

GINGIVECTOMÍA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

GINGIVECTOMY AS A THERAPEUTIC ALTERNATIVE FOR GINGIVAL HYPERPLASIA ASSOCIATED WITH ORTHODONTIC TREATMENT

AUTORES:

CD. Camarena Lizh¹, Email: lizhkaren@gmail.com

ORCID 0009-0008-0412-7582

Dr. Esp. CD. Palomino Deyvis², deyvis.villa@unsaac.edu.pe

ORCID 0000-0002-2787-0220

Centro Dental Villa

RESUMEN

La hiperplasia gingival inducida por ortodoncia representa una complicación frecuente durante el tratamiento, vinculada principalmente a la acumulación de biopelícula bacteriana y a factores irritantes locales como los aditamentos metálicos. Esta condición genera alteraciones estéticas, funcionales y periodontales que, si no son tratadas, pueden evolucionar hacia un compromiso más severo de los tejidos de soporte dental. El objetivo del presente reporte es describir el manejo clínico y quirúrgico de una paciente

22 años que presentó agrandamiento gingival asociado al uso de brackets. Se realizó evaluación periodontal completa, evidenciándose sangrado al sondeo, recubrimiento parcial de las coronas dentarias y ausencia de afectación ósea. El tratamiento consistió en la ejecución de una gingivectomía seguida de gingivoplastia, complementada con instrucciones de higiene oral y control periódico. A los ocho días se observó una adecuada cicatrización, y al año de seguimiento, los tejidos se mantuvieron sanos, sin inflamación ni bolsas periodontales. Se concluye que la gingivectomía constituye una alternativa terapéutica efectiva para el manejo del sobrecrecimiento gingival inducido por ortodoncia, siempre que se acompañe de un control riguroso de la placa bacteriana y seguimiento clínico continuo.

Palabras clave: Hiperplasia gingival, Ortodoncia, Gingivectomía, Gingivoplastia, Periodoncia
ABSTRACT

Orthodontic-induced gingival hyperplasia is a common complication during treatment, primarily related to bacterial biofilm accumulation and local irritants such as metallic components. This condition may lead to aesthetic, functional, and periodontal alterations that, if untreated, can progress to more severe tissue involvement. The purpose of this report is to present the clinical and surgical management of a 22-year-old female with gingival enlargement associated with fixed orthodontic therapy. A complete periodontal evaluation revealed bleeding on probing, partial coverage of dental crowns, and no evidence of bone loss. Treatment consisted of gingivectomy followed by gingivoplasty, along with oral hygiene reinforcement and periodic monitoring. Favorable healing was observed eight days postoperatively, and at a 12-month follow-up, the gingival tissues remained healthy, with no signs of inflammation or periodontal pockets. Gingivectomy proved to be an effective therapeutic approach for the management of orthodontic-related gingival overgrowth when combined with strict plaque control and regular periodontal follow-up.

Keywords: Gingival Hyperplasia; Orthodontics, Gingivectomy, Gingivoplasty, Periodontics.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia gingival (HG) es una alteración caracterizada por el incremento del volumen del tejido gingival, generalmente vinculada a procesos inflamatorios ocasionados por la acumulación de placa bacteriana y biopelícula subgingival. Diversos factores etiológicos pueden intervenir en su desarrollo, entre ellos, condiciones locales y sistémicas que favorecen la proliferación del tejido conectivo. Se ha descrito su aparición en pacientes con cambios hormonales, como las mujeres gestantes, en individuos con enfermedades metabólicas, tales como la diabetes, o en aquellos que reciben determinados fármacos, como inmunosupresores y anticonvulsivantes (1,2).

Durante el tratamiento ortodóntico, la presencia prolongada de aparatología fija suele dificultar el control de la placa, generando inflamación gingival persistente y, en algunos casos, sobrecrecimiento del tejido (3). Se ha sugerido que los iones metálicos —especialmente el níquel liberado por los componentes ortodónticos— podrían inducir una respuesta fibroblástica exacerbada, contribuyendo a la hiperplasia gingival (4,5).

La gingivectomía constituye un procedimiento quirúrgico ampliamente utilizado para eliminar el exceso de tejido gingival, facilitar la remoción de irritantes locales y restablecer la anatomía fisiológica de la encía (6). Cuando se combina con una adecuada técnica de higiene y seguimiento periodontal, puede favorecer la cicatrización y la estabilidad a largo plazo del tratamiento.

Dado que la ortodoncia puede modificar el entorno periodontal, es fundamental que el paciente sea evaluado previamente para garantizar condiciones óptimas de salud bucal antes de iniciar el tratamiento (7).

El presente reporte tiene como objetivo describir el abordaje clínico y quirúrgico de una paciente con hiperplasia gingival inducida por ortodoncia, tratada mediante gingivectomía y gingivoplastia, destacando su evolución clínica y resultados postoperatorios favorables.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 25 años, fue derivada por su ortodoncista a consulta periodontal privada tras observarse un aumento generalizado del volumen gingival durante el tratamiento ortodóntico. La paciente refirió sangrado durante el cepillado, halitosis, sabor desagradable y prurito leve en las encías.

En la historia clínica no se registraron antecedentes médicos o sistémicos relevantes. El examen periodontal evidenció sangrado al sondeo, presencia de placa bacteriana y agrandamiento del margen gingival cubriendo aproximadamente un tercio de la mayoría de las coronas dentarias, alcanzando en algunos sectores el tercio medio, en contacto con los brackets. El periodontograma reveló profundidades de sondaje menores a 2 mm y el estudio radiográfico descartó pérdida ósea o alteraciones periodontales profundas. Se identificaron hábitos de higiene oral deficientes.

Con base en estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de hiperplasia gingival inducida por ortodoncia asociada a mala higiene oral, sin compromiso óseo.

PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento se dividió en dos fases principales: fase inicial y fase quirúrgica.

1. Fase inicial:

Se brindaron instrucciones personalizadas de higiene oral, enfatizando el control de placa bacteriana mediante técnicas de

cepillado y uso de aditamentos interdentales. Además, se realizó profilaxis profesional y raspado coronal para eliminar depósitos supragingivales.

2. Fase quirúrgica (gingivectomía):

- Se delimitaron las pseudobolsas periodontales mediante exploración con sonda periodontal.
- Se marcaron los puntos guía con pinza marcadora para definir la línea de incisión.
- Se realizaron las incisiones siguiendo las marcas, utilizando un electrobisturí monopolar, a un ángulo aproximado de 45° con respecto a la superficie dental, buscando mantener el festoneado fisiológico del margen gingival.
- Se eliminó el tejido hiperplásico, y posteriormente se remodeló el contorno gingival para lograr un perfil armónico.
- Se realizó control de la hemostasia, la cual fue eficaz gracias al uso del electrobisturí, que permitió un campo operatorio limpio y sin sangrado excesivo.
- Se indicaron cuidados postoperatorios y control a los ocho días, en el cual se observó cicatrización adecuada, sin dolor ni signos inflamatorios.

En la revisión posterior, se observó una cicatrización adecuada, sin signos inflamatorios, sangrado ni molestias referidas por la paciente.

Figura 1. Imagen clínica que muestra el aumento de volumen gingival asociado al tratamiento ortodóntico.



Fig1

Figura 2. Imagen clínica intraoperatoria durante la realización de gingivectomía con electrobisturí, en la que se observa el corte controlado del tejido gingival hiperplásico. El procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia local, siguiendo los principios de asepsia y antisepsia. Se aprecia la delimitación precisa del margen gingival y la eliminación gradual del exceso tisular, con adecuada hemostasia y visibilidad del campo operatorio proporcionadas por el uso del electrobisturí.



Fig2

Figura 3. Imagen clínica posterior a la intervención quirúrgica con electrobisturí, donde se observan mejoras en el contorno gingival y reducción del volumen tisular.





Fig3

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos tras la gingivectomía con electrobisturí evidencian una mejora significativa en la salud periodontal y la estética gingival de la paciente. A los ocho días se observó reducción del sangrado y del volumen gingival, y a los 12 meses se mantuvo la estabilidad clínica, sin recurrencia del agrandamiento. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Newman et al., quienes destacan que el control de placa y el seguimiento clínico son factores determinantes en la estabilidad del tratamiento quirúrgico periodontal (6,7). El uso del electrobisturí fue seleccionado por sus ventajas clínicas, ya que permite un corte preciso, excelente control del sangrado y menor tiempo operatorio en comparación con el bisturí convencional. Además, estudios previos indican que la corriente eléctrica controlada reduce la contaminación bacteriana en el área quirúrgica y favorece una cicatrización más limpia (8,9). La adecuada técnica y el control del calor son esenciales para evitar daño térmico excesivo al tejido circundante (10).

La combinación de gingivectomía y gingivoplastia permitió redefinir los contornos gingivales, logrando un resultado funcional y estético satisfactorio. Carranza et al. mencionan que esta

combinación favorece la recuperación de un contorno fisiológico gingival y contribuye a mantener una arquitectura periodontal saludable a largo plazo (6).

Asimismo, la educación del paciente y la mejora en los hábitos de higiene oral fueron determinantes para mantener la salud gingival. Lindhe y Lang enfatizan que la fase de mantenimiento periodontal es clave para prevenir la recurrencia de la hiperplasia gingival, especialmente en pacientes con aparatos ortodónticos (7,11). En este caso, la colaboración interdisciplinaria entre el ortodoncista y el periodoncista fue decisiva para lograr un resultado predecible y estable, lo que coincide con la literatura que subraya la importancia de un manejo conjunto en casos de hiperplasia inducida por ortodoncia (12).

CONCLUSION

- La gingivectomía con electrobisturí es una técnica eficaz, segura y mínimamente invasiva para el manejo de la hiperplasia gingival inducida por ortodoncia.
- El electrobisturí permitió obtener un campo operatorio limpio, control hemostático adecuado y una recuperación favorable.
- La combinación con gingivoplastia optimizó el resultado estético y funcional, contribuyendo al restablecimiento del contorno gingival fisiológico.
- La instrucción en higiene oral y los controles periódicos fueron esenciales para mantener la salud periodontal y prevenir recurrencias.
- El abordaje interdisciplinario entre ortodoncia y periodoncia es fundamental para garantizar la estabilidad del tratamiento a largo plazo.

REFERENCIAS

1. McIntosh CL, Kolhatkar S, Winkler JR, Ojha J, Bhola M. An unusual case of generalized severe gingival enlargement during pregnancy. *Gen Dent.* 2010;58:e272–e278.
2. Carranza F, Bascones A, Sanz M. Periodontología clínica de Glickman. 6^a ed. México: Editorial Interamericana; 1986.
3. Varela M. Ortodoncia interdisciplinaria. Barcelona: Editorial Océano; 2005.
4. Gursoy UK, Sokucu O, Uitto VJ, Aydin A, Demirer S, Toker H. The role of nickel accumulation and epithelial cell proliferation in orthodontic treatment-induced gingival overgrowth. *Eur J Orthod.* 2007;29:555–8.
5. Gómez-Arcila V, Fang-Mercado L, Herrera-Herrera A, Díaz-Caballero A. Relationship of nickel and gingival enlargement: review of the literature. *Av Periodon Implantol.* 2014;26(2):83–9.
6. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología clínica de Carranza. 11^a ed. México: Editorial Amolca; 2014.
7. Lindhe J, Karring T, Lang N. Periodoncia e implantología odontológica. 3^a ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2000.
8. Romanos GE, Nentwig GH. Diode laser (980 nm) in oral and maxillofacial surgical procedures: clinical observations based on clinical applications. *J Clin Laser Med Surg.* 1999;17(5):193–7.
9. Pick RM, Colvard MD. Current status of lasers in soft tissue dental surgery. *J Periodontol.* 1993;64(7):589–602.
10. Ishikawa I, Aoki A, Takasaki AA. Potential applications of Er:YAG laser in periodontics. *J Periodontal Res.* 2004;39(4):275–85.
11. Lindhe J, Lang NP. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.
12. Chapple IL, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop. *J Clin Periodontol.* 2018;45(S20):S68–S77

Fecha de recepción: 05 / 08 / 2025

Fecha de aceptación: 31 / 10 / 2025