



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ODONTÓLOGA

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival

AUTORA:

Castro Maldonado Erika Jazmín

TUTORA:

Dra. Pilar Pantoja Rodríguez

Guayaquil, junio del 2020

Ecuador



## **CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN**

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontóloga, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad Piloto de Odontología, por consiguiente, se aprueba.

.....

Dr. José Fernando Franco Valdiviezo, Esp.

**Decano**

.....

Dr. Patricio Proaño Yela, M.Sc.

**Gestor de Titulación**



## **APROBACIÓN DEL TUTOR/A**

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: “Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival”, presentado por la Srta Castro Maldonado Erika Jazmín, del cual he sido su tutora, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, junio del 2020.

.....  
Dra. Pilar Pantoja Rodríguez

CC:0912916616



## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Castro Maldonado Erika Jazmín**, con cédula de identidad N° 0504308651, declaro ante las autoridades de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, junio del 2020.

.....  
CASTRO MALDONADO ERIKA JAZMIN  
CC 0504308651



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación va dedicado a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida de fuerza y voluntad para conseguir mis anhelos más deseados, a mi madre quien me inculco valores muy valiosos, en memoria de mi padre quien con ejemplo me enseñó que para alcanzar los sueños hay que ser perseverante, a mis hermanos que siempre forman parte de mi vida.

De manera especial dedico este trabajo a mi esposo Efrén Villamarín y a mi querido hijo Isaac, quienes son el combustible de mi vida, con cada palabra de amor me motivaron a culminar mi carrera profesional.



## **AGRADECIMIENTO**

Creo en un ser invisible dueño de todo, por eso mi agradecimiento eterno a Dios por todas sus bendiciones, a mis Padres que han sabido darme su ejemplo de trabajo e integridad y a mi esposo Efrén por su apoyo, amor y paciencia.

También quiero agradecer a todos mis docentes que formaron parte de mi trayectoria universitaria, por las enseñanzas que contribuyeron a mi formación profesional.

Agradezco especialmente a la Dra. Pilar Pantoja quien fue mi tutora y al Dr. Jossué Narváez quien gentilmente me brindó su tiempo para realizar las correcciones y sugerencias necesarias y así terminar con éxito mi proyecto de titulación.



## **CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**

Dr.

José Fernando Franco Valdiviezo, Esp.

DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo “Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival”, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, junio del 2020.

.....  
CASTRO MALDONADO ERIKA JAZMIN

CC:0504308651

# INDICE

PORTADA .....	I
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN .....	II
APROBACIÓN DEL TUTOR/A .....	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR .....	VII
INDICE.....	VIII
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT .....	XII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.1.1. Delimitación del problema .....	4
Tema: Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival. ....	4
1.1.2. Formulación del problema .....	4
1.1.3. Preguntas de investigación .....	4
1.2. Justificación.....	5
1.3. OBJETIVOS.....	6
1.3.1. Objetivo general .....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Fundamentación teórica.....	10
2.2.1. Definición de agrandamiento gingival .....	10
2.2.2. Características clínicas .....	10
2.2.3. Características histopatológicas .....	11
2.2.4. Tipos de agrandamiento gingival .....	12

2.2.4.1.	Agrandamiento gingival asociado a medicamentos.....	12
2.2.4.2.	Agrandamiento gingival asociado a factores locales Inflamatorios .....	13
2.2.4.3.	Agrandamiento gingival modificado por factores sistémicos.....	14
2.2.4.4.	Agrandamiento gingival asociado a enfermedades sistémicas .....	15
2.2.4.5.	Agrandamiento gingival de Base Genética.....	17
2.2.5.	Tratamiento para el agrandamiento gingival o exceso gingival.....	17
2.2.5.1.	Sustitución de la droga y/o retiro del mismo. ....	18
2.2.5.2.	Tratamiento periodontal no quirúrgico. ....	18
2.2.5.3.	Tratamiento periodontal quirúrgico. ....	18
2.2.6.	Gingivectomía .....	19
2.2.6.1.	Indicaciones .....	19
2.2.6.2.	Contraindicaciones.....	20
2.2.7.	Tipos de Técnicas .....	20
CAPÍTULO III .....		22
MARCO METODOLÓGICO .....		22
3.1	Diseño y tipo de investigación.....	22
3.2.	Métodos, técnicas e instrumentos .....	23
3.3.	Procedimiento de la investigación.....	24
3.4.	Descripción del caso clínico .....	24
Historia clínica:.....		25
Examen intraoral: .....		27
Examen de sangre:.....		36
Diagnostico general:.....		36
Diagnóstico periodontal:.....		37
Plan de tratamiento periodontal:.....		37
Pronóstico general: .....		37
Proceso clínico:.....		38
BIBLIOGRAFÍA .....		54
ANEXOS .....		57

## INDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1 Odontograma .....	27
Ilustración 2 fotografías frontales faciales.....	28
Ilustración 3 lateral derecha.....	29
Ilustración 4 lateral izquierda .....	30
Ilustración 5 oclusal superior.....	30
Ilustración 6 oclusal inferior.....	31
Ilustración 7 arcada en oclusión .....	32
Ilustración 8 hemiarcada derecha .....	33
Ilustración 9 hemiarcada izquierda.....	33
Ilustración 10 modelo de estudio.....	33
Ilustración 11 encerado.....	34
Ilustración 12 guía quirúrgica.....	34
Ilustración 13 Rz panorámica .....	35
Ilustración 14 instrumental .....	38
Ilustración 15 asepsia.....	39
Ilustración 16 anestesia.....	40
Ilustración 17 sondaje.....	41
Ilustración 19 incisión intracrevicular .....	42
Ilustración 18 incisión a bisel externo .....	42
Ilustración 20 raspado radicular .....	43
Ilustración 21 colgajo .....	44
Ilustración 22 osteotomía.....	44
Ilustración 23 sutura .....	45
Ilustración 24 apósito quirúrgico.....	46
Ilustración 25 retiro del apósito quirúrgico .....	46
Ilustración 26 preoperatorio.....	47
Ilustración 27 post quirúrgico a los 14días.....	47
Ilustración 28 post quirúrgico hemiarcada derecha.....	48
Ilustración 29 post quirúrgico hemiarcada izquierda .....	48
Ilustración 30 post quirúrgico a los 30 días .....	49
Ilustración 31 post quirúrgico hemiarcada derecha.....	49
Ilustración 32 post quirúrgico hemiarcada izquierda .....	49

## RESUMEN

Las patologías gingivales son diversas, entre ellas tenemos el agrandamiento gingival (AG), que es el aumento de volumen de la encía en cualquiera de sus zonas, este padecimiento repercute de manera directamente en la salud bucal del paciente, así como también en su estado emocional. La demanda odontológica generalmente es cuando existen episodios de dolor o cuando la estética está comprometida, en el caso del agrandamiento gingival puede ser asintomático, sin embargo, el crecimiento excesivo de la encía provoca cambios estructurales negativos para la armonía de la sonrisa. El tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico, todo depende de un correcto diagnóstico y planes terapéuticos ajustados a las necesidades funcionales y estéticas de los pacientes. Se presenta el caso clínico de mujer de 38 años de edad, sistémicamente saludable, con agrandamiento gingival localizado a nivel papilar de origen idiopático, atendido en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, en el periodo académico 2019-2020 ciclo II. El objetivo es tratar el AG mediante la técnica de gingivectomía. La metodología aplicada es del tipo no experimental, con observación clínica directa. Se concluye que la técnica quirúrgica de gingivectomía es un procedimiento apropiado para tratar el AG, ya que se obtienen resultados clínicos favorables para la estética y función de la encía.

**Palabras clave:** Agrandamiento gingival, Gingivectomía, Hiperplasia

## **ABSTRACT**

The gingival pathologies are diverse, among them we have gingival enlargement (AG), which is the increase in gum volume in any of its areas, this condition has a direct impact on the patient's oral health, as well as on his condition emotional. The dental demand is usually when there are episodes of pain or when the aesthetic is compromised, in the case of gingival enlargement it can be asymptomatic, however, the excessive growth of the gum causes negative structural changes for the harmony of the smile. The treatment can be surgical or non-surgical, everything depends on a correct diagnosis and therapeutic plans adjusted to the functional and aesthetic needs of the patients. The clinical case of a 38-year-old woman, systemically healthy, with gingival enlargement located at the papillary level of idiopathic origin, attended at the Pilot School of Dentistry of the University of Guayaquil, in the academic period 2019-2020 cycle II is presented. The objective is to treat the AG using the gingivectomy technique. The methodology applied is of the non-experimental type, with direct clinical observation. It is concluded that the gingivectomy surgical technique is an appropriate procedure to treat AG, since favorable clinical results are obtained for the aesthetics and function of the gum.

**Keywords:** Gingival enlargement, Gingivectomy, Hyperplasia

## INTRODUCCIÓN

La literatura menciona que el agrandamiento gingival es el crecimiento excesivo de la encía, resultante de diversos factores etiológicos y que presenta características clínicas involucradas en la distorsión de la arquitectura gingival, con repercusiones considerables en la apariencia de la sonrisa.

El aumento de volumen en el tejido gingival abarca las diferentes zonas de la encía (marginal, papilar y adherida), afectando la función normal que ejerce esta en la cavidad bucal, generando cambios estéticos que perturban directamente el estado emocional de un paciente (Flores, 2018).

La terminología actual para este padecimiento ha sido denominada como agrandamiento gingival. Este término se recalca para referir este tipo de lesiones a modo de evitar relaciones con patológicas equívocas que fueron utilizadas con anterioridad, como gingivitis hipertrófica o hiperplasia gingival (Campolo, 2016).

Flores et al (2018), realizaron una revisión bibliográfica sobre los factores etiológicos del agrandamiento gingival, en esta búsqueda, evidenciaron que la placa bacteriana es el factor local primario más frecuente; y que, en casos de agrandamientos gingivales de origen dudoso, se requiere realizar exámenes histopatológicos que ayuden a dar un correcto diagnóstico de la patología.

La clasificación del agrandamiento gingival se debe considerar según los factores etiológicos, y según la ubicación y distribución. Por su etiología tenemos: agrandamiento inflamatorio (agudo y crónico), inducido por fármacos (anticonvulsivos, inmunosupresores, bloqueadores de los canales de calcio), relacionados con enfermedades sistémicas en este grupo están los Ag condicionados (embarazo, pubertad, deficiencia de vitamina C y otros) y los Ag provocados por enfermedades sistémicas (leucemia, enfermedades granulomatosas), Ag neoplásico, Ag falso. Según su localización y distribución pueden ser, localizados, generalizados, marginales, papilares, difusos, discretos (Carranza, 2014).

El manejo de este padecimiento dependerá de su diagnóstico, el cual debe basarse en su etiología, valoración clínica y radiográfica. El tratamiento puede ser quirúrgico o no, pudiendo ser en ocasiones más efectiva la gingivectomía, que consiste en la escisión de la encía excedente, cualquiera fuere el procedimiento deberá estar encaminado a favorecer la integridad periodontal y mejorar la estética del paciente.

Esta investigación pretende describir el tratamiento de un agrandamiento gingival (Ag), mediante la técnica de gingivectomía aplicada a un paciente que asiste en forma voluntaria y que ha sido atendido en la Clínica Integral del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad Piloto de Odontología (FPO) de la Universidad de Guayaquil, durante el período académico 2019-2020 CII.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

Las alteraciones gingivales agrupan a un conjunto de diferentes y complejas patologías, delimitadas a la encía y son el resultado de una etiología diversa. Forman un grupo heterogéneo de enfermedades en el que se pueden ver problemas de naturaleza inflamatoria, pero también alteraciones de origen genético, sistémico o asociado a la ingesta de fármacos (Matesanz, 2008).

El agrandamiento gingival causa una gran afectación a la salud bucal y emocional de una persona ya produce alteraciones en la arquitectura gingival normal, sus repercusiones generan daños significativos en el sistema estomatognático entre ellos tenemos: trastornos periodontales, migración patológica de las piezas dentarias, diastemas, alteración de la armonía de la sonrisa, etc. En casos severos el excesivo crecimiento de la encía llega a cubrir la totalidad de la corona clínica de los dientes, esto ocasiona trastornos masticatorios y fonéticos (Soliz, 2016).

En el año 1999 fueron clasificadas las enfermedades gingivales y periodontales, desde aquel tiempo ha surgido nueva información substancial que surge del análisis poblacionales, investigaciones de ciencia básica y de evidencia a partir de estudios prospectivos que permiten la evaluación de los factores de riesgo ambientales y sistémicos (Caton, y otros, 2019)

Esta evidencia ha favorecido e impulsado a que la Academia Americana de Periodontología (AAP) en asociación con la Federación Europea de Periodontología (EFP) en el seminario realizado en Chicago a finales del 2017, realicen un consenso con la finalidad de alinear y actualizar el esquema de clasificación para el entendimiento

actual de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias. Por lo tanto, en esta nueva clasificación se refiere el agrandamiento gingival como exceso gingival, y se lo incluye dentro de las deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes, este grupo de patologías a su vez se encuentran dentro de la sub-clasificación de manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas y condiciones del desarrollo y adquiridas (Caton, y otros, 2019).

La terminología agrandamiento gingival se utiliza para referirse al exceso del tejido gingival, por lo general, relacionado a respuestas inflamatorias del huésped y a la toma de medicamentos. Esta patología histológicamente “se caracteriza por un excesivo aumento de volumen de la matriz extracelular en el tejido periodontal normal, asociado al aumento en el número de células de la mucosa gingival (hiperplasia) e incremento en el volumen de estas (hipertrofia)” (Flores, 2018).

### **1.1.1. Delimitación del problema**

Tema: Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival.

Objeto de Estudio: gingivectomía

Campo de Acción: agrandamiento gingival

Área: Pregrado

Periodo: 2019-2020 ciclo académico II

Línea de Investigación: Salud oral, prevención, tratamiento, y servicio en salud.

Sub-línea de investigación: Tratamiento

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Cómo tratar el agrandamiento gingival mediante el procedimiento quirúrgico de gingivectomía?

### **1.1.3. Preguntas de investigación**

¿Cuáles son los tipos y características del agrandamiento gingival?

¿Cuáles son los factores etiológicos del agrandamiento gingival?

¿Cuál es el tratamiento para el agrandamiento gingival?

¿En qué consiste el procedimiento de gingivectomía?

¿Cuáles son las técnicas para realizar una gingivectomía?

## **1.2. Justificación**

El presente trabajo de investigación surge de la necesidad de brindar información apropiada acerca del agrandamiento gingival sus factores causales y tratamientos, es importante que el estudiante de odontología y futuro profesional de la salud obtenga conocimientos básicos sobre el tema para poder emitir un diagnóstico confiable y emitir un plan de tratamiento ajustado a cada condición patológica que se pueda presentar a nivel gingival.

Mediante esta investigación se propone la planificación de una gingivectomía para tratar el agrandamiento gingival, destacando la importancia de los controles y cuidados posteriores. Los resultados son de utilidad para los profesionales de la odontología, para conocer los tipos y factores etiológicos del agrandamiento gingival. Así mismo, realizar un diagnóstico oportuno, considerando las indicaciones y contraindicaciones de la técnica de gingivectomía.

La información relevante del presente trabajo investigativo se obtiene de la revisión de libros, artículos científicos e informes respecto al agrandamiento gingival, la gingivectomía, la vigente clasificación de las enfermedades periodontales. Además, este trabajo se respalda en los registros de la intervención o tratamiento de gingivectomía y se cuenta con la colaboración de un paciente que acude en forma voluntaria y la asistencia docente de la cátedra de Periodoncia.

Los resultados favorecen a los profesionales de odontología y estudiantes, al disponer de información respecto a la técnica de gingivectomía para ofrecer tratamientos a los agrandamientos gingivales y lo que repercute en beneficio al paciente que recibió la atención en forma gratuita en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología (FPO) de la Universidad de Guayaquil durante período lectivo 2019-2020 CII.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Tratar el agrandamiento gingival mediante gingivectomía en un paciente atendido en la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2019-2020 ciclo académico II.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características del agrandamiento gingival
- Establecer los factores etiológicos del agrandamiento gingival
- Enumerar los tipos de agrandamiento gingival
- Diferenciar los tratamientos para el agrandamiento gingival y puntualizar las técnicas de gingivectomía.
- Disminuir la asimetría y devolver el contorno fisiológico de la encía.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

Las patologías gingivales relacionadas con el incremento de tejido gingival se nombraban con términos como hiperplasias o hipertrofias gingivales, en la actualidad el término más adecuado es exceso o agrandamiento gingival.

Se han reconocido algunos factores de riesgo en la cavidad oral que pueden provocar un agrandamiento gingival, como parte de una respuesta genética o hereditaria y la alteración en los mecanismos celulares, donde el biofilm microbiano puede ser un reservorio de moléculas precursoras (Zeron J. , 2016).

La literatura menciona que dentro de los tipos de agrandamiento gingival, se encuentran los relacionados con un factor hereditario o familiar, todavía no se muestran datos claros que expliquen el mecanismo de acción de este padecimiento, por ser un trastorno poco frecuente se lo relaciona con un rasgo genético autosómico dominante (Harris, 2014).

La hiperplasia gingival idiopática hereditaria es una lesión rara, que ha sido indicada con nombres como elefantiasis gingivostomática o familiar, fibroma difuso, fibromatosis idiopática o gingival hereditaria, hiperplasia hereditaria idiopática y por último como fibromatosis familiar congénita (Peña, 2018)

En 1939 Kimball, realizó la primera descripción clínica de agrandamiento gingival, en un paciente con epilepsia asociada al uso de fenitoína. En 1984, Ramon y col, asociaron por primera vez el agrandamiento gingival en cinco pacientes hipertensos, tratados con nifedipino (Cañas L. P., 2017).

La prevalencia del agrandamiento gingival provocado por medicamentos es de 3 - 20 % con correlación a otras condiciones gingivales inflamatorias. Los medicamentos que se ven implicados en la formación de la patología en cuestión son los anticonvulsivantes, inmunosupresores, y bloqueadores de los canales de calcio, se ha constatado que su uso produce efectos secundarios que llegan a comprometer la función y la estética de los pacientes afectados (Cañas L. P., 2017).

Con el fin de ayudar a los profesionales de la salud bucal a mejorar el diagnóstico y tratamiento periodontal, estos últimos años ha surgido información relevante a partir de estudios científicos que han evaluado las características diferenciales de susceptibilidad genética, la agresión microbiana y la respuesta del huésped, a lo largo de los últimos 18 años (Caton, y otros, 2019)

La ciencia periodontal ha evolucionado mucho y se ha hecho evidente la necesidad de actualizar la clasificación de las enfermedades gingivales y periodontales. De tal manera que, en el seminario efectuado en Chicago en el 2017, se incluyó en el nuevo esquema de clasificación el exceso gingival dentro de las deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes (Caton, y otros, 2019)

Autores como Caton y Campolo coinciden que el consumo de medicamentos es un desencadenante del agrandamiento gingival y que la placa bacteriana es un agravante de la patología, afirman que el crecimiento excesivo y patológico de la gingiva puede ser agudo o crónico, y que genera cambios a la estética y sintomatología clínica como sangrado gingival inducido, trastornos periodontales y migración patológica dentaria (Campolo, 2016).

El sobrecrecimiento o crecimientos exagerado de la encía puede estar causado por una variedad de factores etiológicos, como: inflamación, fármacos, cambios hormonales, traumas específicos, enfermedades sistémicas, deficiencia de vitaminas, embarazo o también estar asociada a tratamiento ortodóntico. (Flores, 2018).

En un estudio investigativo para determinar la prevalencia en 105 pacientes con agrandamiento gingival, se obtuvo como resultado que el 65,7% del total de los casos estudiados presentaban la patología, el grado más frecuente de agrandamiento gingival

fue el que afecta a las papilas, la mayoría ubicados en el sector antero inferior, en la superficie vestibular (Soliz, 2016).

En algunos casos, el agrandamiento gingival puede tratarse o solucionarse con una apropiada higiene oral personal y controles profesionales. Pero el desbridamiento radicular en pacientes con exceso gingival no devuelve al periodonto su contorno normal. El crecimiento exagerado o excesivo residual no sólo puede complicar la capacidad del paciente para realizar la limpieza adecuada a la dentición, sino que además puede presentar problemas estéticos y funcionales (Soriano, Resolución del agrandamiento gingival mediante terapia periodontal no quirúrgica, 2016).

Debido a que el exceso gingival se encuentra bien descrito en el nuevo esquema de clasificación sobre las patologías y alteraciones periodontales y periimplatarias, publicado por la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP), consideramos importante plasmar en nuestro trabajo de investigación esta estructura de clasificación tal y como fue interpretada en el consenso realizado en Chicago en el 2017 (Caton, y otros, 2019).

Respecto a las manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas y condiciones del desarrollo y adquiridas:

1. Enfermedades sistémicas y condiciones que afectan los tejidos de soporte periodontal
2. Otras condiciones periodontales
  - a. Abscesos periodontales
  - b. Lesiones endodóncico-periodontales
3. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes
  - a. Fenotipo gingival
  - b. Recesión gingival/de tejido blando
  - c. Falta de encía
  - d. Profundidad vestibular reducida
  - e. Frenillo aberrante/posición del músculo
  - f. Exceso gingival
  - g. Color anormal

h. Condición de la superficie radicular expuesta

4. Fuerzas oclusales traumáticas

- a. Trauma oclusal primario
- b. Trauma oclusal secundario
- c. Fuerzas ortodóncicas

5. Factores protésicos y dentales que modifican o predisponen a las enfermedades gingivales/periodontales inducidas por placa.

- a. Factores localizados relacionados con dientes
- b. Factores localizados relacionados con prótesis dentales

## **2.2. Fundamentación teórica**

### **2.2.1. Definición de agrandamiento gingival**

El agrandamiento gingival (AG) es una condición en la cavidad oral de características benigna que se manifiesta por el crecimiento excesivo en masa y volumen de la encía (Manzur, 2017).

El exceso o agrandamiento gingival puede dar lugar a la formación de pseudobolsas (bolsas gingivales), que irán a favorecer en el mantenimiento del proceso inflamatorio. Los excesos gingivales localizados; tienden a pasar desapercibidos, por lo que es imperativo el examen minucioso (Chale, 2017).

### **2.2.2. Características clínicas**

El Agrandamiento gingival puede iniciar a manera de un crecimiento nodular firme en la papila interdental, pudiéndose extender coronalmente, cuando el crecimiento abarca la mayor parte de tejido dental tiende a causar problemas durante la masticación o el habla (Manzur, 2017)

El aumento progresivo del tejido gingival facilita la formación de bolsas periodontales produciendo un ambiente favorable para la colonización bacteriana que es difícil de retirar por medio del cepillado habitual (Manzur, 2017).

Cuando la patología es causada por la ingesta de fármacos, las expresiones clínicas hacen su aparición dentro del primer trimestre después de haber iniciado el tratamiento con el medicamento. El agrandamiento comienza en la papila interdental, y es más común en las superficies vestibulares de los dientes anteriores. Las lesiones gingivales pueden tener apariencia inflamada o fibrótica, esto varía de acuerdo a los factores locales que induzcan inflamación (Cañas L. P., 2017).

### **2.2.3. Características histopatológicas**

El agrandamiento gingival de origen medicamentoso tiene características histopatológicas que son equivalentes para todos los fármacos relacionados. El incremento de tamaño en la encía se debe, principalmente, a una mayor respuesta del tejido conectivo que a una proliferación de células epiteliales (Cañas L. P., 2017).

Esta acumulación exagerada de proteínas de la matriz extracelular, como por ejemplo el colágeno, sustancia fundamental amorfa y proteínas no colágenas como glicosaminoglicanos, conjuntamente con la alta vascularización y epitelio paraqueratinizado de espesor variable. Pueden encontrarse crestas epiteliales en la parte profunda del tejido conectivo y presencia de infiltrado inflamatorio compuesto, sobre todo, por células plasmáticas y en menor cantidad linfocitos (Cañas L. P., 2017).

Entre las principales características histopatológicas comunes en el agrandamiento gingival ocasionado por fármacos tenemos:

- Epitelio acantósico con hiperqueratosis o hiperparaqueratosis; espongiosis focal (Cabarrocas, 2019)
- Papilas epiteliales digitiformes hacia el tejido conectivo; (Cabarrocas, 2019)
- Aumento del tejido conectivo subepitelial con infiltrado, linfoplasmocitario intenso (Cabarrocas, 2019).

## **2.2.4. Tipos de agrandamiento gingival**

### **2.2.4.1. Agrandamiento gingival asociado a medicamentos**

El agrandamiento gingival asociado a fármacos es una condición patológica periodontal ocasionada por una reacción adversa al uso sistémico de algunos fármacos, principalmente del grupo de los anticonvulsivantes (fenitoína, ácido valproico, carbamazepina, fenobarbital y, recientemente, vigabatrina.), bloqueadores de los canales de calcio (nifedipina, diltiazem, verapamilo y, en algunos casos, amlodipina y felodipina), y los inmunosupresores (ciclosporina A) (Chale, 2017).

A pesar de que cada medicamento está encaminado a producir un efecto farmacológico específico, en muchos casos parece ser inevitable evadir los efectos secundarios del principal destino; lo que nos lleva afirmar que el tejido conectivo y epitelial de la encía responde ante la acción farmacocinética, causando hallazgos clínicos e histopatológicos comunes (Zeron J. , 2016).

- **Fenitoína:**

Este fármaco es administrado en pacientes con disfunción del lóbulo temporal, pacientes epilépticos o que sufren convulsiones, los estudios revelan que la fenitoína desencadena alteraciones a nivel periodontal, hace más de 60 años se le ha relacionado con el agrandamiento gingival. Se conoce que su metabolización ocurre generalmente por el citocromo P450 (CYP) 2C9 y en parte por la CYP2c19, el cual es el responsable de la modificación de la respuesta inflamatoria de la fenitoína (Zeron J. , 2016).

El crecimiento patológico se relaciona con la dosis, duración del tratamiento y los niveles plasmáticos de fenitoína; sin embargo, otros autores no comparten esta correlación. La gravedad de la enfermedad se ha relacionado con la presencia de placa dental como consecuencia de una mala higiene bucal (Tarira, 2016).

- **Ciclosporina (CsA):**

Es un potente inmunosupresor usado en la prevención del rechazo de trasplantes, control de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide. Su uso debe limitarse porque

tiende a desarrollar insuficiencia renal y cardiaca. “Un efecto secundario bien conocido del uso de CsA en la cavidad oral es el agrandamiento gingival” (Zeron J. , 2016).

Turkoglu en el 2014, realizó un estudio para observar la reacción del fluido crevicular gingival en pacientes sometidos a trasplante renal, los cuales ingerían ciclosporina, “donde se evaluó el LL-37, un péptido antimicrobiano que es la primera línea contra la invasión de patógenos al sitio de infección, y se observó la infiltración de neutrófilos debida a una inflamación prolongada, lo que pudo haber aumentado los niveles de LL-37 en el GCF en los sitios donde hay agrandamiento gingival”, este estudio fue un gran aporte a la patogénesis del agrandamiento gingival (Zeron J. , 2016) .

### **Nifedipino:**

Según experimentos realizados en individuos con agrandamiento gingival inducido por medicamentos, se ha demostrado que la síntesis de colágeno se encuentra elevada. Estudios han permitido observar la regulación de la síntesis de colágeno al constatar una respuesta fibrogénica con citoquinas proinflamatorias ante la administración de nifedipina, esto ha permitido llegar a la conclusión de que el agrandamiento gingival no sólo ocurre debido a uno, sino a varios factores de riesgo (Zeron J. , 2016).

En 1939 Kimball realizó la primera descripción clínica de hiperplasia gingival asociada al uso de nifedipina (Cañas L. P., 2017).

La histopatología de las lesiones tiene similitudes y caracterización diferentes por acumulo excesivo de proteínas en la matriz extracelular en todas las categorías de drogas, tales como el colágeno o la sustancia fundamental amorfa. Por lo tanto, los niveles de inflamación y fibrosis son características histológicas, aunque pueden variar, junto con la pérdida de la integridad de la membrana basal, aumentando el grosor del epitelio, papilas epiteliales alargadas y la acumulación incrementada de la molécula de la matriz extracelular (Zeron J. , 2016).

#### **2.2.4.2. Agrandamiento gingival asociado a factores locales Inflamatorios**

Los principales irritantes locales pueden ser: depósitos microbianos, restauraciones defectuosas, prótesis mal ajustadas, y aparatos de ortodoncia, la cercanía de estos con la

encia favorece la acumulación de placa bacteriana originando inflamación gingival. Todas estas situaciones son impedimentos físicos que se convierten en limitantes de una correcta higiene bucal, sus consecuencias son la gingivitis con la posterior formación del agrandamiento gingival (Flores, 2018).

Podemos diferenciar los agrandamientos inflamatorios en dos fases: aguda y crónica. Cuando el tejido gingival se presenta con dominio de los componentes inflamatorios es blando y edematoso, de color rojo brillante o cianótico, susceptible a la hemorragia e incluso doloroso podemos decir que es agudo; en cambio el agrandamiento inflamatorio crónico puede ser firme, resiliente, de color rosado y fibrótico, debido a que histológicamente muestra una abundante cantidad de fibroblastos y fibras colágenas (Flores, 2018).

Si el agrandamiento inflamatorio no tiene un tamaño considerable y es edematoso, brillante y susceptible a la hemorragia, lo más recomendado es el tratamiento no quirúrgico, que consiste en la remoción de los depósitos microbianos, raspado y alisado radicular. Para los agrandamientos gingivales inflamatorios que presentan un componente fibrótico y cuando su tamaño altera la función y estética, la terapéutica de elección es la eliminación quirúrgica (Flores, 2018).

#### **2.2.4.3. Agrandamiento gingival modificado por factores sistémicos**

Los tres tipos de agrandamiento gingival modificado por diversos factores sistémicos son: hormonal (embarazo, pubertad), nutricional (déficit de vitamina C), agrandamiento condicionado no específico (Flores, 2018).

- **Hormonal**

Los cambios hormonales propios del embarazo, período menstrual y la pubertad, producen una respuesta particular a irritantes locales. Algunos autores señalan que “existe una interrelación de las hormonas sexuales, estrógenos y progesterona, las cuales tienen influencia en la enfermedad periodontal y su patogenia”, el agrandamiento gingival está influenciado por estos factores, esto se confiere al incremento de la vascularidad a causa de la influencia hormonal y alteración de la flora microbiana (Flores, 2018).

En la pubertad los niveles elevados de testosterona en varones y estradiol en mujeres, inducen la inflamación en los tejidos gingivales. El agrandamiento gingival durante la pubertad comparte los mismos signos clínicos de la gingivitis relacionada a la placa bacteriana, la diferencia radica en que el agrandamiento gingival en la pubertad desaparece con el cese de los niveles hormonales, en cambio en la gingivitis inducida por placa el agrandamiento gingival desaparecerá una vez realizada la remoción de la placa bacteriana (Flores, 2018).

- **Deficiencias nutricionales**

Un déficit de vitamina C puede estar causado por factores como la diabetes, el tabaquismo y el estrés, la disminución en la síntesis de vitamina C, por sí sola no causa inflamación gingival, pero si provoca sangrado y degeneración del tejido conectivo, este factor combinado al acúmulo de placa bacteriana conlleva al agrandamiento gingival masivo propio del escorbuto. Clínicamente, la encía aparece de color rojo brillante, inflamada, ulcerada, de consistencia suave y esponjosa, sangrado espontaneo o provocado ante un ligero estímulo, y formación de pseudomembrana en la superficie necrótica (Flores, 2018).

- **Agrandamiento condicionado no específico**

En este apartado tenemos al granuloma piógeno que es un crecimiento tumoral benigno. Esta hiperplasia inflamatoria es considerada una de las más frecuentes en la cavidad oral, su etiología aún no ha sido esclarecida. Las características clínicas y microscópicas son parecidas al agrandamiento gingival del embarazo, el diagnóstico se basa en los antecedentes del paciente, y su tratamiento consiste en la remoción del tejido excedente y eliminación del factor irritante (Gadea, 2017).

#### **2.2.4.4. Agrandamiento gingival asociado a enfermedades sistémicas**

- **Leucemia**

Los problemas hematológicos como la leucemia provocan el desplazamiento de células normales de la medula ósea y una baja en la producción de glóbulos rojos y plaquetas, lo cual ocasiona que los tejidos bucales se tornen más frágiles y susceptibles a enfermedades. Las primeras alteraciones en la cavidad oral se manifiestan en los tejidos

periodontales con infiltración de células leucémicas en la encía y agrandamiento gingival secundario, afecta con menor frecuencia al hueso alveolar (Quispe, 2013).

Desde el punto de vista clínico pareciera de origen inflamatorio, su estudio es complejo, y va más allá de esto, el crecimiento gingival patológico puede cubrir por completo las coronas de los dientes, “además del exceso gingival, se puede presentar ulceraciones, sangrado gingival espontáneo, petequias, infección por herpes y candidiasis”. Todos estos signos y síntomas pueden exacerbarse ante la presencia de caries, cálculo y pobre higiene oral (Flores, 2018).

El tratamiento debe manejarse bajo interconsulta, una vez obtenido el consentimiento médico podremos planificar la eliminación de la patología gingival.

- **Tuberculosis**

Generalmente las lesiones en la cavidad oral a consecuencia de una tuberculosis son poco comunes, aparecen mayoritariamente en personas jóvenes y se presentan acompañadas con fiebre y pérdida de apetito. El agrandamiento gingival en personas con esta condición puede ser indoloro de aspecto lobulado y su diagnóstico debe basarse en exámenes histopatológicos y de sangre. “El tratamiento del agrandamiento por tuberculosis consiste en la terapia periodontal básica, que incluye raspado y alisado radicular, también se podrá realizar gingivectomía y gingivoplastía para dar forma y contorno a la encía” (Flores, 2018).

- **Granulomatosis de Wegener**

La granulomatosis de Wegener es una enfermedad rara, caracterizada por inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos, es una vasculitis necrotizante sistémica que afecta principalmente al tracto respiratorio y riñones (Ladrón de Guevara, 2019).

“La gingivitis granular hiperplásica o gingivitis fresa es una manifestación rara de la granulomatosis de Wegener. La apariencia de la encía es similar al infiltrado gingival leucémico, cuya textura superficial es granulomatosa” (Flores, 2018).

#### **2.2.4.5. Agrandamiento gingival de Base Genética**

La prevalencia de esta patología es de 1 en 750000, se caracteriza por una progresión lenta. Los componentes hereditarios son autosómicos dominantes, sin embargo, algunas investigaciones reportan un componente recesivo. La fibromatosis gingival se puede desarrollar de manera aislada o en asociación con otros desórdenes o como parte de un síndrome, entre los cuales están la epilepsia, hipertricosis, síndrome de Zimmerman Laband, síndrome de Murray-Puretic-Drescher, síndrome de Rutherford, síndrome de Cowden y el síndrome de Cross (Chale, 2017).

El estudio de la genómica en la actualidad ha tenido un avance considerable, hoy en día contamos con elementos diagnósticos que nos permiten identificar las mutaciones genéticas, esto marca un rol importante en la patogénesis del agrandamiento gingival, con la identificación de genotipos y fenotipos genéticos se hace más fácil diagnosticar esta patología, que tiene una explicación compleja (Zeron J. , 2016).

Mediante parámetros de localización y distribución el agrandamiento gingival puede ser:  
Localizado: se limita a la encía adyacente un solo diente o a un grupo de dientes.

Generalizado: afecta la encía de toda la boca.

Marginal: se limita a la encía marginal.

Papilar: se confina a la papila interdental.

Difuso: afecta a la encía marginal e insertada.

Discreto: agrandamiento aislado, sésil o pedunculado de aspecto tumoral (Carranza, 2014)

El grado de agrandamiento gingival se valora como sigue:

Grado 0: no hay signos de agrandamiento gingival.

Grado I: agrandamiento confinado a la papila interdental.

Grado II: el agrandamiento abarca la papila y la encía marginal.

Grado III: el agrandamiento cubre tres cuartos o más de la corona (Carranza, 2014)

#### **2.2.5. Tratamiento para el agrandamiento gingival o exceso gingival**

El tratamiento del agrandamiento gingival debe ser direccionado en mejorar la función y morfología gingival. Una vez identificada su etiología podemos poner en marcha la

terapéutica quirúrgica o no quirúrgica según sea el caso, a continuación, describiremos varias opciones conforme al factor causal del exceso gingival.

#### **2.2.5.1. Sustitución de la droga y/o retiro del mismo.**

El odontólogo debe mantener contacto con el médico tratante del paciente, ya que es importante conocer las patologías sistémicas y los medicamentos implicados en el agrandamiento gingival. La posibilidad de suspender el fármaco o cambiarlo por otro, debe ser analizada conjuntamente con el médico de cabecera. En el caso de haberse suspendido el uso del medicamento, se debe esperar entre seis y doce meses para observar la disminución del exceso gingival antes de considerar la opción del tratamiento quirúrgico.

#### **2.2.5.2. Tratamiento periodontal no quirúrgico.**

Las secuencias de las fases del tratamiento periodontal varían según cada paciente, la fase I del tratamiento periodontal no quirúrgico, comprende el control de placa y educación del paciente (Carranza, 2014).

La fase I de la terapia periodontal se inicia con las indicaciones relevantes sobre higiene oral en cada cita y motivación, debiéndose usar para el registro e indicador de mejora el índice de O'Leary. Se sugiere el uso del cepillo dental con cerdas suaves y la aplicación de la técnica de Bass para el cepillado. También, como medios complementarios para la higiene se recomienda el uso de hilo dental y cepillos interproximales (Soriano, 2016).

En la fase II del tratamiento periodontal realizamos los procedimientos quirúrgicos, en el caso del agrandamiento gingival lo más recomendado es una gingivectomía. En la fase III se colocan las restauraciones finales ya sea prostodoncia fija o removible. La fase IV es la fase de mantenimiento, que consiste en visitas periódicas de control de placa y calculo, verificar el estado gingival, movilidad dentaria, oclusión y otros cambios patológicos (Carranza, 2014).

#### **2.2.5.3. Tratamiento periodontal quirúrgico.**

Lindhe en el año 2009, señaló que los tratamientos periodontales quirúrgicos son múltiples y varían según su objetivo, existen tratamientos quirúrgicos reconstructivos y

resectivos. En el caso del agrandamiento gingival la cirugía periodontal recomendada es la resectiva, ya que nos permite eliminar el tejido gingival excedente (Proaño, 2017).

### **2.2.6. Gingivectomía**

Es un procedimiento quirúrgico de excisión y resección gingival. Su propósito es eliminar la pared blanda de la bolsa para que disminuya su profundidad, facilitar la eliminación de los irritantes locales. Se recomienda tener una banda amplia de encía insertada mínima de 2mm (García, 2019).

Goldman en 1930, describió por primera vez la gingivectomía tal como la conocemos hoy en día (Matos, 2011).

Antes de realizar una gingivectomía debemos obtener los siguientes datos clínicos: longitud de la corona clínica desde margen gingival hasta el borde incisal, así mismo la longitud de la corona anatómica desde la unión amelocementaria hasta el borde incisal y por último, la dimensión de encía queratinizada, con la respectiva localización de la cresta alveolar, la posición del diente y del frenillo (Quinteros, 2015)

Los exámenes radiológicos son de gran ayuda para localizar la corona anatómica (Quinteros, 2015)

El acto quirúrgico de la técnica de gingivectomía se realiza mediante el uso del bisturí convencional, bisturí eléctrico, tijeras o instrumentos rotatorios de alta velocidad. Existen nuevas tecnologías como el láser de CO2 y Nd Yag, que ofrecen la posibilidad de realizar los procedimientos con un mejor control de sangrado y más comodidad, el valor económico de estas nuevas tendencias son la principal limitante (Quinteros, 2015).

#### **2.2.6.1. Indicaciones**

La gingivectomía es efectiva en la eliminación de bolsas supra óseas, agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía, transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal, o abscesos periodontales supra óseos. También es útil para devolver la forma adecuada a contornos gingivales anormales tales como cráteres gingivales e hiperplasias gingivales (Quinteros, 2015)

En estos casos también se puede llamar gingivoplastia, y se limita al remodelamiento quirúrgico de la pared externa de la bolsa periodontal que se refiere al adelgazamiento de tejidos en ausencia de bolsa (Quinteros, 2015)

### **2.2.6.2. Contraindicaciones**

Las contraindicaciones de la gingivectomía por García en el (2019) son:

- Poca encía insertada.
- Fondo de la bolsa periodontal en sentido apical hacia la unión mucogingival.
- Necesidad de cirugía ósea.

### **2.2.7. Tipos de Técnicas**

#### **2.2.7.1. Técnica quirúrgica convencional**

Paso I: Medición de la profundidad de la bolsa y marcado de puntos sangrantes.

Paso II: Incisión inicial a bisel externo con un bisturí de Kirkland #15 o #16. La angulación de la incisión será aproximadamente de 45° en relación al eje mayor del diente (Carranza, 2014)

Paso III: segunda incisión intracrevicular, su objetivo es eliminar el núcleo de la papila interproximal, separándolo de la base de tejido conectivo que cubre la cresta ósea (Carranza, 2014)

Paso IV: con la ayuda de curetas Gracey, azadas o pinzas quirúrgicas removemos el collar gingival, esto nos permite el acceso a la superficie radicular para instrumentarla.

Paso V: Raspado y alisado de dientes con visibilidad directa, permite remover todos los depósitos calcificados y eliminar el cemento reblandecido e infectado, dejando una superficie biológicamente limpia libre de endotoxinas y favorable para la cicatrización (Carranza, 2014)

Paso VI: con una fresa redonda de diamante recontorneamos los márgenes gingivales, para adelgazar el margen gingival de manera que el tejido al cicatrizar favorecerá la limpieza y control de placa bacteriana (Carranza, 2014)

Paso VII Osteotomía: utilizando fresas quirúrgicas, en este caso carburo de tungsteno redonda y troncocónica, eliminamos el tejido óseo necesario para favorecer el espacio

biológico de la nueva estructura periodontal, se recomienda un espesor biológico de 2mm con respecto a la cresta ósea.

Paso VIII Sutura: usando hilo de sutura vicryl 4-0 y con la ayuda de una pinza porta agujas realizamos puntos individuales para realizar la aproximación de los tejidos intervenidos.

Paso IX: Colocación del apósito periodontal, con el fin de proteger físicamente la herida, evitando el contacto con factores mecánicos que pudieran afectar la herida reciente

Paso X: Retiro del apósito periodontal al cabo de 7 días, se efectúa una cuidadosa limpieza con una copa de goma y pasta abrasiva muy fina (Carranza, 2014).

### **2.2.7.2. Técnica electroquirúrgica**

La ventaja con esta técnica es que nos ayuda a controlar la hemorragia y favorece un contorneado adecuado de los tejidos gingivales. Esta técnica tiene contraindicación en pacientes con marcapasos cardiacos mal protegidos. La gingivectomía por electrocirugía produce un olor desagradable, si al momento del tratamiento se llegara a tocar el hueso el daño podría ser irreparable, su uso inadecuado produce daños en los tejidos y pérdida de soporte periodontal, también puede ocasionar quemaduras a nivel del cemento (Carranza, 2014).

Por los motivos mencionados el uso de esta técnica debe limitarse a procedimientos superficiales como la eliminación de agrandamientos gingivales, gingivoplastía, reubicación del frenillo e inserciones musculares; no se debe usar la técnica en procedimientos en donde haya proximidad con el hueso como la cirugía de colgajo o cirugía mucogingival (Carranza, 2014).

### **2.2.7.3. Técnica láser**

Actualmente los tipos de láseres más usados son el dióxido de carbono (CO2) y el de neodimio-citrinio-aluminio-granate (Nd; YAG). La eliminación de agrandamientos gingivales se lo puede realizar con el láser de CO2 siempre y cuando se tomen medidas de precaución para evitar el reflejo del rayo sobre la superficie de los instrumentos ya que podríamos lesionar los tejidos adyacentes e incluso los ojos del operador. La literatura

menciona que con esta técnica se retrasa la cicatrización en comparación al uso del bisturí (Carranza, 2014).

#### **2.2.7.4. Técnica quimioquirúrgica**

Actualmente la técnica quimioquirúrgica está en desuso. La eliminación del tejido gingival se ejecutaba con químicos como el paraformaldehído al 5% o hidróxido de potasio. La desventaja principal de esta técnica es que se puede lesionar el tejido insertado sano subyacente a la bolsa, debido a la falta de control de la acción química, además no se consigue un adecuado remodelado gingival y la cicatrización es más lenta en relación a la gingivectomía convencional (Carranza, 2014).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Diseño y tipo de investigación**

Este trabajo de investigación es de tipo cualitativo ya que se basa en la atención clínica de paciente de 38 años de edad de sexo femenino, que presenta agrandamiento gingival localizado a nivel papilar en área de dientes anteriores y premolares superiores.

Es no experimental ya que demuestra evidencia de atención clínica de un solo paciente y no existe manipulación de variables.

Es de tipo descriptivo ya que se describe las características del proceso durante el tratamiento periodontal quirúrgico aplicando la técnica de gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival.

También es de laboratorio ya que se evalúa el caso clínico en la clínica integral del adulto y adulto mayor de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil bajo los criterios de bioética y bioseguridad en la atención de pacientes.

Documental porque se realizó la revisión bibliográfica de artículos científicos, libros y otras fuentes primarias y secundarias con respecto al tema.

Es de tipo transversal ya que se desarrolla el caso clínico durante el ciclo II periodo académico 2019-2020.

### **3.2. Métodos, técnicas e instrumentos**

- Método analítico sintético: ya que se realiza el análisis de agrandamiento gingival y su tratamiento mediante gingivectomía del caso clínico atendido en la clínica integral del adulto y adulto mayor de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.
- La técnica utilizada en este trabajo es la observación clínica ya que va direccionada a identificar los cambios gingivales después de realizar la gingivectomía en la paciente con agrandamiento gingival localizado.
- Los instrumentos de recolección de datos a utilizar son: historia clínica número 33 del Ministerio de Salud Pública aprobado por la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, la ficha clínica de periodoncia aprobada por el aérea de la especialidad correspondiente, estudios fotográficos

para conocer el estado inicial de tratamiento y el avance del mismo, examen radiográfico para observar posibles patologías o lesiones en los tejidos perirradiculares de las piezas dentarias.

### **3.3. Procedimiento de la investigación**

El presente trabajo de titulación se elaboró en las siguientes etapas:

Etapa I: formulación del proceso metodológico: cronograma de actividades.

Etapa II: Planteamiento o formulación teórica acerca del tema: búsqueda de información en fuentes bibliográficas que permitieron profundizar el conocimiento respecto a las características tipos y tratamiento del agrandamiento gingival. Valoración de los parámetros clínicos para el diagnóstico de un paciente con agrandamiento gingival.

Etapa III: Elaboración de los instrumentos para obtener la información correspondiente al caso: historia clínica de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, ficha clínica periodontal, fotografías preoperatorias, modelos de estudio y exámenes complementarios.

Etapa IV: Recopilar los datos de la información: registro de fichas clínicas e intervención quirúrgica.

Etapa V: Análisis y elaboración de los resultados: controles postquirúrgicos, fotografías finales y terapia de mantenimiento periodontal.

Etapa VI: Establecimiento de recomendaciones y conclusiones

### **3.4. Descripción del caso clínico**

Paciente de sexo femenino, de 38 años de edad, en estado civil soltera, acude a la consulta de la Clínica Integral del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, porque no está conforme con la apariencia de sus encías y sus dientes, desea realizarse un recorte de encía para favorecer la rehabilitación dental

con restauraciones indirectas. No refiere antecedentes patológicos personales ni familiares, se encuentra sistémicamente saludable, al examen clínico se observa un biotipo periodontal grueso sin problemas inflamatorios, la cantidad de encía queratinizada en ambos maxilares es bastante ancha, con respecto a los dientes superiores la encía insertada mide lo siguiente: incisivos centrales supe 5mm, laterales 6mm, caninos entre 5mm y 7mm y premolares 4mm.

El festoneado gingival mayoritariamente se encuentra normal, sin embargo, se observa agrandamiento gingival a nivel papilar entre los dientes 13 y 14, 21 y 22, 23 y 24s, por vestibular de un tamaño aproximado de 4mm en todas las áreas.

La paciente presenta coronas clínicas con una reducida dimensión inciso-cervical en dientes anteriores y posteriores de ambos maxilares, los incisivos centrales superiores miden 5mm, laterales 4mm, caninos 5,5 mm y premolares 5mm. Todos estos aspectos causan un problema estético y funcional en la paciente.

El diagnóstico fue agrandamiento gingival localizado a nivel papilar de dientes superiores.

### **Historia clínica:**

#### **Datos personales**

Nombre del paciente: B.J.R.I.

CI: 0922083084

Edad: 38 años

Sexo: femenino

Procedencia: ecuatoriana

Ocupación: estudiante.

Dirección: Av. 25 de Julio y el Puyo de la ciudad de Guayaquil.

N° de HC: 114114

#### **Signos vitales**

<b>Temperatura</b>	37°C
<b>Frecuencia respiratoria</b>	20 R x min
<b>Sistema cardiovascular:</b>	

<b>Pulso</b>	78 x min
<b>Presión arterial</b>	92/64 mg/hg

## MOTIVO DE CONSULTA

Tabla 1 signos vitales “Quiero realizarme una rehabilitación total”

## ANAMNESIS

Paciente sistémicamente sana acude a consulta para realizarse una rehabilitación total de su cavidad bucal.

Enfermedad o problema actual	ASA I
Antecedentes personales	Ninguno
Antecedentes familiares	ninguno
Hábitos	bruxismo
Cirugías conocidas	Extracción de piezas # 18,36,46,46,47
Dificultad con el anestésico	Ninguno
Historia de la enfermedad actual	La paciente refiere que hace 20 años ha notado cambios en la dimensión de sus dientes.

## Examen extraoral:

Simetría	Normal.
Palpación	Ganglios linfáticos normales, tono muscular normal.

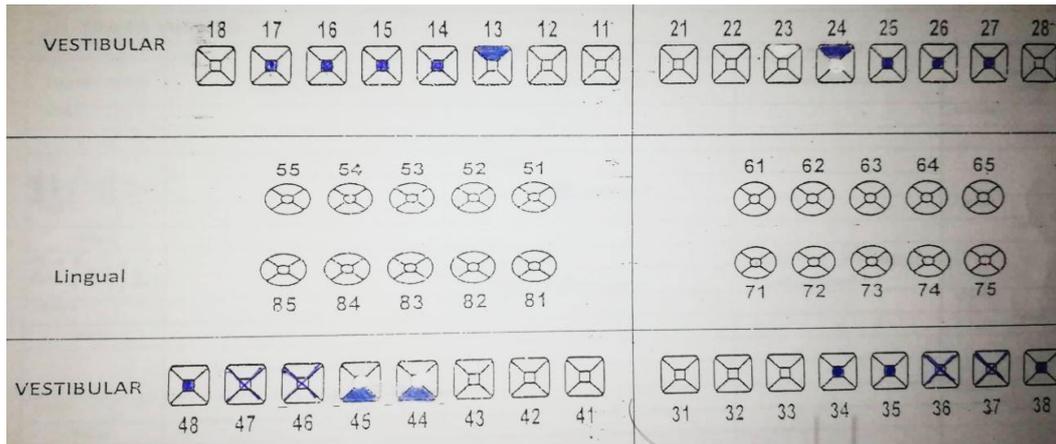
ATM	chasquidos
Respiración	Nasal (x) Bucal ( ) Mixta ( )

**Examen intraoral:**

<b>Mucosa bucal</b>	Normal (x ) Cambios De Coloración ( ) Aumento De Volumen ( ) Ulceraciones ( )
<b>Encías</b>	Normal ( ) inflamadas ( ) agrandadas (x)
<b>Vestíbulo</b>	
Piso de la boca	Normal (X) Aumento De Volumen ( ) Ulceras ( )
<b>Lengua</b>	
Color	Normal (x) Alterado ( )
Zonas ulceradas	Si ( ) No (x)
Tamaño	Normal (x) Alterado ( )
Posición	Normal (x) Alterada ( )

**Odontograma:**

**Ilustración 1 Odontograma**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Según el análisis realizado con el odontograma, la paciente presenta lo siguiente:

- dentición definitiva
- ausencia de las piezas, 18, 36,37,46,47
- restauraciones con resina en las piezas 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 38, 44, 45, 48.
- El tamaño de los dientes se encuentra alterado ya que presenta atrición. incisivos centrales miden 5mm, laterales 4mm, caninos 5,5 mm, primeros premolares 5mm.
- No presenta movilidad en ninguna pieza dental.

**Fotos extraorales:**

**Ilustración 2 fotografías frontales faciales**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Se observa que la paciente presenta un biotipo mesofacial, ya que los tres tercios faciales tienen igual proporción.

**Fotos laterales:**

**Ilustración 3 lateral derecha**



**Ilustración 4 lateral izquierda**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Presenta un perfil convexo, ya que el tercio medio de la cara sobresale ligeramente en relación a los tercios superior e inferior.

### **Fotos intraorales: oclusales**

**Ilustración 5 oclusal superior**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

El tejido gingival no presenta inflamación. Forma de la arcada superior ovalada, los bordes incisales y caras oclusales de premolares presentan desgaste.

**Ilustración 6 oclusal inferior**



**Fuente:** Propia de

la

investigación

**Autora:** Erika Castro

Tejidos gingivales aparentemente normales. Forma de la arcada inferior ovalada, se observa desgaste de los bordes incisales. Se constata la ausencia de las piezas 36,37,46,47.

**Ilustración 7** arcada en oclusión



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Ambas arcadas se encuentran en máxima intercuspidadación, el color de la encía es rosa coral, el fondo del vestíbulo tiene una apariencia normal, la morfología dental se encuentra alterada debido a la pérdida de tejido dental.

**Análisis clínico gingival:** presenta encía queratinizada extensa en ambos maxilares. En el maxilar superior la cantidad de encía queratinizada corresponde a: incisivos centrales 5mm, laterales 6mm, caninos entre 5mm y 7mm y premolares 4mm. En algunas áreas de los sectores anteriores y posteriores se aprecia la posición alterada del margen gingival, se puede observar agrandamiento gingival a nivel papilar en las piezas 13, 14, 21, 22, 23, 24.

**Ilustración 8 hemiarcada derecha**



**Ilustración 9 hemiarcada izquierda**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

En las imágenes laterales se observan las inserciones musculares normales en ambos maxilares, encía insertada extensa tanto en superior como en inferior. También podemos observar espacios edéntulos posteriores correspondientes a las piezas 36, 37, 46, 47.

### **Modelos de estudio y confección de guía quirúrgica**

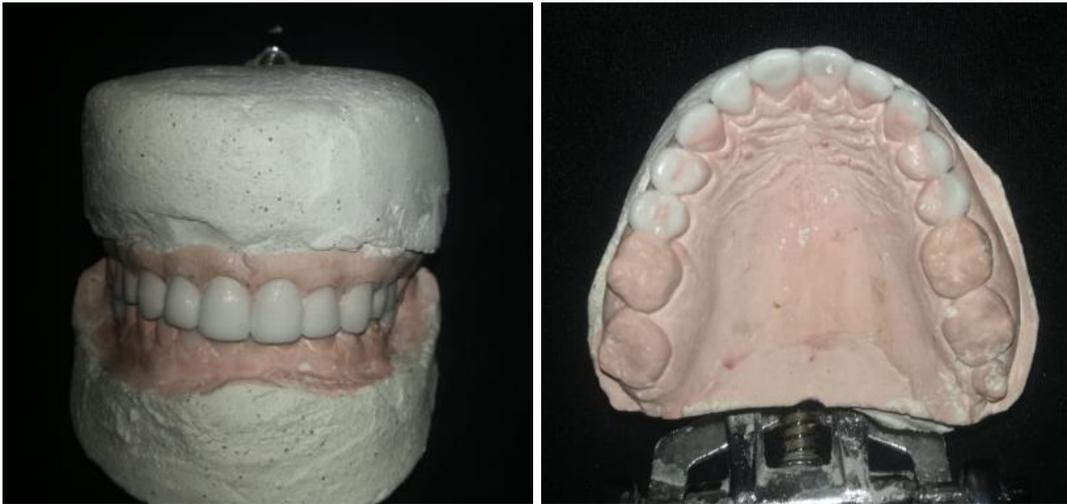
**Ilustración 10 modelo de estudio**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

**Ilustración 11 encerado**



**Ilustración 12 guía quirúrgica**

**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

En los modelos de estudio se efectuó el recorte del exceso gingival de los sitios afectados, posteriormente realizamos el encerado diagnóstico con el fin de confeccionar una guía



quirúrgica que servirá al momento de realizar la gingivectomía.

## Imágenes radiográficas:

Ilustración 13 Rz panorámica



Fuente: Propia de la investigación

Autora: Erika Castro



El tejido óseo sigue un patrón de reabsorción horizontal a nivel de lateral y canino superiores izquierdos, en el área de centrales superiores hay una leve reabsorción ósea, el ligamento se encuentra levemente ensanchado, presenta discontinuidad de la lámina dura, disminución del septum interdental. La forma y longitud radicular es normal, la proporción corona-raíz normal y los ápices radiculares no presentan patología.

**Examen de sangre:**

HEMOGRAMA			Ref. Rango
Hematíes	4'430.000	x mm <sup>3</sup>	M 4.2-5.2 H 4.8 – 6.8
Leucocitos	10,500	x mm <sup>3</sup>	5.000 -10.000
Hemoglobina	12,7	g/dl	M 11.5 -14.5 H13.5-16.0
Hematocrito	38	%	M 37-47 H40-54
Plaquetas	401,000	x mm <sup>3</sup>	150-400
VCM		fL	80-95
HCM		Pg/gr	30-35
CHCM		g/100ml	28-32
Formula Leucocitaria			
Segmentados	70	%	45-75
Cayados		%	
Juveniles		%	
Eosinofilos	2	%	0-3
Basofilos			0-2
Linfocitos	28	%	15-45
Monocitos		%	5-10

Tabla 2 hemograma

T. SANGRIA	1'40"
T,COAGULACION	5'40"

TEST	RESULTADO		UNID.	V.Ref
Glicemia	68		Mg/dl	70-105

**Diagnostico general:**

Después de realizar la valoración clínica y radiográfica de la paciente hemos llegado al siguiente diagnóstico:

Biotipo craneal:	Mesocéfalo
Biotipo facial:	Mesoprosopo
Edentulismo	Parcial posterior

Hábitos	Bruxismo
Diagnóstico periodontal	Agrandamiento gingival localizado
Tipo de mordida	Clase I de Angle
Enfermedad pulpar	No presenta
Caries	No presenta

### **Diagnóstico periodontal:**

Biotipo periodontal grueso, encía queratinizada ancha, tejido gingival fibrótico, no presenta inflamación, arquitectura gingival levemente afectada, agrandamiento gingival localizado a nivel papilar en el sector superior de origen idiopático.

### **Plan de tratamiento periodontal:**

Fase I: control de la placa bacteriana y educación del paciente,

Fase II: Gingivectomía en piezas: 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24.

Controles postquirúrgicos a los 7, 14 y 30 días.

Fase III: Restauraciones con protodoncia fija:

Coronas de zirconio en piezas 11, 12, 13, 21, 22, 23

Incrustaciones de zirconio en piezas 14, 15, 24, 25

Re-evaluación a los 30 días

Fase IV: visitas periódicas de control cada mes durante 3 meses, y después cada 6 meses.

### **Pronóstico general:**

El pronóstico es favorable para la realización de la gingivectomía en la zona superior ya que la paciente no remite ningún problema de salud sistémica.

## Proceso clínico:

Ilustración 14 instrumental



El instrumental usado en la cirugía es:

- Espejo
- Sonda Carolina del Norte
- Pinza algodонера
- Minesota
- Carpul
- Mango de bisturí #3
- Curetas Gracey
- Pinza mosquito
- Riñoneras
- Tijera
- Fresas redonda y troncocónica de tungsteno
- Fresa redonda de diamante

## Materiales:

- Suero fisiológico
- clorhexidina al 0,12%
- Yodopovidin

- Anestésicos al 2%
- Agujas cortas
- Bisturíes #15c
- Gasas estériles
- Guantes quirúrgicos
- Bata quirúrgica
- Campos operatorios estériles

## Asepsia



**Ilustración 15 asepsia**

**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Realizamos la asepsia extrabucal e intrabucal en la paciente usando yodopovidin, esto nos ayuda a minimizar el riesgo de contaminación microbiana.

## Anestesia



**Ilustración 16 anestesia**

**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Aplicamos una anestesia infiltrativa con aguja corta y anestésico con vasoconstrictor a los nervios dentarios anteriores, anestesia de nervio palatino anterior a nivel de la papila incisiva, esto contribuirá a disminuir el sangrado durante la cirugía.

## Determinación de la profundidad del surco gingival y puntos sangrantes.

Ilustración 17 sondaje



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Determinar la profundidad del surco gingival es importante ya que nos permite identificar la patología existente.

A la altura del fondo de la bolsa se perfora la encía con la sonda y dejando un punto sangrante en la superficie externa del tejido blando. Los cuales servirán como guía para la incisión.

## Incisión

Ilustración 18 incisión a bisel externo



Ilustración 19 incisión intracrevicular



**Fuente:** Propia de la investigación

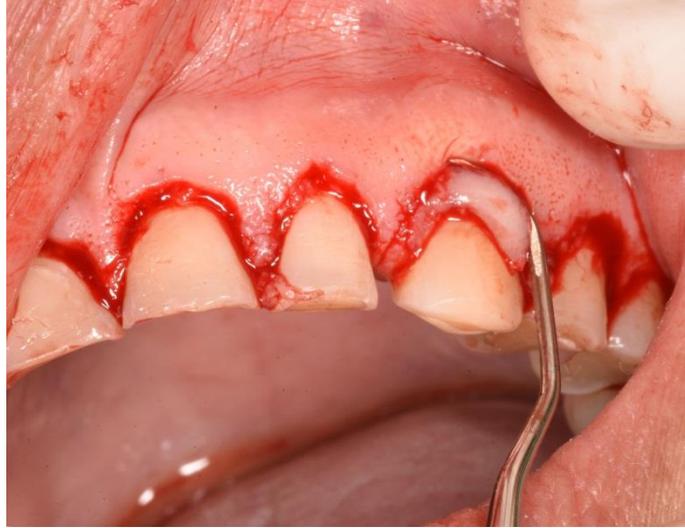
**Autora:** Erika Castro

Se realizó una incisión a bisel externo con hoja de bisturí #15c a una angulación de 45° respecto al eje mayor del diente formando un collar gingival.

Después se aplicó una segunda incisión intracrevicular con el fin de desprender totalmente el tejido gingival. Debido a que la encía se presentaba más voluminosa la incisión se orientó a nivel más apical respecto al nivel de los puntos sangrantes. La segunda incisión se efectuó para separar el tejido blando interproximal.

## Raspado y alisado radicular

**Ilustración 20 raspado radicular**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Meticulosamente se retira el tejido incidido, mediante el uso de curetas de Gracey y se procede al raspado y alisado de las superficies dentales expuestas, garantizando una superficie limpia y pulida que oferte las mejores condiciones de adhesión al epitelio de unión.

## Levantamiento de colgajo

Ilustración 21 colgajo



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Realizamos un colgajo convencional, en este caso el de Widman modificado para favorecer el festoneado gingival y conservar la morfología normal de las papilas.

## Osteotomía

Ilustración 22 osteotomía



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Con fresa redonda de tungsteno se realizó la osteotomía para asegurar los 3mm de dimensión adecuada para formar un espacio biológico saludable. Luego con una fresa redonda de diamante realizamos osteoplastia para adelgazar el hueso vestibular.

## **Sutura**

**Ilustración 23 sutura**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

Se realizaron puntos individuales con hilo de sutura vicryl 4-0, para mantener el colgajo en la posición deseada hasta que la cicatrización progrese.

## COLOCACIÓN DE APOSITO QUIRÚRGICO

Ilustración 24 apósito quirúrgico



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

En este caso usamos el cemento quirúrgico Coe-Pak, con el fin de crear una barrera física que permita proteger la herida los 7 primeros días del post quirúrgico.

## POST QUIRURGICO A LOS 7 DIAS

Realizamos el primer control para retirar el cemento quirúrgico, y constatar el proceso de cicatrización.

Ilustración 25 retiro del apósito quirúrgico



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

## POST QUIRURGICO A LOS 14 DIAS

Retiramos los puntos de sutura y medimos corona clínica y anatómica

**Ilustración 26 preoperatorio**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

**Ilustración 27 post quirúrgico a los 14 días**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

N° DE PIEZA	PREQUIRURGICO		POSTOPERATORIO	
	Corona clínica	Corona anatómica	Corona clínica	Corona anatómica
14	5mm	6mm	6mm	6mm
13	5mm	7mm	8mm	7mm
12	4mm	6mm	6mm	6mm
11	5mm	6mm	7mm	6mm
21	5mm	6mm	7mm	6mm

22	4mm	5mm	6mm	5mm
23	5,5 mm	7,5mm	8mm	7,5mm
24	5mm	6mm	6mm	6mm

**Ilustración 28** post quirúrgico hemiarcada derecha

**Ilustración 29** post quirúrgico hemiarcada izquierda



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

## POST QUIRÚRGICO A LOS 30 DIAS

Se realizó la re-evaluación y se constató la disminución de la profundidad de sondaje y de la posición de encía. Las coronas clínicas aumentaron sus dimensiones, el cuadro de la página anterior indica las medidas postquirúrgicas.

**Ilustración 30 post quirúrgico a los 30 días**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

**Ilustración 31 post quirúrgico hemiarcada derecha**

**Ilustración 32 post quirúrgico hemiarcada izquierda**



**Fuente:** Propia de la investigación

**Autora:** Erika Castro

## DISCUSIÓN

En la actualidad todavía no se establece con precisión la patogénesis del agrandamiento gingival o exceso gingival, sin embargo, su desarrollo se relaciona a varios factores etiológicos como son: la inflamación debido a la acumulación de placa bacteriana, fármacos empleados en el tratamiento de enfermedades crónicas que provocan efectos secundarios en las encías (Campolo, 2016).

Se cree que las condiciones sistémicas podrían alterar la homeostasis en la síntesis del colágeno y a su vez causar la degradación de los tejidos conectivos gingivales. En el caso presentado en este trabajo investigativo, se describe un exceso gingival localizado en papilas del sector superior, se determinó que el origen de este cuadro clínico es desconocido, ya que con las pruebas diagnósticas realizadas se descartó los factores etiológicos más relevantes de la patología en cuestión, y debido a la insuficiente información por parte de la paciente se determinó que el agrandamiento gingival es de origen idiopático (Campolo, 2016)

Flores y col (2018), afirman que para poder determinar el origen de un agrandamiento gingival es necesario realizar un examen histopatológico, ya que si lo valoramos radiográficamente no será suficiente, esto se debe a que la patología se localiza en tejido blando.

Varios autores coinciden que el agrandamiento gingival inducido por fármacos está relacionado con el uso de anticonvulsivos, inmunosupresores y bloqueadores de los canales de calcio y que en la placa bacteriana es un factor agravante para esta condición (Calzado de Silva, 2015)

La técnica de la gingivectomía es recomendada para eliminar el tejido gingival excedente, pero hay que tener en cuenta sus factores limitantes como, por ejemplo: la cantidad de encía insertada que debe tener un espesor mínimo de 2mm. La teoría respalda el procedimiento quirúrgico elegido en el caso clínico que presentamos en este trabajo investigativo, ya que la cantidad de encía queratinizada que presenta la paciente varía entre 5 y 7mm de espesor (Carranza, 2014).

Ong et al en 2014, reportaron en base a una revisión de estudios previos el tiempo de cicatrización y cambios gingivales luego del procedimiento quirúrgico, es entonces que gracias a estas investigaciones se determina que después de realizar una gingivectomía y gingivoplastía, los tejidos tardan en cicatrizar de 4 a 6 semanas; en el caso de aplicar levantamiento de colgajo sin osteotomía, el tiempo de cicatrización varia de 8 a 12 semanas y si el levantamiento de colgajo se acompaña de osteotomía el tiempo se prolongará a 6 meses aproximadamente (Castro, 2014).

Según Pérez en el 2016, describe como beneficioso el uso de apósitos periodontales en el postquirúrgico, por lo que recomiendan el empleo de pomadas antibióticas y de apósitos oclusivos, por otro lado, existen autores que no aconsejan ocluir la herida debido a que el apósito quirúrgico podría favorecer el crecimiento bacteriano y micótico debido a la acumulación de alimentos (Tarira, 2016)

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

Una vez concluida la investigación respecto al tratamiento de agrandamiento gingival mediante gingivectomía en un paciente atendido en la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2019-2020 ciclo académico II, se determina lo siguiente:

El agrandamiento gingival causa alteraciones morfológicas y estructurales a nivel de las encías, constatándose que el crecimiento patológico empieza en las papilas interdetales y se extiende a las diferentes zonas del tejido gingival, estas alteraciones son negativas para la estética.

La frecuencia de esta patología en la consulta odontológica va en ascenso, por tal razón es importante el conocimiento sobre las características, factores etiológicos, tipos de agrandamiento gingival, y opciones terapéuticas.

Es evidente el avance que ha tenido el estudio de la genómica en la patogénesis del agrandamiento gingival y las investigaciones realizadas en pacientes farmacodependientes nos permite distinguir la etiología y desarrollo de esta patología.

La gingivectomía es una técnica quirúrgica periodontal apropiada para tratar el agrandamiento gingival, en forma rápida, eficiente, con menos complicaciones postquirúrgicas, favoreciendo la cicatrización y devolviendo funcionalidad gingival. Se logró disminuir la asimetría y devolver el contorno fisiológico de la encía.

## **4.2 Recomendaciones**

Se debe profundizar las investigaciones del agrandamiento gingival durante la carrera de pregrado para reconocer a características clínica e histopatológicas, tipos de agrandamiento y tratamientos, para que los estudiantes tengan la capacidad de aplicar los conocimientos en niveles superiores.

Se debe realizar un diagnóstico oportuno para ofrecer tratamientos pertinentes que disminuyan las complicaciones futuras, mejorando la salud gingival, la estética y el estado psico-social de los pacientes.

Para el éxito del tratamiento es importante educar al paciente sobre los cuidados post quirúrgicos que debe seguir, considero que este punto es fundamental para evitar futuras complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, M. S. (1 de enero de 2012). *Duazary*. Recuperado el 25 de febrero de 2020, de redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156307011.pdf>
- Cabarrocas, F. M. (2019). Agrandamiento gingival medicamentoso en paciente con trasplante renal tratado con ciclosporina A. *Medicentro Electrónica*, 23(2). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v23n2/1029-3043-mdc-23-02-145.pdf>
- Calzado de Silva, M. d. (noviembre de 2015). *MEDISAN*. Recuperado el 15 de enero de 2020, de scielo: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015001100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100013)
- Campolo, A. N. (2016). Agrandamiento gingival por ciclosporina. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 226-230.
- Cañas, L. P. (2017). Agrandamiento gingival inducido por medicamentos. Reporte de un caso. *Universitas Odontológica*, 36(77), 1-14.
- Cañas, L. P. (2017). Agrandamiento gingival inducido por medicamentos. Reporte de un caso. *Universitas Odontológica*, 36(77), 1-14.
- Carranza, H. E. (2014). *Periodontologia Clinica 11va ed*. New York: Amolca.
- Castro, Y. B. (21 de septiembre de 2014). *Acta Odontológica Venezolana*. Obtenido de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art-23/>
- Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L., Jepsen, S., Kornman, K. S., . . . Tonetti, M. (07 de 2019). *MIS Implants, simplificando la implantología dental*. Recuperado el 20 de 12 de 2019, de <https://misimplants.com.mx/especialistas/wp-content/uploads/2019/07/PDF-Corregido-Un-nuevo-esquema-de-clasificacio%CC%81n-para-las-enfermedades-y-condiciones-periodontales-y-periimplantarias-Introduccio%CC%81n-y-cambios-clave-de-la-clasificacio%CC%81n-de->
- Chale, A. (2017). *Tratamiento del agrandamiento gingival por reacción medicamentosa*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Flores, J. M. (2018). Factores contribuyentes al agrandamiento gingival, un problema frecuente en la sociedad. *Revista de Investigación e Información en Salud*, 56-62.
- Gadea, R. C. (2017). Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. *Revista Odontológica Mexicana*, 253-261.

- García, A. E. (2019). Gingivectomía como tratamiento para la hiperplasia gingival inducida por ortodoncia. *Revista Mexicana de Periodontología*, 18-20.
- Harris, J. L. (2014). Fibromatosis gingival hereditaria: reporte de caso en un niño. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 38-41.
- Herrera, D., Figuero, E., Shapira, L., Jin, L., & Sanz, M. (2018). La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia*, 7-24.
- Ladrón de Guevara, D. C. (marzo de 2019). *Actualización en el estudio de Granulomatosis con poliangeitis (Granulomatosis de Wegener)*. Recuperado el 25 de febrero de 2020, de scielo: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082019000100026](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082019000100026)
- Lucana, M. (2014). Cirugía Estética Periodontal. *Revista de Actualización Clínica*, 48, 2546-2550.
- Manzur, V. I. (2017). Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. *Universidad y Salud*, 89-96. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.113>
- Matesanz, P. P. (20 de enero de 2008). *Av Periodon Implantol*. Recuperado el 29 de 12 de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
- Matos, C. R. (diciembre de 2011). *Avances en Periodoncia* . Recuperado el febrero de 2020, de scielo: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852011000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000300002)
- Peña, M. C. (2018). Corrección quirúrgica en una adolescente con hiperplasia gingival hereditaria. *Medisan*, 22(4), 413-419.
- Proaño, N. K. (abril de 2017). *Gingivectomía de la zona anterior con electrocauterio*. Recuperado el 25 de febrero de 2020, de repositorio ug: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/21702>
- Quezada, K. (2016). *Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes periodontalmente afectados Clínica de Periodoncia UCSG A-2016*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guyaquil.
- Quinteros, M. (2015). *Estudio comparatio in vivo de la eficacia de la despigmentacion meánica gingivla, mediante gingivobrasión y láser de diodo en paccinte afroecuatoriano*. Quito: UCE.

- Quispe, R. F. (mayo de 2013). *Leucemia Y Enfermedad Periodontal*. Recuperado el 12 de enero de 2020, de scielo: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000400008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000400008&script=sci_arttext&tlng=es)
- Soliz, M. (2016). *Prevalencia de agrandamiento gingival en pacientes portadores de aparatología de ortodoncia fija*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Soriano, R. C. (2016). Resolución del agrandamiento gingival mediante terapia periodontal no quirúrgica. *Revista Odontológica Mexicana*, 20(4), 253-258.
- Tarira, L. (mayo de 2016). *repositorio UG*. Recuperado el 21 de diciembre de 2019, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17867/1/TARIRAlizbeth.pdf>
- Zeron, J. (2016). Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos. *Revista Mexicana de Periodontología*, 25-35.

## ANEXOS

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN	X (22-11-20) (26-11-20)	X (22-12-20) (22-12-20) (22-12-20)	X (22-01-20) (22-01-20) (22-01-20) (22-01-20)	X (22-02-20) (22-02-20) (22-02-20) (22-02-20)		
SELECCIÓN DEL PACIENTE			X (17-01-20)			
PLANIFICACIÓN DEL CASO			X (20-01-20)			
CIRUGIA			X (27-01-20)			
POST-QUIRÚRGICO RETIRAR EL CEMENTO QUIRÚRGICO				X (03-02-20)		
RETIRO DE LOS PUNTOS DE SUTURA				X (03-02-20)		
POST-QUIRÚRGICO AL MES				X (26-02-20)		
SUSTENTACIÓN						X

## PRESUPUESTO

<b>INSTRUMENTALES</b>	
Espejo	5,50
Sonda carolina del norte	16,00
Pinza algodонера	2,50
Minesota	4,00
Carpul	7,80
Mango de bisturí #3	6,00
Curetas Gracey	21,00
Pinza mosquito	7,00
Riñoneras	7.75
Tijera pequeña quirúrgica	5,00
Fresas redonda y troncocónica de tungsteno	1,45
Fresa redonda de diamante	1,00
<b>MATERIALES</b>	
Suero fisiológico	1,25
clorhexidina al 0,12%	7,00
Yodopovidin	6,00
Anestésicos al 2%	1,50
Agujas cortas	0,40
Bisturíes #15c	1,45
Gasas estériles	5,50
Guantes quirúrgicos	1,25
Bata quirúrgica	1,50
Campos operatorios estériles	30,00
Cemento quirúrgico COE-PAK	53,00
<b>TOTAL</b>	<b>108,85</b>

## HISTORIA CLÍNICA 033



### UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA

#### DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO

##### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, Belisca Rivas J. con C.I N: 0922083084 he sido informado (a) del procedimiento de diagnóstico y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.

Comprendo que de ninguna manera el posible tratamiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha aclarado que puede ser necesario la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o el incumplimiento a las citas, minimizaran las posibilidades de un buen resultado.

En virtud de lo anterior, expongo que conozco y acepto lo informado en relación a los tratamientos que me han sido explicados y otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos, así como la autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sea necesarios a criterio del estudiante tratante bajo la supervisión y autorización del tutor académico del área.

Firma responsable.

C.I. N: 0922083084 Fecha: 27.01.2020



*Jur*



Universidad de Guayaquil  
Facultad Piloto de Odontología  
Departamento de Diagnóstico



10 DIC 2018

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA
F.O.	Belgíca	Ruíz	(F)	37	114114

MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	5-14 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA <input checked="" type="checkbox"/>
----------------	----------	------------------	-------------------	--------------------	------------	------------------	--

1. MOTIVO DE CONSULTA      ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Quiso realizar cura rehabilitación total"

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL      REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

ASINTOMÁTICO

3. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

No refiere antecedentes

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	92/64	FRECUENCIA CARDIACA /minuto	78	TEMPERATURA °C	37°C	FRECUENCIA RESPIRATORIA /minuto	20
------------------	-------	-----------------------------	----	----------------	------	---------------------------------	----

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO      DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANTONADO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADA	7. PISO	8. CARREL	9. ALOND. ALOND. IS	10. ORO	11. A.T.M.	12. Sangre
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SIN PATOLOGÍA APARENTE.

Gabriela Zamora 9/8  
Coordinadora de Diagnóstico 10/16





REEVALUACIÓN

FECHA: 28/02/2020.

FIRMA DOCENTE: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/>															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>															

TOTAL  
64%

ALTA DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DOCENTE: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>															

TOTAL

EXAMEN E INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA

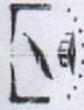
	NORMAL	PATOLÓGICO
Patrón de nivel óseo		X
Lámina dura		X
Espacio periodontal		X
Septum interdental		X
Forma y longitud radicular	X	
Proporción corona-raíz	X	
Ápices radiculares	X	

Observaciones:

El patrón del nivel óseo se encuentra patológico ya que sigue un patrón de resorción ósea horizontal a nivel de lateral y canino superiores, leve resorción a nivel de centrales superiores. El espacio periodontal está levemente ensanchado a nivel de centrales. Presenta discontinuidad de la lámina dura, disminución del septum interdental. Forma y longitud radicular normal, proporción corona-raíz normal y ápices radiculares normales.

FIRMA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DOCENTE: \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**



Semestre	Segunda	Fecha (d-m-a)	17/01/2020
Alumno	ERIKA CASTRO	Primer apellido	Castro
Paciente	Belgica Ruiz	Primer apellido	Ruiz
		Segundo apellido	Castro
		Tercer apellido	Castro
		No. Ficha clinica	114114
		# Telefono	0996168882

**PRIMER SONDEO - VESTIBULAR**

Cuadrante	1 (Derecho)																2 (Izquierdo)	
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
Diente	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		
Perica																		
Posicion Encia																		
Prof. Sondaje																		
Nivel de Insercion																		
Supuracion																		
Sangrado																		
Movilidad																		





DIAGNOSTICO PERIODONTAL

Paciente de 38 años de edad sexo femenino, presenta biotipo periodontal grueso, ancha queratinizada ancha tejido gingival fibrótico no presenta inflamación, arquitectura gingival levemente afectada, agrandamiento gingival localizado a nivel de papilas en el sector superior de origen idiopático.

ARGUMENTO DEL DIAGNOSTICO

La ancha se concentra fibrótica y agrandada a nivel papilar en los los dientes 21, 22, 23, 24,

PLAN DE TRATAMIENTO

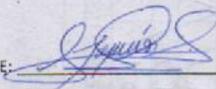
FASE I:  
Control de placa bacteriana y educación al paciente.  
Enjuagues con clorhexidina 0,12%.

FASE II:  
Gingivectomía en piezas 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24  
Osteotomía, Osteoplastia y punto de sutura individual.  
Controles post quirúrgicos.

FASE III:  
Restauraciones con protodoncia fija: Coronas de zirconio en piezas 11, 12, 13, 21, 22, 23; Inocustación de zirconio en piezas 14, 15, 24, 25.

FASE IV: visitas periódicas.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA ESTUDIANTE: 

FIRMA DOCENTE: 

# EXAMENES DE SANGRE



E 17/01/2020

Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias Químicas  
Laboratorio DR. J.D.MORAL ROMERO

Guayaquil, ..... ENERO 17, 2020

Nombre:..... BELGICA RUIZ INTRIAGO

HEMOGRAMA			Ref. Rango
Hematíes	4'430.000	x mm <sup>3</sup>	M 4.2-5.2 H 4.8 -6.8
Leucocitos	10,500	x mm <sup>3</sup>	5.000 - 10.000
Hemoglobina	12,7	g/dl	M 11.5-14.5 H13.5-16.0
Hematócrito	38	%	M 37-47 H 40-54
Plaquetas		x mm <sup>3</sup>	150-400
VCM		fL	80 - 95
HCM		pg/gr	30 - 35
CHCM		g/100ml	28 - 32
Segmentados	70	%	45 - 75
Cayados		%	
Juveniles		%	
Eosinófilos	2	%	0 - 3
Basófilos		%	0 - 2
Linfocitos	28	%	15 - 45
Monocitos		%	5 - 10,

TEST	RESULTADO	UNID	Val.Referencial
Glicemia	68	mg/dl	( 70 -105)

T. SANGRIA	1'40"
T. COAGULACION	5'40"

*[Firma]*  
D.F. ZOILA ALLIERI LOPEZ MSc.  
Directora del Laboratorio ( e)



**PERMISO PARA INGRESAR A CLINICA**

*Antorizado*  
*Dr. Carpio*



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 21 de Enero del 2020

**DR. CARLOS CARPIO**  
JEFE DE CLÍNICAS  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **ERIKA JAZMIN CASTRO MALDONADO** con C.I. **0504308651**, estudiante EGRESADA de la facultad, mediante la presente solicito a usted se me permita ingresar a la **CLÍNICA integral del adulto y adulto mayor**, el **lunes 27 de enero del 2020** en horario **14:00 pm a 20:00 pm** con el **Dr. Jossué Narváez**, para realizar mi caso clínico correspondiente a mi **PROYECTO DE TITULACIÓN**.

De antemano le agradezco por la atención prestada.

*[Signature]*  
**ERIKA JAZMIN CASTRO MALDONADO**  
C.I. 0504308651

*[Signature]*  
**DR. CARLOS CARPIO**  
JEFE DE CLÍNICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Facultad Piloto de Odontología  
DECANATO  
Fecha: 21/01/2020 Hora: 4:10  
RECIBIDO POR  
.....



ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL DOCENTE-TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA**

Guayaquil, 05, Marzo del 2020.

Dra.  
María Angélica Terreros.  
VICEDECANA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival**, de la estudiante **Castro Maldonado Erika Jazmín**, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que la estudiante está apta para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

Dra. Pilar del Rocío Pantoja Rodríguez  
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN  
No. C.I. 0912916616  
FECHA: 05-03-2020

Fecha 09-03-2020  
RECIBIDO POR:  
E. Jazmín



## ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrada **Pilar del Rocío Pantoja Rodríguez**, tutora del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **Castro Maldonado Erika Jazmín**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de odontóloga.

Se informa que el trabajo de titulación: **Gingivectomía en paciente con agrandamiento gingival**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el 9% de coincidencia.

URKUND

### Urkund Analysis Result

**Analyzed Document:** para antiplagio final CASTRO MALDONADO ERIKA JAZMIN.docx (D164784862)  
**Submitted:** 3/3/2020 4:37:00 PM  
**Submitted By:** pilar.pantoja@ug.edu.ec  
**Significance:** 9 %

### Sources included in the report:

Compendio de periodoncia Tomo 1 Nelly y Alexandra.docx (D12342255)  
Tesis Letty Andrea Rodriguez 1.docx (D27504232)  
titulacion formato caro ruano.pdf (D38962075)  
TESIS JOSUE COLLANTES MENDOZA.docx (D37969488)  
TESIS KELLY PROAÑO.docx (D26884166)  
[https://www.researchgate.net/publication/277769468\\_Tratamiento\\_de\\_agrandamiento\\_gingival\\_incluido\\_por\\_fenitona\\_asociado\\_a\\_placa\\_bacteriana](https://www.researchgate.net/publication/277769468_Tratamiento_de_agrandamiento_gingival_incluido_por_fenitona_asociado_a_placa_bacteriana)  
[https://doiplayer.es/95102360/Enfermedades\\_y\\_condiciones\\_periodontales.html](https://doiplayer.es/95102360/Enfermedades_y_condiciones_periodontales.html)

<https://secure.arkund.com/view/16964445-251036-988649#DccxDgIxDADBv6>

10 MAR 2020

  
Dra. Pilar del Rocío Pantoja Rodríguez  
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN  
No. C.I. 0912916616  
FECHA: 05-03-2020





### VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR

Guayaquil, 09 de abril del 2020

Dra. María Angélica Terreros.  
**VICEDECANA DE LA CARRERA**  
FACULTAD PLOTO DE ODONTOLOGIA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad. - Guayaquil  
De mis consideraciones:

Envío a Ud. el informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación **GINGIVECTOMÍA EN PACIENTE CON AGRANDAMIENTO GINGIVAL** de la estudiante **ERIKA JAZMIN CASTRO MALDONADO**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de **SEIS** palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo **CINCO** años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

Od. Rafael Xavier Erazo Vaca, Esp.

C.I. 0922686654

FECHA: Guayaquil 09 de abril del 2020



### ANEXO XI.- FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	GINGIVECTOMIA EN PACIENTE CON AGRANDAMIENTO GINGIVAL		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	CASTRO MALDONADO ERIKA JAZMIN		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Od. Rafael Xavier Erazo Vaca, Esp Dra. Pilar del Rocío Pantoja Rodríguez.		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	Piloto de Odontología		
GRADO OBTENIDO:	ODONTÓLOGA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Junio del 2020	No. DE PÁGINAS:	75
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Agrandamiento gingival, Gingivectomía, Hiperplasia		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Las patologías gingivales son diversas, entre ellas tenemos el agrandamiento gingival (AG), que es el aumento de volumen de la encía en cualquiera de sus zonas, este padecimiento repercute de manera directamente en la salud bucal del paciente, así como también en su estado emocional. El tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico, todo depende de un correcto diagnóstico y planes terapéuticos ajustados a las necesidades funcionales y estéticas de los pacientes. Se presenta el caso clínico de mujer de 38 años de edad, sistémicamente saludable, con agrandamiento gingival localizado a nivel papilar de origen idiopático, atendido en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, en el periodo académico 2019-2020 ciclo II. El objetivo es tratar el AG mediante la técnica de gingivectomía. La metodología aplicada es del tipo no experimental, con observación clínica directa. Se concluye que la técnica quirúrgica de gingivectomía es un procedimiento apropiado para tratar el AG, ya que se obtienen resultados clínicos favorables para la estética y función de la encía.</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0999276108		E-mail: jaz_leo17@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Facultad Piloto de Odontología		
	Teléfono: (59342)2285703		
	E-mail: facutad.deodontologia@ug.edu.ec		



**ANEXO XII.- DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIA GRATUITA  
INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES  
NO ACADÉMICOS**

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA**

---

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, CASTRO MALDONADO ERIKA JAZMIN, con C.I. No.0504308651 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "GINGIVECTOMÍA EN PACIENTE CON AGRANDAMIENTO GINGIVAL" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad, en conformidad al Artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo la utilización de una licencia gratuita intransferible, para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Erika Jazmin", is written over a horizontal dotted line.

CASTRO MALDONADO ERIKA JAZMIN

CC:0504308651