura de la corona del diente en los casos con una cantidad de encía queratinizada limitada (14).

Técnica quirúrgica: La primera incisión se realiza marcando la altura amelocementaria, reflejando la arquitectura gingival, cuyo punto más apical al cenit debe desviarse ligeramente hacia distal del centro del diente. Después de

comprobar la simetría y el correcto festoneado de la primera incisión se procede al biselado intrasulcular a espesor total. Sólo se elimina el tejido de las superficies vestibulares y dejando la papila interdental intacta (1).

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**

- NOMBRES Y APELLIDOS: A. R. G. A
- EDAD: 24 años
- SEXO: Femenino
- ESTADO CIVIL: Soltera
- DOMICILIO: Jr. Ricardo Menéndez n° 590
- TELÉFONO: 964262684
- OCUPACIÓN: Estudiante
- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancayo – 01-01-1997
- LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

- **MOTIVO DE CONSULTA:**

“Mis dientes se ven pequeños”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente de sexo femenino aparentemente sistémicamente sano, manifiesta inconformidad estética por dejar apreciar gran cantidad de encía al momento de sonreír, provocando mucha inseguridad.

- **ANTECEDENTES**

Antecedentes personales:

- **Hábitos:** Refiere tomar bebidas alcohólicas eventualmente.
- **Patológicos:** Refiere padecer Gastritis moderada.
- **Terapéuticos Recientes:** No refiere.
- **Sueño:** Sin alteración
- **Sed:** Sin alteración
- **Apetito:** Sin alteración
- **Menstruación:** No
- **Gestación:** No
- **Abortos:** No
- **Ampliación:** Ninguna

Antecedentes familiares:

- **Padres:** Mamá tuvo intervención quirúrgica por apendicitis, papá padece de gastritis moderada.
- **Hermanos:** No tiene hermanos.
- **Abuelos:** Abuela materna viva sufre de hipertensión arterial.
- **Otros familiares:** No refiere.
- **Enfermedades hereditarias:** no refiere.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Signos vitales**

- **Peso:** 65 kg
- **Talla:** 1.66 cm
- **IMC:** 22.97
- **Presión arterial:** 120/70 mmHg
- **Frecuencia respiratoria:** 18 rpm
- **Pulso:** 64 x min
- **Temperatura:** 36 °C

- **Piel**

FOTOGRAFIAS EXTRAORALES





FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Fotografía Intraoral Lado Derecho



Fotografía Intraoral Lado Izquierdo



Fotografía Intraoral Frontal



Fotografía Oclusal Superior



Fotografía Oclusal Inferior



- **Diagnóstico Presuntivo:** Márgenes gingivales irregulares, inserción alta de frenillo labial superior.

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hiperplasia gingival Hereditaria en el sector anterosuperior.

Pronóstico: Se establece un pronóstico favorable para la paciente debido a que la cantidad y la calidad de los tejidos duros y blandos es la adecuada, existe colaboración del paciente, no hay presencia de factores de riesgo sistémicos, los factores de riesgo locales pueden ser controlados.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

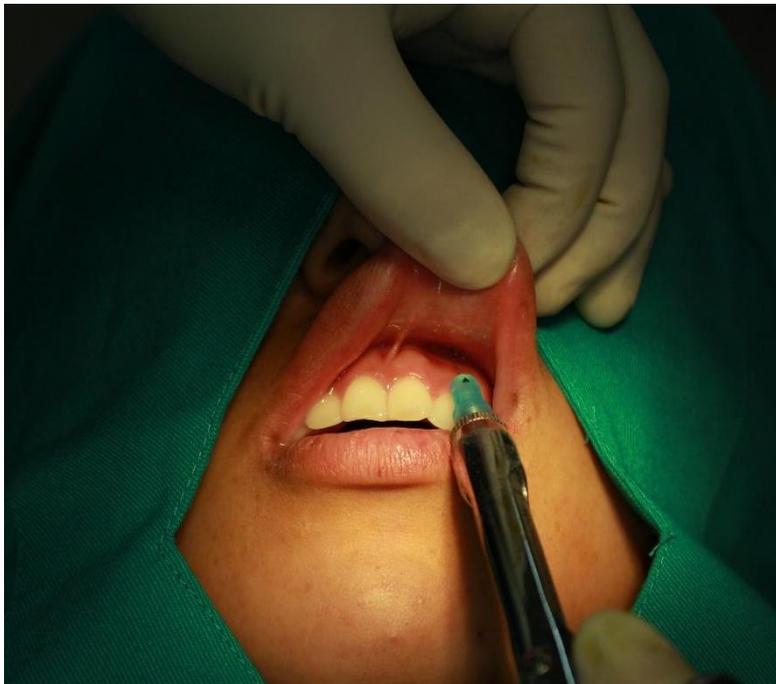
Preparación de campo operatorio



Asepsia con Yodopovidona al 10% y 7.5%.



Aplicación de la Anestesia – Técnica Directa



Medición de la profundidad de la bolsa y marcado de puntos sangrantes



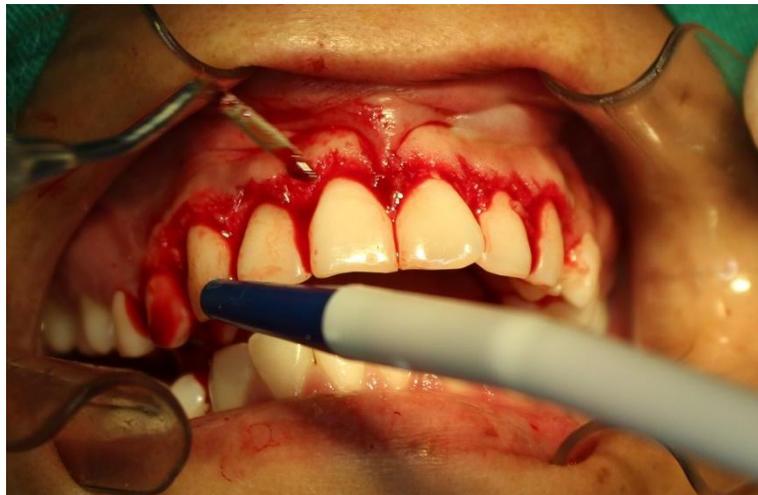
- Después de lograr una apropiada anestesia local, se mide la profundidad con una sonda periodontal. Se debe tener presente que es una medición clínica, por lo tanto, el extremo de la sonda llega hasta las primeras fibras colágenas sanas.

Incisión inicial (a bisel externo)



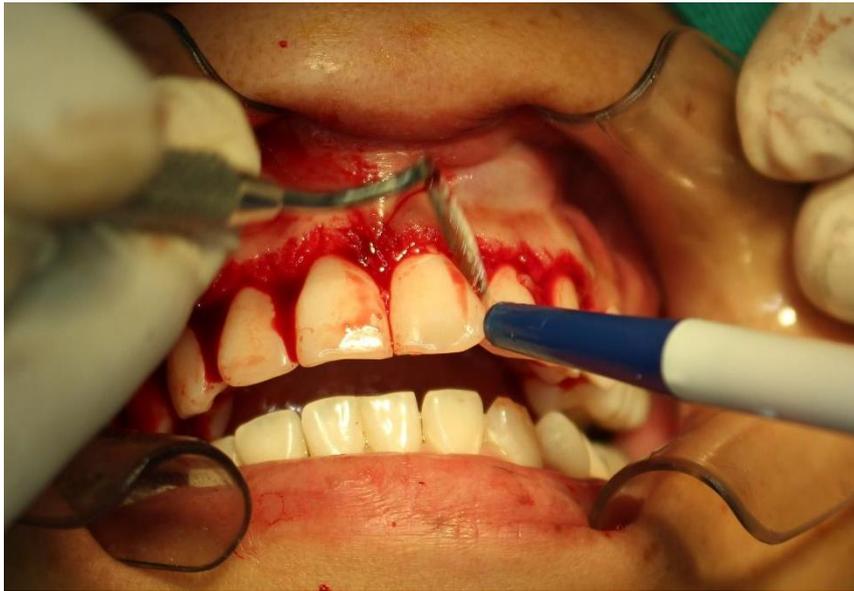
- Se utiliza el bisturí de Kirkland 15/16 para este procedimiento, con una angulación de 45° para la incisión siguiendo la trayectoria de los puntos sangrantes marcados por la sonda periodontal.

Incisión interproximal



- Se utiliza el bisturí de Orban que tiene como finalidad el separar la base del tejido conectivo que cubre la cresta ósea.

Raspado y alisado de dientes con visibilidad directa



- Se utiliza curetas Gracey para la eliminación de restos adheridos a la superficie del diente, teniendo un perfecto raspado y alisado.

Limpieza con cloruro de Sodio al 9%



Colocación del apósito periodontal





- Se coloca el apósito cubriendo la zona de intervención para su recuperación y posterior control a los 7 días.

Control postoperatorio

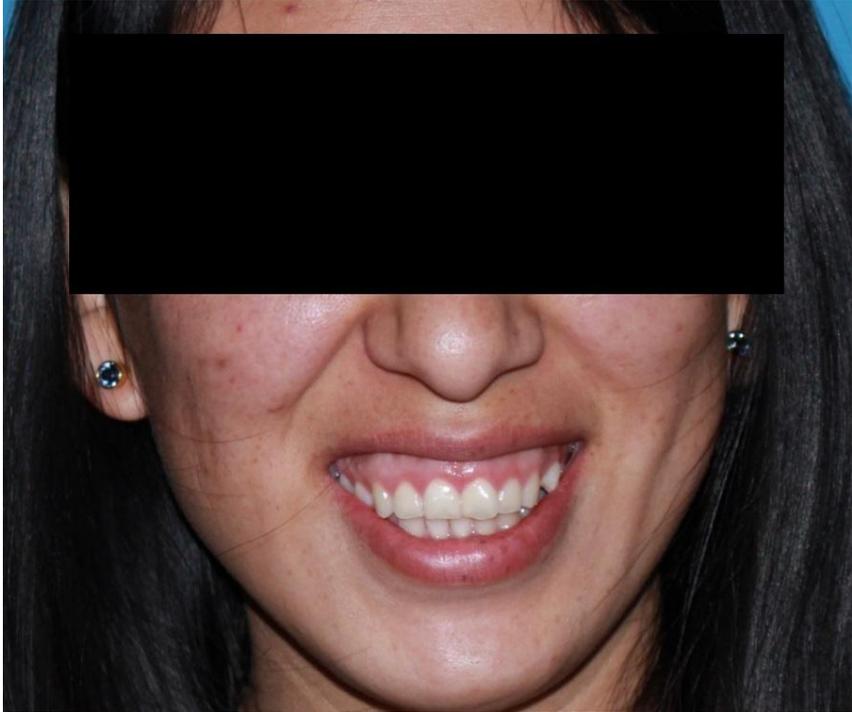


- Primero control a los 7 días, para retirar el apósito periodontal.



- Primero control a los 14 días, a la paciente se le da el alta.

RESULTADO FINAL (antes y despues)



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

Se realiza un plan a seguir como:

- **Fase sistémica:** No presenta enfermedad sistémica la paciente.

- **Fase higiénica:**

Motivación y fisioterapia oral:

Se le enseña la adecuada técnica de cepillado, mejorando la higiene y evitar problemas periodontales.

Terapia básica periodontal:

Raspado y alisado radicular

- **Fase correctiva**

Se realiza la cirugía del periodonto (gingivectomía) para devolver la estética al paciente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Burgos T, Palomino M. En su caso clínico del 2008 sobre “Gingivectomía a bisel externo”. Presento el caso de un paciente masculino, 32 años, con la cantidad de encía cuando sonríe, con una profundidad de 5 y 7 mm con relación al sangrado en dentro del procedimiento en comparación con nuestro caso, utilizaron bisturís Bar-Parker, teniendo resultados favorables mejorando la sonrisa del paciente, nuestro caso utilizamos bisturís de kirkland y orban, resultando también una buena alternativa para el procedimiento.

Ariza S, Herrera A., en el 2012 en su investigación titulada “Gingivectomía como alternativa estética de la cirugía periodontal”, escogieron realizar el procedimiento con electrobisturí, argumentando que reduce el tiempo de la cirugía y también a la recuperación del paciente, dando a la paciente de alta a los 10 días posterior a la cirugía, en comparación a nuestro caso, utilizamos la técnica de bisel externo convencional, encontrando buenos resultados en relación al tiempo de cirugía, la paciente fue dada de alta a los 14 días, siendo 4 días de diferencia, lo que denota que no existe una diferencia marcada en elegir la técnica para la cirugía de gingivectomía.

Tarira L. En el 2016 en su investigación titulada “Gingivectomía: Técnica de incisión recta convencional” reporto caso clínico paciente de 23 años con inconformidad de la estética. Para el procedimiento utilizaron la técnica recta convencional que a diferencia de nuestro caso utilizamos la técnica bisel externo, siendo la única diferencia que en nuestro caso utilizamos un apósito para cubrir la herida y en caso de la investigadora utilizó la técnica de sutura. En ambos resultados no existe diferencia ya que ambas técnicas son muy efectivas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La gingivectomía está indicada en casos de hiperplasia gingival medicamentosa, inflamatoria, hormonal (puberal, gestacional), hereditaria o idiopática); durante tratamientos ortodóncicos; en ciertos casos para ganancia de corona clínica; así como para mejorar la estética en el caso de las “sonrisas gingivales”.
- El uso de la historia clínica permite una evaluación completa de los antecedentes médicos del paciente, que van desde procedentes familiares a patologías propia de él, que condicionan su estado de salud.
- La gingivectomía de incisión a bisel externo es una cirugía convencional de costo accesible de molestias mínimas, obteniéndose excelentes resultados tanto estéticos y funcionales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Bascones-Martínez, A. Alargamiento coronario, una necesidad de retención protésica, estética y anchura biológica. Revisión bibliográfica. Avances en Odontoestomatología. 2007; vol. 23, no 4-2007.
2. Lombardi, R E; Visual perception and denture esthetics. Journal Prosthetic Dentistry. 1973; 29:352-382.
3. Levin E L. Dental esthetics and the golden proportion. Journal of Prosthetic Dentistry. 1978; 40(3):244-252.
4. Fradeani, M, ed 2006. Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Barcelona, Editorial Quintessence S.L. Vol 1.
5. Preston, J. D. The golden proportion revisited. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 1993; 5(6), 247-251.
6. Tjan, A. H., Miller, G. D., & The, J. G. Some esthetic factors in a smile. The Journal of prosthetic dentistry. 1984; 51(1), 24-28.
7. Davarpanah M1, Jansen CE, Vidjak FM, Etienne D, Kebir M, Martinez H. Restorative and periodontal considerations of short clinical crowns. Int J Periodontics Restorative Dent. 1998 Oct;18(5):424-33.
8. Padbury Jr A, Eber R, Wang H-L. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. J Clin Periodontol 2003; 30: 379–385.

9. Ferrús Cruz, J., Echeverría Manau, A., Morante Mudarra, S., Vignoletti, F., Sanz Alonso, M., & Zabalegui, I. Alargamiento coronario: importancia clínica y técnicas. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones*. 2006; (167), 62-73.
10. Ariza S, Herrera A. The diagnosis and treatment of the gummy smile. *Compend Contin Educ Dent*. 1997 Aug;18(8):757-62, 764; quiz 766.
11. Burgos T, Palomino M. Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans. *Journal of Periodontology*. July 1961; Vol. 32, No. 3, Pages 261-267
12. Tarira L. P. M. Biologic width and its importance in periodontal and restorative dentistry. *Journal of conservative dentistry: JCD*. 2012; 15(1), 12.
13. Ramírez V. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan*. 1977; 70(3):24-8.
14. Ospina K. Treatment of altered passive eruption: periodontal plastic surgery of the dentogingival junction. *Eur J Esthet Dent*. 2008 Autumn; 3(3):212-23.
15. Herrero, F., Scott, J. B., Maropis, P. S., & Yukna, R. A. Clinical comparison of desired versus actual amount of surgical crown lengthening. *Journal of periodontology*. 1995; 66(7), 568-571.