



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA GINGIVECTOMÍA EN
BIOTIPOS GINGIVALES GRUESOS EN LA ASIGNATURA CLÍNICA
INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD
JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores:

Br. Froilán Gómez

Br. Yilda Peñalver



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA GINGIVECTOMÍA EN
BIOTIPOS GINGIVALES GRUESOS EN LA ASIGNATURA DE CLÍNICA
INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD
JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autores:

Br. Froilán Gómez C.I: V-27.867.912

Br. Yilda Peñalver C.I: V- 29.590.839

Tutora: Od. Romelia Rueda C.I: V-4.457.113

San Diego, Octubre 2022



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



CARTA DE ACEPTACIÓN DE TUTORÍA

Por medio de la presente hago (hacemos) constar que he (hemos) aceptado la Tutoría del Proyecto de Investigación cuyo título provisional es:

La gingivectomía aplicada en los distintos biotipos gingivales

El cual va a ser realizado por los Estudiantes:

Froilán Gómez, Yilda Peñalver

Este Proyecto será desarrollado como Trabajo Especial de Grado (Tesis), por los estudiantes antes mencionados como requisito para obtener el título de Odontólogo. Esta tutoría la he asumido desde la preparación del Proyecto hasta la finalización del Trabajo de Investigación.

PROFESOR:
Nombre(s): Romelia Rueda
Apellidos: Rueda Rocha
C.I.: 4457113
Especialidad: Periodoncia
Categoría: Dibular
Teléfonos: 04244352888
Email: romeliarueda22@gmail.com
Firma: Romelia Rueda
Fecha: 16/05/2022

ESTUDIANTES
1.Nombre(s): Yilda Mariam
Apellidos: Peñalver Apuñay
C.I.: 29.590.839
2.Nombre(s): Froilán De Jesús
Apellidos: Gómez Amaya
C.I.: 27.867.912
3.Nombre(s): _____
Apellidos: _____
C.I.: _____
Fecha: 16/05/2022

Teléfonos: 04144817383, 04243188270
Email: gomezpenalver17@gmail.com
Firmas: Yilda Peñalver

Gómez

NOTA: LLENAR Y ESCANEAR ESTE DOCUMENTO ENVIAR AL CORREO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL
TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Odontólogo **ROMELIA RUEDA**, portador(a) de la cédula de identidad N° V-4.457.113, en mi carácter de tutor(a) del trabajo de grado presentado por los ciudadanos **YILDA PEÑALVER** y **FROILÁN GÓMEZ**, portadores de las cédulas de identidad N° V- 29.590.839 y N° V- 27.867.912, titulado **IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA GINGIVECTOMIA EN BIOTIPOS GINGIVALES GRUESOS EN LA ASIGNATURA DE CLÍNICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ** presentado como requisito parcial para optar al título de odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 05 días el mes de Octubre del año dos mil veintidós

(Firma autografiada del tutor)
OD. ROMELIA RUEDA

C.I. V- 4.457.113



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “**Importancia de la técnica quirúrgica gingivectomía en biotipos gingivales gruesos en la asignatura clínica integral de la Universidad José Antonio Páez**”, realizado por los ciudadanos **Froilán Gómez** y **Yilda Peñalver**, titulares de las cédulas de identidad **C.I V-27.867.912** y **C.I V-29.590.839**. Cursantes de la carrera: ODONTOLOGÍA, hacen constar que después de analizar su contenido y oír la exposición oral, consideran que reúnen los méritos suficientes para su **aprobación**.

Jurado
Nombre: **Alisa Caroline Romero**
C.I.: **7223995**

Jurado
Nombre: **Roberto**
C.I.: **1399394**

Tutor Académico:
Nombre: **Rosalinda**
C.I.: **4457113**



Fecha **11/10/22**

DEDICATORIA

Dedicamos con la mayor humildad a Dios todopoderoso, a nuestros padres y familiares por estar en todo momento apoyando, llenándonos de luz, amor y de ánimos para poder lograr nuestros sueños y anhelos. Todos ustedes son la fuerza y el aliciente que necesitamos para crecer y seguir adelante.

A nuestros abuelos, Froilán Gómez, Elizabeth de Gómez, José Amaya, José Peñalver y Norberto Muñoz, quienes desde el cielo son nuestras más bellas y grandes estrellas que iluminan nuestros horizontes en éste plano terrenal, sepan ustedes que desde acá les mandamos todo nuestro amor a través de esta dedicatoria. Los amaremos eternamente.

A nuestros padres Mayury Amaya, Froilán Gómez, Hildamery Muñoz, Miguel Peñalver, éste trabajo es por y para ustedes, gracias por ser nuestros padres, educarnos con amor y por ser nuestros mejores ejemplos a seguir, por ser testigos de nuestros trasnochos, de nuestros momentos duros en clínicas, por impulsarnos día a día, nunca dejaron que desistiéramos, por darnos los valores que nos llevaron hasta aquí, somos lo que somos hoy día gracias a ustedes, los amamos infinitamente, y este logro es de ustedes. A nuestros hermanos, tíos y a nuestra querida amiga y apoyo incondicional Maura Nieves.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todas las bendiciones que día a día nos brinda, por la vida, por nuestros estudios los cuales amamos, por darnos la sabiduría, la paciencia, y la motivación, por darnos la valentía para superar cada reto que se nos presentaba y hacerlo de manera exitosa, por permitirnos llegar hasta aquí, donde iniciaremos nuevas etapas en este viaje que se llama vida y que recorreremos con la mayor felicidad.

A nuestros docentes, Romelia Rueda, Rodrigo Pino, Blasmir Jimenez, Félix Montilla, entre muchos otros que se convirtieron en el camino y la luz en nuestra carrera, por guiarnos hasta evidenciar nuestro potencial, haciéndonos excelentes profesionales.

A nuestra alma mater, Universidad José Antonio Páez, nuestro segundo hogar formador de academia, de disciplina, pero sobre todo de conocimientos que estarán por siempre en nuestras memorias y que recordaremos con la mayor felicidad puesto que, esta ha sido una de las mejores experiencias de nuestras vidas, a todos los pacientes y amigos por estar allí aupándonos.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**IMPORTANCIA DE LA GINGIVECTOMÍA EN BIOTIPOS GINGIVALES
GRUESOS EN CLÍNICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ**

Autor: Froilán Gómez

Autora: Yilda Peñalver

Tutor: Romelia Rueda

Línea de Investigación: Atención Odontológica Integral

Fecha: Octubre 2022

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación tiene como objetivo analizar la importancia de la gingivectomía como procedimiento quirúrgico-periodontal en los biotipos gingivales gruesos en la asignatura Clínica Integral de la UJAP. Orientado al tipo de investigación documental, diseño bibliográfico. Como población base de datos científicas médicas de acceso online Scielo, PubMed, Europe PubMed Central, LILACs, Documed: Técnicas e instrumentos: Observación documental no participante los instrumentos utilizados son archivos electrónicos, material hemerográfico. Los instrumentos de recolección, medios materiales de que se vale el investigador para registrar la información, se utilizaron los típicos de la investigación documental, es decir, fichas bibliográficas y de contenido, así como memorias portátiles para el almacenamiento digital de los documentos electrónicos recopilados. Para el análisis de datos técnica del análisis documental. En conclusión a partir de todo el análisis documental se pudo evidenciar que ésta técnica es bastante segura, sencilla, dónde la recuperación del paciente es rápida e indolora, aspectos que garantizan el manejo y recuperación de éstos, es decir, es una técnica viable tanto para los odontólogos como para los pacientes. Se recomienda: Incluir la técnica de la gingivectomía como procedimiento quirúrgico-periodontal en los biotipos gingivales gruesos en la asignatura clínica integral de la UJAP. Tomar en cuenta la presente investigación, para analizar dicha inclusión. A partir del análisis del presente trabajo, elaborar una guía para la atención de los pacientes candidatos al procedimiento.

Descriptor: Gingivectomía, Biotipos Gingivales Gruesos, Clínica Integral.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
JOSE ANTONIO PAEZ UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES FACULTY
SCHOOL OF DENTISTRY



IMPORTANCE OF GINGIVECTOMY IN THICK GINGIVAL BIOTYPES IN THE INTEGRAL CLINIC OF THE JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY

Author: Froilán Gómez

Author: Yilda Peñalver

Tutor: Romelia Rueda

Research Line: Comprehensive Dental Care

Date: October 2022

INFORMATIVE SUMMARY

The objective of this research is to analyze the importance of gingivectomy as a surgical-periodontal procedure in thick gingival biotypes in the Comprehensive Clinical subject of the UJAP. Oriented to the type of documentary research, bibliographic design. As a medical scientific database population with online access Scielo, PubMed, Europe PubMed Central, LILACs, Documed: Techniques and instruments: Non-participant documentary observation, the instruments used are electronic files, hemerographic material. The collection instruments, material means used by the researcher to record the information, were used typical of documentary research, that is, bibliographic and content records, as well as portable memories for the digital storage of electronic documents collected. For data analysis technique of documentary analysis. In conclusion, from all the documentary analysis it was possible to show that this technique is quite safe, simple, where the recovery of the patient is fast and painless, aspects that guarantee the handling and recovery of these, that is, it is a viable technique both for dentists as well as for patients. It is recommended: Include the gingivectomy technique as a surgical-periodontal procedure in thick gingival biotypes in the comprehensive clinical subject of the UJAP. Take into account the present investigation, to analyze said inclusion. From the analysis of this work, develop a guide for the care of patients who are candidates for the procedure.

Descriptors: Gingivectomy, Thick Gingival Biotypes, Comprehensive Clinic.

ÍNDICE GENERAL

Paginas Preliminares	ii
Resumen Informativo	viii
Informative Summary	ix
Introducción	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.1.1 Formulación del Problema	6
1.2. Objetivos de la Investigación	7
1.3. Justificación de la Investigación	7
1.4 Alcance y Delimitación	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	9
2.2. Bases Teóricas	11
2.3 Bases Legales	33
2.4. Definición de Términos Básicos	34
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de Investigación	39
3.2 Diseño de la Investigación	39
3.3 Población y Muestra	40
3.4 Criterios de Inclusión	40
3.5 Criterios de Exclusión	40
3.6 Delimitación	41
3.7Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información.	41
3.8 Técnicas de Análisis de Datos	42
3.9. Fases Metodológicas	32
CAPÍTULO IV RESULTADOS	
4.1. Análisis de los resultados	45
4.2 Presentación y análisis de los resultados	45
4.2.1. Gingivectomía en los biotipos gingivales gruesos como un procedimiento quirúrgico para realizar en la asignatura clínica integral de la universidad José Antonio Páez.	46
4.2.2 Gingivectomía como tratamiento en el manejo de patologías y casos estéticos.	53
4.2.3 Manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos patológicos como en casos estéticos.	63

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	64
5.2 Recomendaciones	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

LISTA DE CUADROS

CONTENIDO

Cuadro		pp
1	Operacionalización de variables	38
2	Comparación del manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos de patología y estética.	63

LISTA DE FIGURAS

CONTENIDO

Figura		pp
1	Fotografías clínica inicial antes de la fase de higienización (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)	26
2	Arcada inferior después de la fase de higiene. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)	28
3	Figura 3. Hiperplasia gingival pseudobolsas. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)	28
4	Anestesia, técnicas del fondo del vestíbulo (en ramas terminales) e intra-septal (entre las papilas) (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)	28
5	Marcado de los puntos sangrantes y delimitación del fondo de la bolsa. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	29
6	Planificación de la GE/GP, en este caso no hay hiperplasia en la zona lingual, por lo que únicamente se efectuará la gingivectomía por la cara vestibular. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	29
7	Corte biselado continuo con el bisturí de Kirkland, no se sobrepasa el límite mucogingival. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	29
8	Empleo del bisturí papilar, ayuda a separar el tejido de su base de manera limpia (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	30
9	Extracción del tejido escindido, es posible que aún queden algunas uniones que se deban cortar con el bisturí papilar. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	30
10	Tejido extirpado, suele extraerse en una pieza, y si se conoce la etiología no se le hace análisis histológico (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	31
11	Raspado y alisado con visibilidad directa, esta es la parte más importante del tratamiento debido a que se puede ver de manera más clara la placa o cálculo que exista de manera subgingival y así crear una superficie bioaceptable para la nueva encía. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	31
12	Herida después de la limpieza dental, se visibiliza un canto que habrá que suavizar para disminuir la retención de plac. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson;	31

	2005) (16).	
13	Suavizado de los cantos, se realiza con electrobisturí o láser, y se redondea con el extremo circular del electrótomo (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	32
14	Limpieza de la herida, el tejido carbonizado se raspa con el bisturí de orban, con lo que se redondea aún más el canto. Esta corrección se extiende hasta los primeros premolares. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	32
15	Situación inmediata después de la GE/GP, la intervención crea una herida extensa en la que se requiere de una colocación de un apósito. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	32
16	Apósito sobre la herida, el apósito no debe recubrir la mucosa móvil. Se mantiene sobre la herida de 7-10 días. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	33
17	Retirada del apósito y limpieza de dientes una semana después, se lleva a cabo una limpieza con una copa de goma y pasta abrasiva muy fina. La superficie de la herida se lava con H ₂ O ₂ al 3%. El paciente puede reanudar su higiene oral de manera cuidadosa (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	33
18	Situación luego de 6 meses, la encía se encuentra fisiológica y sin rastro de inflamación. Aunque entre las papilas de las U.D 41, 42, 43 se halla una mínima recidiva de la hiperplasia inicial. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	33
19	Situación antes del tratamiento inicial. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	34
20	Situación siete años después de la conclusión del tratamiento. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).	34
21	Biotipos	49
22	Biotipos periodontales.	50
23	Cirugía excisional (1. Antes de la cirugía, 2. Escisión quirúrgica, 3. Cicatrización)	53
24	Fotografías de materiales empleados en la cirugía, al ser gingivectomía con gingivoplastia por agrandamiento no necesitamos leguas	57
25	Sonda periodontal.	57

INTRODUCCIÓN

La estética hoy se ha vuelto una prioridad en los diversos tratamientos odontológicos así pues las personas buscan alternativas que puedan satisfacerlos aunque las condiciones bucales no sean óptimas y es pues allí donde el profesional de la odontología actúa anteponiendo la funcionalidad primero que la estética, para resolver satisfactoriamente el problema que incomoda al paciente, es aquí donde la cirugía periodontal “gingivectomía” brinda una alternativa al tratamiento estético odontológico.

La gingivectomía es una vía que permite mostrar la corona clínica de los dientes, debe ser analizado como tratamiento para la corrección de irregularidades del contorno gingival en la zona anterior, potencializa la estética en pacientes con exhibición parcial de corona y sonrisa alta, sin embargo, también es aplicable en otras situaciones muy parecidas, ya sea por hiperplasia gingival, erupción pasiva alterada o sonrisa gingival.

La preocupación de los pacientes por sentirse bien con su sonrisa ha exigido a los odontólogos a estar en constante actualización para realizar tratamientos adecuados y convenientes para cada caso correspondiente, sin embargo, hay que identificar cuál es el tratamiento más adecuado para los mismos. En estética dental existen muchas alternativas para cada caso, sin embargo, el tratamiento debe ser analizado de la mejor manera para obtener óptimos resultados.

Por esa razón esta investigación pretende analizar la importancia de la gingivectomía como procedimiento quirúrgico-periodontal en los biotipos gingivales gruesos en la asignatura clínica integral de la UJAP. Para su elaboración se estructuró este Trabajo Investigativo en cinco capítulos. En el primer capítulo se presenta la formulación del planteamiento del problema, en donde se expresa cual fue el motivo por el cual surge la investigación, los objetivos de la investigación, tanto general como específicos, la justificación, que avala el porqué de su desarrollo.

El segundo capítulo contiene los basamentos teóricos de la investigación, donde se plantean los antecedentes del tema, y los modelos o teorías utilizadas en la investigación. En el tercer capítulo, donde se plantea el tipo de investigación, el tamaño de la muestra y confiabilidad del instrumento, los modelos de estudios, las técnicas utilizadas para su análisis y desarrollo. En el cuarto capítulo hace referencias a los resultados de la investigación. El quinto capítulo se refiere a las conclusiones y recomendaciones de la investigación. Finalmente las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años se ha venido dando mucha importancia a los temas estéticos en líneas generales, la odontología no escapa a estas exigencias puesto que se hace necesaria la corrección de imperfecciones o de aspectos antiestéticos que los pacientes desean mejorar. Sin embargo y más allá de la belleza, muchos de los procedimientos que se deben aplicar en el área odontológica, van de la mano de tratamientos ante patologías de base que deben ser estudiadas y manejadas como tal, para una buena canalización de las mismas y posterior a esto se pueda pensar o se deriva en lo estético como tal.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, una de las técnicas que ha venido en aumento en los últimos años es la gingivectomía no solamente por su aplicabilidad en la estética sino a su vez como una herramienta de primera mano en los diferentes biotipos gingivales. Es una práctica quirúrgica bastante segura, manejada con las medidas pertinentes según dicho procedimiento, así como también, es muy sencilla al momento de su realización y lo más importante implica una pronta recuperación en la mayoría de los pacientes, lo cual se traduce en beneficios al momento de su reincorporación a la cotidianidad.

La gingivectomía como procedimiento quirúrgico periodontal es producto de la necesidad por parte del profesional para remover tejido. En ocasiones los

agrandamientos hiperplásicos de la encía se presentan de forma generalizada. Muchas veces esto se debe a la ingestión de determinados medicamentos y otras, menos frecuentes, no posee una explicación causal clara, aunque existe un marcado carácter familiar. Clínicamente es un agrandamiento difuso que afecta a la encía insertada, la encía marginal y las papilas interdetales, y abarca las superficies vestibulares y linguales de los dos maxilares, si bien la lesión puede circunscribirse a un solo maxilar. La encía agrandada es rosada, firme, con poca tendencia al sangrado, de consistencia semejante a la del cuero (1).

García (2019) sostiene que 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. (2).

Aunado a lo anterior, esto garantiza al profesional de la odontología una progresiva eliminación de cálculos y de todo aquello que afecte patológicamente al tejido periodontal adyacente tomando en consideración además, que brinda una mejor visibilidad sobre la zona en cuestión. Asimismo, en la actualidad, este tipo de tratamiento es altamente efectivo para la mejoría de la salud buco-dental de las personas, ya que facilita la eliminación de ciertos agentes patógenos y ayuda también a alcanzar con mayor facilidad otros aspectos bucodentales, además de sus bondades estéticas. Cabe destacar, que en países como España según la gingivectomía es una intervención común aplicada con bastante éxito rápida previsible e indolora realizada por motivos estéticos o como parte de un tratamiento

de periodontitis.

Se ha convertido en objetivo la gingivectomía o alargamiento coronario no es más que un procedimiento quirúrgico que con la ayuda de una incisión tal como la incisión festoneada elimina tejido blando excesivo en la piezas a tratar más se da en el arco superior en el sector antero o postero superior, antes de realizar la cirugía periodontal, el paciente tiene que estar peridontalmente sano para así exponer la corona clínica y tener resultados estéticos ya que la apariencia física y el autoestima del paciente depende de los estético de la cara así como es reflejar sus dientes (3).

Cabe destacar, que la gingivectomía es un procedimiento con mucha aceptación en Latinoamérica y el Caribe puesto que el mismo se trata de una cirugía sencilla con muy buena cicatrización y los aspectos a considerar en relación a los efectos colaterales de la misma, se pueden manejar fácilmente y con muy buenos resultados a la hora de la aparición de los mismos. Se pudiera decir entonces, que la gingivectomía es un procedimiento bastante seguro dónde los efectos adversos son perfectamente manejables.

Es de hacerse notar, que en Venezuela éste procedimiento llamado también alargamiento de la corona es ampliamente utilizado con la intención de remodelar el contorno de los tejidos de las encías, así como también la remodelación del hueso subyacente alrededor de uno o más dientes, para que quede expuesta suficientemente la pieza dental. Sin embargo en muchas universidades del país incluyendo específicamente la universidad José Antonio Páez, ubicada en San Diego, de la ciudad de Valencia, no es un procedimiento comúnmente enseñado a los estudiantes

de la facultad de odontología por tratarse de un procedimiento vinculado al área quirúrgica como tal.

De allí, la necesidad de plantear el siguiente trabajo de investigación que permita esa apertura en cuanto al manejo de estos pacientes, pero sobre todo por la naturaleza del procedimiento ya que la gingivectomía se trata de una maniobra bastante sencilla, con la cual se pueden resolver a los pacientes que así lo requieran y se pueden dar las bases para que los mismos estudiantes de la facultad se inspiren si sus estudios a posterior fuesen orientados hacia la cirugía bucal. La finalidad de ésta investigación es analizar los beneficios de ésta técnica quirúrgica, tanto para los pacientes, porque serían resueltos, para los estudiantes de la universidad, puesto que ampliarían aún más sus conocimientos, siendo muy importante en éste mundo tan exigente y competitivo, además de que implicaría un valor agregado para la universidad José Antonio Páez, proporcionando una herramienta adicional en la formación de odontólogos de alto perfil.

1.1.2 Formulación del problema

¿Por qué es importante la gingivectomía como procedimiento quirúrgico periodontal, específicamente en biotipos gingivales gruesos, en la asignatura clínica integral de la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General:

Analizar la importancia de la gingivectomía como procedimiento quirúrgico-periodontal en los biotipos gingivales gruesos en la materia clínica integral de la UJAP.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Describir la importancia de la gingivectomía en los biotipos gingivales gruesos como un procedimiento quirúrgico para realizar en la asignatura clínica integral de la universidad José Antonio Páez.
2. Determinar el procedimiento de la gingivectomía como tratamiento en el manejo de patologías. y casos estéticos.
3. Comparar el manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos patológicos como en casos estéticos.

1.3 Justificación de la Investigación

La presente investigación se justifica debido a las deficiencias de los conocimientos por parte de los estudiantes, ya que se busca dar a conocer el manejo de los pacientes con encías gruesas candidatos a gingivectomía, puesto que representan una muestra importante dentro de la universidad y del campo de acción odontológica, la idea es que éstos pacientes puedan ser atendidos y resueltos, sin problema alguno en la

asignatura clínica integral. Asimismo, que los estudiantes de ésta prestigiosa casa de estudios logren mayores y mejores competencias tanto teóricas como prácticas en su formación académica. En éste mundo moderno, donde los cambios están a la orden del día nos vemos en la necesidad de ampliar los conocimientos, de adquirir herramientas que nos permitan resolver con la inmediatez que se presentan los acontecimientos, es por ello que a través del conocimiento y de la preparación se pueden lograr.

1.5 Alcance y delimitación.

1.5.1 Alcances.

El presente estudio explorará el conocimiento teórico de revistas, artículos científicos y trabajos de grado que se han desarrollado. La presentación del proyecto se realizará según la metodología recibida e impartida en la carrera de odontología.

1.5.2 Limitaciones.

La investigación es estrictamente sobre la importancia de la técnica quirúrgica gingivectomía aplicada a los biotipos gingivales gruesos, así mismo sobre el área de clínica integral de la universidad José Antonio Páez, en éste orden de ideas llegamos hasta donde los buscadores de internet nos lo permitieron, así como nuestro tiempo para la investigación y conclusión de la misma, en éste período de tiempo descrito.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Zambrano y Sánchez (2020) estudiaron la Gingivectomía, Tratamiento Estético Periodontal. Revisión de Literatura. Universidad de Guayaquil. Ecuador. Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontólogo. Esta investigación aborda el tema de gingivectomía, tratamiento estético periodontal, puesto que hoy en día hay una gran demanda de pacientes que exigen estética a nivel bucal, sin embargo, para poder realizar un tratamiento estético se debe analizar al periodonto, ya que en muchas ocasiones basta con un tratamiento periodontal como es la gingivectomía para poder tener un resultado estético óptimo. El objetivo principal de la investigación es demostrar los beneficios estéticos de recuperar el contorno gingival al emplear las diferentes técnicas quirúrgicas (4).

La metodología empleada es cualitativa pues es un trabajo de tipo bibliográfico encaminado a conocer más acerca de las diferentes técnicas quirúrgicas de gingivectomía, tratamiento estético periodontal y las consideraciones periodontales que se deben tomar en cuenta al realizar este tipo de tratamiento. Como resultados de la investigación se obtuvo que la gingivectomía es un tratamiento quirúrgico indicado para eliminar agrandamientos gingivales o bolsas periodontales con la finalidad de poder mejorar la salud bucal, que a su vez aporta un valor estético significativo, ya

que provee de un aumento de la corona del diente lo cual evidencia la importancia de la proporción aurea en la estética dental, el análisis del periodonto, la técnica quirúrgica y sutura a emplear determina el éxito del tratamiento. En cuanto a las conclusiones, podemos destacar que la salud bucal permite planificar tratamientos estéticos periodontales y que el término espacio biológico es sustituido por espacio supracrestal, tal como lo anuncia la Sociedad argentina de peri odontología y la Asociación Odontológica Argentina (2018) (4).

Infante (2017) realizó un estudio sobre Gingivoplastia Aplicada en Pacientes con Ortodoncia. Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontóloga. Universidad de Guayaquil. Ecuador. La gingivoplastia es un proceso quirúrgico que conseguimos remodelar la encía mediante un contorneado para la eliminación del crecimiento excesivo del tejido gingival por causa del tratamiento Ortodóntico; para obtener exposición de los dientes y lograr una sonrisa estética con una proporción ideal entre dientes, encías y labios, respetando la línea mucogingival (5).

Este procedimiento está indicado cuando el surco gingival es más de 3mm de profundidad y el paciente cuenta con suficiente encía queratinizada, cuando existe dientes pequeños, también cuando hay pérdida ósea horizontal. La gingivoplastia está contraindicada en aquellos pacientes que cuentan con una higiene oral pobre, presencia de bolsas, raíces del diente muy cortas, que sean inmuno-suprimidos, que tengan encía fibrosa, engrosada y protuberante generalizada o lesiones periodontales que sobrepasan la línea mucogingival. El tiempo de la recuperación total es de 4 a 6 semanas (5).

Urdaneta et. al. (2017) realizaron un estudio sobre la Fibromatosis gingival hereditaria y periodontitis agresiva en adolescente Wayuú. Reporte de caso. Facultad de Odontología. Maracaibo, Venezuela. Objetivo: Describir las características clínicas, histopatologías y manejo interdisciplinario de la fibromatosis gingival hereditaria y periodontitis agresiva en una adolescente Wayuú (6).

Los resultados indican que en el examen intraoral, se observó agrandamiento gingival severo difuso en el sector posterior, leve en la encía marginal y papilar del sector anterior, movilidad dental grado III en zona molar superior e inferior, escaso acúmulo de biopelícula y sin asociación con antecedentes médicos personales y familiares. Radiográficamente, se observó pérdida ósea localizada en el sector posterior, estableciéndose diagnóstico clínico fibromatosis gingival hereditaria y periodontitis agresiva localizada. (6)

Se realizó plan de tratamiento quirúrgico y de rehabilitación protésica. Conclusiones: La identificación temprana de las características clínicas de la fibromatosis gingival hereditaria y la periodontitis agresiva y su manejo adecuado en edades tempranas, mejora el pronóstico del paciente, ya que estas condiciones favorecen la destrucción del periodonto y la pérdida prematura de los dientes debido a la posibilidad de recidiva (6).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición de Gingivectomía

La gingivectomía es una técnica quirúrgica para eliminar el exceso de tejido de las encías,

Es un procedimiento quirúrgico de ex cisión 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 (7).

La gingivectomía consiste en la escisión y eliminación de tejido gingival, con el objetivo del corte de la pared de tejidos blandos de una bolsa para disminuir su profundidad. Corrige dicha discrepancia, y elimina también bolsas supra óseas, agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía, transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal, y abscesos periodontales supra óseos, para este procedimiento quirúrgico es necesario que el paciente tenga una encía insertada amplia, y dejar una zona funcionalmente adecuada para no eliminar la encía remanente y así no correr el riesgo de eliminar toda la encía (8).

Actualmente se puede realizar con técnicas quirúrgicas, electrocirugía y láser, el objetivo es eliminar la bolsa periodontal extirpando la pared de tejido blando. Se considera un procedimiento fácil de realizar y mínimamente invasivo, se requiere de la colaboración del paciente en la higiene bucal.

2.2.2 Gingivectomía. Procedimiento e indicaciones

El procedimiento consiste en la remoción de deformidades presentes en diferentes partes de la encía, es decir, encía insertada, papilar y marginal. Por lo tanto, está indicada para tratar las hiperplasias gingivales causadas por diversos factores, incluyendo las bolsas periodontales. Igualmente, se implementa para alargar la altura o el ancho, de uno o varios dientes (9).

2.2.2.1 Hiperplasia gingival

Proceso de agrandamiento de las encías, producido por la proliferación anormal de algunas células. Es importante resaltar, que esta multiplicación celular no es de origen oncológico, o canceroso. Esto también puede ser conocido como hipertrofia gingival (10).

Las encías sanas son firmes, rosadas y están situadas cerca de los dientes, y solo la parte superior no se adhiere directamente. Esta falta de adherencia, crea un espacio angosto que también se conoce como colgajo o surco. Diariamente, las partículas de comida y las bacterias se acumulan en el surco.

A medida que proliferan las bacterias, el área comienza a ensancharse, creando las llamadas bolsas periodontales. El crecimiento de estos bolsillos se orienta hacia el interior de la encía, donde el cepillo de dientes no puede llegar. Una vez que la bolsa mide de 4 a 5 mm de profundidad, la periodontitis comienza a desarrollarse. A medida que el tamaño del bolsillo avanza entre 7 y 12 mm, la infección se vuelve más difícil de tratar (3).

La gingivectomía es necesaria cuando las encías se han separado de los dientes, creando bolsas profundas. La gingivectomía tiene el propósito de mostrar la superficie dentaria o corona clínica a través de la incisión con la finalidad de conservar el espacio biológico que es una estructura gingival muy importante, también hay que tomar en cuenta que casi siempre se da remodelado óseo y nos ayuda a corregir irregularidades de la encía marginal, el conjunto del procedimiento nos brinda arquitectura gingival (3).

2.2.2.1.1 De origen genético

La fibromatosis gingival hereditaria, es una condición rara que generalmente se desarrolla durante la niñez. Aunque algunos casos pueden no manifestarse hasta la edad adulta. La afección se presenta como un agrandamiento de la encía de color rosa pálido, firme, no doloroso, y de crecimiento lento. Su manifestación puede ser generalizada u ocasionalmente localizada, pudiendo cubrir completamente los dientes por el crecimiento exuberante de la encía (5).

La gingivectomía se indica para evitar que las piezas queden totalmente cubiertas por las encías. En algunos casos se crean las llamadas muelas impactadas, que son piezas que quedan atrapadas dentro de los tejidos gingivales. Otra de las condiciones que se evitan con la gingivectomía, es el desplazamiento dental. Situación que puede conllevar a un desencajamiento de la mandíbula o mordida, acarreando una serie de problemas. Debido a la naturaleza de esta afección, existe una alta probabilidad de

que las encías sigan creciendo a lo largo del tiempo. Razón por la que las extirpaciones quirúrgicas de estos excesos, se convierten en tratamientos recurrentes (10).

2.2.2.1.2 Por medicamentos

Un número creciente de medicamentos se asocia con el agrandamiento gingival. Actualmente, más de 20 medicamentos están asociados con agrandamientos gingivales,¹ y aproximadamente entre el 5 y el 10% de la población ambulatoria de adultos mayores toma algún tipo de medicamento (11).

2.2.2.1.3. Post-ortodoncia

Las enfermedades gingivales forman un grupo heterogéneo, que tienden a desarrollarse sobre las encías o tejido gingival reaccionado con una inflamación, suele presentarse acompañados de problemas de diversa índole, inflamatorios, sistémicos o mal nutrición (12)

El tratamiento de ortodoncia con aparatos fijos esta asociado con la inflamación gingival, el sangrado, la hiperplasia gingival y las lesiones de mancha blanca, ya que crea áreas de retención que predisponen a la mayor acumulación de placa supra gingival, la cual altera las condiciones normales del medio oral cambiando la composición de la flora bacteriana (13).

2.2.3. El diagnóstico

Los especialistas obtienen un diagnóstico o sugieren la gingivectomía como tratamiento, luego de tomar en cuenta diferentes variables. En primer lugar, determinan el nivel gingival, teniendo en cuenta factores como el sexo, edad y salud general de la estructura bucodental. Seguidamente, se definen las causas del crecimiento gingival que, como hemos visto, puede generarse por numerosas razones. Asimismo, se investiga si la condición se agrava según factores como la edad, el género, la higiene y el estado sistémico del paciente afectado. Una vez establecida la necesidad de extirpar, el especialista habla con el paciente sobre las distintas técnicas de gingivectomía. Aunque todas son capaces de ofrecer buenos resultados, se diferencian en algunos detalles (11).

2.2.4 Eliminación de agrandamientos gingivales

Los agrandamientos gingivales, pueden clasificarse según su origen en cuatro categorías:

- (1) Infeccioso.
- (2) Inducido por medicamentos.
- (3) Fibromatosis gingival hereditaria
- (4) Causas sistémicas.

La fibromatosis gingival hereditaria (FGH) es una patología que afecta de manera directa las encías. De forma generalizada, es una enfermedad genéticamente heterogénea, proliferativa, de carácter benigno, que presenta una incidencia de 1 en 750000. Como alternativa de tratamiento, Dhadsey et al. realizaron una gingivectomía a bisel externo, en la que eliminaron el tejido gingival excesivo, y una gingivoplastia para devolverle la anatomía a este tejido y, luego, complementarlo con un efectivo programa de higiene oral (14).

De estas, dos (infeccioso y sistémico) pueden solucionarse con medidas diferentes a la gingivectomía. Por ejemplo, el infeccioso se resuelve a través de prácticas efectivas de higiene bucal. El sistémico, se atribuye a problemas hormonales o embarazo, y algunas enfermedades, por lo que se resuelve al tratar la causa subyacente. Por lo tanto, mencionaremos únicamente, aquellas dos que son tratadas por medio de la gingivectomía.

2.2.5 Técnicas Gingivectomía

La gingivectomía es una técnica que se realiza con frecuencia en la práctica clínica diaria, utilizando numerosos instrumentos. Tales como bisturí quirúrgico, láser Er:YAG, láser de CO₂, fresas de cerámica, dispositivos de electrocauterio, o láseres de diodo, bisel interno y externo. A continuación, se mencionan las técnicas más extendidas, junto con sus ventajas y desventajas (10).

2.2.5.1 Bisturí quirúrgico

Esta técnica es la más utilizada y preferida entre los profesionales, para la remoción de bolsas periodontales profundas. Por medio de una sonda milimétrica con ayuda de un explorador, se establece la profundidad de las bolsas. Se marca la porción de encía a eliminar y, por tanto, también se determinan los puntos de sangrado. Luego, con ayuda de un bisturí convencional, se remueven los tejidos dañados, junto al collar gingival (3).

2.2.5.2 Ventajas

El bisturí tiene las ventajas de una incisión precisa y fácil de usar con márgenes bien definidos. Asimismo, la cicatrización es rápida y no hay daño del tejido lateral (3).

2.2.5.3 Desventajas

Las hemorragias son características de esta técnica, lo que da como resultado una visibilidad inadecuada durante la operación. Esto también influye en que el corte de la incisión no sea esterilizado. Aunque no es un factor especialmente negativo, algunas personas podrían sentirse incómodas por la presencia de puntos. Debido a que después de retirar y extraer el tejido enfermo, se procede a suturar la herida (3).

2.2.5.2 Con bisturí electro quirúrgico / electrocirugía

Esta técnica es muy parecida a la anterior, con la diferencia de que se usa un bisturí electro quirúrgico. En el que la punta es un electrodo, capaz de dispersar la placa y esterilizar el área. De esta manera, se reduce en gran medida el potencial de una infección postoperatoria (3).

Una gran ventaja de esta técnica es que permite realizar un contorneado apropiado del tejido y moderar la hemorragia si así existiera (19)10. Esta técnica quirúrgica está restringida a procedimientos superficiales como la exéresis de agrandamientos gingivales, gingivoplastia, reubicación de frenillo e inserciones musculares e incisión de abscesos periodontales y capuchones peri-coronarios.

Al respecto Gómez Melgarejo DM. (2022) sostiene “No existe una diferencia en cuanto a la cicatrización periodontal con electrobisturí, sin embargo, otros investigadores sustentan las consecuencias significativas que puede producir el uso de electrobisturí para un procedimiento de gingivectomía, tal como: recesiones gingivales, necrosis ósea, movilidad dentaria” (10).

2.2.5.2.1 Ventajas

La electrocirugía proporciona homeostasis por coagulación, sella los vasos capilares y linfáticos, permitiendo un adecuado contorneado de los tejidos blandos. Características que clasifican como ventajosas, por tener la suficiente capacidad de

modelado de tejido. Así como la ausencia de hemorragias durante todo el procedimiento quirúrgico.

2.2.5.2.2 Desventajas

Un problema inherente a la electrocirugía es el mal olor que se produce. Sin embargo, el uso de un evacuador de alta velocidad cerca del área de operación, reduce el mal olor (3).

2.2.5.3. Con láseres de alta frecuencia

Los láseres de alta potencia serán aquellos que producen efectos físicos visibles, y que se emplean como sustitutos del bisturí frío o del instrumental rotatorio convencional. Si bien en la bibliografía existen descripciones sobre más de un millar de láseres distintos, en la práctica sólo unos pocos están comercializados y disponibles para su uso clínico. Los láseres de alta potencia disponibles en el mercado odontológico son: Argon, • Diodo, Nd:YAG, Nd:YAP. Ho:YAG, Er,Cr:YSGG, Er:YAG, CO2. (15).

Cada uno de ellos posee características propias que lo hacen diferente a los demás. En algunas ocasiones un mismo tratamiento se podría efectuar con más de un tipo de láser, aunque siempre hay alguno que puede ofrecer mejores características que los demás para aquel tratamiento en concreto. Las características de cada uno de estos

láseres, así como sus indicaciones más relevantes, serán tratadas de forma individualizada en el resto de artículos que componen este monográfico sobre el láser aplicado en Odontología (15).

2.2.5.4 Para condiciones leves: electrocirugía

Cuando se utiliza la electrocirugía para una resección profunda cerca del hueso, puede causar necrosis, pérdida de altura del hueso, movilidad dental, entre otros. Situación que no ocurre con el uso de bisturíes periodontales o láseres. En este marco, comúnmente, las gingivectomías electroquirúrgicas, se limitan a procedimientos superficiales. La electrocirugía no se puede utilizar en pacientes con un marcapasos cardíaco no compatible, o mal blindado (16).

2.2.5.5 Para agrandamiento gingival por medicamentos: láser

Por medio de un estudio, se encontró que en pacientes con agrandamiento de encías por el uso de medicamentos. Un número creciente de medicamentos se asocia con el agrandamiento gingival. Actualmente, más de 20 medicamentos están asociados con agrandamientos gingivales, y aproximadamente entre el 5 y el 10% de la población ambulatoria de adultos mayores toma algún tipo de medicamento (17).

La recurrencia fue mínima o se eliminó por completo, al haberla tratado con láser. El uso de láser en cirugía bucal “requiere medidas de precaución para no reflejarlo en las

superficies de los instrumentos, lo que podría lesionar los tejidos contiguos y los ojos del operador, no está apoyado en evidencia científica el uso de rayos láser” (18).

2.2.5.5.1 Bisel interno

El principio técnico básico es utilizar dos incisiones convergentes, las cuales se ejecutan con hojas BP15 O 11 a bisel interno. La primera próxima a la bolsa periodontal y la segunda en angulación proporcional a la cantidad de tejido gingival (epitelio y conjuntivo) a eliminar. La principal ventaja está en la reparación, que ocurrirá por primera intención, una vez que no hubo la eliminación total del epitelio, el cual permanece recubriendo el tejido conjuntivo subyacente (19).

2.2.5.5.2 Bisel externo

La vía quirúrgica clásica es la gingivectomía a bisel externo. Este abordaje exige una técnica más ventajosa, por limitar a la herida, exposición del tejido conectivo, que se da como resultado, en una gingivectomía externa; por lo tanto, minimizan el dolor post-operatorio y el sangrado (19).

En esta técnica se marca la profundidad de sondaje en la cara vestibular y palatina de la encía para tener una referencia en el momento de practicar la incisión. La incisión debe realizarse con una angulación de la hoja de bisturí de 45°, siguiendo el trayecto de las marcas pero ligeramente apical a l gran hemorragia. Las mismas y

profundizando en las papilas, se elimina el tejido gingival, se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí y fresas de diamante, se coloca siempre un apósito periodontal, Los instrumentos cortantes más usados para esta operación son el bisturí convencional, un bisturí Kirkland o el bisturí eléctrico en los casos que se prevea una.

2.2.5.6 Para cualquier afección: bisturí quirúrgico

En cuanto a la técnica con bisturí quirúrgico, puede ser implementada para tratar cualquier tipo de afección o condición (20).

2.2.5.7. El procedimiento

2.2.5.7. 1 Tiempo estimado del procedimiento

Dependiendo de la cantidad de tejido que se necesita extraer de las encías, la cirugía demora entre 30 y 60 minutos. En cuanto a la cantidad de sesiones, usualmente el especialista divide la operación en etapas. Con el fin de cumplir con la eliminación completa y la remodelación de la encía.

2.2.5.7. 2 Intervención en encía

Luego, con la herramienta seleccionada (bisturí, electrodo, o láser) se hace una pequeña incisión para cortar pedazos de tejido de la encía.

2.3 Gingivoplastia.

2.3.1 Definición.

Después de eliminar el tejido gingival en función de la técnica elegida, se procede a remodelar fisiológicamente la superficie de la encía, con el propósito de volver a contornear la encía en la ausencia de bolsas. Para esto se usa la electrocirugía y el láser.

Gingivoplastia: remodelación quirúrgica de la encía; para crear gingiva fisiológica, con el único propósito de recontornear la encía en ausencia de bolsas (8). “La gingivoplastia es un procedimiento que se diferencia de la gingivectomía por la finalidad y consiste en el remodelado de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos con el propósito de volver a contornear la encía en ausencia de las bolsas periodontales, en la mayoría de las ocasiones es complementaria de la gingivectomía” (22).

2.4 Contraindicaciones de la gingivectomía.

2.4.1 Locales:

- (a) Encía insertada, estrecha o inexistente.
- (b) Bolsas óseas (intra-alveolares).
- (c) Engrosamientos óseos marginales con riesgo de exposición.

- (d) Cuando se requiere de injerto óseo o remodelado óseo.
- (e) Presencia de infecciones en fase aguda.

2.4.2 Generales:

- (a) Diabetes no controlada
- (b) Paciente con anticoagulantes
- (c) Paciente con bifosfonatos

2.5 Cicatrización de las heridas por la gingivectomía

La cicatrización deberá considerarse compuesta de varios elementos estrechamente relacionados, especialmente epitelización, vascularización, contracción y reparación del tejido conectivo y tejidos especializados. Siendo la reparación del tejido conectivo la de mayor importancia en este proceso, parecería estar relacionada con otros componentes de la reparación (23). La herida abierta se cubre siempre con apósito periodontal. El apósito reduce los dolores durante los primeros días tras la cirugía. Por regla general un apósito se mantiene durante 7 a 10 días. Si la reepitelización es lenta se suele colocar otro apósito durante varios días tras el control de la herida.

La respuesta inicial después de la gingivectomía es la formación de un coágulo protector en la superficie. Después de 12 a 24 horas empiezan a migrar células epiteliales en los márgenes de la herida sobre el tejido de granulación, separándolo de la capa superficial del coágulo. La actividad epitelial en los márgenes alcanza un pico

en 24 a 36 horas. Surgen nuevas células epiteliales de la capa basal y las capas espinosas más profundas del epitelio del borde de la herida y migran sobre la herida, sobre una capa de fibrina que después se reabsorbe y reemplaza con una cama de tejido conectivo (16).

A las 24 horas hay un aumento en las células nuevas de tejido conectivo, sobre todo angioblastos, justo por debajo de la capa superficial de inflamación y necrosis; para el tercer día hay numerosos fibroblastos jóvenes el área. El tejido de granulación con alta vascularidad crece en sentido coronal, creando un nuevo margen y surco gingival libre. Los capilares derivados de los vasos sanguíneos del ligamento periodontal migran hacia el tejido de granulación, y en dos semanas, se conectan con vasos gingivales (16).

Después de 5 a 14 días, por lo general se completa la re-epitelización de la superficie. Durante las 4 semanas después de la gingivectomía, la queratinización es menor que antes de la cirugía. La reparación epitelial completa toma casi un mes.

Empieza a disminuir la vasodilatación y vascularidad después del cuarto día de cicatrización y parece casi normal para el día 16. La reparación completa del tejido tisular toma alrededor de 7 semanas (16).

Aunque los cambios que ocurren en el tejido en la cicatrización posterior a la gingivectomía son los mismos en todos los individuos, el tiempo requerido para que se complete la cicatrización varía de forma considerable, dependiendo del área de corte de la superficie y la interferencia de la irritación o infección local.

2.6 Fotos referenciales de la gingivectomía y su cicatrización



Figura 1. *Fotografías clínica inicial antes de la fase de higienización (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)*



Figura 2. *Arcada inferior después de la fase de higiene. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)*



Figura 3. *Hiperplasia gingival pseudobolsas. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16)*



Figura 4. Anestesia, técnicas del fondo del vestíbulo (en ramas terminales) e intra-septal (entre las papilas) (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16)



Figura 5. Marcado de los puntos sangrantes y delimitación del fondo de la bolsa. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).

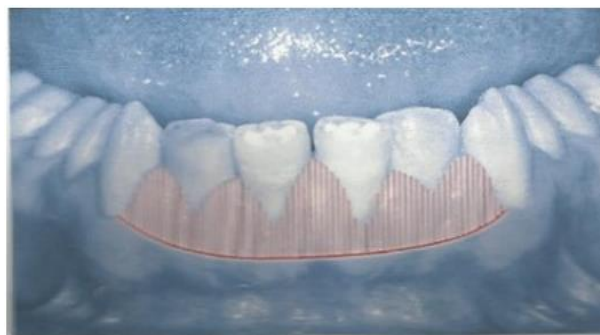


Figura 6. Planificación de la GE/GP, en este caso no hay hiperplasia en la zona lingual, por lo que únicamente se efectuará la gingivectomía por la cara vestibular. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 7. Corte biselado continuo con el bisturí de Kirkland, no se sobrepasa el límite mucogingival. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 8. Empleo del bisturí papilar, ayuda a separar el tejido de su base de manera limpia (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 9. Extracción del tejido escindido, es posible que aún queden algunas uniones que se deban cortar con el bisturí papilar. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 10. Tejido extirpado, suele extraerse en una pieza, y si se conoce la etiología no se le hace análisis histológico (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 11. Raspado y alisado con visibilidad directa, esta es la parte más importante del tratamiento debido a que se puede ver de manera más clara la placa o cálculo que exista de manera subgingival y así crear una superficie bioaceptable para la nueva encía. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 12. Herida después de la limpieza dental, se visualiza un canto que habrá que suavizar para disminuir la retención de placa. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 13. *Suavizado de los cantos, se realiza con electrobisturí o láser, y se redondea con el extremo circular del electrótomo (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).*



Figura 14. *Limpieza de la herida, el tejido carbonizado se raspa con el bisturí de orban, con lo que se redondea aún más el canto. Esta corrección se extiende hasta los primeros premolares. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).*



Figura 15. *Situación inmediata después de la GE/GP, la intervención crea una herida extensa en la que se requiere de una colocación de un apósito. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia: Masson; 2005) (16).*

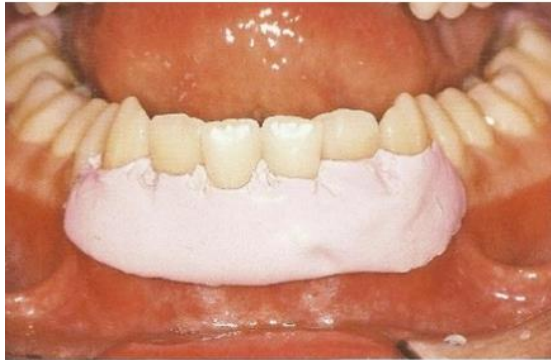


Figura 16. Apósito sobre la herida, el apósito no debe recubrir la mucosa móvil. Se mantiene sobre la herida de 7-10 días. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 17. Retirada del apósito y limpieza de dientes una semana después, se lleva a cabo una limpieza con una copa de goma y pasta abrasiva muy fina. La superficie de la herida se lava con H₂O₂ al 3%. El paciente puede reanudar su higiene oral de manera cuidadosa (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 18. Situación luego de 6 meses, la encía se encuentra fisiológica y sin rastro de inflamación. Aunque entre las papilas de las U.D 41, 42, 43 se halla una mínima recidiva de la hiperplasia inicial. (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 19. *Situación antes del tratamiento inicial.* (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).



Figura 20. *Situación siete años después de la conclusión del tratamiento.* (Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak. *Periodoncia: Masson; 2005*) (16).

2.4 Bases Legales

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del 1999 reconoce a la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, quedando superada la concepción de la salud solo como enfermedad (24).

El artículo 83 establece que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá

y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”

La bioética, como toda disciplina del quehacer humano, se fundamenta en el bien y hacia el tiende constantemente, por lo tanto, para comprenderla, es necesario analizar esa fuente de la cual se alimenta a través de sus cuatro raíces principales denominadas: principios de beneficencia, de no-maleficencia, de autonomía y de justicia.

Los principios bioéticos de la profesión odontológica en Venezuela, tal como lo señala la Ley del Ejercicio Profesional de la Odontología están contemplados en el Código de odontología (25). Artículo 17. “Al ofrecer sus servicios profesionales, el Odontólogo deberá acatar las disposiciones que sobre el anuncio público de servicios odontológicos se establezca en el Colegio de Deontología Odontológica”.

El Código de Deontología se declara de aceptación obligatoria para todos los Profesionales de la Odontología autorizados según el Artículo 4º de la Ley de Ejercicio de la Odontología; sus infracciones serán conocidas y sancionadas en primera instancia por los Tribunales Disciplinarios de los Colegios Regionales, de cuyas decisiones podrá apelarse en sucesivas instancias el Tribunal Disciplinario Nacional, la Junta Directiva Nacional y demás organismos de alzada previstos en el ordenamiento legal vigente (25).

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su

proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

2.5 Definición de Términos Básicos.

2.5.1 Anamnesis

La anamnesis y el examen clínico son las funciones clave de los médicos para revelar los problemas de salud de sus pacientes. La correcta evaluación y transferencia de esta información son las condiciones previas para un diagnóstico y una terapia específicos y económicos. El traspaso se puede realizar de forma oral, en forma escrita analógica o digital. El examen y la documentación deben realizarse en el orden especificado para cada paciente para evitar errores. (26)

2.5.2 Bisturí

Llamado lanceta o cuchillo de cirujano, es un instrumento en forma de cuchillo pequeño, de hoja fina, puntiaguda, de uno o dos cortes, que se usa en procedimientos de cirugía, disecciones anatómicas y autopsias.

El bisturí es un instrumento médico utilizado, sobretodo, en cirugía. Formado por un mango y una cuchilla, el bisturí se utiliza para hacer incisiones más o menos profundas. Hay diferentes tipos de bisturí: el bisturí metálico esterilizable, el de plástico desechable o el bisturí eléctrico. Dependiendo de las necesidades del cirujano, las cuchillas también son diferentes. Hay hojas rectas, curvadas o en forma de hoz. Todos están perfectamente afilados. El bisturí no se debe confundir con el escalpelo, que es una herramienta que se utiliza para la disección (27).

2.5.3 Bolsa periodontal

Es el resultado de la inflamación y destrucción paulatina de los tejidos que sostienen el diente (encías, ligamentos y tejido óseo de la mandíbula o el maxilar) a lo largo del surco que separa entre la pieza dental y el periodonto. Todo comienza cuando las bacterias producen factores de virulencia (Ej.: lipopolisacarido-LPS, ácido lipoteicoico) y estos entran en contacto con las células del epitelio del surco pero es en especial atención, las células del epitelio de unión (EU) las que producen defensinas y citoquinas pro-inflamatorias (28).

2.5.4. Electro-bisturí

Es un aparato que emana corriente de alta frecuencia, completamente rectificada, para incidir, coagular, fulgurar o disecar tejidos, en la cual se pueden realizar incisiones estériles mientras se sellan los vasos sanguíneos y linfáticos del tejido; existen así dos modalidades electroquirúrgicas de uso común: monopolar y bipolar, donde ambos modos pueden lograr el corte y la coagulación del tejido; sin embargo, el modo monopolar es más eficaz que el bipolar para la acción de corte (29).

2.5.5 Incisión

Corte hecho en un cuerpo o una superficie con un instrumento cortante o agudo. Existen dos técnicas de incisión, la continua y la discontinua con biselamiento a 45° con relación a la superficie dentaria en ambos casos. El bisel puede ser externo cuando la gingivectomía se encuentra asociada con la gingivoplastia como en la cirugía de una hipertrofia gingival que se encuentra inducida por fármacos, estas técnicas tienen como objetivo delimitar y reproducir la forma festoneada que presenta la encía (3).

2.5.5 Periodonto

El periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente (encía, ligamento periodontal, cemento, hueso alveolar). Se divide (en dos partes: la encía, cuya función principal es proteger los tejidos subyacentes, y el aparato de inserción,

compuesto de ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Se considera que el cemento es parte del periodonto dado que, junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras del ligamento periodontal. El periodonto está sometido a variaciones funcionales y morfológicas, así como a cambios relacionados con la edad. Esta sección incluye las características normales de los tejidos periodontales. Conjunto de tejidos que rodea y soporta los dientes. Estos tejidos son la encía, el ligamento periodontal, el hueso alveolar y el cemento radicular (30).

2.6 Cuadro 1 Operacionalización de variables.

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores / Criterios
Describir la importancia de la gingivectomía en los biotipos gingivales gruesos como un procedimiento quirúrgico para realizar en la asignatura clínica integral de la universidad José Antonio Páez.	Gingivectomía Biotipos gingivales gruesos	1. Estética 2. Patología	1. Sonrisa gingival 2. Hiperplasia gingival 3. Irreversible inducida por medicamentos 4. infecciosa
Especificar el procedimiento de la gingivectomía como tratamiento en el manejo de patologías. Casos estéticos.	Procedimiento de la técnica quirúrgica	1. Fase pre quirúrgica 2. Fase quirúrgica o Procedimiento	1. Fase pre quirúrgica 2. Incisiones 3. Instrumental 4. Datos generales 5. Imágenes intraorales 6. Fase quirúrgica o Procedimiento 7. Indicaciones postoperatorias
Comparar el manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos patológicos como en casos estéticos.	Manejo previo a la Técnica quirúrgica	Corrección	Diagnóstico preoperatorio
		Eliminación	Bolsas periodontales, Hiperplasia fibrosa o Inducidos por fármacos Sonrisa gingival
		Transformación	Márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal

Fuente: Peñalver y Gómez. 2022

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo estuvo orientado al tipo de investigación documental debido a que se nutre de conocimientos bibliográficos de estudios ya realizados y de información recopilada en los mismos. En cuanto al tipo de investigación documental: Los datos se recogieron de fuentes indirectas: documentos de diversa índole, elaborados o procesados con anterioridad al trabajo. Las fuentes documentales son muy variadas; orales, escritas, fonográficas, electrónicas, manifestaciones artísticas y culturales. El investigador debe de tener dominio de las técnicas de comprensión lectora (ideas Principales) y de trabajo intelectual (subrayado, resumen, análisis críticos, y síntesis) a objeto de platear ideas con mayor propiedad sobre los aspectos que analiza o investiga.

3.2 Diseño de la Investigación

El siguiente diseño de investigación es bibliográfico por tanto se examinan fuentes secundarias, por tanto, los datos ya han sido recolectados en otras investigaciones, son conocidos a través de informes o textos correspondientes y son llamados datos secundarios.

3.3 Población y Muestra

Para el desarrollo del presente estudio, se consideró como población como población base de datos científicas médicas de acceso online Scielo, PubMed, Europe PubMed Central, LILACs, Documed. Para llevar a cabo este estudio se consideró una investigación más profunda acerca de la gingivectomía como procedimiento periodontal quirúrgico.

3.4 Criterios de Inclusión

Artículos de investigación o de revisión publicados en las bases de datos preestablecidas por internet tales como: Scielo, Google Scholar, PubMed, Europe PubMed Central, LILACs, Documed Cochrane, Elsevier, entre otros. Que presenten resumen, Introducción, material y método, resultados y discusión criterio que identifica a los trabajos científicos de los que no lo son. Que contengan datos del tema base, los descriptores utilizados fueron Gingivectomía, Biotipos Gingivales Gruesos, Clínica Integral. Haber sido publicados en la última década (2012-2022).

3.5 Criterios de Exclusión

No estar en el rango de publicación 2012-2022.

Artículos de investigación no relacionados con la temática en investigación.

3.6 Delimitación.

Periodo: 10 años (2012-2022)

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

En el siguiente trabajo de investigación se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos:

Observación documental no participante los instrumentos utilizados son archivos electrónicos, material hemerográfico (Revistas científicas). La técnica de observación documental constituye la vía más despejada de obtener datos sobre ellos, sin embargo, no siempre es posible efectuarla porque se requiere, primero, la existencia del fenómeno para el momento de la observación y segundo, la coincidencia del observador con el momento exacto de producción del hecho si no fuera posible observarlo, seguramente el fenómeno dejó huellas y estas deben reflejarse en cualquiera de las diversas formas documentales que existen, su análisis da lugar a la observación documental.

Se consideran que la selección y evaluación del material disponibles requiere: conocimiento previo, tanto del problema que se investiga como de los lugares donde posiblemente se encuentra el material ciertamente valioso. De allí que la selección y evaluación exige una lectura exploratoria y un cala de la documentación existente a fin de ubicar la información necesaria para la comprobación de las hipótesis planteadas. En cuanto se refiere a los instrumentos de recolección, medios materiales de que se vale el investigador para registrar la información, se utilizaran los típicos de la investigación

documental, es decir, fichas bibliográficas y de contenido, así como memorias portátiles para el almacenamiento digital de los documentos electrónicos recopilados.

3.9 Técnicas de Análisis de Datos

En la presente investigación para el análisis de datos se utilizó la técnica del análisis documental. De acuerdo con Hurtado y Toro (31) “El propósito del análisis es aplicar un conjunto de estrategias y técnicas que le permiten al investigador obtener el conocimiento que estaba buscando, a partir del adecuado tratamiento de los datos recogidos.”

Con una lectura general de los textos, se empezara la búsqueda y observación de los hechos presentes en los materiales escritos consultados que son de interés para esta investigación. Esta lectura inicial, será seguida de varias lecturas más detenidas y rigurosas de textos, a fin de captar sus planteamientos esenciales y aspectos lógicos de sus contenidos y propuestas, a propósito de extraer datos bibliográficos útiles para el estudio que se está realizando.

La presentación de la técnica de análisis resumida de un texto, permitió dar cuenta, de manera fiel y en síntesis, acerca de las ideas básicas que contienen las obras consultadas. Importa destacar, que la técnica de presentación resumida asume un importante papel, en la construcción de los contenidos teóricos de la investigación; así como en lo relativo a los resultados de otras investigaciones que se han realizado en relación al tema y los antecedentes del mismo. La ficha bibliográfica es un instrumento de investigación documental y de campo en el que se anotan, atendiendo a un orden y forma preestablecidos, los datos de una obra (libro, folleto, artículo de revista, entre otras.) ya publicada, para

poderla identificar y distinguir de otras o de sus diferentes ediciones. La Ficha hemerográfica (de un artículo de revista) (32).

3.10 Fases Metodológicas.

Es importante señalar, que para la elaboración de la presente investigación, se tomaron en consideración tres (03) fases metodológicas, las cuales se desarrollaron en base a los objetivos específicos planteados, detallados seguidamente:

3.10.1 Fase I: Gingivectomía en los biotipos gingivales gruesos como un procedimiento quirúrgico para realizar en la asignatura clínica integral de la universidad José Antonio Páez.

Para dar cumplimiento a la primera fase se realizó una descripción del concepto de la gingivectomía en los biotipos gingivales gruesos. Posteriormente se describió la importancia tanto para los estudiantes, la comunidad como para la universidad.

3.10.2 Fase II: Procedimiento de la gingivectomía como tratamiento en el manejo de patologías y casos estéticos.

Para dar cumplimiento a la segunda fase se especificó la Fase prequirúrgica, el Instrumental utilizado en gingivectomía, materiales: y la Fase quirúrgica o Procedimiento.

3.10.3 Fase III: Manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos patológicos como en casos estéticos.

Para dar cumplimiento a la tercera Fase se elaboró un cuadro comparativo donde se visualizan las diferencias del manejo preliminar de la cirugía.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de los Resultados

Este capítulo se presenta posterior a la aplicación del instrumento y finalizada la recolección de los datos, donde se procedió a realizar el análisis para dar respuesta a las interrogantes de la investigación.

De acuerdo con Hurtado y Toro (28) “El propósito del análisis es aplicar un conjunto de estrategias y técnicas que le permiten al investigador obtener el conocimiento que estaba buscando, a partir del adecuado tratamiento de los datos recogidos.”

4.2 Presentación y análisis de los resultados

Se presenta a continuación la información recolectada, con la aplicación de los instrumentos a las unidades de análisis estudiadas como se mencionó anteriormente con el fin de presentar las fases de la investigación.

Fase I

4.2 1 Gingivectomía en los biotipos gingivales gruesos como un procedimiento quirúrgico para realizar en la asignatura clínica integral de la Universidad José Antonio Páez

4.2.1 1 Biotipo

Es el conjunto de órganos que conforman el mismo genotipo determinado (33).

4.2.1.2 Fenotipo

Características visibles de un órgano basadas en una conformación múltiples factores de rasgos genéticos y elementos ambientales, su término incluye el biotipo (el fenotipo es una descripción del genotipo en salud y la expresión en cada tipo de patología) (34).

4.2.1.3 Genotipo

Es el conjunto de genes característicos para cada especie que viene codificado en un formato del ADN. Normalmente cada especie tiene numerosas variables o polimorfismos que son determinantes en los perfiles genéticos. El mecanismo de regulación en la expresión de genes puede traducirse en diferentes fenotipos de salud y fenotipos de enfermedad (35).

4.2.1.4 Características de Biotipo Periodontal

El Biotipo demuestra una dimensión que puede variar con el tiempo según los elementos ambientales y la acción clínica, y puede ser específica del lugar (el fenotipo puede variarse, el genotipo no. Un Biotipo periodontal se caracteriza por el fenotipo gingival (grosor gingival, ancho del tejido queratinizado, y el morfotipo óseo, que es la demostración visible en el grosor de la tabla ósea vestibular) (35).

Existen otros factores que pueden influir en la existencia de dicha asociación; la mala higiene oral, la gingivitis, un biotipo gingival fino, además de la inclinación hacia vestibular de los incisivos es probable que produzca cierto grado de recesión gingival, todos los casos que necesitan tratamiento ortodrómico, deben empezar con un diagnóstico periodontal (36).

4.2.1.5 Biotipos Gingivales

4.2.1.5.1 Definiciones para un biotipo periodontal

La Dimensión biológica es el conjunto tisular formado por la longitud del epitelio de unión y el tejido conectivo supracrestal que por naturaleza se desarrolla alrededor de la superficie sana de los dientes y se reestablece en los implantes dentales (35).

Las definiciones de Biotipo, Morfotipo periodontal o el fenotipo periodontal conforman morfotipos de hueso, apariencia de los dientes, características morfológicas de la encía y el periodonto. La palabra Biotipo periodontal fue descrita

por Seibert y Lindhe para describir las características morfológicas del periodonto (35).

4.2.1.5.2 Biotipos periodontales

Un biotipo es la expresión fenotípica de una estructura biológica, tal como son las proporciones del complejo diente-periodonto. Por la perfección de sus caracteres, un biotipo periodontal es la forma típica que puede considerarse un modelo representativo de una especie, variedad o raza, tal como sucede en los promedios del grosor biológico que dan la armonía estética a una dentición (Figura 21).

		Biotipos	
		Grueso	Delgado
Convexidad cervical		Nítida	Ligera
Punto de contacto interdental		Más apical	Más incisal
Área de contacto interdental		Mayor	Menor

Figura 21. *Biotipos (pp. 31-33) (51)(34)*

- (a) Clase I: Hueso grueso; encía gruesa.
- (b) Clase II: Hueso grueso; encía fina.
- (c) Clase III: Hueso fino; encía gruesa.
- (d) Clase IV: Hueso fino; encía fina.

Los biotipos periodontales (5) pueden ser de dos tipos principalmente (Figura 22):

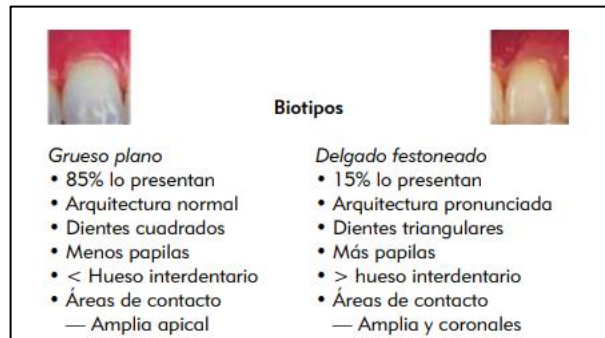


Figura 22. *Biotipos periodontales.* (5)(p.18)(52)(37)

- (a) Festoneado-fino (de mayor impacto estético)
- (b) Plano-grueso

Una forma larga-estrecha de la corona de los incisivos centrales (biotipo estrecho «N» «Narrow») muestra una encía marginal fina, una zona estrecha de la encía insertada, y una altura más amplia de las papilas interdentes. Una forma de la corona corta-ancha (biotipo ancho «W» «Width») muestra una encía marginal más gruesa, una zona más amplia del tejido queratinizado fino y una altura más baja de las papilas interdentes (38).

- (a) Biotipo delgado (largo y angosto) («Narrow»)
- (b) Biotipo grueso (corto y ancho) («Width») (p.26)

Existe una diversa clasificación en la literatura de acuerdo con el biotipo periodontal.

Actualmente la clasificación se distinguen tres grupos: (39).

- (a) Biotipo A1: Fino-festoneado.

(b) Biotipo A2: Espeso- festoneado.

(c) Biotipo B: Plano- Espeso.

Es indispensable determinar el biotipo periodontal del paciente, ya que esto determinará la técnica quirúrgica a utilizar, de forma que resulte beneficioso para los tejidos al momento cicatrizar.

Gingivectomía: que es una técnica quirúrgica en la que se elimina todo el tejido gingival dañado ya sea a nivel de la encía libre o la insertada; y se la realiza en agrandamientos gingivales, en bolsas falsas producidas por inflamación gingival y eliminación de bolsas periodontales que no presentan compromiso óseo (40).

Un factor importante que se debe tener en cuenta es el biotipo periodontal, para así tener las consideraciones pre, peri y postquirúrgicas que de ello se derivan. Existen varias clasificaciones del periodonto. Se lo divide en dos formas básicas en cuanto al grosor: el biotipo periodontal fino y el biotipo periodontal grueso o aplanado (41).

El biotipo fino se caracteriza por tener márgenes gingivales finos y festoneados, papilas altas y estrechas, hueso fino y festoneado, coronas largas y triangulares, con puntos de contacto finos y raíces convexas y prominentes. El biotipo fino va acompañado de una menor dimensión en sentido apicocoronal de la unión dentogingival, y una mayor reabsorción ósea postquirúrgica (5).

El biotipo grueso se caracteriza por tener márgenes gingivales gruesos y poco festoneados, coronas cortas y cuadradas con puntos de contacto anchos, raíces o contornos radiculares aplanados y hueso prominente. El biotipo grueso presenta una

mayor dimensión en sentido apicocoronal de la unión dentogingival, y una menor reabsorción ósea postquirúrgica. Por ello, se concluye que cuando se interviene sobre un biotipo periodontal fino, el clínico debe adoptar una técnica más conservadora que cuando se enfrenta a un biotipo periodontal grueso (41).

Desde el punto de vista del espesor del periodonto, existen las 4 posibilidades siguientes: encía de dimensión normal o gruesa, hueso normal o grueso, hueso escaso, encía de espesor fino, hueso normal o grueso, encía de espesor fino, hueso escaso.

En el caso de un periodonto fino, la violación del espacio biológico en vestibular podrá causar una recesión del tejido blando marginal. En el caso de un periodonto grueso, puede aparecer una bolsa infraósea y un defecto óseo vertical. En el caso de un periodonto “resistente” (grueso, fibroso), la respuesta a la invasión del espacio biológico puede ser una hiperplasia de la encía (5).

El término gingivectomía significa resección de la encía. Ésta consiste fundamentalmente en eliminar todo el tejido patológico, es decir, retirar la pared blanda de la bolsa/pseudobolsa quirúrgicamente. Con este procedimiento además se puede lograr accesibilidad a la superficie radicular, para así tener mayor visibilidad y acceso para la eliminación completa de los cálculos y el alisado minucioso de las raíces. A ésta también se le denomina: cirugía excisional (Fig.23).

Actualmente se emplea para el tratamiento de: hiperplasia o crecimiento de la encía por medicamentos, fibrosis de la misma, bolsas supra-óseas y para mejorar el acceso en técnicas restauradoras que invaden el espacio sub-gingival.

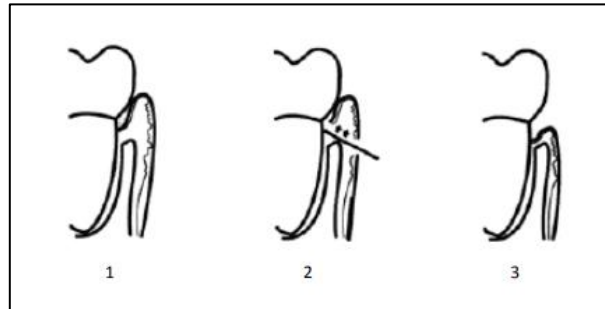


Figura 23. *Cirugía excisional (1. Antes de la cirugía, 2. Escisión quirúrgica, 3. Cicatrización) (60)(42)*

4.2.1.5.3 Sonrisa gingival

Una sonrisa gingival se describe como la sobreexposición de la encía maxilar, mayor a 3 mm (27,28). Puede tener su etiología relacionada con el crecimiento excesivo de la encía, la gingivitis, el agrandamiento gingival inducido por fármacos y erupción pasiva alterada de los dientes, la hiperactividad del labio superior, el crecimiento óseo vertical excesivo del maxilar o un labio superior corto (42,43).

La sonrisa gingival es una deformidad que se caracteriza por enseñar en exceso la encía superior al sonreír. Es decir, se produce cuando las proporciones e dientes, encía y maxilar superior no están en armonía. Según el tamaño de la encía que se muestra, existen diversos niveles de severidad de la sonrisa gingival: Leve: cuando se muestran entre dos y cuatro milímetros de encía. Moderada: cuando se muestran de cuatro o seis milímetros de encía al sonreír. Severa: cuando se muestran más de seis milímetros de encía al sonreír.

4.2.1.5.4 Causas de la sonrisa gingival o por qué se produce

Las causas de la sonrisa gingival son una serie de factores que actúan de forma conjunta. Destacan, entre otros:

- (a) Tener los dientes demasiado pequeños
- (b) Exceso de encías
- (c) Músculo elevador del labio superior demasiado desarrollado
- (d) Crecimiento excesivo del maxilar superior
- (e) Desgaste de los dientes que haya descompensado la proporción entre diente y encía (45,46).

Epidemiológicamente engloba el 26% de la población global y el 10% de los adultos jóvenes comprendidos entre los veinte y treinta años, a la vez que prevalece en el sexo femenino y desaparece con los años debido a una progresiva pérdida muscular de los labios (45,46).

Fase 2

4.2.2 Procedimiento quirúrgico periodontal de la gingivectomía como protocolo en el manejo de patologías y la estética

4.2.2. 1Procedimiento de la técnica quirúrgica

Fases del tratamiento. Fase sistémica: Recolección de datos, enfermedades concomitantes, medicamentos prescritos, en si elaborando una historia clínica impecable. Fase inicial/higiénica: Educación sanitaria para adoptar conocimientos sobre higiene bucal con el uso de enjuagues e hilo dental enfatizando la importancia de este para el éxito de su tratamiento, se solicita a su médico de cabecera cambio de fármacos, se realizan tartrectomías si se necesitan y tomas de rayos x si llegara a tener pérdidas óseas Fase correctiva quirúrgica: Retiro del tejido gingival patológico, aplicando técnicas de gingivectomía y gingivoplastia para regresar el contorno natural y estético de la encía. Fase de soporte periodontal: Realizar 6 meses de seguimiento clínico en consulta para examinar mensualmente su desarrollo. Verificando que no consta con recidiva de hiperplasia gingival (47).

4.2.2 2Fases

4.2.2.2.1 Fase pre quirúrgica

- (a) Incisiones**
- (b) Instrumental**

4.2.2.2 .2 Instrumental gingivectomía

El instrumental que requeriremos para este tipo de cirugía es el siguiente:

1. Espejo, sonda y pinza.
2. Sonda periodontal.
3. Pinza de Crane Kaplan.
4. Bisturí mango Brad Parker.

5. Bisturí Kirkland.
6. Tijeras de cirugía.
7. Curetas de Gracey.
8. Loleta y espátula.
9. Eyector y hemosuctor.
10. Instrumentos de afilado.
11. Datos generales
12. Imágenes intraorales.
13. Bisturí quirúrgico.
14. Láser Er:YAG, Er YAG : Erblio-itrio-aluminio-granate.
15. Láser de CO2, Dióxido de carbono.
16. Fresas de cerámica.
17. Dispositivos de electrocauterio.
18. Láseres de diodo.



Figura 24. *Fotografías de materiales empleados en la cirugía, al ser gingivectomia con gingivoplastia por agrandamiento no necesitamos legbras (10).*

Materiales:

1. Apósito periodontal (Cemento quirúrgico).
2. Vaselina

4.2.2.2.3 Fase quirúrgica o Procedimiento

4.2.2.2.3 .1 Análisis estético de la sonrisa

Análisis estético de la sonrisa para determinar la cantidad de encía sobrante.

El procedimiento es indoloro, gracias a que se ejecuta bajo anestesia local. Consta de los siguientes pasos:

1. Con una sonda periodontal, se determina la profundidad de la bolsa periodontal.

(Figura 25)

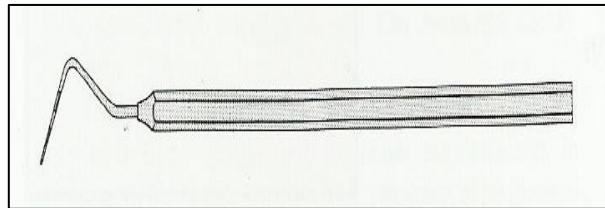


Figura 25. *Sonda periodontal. (20).*

2. Se señala la línea donde se va a practicar la incisión a través de una sonda periodontal o con un mock-up (estudio y encerado previo).
3. Con un bisturí se realiza la incisión sobre la línea marcada, comenzando desde apical hasta los puntos marcados.
4. Se procede a eliminar los tejidos sobrantes con un bisturí.

5. Suavizado de los tejidos gingivales con un instrumento rotativo.
6. Por último, se protege la zona operada con un cemento quirúrgico que evite problemas postoperatorios.

4.2.2.3 Fin terapéutico de la Gingivectomía

Tiene como fin remodelar la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales. La gingivectomía elimina agrandamientos gingivales. Los dentistas generales con entrenamiento en cirugía periodontal, son capaces de realizar el procedimiento. No obstante, lo ideal es que sea hecho por un periodoncista, ya que esta es la especialidad apropiada. Un periodoncista ha sido capacitado, especialmente, para el tratamiento de encías y todas las patologías relacionadas a ella. Extirpación quirúrgica de la encía a nivel de su lugar de adhesión, creando así encía marginal nueva; se emplea para eliminar sacos gingivales o periodontales, o para proporcionar un abordaje para intervenciones quirúrgicas extensas y para lograr el acceso necesario para extraer cálculos del interior del saco. (Dorland, 28a ed) (48)

4.2.2.4 Procedimiento:

Según el Manual de procedimientos clínicos odontológicos del Salvador (49).

1. Enjuague con gluconato de clorhexidina al 0.12%.
2. Aplicar anestesia local infiltrativa o de bloqueo.

3. Identificar y marcar los fondos de la bolsa por medio de sonda periodontal los puntos sangrantes sirven de orientación para la incisión
4. Hacer incisión con biselado a 45 grados siguiendo el festoneado de la encía.
5. Remover la pared de la bolsa cortada y eliminar tejido de granulación, cálculo y cemento necrótico.
6. Dar indicaciones post operatorias.
7. Dar cita posterior para reevaluación.

4.2.2.5 ¿Cuál es el mejor procedimiento?

El mejor procedimiento depende del nivel de complejidad presente en la condición particular de cada paciente. Adicional a todos los factores de diagnóstico, también entra el juego el presupuesto de cada individuo. En consecuencia, las técnicas suelen seleccionarse, conjuntamente, entre el paciente y el especialista. Claro que, es posible que se excluyan algunas opciones dependiendo de la condición a resolver. Por ejemplo:

4.2.2.6 Para condiciones leves: electrocirugía

Cuando se utiliza la electrocirugía para una resección profunda cerca del hueso, puede causar necrosis, pérdida de altura del hueso, movilidad dental, entre otros. Situación que no ocurre con el uso de bisturíes periodontales o láseres. En este marco, comúnmente, las gingivectomías electro-quirúrgicas, se limitan a procedimientos superficiales. La electrocirugía no se puede utilizar en pacientes con un marcapasos cardíaco no compatible, o mal blindado.

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, (50).

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 (30).

La gingivectomia es simple y rápido pero puede causar molestias al paciente y hemorragias postoperatorias. En el caso reportado en el presente artículo se obtuvo electro bisturí como alternativa de tratamiento para producir una actividad coagulante simultáneamente, previniendo así las hemorragias Posterior a la cirugía (51).

Se basa en la aplicación de una corriente de alta frecuencia oscilan entre 3.0 MHz a 4.0 MHz, totalmente rectificadas para cortar, coagular, electrocauterizar o disecar tejido obteniendo una incisión estéril mientras se sella los vasos sanguíneo y linfáticos, por lo que existen dos técnicas electro quirúrgicas comúnmente utilizadas: monopolar como bipolar, los cuales pueden crear el corte y la coagulación del tejido;

el monopolar realiza la acción de corte de manera más eficiente que el modo bipolar. (29).

4.2.2.7 Clasificación de la electrocirugía:

De esta forma, en el área clínica, las aplicaciones de la electrocirugía se dividen en:

1. Electrosección,
2. Electrocoagulación,
3. Electrodesecación y
4. Electrofulguración. Siendo la electrosección y electrocoagulación las técnicas más utilizadas en el área odontológica. La electrosección se refiere el efecto de cortar tejido; mientras que la electrocoagulación funciona deshidratando, coagulando las células y retardando el sangrado en la zona tratada (29).

4.2.2.8 Para agrandamiento gingival por medicamentos: láser

Por medio de un estudio, se encontró que en pacientes con agrandamiento de encías por el uso de medicamentos. La recurrencia fue mínima o se eliminó por completo, al haberla tratado con láser.

Al realizar una intervención quirúrgica, el instrumento de corte utilizado cobra especial importancia, pues el mismo está vinculado a los signos y síntomas intra- y posoperatorios y al tiempo de reparación de los tejidos. En respuesta a esto, con el tiempo se han propuesto nuevos instrumentos, particularmente la tecnología láser ha

venido sufriendo un avance rápido y significativo y en la actualidad se utiliza para un sinnúmero de tratamientos odontológicos. Al láser se le han atribuido diferentes ventajas en la cirugía estética periodontal desde facilitar el proceso de hemostasia, hasta la estimulación del proceso de reparación tisular. Sin embargo, es pertinente realizar estudios que demuestren a nivel histológico los cambios que generan en la mucosa oral y obtener información que permita conocer de qué manera influye en el proceso de reparación del tejido (52).

4.2.2.9 Para cualquier afección: bisturí quirúrgico

En cuanto a la técnica con bisturí quirúrgico, puede ser implementada para tratar cualquier tipo de afección o condición. Para realizar una gingivectomia se puede usar bisturí convencional, bisturí eléctrico, tijeras o instrumentos rotatorios de alta velocidad. Las nuevas como tecnología show the laser of CO2 and Nd Yag, brindan la posibilidad de realizar estos procedimientos con menor sangrado y más comodidad, aunque tienen la desventaja de ser muy costosos y no ser muy conocidos tanto por la sociedad (53).

4.2.2.10 Tiempo estimado del procedimiento

Dependiendo de la cantidad de tejido que se necesita extraer de las encías, la cirugía demora entre 30 y 60 minutos. En cuanto a la cantidad de sesiones, usualmente el

especialista divide la operación en etapas. Con el fin de cumplir con la eliminación completa y la remodelación de la encía.

(a) **Anestesia Local:** El especialista, tratará el sitio de la cirugía con un anestésico local.

(b) **Intervención en encía:** Luego, con la herramienta seleccionada (bisturí, electrodo, o láser) se hace una pequeña incisión para cortar pedazos de tejido de la encía.

(c) **Remodelado de encía:** Después de eliminar el tejido gingival, en función de la técnica elegida, se procede al remodelado de las encías. Por ejemplo, se usa el láser para vaporizar las áreas infectadas y moldear el contorno. Mientras que en la técnica de bisturí, el proceso se lleva a cabo con pinzas para cutículas. Finalmente, las encías quedan cubiertas con una pasta, similar a una masilla, y vendajes dentro de la boca, mientras se regeneran.

4.2.2.11 Indicaciones postoperatorias

Los días siguientes, es normal experimentar algo de sangrado o un poco de dolor en el área de la mandíbula. Se pueden comer alimentos blandos y beber líquidos fríos o ligeramente tibios, asegurándose de cambiar los vendajes regularmente. Durante la curación, se debe usar agua tibia con sal o una solución salina para mantener la boca limpia de bacterias. Para promover la curación, se debe suspender todo uso de tabaco.

Fumar o usar tabaco de mascar, reduce la capacidad de combatir la infección de las encías, retrasando la curación. Si las molestias duran más de dos semanas, será necesario comunicarse con el especialista, para que evalúe la situación.

4.2.2.12 Post operatorio inmediato

Es posible ir a casa de forma inmediata, ya que el procedimiento, normalmente, se lleva a cabo con anestesia local. Por lo que generalmente, es posible que el paciente conduzca por sí mismo hasta su casa. El dolor no aparece de forma inmediata, sino luego de unas horas cuando el efecto de la anestesia desaparece. No obstante, es suficiente tratarlo con un analgésico de venta libre como el paracetamol o ibuprofeno. Asimismo es posible que las encías sangren durante unos días, que es totalmente normal. Por lo general, se deben cambiar los vendajes hasta que el sangrado se detenga o hasta que el dentista indique que las encías pueden quedar expuestas nuevamente. Normalmente, los dentistas o asistentes de dentistas explican cómo cambiar los vendajes o apósitos antes de enviar el paciente a casa.

Fase 3

4.3 Manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos de patología y estética

Cuadro 2. Comparación del manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos de patología y estética

		Patologías	Estética.
Corrección	Diagnóstico preoperatorio	Definir la resolución de la patología base antes de la cirugía periodontal	Definir el contorno a remodelar
Eliminación	Bolsas periodontales, Hiperplasia fibrosa o Inducidos por fármacos Sonrisa gingival	Abordaje quirúrgico	Abordaje quirúrgico
Transformación	Márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal	Resultado final satisfactorio	Resultado final satisfactorio

Fuente: Peñalver y Gómez. 2022

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La importancia del procedimiento quirúrgico gingivectomía en biotipos gingivales gruesos en la asignatura de Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez radica en el hecho de que la implementación de dicha técnica conllevaría a la ampliación de conocimientos tanto teóricos como prácticos en la citada asignatura, disponiendo un cimiento de mayor importancia en la formación de odontólogos de ésta prestigiosa casa de estudios. Aunado a lo antes mencionado, se considera a su vez, la atención y resolución de un considerable número de pacientes que acuden a ésta institución y que no logran ser atendidos por la limitante en cuanto a la formación allí impartida.

Cabe destacar que, a partir de ésta investigación basados en el análisis documental de la información recopilada, la importancia del procedimiento quirúrgico gingivectomía en biotipos gingivales gruesos en la asignatura de Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, es vital, se pudo evidenciar ésta técnica como: bastante segura, sencilla, dónde la recuperación del paciente es rápida e indolora, aspectos que por demás garantizan el manejo y recuperación de éstos, es decir, es una técnica viable tanto para los estudiantes como para los mismos pacientes.

Por otra parte, en éste mundo moderno el conocimiento y el manejo del mismo marcan pautas fundamentales a la hora de definir perfiles, de orientar situaciones, la inmediatez con la que se puedan resolver nos invitan a estar preparados y a innovar, es allí donde destaca el presente trabajo, abriendo el abanico de posibilidades, procurando cambios positivos a la universidad, a los estudiantes y a los pacientes, donde cada vez la opción primordial sea servir al prójimo con amor, por convicción y con conocimientos.

Aunado a lo anteriormente expuesto, el prestigio, la relevancia el estatus que como institución tiene ganada la universidad José Antonio Páez debe seguir cultivándose a través de la innovación, modernización actualización y crecimiento ético en todas y cada una de las especialidades, en éste caso en particular la facultad de odontología específicamente en la asignatura Clínica Integral, asignatura fundamental en la formación de éstos especialistas del área de la salud, que cada día gana más terreno ya no solo en su esencia que es la salud bucal, sino que va más allá abarcando un tema milenario en el hombre como lo es lo estético.

Es indudable que los conocimientos y su filosofía destacan en generar nuevas ideas y saberes a partir de la investigación y reflexiones en función de mejorar, de crecer pero sobre todo que éstos sean para el servicio de la humanidad, que podamos siempre avanzar con el propósito de cada vez estar mejor, con principios éticos y valores que aporten el mayor bienestar a una colectividad y que eso se devuelva en salud que es una de las máximas prioridades para los seres humanos, con y en virtud de lo cual se realizó el presente trabajo.

5.2 Recomendaciones

1. Incluir la técnica de la gingivectomía como procedimiento quirúrgico-periodontal en los biotipos gingivales gruesos en la asignatura clínica integral de la Universidad José Antonio Páez
2. Tomar en cuenta la presente investigación, para analizar dicha inclusión
3. A partir del análisis del presente trabajo, elaborar una guía para la atención de los pacientes candidatos al procedimiento.
4. Resolver a los pacientes candidatos al procedimiento.
5. Comparar el manejo preliminar de la técnica de gingivectomía tanto en casos patológicos como en casos estéticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Peña Sisto, M, Clavería Clark, A. CASO CLÍNICO Corrección quirúrgica en una adolescente con hiperplasia gingival hereditaria. MEDISAN; [en línea] 2018 Abr. [citado 2022 Sep 24]; 22(4): 415-420. Disponible en: [URL:http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n4/san11224.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n4/san11224.pdf)
2. Huerta A, Luis J, Maesse E, Patrizio G, Huerta. Gingivectomía como tratamiento para la hiperplasia gingival inducida por ortodoncia. Reporte de caso clínico [internet] Revista Mexicana de Periodontología. [citado 2022 09] (1-2):18-20. Disponible en: URL: https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2019/mp191_2e.pdf
3. Ríos A. Técnica de incisión festoneada en gingivectomía estética [Trabajo de grado]. Universidad de Guayaquil. 2020. [citado 16 de agosto de 2022] Disponible en URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/>
4. Zambrano Sánchez. Gingivectomía, Tratamiento Estético Periodontal. Revisión de Literatura. [Trabajo de grado]. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, junio 2020. [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52148/1/3745ZAMBRANOalex.pdf>
5. Caballero Rivasplata A. Técnicas de Gingivoplastia/Gingivectomía, Aplicaciones. [Tesis de Titulación Profesional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.2011.130 p. [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21654/1/INFANTEana.pdf>

6. Benito M, Benito M, Linares M, Méndez G. Fibromatosis gingival hereditaria y periodontitis agresiva en adolescente Wayuú. Reporte de caso. Ciencia Odontológica [Internet] 2017 [citado 16 de agosto de 2022] 14 (2). Disponible en: URL: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/view/33779>
7. Brackman P, Kantarci A. Tejido conectivo metabolismo y gingival o vergrahora Reseñas Críticas en Oral Biología y Medicina. 2004; 15(3):165). p. 74. En: Ariza Martínez S, Herrera Herrera A, Díaz Caballero A. Gingivectomía como alternativa estética de la cirugía periodontal [Internet]. www.redalyc.org. [citado 2022 agosto 15]. Duazary, Junio de 2012, 9(1). Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/193/172>
8. Sánchez A. Gingivectomía y curetaje gingival. Alabama. Clínica Dental Laboral. [Internet] 2008 [citado el 16 de junio de 2022]; 9(1):24-8. p.73. En: Martínez A; Herrera A. Gingivectomía como alternativa estética de la cirugía periodontal. Duazary DUAZARIO, JUNIO DE 2012, vol. 9 N° 1. Disponible en: URL: https://redib.org/Record/oai_articulo630253-gingivectomia-como-alternativa-st%C3%A9tica-de-la-cirug%C3%ADa-periodontal
9. Castro E. repositorio.ug.edu.ec [Internet]. Agrandamiento gingival 2022. [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48396/1/3190CASTROerika.pdf>
10. Gómez Melgarejo DM. Gingivectomía con gingivoplastia en incisivos superiores. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2022 Jun 6 [cited 2022 Mayo 12]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/4129>

11. España-Tost AJ, Arnabat-Domínguez J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Aplicaciones del láser en Odontología. RCOE [Internet]. 2004 Oct [citado 2022 Sep 25]; 9(5): 497-511. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138123X2004000500002&lng=es
12. Herbert F. Wolf, Edith M, y Klaus H. Rateischak. Periodoncia. 3era Edición. Barcelona (España): Masson S.A. 2005. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/394474851/Periodoncia-Herbert-Wolf>
13. Rees TD, Levine RA. Systemic drugs as a risk factor for periodontal disease initiation and progression. Compend Contin Educ Dent. 1995; 16: 20-42. En: Zerón GVJA, Sautto TM. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos. Una visión genómica y genética. Revisión de la literatura. Rev Mex Periodontol [Internet]. www.medigraphic.com. [citado 2022 agosto 15]. 2016;7(1):25-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=212&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Periodontolog%Eda>
14. Lewis IK, Hanlon JT, Schmader KE et al. Use of medications with potential oral adverse drug interactions in community dwelling elderly. Spec Care Dentist. 1993; 13: 171-176. En: Zerón GVJA, Sautto TM. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos. Una visión genómica y genética. Revisión de la literatura. Rev Mex Periodontol [Internet]. www.medigraphic.com. [citado 2022 agosto 15]. 2016;7(1):25-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=212&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Periodontolog%Eda>
15. Salvador, M; Anchondon, A. tratamiento de agrandamiento, gingival en pacientes con aparatología en ortodoncia. UNITEC; Octubre 2015.p.5. En: Andrea Enríquez;

Pablo molano. Hiperplasia gingival en aparatos de ortodoncia. Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de ortodoncia y ontopediatria. 2017. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-7/>

16. Truque, E; Porras,B; Hiperplasia Gingival y Tratamiento Ortodónico: Caso Clínico Dental: p. 14. En: Andrea Enríquez; Pablo molano. Hiperplasia gingival en aparatos de ortodoncia. Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de ortodoncia y ontopediatria. 2017. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-7/>

17. Lewis IK, Hanlon JT, Schmader KE et al. Use of medications with potential oral adverse drug interactions in community dwelling elderly. Spec Care Dentist. 1993; 13: 171-176. En: Zerón GVJA, Sautto TM. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos. Una visión genómica y genética. Revisión de la literatura. Rev Mex Periodontol [Internet]. www.medigraphic.com. [citado 2022 agosto 15]. 2016;7(1):25-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=212&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Periodontolog%Eda>

18. Chale Yaringaño A. Tratamiento del agrandamiento gingival por reacción medicamentosa [Reporte clínico de segunda especialidad para optar el Título Profesional de Especialista en Periodoncia]. [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2017. [citado 2022 agosto 15]. Disponible en: URL: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5818>

19. Newman MG, Takei H, Klokkevold, P y Carranza, FA. PERIODONTOLOGIA CLINICA DE CARRANZA - Newman / Takei / Klokkevold / Carranza. [libro electrónico]. Venezuela: Amolca.com [Internet]. 2014. [Citado 23 de mayo de

2022]. Disponible en: <https://amolca.com/periodontologia-clinica-de-carranza-onceava-edicion>.

20. Sánchez Pérez A. Gingivectomia y curetaje gingival. Alabama. Clínica Dental Laboral. 2008; 9(1):24-8. p.73. En: Ariza Martínez S, Herrera Herrera A, Díaz Caballero A. Gingivectomia como alternativa estética de la cirugía periodontal [Internet]. www.redalyc.org. [citado 2022 agosto 15].. Duazary, Junio de 2012, 9(1). Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo630253-gingivectomia-como-alternativa-st%C3%A9ticade-la-cirug%C3%ADa-periodontal

21. Peeran, S. Thiruneervannan, M. Resear Gate Gingivectomy and Gingivoplasty. [Internet]. 42 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348678395_49_Gingivectomy_and_Gingivoplasty En: Ríos A. Técnica de incisión festoneada en gingivectomia estética [Trabajo de grado]. Universidad de Guayaquil. 2020. [citado 16 de agosto de 2022] Disponible en URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/>

22. Jackson F. Bioche-mical Studies of Connective tissus rep-pair. An. of New Y. Acad. of Scien. 86: a las Gingivectomias. En: Losano NTF de. Reparación y cicatrización gingival con posterioridad a las gingivectomias. [Trabajo correspondiente al tercer año de adscripción a la Cátedra de Estomatología y parodoncia]. Revista de la Facultad de Odontología [Internet]. 1968. [Citado 23 de mayo de 2022]. 20–9. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RevFacOdonto/article/view/28056/29310>

23. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. (30 de diciembre de 1999). [Citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/constitucion-de-la-republicabolivariana->

[de-venezuela-30-de-diciembre-1999/html/https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/constitucion-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela-30-de-diciembre-1999/html/](https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/constitucion-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela-30-de-diciembre-1999/html/)

24. Ley Ejercicio de la Odontología de 1970. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Caracas. . No 29.288. (lunes 10 de agosto de 1970). [Citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-del-ejercicio-de-la-odontologia/gdoc/>

25. Grüne S. Anamnese und körperliche Untersuchung [Anamnesis and clinical examination]. Dtsch Med Wochenschr. 2016 Jan; 141(1):24-7. German. doi: 10.1055/s-0041-106337. Epub 2015 Dec 28. PMID: 26710199. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-106337>

26. Gran Diccionario de la Lengua Española. [Internet]. 23th ed. (nd) 23.^a Edición (2014). Larousse Editorial, S.L Recuperado el 25 de septiembre de 2022. Disponible en: URL: <https://dle.rae.es/>

27. Dale BA. Periodontal epithelium: a newly recognized role in health and disease. Periodontol, 2000,2002; 30:70-78. En: Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 Ago 3(2): 94-99. [citado 2022 Sep 26]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072010000200007&lng=es

28. Amaíz Flores A. La electrocirugía en la Odontología actual. Odontología Vital [online]. Enero-Junio 2018. [citado 24 mayo 2022]. Año 16. 1(28): [alrededor 91-101 p.]. Recibido: 12 junio, 2017. Aceptado para publicar: 19 setiembre, 2017.

Disponible en [URL:https://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n28/1659-0775-odov-28-91.pdf](https://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n28/1659-0775-odov-28-91.pdf)

29. Michael G. Newman. Carranza, H. Periodontología Clínica 11va ed. New York: Amolca. Castro, Y. B. (21 de septiembre de 2014). Disponible en [URL:https://idoc.pub/documents/carranza-d47e5zeg1yn2](https://idoc.pub/documents/carranza-d47e5zeg1yn2)

30. Hurtado I, Toro J. Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. [Online]. Valencia. Venezuela: Editor Episteme Consultores Asociados; 1998. [Consulta 26 julio 2022] disponible en: <https://1library.co/document/y9n59rwz-paradigmas-metodos-investigacion-tiempos-cambio.html>

31. Garduño M, Aranda E, Hernández N y Martínez W. Técnicas de Investigación Documental. [Internet]. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México: Nueva imagen; 1996. [Consulta 26 julio 2022] Disponible en: [URL file:///C:/Users/Admin/Downloads/TECNICAS_DE_INVESTIGACION_DOCUMENTAL_ACA.pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/TECNICAS_DE_INVESTIGACION_DOCUMENTAL_ACA.pdf). p.160.

32. Hurtado I, Toro J. Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. [Online]. Valencia. Venezuela: Editor Episteme Consultores Asociados; 1998. [Consulta 26 julio 2022] disponible en: <https://1library.co/document/y9n59rwz-paradigmas-metodos-investigacion-tiempos-cambio.html>

33. Seibert J, Lindhe J. Esthetics in periodontal therapy. In: Lindhe J, ed. Textbook of Clinical Periodontology, 3rd ed. Copenhagen, Munksgaard; 1997: 647-681. En: Zeron A. Biotipo Fenotipo y Genotipos 2. ¿Qué biotipo tenemos?. [Internet]. researchgate.net. Revista Mexicana de Periodontología. Vol. 2 Núm. 1 Ene-Abr 2011. 2011; 2(1): 22-33 [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://https://www.researchgate.net/publication/291335819>

34. Zeron A. Biotipo Fenotipo y Genotipos 2. ¿Qué biotipo tenemos?. [Internet]. researchgate.net. Revista Mexicana de Periodontología. Vol. 2 Núm. 1 Ene-Abr 2011. 2011; 2(1): 22-33 [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://.https://www.researchgate.net/publication/291335819>
35. Tello D, Flores C, Cañar G, Morocho A. Métodos para determinar el biotipo periodontal: Una revisión de la literatura. Revista Estomatológica Herediana [Internet] 2021 [citado 2022 agosto 2]; 31 (4): 289-294. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4215/421569879008/html/>
36. Weisgold AS, Arnoux JP, Lu J. Single-tooth anterior im-plant: a world of caution. Part I. Journal of Esthetic Den-tistry 1997; 9 (5): 225-33. En: Zeron A. Biotipo Fenotipo y Genotipos 2. ¿Qué biotipo tenemos?. [Internet]. researchgate.net. Revista Mexicana de Periodontología. Vol. 2 Núm. 1 Ene-Abr 2011. 2011; 2(1): 22-33 [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://.https://www.researchgate.net/publication/291335819>
37. Olsson M, Lindhe J. Características periodontales en individuos con forma variable de los incisivos centrales superiores. Rev. Clin Periodontol [Internet]. (1 Enero de 1991) [Citado 23 de mayo de 2022]; 18(1): 78-82. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.1991.tb01124.x>
38. Cosyn J, Eghbali A, De Bruyn H, Collys K, Cleymaet R, De Rouck T. Immediate single-tooth implants in the anterior maxilla: 3-year results of a case series on hard and soft tissue response and aesthetics. Journal of Clinical Periodontology [Internet]. 2011 Jul 13 [cited 2019 Aug 22];38(8):746–53. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2011.01748.x/full>

39. Lucana Nina MR. Cirugía Estética Periodontal. Rev. Act. Clin. Med [Internet]. [citado 2022 Set 26].2546. Disponible en: URL: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682014000900005&lng=pt
- .
40. Caballero A. Técnicas de Gingivoplastía/Gingivectomía, Aplicaciones. [Tesis de Titulación Profesional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.2011.130 p. [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21654/1/INFANTEana.pdf>
41. Infante A. Técnicas de Gingivoplastía/Gingivectomía, Aplicaciones. [Tesis de Titulación Profesional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.2011.130 p. [Citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21654/1/INFANTEana.pdf>
42. Zermeño J. Fundamentos de la Cirugía Periodontal. Editorial. Universitaria Potosina, 2003
43. Jha N, Ryu JJ, Wahab R, Al-Khedhairi AA, Choi EH, Kaushik NK. Treatment of oral hyperpigmentation and gummy smile using lasers and role of plasma as a novel treatment technique in dentistry: An introductory review. *Oncotarget*. 2017 Mar 21;8(12):20496-20509. Disponible en: URL: doi: 10.18632/oncotarget.14887. PMID: 28147333; PMCID: PMC5386779
44. De Veras BML, Espíndola-Castro LF, Oliveira JB, Silva CHV. Tratamento associado do sorriso gengival: gengivectomia e toxina botulinica tipo A (BTX-A). *Odontol Clín Sci*. 2017; 16 (1): 307-10
- .

45. Seixas MR, Costa-Pinto RA y Araújo TM. Checklist of aesthetic features to consider in diagnosing and treating excessive gingival display (gummy smile). *Dental Press J Orthod.* [Online]. 2012;16(2):131–158. Disponible en: URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Gingival-esthetics%3A-an-orthodontic-and-periodontal-Seixas-Costa-Pinto/a0be7814de5410e2a60dd979a31253ae457f9bad>
46. Telletxea I, López-Malla Matute J, García A. Las tres caras de la sonrisa gingival. Revisión bibliográfica. *Cient. Dent* [Internet]. 2020; 17; 2; 139-146. Disponible en: URL: https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num2/09sonrisa_Gingi.pdf
47. Michea MA, Dittus P, Fernández M, Neira P. Abordaje Terapéutico de Agrandamiento Gingival Influenciado por Ciclosporina y Nifedipino. Reporte de Caso. *International journal of interdisciplinary dentistry* [Internet]. [Citado 25 de mayo de 2022]; 13(3), 168-171. Disponible en: URL: <https://www.redalyc.org/journal/6100/610065625011/html/>
48. Diccionario médico ilustrado de Dorland, 28th ed. (nd) -La biblioteca gratuita. [Internet]. www.thefreelibrary.com. (2014). Recuperado el 25 de septiembre de 2022. Disponible en: URL: <https://www.thefreelibrary.com/Dorland%27s+Illustrated+Medical+Dictionary%2c+28th+ed.-a016633393>
49. Ministerio de Salud. Gobierno del Salvador. Manual de procedimientos clínicos odontológicos. [Internet]. [Citado 2022 agosto 2]. 2021. Disponible en: URL: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocedimientosclnicosodontologicos-Acuerdo-2951.pdf>
50. Newman MG, Takei H, Carranza F. *Periodontología clínica*. México: McGraw-

Hill Interamericana; 2002. En: Martínez S., y Herrera A., Díaz A. Gingivectomia como alternativa estética de la cirugía Periodontal. Rev. Duazary. [Internet]. [citado 2022 agosto 2].2012; 9(1) 72-74. Entidad editora: Universidad del Magdalena. Disponible en: URL: https://www.academia.edu/8985024/Gingivectomia_como_alternativa_est%C3%A9tica_de_la_cirug%C3%ADa_Periodontal

51. Hernández MT, Flórez PB, García JIL, García LB, Orozco J. Hallazgos histológicos asociados a gingivectomía con láser de Er, Cr: YSGG (2780 nm). Rev. Cuba. Estomatol [Internet]. 2020 [citado 10 sept 2022]; 57(3):3142. Disponible en URL:<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3142>

52. Isai CL, Lin YT, Huang ST, Chang HW. Ácido in vitroresistencia de CO2 y Nd-YHumano tratado con láser AGesmalte de dientes. Caries Res. 2002 de noviembre a diciembre; En: Ariza Martínez E., Herrera Herrera A. Gingivectomia como alternativa estética de la cirugía periodontal [Internet]. www.imbiomed.com.mx. [citado 2022 Oct 2]. Duazary 9(1):72-74, Universidad Metropolitana Barranquilla. Enero 2012. Licencia CC BY-NC-SA 4.0. Disponible en: URL: https://www.researchgate.net/publication/275949185_Gingivectomia_como_alternativa_estetica_de_la_cirugia_Periodontal