

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TITULO: REPORTE DE CASO CLÍNICO DE HIPERPLASIA GINGIVAL Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Bachiller Maria Fernanda Ruiz Rojas

Asesor: CD. Fernando Juan Mucha Porras

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución de Investigación: Clínica Particular

HUANCAYO – PERÚ 2023

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres Carlos y Milagros, porque gracias a su constante apoyo pude culminar mi carrera satisfactoriamente.

A mis hermanas Nicole, Nora, Ursula y Gabriela, por su constante apoyo y motivación para nunca rendirme.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A mi Universidad, por brindarme todas las herramientas necesarias para culminar con éxito mi etapa de estudiante.

Agradezco a los docentes de mi alma mater, que durante la carrera nunca dudaron en apoyarme y guiarme para culminar con éxito mi etapa de pregrado.

A mi docente asesor y a mis jurados, los cuales me guiaron durante el transcurso de la elaboración de este trabajo.

La autora.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

REPORTE DE CASO CLÍNICO DE HIPERPLASIA GINGIVAL Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuyo autor (es) : **RUIZ ROJAS MARIA FERNANDA**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **CD. MUCHA PORRAS FERNANDO JUAN**

Que fue presentado con fecha: 09/03/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 09/03/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 27%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

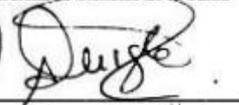
Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 09 de marzo de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



P.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 98 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjhp

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
CONTENIDO DE TABLAS	vi
CONTENIDO DE FIGURA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	10
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.2. DIAGNOSTICO DE LA SALUD GENERAL	11
2.2. OBJETIVOS	11
MARCO TEORICO	12
3.1. ANTECEDENTES	12
3.1. Antecedentes nacionales	12
3.2. Antecedentes internacionales	12
3.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS	14
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	18
4.1. HISTORIA CLÍNICA	18
4.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	18
4.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	19
4.4. DIAGNOSTICO Y PRONÓSTICO	19
PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	22

5.1. FORMULACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL	22
5.2. PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO	22
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (GINGIVECTOMIA)	24
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	38
ANEXO N°1.- HISTORIA CLÍNICA	38
ANEXO N°2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	45
ANEXO N° 3.- EXAMENES DE LABORATORIO	46
ANEXO N° 4.- RADIOGRAFIAS SERIADAS	48

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1.- Plan de control	22
Tabla 2.- Plan de mantenimiento	23
Tabla 3. Medicación posquirúrgica	28

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1.- Lateral derecha	17
Figura 2.- Frontal	17
Figura 3.- Lateral izquierda	17
Figura 4.- Vista lateral derecha	18
Figura 5.- Vista lateral izquierda	18
Figura 6.- Vista Frontal	18
Figura 7.- Odontograma Inicial	19
Figura 8.- Periodontograma Inicial	20
Figura 9.- Antisepsia y asepsia del campo operatorio	24
Figura 10.- Colocación de la anestesia infiltrativa	24
Figura 11.- Colocación del campo fenestrado estéril	25
Figura 12.- Exploración de pseudobolsas	25
Figura 13.- Delimitación del cenit gingival para la incisión	25
Figura 14.- Incisión con bisturí	26
Figura 15.- Remoción del tejido recortado con pinzas y curetas Gracey	26
Figura 16.- Lavado con solución salina.	27
Figura 17.- Compresión con gasa embebida para hacer hemostasia	27
Figura 18.- Foto post-quirúrgica	27
Figura 19.- Fotografía a los 4 días post- cirugía	28
Figura 20.- Fotografía 1 mes después	28
Figura 21.- Odontograma de alta	29
Figura 22.- Periodontograma de alta	30

RESUMEN

El agrandamiento gingival puede ser provocado por la presencia de biofilm dental, presentando signos clínicos como edema, eritema y aumento de volumen tisular, mostrando resolución en algunos casos con la terapia periodontal mecánica, cuando hay un componente fibrótico es necesaria su remoción mediante cirugía. En esta investigación se reporta el caso de un paciente de sexo femenino de 23 años, que llega a la consulta refiriendo que le sangran las encías, al examen clínico se observa un aumento en el tamaño de las encías, presencia de aparatología fija de ortodoncia, además de abundante placa blanda y cálculo dental. Por este motivo se decidió comenzar con la terapia periodontal para obtener una resolución de la patología, al no obtener la disminución del tamaño del tejido excedente, este se retiró de manera quirúrgica mediante la técnica de gingivectomía a bisel externo complementado con una gingivoplastia el cual nos brindó un resultado más estético además de permitir remover las acumulaciones de cálculo dental infragingivales.

Palabras claves: agrandamiento gingival, terapia periodontal, gingivectomía, gingivoplastia.

ABSTRACT

Gingival enlargement can be caused by the presence of dental biofilm, presenting clinical signs such as edema, erythema and increased tissue volume, showing resolution in some cases with mechanical periodontal therapy. When there is a fibrotic component, its removal by surgery is necessary. In this research, the case of a 23-year-old female patient is reported, who comes to the consultation reporting that her gums are bleeding. The clinical examination shows an increase in the size of the gums, the presence of fixed orthodontic appliances, in addition to abundant soft plaque and dental calculus. For this reason, it was decided to begin periodontal therapy to obtain a resolution of the pathology. Since the size of the excess tissue was not reduced, it was removed surgically using the external bevel gingivectomy technique complemented with a gingivoplasty which allowed us It provided a more aesthetic result in addition to allowing the removal of infragingival dental calculus accumulations.

Keywords: gingival enlargement, periodontal therapy, gingivectomy, gingivoplasty.

INTRODUCCIÓN

Los agrandamientos gingivales pueden ser hiperplasias inflamatorias provocadas por presencia de placa bacteriana, presentando signos clínicos como son el edema y mostrando resolución con una terapia periodontal, o pueden ser tejido gingival fibrótico como respuesta reactiva del tejido periodontal, en cuyo caso es necesaria la remoción quirúrgica ¹.

Estos se ven reflejados como el excesivo crecimiento de los tejidos gingivales causando desordenes estéticos, funcionales, masticatorios y psicológicos en los individuos que lo presentan ². El agrandamiento gingival en los pacientes con tratamiento de ortodoncia suele desarrollarse por la exposición prolongada al biofilm dental la cual se encuentra acompañada de una mala higiene oral que suelen presentar los pacientes ³.

Hay que considerar otros factores que pueden dar paso al desarrollo de patologías periodontales en pacientes con aparatología de ortodoncia fija , tales como la edad del paciente, debido que con los años disminuye la actividad celular y los tejidos se vuelven más ricos en colágeno, la respuesta tisular es más lenta, por lo que los movimientos deben ser más suaves. Existencia de patologías generales: como la diabetes, VIH y otros. Estados fisiológicos como el embarazo (hormonas), el tabaquismo. La colaboración del paciente constituye un factor decisivo para continuar el tratamiento interdisciplinario o dar por concluido el mismo; siendo lo principal el cumplimiento de los hábitos de higiene bucal ⁴.

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El agrandamiento gingival es una patología benigna caracterizada por el aumento del volumen del tejido gingival de forma lenta y gradual. Esta patología puede causar problemas al nivel fonético, masticatorio, estético y en el proceso de erupción dental, los cuales afectan directamente a la autoestima del paciente ⁵.

Además, este problema puede dificultar la higiene oral, lo cual favorece al progreso de la enfermedad periodontal. La hiperplasia o agrandamiento gingival posee componentes fibróticos, con abundancia de fibroblastos y fibras colágenas. Este tejido está altamente vascularizado y caracterizado por la acumulación de células inflamatorias ⁵.

El agrandamiento gingival, clínicamente, comienza con un agrandamiento indoloro en el margen gingival vestibular y lingual y en las papilas interdentes; a medida que progresa la

lesión las inflamaciones de la hiperplasia marginal y papilar se unen y pueden transformarse en un repliegue sólido del tejido, que llegue a envolver una parte considerable de las coronas y puede entorpecer la oclusión. Cuando no hay inflamación la lesión es firme, de color rosado pálido y presenta una superficie finamente lobulada que no tiende a sangrar³.

La gingivectomía significa resección de la encía, este es un procedimiento quirúrgico donde se elimina todo el tejido patológico, con este podemos lograr la 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 raíces⁶.

Las indicaciones de la gingivectomía son: eliminación de los sacos extraóseos de pared fibrótica y firme, eliminación de agrandamientos gingivales y eliminación de abscesos periodontales, además se indica con fines estéticos en procedimientos de rehabilitación oral. No están indicadas en bolsas intraóseas que se encuentren más allá de la unión muco-gingival⁶.

Considerándose así a la gingivectomía como un tratamiento adecuado para el agrandamiento gingival.

2.2. DIAGNOSTICO DE LA SALUD GENERAL

Paciente de 23 años, sexo femenino, con tratamiento ortodóntico fijo en el sector anterior superior e inferior, presenta agrandamientos gingivales al nivel de la papila interdental en las piezas que tienen la ortodoncia fija. Por ello requiere la gingivectomía para el tratamiento de su afección, esto le permitirá al paciente realizar su higiene bucal correctamente, además le dará una mejor apariencia estética.

2.3. OBJETIVOS

- Diagnosticar la patología periodontal presente a través del nuevo sistema de clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2017 para rehabilitar la salud oral del paciente.
- Realizar el tratamiento acorde al diagnóstico periodontal mediante las técnicas establecidas para rehabilitar la salud oral del paciente.

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

3.1.1. Antecedentes Nacionales

Cerrón C.⁷ Realizó un estudio cuyo objetivo fue comprobar los beneficios al recuperar el espacio biológico aplicando la técnica adecuada, este trabajo se realizó en Perú en el año 2021, el estudio fue de tipo descriptivo. Se presentó un caso clínico de una paciente de 24 años, de sexo femenino la cual presentaba hiperplasia gingival hereditaria en el sector anterosuperior. El tratamiento que se le realizó fue la gingivectomía, el cual le devolvió la estética al paciente. Se concluyó que la gingivectomía está indicada en casos de hiperplasia gingival de etiología medicamentosa, inflamatoria, hormonal, hereditaria o idiopática, además de estar asociada a tratamientos ortodónticos.

3.1.2. Antecedentes Internacionales

Leite T. et al⁸ Realizaron un estudio, cuyo objetivo fue explicar los principales aspectos clínicos de la hiperplasia gingival y el posterior reporte de un caso clínico de un paciente que fue atendido en la Clínica Integral de Odontología de la Universidad do Extremo Sul Catarinense (UNESC) en el año 2016 en Brasil, fue un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo. El reporte de caso fue de una paciente de 43 años que presentaba una lesión bien delimitada, circunscrita, de crecimiento relativamente lento, de coloración rosa/rojiza, de base pediculada, indolora con aproximadamente 15 mm. de diámetro. Según el paciente la lesión la tenía hace bastante tiempo, un año y medio, el tratamiento que se realizó fue la escisión de la lesión y posterior a esto se mandó al estudio anatómico-patológico. Se concluyó que corresponde al profesional hacer un diagnóstico diferencial, enviar la lesión para el estudio anatomopatológico y la preservación de la misma, implementando medidas efectivas de tratamiento y prevención, garantizando la salud del paciente.

Huerta A. et al.⁹ Realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo fue describir el reporte de un caso clínico utilizando la técnica quirúrgica denominada gingivectomía en el tratamiento de la hiperplasia gingival inducida por ortodoncia, fue un estudio de tipo descriptivo, transversal. El reporte de caso fue publicado en el año 2019 en México, el paciente era de sexo femenino de 22 años originaria de la ciudad de Morelia,

Michoacán quien fue referida a consulta particular periodontal para realizarle su diagnóstico, su ortodoncista la remite por observar clínicamente hiperplasia gingival. Se le realizó examen periodontal completo donde no se observó daño a nivel óseo ni profundidades al sondeo mayores a 2mm. Se observó sangrado durante el sondeo y tejido gingival cubriendo un tercio de la de las coronas dentarias, además se detectaron hábitos de higiene inadecuados, por lo que se realizó la gingivectomía. Los resultados mostraron cambios positivos a partir de los ocho días, y a los 12 meses la paciente ya no presentaba bolsas periodontales supra óseas, sangrado ocasional, mal aliento y sabor de boca. Se concluyó que la gingivectomía acompañada de una gingivoplastia, son técnicas quirúrgicas eficaces siempre y cuando se conozcan sus limitantes.

Caviglia S. et al. ¹⁰ El estudio tuvo como objetivo la presentación de un caso clínico de una paciente con hiperplasia gingival idiopática, su diagnóstico y tratamiento, así como realizar una revisión de la literatura científica, el estudio fue de tipo descriptivo, En este trabajo se presentó un caso clínico de Hiperplasia Gingival Idiopática en un paciente del sexo femenino, de 13 años. El tratamiento consistió en motivar al paciente mediante la enseñanza del higiene bucal y terapia quirúrgica para la eliminación del tejido gingival excesivo. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico presuntivo. Se concluyó que se requiere un diagnóstico interdisciplinario para establecer el tratamiento adecuado, dar un seguimiento periódico basado en el examen completo de la cavidad bucal, reforzar medidas de control de placa bacteriana y el retratamiento quirúrgico en caso de recidivas.

Soliz M. ¹¹ Realizó un estudio, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del agrandamiento gingival en pacientes portadores de aparatología fija de ortodoncia que acudían a la Clínica de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el año 2016 en Ecuador, fue un estudio de tipo descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 105 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se les realizó un cuestionario para obtener información sobre: Sexo, edad, uso de colutorios dentales, tratamiento periodontal previo, motivación y enseñanza de higiene previos y tiempo de uso de la aparatología; posteriormente se realizó un examen periodontal (profundidad al sondaje), se consideró como agrandamiento gingival todo valor igual o superior a 3.5mm. Se clasificó la hiperplasia gingival según el grado y

ubicación. Se concluyó que la prevalencia del agrandamiento gingival fue de 65,7%, no hubo diferencia de prevalencia en cuanto al sexo, los más afectados fueron pacientes de 16 a 25 años, con uso de aparatología fija de ortodoncia por más de dos años y biotipo periodontal grueso; parte de ellos recibieron un tratamiento periodontal previo. El grado más frecuente de agrandamiento gingival fue de grado I (papilar), la mayoría ubicados en el sector anteroinferior, en la superficie vestibular.

3.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

El agrandamiento gingival es el resultado de un conjunto de cambios inflamatorios inducidos por el biofilm dental, que se ven reflejados como el excesivo crecimiento de los tejidos gingivales causando desordenes estéticos, funcionales, masticatorios y psicológicos en los individuos ².

- **Etiología.**

A. Agrandamiento gingival inflamatorio: es una respuesta inflamatoria a una irritación local asociada a la encía, esta injuria puede ser provocada por depósitos de microorganismos (biofilm dental o cálculos), dientes fracturados, restauraciones desbordantes, prótesis mal adaptadas, aparatología de ortodoncia, entre otros. El agrandamiento puede aumentar su tamaño y extensión ¹².

B. Agrandamiento gingival inducido por fármacos:

Es una condición patológica que requiere un tratamiento combinado, se debe evitar de ser posible, el uso de estos fármacos o reemplazarlo por otros de eficacia terapéutica similar. Las lesiones revierten a los pocos meses de interrumpir la terapia con el fármaco. Sólo aquellos casos en los que existen deformidades residuales, es necesario actuar quirúrgicamente ¹³.

- Anticonvulsivantes: Ácido valproico y fenitoína ¹³.
- Inmunosupresores: Ciclosporina ¹³.
- Bloqueadores de los canales de calcio: Nifedipino, Diltiazem, Felodipina, Nitrendipino y Verapamilo ¹³.

C. Agrandamiento gingival relacionado con enfermedades sistémicas:

- Leucemia: Esto consiste en la infiltración de células en el corion gingival el cual crea pseudobolsas en las que se acumula el biofilm dental e inicia una lesión inflamatoria secundaria, que además contribuye al agrandamiento de la gingiva, de modo que el engrosamiento gingival puede deberse a la infiltración leucémica y también a la hiperplasia reactiva ¹⁴.
- Enfermedades granulomatosas: Granulomatosis de Wegener, Sarcoidosis ¹⁵.

D. Agrandamiento gingival neoplásico:

- Tumores benignos: fibroma, papiloma, granuloma de células gigantes, leucoplasia, quiste gingival ¹⁶.
- Tumores malignos: Carcinoma, melanoma maligno ¹⁶.

• **Epidemiología del Agrandamiento gingival.**

Los cuadros de inflamación gingival sin alteración del periodonto subyacente se detectan con elevada frecuencia entre la gente. Se establece que es visible en un rango de 20-50%, variando según la edad de los individuos, su sexo y su raza ¹⁷.

Por su parte, el nifedipino inhibe selectivamente el flujo del ion calcio a través de la membrana de la célula del músculo cardiaco, describiéndose un agrandamiento gingival en solo 0,5% de los pacientes que ingieren este fármaco ¹⁸.

Se describe que 30% de los pacientes que toman ciclosporina desarrollan agrandamiento gingival, con una alta tasa de recidiva, aumentando su prevalencia al doble al encontrarse junto a nifedipino, no poseyendo una etiología única, sino una serie de factores asociados. Si bien es aceptada su relación directa con fármacos y el factor genético, entre otros, el rol del biofilm bacteriano (placa dental) ha sido controvertido ¹⁸.

• **Tratamiento.**

A) Tratamiento no quirúrgico:

La terapia periodontal mecánica consiste en el control del biofilm dental mediante la educación y motivación al paciente, reforzándolo con el raspado

y alisado radicular con el fin de eliminar la placa dura infra gingival y supragingival ayudando a la disminución del tamaño de las pseudobolsas sin necesidad de la intervención quirúrgica ¹⁹.

B) Tratamiento quirúrgico:

La técnica de gingivectomía/gingivoplastia se puede realizar mediante bisturís, electrodos, rayos láser o sustancias químicas. Si bien se podemos mencionar todas las técnicas, la técnica quirúrgica es la más recomendada ²⁰.

C) Suspensión o sustitución del fármaco:

La suspensión o sustitución del fármaco es un tratamiento eficaz para la hiperplasia gingival asociada a fármacos. Cuando se sustituye el fármaco la patología puede tomar de 1 a 8 semanas en desaparecer, en algunos casos los pacientes no responden al tratamiento. La sustitución de fenitoína con otro anticonvulsivante se ha sugerido como un gran tratamiento de opción para las encías seriamente afectadas. Recientemente, la viabilidad de la sustitución de la fenitoína ha aumentado por el número creciente de nuevas generaciones de anticonvulsivantes, tales como lomatrigrina, gabapentina y topiramato ²¹.

- **Clasificación del Agrandamiento Gingival según Carranza:**

Grado I: El agrandamiento se confina a las papilas interdetales.

Grado II: El agrandamiento afecta las papilas y la encía marginal.

Grado III: El agrandamiento cubre $\frac{3}{4}$ partes o más de la corona ²².

- **Indicaciones de la gingivectomía:**

- Bolsa periodontal sobre el alvéolo solo en lugares de difícil acceso. Sin embargo, el colgajo de Widman modificado suele ser más eficaz.
- Agrandamiento gingival inducida por fármacos
- Agrandamiento gingival hereditaria
- Agrandamiento hormonal de las encías (pre-pubertad, pubertad, embarazo,

menopausia)

- Agrandamiento inflamatoria crónica, agrandamiento gingival inflamatoria, casos de gingivitis moderada, gingivitis severa, gingivitis ulcero necrotizante, periodontitis ulceronecrotizante leve con inflamación persistente después del tratamiento inicial)
- Agrandamiento gingival idiopática
- En prótesis para exponer el margen de la preparación subgingival antes de la toma de impresión.
- Exponer lesiones cariosas subgingivales para su reparación.
- Alargamiento de corona con erupción pasiva modificada clase IA.
- Alargamiento de corona solo cuando hay biotipo periodontal delgado ²⁰.

- **Contraindicaciones de la gingivectomía:**

Las contraindicaciones existen principalmente cuando se indican tratamientos alternativos.

- Cuando la encía adherida es estrecha o inexistente (menos de 2 mm).
- Engrosamiento prominente de los márgenes óseos con riesgo de exposición quirúrgica.
- Cuando existen bolsas infraóseas.
- Casos en los que el fondo de la bolsa está apical con respecto a la unión mucogingival.
- Cuando la incisión puede crear una herida muy extensa en el paladar (en caso de paladares planos)
- En situaciones que requieren remodelación o injerto óseo, donde el tratamiento de elección es un colgajo.
- La distancia desde la cresta ósea hasta la encía marginal es de 3 mm o menos ²⁰.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

4.1. HISTORIA CLÍNICA

- **DATOS DE FILIACIÓN:**

- **Nombre:** M.A.S.C.
- **Edad:** 23 años y 11 meses
- **Sexo:** Femenino
- **Estado civil:** Soltera
- **Lugar de nacimiento:** Lima – Jesús María
- **Fecha de Nacimiento:** 16/10/1998
- **Lugar de procedencia:** Lima
- **Ocupación:** Estudiante de contabilidad

- **MOTIVO DE CONSULTA:**

“ Me sangran las encías cuando me cepillo”

- **ENFERMEDAD ACTUAL:**

El paciente refiere que no va al ortodoncista hace más de 1 año, y ha notado que sus encías le comenzaron a sangrar con mayor frecuencia desde hace 1 año y 6 meses, en la actualidad menciona que presenta aún el sangrado y además, siente que su boca emana un mal olor.

- **ANTECEDENTES**

- **Generales:** No refiere
- **Familiares:** Asma (abuelo materno)
- **Patológicos:** Anquiloglosia (recién nacida), Ovario poliquístico (19 años)

4.2. EXAMEN CLINICO GENERAL

- Presión arterial: 90/ 60 mm/Hg
- Pulso: 60 ppm
- Talla: 1.58 cm
- Peso: 52 kg
- Piel: textura rugosa, turgencia conservada, color oscuro, cicatrices presentes, lesiones acneiformes.

4.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**
 - Cráneo: dolicocefalo
 - Cara: dolicofacial
 - ATM: sin alteraciones evidentes
 - Ganglios: sin adenopatías presentes
- **Examen intraoral**
 - Labios: color rosa, deshidratados, gruesos, comisuras labiales sin lesiones evidentes.
 - Carillos: Derecho e izquierdo; color rosa brillante, con ausencia de lesiones evidentes.
 - Frenillo Vestibular:
 - a. Superior: Inserción media y alta.
 - b. Inferior: Inserción media y baja.
 - Frenillo Lingual: Inserción larga y centrada
 - Paladar duro: rugas palatinas y rafe medio conservados, sin lesiones evidentes.
 - Paladar blando: color rosado, sin alteraciones evidentes
 - Orofaringe: úvula única y centrada, color rojo brillante
 - Lengua: saburral, normo glosa, móvil.
 - Piso de boca: glándulas sublinguales sin alteraciones evidentes, conducto salival permeable.
 - Encías: manchas melánicas , encía papilar edematosa en el sector anterosuperior y anteroinferior.

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



Figura 1. Lateral derecha



Figura 2. Frontal



Figura 3. Lateral izquierda

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Figura 4. Vista lateral derecha

Se observan las manchas melánicas al nivel de la encía adherida de las piezas 1.2, 1.3, 1.4, 1.6 y 1.7, 4.1, 4.2, 4.3. Además, las papilas interdientales y la encía marginal se encuentran aumentadas de tamaño, y presentan acumulación de placa blanda al nivel de las piezas 1.1, 1.2, 1.3, 3.1, 3.2 y 3.3.



Figura 5. Vista lateral izquierda

Se observan las manchas melánicas al nivel de la encía adherida de las piezas 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6 y 2.7, 3.1, 3.2, 3.3. Además las papilas interdientales y la encía marginal se encuentran aumentadas de tamaño y presentan acumulación de placa blanda al nivel de las piezas 2.1, 2.2, 2.3



Figura 6. Vista Frontal

Se puede observar en la fotografía un tratamiento de ortodoncia en mal estado, con acumulación de placa blanda, encías con aumento de tamaño y cambio de coloración, ya que la paciente refiere que hace más de 1 año no ha estado acudiendo a sus controles.

4.4. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**
 - Gingivitis inducida por biofilm.
- **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**
 - Agrandamiento gingival
- **PRONÓSTICO**
 - Favorable

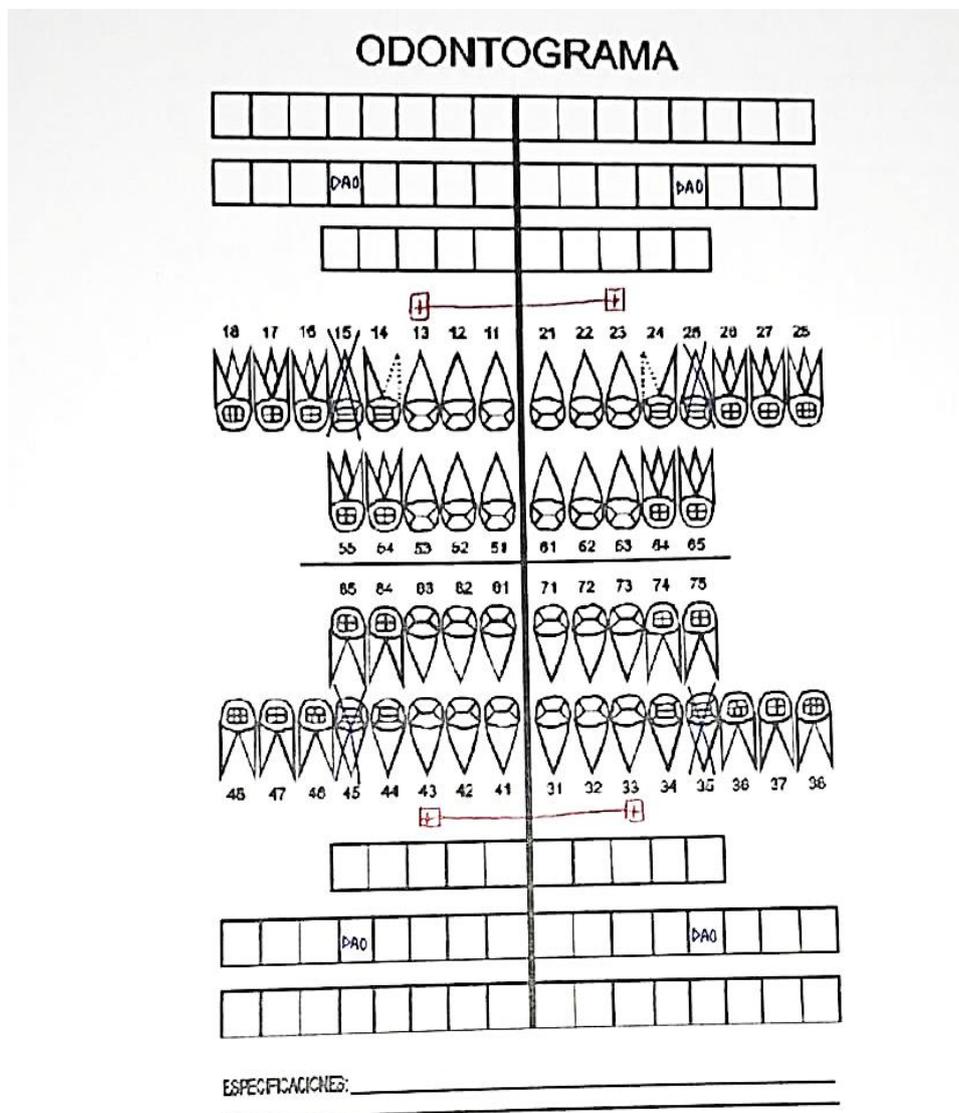


Figura 7. Odontograma Inicial

- En el odontograma se puede observar aparatología fija de ortodoncia en mal estado, desde la pieza 1.3 a la 2.3 en la arcada superior y desde la pieza 3.3 y 4.3 en la arcada inferior.
- Ausencia de las piezas 1.5, 2.5, 3.5 y 4.5.

PERIODONTOGRAMA

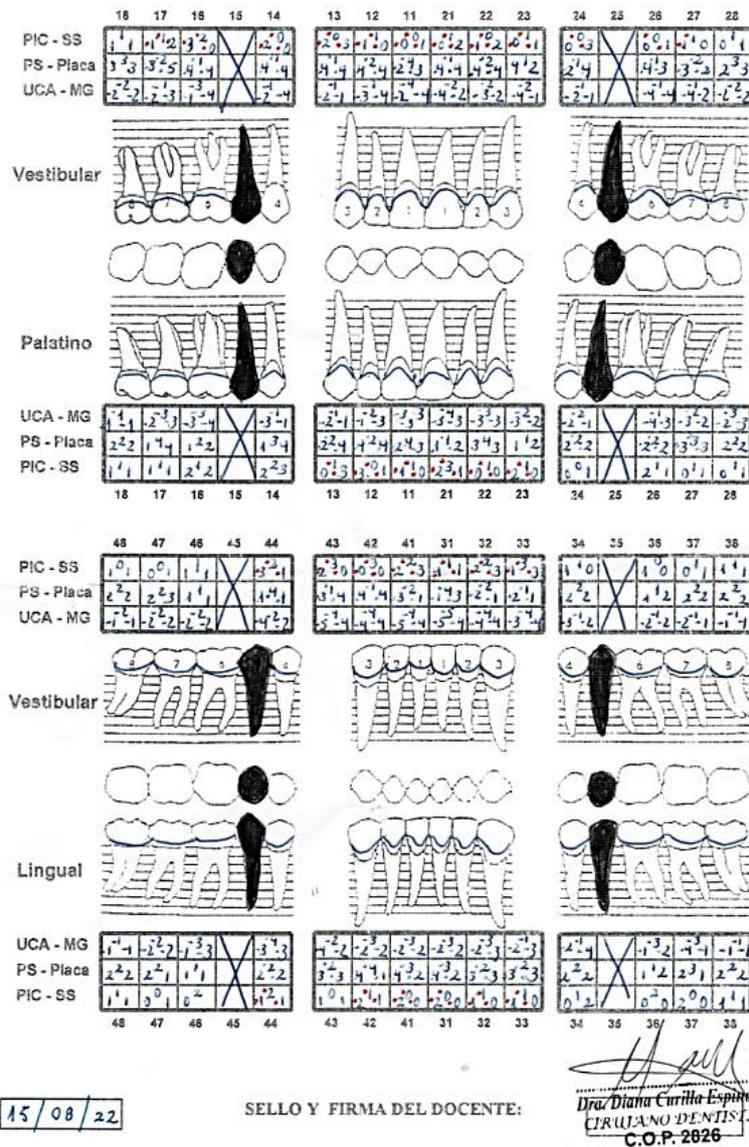


Figura 8. Periodontograma Inicial

- Se observa acumulación de placa dura en el sector posterior y anterior de la arcada superior, y en el sector anterior de la arcada inferior.

- Sangrado al sondaje en el sector posterior y anterior de la arcada superior, y en el sector anterior de la arcada inferior.
- Se realizó un sondaje periodontal de ambas arcadas dentarias encontrándose pseudobolsas de 4 mm de profundidad en la zona anterosuperior de canino derecho a canino izquierdo en ambas arcadas.

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ESPECIALIDAD DE PERIODONCIA

5.1. Formulación del plan de tratamiento general

- Historia clínica
- **Área de Periodoncia:**
 - Fase I: Fisioterapia oral, educación y motivación al paciente (técnicas de cepillado, uso de cepillo interproximal, uso del hilo dental y enjuague bucal), índice de higiene oral.
 - Fase II: Raspado y alisado por sextantes.
Una vez terminada la fase II, y observando que las pseudobolsas no disminuyeron su tamaño, se decidió realizar el tratamiento quirúrgico.
 - Fase III: Gingivectomía (Sector anterosuperior y anteroinferior).
- **Consentimiento informado**

5.2. Plan de Control y mantenimiento.

Tabla 1. Plan de control.

Control	Postquirúrgico	Periódico
	<p>A los 4 o 7 días se debe verificar que no haya sangrado, ni signos de infección.</p> <p>A los 14 días se debe hacer una reevaluación para decidir si se le da de alta al paciente.</p> <p>Hacer reevaluación al mes, y realizar el índice de higiene oral.</p>	<p>- Control cada 6 meses para evaluar la existencia de posible recidiva.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Plan de mantenimiento

Mantenimiento	Postquirúrgico	Periódico
	<ul style="list-style-type: none">- Mantener la correcta higiene bucal con la ayuda del hilo dental y el colutorio.- Dieta blanda durante 48 horas, alimentos a temperatura ambiente con el fin de no aumentar la inflamación de las encías y provocar sangrado.	<ul style="list-style-type: none">- Índice de higiene oral y profilaxis cada 6 meses

Fuente: Elaboración propia.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (GINGIVECTOMIA)



Figura 9. Antisepsia y asepsia del campo operatorio.

Se realiza con solución de Yodopovidona en espuma al 7.5% y solución al 10%, comenzando desde el centro del área hacia afuera, con el objetivo de disminuir la proliferación de microorganismos.



Figura 10. Colocación de la anestesia infiltrativa.

Se colocó la solución anestésica de Lidocaína más Epinefrina al 2% de manera infiltrativa, en el sector anterosuperior y anteroinferior.



Figura 11. Colocación del campo fenestrado estéril

Se coloca el campo fenestrado con el fin de delimitar el campo quirúrgico.

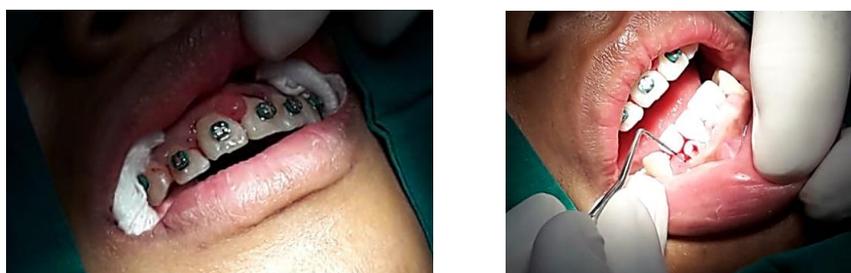


Figura 12. Exploración de pseudobolsas

Se coloca la sonda periodontal para medir la profundidad de las pseudobolsas en 3 puntos, 3 por vestibular y 3 por palatino/ lingual.



Figura 13. Delimitación del cenit gingival para la incisión

El cenit gingival es la zona más apical del contorno gingival en relación al eje vertical mayor del diente, en los caninos se encuentra en la porción distal y en los incisivos en la porción central.

La marcación de los puntos sangrantes se realiza trasladando la medida de la profundidad de las bolsas hacia el exterior y restándole 0.5 mm.



Figura 14. Incisión con el bisturí.

- Con el uso del bisturí se realizan las incisiones correspondientes, la incisión se inicia en la zona distal de las piezas dentarias en sentido apical uniendo las marcas hechas con la sonda.
- La incisión se realiza en un ángulo de 45° con respecto a la superficie dental, esto con el fin de obtener un contorno marginal festoneado.

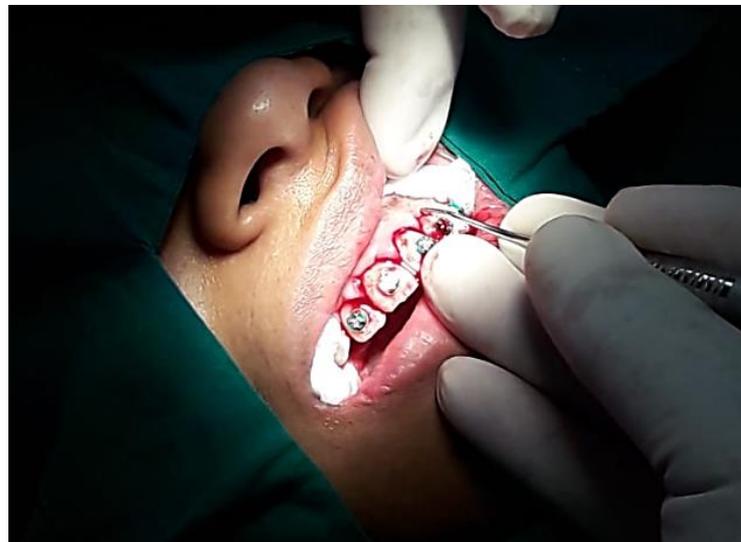


Figura 15. Remoción del tejido recortado con pinzas y curetas Gracey

Esto se realiza con el fin de retirar el tejido hiperplásico y permitir la instrumentación.



Figura 16. Lavado con solución salina al 9%

Se realiza el lavado con solución salina ya que es una solución isotónica y no interfiere con el proceso normal de la cicatrización, además de no alterar la flora microbiana.



Figura 17. Compresión con gasa estéril para hacer hemostasia.



Figura 18. Foto post-quirúrgica.



Figura 19. Fotografía a los 4 días post- cirugía.



Figura 20. Fotografía 1 mes después.

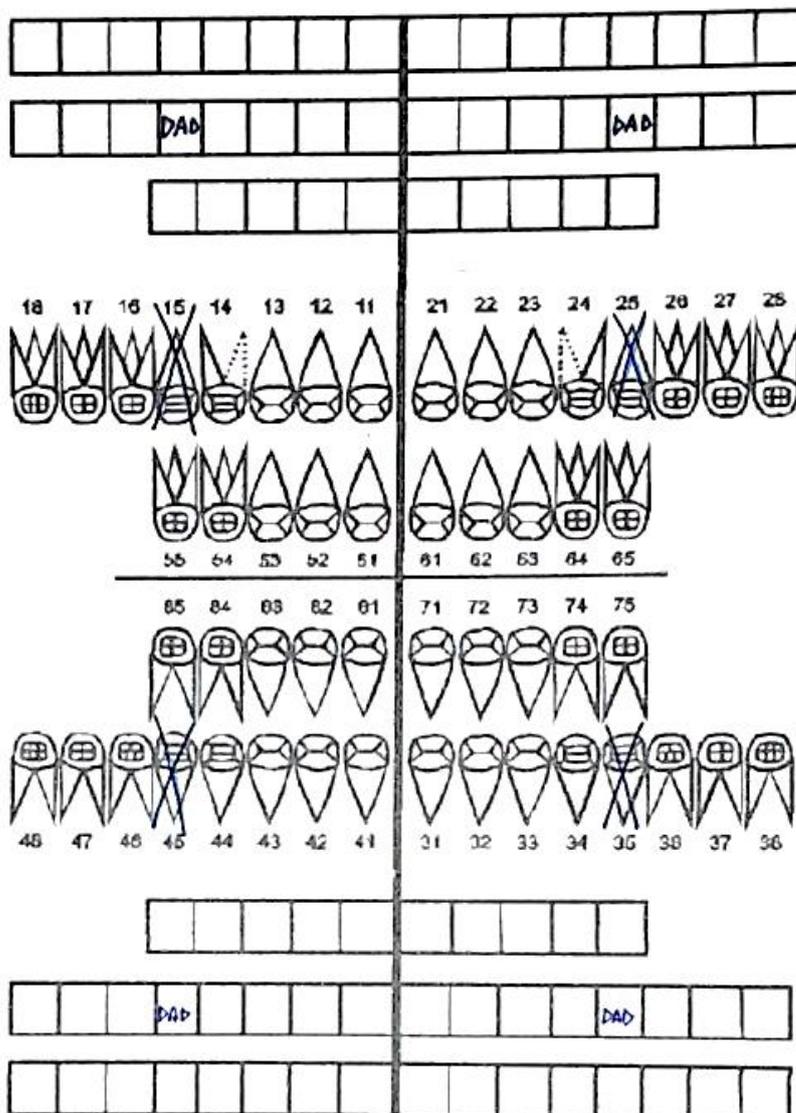
Medicación postquirúrgica:

Tabla 3. Medicación posquirúrgica.

Medicación prescrita	Posología	Objetivo
Analgésico	Paracetamol 1 gr : 1 tableta cada 8 horas por 3 días (condicionado al dolor).	Aliviar el dolor leve producido por la cirugía menor.
Colutorio	Clorhexidina al 0.12% + CPP al 0.05%: 15 ml 2 veces al día (mañana y noche) por 7 días.	Mantener la antisepsia de la cavidad oral, con la finalidad de evitar la infección de la herida.

Fuente: Elaboración propia.

ODONTOGRAMA



ESPECIFICACIONES: _____

FECHA: 29 / 09 / 22

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE: 
Dra. Diana Cuzilla Espinoza
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 2826

Figura 21. Odontograma de alta.

Se puede observar que la paciente ya no cuenta con la aparatología fija de ortodoncia.

PERIODONTOGRAMA

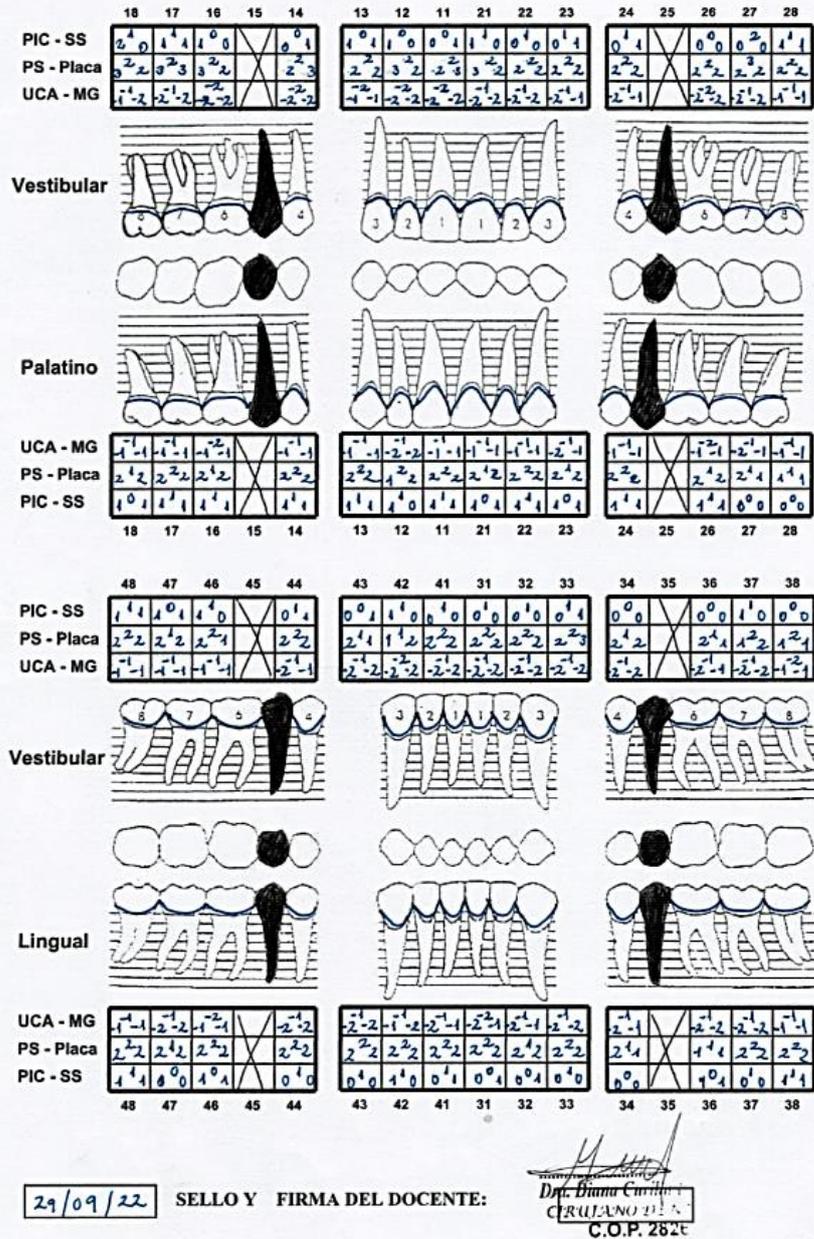


Figura 22. Periodontograma de Alta

- Se observa que no hay presencia de placa dura ni sangrado al sondaje en el sector posterior y anterior de la arcada superior, y en el sector anterior de la arcada inferior.
- Se realizó un sondaje periodontal en la zona tratada quirúrgicamente, donde la profundidad se encontraba dentro de los valores normales (0 a 2mm).

DISCUSIÓN

Leite, nos menciona que se debe implementar medidas efectivas de tratamiento y prevención, garantizando la salud del paciente ⁸. Por ello es necesario los controles periódicos según el riesgo odontológico de la paciente.

Soliz mencionó, que hay un 6.7% de prevalencia de hiperplasia gingival en jóvenes de 16 a 25 años que tienen aparatología fija de ortodoncia y un biotipo periodontal grueso ⁹. Por lo cual según el caso que he expuesto, la paciente de sexo femenino de 23 años se encuentra dentro del rango de edad según nos menciona el autor.

Huerta llegó a la conclusión, que la gingivectomía es una técnica eficaz para el tratamiento de la hiperplasia gingival ¹⁰. A igual que Cerrón, el cual menciona que la gingivectomía se indica para la hiperplasia gingival y sus múltiples etiologías ⁷; con este caso clínico se puede corroborar, la conclusión a la que llegaron ambos autores.

Caviglia menciona que se debe reforzar las medidas de control de placa bacteriana y el retratamiento quirúrgico en caso de recidivas ¹¹, por lo cual a la paciente se le indicó una técnica de cepillado específica para mantener la salud gingival y evitar posibles recidivas.

CONCLUSIONES

1. La gingivectomía es una técnica excisional sencilla que se puede aplicar en diferentes áreas, siempre y cuando se cumplan con las indicaciones y no esté indicado otro procedimiento quirúrgico alternativo a éste.
2. La gingivectomía permite la visibilidad y acceso para la eliminación completa de los cálculos dentales infra gingivales.
3. La eliminación del agrandamiento gingival mediante la gingivectomía durante el tratamiento ortodóncico va a permitir que se produzca un mejor movimiento dental.
4. La paciente fue dada de alta a los 14 días después de haber sido realizada la cirugía periodontal, antes de darle el alta se realizó el periodontograma con la finalidad de que los hallazgos clínicos sean favorables, evaluando que no haya presencia de placa dura, sangrado al sondaje y los tejidos periodontales no muestren signos clínicos de inflamación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que para evitar alguna complicación, debemos asegurar que la paciente cumpla con los cuidados necesarios, tanto postoperatorios, como en el cepillado, uso del hilo dental, enjuague bucal y todo lo relacionado con su óptima salud bucal.
2. Se recomienda asistir al odontólogo según el riesgo odontológico, para que a través de los controles se pueda evaluar el índice de higiene oral con el fin de evitar recidivas de la patología.
3. Se recomienda que la aparatología de ortodoncia sea retirada lo más próximo posible con el fin de evitar la acumulación de biofilm, y facilitarle a la paciente el correcto cepillado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zachrisson S, Zachrisson BU. Gingival condition associated with orthodontic treatment. Angle Orthod [Internet]. 1972 [Consultado 20 Sep 2022]; 26-34. Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/angle-orthodontist/article/42/1/26/55811/Gingival-Condition-Associated-with-Orthodontic>
2. Jadhav T, Bhat KM, Bhat GS, Varghese JM. Chronic inflammatory gingival enlargement associated with orthodontic therapy-a case report. NCBI [Internet]. 2013 [Consultado 19 Sep 2022]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433694>
3. Truque E, Porras BE. Hiperplasia gingival y tratamiento ortodóncico. Caso clínico. Dental [Internet] 2005 [Citado 19 Sep 2022]; 2: 33-46. Disponible en: URL: <http://www.ulacit.ac.cr/Revista/identical2/ID05.pdf>Tortolini, P. y Fernández, E. (2011). Ortodoncia y periodoncia. Avances en Odontoestomatología, 27(4), 197-206. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000400004
4. Carranza FA, Newman, Takei H. Técnica de Gingivectomía. En: Carranza FA. Periodontología clínica. 9ª edición. México D.F.: McGraw Hill; 2003. p. 794-9.
5. Mueller HP. Gingivectomía. Gingivoplastía. En: Mueller HP. Periodontología. México D.F.: Manual Moderno; 2006. p. 190-8.
6. Wolf HF, Rateitschak EM, Rateitschak KH. Atlas en color de Periodoncia:Masson; 2005
7. Cerrón Rojas, C. Gingivectomia como tratamiento estético – Reporte de un Caso clínico. Perú: Universidad Peruana los Andes; 2021 [Intenet]. [Perú]: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES: 2021. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2840>

8. Leite T, Machado Guzzatti M. F, Centurión Ayala AJ, Sano Trauth KG. Hiperplasia gingival inflamatoria asociada a enfermedad periodontal. Relato de caso [Internet]. Actaodontologica.com. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-7/>
9. Huerta Garcia A, Espinoza Maesse J, Garcia Huerta P. Rev. Mexicana De Periodontología. Gingivectomía como tratamiento para la hiperplasia gingival inducida por ortodoncia. Reporte de caso [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2019/mp191_2e.pdf
10. Caviglia D, Gonzales M, Rosso V, Ongaro D, Aùn M, Cabrera C, Vazquez D. Hiperplasia gingival idiopática :Diagnóstico y tratamiento de un caso clínico y revisión de la literatura. Idiopathic gingival hyperplasia: Diagnosis and treatment of a clinical case and review of the literature [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115i.pdf>
11. Soliz Carangui, M. Prevalencia de agrandamiento gingival en pacientes portadores de aparatología de ortodoncia fija. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016 [Internet]. [Ecuador]: UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2016. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26222/1/tesis.pdf>
12. Batistin F, Machado T, Pippi R, Perrone T, Kuchenbecker C. Association between gingivitis and anterior gingival enlargement in subjects undergoing fixed orthodontic treatment. Dental Press J Orthod. [en línea] 2014 [19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296628/>
13. Manzur-Villalobos I, Díaz-Rengifo IA, Manzur-Villalobos D, Díaz-Caballero AJ. Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. Univ. Salud. 2018;20(1):89-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.113>

14. Perez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, Garcia Romero J. Manifestaciones bucales en pacientes con Leucemias Agudas. Rev Haba Ciencias Médicas [Internet]. 2004 [citado 2022 Nov 19];3(8):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/679/511>
15. Zapata Gonzales F, Vasquez Ochoa F, Vasquez Ochoa , Arroyave Sierra J, Arrendo Ossa M, Molina Velez V, Del Rio Cobaleda D. Sarcoidosis cutánea. CES Med. [Internet]. 2014 Dec [citado 2022 Nov 19] ; 28(2): 293-306. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000200014&lng=en.
16. Tamarit Borràs Meritxell, Delgado Molina Esther, Berini Aytés Leonardo, Gay Escoda Cosme. Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal: Estudio retrospectivo de 128 casos. Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.) [Internet]. 2005 Abr [citado 2022 Nov 19] ; 10(2): 151-162. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000200009&lng=es.
17. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av Periodon Implantol. [Internet] 2008 [citado 2022 Nov 19]; 20, 1: 11-25. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
18. Bahamondes BC, Godoy OJ . Hiperplasia gingival por ciclosporina: A propósito de un caso. Rev. méd. Chile [Internet]. 2007 Mar [citado 2022 Nov 19] ; 135(3): 370-374. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000300013>.
19. Palomino Gonzales U, Castro-Rodríguez Y. Tratamiento no quirúrgico del agrandamiento gingival asociado a la pubertad. Reporte de caso clínico. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Nov 19]; 19(5): e3079. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2020000600010&lng=es. Epub 10-Nov-2020.

20. Caballero Rivasplata A. Técnicas de gingivoplastia/gingivectomía, aplicaciones [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011

21. Grados SP, Castro YR, Bravo FC. Consideraciones clínicas en el tratamiento quirúrgico periodontal. 1.a ed Caracas: AMOLCA; 2014. p. 255- 7.

22. World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Ginebra: World Health Organization; 2017

ANEXOS

ANEXO N° 1. HISTORIA CLÍNICA



UNIVERSIDAD PERUANAS ANDES
Escuela Profesional Odontología



RIESGO SISTÉMICO	RIESGO ESTOMATOLÓGICO	CONDUCTA
Bajo	Medio	Colaboradora

FECHA	15 / 08 / 22	H.C.	N°
--------------	--------------	-------------	-----------

HISTORIA CLÍNICA

ECTOSCOPÍA:
Paciente ABEG, ABEN, ABEH y LoTEP.

1. ANAMNESIS

1.1. FILIACIÓN

NOMBRE Soto Carrillo Mariapia Andrea

APELLIDO PATERNO Soto **APELLIDO MATERNO** Carrillo **NOMBRES** Mariapia Andrea

Como lo llaman en casa Mapi **Edad** 23 m 11 **Sexo** Femenino

Fecha de Nacimiento 16 / 10 / 1998 **Lugar** Jesús María - Lima

Religión Católica **Estado** Unión Libre

Civil Soltera

Procedencia Lima **Tiempo de residencia en Huancayo** 1 año

Domicilio Jr. Jorge Chavez # 1777 **Distrito** Brúna

Grado de Instrucción ó 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

PRIMARIA **SECUNDARIA** **SUPERIOR**

En caso necesario comunicar a Mamá Mariapia Andrea Soto Carrillo **Parentesco** Madre

Domicilio Jr. Jorge Chavez # 1777 **Teléfono** 948 942 771

[Signature]
Dr. Diana Curilla Espinoza
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 2826

1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA: "Me sangran las encías cuando me cepillo"

ENFERMEDAD ACTUAL: El paciente refiere que no va al ortodoncista hace más de 1 año, y ha notado que sus encías le comenzaron a sangrar frecuentemente desde hace 1 año y 6 meses, en la actualidad menciona que presenta aún el sangrado y además, siente que se hace amana un mal olor.

1.3. ANTECEDENTES

Personales : No refiere

Familiares : Asma (abuelo materno)

Patológicos : Anquilosis (nación nacida)
Ovario poliquístico (19 años)

Alergias : No refiere

2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

2.1. PESO Y TALLA: P: 54 Kg T: 1.57m. IMC: 21.9 (peso saludable)

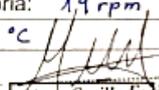
2.2. PIEL Y ANEXOS: Textura rugosa, Turgencia conservada, color escuro, lesiones

2.3. SIGNOS VITALES:

- Presión Arterial: 90/60 mm/Hg Frecuencia respiratoria: 19 rpm

- Pulso: 60 ppm Temperatura: 36.1°C

FECHA: 15/08/22

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE: 
Diana Curilla Espinoza
C.O.P. 2826

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

3.1. EXAMEN EXTRABUCAL

Facie:

Cráneo	Normocefalo ()	Braquicéfalo ()	Dolicocéfalo (✓)
Cara:	Normo facial ()	Braquifacial ()	Dolicofacial (✓)

MUSCULOS	DOLOR (SEMIOLOGÍA)		TONICIDAD	
Temporal	asintomático	/	asintomático	normotónico
Masetero	asintomático	/	asintomático	hipotónico
Pterigoideo Externo	asintomático	/	asintomático	normotónico
Pterigoideo Interno	asintomático	/	asintomático	normotónico
Digástrico	asintomático	/	asintomático	normotónico
Esternocleidomastoideo	asintomático	/	asintomático	normotónico
Cervicales Posteriores	asintomático	/	asintomático	normotónico

Ampliación:

ATM: Sin alteraciones evidentes, no hay presencia de ruidos y dolores articulares.

Región hioidea o tiroidea: Sin alteración evidente.

Ganglios: Sin adenopatías.

3.2. EXAMEN INTRABUCAL

• TEJIDOS BLANDOS

Labios y comisura labial: color rosa, deshinchados, gruesos, comisuras labiales sin lesión evidente

Carrillos: color rosa brillante, con ausencia de lesiones evidentes

Paladar duro y blando: rugas palatinas y rojez mucosa conservada, PB: color rosa sin lesión evidente

Orofaringe: úvula única y entrada, rojo brillante

Lengua: sakural, normoglosa, móvil

Piso de boca: glándulas sublinguales sin alteración evidente, conducto salival permeable.

Encías:

<input type="checkbox"/>	Normal	A nivel de piezas:	
<input type="checkbox"/>	Falta o ausencia	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Inconsistencia	A nivel de piezas:	1.1, 2.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3

Otros: _____

Color:

<input type="checkbox"/>	Normal	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eritematosa	A nivel de piezas:	1.1, 1.2, 1.3, 2.4, 2.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.1, 3.2, 3.3
<input type="checkbox"/>	Pálida	A nivel de piezas:	3.4, 4.1, 4.2, 4.3

Otros: _____

Textura:

<input type="checkbox"/>	Normal	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Lisa	A nivel de piezas:	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3
<input type="checkbox"/>	Rugosa	A nivel de piezas:	

Otros: _____

Consistencia:

<input type="checkbox"/>	Normal	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Edematosa	A nivel de piezas:	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3
<input type="checkbox"/>	Fibrosa	A nivel de piezas:	

Otros: _____

Encía papilar:

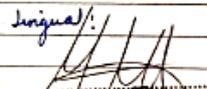
<input type="checkbox"/>	Normal	Entre piezas:	3.1-3.2, 3.2, 3.3, 3.3-3.4, 4.1-4.2, 4.2-4.3, 4.3, 4.4
<input type="checkbox"/>	Aplanada	Entre piezas:	1.1-2.1, 1.1-1.2, 1.2-1.3, 1.3-1.4, 2.2-2.3, 2.3-2.4, 3.1-4.1
<input checked="" type="checkbox"/>	Crateriforme	Entre piezas:	

Otros: _____

Frenillos: *Vestibular: Sup. Incurión media y alta Inf: Incurión media y baja Lingual:*

Saliva: *Fluida, translúcida.*

Ampliación: _____


 Dra. Diana Curilla Espinoza
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 2826

• TEJIDOS DUROS

Maxilares: _____

Dientes:

Número:	Tamaño: <i>Mediano</i>	
Forma: <i>Cuadrangular</i>	Color: <i>110 (Chromascop)</i>	Diastemas: <i>No presenta</i>

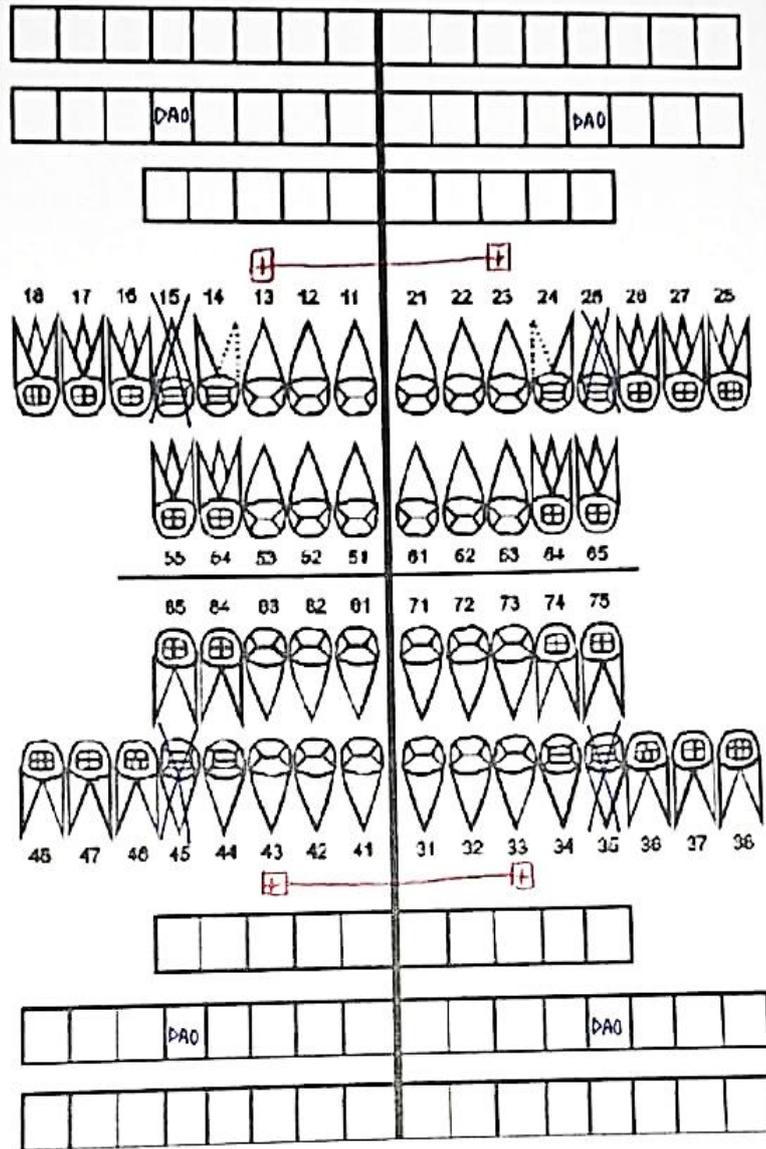
Zonas edéntulas y reborde alveolar: *No presenta*

Alteración de Posición: *Giroversión de las piezas 3.1, 4.1, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3*

Facetas de desgaste: *No presenta*

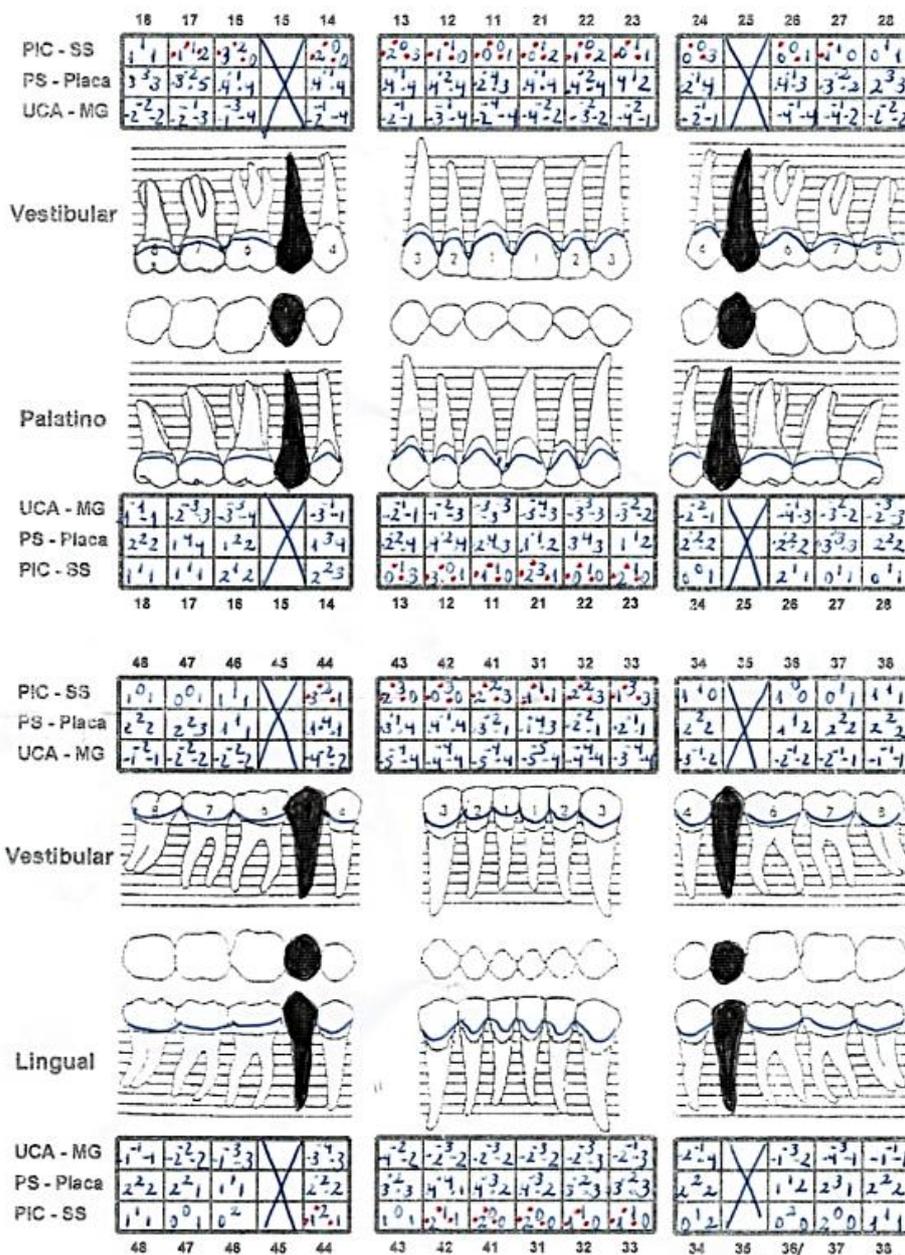
(LLENAR UTILIZANDO NORMAS ESTANDARIZADAS)

ODONTOGRAMA



ESPECIFICACIONES: _____

PERIODONTOGRAMA



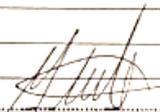
FECHA: 15 / 08 / 22

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:


 Dra. Diana Carrillo Espinoza
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 2026

4. RESUMEN DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO: (considerar resumen de lo patológico)

Paciente de 23 años y 11 meses de edad, sexo femenino acude al servicio odontológico por que refiere que le sangran las encías cuando se cepilla, hace 1 año y medio presentó el sangrado y en la actualidad aún persiste acompañado de un mal alar. Al examen clínico intraoral se observó aparatología fija de ortodoncia en la arcada superior e inferior en el sector anterior, esta se encuentra en mal estado. Las encías del sector anterior de ambas arcadas presentan edema, irritación y la encía papilar tiene un aspecto crateriforme.


 Dra. Diana Curilla Espinoza
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 2826

VºBº

5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

5.1 DEL ESTADO GENERAL:

Aparente Buen Estado de Salud General: Si: No:
 Enfermedad sistémica:
 Interconsulta: Si No Fecha:

5.2. DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

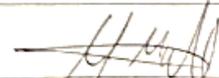
Hiperplasia gingival (K061)

VºBº 15/08/22

6. EXÁMENES AUXILIARES Y OTROS: (UTILIZAR FICHA ANEXA SI ES NECESARIO)



Radiografía seriada.


 Dra. Diana Curilla Espinoza
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 2826

7. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

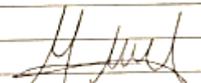
7.1 DEL ESTADO GENERAL:

Aparente Buen Estado de Salud General: Si: No:

Enfermedad sistémica:

7.2. DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

Hiperplasia gingival (K061)


Dra. Diana Curilla Espinoza
CIRUJANO DENTISTA

FECHA: 15/08/22

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

C.O.P. 2826

8. PLAN Y CRONOGRAMA DE TRATAMIENTO: (POR AREAS)

Periodoncia:

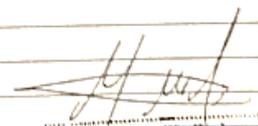
• Fase I: Educación y motivación al paciente

• Fase II: Raspado y alisado por sextantes

- Sextante I (16/08/22)
- Sextante II (19/08/22)
- Sextante III (23/08/22)
- Sextante IV (26/08/22)
- Sextante V (26/08/22)

• Fase III: Gingivectomía a la pieza 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 y 4.3.
(15/09/22)

• Fase IV: Control a los 4 días.
Control a los 14 días.
Control al mes.


Dra. Diana Curilla Espinoza
CIRUJANO DENTISTA

FECHA: 15/08/22

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

C.O.P. 2826

ANEXO N° 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INDORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: Mariapia Andrea Soto Carrillo FECHA: 15/07/22

- Yo, Mariapia Andrea Soto Carrillo identificada con DNI N° 75527886, por medio del presente documento, en mi calidad del paciente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento del docente para que por intermedio y con el concurso del estudiante sometidos a su dirección así como los asistentes que el elija o acepte, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: gingivectomía del sector anterior superior y anterosuperior.
- El docente en mención queda autorizado para llevar a cabo a solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.
- El docente, informa al paciente de la existencia de riesgos; generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden advertir y que el paciente declara que lo conoce y que comprende en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.
- El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínico patológicas y previstos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se ha consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre sus alcances y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestando al respecto.
- Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o fácil prevención, los cuales, por esta razón, no puede ser advertido y, en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscara para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.
- Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso comporta la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestando me han sido aclaradas.
- He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento puede ser revisado o dejado sin efecto para la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención realización del tratamiento.
- Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de maneras clara y completa está situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.
- Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de Laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.



Firma del paciente

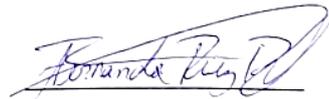
DNI N° 75527886



Dra. Diana Curilla Espinoza
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 2826

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO

RESPONSABLE DEL ÁREA



FIRMA DEL ESTUDIANTE

ANEXO N° 3. EXÁMENES DE LABORATORIO



POLICLÍNICO SANNOE

Desde 1996

Av. Brasil 1215, Jesús María
 Telfs: 4239641 – 332 4190 Cel: 985 968 596 – 999 120 377
 www.Saludocupacionalsannoe.com.pe
 sannoesac@yahoo.com.pe

FICHA EXAMENES DE LABORATORIO

N° FICHA:	30042148	FECHA DE ANÁLISIS	10/09/2022
DATOS GENERALES			
Apellidos y Nombres:	SOTO CARILLO MARIAPIA ANDREA		
Edad	23 años	DNI	75527886
Empresa	Particular		
Análisis clínico			
	Resultado	RANGO DE REFERENCIA	
HEMOSTASIA			
TIEMPO DE COAGULACIÓN	6.00" minutos	5.00" – 10.00" minutos	
TIEMPO DE SANGRÍA	1.10" minutos	1.00" – 5.00" minutos	


DR. FORTUNATO PRÍNCIPE LAINEZ
 Médico Pulmón y Cirujía
 C.O.P. 2342 RUC: 12945


LIC. TM JULISSA BERTRÉS PUPPO
 C.T.M.P. 09721

SALUD OCUPACIONAL

Autorizado por DIGESA
de acuerdo a Ley 29783



CARNET DE SANIDAD

Autorizado por la Municipalidad
Entrega en 1 hora
Valido en todo Lima



POLICLÍNICO SANNOE
Desde 1996

Av. Brasil 1216, Jesús María
Telfs: 4239641 – 332 4190 Cel: 985 968 596 – 999 120 377
www.Saludocupacionalsannoe.com.pe
sannoesc@yahoo.com.pe

FICHA EXAMENES DE LABORATORIO

N° FICHA:	30042148	FECHA DE ANÁLISIS	10/09/2022
DATOS GENERALES			
Apellidos y Nombres:	SOTO CARILLO MARIAPIA ANDREA		
Edad	23 años	DNI	75527886
Empresa	Particular		

Análisis Clínico	Resultado	UNIDAD	RANGO DE REFERENCIA
BIOQUÍMICA			
GLUCOSA	80 mg/dL	mg/dL	25-80 mg/dL Neonatos prematuros 30-90 mg/dL Neonatos al termino 70-110 mg/dL Niños - adultos
COLESTEROL	137 mg/dL	mg/dL	Hasta 200 mg/dL Optimo 200-239 mg/dL Moderado >240 mg/dL Elevado
TRIGLICERIDOS	110 mg/dL	mg/dL	Hasta 200 mg/dL Optimo 150-199 mg/dL Moderado >200 mg/dL Elevado



DR FORTUNATO PRINCIPE LAUCES
Médico Pulmónes Clínicos
C.M.P.: 28452 R.N.E.: 13043



LIC. TM JULISSA NENES PUPPO
C.T.A.L.P.: 00737

SALUD OCUPACIONAL

Autorizado por DIGESA
de acuerdo a Ley 29783

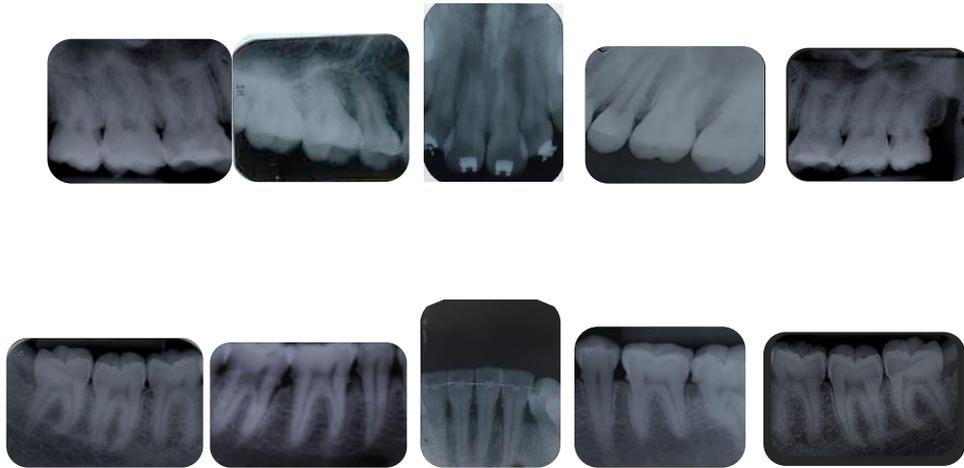


CARNET DE SANIDAD

Autorizado por la Municipalidad
Entrega en 1 hora
Valido en todo Lima

Los resultados de los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de los valores normales, por lo cual se procedió a realizar la cirugía periodontal.

ANEXO N° 4. RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES



- Se observa un patron de pérdida ósea horizontal leve al nivel de las piezas 4.4 y 4.5.
- Se observan imágenes radioopacas de forma irregular al nivel del LAC en la zona interporximal de todas las piezas dentales (límite amelo cementario) compatible con cálculo dental.
- Esnsanchamiento del espacio del ligamento periodontal en la pieza 1.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5, 4.6 y 4.7.
- Imagenes radiopacas al nivel del tercio medio coronal de la pieza 1.1,1.2,2.1,2.2,3.1,3.2,4.1,4.2 compatible con aparatología de ortodoncia fija.
- Trabeculado óseo aparentemente conservado, sin ninguna alteración en su estructura.