

2ej 194



**Escuela Nacional de Estudios
Profesionales
Iztacala, U. N. A. M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**Etiología y Tratamiento de la Fibromatosis
Gingival Hereditaria**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
FABIOLA HERNANDEZ MUÑOZURÍ

San Juan Iztacala, México 1982.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

PROLOGO

I.-FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA

- 1.-Etiología
- 2.-Definición
- 3.-Signos y Síntomas
- 4.-Factores locales ó Intrínsecos
- 5.-Factores generales ó Sistemáticos
- 6.-Factores genéticos de un caso Clínico

II.-FIBROMATOSIS GINGIVAL

- 1.-Sintomatología Clínica
- 2.-Hallazgos Radiográficos
- 3.-Historia Clínica
- 4.-Histología

III.-CONSIDERACIONES SOBRE LA ACCION DEL DIFERENCIADANTOGENATO DE SO -

1110

- 1.-Epilepsia
- 2.-Embarazo
- 3.-Hereditaria

IV.-GINGIVECTOMIA

- 1.-Definición de la Gingivectomía
- 2.-Instrumentos de la Gingivectomía
- 3.-Técnica Operatoria de la Gingivectomía

V.-REQUISITOS PREVIOS BASICOS

- 1.-Indicaciones para la Gingivectomía
- 2.-Contraindicaciones de la Gingivectomía
- 3.-Ventajas de la gingivectomía
- 4.-Desventajas de la gingivectomía
- 5.-Objetivos de la Gingivectomía

VI.-ANESTESIA GENERAL Y LOCAL

- 1.-Anestesia Local
- 2.-Anestesia General

- A1.-Medicación Anestésico Previa
- B1.-Examen físico
- C1.-Inducción Anestésica
- D1.-Mantenimiento de la Anestesia
- E1.-Recuperación Anestésica
- F1.-Complicaciones más frecuentes de la Anestesia General
- G1.-Peligros de la Anestesia
- 3.-Tratamiento de Extracciones Múltiples bajo Anestesia General y Elaboración de Prótesis

VII.-Cronología de Intervenciones y Resultados

- 1.-Reportes de Casos Clínicos

VIII.-Indicaciones Pre, Intra y Postoperatorias

- 1.-Premedicación
- 2.-Cuidados Especiales del Paciente

IX.-Conclusiones

Bibliografía

PROLOGO

Tengo a bien pedir a la II. COMISION DICTAMINADORA si lo considera conveniente me sea autorizado el tema de "ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA."

El motivo que me ha llevado a desarrollar este trabajo, a sido el hacer notar la obligacion que tiene el Odontologo de encarar el problema por la busqueda de las causas, patologias, procedimientos, ventajas, indicaciones y complicaciones, los medios que se cuentan para su diagnostico. Además de las medidas generales como son las gingivectomias.

Este tema permite el estudio de las alteraciones más frecuentes en niños y adultos por medio del mismo podemos detectar el principio de la enfermedad, a través de un diagnóstico precoz, el cual nos dará la conducta a seguir en el tratamiento.

En la práctica dentaria encontramos con frecuencia bocas con magníficas obturaciones, prótesis excelentes con buena estética, pero en el aspecto gingival el cuidado es poco o nulo.

Nosotros tenemos la obligacion de explicarle al paciente y hacerle conocer su causa y padecimiento de la enfermedad, como son los problemas que se presentan en determinado tipo de pacientes, por qué etapa de evolucion esta pasando, que complicaciones se presentan, las intervenciones quirúrgicas como la gingivectomía,

las ventajas que se presentan con este tratamiento, e indicaciones que tiene que seguir el paciente durante el pre, trans y postoperatorio.

En el campo de la Cirugía Bucal es importante los logros de las investigaciones científicas actuales trayendo como consecuencia lógica, las modificaciones o incursiones de nuevos procedimientos quirúrgicos con el tratamiento indicado sea necesario.

Por este motivo todo Cirujano Dentista deberá como obligación actualizar continuamente sus conocimientos.

Es esto uno de los objetivos que pretendo al realizar este sencillo trabajo, esperando que algún día alguien obtenga beneficios y así quedará plenamente compensado el esfuerzo puesto para realizarlo.

De ante mano les doy las gracias por haberme permitido la elaboración de este tema, siendo un requisito indispensable e importante para la obtención del Título.

En espera de verme favorecido con la presente me reitero de ustedes.

CAPITULO I

FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA

1.- ETIOLOGIA

Fue estudiada por primera vez por Tomes en 1879 el primer caso fue reportado en 1859 por Gross?

Consiste en un aumento de volumen, de crecimiento progresivo del tejido gingival. Del mismo color que las encías, si acaso un poco eritematoso; con el punteado característico que simula cáscara de naranja. De consistencia dura y firme. Sólo si existe focos irritativos o traumáticos hay dolor, sensibilidad o sangrado espontáneo.

La forma simétrica es como su nombre lo indica, un crecimiento uniforme de ambas arcadas y en ambos lados.

Cuando se presenta en forma nodular, tiende a afectar — más las regiones de molares superiores.

2.- DEFINICION

Son un grupo de tumores no neoplásicos, que presentan en común un crecimiento anómalo de elementos de tejido conjuntivo.

Aunque en términos fibroma y fibromatosis, hayan parecer —

algo semejante, es bueno aclarar la diferencia entre estos.

Fibroma, es una neoplasia benigna de tejido conjuntivo, - suele ser único y generalmente presenta las características de un tumor benigno, puede localizarse casi en todas las regiones de la boca incluyendo la encía, aunque su etiología no es aún bien conocida, son estados fibróticos de tumores inflamatorios (granulomas) y son generalmente resultado de una irritación.

Las fibromatosis son al contrario de los fibromas tumores no neoplásicos, son múltiples y difusos y afectan sólo los tejidos gingivales.

3.- SIGNOS Y SINTOMAS

Múltiples abultamientos generalizados de las encías; lesiones firmes de superficie lisa; cubren parte de los dientes; pueden producir migración de los mismos; larga duración; puede ser hereditaria o resulta de ingestión de difenilhidantoína sódica (Dilantin).

El crecimiento consiste enteramente en colágeno, cubierto de epitelio escamoso estratificado con largas y delgadas crestas.

4.- FACTORES LOCALES O INTRINSECOS

Con mayor frecuencia se presenta en la encía labial inferior, en los respiradores bucales, pueden ser afectados las encías-

de los premolares y en casos raros de los molares.

durante la exploración clínica hay que prestar especial atención al descubrimiento de la causa ó causas de la lesión, ya que existen factores desencadenantes, como lo son el respirar por la boca, irritaciones crónicas, roce de bandas de ortodoncia, malas restauraciones, etc.

Siendo más frecuente en niños y adolescentes.

5.- FACTORES GENERALES O SISTEMICOS

En los pacientes afectados con fibromatosis gingival hereditaria, se encuentran anomalías asociadas, tales como hipertricosis, retardo mental, epilepsia, alteraciones óseas, múltiples nevos benignos, piel hiperelástica, seborrea, torus palatinos, crecimiento de nariz y orejas, esplenomegalia.

Las anomalías más frecuentes reportadas son hipertricosis - retardo mental y epilepsia.

La fecha de aparición de la hipertricosis, no se encuentra en relación con el inicio de la hiperplasia gingival. Generalmente el exceso de pelo tiende a manifestarse durante la pubertad pero se han reportado casos en que se presenta un poco después del nacimiento, siendo los sitios más afectados: la cara, las cejas, los brazos y la espalda.

El diagnóstico se establece mediante un correcto estudio -

del paciente que nos revele antecedentes familiares positivos; y - nos descarte por medio de un examen hematólogo, una infiltración leucémica; un crecimiento hormonal (embarazo y pubertad); o bien - el hecho de que el paciente se encuentre tomando drogas anticonvulsivantes, tales como difel hidatoirato (Epanin).

6.- FACTORES GENÉTICOS DE UN CASO CLÍNICO

REPORTE DEL CASO

Se reporta el caso de una familia afectada en dos generaciones con este padecimiento.

En la primera generación se encontraron dos miembros (gemelos univitelinos) con fibromatosis gingival a los que denominaremos para distinguirlos A y B.

El gemelo A rehusó asistir a la consulta, pero según referencias familiares presentaba sus encías hipertroóficas, sin embargo se desconoce si se sometió a un tratamiento. Tuvo dos hijos - uno de los cuales presentó hiperplasia gingival desde los primeros años de edad, teniendo que someterse a gingivectomías periódicas.

El otro hijo no tuvo ningún problema de esta naturaleza.

El gemelo B presentó crecimiento gingival desde los cuatro años de vida, y se sometió solamente a una gingivectomía, pero en el momento actual presenta grandes masa de tejido hiperplásico-

en ambas arcadas, especialmente a nivel de los molares. A los 16 años presentó crisis convulsivas, desconociéndose su etiología. Dichas crisis convulsivas desaparecieron espontáneamente 4 años después.

Tuvo 6 descendientes, de los cuales cinco iniciaron el crecimiento de sus encías los 4 y los 5 años de edad y desde entonces se han sometido cada año a gingivectomías, debido a las múltiples retenciones y malposiciones denturias que el tejido hiperplásico les ocasiona.

Los hijos 2, 3 y 5 (ver genealogía) presentaron crisis convulsivas a los 3 años de edad, y desaparecieron espontáneamente a los 8 años de edad; se desconoce la naturaleza y etiología de dichas manifestaciones neurológicas.

Hay que hacer notar la considerable cantidad de pelo que muestran los 5 descendientes afectados, tanto en la piel cabelluda como en las cejas, pestañas, cara y brazos. Así como el alargamiento exagerado de la nariz.

Los gemelos A y B tuvieron su descendencia con personas sanas y no afectadas por epilepsia gingival hereditaria, ni por crisis convulsivas según se pudo confirmar.

Esto se apoya en el dato de que cuando los dientes son extraídos no hay tendencia a que continúe el crecimiento; y aún hay casos en los cuales ha habido regresión después de las —

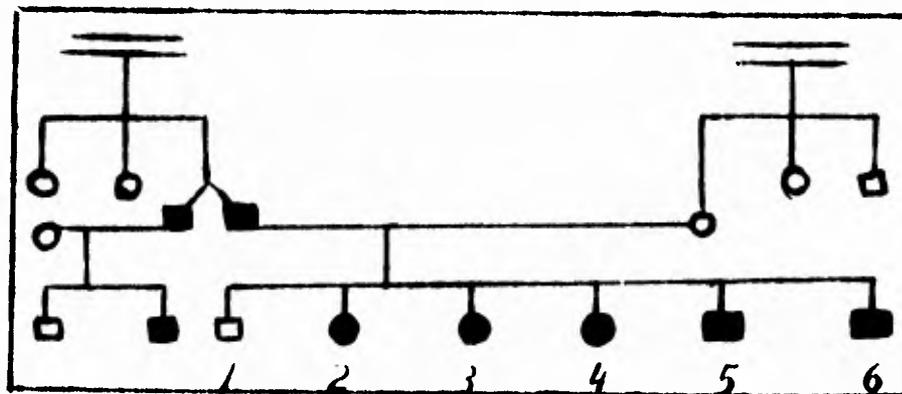
extracciones.

La presencia y erupción dentaria pueden desencadenar el crecimiento gingival, pero no es posible con estos datos concluir que los dientes son una causa de la anomalía. Puede pensarse que el paciente hereda la propensión a proliferar el tejido conectivo, como respuesta a irritantes menores y que una vez iniciado el crecimiento, el proceso aumenta progresivamente. Esta tendencia es durante los años de crecimiento del individuo más frecuente. La remoción de los irritantes locales por una buena higiene y gingivoplastias periódicas ayudan temporalmente al paciente, tanto desde el punto de vista funcional y psicológico, aunque el tratamiento definitivo sería llevar a cabo odontectomías totales, indicaciones que pocos pacientes aceptarían por el drástico plan de tratamiento.

En el caso que se presenta, los gemelos A y B tuvieron sus descendencia con personas sanas, y se observó que la mayor parte de los descendientes en ambos casos presentaron la anomalía.

Lo cual parece apoyar la teoría de que la alteración se transmite por un gen autosómico dominante.

Genealogía



CAPITULO II

FIBROMATOSIS GINGIVAL

1.- SINTOMATOLOGIA CLINICA

Clinicamente las tumores tienen diversos grados de crecimiento. Las tumores se extienden generalmente por toda la cavidad oral, las podemos encontrar cubriendo parcial o totalmente las coronas dentarias.

Las hiperplasias, pueden extenderse y producir una prominencia un poco moderada ó intensa en los labios, por lo cual los pacientes recurren a la consulta.

Clinicamente tenemos dos tipos de fibromatosis, que son la Simétrica y la Nodular.

La primera variedad de la fibromatosis gingival hereditaria, también se le puede denominar de tipo simétrico ó liso. Como nos lo indica su nombre, ésta forma se caracteriza por una hiperplasia difusa, simétrica y lisa, caracterizándose así de la del tipo nodular.

Existen ocasiones que las hiperplasias presentan caracteres mixtos de las formas simétricas y nodular.

La fibromatosis de forma nodular, se caracteriza principalmente por masas prominentes múltiples de color rosado, de con-

sistencia dura, asintomática, de superficie bien delimitada, que se presentan en las papilas interproximales, parecidas a fibromas.

En pocas ocasiones, se presentan signos inflamatorios ó con tendencia a la hemorragia, si las hemorragias se llegarán a presentar, nos indica que existe un estado de inflamación aguda.

La fibromatosis de este tipo la encontramos con mayor frecuencia y afectando más la zona de los labios ó linguales que en la zona palatina, delimitándose el tejido fibroso a las encías.

2.- HALALAZOS RADIOGRÁFICOS

La causa principal de los pacientes para la visita al Cirujano Dentista, es el motivo de la falta de erupción de los dientes. Clínicamente observamos las encías tumefactas, indoloras, bien delimitadas con consistencia dura. Radiográficamente se observan a los dientes fuera de sus alveolos, están parcial o totalmente ocultos a la vista, debido a la hiperplasia gingival masiva.

En esos casos, cuando los dientes de la primera dentición han quedado ocultos por la hiperplasia gingival por ello la formación, la erupción y desarrollo de los dientes permanentes, se encuentra alterada, produciendo al paciente problemas de mal posición dentaria.

3.- HISTORIA CLINICA

Los estudios que se han realizado, han sido más en mujeres que en hombres, por lo cual no lo debemos tomar en consideración, porque el grupo es muy reducido.

La enfermedad se empieza a manifestar en los primeros — 5 años de vida, por lo cual tiene gran importancia diagnóstica.

4.- HISTOLOGIA

Los tejidos de la fibromatosis son esencialmente constituidos de tipo fibroso en ambos tipos.

Mientras que la forma latente se caracteriza por el predominio de fibrocitos, la forma activa, contiene células fibroblásticas en cantidad variable.

Cuando se espera que haya recidivas es decir, en la — forma activa se indicarán los cuidados del paciente en el hogar, — que se han señalado en la fibromatosis por DPH. (Cap. III).

CAPITULO III

CONSIDERACIONES SOBRE LA ACCION DEL DIFENILHIDANTOINATO DE SODIO

El difenilhidantoinato de sodio pertenece al grupo de los medicamentos antiepilépticos.

Los medicamentos antiepilépticos son depresores del sistema nervioso central con selectividad que les permite evitar la crisis epiléptica en dosis que no causan somnolencia. Aunque todos los antiepilépticos tienen algunas reacciones secundarias indeseables, y todavía no se ha descubierto la medicación perfecta, el hecho de que pueda brindarse cierta protección contra los ataques en un elevado porcentaje de epilépticos puede considerarse un éxito notable del enfoque de la enfermedad.

Los bromuros fueron los primeros medicamentos antiepilépticos pero se fueron abandonando gradualmente al introducirse el fenobarbital en 1912 y más tarde al obtenerse el (DPH). Aunque más tarde se han descubierto nuevas drogas antiepilépticas muy potentes y con bastante selectividad, la mayor parte tienen considerable toxicidad.

Las drogas antiepilépticas se pueden clasificar en los siguientes grupos:

A).- Barbitúricos

- B).- Hidantoínas
- C).- Oxazolidonas
- D).- Succinimidas
- L).- Anticonvulsivantes diversos.

El difenilhidantoinato de sodio pertenece al grupo de las hidantoínas, también se le conoce como feniltoína ó dilantina, fué descubierto por Putnam & Merritt quienes después de examinar varias drogas sistémicas descubren en 1937 la alta efectividad del difenilhidantoinato de sodio, pero fué hasta 1938, cuando los mismos autores publican el primer reporte clínico de los efectos de la droga aplicada a 198 pacientes epilépticos adultos de los que se obtuvo el siguiente resultado:

De 118 pacientes con el gran mal 58% no presentaron características clínicas considerables, el 27% sí la presentaron, de 74 pacientes con el pequeño gran mal el 35% no presentó características clínicas considerables, el 49% sí la presentaron, de 6 pacientes con ataques psicomotores, 4 presentaron ningún síntoma y 2 pequeñas manifestaciones.

La principal ventaja del dilantín para el gran mal y la epilepsia psicomotora es que ejerce poca acción sedante en dosis terapéuticamente. Pero en grandes dosis puede causar ataxis, temblores y náuseas.

Efectos adversos del dilantín.

Son de tres categorías: tiene acción tóxica efectos secun

durios verdaderos y reacciones de idiosincrasia. La intoxicación se caracteriza por sedación, ataxia y nistagmo.

Estas manifestaciones guardan relación con la dosis y se presentan en concentraciones plasmáticas de 20 a 40 microgramos por ml. siendo en nivel terapéutico de 15 microgramos por ml.

Los efectos secundarios incluyen osteomalasia e hipocalcemia causando probablemente por interferencia con el metabolismo de la vitamina D. El empleo prolongado de dilantín puede ser causada de la disminución de la concentración sérica de ácido fólico, origen de anemia megaloblástica.

Un efecto raro causado por el dilantín, es la hipertrofia en las encías ó fibromatosis gingival, se observa en el 20% de los pacientes y suele atribuirse a un trastorno de la actividad fibroblástica.

Los mantenimientos del grupo de la hidantoína pueden producir discrasias sanguíneas y en raros casos clínicos parecido al del linfoma maligno, también tiene efectos antiarrítmicos.

Farmacocinética:

La difenilhidantoína se absorbe lentamente administrada por vía bucal, y no se alcanzan valores máximos durante varias horas.

La droga no deberá administrarse por vía intramuscular, ya que su absorción es muy irregular. Es metabolizada por las enzimas microsómicas con valores séricos terapéuticos, teniendo en cuenta ésta reserva, es útil considerar que utilizando la concen-

tración terapéutica eficaz usual, las concentraciones séricas bajan a la mitad de 18 a 24 horas.

Dosis:

Para vía bucal, con el fin de obtener un efecto rápido, puede administrarse en dosis de 1,000 mg. el primer día, 600 y 500 los días segundo y tercero y de 400 a 500 mg. diarios posteriormente.

En casos urgentes se puede administrar, por vía intravenosa y pueden darse de 50 a 100 mg, con intervalos de 5 minutos - hasta lograr un efecto terapéutico ó administrar un total de un gramo.

Preparados:

Se encuentra en el comercio en cápsulas con 100 mgs.

También en polvo, para preparar inyección de 50 mg/ml.

1.- EPILEPSIA

El Cirujano Dentista, debe estar capacitado para saber, - que actitud tomar hacia un paciente que padesca de epilepsia, en primer lugar, conocer el problema y la magnitud del mismo durante la historia clínica, después de conocer el problema, ponerse en contacto con el médico familiar del paciente, siendo ésta la persona que está más enterada del estado del paciente.

Una vez que hallamos tenido contacto con su médico, va-

nos a tener un conocimiento del estado del paciente y sabiendo - que padece de epilepsia y que las tenciones nerviosas son un --- factor predisponente a ataques convulsivos, vamos a darle a nues- tro paciente tranquilidad y seguridad, para así conseguir su calma y cooperación.

En ocasiones el paciente ignora su enfermedad y el Ciru- jano Dentista, descubre mordidas de lengua, puede estar frente a - un signo patognomónico de crisis convulsivas, que pueden asociarse a epilepsia y de aquí se puede iniciar un diagnóstico de la en- fermedad, se preguntará si se han sufrido desmayos, ataques o --- algún signo relacionado con la enfermedad.

En caso de que el paciente epiléptico llegue a sufrir - un ataque en nuestro consultorio, el Cirujano Dentista debe ayudar a que el paciente no sufra una caída ó golpe, y a que, no se - vaya a morder la lengua colocando un protector bucal, protector - que siempre debe existir en el Consultorio Dental, después de re- cuperarse el paciente de la crisis el Dentista deberá llamar al - médico de cabecera y comunicar del estado de la crisis y así ha- cer que se controle al paciente antes de asistir a una nueva ci- ta a nuestro consultorio.

El principal papel del Cirujano Dentista ante el paciente Epiléptico, es el hacerlo consciente del cuidado de su boca y - enseñarle que una buena técnica de cepillado, de control de pla- ca, motiverlo a que visite el consultorio periódicamente, y así - poder tener un verdadero control del estado de la boca de nues-

tro paciente, por otra parte hacen los tratamientos necesarios con la mejor calidad posible y si nosotros no estamos capacitados para hacer el tratamiento indicado, remitirlo al especialista.

En casos de fibromatosis gingival por DTH, el paciente - llegará a nuestro consultorio con la idea de cooperar con nosotros pues, estará consciente de que podemos ayudarlo a resolver un problema estético y fisiológico, que seguramente le preocupa y quiere solucionar; por lo que al llegar a nuestro consultorio hará desaprecer muchas características negativas del epiléptico.

2.- EMBARAZO

Ya fue considerada la relación entre el embarazo y las manifestaciones gingivales. Con no poca frecuencia durante el curso de un tratamiento periodontal, la paciente puede quedar embarazada.

La influencia sobre el programa de tratamiento es variable; depende del elemento tiempo, de las manifestaciones del embarazo (generales y dentales) y de la intensidad de la lesión periodontal tratada es prudente discutir el problema con el ginecólogo de la paciente, para determinar si existen lesiones inducidas por el embarazo. La curación de los tejidos puede estar dificultada y, por lo general, puede alterar los procedimientos técnicos.

Hay que vigilar atentamente a la paciente durante el curso del tratamiento y habrá que revalorar su estado, luego del parto. A menudo se debe interrumpir la terapéutica para continuarla después del parto.

3.- HEREDITARIA

También llamada fibromatosis idiopática, elefantiasis de la encía, gingivoma, macroencías ó fibroma difuso.

La fibromatosis gingival hereditaria, es la menos frecuente de las fibromatosis gingivales; en las Clínicas Dentales de la Columbia University, se han podido archivar sólo 20 casos, mientras que el total de enfermos examinados es superior a 100,000.

Antiguamente se atribuía la enfermedad a múltiples causas, entre las que se encontraban las irritaciones crónicas, los desequilibrios hormonales; la neoplasia, pero se presentaron muy pocas pruebas para demostrarlo. Por ello, durante muchos años se catalogó la enfermedad como fibromatosis gingival idiopática, éste término sigue siendo aceptado, pues aunque en parte se concluyeron algunas relaciones de la enfermedad, su etiología no está aún bien definida.

En estos estudios se han hecho pruebas, que hacen creer en la teoría hereditaria. El factor genético, podría ser un carácter autosómico dominante. Entre los 20 casos archivados, en la Columbia University, había: 2 ó 3 niños afectados de cada una de las tres familias.

En otro estudio, 11 niños de un mismo árbol familiar, — (6 bodas en 4 generaciones) sufrían fibromatosis gingival. Sin embargo, se admite, que se han presentado casos esporádicos sin antecedentes familiares evidentes.

La fibromatosis gingival hereditaria solo, suele manifes---

tarse, en los primeros años de la vida, casi siempre en los primeros 5 años.

En algunos casos los períodos más activos de la hiperplasia fibrosa, se limitan a los primeros años de la vida, deteniéndose luego la evolución, (después de una gingivectomía correctora), pero lo que se piensa que hay en un período pasajero de actividad.

En otros casos, la actividad hiperplásica, continúa más allá de la infancia, hasta la edad adulta.

GINGIVECTOMIA

1.- DEFINICION DE LA GINGIVECTOMIA

Gingiva: Encía. Ektomé: Resección.

Es la escisión de porciones de encía infectadas y despegadas en las infecciones periodontales.

2.- INSTRUMENTOS DE LA GINGIVECTOMIA

Hoy en día existen infinidad de instrumentos parodontales, como tenaculitas, según el criterio del Cirujano Dentista adquiere la selección adecuado de los instrumentos a utilizar en la gingivectomía, debido a su experiencia en la práctica.

Tenemos algunos instrumentos como son:

1.- Curetas sólidas para la eliminación del tejido y para la extirpación de todo lártaro remanente expuesto por la gingivectomía.

2.- Escapetos de hoja estrecha, con curvatura adecuada para permitir una incisión proximal (Merifield números 3 y 4, Sanders, Towner números 19 y 20, Goldman Fox números 2, 3 y 4).

3.- Escapetos de hojas anchas, redondeada, doblados en una angulación que permite un corte eficiente por vestibular y lingual de las zonas posteriores (Ward, Kirshland, Goldman-Fox).

4.- Tijeras finas para iris o similares de hojas filosas y finas.

5.- Instrumentos grandes especiales en forma de azada para desmenuar y dividir los tejidos seccionales Goldman-Ox número 10.

Como podemos ver hay una gran selección de clases restringidas de instrumentos. Todo Cirujano Dentista debe seleccionar exactitud el instrumental a utilizar. Se puede seguir como guía general, más no como procedimiento rígido la selección de los clásicos afamados.

3.- TÉCNICA OPERATORIA DE LA GINGIVECTOMÍA

Anestesia. Cuando se ejecuta solo la gingivectomía, sin otros procedimientos de restauración ni desgaste de los dientes, no solo requiere una anestesia profunda que anestésice los dientes.

Por lo tanto, el método de elección es la infiltración anestésica focal en el campo operatorio.

La técnica de infiltración cuando es comúnmente conocida por el Cirujano Dentista sabe de ante mano las ventajas de esta; como son: 1) Isquemia local, 2) Inducción rápida y 3) Administración y desarrollo de la anestesia sin complicaciones.

Se ha comprobado que la inyección a presión de la encía adherida es eficaz desde el punto de vista anestésico así como el condicionamiento del tejido para una incisión limpia y fácil.

Como se mencionó, no se requiere anestesia de los dientes y por lo tanto no es necesario un período de espera prolongado.

Marcación de las bolsas: La primera línea luego de -

la inducción de la anestesia es la marcación de la profundidad — de las bolsas en el campo operatorio. Se puede hacer, como se — ha sugerido, por dos métodos:

1) Con los marcadores de bolsas, que son con un pico de sonda y otro punzador.

2) Con la sonda.

Con el marcador de bolsas es fácil indicar la profundi— dad marginal por vestibular y lingual, sin probabilidades de e— rror. La única desventaja con la sonda es que no es automática y que requiere cierto juicio para su uso. Por ejemplo al insertar — la sonda puede ser necesario utilizar una angulación que permita — llegar hasta la mayor profundidad de la bolsa. Si luego la lectu— ra de la sonda en sentido vertical por la cara externa, se mar— cara un punto sangrante demasiado profundo y se expondrá hueso — innecesariamente si se secciona a esa altura. A la inversa si es posible una entrada vertical al punto más profundo de la bolsa y se obtiene una lectura, el uso de esta misma es la encía palati— na que es marcadamente inclinada.

El marcador de bolsas debe ser ubicado lo más paralelo — posible al eje mayor del diente. En las caras vestibulares si la topografía de la bolsa, o la posición del diente necesitara la — angulación de la porción calibrada con respecto del eje mayor, el resultado sería una marcación. Sobre la cara palatina se introduci— ría una discrepancia similar. Al marcar las bolsas palatinas, la — inclinación del paladar afectará la exactitud de la marcación.

Eliminación del tejido. Los instrumentos más usados para — la remoción de tejido son el Gotlman-fox número 10 o las curetas

sólidas. Hasta es útil un tordréctomo en forma de hoz (n. del - T.: la llamo "uña"), puesto que puede a la vez contar cual — quier adherencia residual por presión contra la raíz y enganchar — la masa de tejido seccionada para desalojarla con un movimiento — vigoroso y controlado.

Desprendida y eliminada la masa de tejido gingival, por — vestibular y lingual, hay que desbridar y dejar dilatada la heri — da. Siempre habrá inevitable proyecciones remanentes de tejido que — deben ser eliminadas para remover una curación rápida y sin com — plicaciones. Los biseles casi siempre tienen que ser corregidos en — grados diversos en especial los palatinos y los linguales, pues — estos son con frecuencia insuficientes y presentan escalonos y má — rgenes rectos, no fisiológicos.

Eliminación de proyecciones de tejido. Las proyecciones re — manentes de tejido son fáciles de eliminar con tijeras o curetas.

Un método simple, si el profesional trabaja con aspirador — consiste en tomar la proyección o hebra de tejido con la punta — del aspirador. Esto hace que el delicado fragmento adopte un ángu — lo recto en relación con el resto de los tejidos. En esta si — tuación es fácil recontarlo en su base con las tijeras para ir — aún interproximalmente. En todo caso también es útil una cureta — filosa que conte los bordes contra las raíces subyacentes.

Corrección de la forma. La corrección de los biseles de — la forma no es general una cuestión difícil. Se convierte en la — fase principal de terminación y ocupa un lugar importante en este — momento. Las técnicas utilizadas para la terminación en la gingi —

vectomía son más o menos las de una gingivoplastia y se realiza por las mismas razones de la creación de un contorno apropiado. --

Cuando las incisiones básicas de la gingivectomía han sido completadas, incluido el biselado, con frecuencia queda mucho que desear con respecto de la forma. También hay que tener en cuenta que la naturaleza del tejido que se está seccionando se presenta particularmente bien para el remodelado quirúrgico. Si bien es inevitable cierta alteración ligera del tejido gingival durante el proceso curativo, la encía permanece bastante estática -- con la forma otorgada cuando no estaba inflamada y tenía una -- consistencia firme.

Para terminar la operación son útiles el escapelo, la -- abrasión rotatorio, el raspado y la electrocirugía. La elección de la técnica depende, como siempre, de la accesibilidad, de la -- reacción del tejido a esa modalidad y de la eficacia y de la -- facilidad de la manipulación para, el terapeuta son necesarios e -- importantes los márgenes gingivales de borde en filo de cuchillo, -- las papilas interproximales de cima nítida, las formas interradicu- -- lares desviantes. De ningún modo es suficiente la eliminación de -- la bolsa.

Estos últimos párrafos ilustran del mejor modo la inevita -- ble función de técnicas. El empleo de la gingivoplastia como téc -- nica de terminación para la gingivectomía es una simple combina -- ción de la metodología. En la práctica se le ocurrirán al lector combinaciones más complejas aún. Estas técnicas necesariamente, de -- ben ser presentadas por separado para una mejor enseñanza, pero -- se les practica en forma conjunta.

Una observación común en las regiones posteriores es que

cualesque tentativa de biselar la incisión va contra un contorno óseo plano y ancho. El que se trate de un defecto óseo torna ineficaz la acción del bisturí y es preciso recurrir a otros métodos para asegurarse un bisel en tal caso se completa, la gingivectomía y desde el borde de la incisión, se separará la encía con una legra adecuada para dejar expuesto hueso subyacente. Entonces con una piedra de diamante que se gira bajo agua, se rebaja y da forma al margen óseo hasta darle una terminación en filo de cuchillo. También se efectúa la reducción interradicular. Y volvemos el colgajo a su posición y colocamos un apósito en la herida quirúrgica, debemos de tener cuidado para no desplazar el colgajo.

Aplicación correcta del apósito periodontal. Debemos considerar el apósito quirúrgico postoperatorio. Es obvio que la herida quirúrgica debe ser cubierta y protegida de los líquidos bucales y de los irritantes hasta que la granulación esté bien formada y las superficies seccionadas expuestas hayan comenzado a epitelizar.

Cuando el apósito quirúrgico es aplicado adecuadamente, se convierte en un puente epitelial y en una ayuda indispensable para la curación y reparación. Se ha comprobado que el apósito del tipo de cemento es el mejor disponible para nuestros propósitos, en el tipo de cirugía practicada en periodoncia. Excepto la aproximación del colgajo, que se usa en una clara minoría de casos, nuestras heridas quirúrgicas son más o menos abiertas y no susceptibles de suturas en razón de que los procedimientos son de un tipo "externo" en cuanto se extirpa el tejido en vez de hacer un colgajo y explorarlo. El apósito quirúrgico es ideal para esta clase de cirugía.

Por lo general la mayoría de los cementos periodontales - disponibles constan de óxido de zinc y eugenol con modificadores.

Para la hemostasia se añade ácido tánico en diversas proporciones; resina en polvo, para la adhesividad; aceites aromáticos para el gusto y, posiblemente, componentes fibrosos, como amianto - o algodón, para resistencia y durabilidad en la boca.

El cemento quirúrgico que nosotros conocemos consiste en - un polvo y un líquido como los demás cementos. El Cirujano Dentista debe conocer bien la naturaleza del producto que emplea de modo que se adapte bien a su procedimiento operatorio. Un cemento de fraguado rápido debe ser mezclado justo antes de la inserción.

Hay que poner cuidado en el logro de la mejor textura - para la manipulación apropiada. Las masa de granulación resistente, semienrocidas comprimen demasiado los tejidos delicados expuestos - y a veces exprimen y eliminan el coágulo recién formado. Un cemen - to en consistencia de chicle incorpora la sangre con facilidad y - no se le puede utilizar. La masa de cemento quirúrgico debe ser - bastante blanda como para darle forma con una presión suave y - bastante firme, como para mantener la forma bajo condiciones en - que se utiliza.

El fraguado del cemento debe ser bastante lento como pa - ra permitir su colocación y luego debe endurecer rápidamente.

Un fraguado demasiado rápido hace posible la colocación - correcta y es traumatizante. Ningún cemento satisface todas nues - tras exigencias; se sacrificaría la cualidad menos crítica para lo - grar las propiedades de las cuales no podemos privarnos.

Existen algunos cementos que son demasiado lentos para --

fraguar en seco. Estos pueden durar varias horas y conservar una buena consistencia; en los líquidos bucales, en cambio, fraguan en 20 minutos, más o menos. Esto es lento, sí, pero una buena consistencia gomosa y una textura suave con una colocación sin apresuramiento y simple son cualidades difíciles de ceder. En todo caso se puede despedir al paciente sin aguardar a que termine de fraguar el cemento y tan pronto como se haya completado su aplicación.

Un cemento de fraguado rápido debe ser preparado inmediatamente antes de su colocación y se lo ha de aplicar rápidamente el Cirujano Dentista. Este cemento fragua bien y con rapidez, pero crea problemas en zonas que requieran una aplicación cuidadosa con alguna corrección posible de la curación.

Con ambos tipos se suele obtener excelentes resultados. -

En lo que concierne a la aplicación, depende mucho la naturaleza del acto quirúrgico. Si todos los tejidos remanentes están bien adheridos, entonces la curación debe ser aplicada y justamente entre las raíces y por las caras vestibulares y linguales. Para esto se divide la masa en bolitas suficientes como para su inclusión interproximal. Luego añadimos unos rollos largos y finos en forma de lápiz por vestibular y lingual para completar el apósito. Se tendrá cuidado en mantener las superficies oclusales libres de cemento para que no se rompa al ocluir una vez fraguado.

Cuando existen cogajos cortos o retracciones, es preciso poner cuidado para no desplazar los tejidos a menos que lo requieran los objetivos operatorios. Permitir que el cemento quirúrgi

co invada y desplace los colgajos, para evitar un engrosamiento fibroso y un tejido blando no deseable, lo cual requerirá la consistente reparación plástica. Con el fin de evitar esto, se aplicaran solo los rotos por vestibular y lingual y se presionará con delicadeza por interproximal con los dedos, sin una retracción indebida de los carrillos que a menudo desplaza los tejidos por la tensión sobre los contiguos.

La experiencia guiará al profesional si está advertido de la importancia de esta fase del tratamiento.

CAPITULO V

REQUISITOS PREVIOS BASICOS

1.- INDICACIONES PARA LA GINGIVECTOMIA

a.- Eliminación de bolsas supraalveolares y bolsas falsas.

b.- Eliminación de agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía.

c.- Transformación de márgenes redondeados o engrosados en la forma ideal.

d.- Creación de la forma más estética en casos que no se ha producido la exposición completa de la corona anatómica.

e.- Creación de la simetría bilateral ahí donde el margen gingival de un incisivo se retrae más que el incisivo vecino.

f.- Exposición mayor de la corona clínica para ganar retención con finalidad prótica, para permitir el acceso a curieter subgingivales, o para permitir la colocación de una grapa durante el tratamiento endodóntico.

g.- Corrección de cráteres gingivales.

h.- La tendencia natural de la cicatrización de la encía es generar contornos gingivales fisiológicos, no anomalías gingivales, siempre que las condiciones locales no perturben el proceso de cicatrización. Esto significa que, además de hacer la cirugía, hay que corregir dientes mal alineados, entrecruzamiento anterior — excesivo con apoyo sobre la encía superior e inferior, restauraciones mal contorneadas y zonas de impacción de alimentos. También la higiene bucal eficaz es esencial para la consecución y mante-

nimiento de contornos gingivales fisiológicos.

2.- CONTRAINDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA

a.- En presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos, cráteres interdentarios o cresta ósea.

b.- Presencia de bolsas intraalveolares.

c.- Si la excisión de la encía dejara una zona inadecuada de encía insertada.

d.- Si la bolsa se extiende más allá de la cresta alveolar no se puede eliminar su base, solo mediante la gingivectomía.

e.- Si la excisión de la encía deja una zona inadecuada de encía insertada y la bolsa llega debajo de la encía mucogingival, la cirugía eliminará gran parte de la encía insertada, o su totalidad. La mucosa alveolar no es buen sustituto de la encía insertada y la lesión sigue en estos casos.

f.- Cuando es deficiente el cepillado y no se puede realizar su higiene bucal o no se realizará el tratamiento.

g.- Si la relación entre el paciente y el profesional es difícil tomando en cuenta la seguridad emocional del paciente.

h.- Cuando existen determinadas enfermedades o afecciones como enfermedad de Addison o Diabetes, no controladas.

i.- Cuando existe sensibilidad dentaria antes del tratamiento.

3.- VENTAJAS DE LA GINGIVECTOMIA

a.- Las ventajas evidentes del bienestar para el paciente son que la gingivectomía no deja expuesto tejido cruento después del cierre. Esto es especialmente agradable en el tejido palatino donde la encía es gruesa, (requiere una incisión más amplia) y constituye una zona de participación lingual activa para la fonación, alimentación y simple curiosidad debido a sus contornos poco familiares.

b.- La cicatrización superficial es rápida, de tal forma que los apósitos se requieren durante menos tiempo. En realidad, muchos periodonistas hábiles prescindir del apósito completamente y logran una excelente cicatrización y comodidad del paciente.

c.- Los puentes parciales removibles y los guardas nocturnos pueden utilizarse normalmente, con poca interrupción.

4.- DESVENTAJAS DE LA GINGIVECTOMIA

Como con cualquier método, existen ciertas desventajas que deberán de ser valoradas contra los beneficios esperados. La gingivectomía no constituye ninguna excepción a la regla.

a.- Durante la cicatrización, el surco resultante creado deberá ser eliminado completamente colocando el tejido cortado en las zonas cervicales de los dientes dentro del campo. Esta aproximación requiere mucho cuidado y atención. Con mayor frecuencia, el margen es fijado con suturas y por suspensión sobre colocación y control. En ocasiones es posible eliminar este gran margen con un apósito, aunque este método, usado por sí solo no es confiable.

En la mayoría de los casos los apósitos son blandos y continúan deformándose en tiempo considerable después que han sido colocados, y el desplazamiento y distorsión del margen frecuentemente ocurre no es visible para el operador hasta que el apósito se ha retirado, revelando márgenes gruesos y desagradables que se encuentran alejados de los cuellos de las raíces. Aparte del apretamiento de alimentos y de la dificultad para el mantenimiento, los márgenes engrosados pueden exigir mayor molesto por gingivoplastia.

b.- El tiempo y habilidad requerida para la realización de la gingivectomía simple de bisel externo. Los cortes precisos de los colgajos, la sutura y el control general del colgajo, son procedimientos que consumen mucho tiempo.

c.- Los problemas de sangrado postoperatorio son más frecuentes que en la gingivectomía simple. Sin embargo, éstos no representan problema alguno.

5.- OBJETIVOS DE LA GINGIVECTOMIA

a.- Al eliminar la pared enferma de la bolsa que oculta la superficie dentaria, proporcionada la accesibilidad y visibilidad fundamentales para la remoción completa de los depósitos superficiales irritantes y el aislado a fondo de las raíces.

b.- Al eliminar el tejido enfermo y los irritantes locales, crea un medio ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno fisiológico.

Como suele suceder con técnicas terapéuticas de uso difun

dido, muchos clínicos dicen hacer como rutina con la gingivectomía cosas que otros no pueden conseguir mediante ella lo que muchos hacen rutinariamente. Cuando se usa para los fines a que se — destina, la gingivectomía es la forma más eficaz de tratamiento — existente. No se obtendrá éxito cuando se espera de ella más de lo que puede dar o cuando se ejecuta inapropiadamente.

CAPITULO VI

ANESTESIA GENERAL Y LOCAL

Para la intervención de la gingivectomía, el tipo de anestesia puede ser local ó general, la más común y la que tiene mayores ventajas para el operador es la anestesia local, para obtener un buen ángulo visual necesitamos la cooperación del paciente. Para lograr en una sola intervención la gingivectomía total y no someterlo a una serie de intervenciones, lo más conveniente es internarlo en el Hospital.

Como un requisito indispensable el paciente deberá permanecer internado en el Hospital 48 horas después de la intervención, al paciente un día antes de la operación se le hacen los siguientes estudios:

- a) análisis de laboratorio
- b) hemograma
- c) examen físico
- d) consultas médicas

1.- ANESTESIA LOCAL

Consiste en la superación no selectiva de todos los tipos de sensibilidad de una región determinada del organismo.

Se consigue impidiendo la conducción a nivel de los nervios periféricos sensitivos ó de sus terminaciones ó receptores correspondientes.

Necesitamos utilizar diferentes tipos de administración --

anestésica para la intervención de la inivectomía, en la manulibu la son las siguientes zonas, la manulibula bilateral e inyección, bilateral e inyección vestibular larga. Para las zonas del maxilar inyecciones bilaterales del nervio palatino anterior, en el foramen palatino posterior y la del nervio nasopalatino en el foramen in- cisivo, más infiltración vestibular en las regiones de los ante- riores, premolares y molares.

Esta contraindicado hacer la inyección directa en la papi- la interdentaria; pero la podemos hacer en las zonas donde la — sensibilidad es persistente.

El operador hace un reconocimiento previo de la historia- clínica y los análisis necesarios, para poder seleccionar el tipo- de anestésico adecuado.

2.- ANESTESIA GENERAL

En la obtención analgésica hipnótica y de relajación mus- cular. Se conjuga una técnica en la que generalmente se hace una combinación de drogas diferentes, podemos realizar una satisfactoria anestesia general utilizando fármacos con propiedades hipnóticas, re- lajantes musculares y analgésicos. En el mercado podemos encontrar- algunos anestésicos generales que por sí solo pueden producir la — clásica triada anestésica, debemos tener cuidado porque requiere de dosís elevadas porque lleva al paciente a una profunda depresión — del sistema nervioso central con un resultado peligroso.

La anestesia general representa un acto complejo, que — esta constituido por 7 etapas:

1) MEDICACION ANESTÉSICA PREVIA.

B) EXAMEN FISICO.

C) INDICACION ANESTESICA.

D) MANTENIMIENTO DE LA ANESTESIA.

E) RECUPERACION ANESTESICA.

F) COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE LA ANESTESIA GENERAL.

G) PELIGROS DE LA ANESTESIA.

a).- MEDICACION ANESTESICA PREVIA

Se requiere de un examen previo del paciente y la administración de fármacos antes del acto quirúrgico.

Como primer punto es el examen previo del paciente, el segundo la administración previa de los fármacos, porque nos permite la recolección de datos fundamentales sobre los antecedentes -- personales y actuales que junto con la historia clínica nos dará un reconocimiento general del estado del paciente y valorar el -- riesgo quirúrgico y ayudará a seleccionar la anestesia adecuada.

b).- EXAMEN FISICO

Debemos analizar cuidadosamente el aparato respiratorio y circulatorio. Tenemos muy en cuenta la presencia de los lentes de contacto, ya que los fármacos provocan sequedad en la conjuntiva -- y pueden producir úlceras de córnea los anticolinérgicos, esta contraindicado utilizarse los lentes mediante se produce el efecto.

En 8 horas como mínimo el paciente no debe tomar nada -- antes de la intervención.

Administración de fármacos antes de la intervención qui--

nirgica.

Cuando ya haya sido valorado el paciente desde el punto de vista físico y psíquico, estaremos en condiciones de administrar los medicamentos pre-anestésicos.

Por lo que se deben cumplir las siguientes condiciones.

- a) Sedante
- b) Analgésica
- c) Anticolinérgica

C).- INDUCCION ANESTÉSICA

Es caracterizado por la pérdida de la consciencia.

La pérdida de la consciencia la podemos obtener mediante la administración de los fármacos principalmente por las siguientes vías que pueden ser la intravenosa y la inhalatoria.

La inducción será rápida y agradable, se consigue si se realizó correctamente la premedicación anestésica, no solamente se tomará en cuenta el punto de vista farmacológico, sino también el psíquico.

La inducción de preferencia se debe realizar fuera de la sala de operaciones, preferentemente si se tratara de niños. Debemos de tener en cuenta que el primer sentido que pierde el paciente es la visión y el último será el auditivo, por ello, es importante que exista un silencio absoluto en la habitación donde se encuentra durmiendo el paciente.

D).- MANTENIMIENTO DE LA ANESTESIA

Se debe considerar como una de las etapas más importan-

tes de la anestesia general, ya que de ella dependen el desarrollo normal de la intervención quirúrgica, y de la recuperación especialmente que es la última etapa.

Sera controlada: 1) la respiración, 2) la presión arterial, 3) el pulso, 4) la irrigación periférica y 5) el color de la piel y mucosas. Por lo cual existirá una estrecha vigilancia al paciente, durante esta etapa.

El mantenimiento de la anestesia puede realizarse utilizando las vías inhalatoria ó la endovenosa, a los relajantes musculares se deben considerar por separado.

E).- RECUPERACION ANESTESICA

Debemos de tomar en cuenta como una de las etapas críticas, ya que en ella encontramos mayor frecuencia de accidentes.

Depende en gran parte de cómo se utilizaron las etapas anteriores, por lo cual farmacológicamente se marca la etapa de la eliminación de los fármacos administrados.

Por lo cual el anestesiólogo principalmente tomará en cuenta que la ventilación sea adecuada y que la vía aérea esté libre de secreciones. Teniendo la obligación de acompañar al paciente hasta su habitación ó la sala de recuperación.

F).- COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE LA ANESTESIA GENERAL

	RESPIRATORIAS	Insuficiencia respiratoria. Laringospasmo. Aspiración bronquial.
COMPLICACIONES ANESTÉSICAS	CIRCULATORIAS	Hipotensión arterial. Arritmicas. Paro cardíaco.
	RESPIRATORIAS	Nauseas. Vomito.

6).- PELIGROS DE LA ANESTESIA

Cuando se administre un anestésico, siendo aún local, pueden determinar graves accidentes.

Esta considerada la anestesia local, siempre que sea posible es el método más seguro.

El paro cardíaco es la complicación más temible que es producto después de una serie de anomalías fisiológicas detectadas tardíamente. Nunca será tratado como un hecho fortuito.

La mayor parte de las muertes provocadas por la anestesia, es por falta de conocimientos ó una simple distracción del anestesiólogo, como se creía que era por problemas atóxicos ó de idiosincrasia.

Se debe de evitar inmediatamente la aparición de una complicación grave.

3.- TRATAMIENTO DE EXTRACCIONES MÚLTIPLES BAJO ANESTESIA GENERAL Y ELABORACION DE PROTESIS

Antes de realizar las extracciones múltiples al paciente - le tomamos las impresiones de los maxilares, sup. e inf. para poder obtener los modelos de estudio. Ya que los obtuvimos con una espátula eliminamos los dientes al modelo de estudio, y hacemos - los portaimpresiones individuales, para asegurar la obtención de co rrectas impresiones fisiológicas.

Cuando la impresión anatómica se registró correctamente y - se construyó un portaimpresiones individual ajustado y exacto, se - procede a delimitar y a registrar las zonas de reflexión muscular en el contorno periférico es decir, se procede al registro de la impresión fisiológica o definitiva, por lo cual debe tener un -- buen soporte, estabilidad y retención. Y así poder obtener los mo delos de trabajo que son conocidos como definitivos, son los que - se obtienen de las impresiones fisiológicas; representan una repro- ducción positiva de los rebordes residuales y estructuras adyacen- tes, y sus características topográficas variadas en profundidad y - uncho, nos dará la superficie de apoyo de las bases protésicas.

Para poder obtener la base de los registros. Después se - hace la colocación de los rolillos en relación para determinar:

- 1.- La dirección del plano de orientación o de relación - máxilo-mandibular.
- 2.- Realizar registros intermaxilares de diagnóstico o de - finitivos y valorar el espacio libre.
- 3.- Establecer la forma del contorno vestibular y lingual-

relacionada al sistema labio-cavilo-lengua.

4.- Colocar estéticamente y funcionalmente los dientes artificiales.

Después hacemos la colocación de los dientes en los rodillos, primero colocamos los incisivos superiores y luego los incisivos inferiores, después colocamos los dientes posteriores y festoneamos.

Introducimos nuestra placa, ya que las tenemos terminadas - hacemos el remontaje en el articulador.

La dentadura terminada superior se remonta en las impresiones dentarias guías de yeso sobre la platina del articulador y se fija a la rama superior con yeso de fraguado rápido; retiramos la guía dentaria de yeso y la platina del articulador, queda la dentadura superior en posición exacta.

Después remontamos la dentadura inferior en el articulador para las correcciones oclusales necesarias.

Hacemos los movimientos indicados en el articulador para ver si no hay puntos prematuros, si los llegará haber colocamos papel de articular. Se deben de hacer movimientos de protrusión, de lateralidad izquierda, derecha y relación céntrica. Donde se marcó el papel de articular rebajamos los puntos prematuros de contacto.

Le hacemos las extracciones al paciente, suturamos el alveolo y procedemos a colocar la prótesis. En el momento de colocar las dentaduras terminadas en la boca del paciente, se someten a la revisión y revaluación de todas las etapas involucradas en las distintas fases de construcción de la prótesis. La colocación representa básicamente el periodo armonioso de conjunción ---

adaptativa entre la construcción protética y la anatomofisiología -
del paciente.

Después de 2 meses checamos la prótesis del paciente le-
hacemos un rebaso para ajustar las prótesis y tener un buen —
funcionamiento de ellas.

CAPITULO VII

CRONOLOGIA DE INTERVENCIONES Y RESULTADOS

1.- REPORTE DE CASOS CLINICOS

A la exploración intraoral se observa gran hiperplasia gingival que involucra la totalidad de los procesos superior e inferior, su aspecto el lobulado de color rosa pálido, de consistencia extraordinariamente firme.

FORMULA DENTARIA								
AÑO DE 1963								
DER.	EJ	1		1	C	4	6	IZQ.
		C	1		12		6	

Por lo regular el primero y segundo molares temporales superiores derechos, incisivos centrales permanentes, canino temporal superior izquierdo, incisivo central permanente inferior derecho y canino temporal inferior derecho, todos parcialmente cubiertos por el agrandamiento; el resto de la fórmula dentaria se encuentra incluida en la profundidad de la masa gingival y ósea. No existe oclusión dentaria y ambos maxilares se tocan entre si en posición de descanso.

El tono muscular de los labios se encuentra alterado.

El resto de las estructuras bucales se encuentran sin alteración, con excepción del paladar que se encuentra muy profundo, y con manifestaciones de hipertrofia, sin llegar a tocar la línea media.

Radiográficamente en incidencias "Status X", se observa la fórmula dentaria en cuanto a número con la edad cronológica del niño. apreciándose también, malposiciones de la totalidad de los órganos dentarios.

En estas ocasiones se proyecta, en razón que existe supuestamente potencial de erupción dental; gingivoplastia bajo anestesia general, de la parte anterior del proceso maxilar y se aplica férula de acrílico con cemento quirúrgico. Tres meses después se efectúa el mismo procedimiento, ahora en la parte anterior del proceso mandibular.

Seis meses más tarde se efectúa la misma técnica, en el cuadrante inferior derecho y se relocala la región anterior superior en estos momentos los resultados son contados, ya que sólo se ha logrado hacer erupcionar a los dientes anteriores y la superficie oclusal de un primer molar.

Por tal motivo, se decide cambiar la técnica para los segmentos posteriores izquierdos, en donde se practica gingivectomía y osteoplastia, mediante levantamiento de colgajos extensos.

Un año después, la evaluación reporta nuevamente pobres resultados, en razón a la ausencia de oclusión, a la presencia de extensas zonas hipertroficadas y a la adición de procesos inflamatorios periodontales; por lo que se decide reevaluar la técnica,

mediante los siguientes lineamientos: cefalometría, toma de modelos superior e inferior con la consiguiente medición de los mismos e interpretación ortopantomografía.

CRONOLOGIA DE INTERVENCIONES Y RESULTADOS.					
FECHA	HOSPITAL	ANESTESIA	OPERACION	TOPOGRAFIA SEGMENTO	RESULTADO
1967	La Raza	General	?	?	?
1969	La Raza	General	?	?	?
Nov. 72	U.I.F.	General	Gingivoplastia.	Antero-Superior.	Pobre.
Feb. 73	U.I.F.	General	Gingivoplastia.	Antero-Inferior.	Pobre.
Ag. 73	U.I.F.	General	Gingivoplastia.	Inferior--Derecho Antero-Superior.	Pobre.
Ag. 75	U.I.F.	General	Gingivoplastia y Osteoplastia.	Superior e Inferior-Izquierdo.	Pobre.

En los casos reportados, los hallazgos encontrados durante el tratamiento son compatibles con los de la hiperplasia fibrosa-

gingival.

Durante las diferentes intervenciones se observó abundante tejido gingival de consistencia dura, que ofreció mayor resistencia al corte que el de la encía normal, así como tejido óseo que deformaba la configuración del proceso alveolar.

En el transcurso de las intervenciones se tomaron biopsias gingivales y óseas.

La hiperplasia puede presentarse desde el nacimiento en algunos casos, aunque muchos autores la asocian con la erupción dentaria temporal.

La etiología es desconocida, pero sí podemos decir que es una entidad que se transmite con un gene autómico dominante, de penetración variable.

Tratamiento: La mayoría de los autores eligen la técnica de gingivectomía, gingivoplastia en casos en que se detecta tempranamente y como medida conservadora para guiar los dientes a una oclusión satisfactoria.

En personas afectadas severamente y que presentan múltiples malposiciones dentales, el tratamiento deberá efectuarse en forma radical, efectuando gingivectomía, odontectomía de todos los órganos dentarios y alveolotomía parcial. Posteriormente, se colocan prótesis totales, las cuales mejoraron mucho la función y la estética que no serían alcanzadas por sí solas.

CRONOLOGIA DEL TRATAMIENTO
RADICAL

FECHA	HOSPITAL	INVESTIGACION	OPERACION	TOPOGRAFIA	RESULTADO
En. 79	I.N.P.	General	Gingivectomía. Odon- tecto- mía. Alveolo - plastia.	Anterior y Posterior- Sup. 179.	Favorable
May. 79	I.N.P.	General	Gingivectomía. Odon- tecto- mía. Alveolo - plastia.	Posterior- nes Sup. e Inf. Der.	Favorable
Jul. 79	I.N.P.	General	Gingivectomía. Odon- tecto- mía. Alveolo - plastia.	Anterior y Posterior- Inf. 179.	Favorable

CAPITULO VIII

INDICACIONES PRE, TRANS Y POSTOPERA- TORIAS

Antes de efectuarse la gingivectomía, haremos una preparación previa a dicha intervención, la preparación consiste en eliminar los factores locales que favorecen la inflamación, como son:

Las zonas de impactación de alimentos, la eliminación de los puntos de contacto prematuro, de contacto severo, control de placa dentobacteriana y restauraciones desborlantes.

Se deben de investigar los estados sistémicos que puedan perturbar la cicatrización.

Un mes antes de realizarse la gingivectomía el paciente debe estar libre de síntomas, de la enfermedad gingival aguda.

1.- PREMEDICACION

Para la sedación del paciente se usan muchas combinaciones de drogas. Se considera eficaz la siguiente:

La noche anterior a la gingivectomía, antes de acostarse el paciente debe tomar: Secobarbital Sódico 100 mg; una hora antes de la gingivectomía; Pentobarbital Sódico, intramuscular; media hora antes de la anestesia; Escopolamina y Demenol. A los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes, fiebre reumática ó tratamiento prolongado de corticoesteroides, se premedican con —

antimicrobianos, estos pacientes que presentan estatus sistemáticos, - que no son de gravedad suficiente para contraindicar la cirugía, - pero que se pueden demandar medidas especiales de precaución, deberán ser intervenidos en el hospital. La finalidad de la hospitalización es con el fin de proteger al paciente previendo su carencia específica, no se debe realizar la cirugía periodontal cuando esté contraindicada por el estado general del paciente.

Durante el trans-operatorio debemos tener el material adecuado siendo indispensable una buena fuente de luz, un aspirador potente, pinzas marcadoras Num. 27 G, bisturíes periodontales que se quieran utilizar, etc. es indispensable la presencia de un ayudante que nos ayude a mantener el campo operatorio libre de obstáculos que de alguna forma puedan evitarnos la visión clara.

Se debe tener un campo visual suficiente para ver la cantidad de tejido que vamos a eliminar y no sea ni más ni menos del necesario.

En caso de que la operación se haya con anestesia general, el paciente tendrá la siguiente posición:

El paciente se colocará en la mesa de operaciones, con la espalda elevada aproximadamente en un ángulo de 30 grados y la cabeza a nivel de los codos del operador.

El ayudante se colocará del lado opuesto de la mesa, - al operador para hacerse responsable de la aspiración.

El pos-operatorio, dependerá si la intervención se realizó en diferentes sesiones o en una sola, si se hizo en diferentes sesiones éstas son las instrucciones para después de la gingivecto

mía del primer cuadrante:

Una vez colocado el apósito, se entregan al paciente las siguientes instrucciones impresas, para que sean leídas antes de dejar el sillón.

La operación que se le ha realizado en el parodonto, ayudará a conservar sus dientes. Se ha preparado la siguiente información para responder a preguntas que usted desearía hacer sobre cómo cuidar su boca. Por favor lea cuidadosamente las instrucciones:

Cuando la anestesia desaparezca, puede sentir una leve molestia, no dolor, se indica tomar dos tabletas de aspirina de 30 mg, le harán sentirse bien. Se puede repetir cada tres horas si fuera necesario.

Le hemos colocado un apósito periodontal sobre sus encías para protegerlas de la irritación. El apósito previene el dolor, le ayuda a la cicatrización y permite que realice usted la mayoría de sus actividades usuales cómodamente. El apósito se endurece pocas horas, después de lo cual pueda soportar la mayoría de las fuerzas de la masticación sin romperse. Puede requerir un poco de tiempo acostumbrado a él.

Para beneficio suyo, el apósito debe estar colocado, el mayor tiempo posible, no lo quite, si se desprenden partículas del apósito durante la semana, no debe preocuparse de ello, e instanto no sufra dolor. Si llegara a desprendirse una porción considerable del apósito y sintiera algún dolor, o los bordes ásperos irritan la lengua, labio o carrillos, por favor llame al consulta

rio, el problema no remedia fácilmente reemplazando el apósito.

El apósito se retirará la próxima semana.

En las tres primeras horas después de la operación, se deben evitar alimentos calientes, para permitir que el apósito -- endurezca. Después solo se recomienda dieta blanda. Se evitarán -- frutas cítricas ó jugos de frutas, alimentos muy condimentados ó -- bebidas alcoholicas. Causarán dolor. Por lo general no se precisan complementos de alimentos ó vitaminas. Se le recetarán si fuese -- necesario.

Esta contraindicado no fumar. El calor y el humo irritarán su parainfarto y se demorará la cicatrización, si fuera posible aproveche esta oportunidad para dejar de fumar. Los fumadores tienen más posibilidades de enfermarse de la encía que los que no -- fuman.

Los enjuagatorios no son parte del tratamiento, pero ayudarán a que se sienta su boca fresca. No debe de enjuagarse el -- primer día. Se debe de comenzar mañana; se puede enjuagar con -- uno de los enjuagatorios de sabon agradable.

No lo debe de usar en forma concentrada, se debe de di -- luir un tercio del enjuagatorio en dos tercios de agua tibia.

Desarrolle sus actividades cotidianas, pero debe evitar -- ejercicio excesivo de cualquier tipo. El tenis, golf, boliche, natación ó los baños de sol, se pospondrá para dos días después -- de la operación.

Se llega a experimentar cierta sensación de debilidad ó -- estremecimientos durante las primeras 24 horas. Esto no debe de --

alarmarlo, pero debe de ser informado en la visita al Odontólogo.

La inflamación no es rara, en particular en zonas que demandaron procedimientos quirúrgicos extensos. La inflamación, por lo general pasa a los tres ó cuatro días. Si la inflamación es dolorosa o empeora, por favor llame en seguida al consultorio.

Puede haber una que otra mancha de sangre en la saliva, las primeras cuatro ó cinco horas inmediatas a la operación.

Esto no es raro y se corregirá. Si llegará a sangrar más considerablemente más que esto, se debe de tomar un trozo de gasa en forma de "U" debe de tomarse entre los dedos pulgar e índice, aplicándolo sobre los dos lados del apósito y sosténgalo bajo presión durante 20 minutos. No debe ser retirado durante este lapso, para experimentarlo.

2.- CUIDADOS ESPECIALES DEL PACIENTE

Después de la gingivectomía total se le entrega al paciente un folleto que contiene las siguientes indicaciones.

1.- Hemos colocado un apósito periodontal sobre su parodontio, para protección de la incisión. El apósito previene el dolor, ayuda a la cicatrización y permite que realice usted la mayoría de sus actividades cómodamente.

2.- Es beneficio suyo, el apósito debe quedar colocado el mayor tiempo posible. No lo quite. Si se llegaran a desprender partículas del apósito durante la semana, no debe de preocuparse por ello, en tanto no sufra dolor. Si se rompe un trozo-

del apósito y siente dolor, ó los bordes ásperos irritan la lengua, labio ó carrillo, debe comunicarse con el Cirujano Dentista.

El problema se remedia fácilmente.

3.- Coma todo lo que pueda comer sin desprender el apósito. De preferencia dieta blanda. Evite frutas cítricas ó jugos de frutas, alimentos muy condimentados ó bebidas alcohólicas. Le causarán dolor.

4.- Durante las dos semanas siguientes, puede complementar su dieta con multivitaminas.

5.- No fume. El calor y el humo irritarán sus encías y se demorará la cicatrización. Si fuera posible aproveche esta oportunidad para dejar de fumar. Los fumadores sufren más enfermedades en su parodonto que los que no fuman.

6.- Los enjuagatorios no son parte del tratamiento, pero ayudarán a que sienta su boca fresca. En su casa, puede enjuagarse con suavidad, las veces que quiera pero con uno de los enjuagatorios populares. No lo use en forma concentrada, diluya un tercio de enjuagatorio (Bucosept, Cepacaina) en dos tercios de agua tibia.

7.- Limpie las superficies del apósito, con un cepillo de dientes blando, humedeciendo en agua, sin dentrífico. También es útil el uso de un aparato de irrigación de agua a presión baja y a la temperatura ambiente.

8.- Por favor, permanezca en su cama todo el día, después de volver del hospital, después puede reanudar sus actividades diarias comunes evitando el ejercicio violento de todo tipo.

El tenis, golf, boliche, ski, los baños de sol, la natación, se pospondrán para cuatro días después de la operación.

9.- Durante los dos primeros días, estará des acostumbrado a tener el apósito en la boca y esto puede ser incómodo. Si sintiera dolor, tome dos tabletas de aspirina de 30 mg, cada tres horas. Si el dolor no cede, por favor comunicarse con el Cirujano Dentista.

CONCLUSIONES

fue estudiada por primera vez por Jones en 1879 el primer caso fue reportado en 1859 por Gross.³

La fibromatosis Gingival Hereditaria la encontramos en dos formas. La forma simétrica es como su nombre lo indica, un crecimiento uniforme en ambas arcadas y en ambos lados.

La forma nodular, tiende a afectar más las regiones de los molares superiores.

La fibromatosis puede ser hereditaria que es transmitido por medio de un factor genético, podría ser un carácter autosómico dominante. Según los estudios reportados de la Colombia University. Encontramos anomalías asociadas como hipertrichosis, retardo mental, alteraciones óseas, múltiples nevos benignos, piel hiperelástica, seborrea, torus palatinos, crecimiento de nariz y orejas, — esplenomegalia.

Cuando el paciente padece de una enfermedad como la Epilepsia y está tomando algún medicamento antiepiléptico como el Difenhilantoinato de Sodio (Dilantin, Epamin).

Este medicamento también es conocido como feniltolína ó dilantin, fué descubierto por Putnam & Merritt al examinar varias drogas sistémicas en el año de 1937.

Como el paciente no puede interrumpir su tratamiento, en la cavidad bucal encontramos múltiples abultamientos generalizados en las encías; lesiones firmes de superficies lisas, cubriendo parte de los dientes por lo que pueden producir migración de ellos,

ó su falta de erupción de los dientes, estas son algunas de las causas principales de los pacientes para la visita al Cirujano --
Dentista.

Durante el embarazo, lo encontramos como tumor del embarazo, es prudente discutir el problema con el ginecólogo de la paciente, para determinar si existen lesiones inducidas por el embarazo, hay que vigilar atentamente a la paciente durante el curso del tratamiento y haber que revalorar su estado luego del parto.

A menudo se debe interrumpir la terapéutica para continuarla después del parto.

El tratamiento indicado es la gingivectomía.

Gingiva: encía. Ectomé: resección.

Excisión de porciones de encía infectadas, y despegadas en las infecciones periodontales.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER W. HARRY
CIRUGIA BUCAL ATLAS
BUENOS AIRES, MUNDI 1968

BURKET. LESTER W.
MEDICINA BUCAL
ED. INTERAMERICANA MEXICO 1977

EDWARD P. HENEKER ET AL
CONGENITAL IDIOPATHIC GINGIVAL FIBROMATOSIS IN THE DECIDUOUS
DENTITION. REPORTE OF A CASE.
ORAL SURG. ORAL MED. ORAL PATH. VOL 24 (1) JULY 1970

EDWARD ZEGURELLI
DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE MOUTH AND JAWS
SECOND EDITION LEA E HEBIGER PHILADELPHIA 1978

GILBERT JONES
FAMILIAL GINGIVAL FIBROMATOSIS ASSOCIATED WITH PROGRESSIVE
DEAFNESS IN FIVE GENERATIONS OF A FAMILY
BIRTH DEFECTS VOL. XIII (38) 1977

GRINSPAN DAVID
ENFERMEDADES DE LA BOCA
ED. MUNDI 2a. ED. MEXICO 1975

KRUGER. JUSTAV O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
ED. INTERAMERICANA 3a. ED. MEXICO 1978

MC. CARTHY FRANK M.
EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
ED. EL ATENEU 2a. ED. MEXICO 1973

P. DAELMANS
L'HEREDITE DE LA FIBROMYOSE ESSENTIELLE DES GENCIVES
ACT. STOMATOL BELG VOL 73 (2) 1976

PICHARD, JOHN F.
ENF. PERIODONTAL AVANZADA TRATAMIENTO QUIRURGICO Y PROTEICO
BARCELONA - LABOR 1971

RIES CENTENO G. A.
CIRUGIA DUCAL
ED. EL ATENEO 8a. ED. MEXICO 1979

SARIL SCHLIGER
ROY C. PAUL
RALPH A.
YOUNGELS
ENFERMEDAD PERIODONTAL
ED. CONTINENTAL 1a. ED. 1981

SREA, S. MURK
HEREDITARY GINGIVAL FIBROMYOSIS
ACT. UNIV. CAROL MONOGR VOL. 56, 1973

THOMA KURT H
PATOLOGIA GENERAL
ED. SILVAT BARCELONA 1973.