



UNIVERSIDAD “JOSÉ ANTONIO PÁEZ”

PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS
MELANICAS DE LAS ENCIAS.

Noviembre 2015



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

PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS
MELANICAS DE LAS ENCIAS.

AUTORES: Berrios Andrea
Escobar Endry
TUTOR: Meudy Lizarraga

Noviembre, 2015



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD “JOSÉ ANTONIO PÁEZ”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS
MELANICAS DE LAS ENCIAS.

Proyecto de trabajo de grado para optar al título de
ODONTOLOGO

AUTORES: Berrios Andrea
Escobar Endry
TUTOR: Meudy Lizarraga

San Diego, Noviembre de2015



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL DE PASANTÍA O TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del Trabajo de Grado titulado, **PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS MELANICAS DE LAS ENCIAS.** Realizado por las bachilleres: Andrea del Valle Berrios Garcia c.i. 19.417.784 y Endry Alejandro Escobar Rodriguezc.i. 19.322.970, cursantes de la carrera de Odontología, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación asignándole la **CALIFICACIÓN DEFINITIVA DE _____ (____) PUNTOS.**

El Jurado

Tutor académico
Nombre: Meudy Lizarraga

Miembro
Nombre_____

C.I.:_____

Miembro
Nombre_____

C.I.:_____



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

San Diego, _____

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO.

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado, PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS MELANICAS DE LA ENCIA. ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Tutor Académico:

Dra. Meudy Lizarraga _____

C.I. N°

Firma

JURADOS

Nombre

C.I.N°

Firma

Nombre

C.I.N°

Firma



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO

CU-UJAP

San Diego, Estado Carabobo _____

Ciudadano (a)
Andrea Berrios
CI: V-19417784

Ciudadano(a)
Endry Escobar
CI: V- 19322970

Cumplo con informarle que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° _____ celebrada el _____, acordó aprobar el Proyecto de Grado presentado por los bachilleres presentes, titulado: PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS MELANICAS DE LA ENCIA.

Sin otro particular, se suscribe de usted,

Atentamente.

Lic. _____

Secretaria

C.c. Expediente del alumno

Archivo.



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
COORDINACION DE TRABAJOS DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Dr. Meudy Lizarraga, portador de la cédula de identidad N° _____, en mi carácter de tutor de contenido del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano (a), Andrea Berrios, portadora de la cédula de identidad N°. 19.417.784 y Endry Escobar, portador de la cédula de identidad N°.19.322.970, titulado: PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS MELANICAS DE LA ENCIA. 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 evaluador que se designe.

En San Diego, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil quince.

Dr. Meudy Lizarraga

C.I: _____

DEDICATORIA

A Dios por llevarme siempre de la mano y estar presente en cada uno de mis pasos, su tiempo es perfecto y hoy estoy exactamente donde debo estar.

A mis padres, gracias por su amor, paciencia y apoyo incondicional. Mi triunfo es de ustedes.

A mis hermanos, por estar allí en todo momento brindándome su apoyo y amor.

Andrea Berrios.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente, a Dios por acompañarme y guiarme a lo largo del camino, ser la fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sabiduría.

A mis padres, Lenin Berrios y Peggy Garcia

A mis hermanos Lenin Berrios y Moises Berrios.

A mis profesores(as) que con el pasar del tiempo se convirtieron en grandes amigos(as), por la paciencia y enseñanza que me brindaron a lo largo de la carrera.

Y finalmente pero no menos importante Gracias a nuestra tutora Meudy Lizarraga, quien con sus conocimientos supo guiar el desarrollo de la presente tesis.

Andrea Berrios.

DEDICATORIA

A Dios primeramente por darme fuerza y paciencia para lograr vencer todos los obstáculos presentados y guiarme a lo largo de todo este tiempo hasta lograr culminar este proyecto.

A mis padres por enseñarme a luchar y lograr triunfar.

A mi hermano por brindarme toda su confianza y su apoyo.

A mi abuela te dedico este logro desde lo más profundo de mi corazón, sé que todos los días me observas y siempre tu luz me da el último empujón para todo y desde el cielo sé que hoy y siempre estarás orgullosa de mí

Endry Escobar.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, principalmente por darme salud, fuerza, perseverancia y mucha paciencia para poder lograr superar todas las adversidades presentes en el transcurso de todo este tiempo y poder culminar con esta gran meta profesional.

A mi familia, por todo su apoyo y ánimo durante todo el transcurso de mi carrera.

A nuestra tutora la Dra. Meudy Lizarraga por enseñarnos todos esos conocimientos adquiridos y encaminarnos durante todo este tiempo.

Por último y no menos importantes a mis compañeros, profesores y amigos que siempre estuvieron ahí en los buenos y malos momentos.

Endry Escobar.

INDICE

RESUMEN.....	V
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I EL ROBLEMA.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Objetivos.....	5
1.3 Justificación.....	6
II MARCO TEORICO.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases Teóricas.....	11
2.3 Definición de Términos.....	18
III MARCO METEDOLOGICO.....	20
3.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	20
3.2 Técnica e Instrumento de recolección de Datos.....	21
3.3 Procedimiento Metodológico.....	24
3.3.1 Criterio de selección del paciente.....	24
3.3.2 Variables	24
3.3.3 Operacionalizacion de Variables	24
IV REPORTE DE CASO CLINICO.....	26
4.1 Descripción de las características clínicas iniciales	26
4.2 Aplicación de tratamiento.....	26
4.3 Enfermedad actual	26
4. 4 Examen clínico intraoral.....	27
4.5 Procedimiento Quirúrgico.....	27

4.6 Tratamiento Post-Quirúrgico.....	28
4.7 Evolucion del paciente	28
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS	34



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD “JOSÉ ANTONIO PÁEZ”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PEELING GINGIVAL COMO ALTERNATIVA PARA ELIMINAR MANCHAS
MELANICAS DE LA ENCIA

Autores: Andrea Berrios
Endry Escobar
Tutor: Meudy Izarraga
Fecha: Noviembre 2015

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal demostrar la técnica de peeling gingival como alternativa para la eliminación de manchas melánicas en la encía, en un paciente con manchas melánicas gingivales, la cual consistió en una serie de evaluaciones clínicas, estableciendo un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento consistente en la eliminación de manchas melánicas, mediante un procedimiento quirúrgico con instrumental rotatorio. Metodológicamente se trata de una investigación no experimental de tipo descriptivo, modalidad de reporte caso clínico, donde la unidad de análisis fue un paciente masculino de 39 años de edad que acudió a consulta por presentar desagrado a nivel de las encías, compatible con una lesión con cambios de coloración a causa de la melanina diagnóstico que fue confirmado durante la evaluación clínica, decidiendo su intervención quirúrgica mediante su eliminación con instrumental rotatorio, previa consulta multidisciplinaria y consentimiento informado del paciente

Palabras claves: peeling gingival, encía, manchas melánicas, pigmentación, estética.

INTRODUCCIÓN

La encía es la parte de la mucosa bucal masticatoria que recubre los procesos o rebordes alveolares y rodea el cuello de los dientes a los cuales se adhiere a través de la unión dentogingival. Carranza Jr. (2014).

La pigmentación melánica o manchas marrones de las encías pueden notarse en todas las razas. Parece que hay correlación positiva entre la pigmentación gingival y el grado de la pigmentación de la piel. También se ha observado pigmentaciones en las encías de los fumadores. Estas manchas marrones son causadas frecuentemente por depósitos excesivos de la melanina que oscurece la encía y da un aspecto antiestético sobre todo al sonreír.

Para corregir estas manchas melánicas hay diversas técnicas quirúrgicas y a pesar del desarrollo del láser, la gingivoplastia y el desgaste total del epitelio y parte del tejido conjuntivo con instrumento rotatorio para asegurar la eliminación total de estas manchas que con el tiempo puedan volver a aparecer. Hoy en día el mejor y más práctico resultado clínico y estético, es una indolora, conservadora y que se realiza en una única sesión de corta duración y que no impide hacer una vida normal. Mínima anestesia.

La pigmentación melánica en la encía llamada Melanosis Gingival, es una condición frecuente y fisiológica encontrada en un gran grupo de la población, causada por un depósito excesivo de melanina. La pigmentación melánica es un pigmento endógeno, del resultado de gránulos de melanina, producidos por melanomas presentes entre las células epiteliales de la capa basal o germinativa del epitelio de la encía. La melanosis gingival es una condición que puede comprometer la estética.

Los pacientes que presentan encías melánicas una vez de conscientes de los pigmentos oscuros principalmente en la cara vestibular, muestran preocupación y

aceptan las opciones quirúrgicas ya que es favorecedor al ser removidos, devolviendo la estética a sus sonrisas.

Para la remoción de la pigmentación melánica se han utilizado varios métodos. Sustancias químicas, tales como fenol al 90% y alcohol al 95%, pero ésta técnica no es de elección a causa de las lesiones a los tejidos blandos, También se ha utilizado la técnica del Injerto Gingival Libre, pero no se usa en el momento, debido a la posibilidad de presentar una coloración diferente, del mismo modo ya no se realiza la gingivectomía debido a que puede ocasionar consecuencias como pérdida de la cresta ósea alveolar.

Por lo tanto el presente estudio se desarrollara en los siguientes pasos: capítulo I el problema, capítulo II marco teórico, capítulo III marco metodológico, capítulo IV reporte de caso clínico.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología es una profesión mundialmente reconocida por la aplicación de técnicas que ayudan al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades del aparato estomatognatico, que incluyen todos los tejidos del dientes, así como también todas las estructuras que forman la cavidad oral, además de esto la odontología también se ocupa de la estética , en sus diversas especialidades, encargándose de solucionar los problemas relacionados con la armonía de la boca en su totalidad. Con los años, la odontología estética ha evolucionado gracias al interés de las personas en la apariencia de su sonrisa, englobando esta la apariencia de sus labios, encías y dientes.

En la actualidad existen diversas técnicas para lograr una sonrisa ideal, como son la colocación de brackets, el blanqueamiento dental, diseño de sonrisa. Todas estas tienen que ver con la armonía dental, sin embargo, ahora se ha tomado en cuenta otro elemento visible al sonreír, sumándole importancia a la estética de la encía, todas estas tienen que ver con la armonía dental.

Según F. Mesa. (Año 2001)

“En la cavidad oral pueden observarse una amplia gama de lesiones pigmentadas. Las lesiones pigmentadas deben su pigmentación en gran parte a la producción excesiva de melanina. La melanina se produce en los melanocitos, una población especializada de células dendríticas que ocupan normalmente la región de células basales del epitelio plano en la piel y la mucosa. El aumento en el número de melanocitos, o de la cantidad de

melanina producida por esas células, suelen conducir a un aumento clínicamente visible de la pigmentación. Según la cantidad y la distribución de la melanina presente, la piel o la mucosa, el color de la lesión oxilara entre matices de marrón, gris, negro y azul oscuro. Las diferencia de coloración de las lesiones pigmentadas se explica porque la melanina confinada a las células basales tienen aspecto de color marrón, así como las lesiones que incluyen melanina en la queratina y el estado de células espinosas son negras. De tal forma las pigmentaciones de las encías componen una de las alteraciones periodontales de la cavidad bucal que afecta a individuos de todos los estratos socio económico sin distinción de género, edad y grupo étnico. “ (pág. 383)

En este orden de ideas la eliminación de las manchas melánica depende de la motivación del paciente para la ejecución adecuada en relación al cuidado bucal. Los odontólogos tienen la oportunidad de dar orientación a los pacientes durante los primeros síntomas de manchas, la cual podrán recomendar medidas correctivas para prácticas y motivar al paciente para que asuma la salud bucal como un hábito, ya que la enfermedad periodontal que tiene mayor prevalencia en adultos es la gingivitis, de no ser tratada puede evolucionar a periodontitis, la cual es un impedimento para la realización del peeling gingival. Generalmente a muchas personas les incomoda el aspecto de sus encías cuando sonríen, especialmente aquellas que poseen una sonrisa alta, donde muestran gran parte de sus encías. Dichas manchas son muy notorias, en el sector anterior debido a que se encuentran cerca de las unidades dentales.

Reflexionando sobre las características de dicha lesión se considera relevante realizar un estudio de caso, que permita profundizar en ¿Cuál sería la aplicabilidad del peeling gingival sobre las manchas melánica en pacientes?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2 1 OBJETIVO GENERAL:

Demostrar la técnica del peeling gingival como alternativa para la eliminación de manchas melánica en encía.

1.2 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.221 Identificar las causas de las manchas melánicas en la encía.

1.222 Demostrar la factibilidad y eficacia de la técnica del peeling gingival como tratamiento alternativo para la eliminación de manchas melánicas.

1.223 Establecer los resultados del peeling gingival como técnica alternativa para la eliminación de manchas melánicas.

JUSTIFICACION

Las manchas melaninas o manchas parduzcas de la encía pueden estar presentes en todas las razas, existiendo una correlación entre la pigmentación gingival y el grado de pigmentación de la piel. Estas manchas son causadas por depósitos excesivos de melanina que oscurecen la encía dando un aspecto antiestético al sonreír, principalmente cuando los pacientes presentan sonrisa gingival.

Las pigmentaciones de la mucosa bucal, específicamente las manchas melánicas pueden ser causadas por: pigmentación melánica fisiológica, nevus pigmentados, melanomas, y diversas patologías sistémicas que incluyen la enfermedad de Addison, Síndrome de Albright, de PeutzJeghers y neurofibromatosis o enfermedad de vonRecklinghausen. También se han asociado manchas melánicas con el uso de fármacos antidepresivos tricíclicos, anticonceptivos orales y con el consumo de tabaco.

Partiendo de esta premisa se pueden aportar conocimientos en el área de la odontología, de estética bucal y periodoncia debido a que estos estudios contemplan la revisión bibliográfica de los aspectos biológicos, distintos manejos en tratamientos periodontales, las consideraciones anatómicas de la región, además de la descripción, planificación y aspectos del acto quirúrgico que representa un protocolo actual y sustentado con eficacia que permite garantizar resultados con condiciones más favorables para los pacientes que padecen dicha alteración.

Así mismo, es una alternativa accesible desde los puntos de vista socioeconómicos, cultural y técnico ya que puede ser realizado en un centro clínico u hospitalario, bajo un equipo de profesionales en la odontología con especialización en estética y periodoncistas con lo que contamos en diferentes partes del país. De igual manera presenta una alta tasa de predictibilidad en cuanto a los resultados de la reconstrucción inmediata periodontal, de los mínimos cambios estéticos en los tejidos blandos.

Finalmente, el mismo va dirigido a los odontólogos generales, con el fin de despertar su interés en el estudio, análisis y detección de este tipo de anomalías mediante el manejo peri-operatorio de un paciente con manchas melánicas a objeto de que sean vigilantes en la preservación de la salud de los pacientes que a diario asisten a la consulta odontológica buscando solución a sus problemas de salud y estética.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Según Fideas G. (2008), Los antecedentes de la investigación están constituidos por aquellos estudios efectuados con anterioridad, que mantengan estrecha relación con el tema objeto de investigación y constituyan un punto de apoyo para que los estudiantes de odontología fundamenten su investigación. En tal sentido, y tomando en cuenta los mismos, se hará un breve resumen acerca de los objetivos planteados en cada caso, las conclusiones a las que llegaron los autores, así como la relación que guarda con el presente tema.

De Castro L. y colbs. (2013). **“Tratamiento de pigmentación de melanina gingival mediante la técnica de abrasión epitelial.”**Caracas, Venezuela. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de pigmentación de melanina gingival tratado por gingivoplastia mediante la técnica de abrasión epitelial en paciente de 26 años Femenino, presenta manchas oscuras en las encías. En la exploración física, la pigmentación gingival que cubre la encía queratinizada en la región bucal de la parte superior y el arco inferior se puede ver. El tratamiento fue la gingivoplastia mediante la técnica de abrasión epitelial con instrumentos rotatorios. El seguimiento postoperatorio de 15 días, fue posible observar la curación completa y la armonía de color del tejido gingival. Después de dos años, se identificaron áreas pequeñas repigmentaciones; pero no interfieren con el resultado estético del tratamiento. La técnica propuesta es eficaz en la eliminación del pigmento de melanina, resultando con una estética satisfactoria. Aportando al presente trabajo de grado que la pigmentación gingival es causada por la deposición excesiva de melanina, principalmente en la capa basal del epitelio y causa a menudo daños en la estética de la sonrisa.

Huayhua k. (2013) **”Eliminación de manchas melánicas de la encía mediante peeling gingival reporte clínico en la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez”** Bogotá, Colombia. El propósito fue dar a conocer a la población que las manchas melánicas o manchas parduzcas de la encía que comprometen la estética gingival, causando problemas psicosociales, principalmente cuando los pacientes presentan sonrisa gingival; tienen solución, mediante la remoción de éstos pigmentos mejorando así la estética de la sonrisa y la autoestima. Como trabajo de casos se ha empleado la técnica de la mucoabrasión utilizando un mango de bisturí n°3 con una hoja de bisturí n°15 y posteriormente una fresa diamantada en forma de balón de grano ultra fino en pieza de mano de alta rotación. El reporte demuestra resultados favorables donde se logró eliminar las manchas melánicas presentes en la encía con un resultado estético satisfactorio para los pacientes. En conclusión: el peeling gingival una vez realizado, puede utilizarse como tratamiento de hiperpigmentaciones melánicas orales, con resultados estéticos óptimos; aportando así conocimientos e ideas para la elaboración de una técnica para el peeling gingival del presente trabajo.

García J. (2004) **“Melanosis Gingival: Reporte de un Caso Clínico”** Lima Perú. Como objetivo principal es mejorar la apariencia estética de las maculas mediante el uso de agentes químicos, como los injertos gingivales libres, la gingivoabrasión o mucoabrasión con instrumentos rotatorios. En este trabajo de caso se presentó una melanosis gingival severa en una paciente de 16 años, se revisa la etiología, fisiopatología y tratamiento de esta variante anatómica. Se describe la técnica realizada a través de medios rotatorios y cicatrización por segunda intención. Teniendo como conclusión la melanosis gingival es una variación que puede presentarse con relativa frecuencia en múltiples pacientes de dicho país. Dando un

aporte para observar la diferentes técnicas aplicables para la eliminación de manchas melánicas en la encía.

Mesa F y Colbs. (2001) **“Tratamiento de la melanosisingival mediante mucoabrasión. Estudio inmunohistoquímico en un paciente con pigmentación esmelánicas múltiples”** Granada España. El objetivo del presente trabajo, ha sido la descripción del tratamiento de manchas melánicas múltiples en una paciente fumadora mediante la abrasión de la mucosa gingival con la turbina del equipo odontológico. La comparación con las demás terapias usadas para despigmentación y la confirmación diagnóstica por estudio histopatológico e inmunohistoquímico de biopsias gingivales, han sido también parte del mismo. En el trabajo de caso se utilizó una técnica clásica de abrasión de la mucosa (mucoabrasión), se mostró los resultados y la evolución en una paciente de 29 años, sin antecedentes médicos de interés, con manchas melánicas múltiples en la mucosa vestibular del maxilar superior y mandíbula, que demandaba tratamiento estético que le devolviese el aspecto normal a sus encías. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico de biopsias gingivales, donde se apreció intensa hiperpigmentación de la capa basal epitelial y escasa presencia de melanina en melanófagos de lámina propia, condujo al diagnóstico de melanosis gingival secundaria a hábito tabáquico. Se concluyó que la abrasión de la mucosa, una vez realizado un correcto diagnóstico diferencial de las lesiones, puede utilizarse como tratamiento de hiperpigmentaciones melánicas orales, con resultados estéticos muy satisfactorios; aportando al presente trabajo de grado la comparación de distintas técnicas de mucoabrasión con otras terapias alternativas que ha sido otro objetivo de este trabajo.

Estas investigaciones sirven de aporte para el presente estudio, porque es necesario conocer cuáles son los factores y prevalencia de dichas lesiones, tomando en cuenta para ello la obtención de datos clínicos como protocolos de diagnóstico que los pacientes presenten al momento de ingresar a una consulta odontológica.

2.2 BASES TEORICAS

La mucosa bucal se compone de tres zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro, que forma la mucosa masticatoria; y la mucosa bucal que cubre el resto de la boca. La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

La Encía es la parte de la mucosa bucal masticatoria que tapiza los procesos o rebordes alveolares y rodea el cuello de los dientes a los cuales se adhiere a través de la unión dentogingival (Huayhua K. y Colbs. 2013)

Desde el punto de vista anatómico la encía se divide en marginal, insertada e interdental. La encía Marginal también se conoce como no insertada y corresponde al margen terminal o borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. La encía insertada este tipo de encía se continúa con la encía marginal. Es firme y resiliente y está fijada con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. La superficie vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, de la cual está separada por la unión mucogingival.

Entre las características clínicas de la encía sana está el color, generalmente la encía insertada y la marginal son rosa coral y se debe al aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio. El color varía entre las personas de tez clara y tez oscura. Otra característica de la encía es el tamaño, el cual se va a encontrar alterado de padecer alguna enfermedad gingival; el contorno es la forma de la encía y va a depender considerablemente de la morfología de los dientes y su ubicación en el arco dental, la encía marginal envuelve a los dientes a manera de un collar y sigue un contorno festoneado en caras vestibulares y linguales, en dientes con superficies relativamente planas forma una línea recta, la consistencia de la encía es firme y resiliente, con excepción del margen libre móvil, se fija con firmeza al hueso subyacente. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía. Otra de las características de la encía es la textura superficial, la encía insertada posee una textura graneada, la encía marginal es lisa, aunque la posición central de las papilas interdentes suelen ser graneados. El graneado guarda relación con la edad; aparece alrededor de los 5 años y aumentan con la edad adulta y desaparecen en el anciano. La reducción o pérdida de graneado es un signo de enfermedad gingival. Carranza Jr. (2014)

EPITELIO GINGIVAL

Constituye un revestimiento continuo de epitelio estratificado, es posible definir tres áreas diferentes en términos morfológicos y funcionales: epitelio bucal o externo, epitelio del surco y epitelio de unión.

- a. Epitelio bucal: La zona de unión es el único epitelio bucal no queratinizado estratificado que no sintetiza los polipéptidos específicos, se rige de superficie dental mediante una lámina basal interna y con el tejido conectivo gingival por medio de una lámina basal externa.

- b. Epiteio del surco: Es escamoso estratificado delgado, no queratinizado y sin proyecciones interpapilares. Se extiende desde el límite coronal del epitelio de unión hasta la cresta del margen gingival. Carece de estrato granuloso y córneo. La irritación local del surco impide su queratinización, puede actuar como membrana semipermeable a través de lo cual los productos tóxicos de las bacterias pasan hacia la encía y el líquido gingival se filtra hacia el surco.
- c. Epiteio de unión: Consta de una banda que rodea al diente en modo de collar, constituida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Tiene bajo poder de defensa contra la acumulación de placa bacteriana en el surco gingival, por falta de queratinosomas y fosfatasa acida, así como también posee menos actividad enzimática glucolítica. El epitelio de unión se fija a la superficie dental (inserción epitelial), por una lámina basal interna y con el tejido conectivo gingival por una lámina basal externa.

El tipo celular principal del epitelio gingival al igual que en los otros epitelios escamosos estratificados es el queratinocito, se encuentran también otras células conocidas como células claras o no queratinocitos, que incluyen células de langerhans, merckel y melanocitos, la función principal de dicho epitelio es proteger las estructuras profundas y permitir un intercambio selectivo con el medio bucal.

Estos se logran mediante la proliferación y diferenciación de los queratinocitos; la proliferación ocurre por mitosis en la capa basal con menor frecuencia en los estratos suprabasales y la diferenciación consiste en una secuencia de fenómenos bioquímicos y morfológicos que se produce en las células, a medida que emigra desde la capa basal. Un proceso de queratinización conduce a la producción de un estrato córneo superficial ortoqueratinizado similar al de la piel, sin

núcleos en el estrato corneo y un estrato granuloso bien definido. Solo algunas zonas del epitelio gingival externo se encuentran ortoqueratinizadas; las demás regiones gingivales están cubiertas por epitelio paraqueratinizado o no queratinizado. Carramza Jr. (2014)

LAS FIBRAS GINGIVALES

Fortalecen la inserción del epitelio de unión con el diente, dichas fibras refuerzan la encía marginal con la superficie dentaria. Las fibras gingivales y el epitelio de unión son una entidad funcional, unidad dentogingival. Integradas por colágeno tipo I, poseen tres funciones específicas:

- a. Asegurar firmemente la encía marginal contra el diente.
- b. Provee rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin separarse de la superficie dentaria.
- c. Unen la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada continua.

Se agrupan en tres grupos:

- a. Grupo gingivodental: corresponden a las superficies interproximales, linguales y vestibulares, se insertan en el cemento, justo por debajo del epitelio en la base del surco gingival. En las superficies vestibulares y linguales se proyectan como un abanico desde el cemento hacia la cresta.
- b. Grupo circular: atraviesan el tejido conectivo de la encía marginal e interdental y rodean al diente a manera de anillo.
- c. Grupo transeptal: se localizan en el espacio interproximal forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes adyacentes en los cuales se insertan, se ubican entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdental.

Jr. Carranza (2014) también hace mención del siguiente grupo de fibras:

- a. Fibras semicirculares: insertas en la superficie proximal del diente por debajo de la unión amelocementaria rodean la encía marginal vestibular o lingual del diente, para fijarse en la otra superficie proximal del mismo.
- b. Fibras transgingivales: se firman a la superficie proximal de un diente, atraviesan en diagonal el espacio interdental, circundan la superficie vestibular o lingual del diente vecino para atravesar de nuevo diagonalmente el espacio interdental y fijarse en la superficie proximal del siguiente diente.

PIGMENTACIONES MELÁNICAS FISIOLÓGICAS EN ENCÍA.

Está compuesta principalmente por melanina, que es la que proporciona pigmentos de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se le debe la tonalidad normal de la piel, encía y el resto de las mucosas bucales. La pigmentación melánica en boca es notable en personas de raza negra.

Las manchas melánicas se pueden definir como áreas fisiológicas de las superficies mucosas, planas de color marrón, causados por el aumento de gránulos de melanina, y que en la cavidad oral pueden observarse como una amplia gama de lesiones pigmentadas benignas debido a la producción excesiva de melanina. Carranza Jr. (2014)

Según Kathariya, R. & Colbs (2011). Manifestaron que existen muchas determinantes como la cantidad de queratina, localización de melanocitos en la capa epitelial; que puede ser el resultado de la acción genética de los mismos, otros como la cantidad y tamaño de los vasos sanguíneos, y pigmentos dentro del epitelio

gingival que establecen el color de la gingival y son varios autores que reconocen éstas afirmaciones.

También Sapp (1998) resalto que las pigmentaciones son de dos tipos: endógenos y exógenos. Los pigmentos producidos por el organismo son endógenos y los provenientes del medio ambiente son exógenos. Si en las pigmentaciones de la cavidad oral se presenta una mancha difusa indica que hay un problema generalizado; en cambio si la mancha es localizada el pigmento es normal y la melanina es frecuente, particularmente en encía fija. A veces, aparece una mancha única de melanina que se presenta como una lesión irregular y conspicua.

Además la pigmentación bucal por melanina se puede presentar en varios grupos humanos independientemente del color de su piel, y que los datos de pigmentación gingival son limitados debido a que erróneamente se los ha colocado en el grupo de patologías de la cavidad oral. La mayoría de las manchas melánicas orales son menos de 1cm de diámetro y se presentan sobre encía, mucosa del carrillo y paladar blando. En raras ocasiones, se han observado lesiones solitarias o múltiples de color variable entre marrón oscuro y negro, y de tamaño que oscila entre 5 mm y más de 2 cm de diámetro, en la mucosa del carrillo y el paladar de pacientes afroamericanos (pág.127).

La etiología de la pigmentación melánica es la más común y la presencia del caroteno, la hemoglobina reducida y la oxihemoglobina, son factores que contribuyen al color de la piel y mucosa. Y cuando las pigmentaciones involucran la mucosa bucal pueden ser causadas por lesiones vasculares, melanóticas y por varios síndromes asociados. Las pigmentaciones gingivales se pueden presentar clínicamente como manchas oscuras producto de depósitos excesivos de melanina.

Según García, (2004). Parece que existe una relación entre el grado de pigmentación de piel y manchas fisiológicas, ya que en personas de piel morena y negra está determinada por la hiperactividad de los melanocitos, al contrario de las personas de piel clara que por genética tienen los melanocitos variables.

De acuerdo con Castellanos (2006) los rasgos histológicos de las manchas melánicas labial y oral son idénticos. Afirma que se caracterizan por un aumento de la cantidad de gránulos de melanina en la capa de células basales y que los melanocitos están generalmente confinados a la región de las células basales y suelen estar dentro del intervalo numérico normal, presentando a veces un citoplasma llamativamente claro, sin embargo no existe atipia nuclear a la región basal del epitelio y el tejido conjuntivo superficial que presentan a menudo un leve infiltrado de linfocitos e histiocitos.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

Abrasión: Acción mecánica de rozamiento y desgaste que se provoca sobre un material o tejido.

Celulas de Langerhan: Son de tipo dendriticos y se localizan entre queratinocitos en los niveles suprabasales. Pertenecen al sistema mononuclear fagocitico; su función es la reacción inmunitaria como células que presentan los antígenos a los linfocitos. Se localizan en el epitelio bucal de la encía normal y en cantidades menores en el epitelio del surco.

Celulas de Merckel: Se ubican en la capa más profunda del epitelio, poseen terminaciones nerviosas y se conectan con células contiguas mediante desmosomas. Se les identifica como receptores táctiles.

Defecto: Se llama defecto a la carencia o falta de cualidades propias y naturales de una cosa o a cualquier imperfección natural.

Encía: Es una fibromucosa formada por tejido conectivo denso, que cubre los procesos alveolares y rodea los dientes.

Fibras gingivales: Fortalecen la inserción del epitelio de unión con el diente, dichas fibras refuerzan la encía marginal con la superficie dentaria. Las fibras gingivales y el epitelio de unión son una entidad funcional, unidad dentogingival.

Lamina basal: Está formada principalmente por la glucoproteína laminarina, basada en el plano ultra estructural, se conecta con una condensación reticular de

fibras del tejido conectivo, subyacentes, mediante fibrillas en anclajes; es permeable a los líquidos pero opera como barrera para partículas.

Lámina basal interna: Consta de una lámina densa, adyacente al esmalte, y una lámina lucida a la cual se fijan hemidesmosomas, bandas orgánicas se introducen en la lámina densa.

Margen gingival: Es la extensión coronal del surco gingival.

Melanina: Es una sustancia natural, producida por células cutáneas llamadas melanocitos, que le da color al cabello, piel e iris del ojo.

Melanocitos: Son células dendríticas localizadas en la capa basal y espinosa del epitelio gingival. Sintetizan melanina en organelos denominados premelanosomas o melanosomas. Contienen tirosinasa, que a su vez se convierte progresivamente en melanina.

Peeling: Exfoliación de los estratos superficiales de la piel que permiten una regeneración de la misma con el objetivo de eliminar lesiones que la desfiguran.

Periodonto: Tejidos que rodean y soportan a los dientes. Se denomina periodonto a encía, cemento dental, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Pigmentación: Coloración de una zona determinada.

Surco gingival: se forma cuando el diente erupciona, el epitelio de unión y el epitelio reducido del esmalte forman una banda ancha que se fija a la superficie dentaria desde la proximidad del vértice de la corona hasta la unión amelocementaria.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Esta Sección representa uno de los aspectos importantes dentro del proceso de investigación, ya que implica el planteamiento de operaciones técnicas, que permiten la obtención de datos a través de un plan global de investigación, proporcionando un modelo de verificación, que facilita contrastar los hechos con las teorías. Esto se obtiene estableciendo patrones para conducir el trabajo, en función de lograr resultados válidos y confiables en función del logro del objetivo general de la investigación basado en: Peeling gingival como alternativa para eliminar manchas melánicas de las encías.

3.1 Tipo y diseño de investigación

La tipología se refiere al alcance que puede tener una investigación científica. La tipología considera cuatro clases de investigaciones: exploratorias, descriptivas, correlacionales y explicativas. Dankhe(1986).

Para el desarrollo metodológico de este trabajo, la investigación es no experimental de tipo descriptivo, modalidad reporte de caso clínico, el cual hace alusión a: “El estudio exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación, lo cual permite conocer en forma amplia y detallada a los mismos. Consiste, por lo tanto, en estudiar cualquier unidad de un sistema, para estar en condiciones de conocer algunos problemas generales del mismo” Sabino (1992). Dicho de otro modo, es un reporte de un caso, ya que son investigaciones profundas sobre un individuo o un grupo, su objetivo es determinar la dinámica del pensamiento del

objeto para comprender porque se comporta o se desarrolla de determinada manera y no en que consiste su estado, progreso, acciones o pensamientos Lerma (2004).

3.2 Técnica e instrumento de recolección de datos.

Según Arias M. (1999) Es un análisis utilizando una variedad de métodos a fin de recopilar datos sobre una situación existente. Para llevar a cabo un trabajo de investigación el investigador cuenta con gran variedad de métodos para diseñar un plan de recolección de datos. Tales métodos varían de acuerdo con cuatro dimensiones importantes: estructura, confiabilidad, injerencia del investigador y objetividad. La presencia de estas dimensiones se reduce al mínimo en los estudios cualitativos, mientras que adquieren suma importancia en los trabajos cuantitativos, no obstante el investigador a menudo tiene la posibilidad de adaptar la estrategia a sus necesidades. Cuando la investigación está altamente estructurada, a menudo se utilizan instrumentos o herramientas para la recolección formal de datos. (pág.53)

Según Barrancos J. (2006) La historia clínica es un documento médico legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (medico u odontólogo) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes, es válido desde el punto de vista clínico y legal que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado (pág.145).

Se realizó la evaluación integral del paciente mediante el llenado minucioso de la historia clínica que consta fundamentalmente la entrevista clínica, con inspección clínica (fotografías intrabucales), lo cual permitió establecer un correcto diagnóstico y protocolo a seguir, informando al paciente de todo lo concerniente a su salud bucal.

Seguidamente se presenta el instrumento empleado para la recopilación de datos de la investigación denominada: “Peeling gingival como alternativa para eliminar manchas melánicas de las encías (Reporte de un caso)”

Ficha de Registro Odontológico

Fecha:

1. DATOS DEL PACIENTE: Edad: Sexo:

2. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

- Examen intraoral:
- Estado periodontal:
- Examen extraoral:
- Diagnostico

3. MEDIDAS PREOPERATORIAS

- Profilaxis:
- Tartrectomia:
- Antibioticoterapia:

4. INTERVENCION QUIRURGICO BUCAL ELIMINACION DE MANCHAS MELANICAS

- Técnica anestésica:
- Unidades dentarias dentro del proceso quirúrgico:
- Material e instrumento utilizado:
- Duración de la intervención:
- Antibioticoterapia:
- Antiinflamatorios indicados

5. RESULTADOS DEL PEELING GINGIVAL

A LOS QUINCE DIAS:

- Dolor: Presencia: Ausencia:
- Inflamacion: Presencia: Ausencia:
- Sangrado: Presencia: Ausencia:
- Observaciones:

AL MES:

- Dolor: Presencia: Ausencia:
- Inflamación: Presencia: Ausencia:
- Sangrado: Presencia: Ausencia:
- Observaciones:

3.3 Procedimiento Metodológico

3.3.1 Criterio de selección de paciente

Se trata de un paciente masculino de 39 años de edad, el cual refiere presentar manchas melánicas desde siempre, que son visibles al sonreír, causándole desagrado, no presenta sintomatología dolorosa, solo problemas estéticos y posibles periodontales.

3.3.2 Variables

Según Hernández (2007) define variable como una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. (p. 123).

La definición operacional de variables implica seleccionar los indicadores de contenido, de acuerdo al significado le ha otorgado a través de sus dimensiones a la variable de estudio. Balestrini (2002). Al respecto para efecto del presente estudio del cuadro numero 1 se presenta la operacionalización de variables desarrolladas en el mismo.

3.3.3 Operacionalización de variables

Objetivo General: Demostrar la técnica el peeling gingival como alternativa para la eliminación de manchas melánica en encía de los pacientes.

Variables	Dimensión	Indicadores	Ítems
Características Epidemiológicas	Edad Sexo Raza Hábitos Procedencia:	39 años masculino Raza trigeño, Sin Hábitos Región central	1
Manchas melánicas	Cambio de coloración en encía, mucosa, Contextura Consistencia Tamaño	Remoción mediante peeling gingival, Lisa Firme	2
Peeling Gingival	Manchas hipercromías definidas Cambio de contextura Color	Técnica de instrumental rotatorio. Técnica de control dietético y cuidados.	3

CAPITULO IV

REPORTE DE CASO CLINICO

Para dar cumplimiento al objetivo general de este estudio que consiste en Demostrar la técnica el peeling gingival como alternativa para la eliminación de manchas melánica en encía fue necesario lograr los objetivos específicos a través de un caso clínico.

4.1 Descripción de las características clínicas iniciales

El paciente presento cambio de coloración, irregular sobre la superficie de la encía a nivel de la encía adherida, sin presentar complicaciones.

4.2 Aplicación de tratamiento

Se deben tomar en cuenta varias etapas para la aplicación del tratamiento; como es la evaluación de la historia clínica del paciente, evaluación clínica del paciente, selección del instrumental debidamente esterilizado y por último la acción quirúrgica

4.3 Enfermedad actual

Se trata de paciente masculino de 30 años de edad natural de Valencia, Edo. Carabobo, procedente del municipio valencia, acude a consulta presentando inconformidad con la apariencia de sus encías, no presenta dolor ni molestia al momento de la consulta.

4.4 Examen clínico intraoral

Presenta un cuadro de pigmentaciones melánicas a nivel de la encía en la zona vestibular



4.5 Procedimiento quirúrgico

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos estériles
- Anestesia tópica e infiltración de anestésico local con vasoconstrictor en zonas de abordajes
- Medimos el biotipo gingival del paciente.
- Eliminación de la mancha melánica con una fresa de pimpollo de grano fino en forma de barrido
- Se coloca una gasa de cloruro de sodio.
- Preparación del cemento quirúrgico y colocación sin interferir la oclusión. (no preferiblemente)
- Retiramos el cemento periodontal a los 7 días y observamos los resultados.



4.6 Tratamiento post operatorio

- Antibioticoterapia.
- Control de dieta
- Planificación para el control de citas mensuales y anuales

4.7 Evolución del paciente

Se toman en cuenta dos parámetros fundamentales para determina la evaluación del paciente después de la aplicación del tratamiento:

- Principalmente se realiza una revisión clínica post intervención para evaluar cicatrización.
- Luego se evalúa con dos controles quincenales y luego uno mensual por tres meses y uno anual

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Conclusión

La aparición de manchas melánicas en la superficie de la encía suelen ser de diversos tamaños y dependerá de cada persona, pueden estar expandidas en toda la encía. El tratamiento de esta lesión va a estar relacionado a las condiciones que los pacientes presenten, en esta influyen la edad, el tamaño, zonas anatómicas involucradas, tiempo de evolución y así también costo del tratamiento.

Luego del estudio realizado en el paciente de despigmentación melánica gingival, se logró comprobar de la eficiencia del peeling gingival con la técnica de mucoabrasión, siendo así una técnica sencilla, factible para un odontólogo y recomendable para el estudio la cátedra de periodoncia de pregrado de odontología.

Recomendaciones

Las pigmentaciones melánicas gingivales es una alteración de la encía capaz de producir secuelas si no se lleva a cabo el cuidado necesario. Considerando los resultados obtenidos durante el manejo quirúrgico y mediante la información recopilada, para determinar la presencia de las mismas, se pudo constatar que hay ciertas recomendaciones que son de gran importancia para el diagnóstico, abordaje y evolución post tratamiento:

1. Establecer jornadas de educación en los distintos centro de salud odontológicos con la finalidad de informar y orientar a la población acerca de las características de las manchas melánicas en encías.
2. Seguir con la investigación de la lesión para poder establecer cuál es la etiología exacta de la misma y establecer así nuevos procedimientos de abordaje o mejorar el mismo.
3. Realizar una excelente historia clínica a cada paciente, sobre todo con valoración clínica; esto es inspección para identificar si son o no las pigmentaciones melánicas gingivales las que se encuentran en las encías, así como hacer firmar el consentimiento informado claro y explicativo para cada paciente.
4. La elaboración de una historia clínica completa de periodoncia con sus respectivos exámenes complementarios en cada paciente que acude a la consulta odontológica.
5. Usar barreras de protección para evitar posibles afecciones y además utilizar abundante irrigación, ya sea con suero fisiológico o clorhexidina, que son los antisépticos más usados en periodoncia.
6. Se recomienda que el operado considere o no necesaria la colocación del cemento quirúrgico, ya que después de caer este, el paciente siente como si saliera de la cirugía, parece que si bien es cierto es de protección; también

retrasa el proceso de cicatrización y llega a impedir la buena higiene del mismo.

7. Realizar controles post tratamiento quirúrgico cada tres, seis y doce meses para inspeccionar la evolución.

BIBLIOGRAFIA

César Lamas Lara, Roger Castillo Arroyo, Catherine Jesús Bazalar, Giselle Angulo de la Vega “clareamiento dental y peeling gingival” *In Crescendo Ciencias de la salud* Vol. 1, núm. 1 (2014) p. 24-33

Romanelli Hugo Adams EvelinSchinini, Guillermo. Tips en eperiodoncia del dudamentobiologico a la practicamedica. Caracas: Amolca, 2012.

SureshKumarKasagani, MDS RajasekharNutalapati. Esthetic Depigmentation of Anterior Gingiva.The New York State Dental, 2012.

Carranza. *Periodontologia clínica*. 10ma edición. Mexico: Mc Graw Hill. 2010

HernandezSampieri, Roberto/ Fernandez Collado, Carlos/ Baptista Lucio, Pilar. *Metodologia de la investigacion*. 5ta edición. Mexico: Mc Graw Hill interamericana. 2010.

Duarte Cesareo, técnica quirúrgica para la remoción de pigmentaciones melánicas gingivales. Buenos Aires 2009.

Henriquez, Paulo. Estetica en periodoncia y cirugia plástica periodontal. Colombia: 1ra. 2006.

Barrancos Mooney. *Operatoria dental*. 4ta edición. Buenos Aires: Medica panamericana. 2006

Sixto Garcia Linares “Melanosis gingival: reporte de caso clínico” *OdontologiaSanmarquina* vol. 8 N° 2 (2004) p. 54-56

Gómez.M.E, Campos A. *Histología y Embriología Bucodental*. 2da edición, España: Editorial Médica Panamericana; 2002

Bascones A. *Periodontología Clínica e Implantología oral*. 2da edición. España: Editorial Avances; 2001

F.L. Mesa Aguado, O. García Martínez, C. López Leyva, J. Aneiros Cachaza, F.JO´ValleRavassa, “Tratamiento de la melanosis gingival mediante mucoabrasión. Estudio inmunohistoquímico en un paciente con pigmentaciones melánicas múltiples” *Periodoncia* Volumen 11, Número 5 (2001) p. 383-389

Newman, Takei, Carranza. Periodontologia Clínica. 9na edición. Editorial interamericana. 2008.

Genco, Goldman, Cohen. *Periodoncia*. 5ta edición. Editorial panamericana. 2001.

Vascones martinez A. diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal 3era edición Editorial Avances Madrid España

Carranza F 1997 – 1998 periodontologia clínica de Glickman 8va edición Editorial interamericana Mcgraw. Mexico

Contrera R Adolfo patogénesis de la enfermedad periodontal revista estomatologicacali diciembre 1992

Di placidog. Gingival hiperplasia en embarazo. Minerva stomatol 1998

Farreras rozman medicina interna 13ava edición editorial mosbydoymavol II España

ANEXOS