

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM, AREQUIPA- 2013.**

Tesis presentada por la Bachiller:

**CAROLINA ELENA LOZADA VIZCARRA**

Para optar el Título Profesional de

**CIRUJANO DENTISTA**

**AREQUIPA-PERÚ  
2014**

## DEDICATORIA

*Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.*

*Mis Maravillosos Padres*

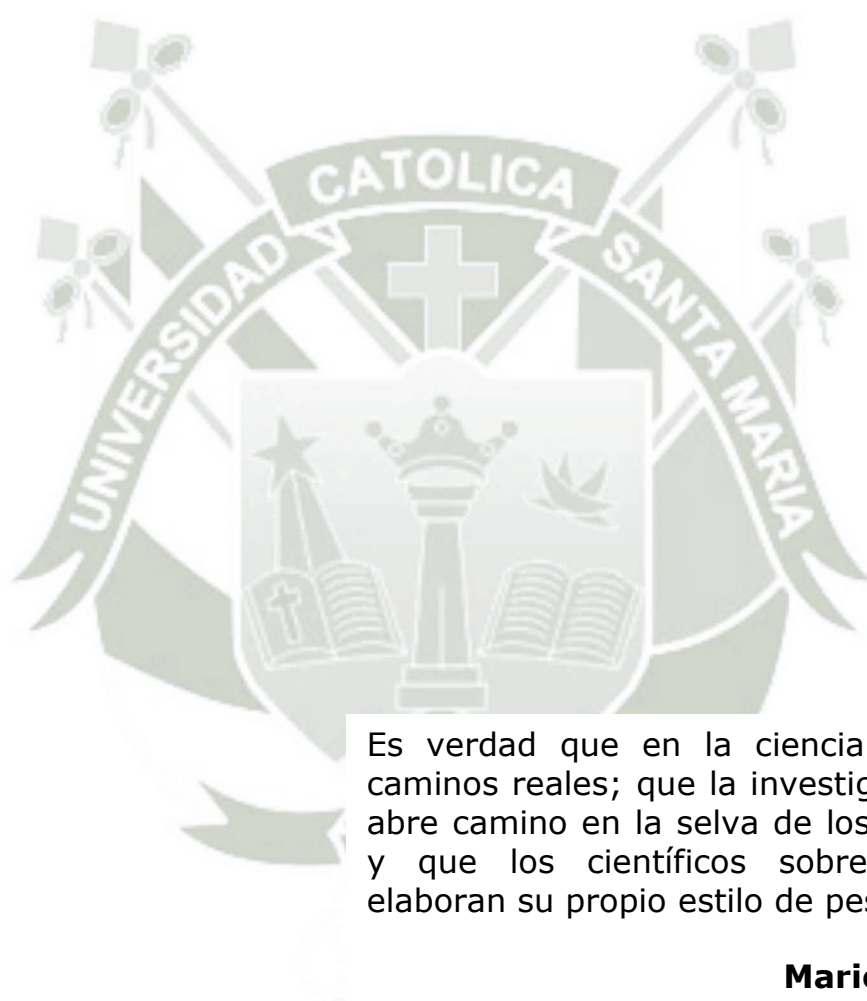
*A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado.*

*Mi bebe Flavia y Amor Diego*

*Como un padre siempre te he visto y como una madre también, gracias a su sabiduría influyeron en mi la madurez para lograr todos los objetivos en la vida, es para ustedes esta tesis en agradecimiento por todo su amor. Gracias amados abuelos.*

*Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:*

*Mis hermanos y familia*



Es verdad que en la ciencia no hay caminos reales; que la investigación se abre camino en la selva de los hechos, y que los científicos sobresalientes elaboran su propio estilo de pesquias.

**Mario Bunge**

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUCCIÓN .....	11
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b>	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	13
1.1. Determinación del Problema .....	13
1.2. Enunciado .....	13
1.3. Descripción del Problema .....	14
1.4. Justificación.....	15
2. OBJETIVOS.....	16
3. MARCO TEÓRICO .....	17
3.1. Conceptos Básicos.....	17
a. Encía .....	17
a.1. Concepto.....	17
a.2. Áreas anatómicas .....	17
a.3. Características clínicas .....	21
a.4. Características microscópicas .....	22
b. Gingivectomía.....	30
b.1. Concepto.....	30
b.2. Indicaciones .....	30
b.3. Contraindicaciones .....	30
b.4. Ventajas .....	31
b.5. Desventajas .....	31
b.6. Técnica quirúrgica.....	31
c. Apósitos periodontales.....	36
c.1. Concepto.....	36
c.2. Funciones básicas .....	37

c.3. Requisitos biomecánicos.....	37
c.4. Tipos de apósitos .....	38
c.5. Pedio Bond.....	39
d. Supracyclin .....	39
d.1. Composición .....	39
d.2. Propiedades farmacológicas.....	39
d.3. Indicaciones.....	40
d.4. Contraindicaciones y advertencias .....	42
d.5. Precauciones y advertencias especiales .....	42
d.6. Efectos adversos .....	44
d.7. Interacciones medicamentosas.....	44
d.8. Incompatibilidades .....	45
d.9. Sobredosificación.....	45
d.10. Dosificación y posología .....	46
d.11. Almacenamiento .....	48
d.12. Presentación.....	48
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	48
4. HIPÓTESIS.....	52
 <b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL Y RECOLECCIÓN</b>	
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN....	53
1.1. Técnicas.....	53
1.2. Instrumentos .....	55
1.3. Materiales de verificación.....	56
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	56
2.1. Ubicación espacial .....	56
2.2. Ubicación temporal.....	56
2.3. Unidades de estudio.....	56

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
3.1. Organización .....	58
3.2. Recursos .....	59
3.3. Prueba piloto .....	59
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS .....	59
4.1. Plan de procesamiento de los datos .....	59
4.2. Plan de análisis de datos .....	60
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
DISCUSIÓN .....	84
CONCLUSIONES.....	85
RECOMENDACIONES .....	86
BIBLIOGRAFÍA .....	87
HEMEROGRAFÍA.....	88
INFORMATOGRAFÍA .....	88
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO Nº 1: MODELO DE LA FICHA .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO Nº 2: MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO Nº 3: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO Nº 4: CÁLCULOS ESTADÍSTICOS .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO Nº 5: SECUENCIA FOTOGRÁFICA.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO Nº 6: CRITERIOS PARA VALORAR EL ASPECTO</b>	
<b>CLÍNICO DE LA ENCÍA .....</b>	<b>114</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla Nº 1:</b>	Distribución de los sectores gingivectomizados según edad .....	62
<b>Tabla Nº 2:</b>	Distribución de los sectores gingivectomizados según género .....	64
<b>Tabla Nº 3:</b>	Ubicación de los sectores gingivectomizados .....	66
<b>Tabla Nº 4:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el aspecto clínico del color gingival en pacientes gingivectomizados .....	68
<b>Tabla Nº 5:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la textura superficial en pacientes gingivectomizados .....	70
<b>Tabla Nº 6:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la consistencia gingival en pacientes gingivectomizados .....	72
<b>Tabla Nº 7:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el contorno gingival en pacientes gingivectomizados .....	74
<b>Tabla Nº 8:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el tamaño en pacientes gingivectomizados.....	76
<b>Tabla Nº 9:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la posición gingival aparente en pacientes gingivectomizados .....	78
<b>Tabla Nº 10:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la posición gingival real en pacientes gingivectomizados .....	80
<b>Tabla Nº 11:</b>	Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el sangrado gingival en pacientes gingivectomizados .....	82

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica N° 1:</b> Distribución de los sectores gingivectomizados según edad .....	63
<b>Gráfica N° 2:</b> Distribución de los sectores gingivectomizados según género .....	65
<b>Gráfica N° 3:</b> Ubicación de los sectores gingivectomizados .....	67
<b>Gráfica N° 4:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el aspecto clínico del color gingival en pacientes gingivectomizados .....	69
<b>Gráfica N° 5:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la textura superficial en pacientes gingivectomizados .....	71
<b>Gráfica N° 6:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la consistencia gingival en pacientes gingivectomizados .....	73
<b>Gráfica N° 7:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el contorno gingival en pacientes gingivectomizados .....	75
<b>Gráfica N° 8:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el tamaño en pacientes gingivectomizados.....	77
<b>Gráfica N° 9:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la posición gingival aparente en pacientes gingivectomizados .....	79
<b>Gráfica N° 10:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en la posición gingival real en pacientes gingivectomizados.....	81
<b>Gráfica N° 11:</b> Eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el sangrado gingival en pacientes gingivectomizados.....	83



## RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto determinar la eficacia del supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados.

Se trata de un ensayo clínico randomizado emparejado intrasujeto con pre y pos test múltiple. Se conformó un grupo experimental en que cada sujeto proporcionó un sector experimental (uno) al que se le aplicó el supracyclin como interapósito, y un sector experimental dos que recibió el supracyclin incorporado al apósito periodontal. El aspecto clínico de la encía fue estudiado en el pretest una vez y tres veces en el postest a los 7, 14 y 21 días. El grupo estuvo conformado por 25 pacientes.

Los resultados mostraron: El contraste  $X^2$  indicó haber diferencia estadística significativa en el color gingival, textura superficial, consistencia, contorno y posición gingival aparente, y similitud estadística en la remisión del sangrado gingival al sondaje crevicular. Por su parte la prueba T” mostró no haber diferencia estadística significativa en la posición gingival real, a los 21 días.

Consecuentemente, se acepta la hipótesis alternativa en el color gingival, textura superficial, consistencia, contorno, posición gingival aparente y remisión de sangrado crevicular ; y se acepta la hipótesis nula en la remisión de sangrado crevicular y posición gingival real hacia el control mencionado, con un nivel de significación de 0.05.

**Palabras Claves:** Supracyclin – Apósito periodontal – Aspecto clínico de la encía – Gingivectomía.

## ABSTRACT

The present research has the aim to determinate the efficacy of supracyclin as subpocket and incorporated to the periodontal pocket in clinic aspect of gingiva in gingivectomized patients.

It is a clinic, randomized matched intrasubject trial with pre and multiple posttest. One experimental group was conformed in which every patient provided an experimental sector (one) to which the supracyclin as subpocket was applied; and experimental dos that reserved supracyclin incorporated to the periodontal pocket. The clinic aspect of gingiva was studied once in pretest and three times in posttest in 7, 14 and 21 days. The group was conformed by 25 patients.

The results showed that  $X^2$  contrast indicated significant statistic difference in gingival colors, superfitial texture, consistence, form and apparent gingival position, and statistic similarity in gingival bleeding remition to the crevicular exploration. T test showed that there is no statistic significant difference in real gingival position in 21 days.

Consequently, alternative hypothesis was accepted in gingival color, superfitial texture, consistent, form, apparent gingival position and crevicular bleeding remition; and nule hypothesis in real gingival position in mentioned control with a significance level of 0.05.

**Key Words:** Supracyclin – Periodontal pocket – Clinic aspect – of gingiva – Gigivectomy.

## INTRODUCCIÓN

El apósito periodontal es un recubrimiento postquirúrgico que tiene funciones limitadas a la protección de la herida, hemostasia, ferulización y regularización fibroblástica. Sin embargo, no es un cicatrizante ni un antimicrobiano por sí mismo, por lo que es necesario adicionarle algunos agregados que cumplan esta función adicional, fundamentalmente esta última, que provee entre la superficie interna del apósito y la superficie intervenida de la encía un área especialmente descontaminada y apta para la cicatrización interior.

Se propone, el añadido del supracyclin como interapósito en contacto con la herida e incorporado al apósito periodontal, durante la mezcla y preparado. El supracyclin es una tetraciclina de última generación que tiene razones suficientes para su inclusión en el apósito periodontal, como su efecto antibacteriostático a dosis medias y pequeñas, así como su acción de depósito en el hueso alveolar y cemento radicular, su acción inhibidora de colagenasas proteolíticas, y su nivel de sustentividad y eficacia clínica, en el surco gingival.

La tesis consta de tres capítulos. En el Capítulo I, se presenta el Planteamiento Teórico consiste en el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, se presenta el Planteamiento Operacional y Recolección que concluye las técnicas, instrumentos y materiales de verificación, el campo de verificación y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se da a conocer los Resultados de la investigación que consiste en las tablas, interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente, se presenta la Bibliografía, la Hemerografía y la Informatografía, y los Anexos correspondientes. Esperando que los resultados de esta investigación constituyan un aporte importante.



# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

## I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Determinación del Problema

El apósito periodontal, a pesar de su acción protectora, ferulizante, hemostática y reguladora fibroblástica; no es un cicatrizante ni un antimicrobiano, por sí mismo, por tanto es necesario adicionarle fármacos que cumplan estas funciones a fin de acelerar y mejorar la calidad de la cicatrización gingival postquirúrgica.

Así, la presente investigación agrega supracyclin, como subapósito entre este y la superficie gingival intervenida; e incorporado al apósito, con el objeto de discernir qué procedimiento es más eficaz en la restauración de las características gingivales postgingivectomía, justamente aprovechando los beneficios del supracyclin que como tetraciclina de última generación es un bacteriostático y un bactericida, a pequeñas y altas dosis, respectivamente, así mismo constituye un efectivo inhibidor de las colagenasas, de la síntesis proteica y de la subunidad 30s ribosómica de la bacteria.

El problema ha sido determinado por revisión de antecedentes investigativos, en el afán de completar la línea investigativa de la cicatrización postgingivectomía

#### 1.2. Enunciado del Problema

EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM, AREQUIPA- 2013.

### 1.3. Descripción del Problema

#### a. Área del conocimiento

- a.1. **Área General** : Ciencias de la Salud  
 a.2. **Área Específica** : Odontología  
 a.3. **Especialidades** : Periodoncia  
 a.4. **Línea o Tópico** : Cicatrización gingival postquirúrgica

#### b. Operacionalización de Variables

Variables		Indicadores	Subindicadores
<b>VE1</b>	Supracyclin como interapósito	•	
<b>VE2</b>	Supracyclin incorporado al apósito periodontal	•	
<b>V.R.</b>	Aspecto clínico de la encía	Color gingival	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rosado.</li> <li>• Magenta</li> <li>• Rojizo</li> </ul>
		Textura superficial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntillado.</li> <li>• Sin puntillado.</li> <li>• Indicios de puntillado.</li> </ul>
		Consistencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Firme y resilente.</li> <li>• Blanda.</li> <li>• En recuperación</li> </ul>
		Contorno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular.</li> <li>• Irregular.</li> <li>• En recuperación.</li> </ul>
		Tamaño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservado.</li> <li>• En recuperación.</li> <li>• Atrófico.</li> <li>• Agrandado.</li> </ul>
		Posición Gingival Aparente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservada.</li> <li>• Migrada hacia coronal.</li> <li>• Recesión gingival visible.</li> <li>• En recuperación.</li> </ul>
		Posición Gingival Real	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión en milímetros</li> </ul>
		Sangrado Gingival al sondaje crevicular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente.</li> <li>• Presente.</li> </ul>

### c. Interrogantes Básicas

- c.1. ¿Cuál es la eficacia del supracyclin como interapósito en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados?.
- c.2. ¿Cuál es la eficacia del supracyclin incorporado al apósito periodontal en el aspecto clínico de la encía en estos pacientes?.
- c.9. ¿Qué diferencia existe en el aspecto clínico de la encía utilizando supracyclin como interapósito y supracyclin incorporado al apósito periodontal en pacientes gingivectomizados?.

### d. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el nº de mediciones de las variables	Por el nº de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Experimental	Prospectivo	Longitudinal	Comparativo	De campo	Cuasi-experimental	Explicativo

## 1.4. Justificación

La presente investigación justifica por las siguientes razones:

### a. Novedad

Dos condiciones determinan el rasgo inédito del estudio: el adiconamiento del supracyclin al apósito y los dos procedimientos en que es aplicado: como interapósito e incorporado al apósito periodontal, pese de que pueden haber antecedentes investigativos, pero que adicionan otros fármacos al apósito.

**b. Relevancia**

El estudio posee una triple relevancia: a) la importancia práctica que radica en las soluciones que la investigación podría generar respecto al potencial beneficio del adiconamiento de supracyclin al apósito periodontal; b) la importancia contemporánea expresable en la necesidad actuar del estudio.

**c. Viabilidad**

El estudio es factible porque se ha previsto los pacientes con los criterios de inclusión deseables; el presupuesto, el tiempo, los recursos, la aplicabilidad de los instrumentos, y el dominio del método científico para orientar y ejecutar la investigación.

**d. Otras razones**

El interés personal en el tema, la necesidad de optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, la exigencia primordial de ser coherente con las líneas y políticas de investigación de la Facultad de Odontología.

**2. OBJETIVOS**

- 2.1. Determinar la eficacia del supracyclin como interapósito en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados.
- 2.2. Evaluar la eficacia del supracyclin incorporado al apósito periodontal en el aspecto clínico de la encía en dichos pacientes.
- 2.3. Comparar el aspecto clínico de la encía utilizando supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal en los pacientes mencionados



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Conceptos Básicos

##### a. Encía

##### a.1. Concepto de encía

La encía es la parte de la mucosa bucal constituida por tejido epitelio – conjuntivo que tapiza las apófisis alveolares, rodea el cuello de los dientes y se continúa con el ligamento periodontal, la mucosa alveolar y la palatina o lingual.<sup>1</sup>

##### a.2. Áreas anatómicas de la encía<sup>2</sup>

En condiciones de normalidad, la encía posee tres áreas anatómicas: marginal, insertada e interdental:

##### a.2.1. Encía marginal

###### - Concepto

Llamada también encía libre o no insertada, es la porción de encía que no está adherida al diente y forma la pared blanda del surco gingival, rodeando los cuellos de los dientes a modo de collar.

###### - Anchura y límites

La encía marginal es una estrecha bandeleta epitelio conectiva pericervical que tiene una anchura cérvico-apical de 1 mm. En situación de salud, la encía marginal se extiende desde la cresta gingival lindante con el límite amelocementario hacia coronal, hasta una depresión lineal inconstante, presente en el 50% de

<sup>1</sup> CARRANZA, Fermin. *Periodontología Clínica*. Pág. 24.

<sup>2</sup> NEWMAN, TAKEY Y CARRANZA. *Periodontología Clínica*. Pág. 44.

los casos, denominada **surco marginal** hacia apical, límite que la separa de la encía adherida.

#### - **El surco gingival**

En la encía marginal se estudia una entidad biológica críticamente importante en la salud y enfermedad del periodonto, el **surco gingival, crevículo o sulcus** el cual constituye una hendidura, fondo de saco o espacio potencial en forma de “V” que circunda el cuello de los dientes, y está limitado hacia dentro por la superficie dentaria, hacia fuera por el epitelio crevicular y hacia apical por la porción más coronaria de epitelio de unión. Se considera que el surco gingival normal tiene una profundidad clínica de 0 a 3 mm.

Para la determinación de la profundidad crevicular, se utiliza habitualmente el periodontómetro inserto en el crevículo. Las mediciones más someras se encuentran hacia las caras libres de los dientes, y las más profundas hacia las áreas interproximales.

#### **a.2.2. Encía insertada**

##### - **Concepto**

La encía insertada, denominada también encía **adherida**, es la porción de encía normalmente firme, densa, puntillada e íntimamente unida al periostio subyacente y al hueso alveolar.

##### - **Ancho**

La encía insertada tiene dos anchos:

### **Ancho teórico**

La encía insertada se extiende desde el surco marginal que la separa de la encía libre hasta la unión mucogingival que la separa de la mucosa alveolar.

### **Ancho real**

La anchura real de la encía insertada, como parámetro clínico de interés diagnóstico, corresponde a la distancia desde la proyección externa del fondo surcal sobre la superficie de la encía que no necesariamente coincide con el surco marginal, hasta la unión mucogingival.

#### **- Espesor**

La encía adherida varía de 2 a 4mm. Se incrementa con la edad y la extrusión dentaria. Las zonas más delgadas a su vez más angostas se localizan a nivel de premolares y las áreas más gruesas y amplias, a nivel de los incisivos.

#### **- Terminación**

En lingual la encía insertada termina en el surco alvéolo lingual que se continúa con la mucosa del piso bucal. En el paladar la encía adherida se une insensiblemente con la mucosa palatina, sin existencia del límite mucogingival.

### **a.2.3. Encía interdental**

#### **- Concepto**

La encía interdental, llamada también **papilar o interproximal**, es la porción de encía que ocupa los nichos gingivales, es

decir, los espacios interproximales entre el área de contacto interdentario y las crestas alveolares.<sup>3</sup>

#### - **Morfología de la encía papilar**

Desde una vista vestibular, lingual o palatina, en condiciones de normalidad, la encía papilar tiene forma **triangular**.

Desde una perspectiva proximal la encía papilar puede asumir dos formas en **col** y **pirámide**. El col, agadón o valle es una depresión que une interproximalmente las papilas vestibular y palatina o lingual a modo de una silla de montar, la misma que se acentúa a nivel de molares, y se atenúa, incluso hasta desaparecer a nivel de los incisivos, donde asume más bien una forma piramidal concordante con una norma posición dentaria.

#### - **Factores que influyen en su configuración**

La configuración de la encía papilar depende de las **relaciones interproximales** y de la **posición gingival**. Así en caso de apiñamiento dentario, recesión gingival y diastemas, prácticamente desaparece la papila. Al contrario ésta puede crecer o deformarse en casos de agrandamiento gingival de diversa etiopatogenia.

#### - **Comportamiento del col**

El col es una **zona de extrema labilidad** al ataque de las endotoxinas de la placa bacteriana. Esta tapizado por un **epitelio plano mínimamente estratificado no queratinizado** y por tanto permeable a la acción de las bacterias.

---

<sup>3</sup> LINDHE, Jan. *Periodontología clínica e implantología*. Pág. 234.

### a.3. Características clínicas normales de la encía y su fundamento microscópico<sup>4,5</sup>

Las características clínicas normales de la encía deben estudiarse a la luz de ciertos parámetros como: color, textura superficial, consistencia, contorno, tamaño y posición.

#### a.3.1. Color

La tonalidad de la encía normal se describe generalmente como **rosa coral**, rosa salmón o simplemente rosada. Esta particularidad se explica por la vasculatura, espesor del epitelio, grado de queratinización del mismo, nivel de colagenización y actividad de células pigmentarias.

#### a.3.2. Textura superficial

La textura superficial de la encía adherida es **puntillada o graneada** semejante a la cáscara de naranja, y constituye una forma adaptativa a la función, por ello está vinculada con la presencia y grado de queratinización epitelial.

El puntillado no existe en la infancia, aparece en niños a los 5 años, se incrementa en la adultez y desaparece hacia la senectud. El puntillado es más evidente en superficies vestibulares que en linguales, donde incluso puede faltar.

El patrón de distribución del puntillado se estudia secando previamente la encía con un chorro de aire, ayudándose de ser necesario con una lupa, visualizándose puntillados finos y abundantes, finos y dispersos, prominentes y abundantes, prominentes y dispersos, y combinaciones.

Su variación entre individuos responde a una base genética; su variación en áreas de una misma boca se debe a que éstas están disímilmente expuestas a la función.

---

<sup>4</sup> BARRIOS, Gustavo. *Odontología su Fundamento Biológico*. Pág. 306.

<sup>5</sup> LINDHE, Jan. *Ob. cit.* Pág. 273

### a.3.3. Consistencia

La encía normal es **firme y resilente**, exceptuando su porción marginal, que es relativamente movable. La firmeza y resiliencia de la encía se debe a cuatro factores: el colágeno de la lámina propia, la presencia de fibras gingivales, su continuidad con el mucoperiostio y su fuerte unión al hueso alveolar subyacente.

### a.3.4. Contorno o forma

La forma de la encía se describe en términos normales como **festoneada** desde una vista vestibular, palatina o lingual, y **afilada** hacia los cuellos dentarios, desde una perspectiva proximal. Esta morfología depende de la forma de los dientes y su alineación en la arcada, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales.

### a.3.5. Tamaño

El tamaño de la encía se identifica macroscópicamente con el **volumen clínico** de la misma, que en términos microscópicos resulta de la conjunción volumétrica de los elementos celulares, intercelulares y vasculares. El tamaño de la encía guarda relación directa con el contorno y posición gingivales.

## a.4. Características microscópicas de la encía normal

El estudio histológico de la encía debe necesariamente involucrar: el **epitelio gingival** y el **tejido conectivo gingival**.

### a.4.1. Epitelio gingival<sup>6-7</sup>

Las células del epitelio gingival son:

---

<sup>6</sup> NEWMAN, TAKEY Y CARRANZA. Ob. cit. Pág. 46.

<sup>7</sup> LINDHE, Jan. Ob. cit. Pág. 38.

- El queratinocito que sintetiza queratina
- El melanocito que sintetiza melanina
- Las células de Langerhans que son macrófagos antigénicos
- Las células de Merkel que son terminales nerviosas.

El epitelio gingival o epitelio de la encía se divide en tres: **epitelio gingival externo**, **epitelio de surco** y **epitelio de unión**.

- **Epitelio gingival externo**

o **Concepto**

El epitelio gingival externo se describe como la parte del epitelio gingival que cubre la superficie de la encía marginal, papilar y adherida. Está constituido por un epitelio escamoso, estratificado, queratinizado.

o **Constitución histológica**

Este epitelio está compuesto por cuatro estratos diferentes, de la basal hacia la superficie: el **germinativo**, el **espinoso**, el **granuloso** y el **córneo**.

**El estrato germinativo** está constituido por 2 ó 3 hileras de células pequeñas cuboides o poligonales, de núcleo ovalado o redondo ubicado en el centro de la célula. En el citoplasma se aprecian varios organelos. Este estrato contiene células inmaduras y representa la fuente de proliferación celular del epitelio. Se interdigita con el conectivo subyacente, conformando **rete pegs** más o menos profundos. Las células se unen entre sí mediante **desmosomas** (placas de inserción con tonofilamentos) y por **nexus** (canales hidrofílicos).

**El estrato espinoso** debe su nombre al aspecto radiado típico de esta capa, constituida por haces de tonofilamentos de glicina y por desmosomas

intercelulares. Las células de este estrato son más grandes y los ribosomas son más numerosos.

En el **estrato granuloso** las células se aplanan y muestran un alto contenido de **gránulos de queratohialina**, de función probablemente cohesiva entre los tonofilamentos. Estos gránulos están constituidos por una proteína, lípidos, hexosamina y un componente sulfurado.<sup>8</sup>

El **estrato córneo** representa el resultado final del proceso de queratinización, es decir, el reemplazo del núcleo y de los organelos citoplasmáticos por queratina. La **paraqueratinización**, en cambio, implica una queratinización incompleta, dejando remanentes nucleares y algunos organelos sin reemplazar por queratina.

#### - **Epitelio de surco**

##### o **Concepto**

El epitelio de surco llamado también epitelio crevicular, epitelio surcal o epitelio sulcular, constituye la porción de epitelio que tapiza la superficie interna de la encía desde la cresta gingival hasta la porción más coronaria del epitelio de unión. Está constituido por epitelio escamoso, estratificado no queratinizado y conforma la pared blanda del surco gingival.

##### o **Paraqueratinización**

En condiciones de normalidad el epitelio crevicular no es paraqueratinizado. Sin embargo tiene cierta

---

<sup>8</sup> BARRIOS, Gustavo. *Ob. cit.* p. 100.



tendencia a la queratinización probablemente por la irritación de cantidades subclínicas de placa, por su eversión hacia la cavidad bucal o por terapia antimicrobiana intensa.

- **Constitución**

El epitelio de surco consta de 2 partes: una **coronal** de transición con discreta interdigitación epitelio conectiva, conformada por un estrato basal, un estrato espinogranuloso y un estrato superficial paraqueratinizado; y una **apical**, no queratinizada con una interfase epitelio-conectiva lisa, vale decir sin rete pegs.

- **Importancia**

El epitelio crevicular es de importancia crítica debido a que se comporta como una **membrana semipermeable** que permite el paso de las endotoxinas bacterianas desde el lumen sulcular al corión gingival, y la salida de fluidos tisulares de éste al surco gingival.

- **Epitelio de unión**

- **Concepto**

El epitelio de unión es una banda que tapiza el fondo de surco gingival a manera de collar. Se extiende del límite apical del epitelio crevicular hacia la superficie radicular, asumiendo una forma triangular de vértice dental. Tiene un diámetro corono-apical de 0.25 a 1.35 mm., y consta de un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con un espesor de 3 ó 4 capas celulares en la infancia, y de 10 a 20 capas hacia la adultez y senectud.

### o **Adherencia epitelial**

El epitelio de unión se une al diente mediante la **adherencia epitelial**, microestructura unional consistente en una membrana basal constituida por una lámina densa adyacente al diente y una lámina lúcida en la que se insertan los hemidesmosomas.

La adherencia epitelial consta de tres zonas: apical, media y coronal. La zona **apical**, eminentemente proliferativa, está constituida por células germinativas. La zona **media** es fundamentalmente adherente. La zona **coronal** es sumamente permeable, exfoliatriz y descamativa.

La adhesión de la lámina densa de la adherencia epitelial al diente ocurre merced a la presencia de **polisacáridos neutros** y **glucoproteínas**. La inserción de la adherencia epitelial al diente se refuerza con las fibras gingivales, para formar la unidad funcional, **unión dentogingival**.

#### a.4.2. Tejido conectivo gingival<sup>9-10</sup>

##### - **Concepto**

El tejido conectivo gingival, llamado también lámina propia o corión gingival es una estructura densamente colágena, constituido por dos capas: una capa **papilar** subyacente al epitelio que se interdigita marcadamente mediante papilas delomórficas con el epitelio gingival externo, discretamente mediante papilas adelomórfas con la porción coronal del epitelio crevicular, y limita a través de una interfase lisa (sin

<sup>9</sup> BARTOLD, P.M. *Histología del periodonto*. Pág. 300.

<sup>10</sup> BEERTSEN, W. *Aspectos histológicos del periodonto*. Pág. 340.

rete pegs) con la porción apical del epitelio surcal y con el epitelio de unión. Y una capa **reticular** contigua al periostio del hueso alveolar.

## - **Constitución histológica**

En el tejido conectivo gingival se deben estudiar: las fibras gingivales, los elementos celulares, la vasculatura, la inervación y los linfáticos.

### o **Fibras gingivales**

#### 1) **Concepto y funciones**

Las fibras gingivales constituyen un importante **sistema de haces de fibras colágenas**, cuya función es mantener la encía adosada al diente, proporcionar la rigidez necesaria a la encía a fin de que **soporte la fuerza masticatoria** sin separarse del diente.

#### 2) **Grupos de fibras gingivales**

Las fibras gingivales se disponen en 3 grupos: **gingivodentales, circulares y transeptales**.

Las **fibras gingivodentales** confluyen desde la cresta gingival y la superficie de la encía marginal para insertarse en el cemento radicular inmediatamente apical al epitelio de unión en la base del surco gingival.

Las **fibras circulares** rodean al diente a manera de anillo a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdental.

Las **fibras transeptales** se extienden interproximalmente formando haces horizontales entre el

cemento de dientes contiguos; y, haces oblicuos entre el epitelio de unión y la cresta ósea.

o **Elementos celulares**

En el tejido conectivo gingival se encuentran las siguientes células: fibroblastos, mastocitos, plasmocitos, linfocitos y neutrófilos.

Los **fibroblastos** son las células más abundantes del tejido conectivo gingival. Se disponen entre los haces de fibras colágenas. Su función es triple: **formadora** de fibras de colágeno y matriz intercelular; **fagocitaria** de fibras en desintegración, y **cicatrizal** de las heridas mediante la formación de fibronectina.

Los **mastocitos**, llamados también **células cebadas**, contienen gránulos de heparina e histamina.

Los **plasmocitos** están vinculados con la respuesta inmune, al generar anticuerpos contra antígenos específicos.

Los **linfocitos** son responsables de desencadenar una reacción inmunológicamente competente.

Los **neutrófilos** están relacionados mayormente a procesos inflamatorios.

o **Vasculatura gingival**

El aporte sanguíneo gingival emerge de tres fuentes: las **arteriolas supraperiostales**, **vasos ligamentales** y **arteriolas septales**.

Las **arteriolas supraperiostales** discurren a manera de red sobre el periostio de las tablas óseas. Envían capilares al epitelio de surco y a las papilas coriales subyacentes al epitelio gingival externo.

Los **vasos ligamentales** provienen del ligamento periodontal; se extienden hacia la encía y se anastomosan con los capilares surcales

Las **arteriolas septales** emergen del tabique óseo interdental; se anastomosan con vasos del ligamento periodontal, del surco y de la cresta alveolar.

- **Inervación gingival**

Esta deriva del nervio del ligamento periodontal y de los nervios vestibular, lingual y palatino. Se han evidenciado estructuras nerviosas terminales como: **fibras argirófilas, corpúsculos táctiles de Meissner, bulbos termorreceptores de Krause y husos encapsulados.**

- **Linfáticos gingivales**

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas coriales, avanza hacia la red colectora del periostio de las apófisis alveolares y luego hacia los ganglios regionales, especialmente del grupo submaxilar.

## b. Gingivectomía<sup>11-12-13</sup>

### b.1. Concepto

La gingivectomía es una técnica quirúrgica periodontal que consiste básicamente en la escisión de la encía patológica a fin de obtener un acceso y visibilidad suficientes para hacer el raspaje y alisado radicular, un medio favorable para la cicatrización tisular y restauración del contorno gingival fisiológico; y una profundidad crevicular en lo posible de 0 mm.<sup>14</sup>

### b.2. Indicaciones

La gingivectomía está indicada en:

- La eliminación de la mayoría de agrandamientos gingivales: inflamatorios crónicos fibrosados, hiperplásicos, condicionados y combinados.
- La eliminación de bolsas supraóseas de pared gingival firme y fibrosa.
- La eliminación de abscesos periodontales supraóseos.

### b.3. Contraindicaciones

La gingivectomía está contraindicada:

- En casos que requieran cirugía ósea periodontal por la arquitectura irregular del hueso subyacente.
- Cuando el fondo de la bolsa es apical a la unión mucogingival.

---

<sup>11</sup> BARRIOS, G. Ob. Cit. Pág. 23.

<sup>12</sup> CARRANZA, F. Ob. Cit. Pág. 45.

<sup>13</sup> ROSADO, L. *Periodoncia clínica*. Pág. 32.

<sup>14</sup> ROSADO, Larry. *Separatas*. Pág. 133.

- Cuando se puedan presentar problemas estéticos postquirúrgicos.
- Cuando la banda de encía adherida es insuficiente.

#### **b.4. Ventajas**

- La gingivectomía es una técnica quirúrgica sencilla.
- La bolsa es eliminada completamente.
- Los resultados estéticos son predecibles.

#### **b.5. Desventajas**

- La gingivectomía tiene indicaciones limitadas.
- Deja una herida amplia y dolorosa.
- Los tejidos cicatrizan por segunda intención (0.5 mm por día).
- Peligro de exponer hueso.
- Perdida de encía adherida.
- Al exponer la superficie radicular se corre el riesgo de hipersensibilidad postquirúrgica y caries cementaria.

#### **b.6. Técnica quirúrgica**

La gingivectomía comprende los siguientes pasos:

##### **- Desinfección y anestesia**

La desinfección es realizada habitualmente mediante pincelaciones o topiaciones con soluciones antisépticas como merthiolate, alcohol yodado o isodine.

- **Sulcometría**

Este paso está referido fundamentalmente a la **medición de la profundidad de las bolsas**, empleando una sonda periodontal la cual es esgrimida de modo paralelo al eje longitudinal de los dientes en superficies libres e inclinándola discretamente hacia vestibular, lingual o palatino en áreas interproximales.

- **Demarcación de las bolsas**

Se realiza con una pinza marcadora de bolsas. Uno de sus extremos, el recto se introduce alineado al eje longitudinal del diente hasta el fondo de la bolsa; el otro extremo, el angulado debe producir un punto sangrante en la superficie gingival externa al unirse con el anterior. Las bolsas se marcan sistemáticamente de distal a mesial, tanto en vestibular como en lingual o palatino, mediante una serie de puntos hemorrágicos que son la exteriorización de la posición gingival real o fondo de los sacos.

- **Incisión**

o **Instrumental para la incisión:**

La encía puede incidirse con bisturíes periodontales o tijeras. La elección se basa en la experiencia del operador. El bisturí de Kirkland se usa para las incisiones vestibular, lingual y distal al último diente, el bisturí de Orban para la sección interdental de la encía; las hojas Bard Parker N° 11, 12 y 15 y las tijeras, como instrumentos auxiliares.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> CARRANZA, Fermín. Ob. cit. p. 525.



- **Tipos de incisión**

En la gingivectomía se pueden usar 2 tipos básicos de incisión: la continua o la discontinua, complementada con la sección interdental y la incisión distal.

- 1) Incisión continua**

Tiene un **trayecto ininterrumpido**. Se traza sobre la encía de manera festoneada u ondulada siguiendo el curso de las bolsas y por apical de los puntos sangrantes dejados por la pinza marcadora. Este procedimiento se realiza sobre la encía vestibular y también sobre la palatina o lingual de ameritarlo. En palatino la incisión debe eludir la papila incisiva a fin de respetar los vasos y nervios nasopalatinos y restablecer mejor el contorno fisiológico de la encía.

- 2) Incisión discontinua**

Este tipo de incisión implica el festoneo gingival **individual o segmentado por pieza dentaria**, siguiendo también el curso de las bolsas y como tal, es trazada igualmente por apical de los puntos sangrantes. Cada segmento de la incisión incluye la papila distal del siguiente segmento mesial hasta involucrar todo el sector gingival afectado.

- 3) Sección interdental**

Se refiere a la introducción de un bisturí lanciforme de Orban en la base de la papila para desprenderla, es decir para unir la incisión vestibular con la lingual o palatina.

#### 4) Incisión distal

Esta incisión se realiza con un bisturí de Kirkland, aunque puede usarse uno en forma de hoz, a fin de unir la incisión vestibular con la lingual o palatino por sus extremos distales.

Esta incisión se practica debajo del fondo de la bolsa y a bisel externo.

##### ○ Características de la incisión

- 1) La incisión debe seguir el curso de las bolsas por apical de los puntos sangrantes dejados por la pinza marcadora.
- 2) La incisión debe ser trazada a bisel externo con una angulación de  $45^{\circ}$  respecto a la superficie dental.
- 3) La incisión debe ser festoneada, excepto cuando la eliminación completa de la bolsa demande apartarse de esta forma.
- 4) La incisión debe traspasar completamente la encía en dirección al diente.
- 5) La incisión no debe exponer hueso.
- 6) Si la incisión resulta inadecuada, hay que modificarla convenientemente.
- 7) Si existen áreas desdentadas adyacentes a dientes, se practica una incisión horizontal a través del reborde edéntulo, unida a las incisiones vestibular y lingual o palatina.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> CARRANZA, Fermín. Ob. cit. p. 580.

- **Escisión gingival**

La encía marginal y papilar incidida es desprendida a partir de distal del último diente, insinuando en la línea de incisión una azada quirúrgica o un raspador o cureta profundamente hasta el diente y se tracciona el tejido hacia coronal con un movimiento lento y firme.

- **Apreciación del campo operatorio**

Después de haber eliminado la encía patológica y haber limpiado el campo, se observa: tejido de granulación, cálculos subgingivales residuales y una zona radicular clara donde se insertaba la bolsa.

- **Eliminación del tejido de granulación: granulectomía**

El tejido de granulación debe ser removido con curetas, desprendiéndolo de su inserción ósea, antes de empezar un raspaje a fondo, a fin de que la hemorragia no entorpezca este procedimiento.

- **Raspaje y alisado radicular**

La remoción de cálculos subgingivales residuales, cemento patológico e irregularidades cementarias debe ser realizada prolijamente empleando fundamentalmente curetas.

- **Gingivoplastia**

La gingivoplastia es el **remodelado artificial** del contorno gingival con el fin de devolverle su morfología fisiológica, la cual debe implicar la reconstrucción del festoneado y el filo o biselado del margen gingival.

La gingivoplastía puede realizarse como técnica exclusiva o formando parte de la gingivectomía. Se realiza con el bisturí de Kirkland, de Bard Parker, piedras de diamante rotatorias, con electrocirugía o rayo láser.

- **Limpieza previa al apósito**

Luego de la gingivoplastía, se lava la zona intervenida con agua tibia o suero fisiológico y se cohibe la hemorragia, mediante presión o cubriendo la zona con una gasa doblada en U, e indicándole al paciente que ocluya sobre la gasa. El coágulo debe ser mínimo para garantizar la protección y neoformación tisular. En cambio el coágulo voluminoso interfiere la retención del apósito y aumenta la posibilidad de infección y retarda la curación.

- **Colocación del apósito**

Con tal objeto se moldean 2 rodillos de cemento quirúrgico para ser colocados sobre la superficie vestibular y lingual. El apósito no debe permanecer más de 7 días.

**c. Apósitos periodontales<sup>17-18-19</sup>**

**c.1. Concepto**

Los apósitos periodontales, llamados también **recubrimientos periodontales**, constituyen aplicaciones postoperatorias de cementos o polímeros quirúrgicos colocados sobre los tejidos gingivales incididos, para protegerlos más que para conferirles factores curativos directos. En este sentido, el apósito ayuda indirectamente a la cicatrización, pero no es un cicatrizante per se.

---

<sup>17</sup> BARRIOS, G. *Odontología su fundamento biológico*. Pág. 23.

<sup>18</sup> CARRANZA, F. *Periodontología clínica*. Pág. 45.

<sup>19</sup> ROSADO, L. Ob. cit. Pág. 32.

## c.2. Funciones básicas

### a) Función protectora

El apósito periodontal, por su efecto de **sellado tisular**, protege la herida contra el dolor y la infección, impidiendo el ingreso de líquidos detritos y bacterias hacia la zona intervenida, y resguardándola de posibles traumas masticatorios.

### b) Función hemostática

El apósito periodontal **cohibe la hemorragia postquirúrgica** más por mecanismos físicos (presión, adhesión, adaptación, etc.) que por factores químicos inherentes a él.

### c) Función ferulizante

Fraguado el apósito in situ, **inmoviliza en cierto modo las piezas dentarias móviles** cautelando principalmente la curación del periodonto de sostén.

### d) Función de regulación fibroblástica

La adaptación íntima del apósito a la herida **regula la neoformación del conectivo joven** previniendo la excesiva proliferación de tejido de granulación.

## c.3. Requisitos biomecánicos

El apósito debe tener los siguientes requisitos:

- Fácil manipulación en la preparación, moldeo y adaptación.
- Inocuidad y tolerancia biológica, es decir que no cause daño tisular.
- Adhesividad y adaptabilidad comprobadas.
- Producir sensación de comodidad al paciente: confort.

- Fácil remoción, en particular a los 7 días después de la intervención, o cuando amerite su retiro.

#### c.4. Tipos de apósitos

##### a) Cementos

- **Con eugenol**

- Cemento de Kirkland-Kaiser
- Cemento de Ward

- **Sin eugenol**

- **Básicos**

- Coe-Pack: óxido metálico + ácidos grasos
- Peridres (óxido de Zinc + alcohol glicol)
- Perio Bond

- **Mixtos**

- Básicos + antibióticos (bacitracina, neomicina, terramicina, nitrofurazona).
- Básicos + antisépticos (clorhexidina)
- Básicos + antibióticos + Cicatrizantes (Perio Bond + neomicina + cicatrin).<sup>20</sup>

##### b) Polímeros

- **Autopolimerizables**

Cianocrilato

- **Fotopolimerizables**

Barricaid

---

<sup>20</sup> CARRANZA, F. *Ob. Cit.* Pág. 55.

- **Acondicionadores tisulares**

Gel de metacrilato

### **c.5. El Perio Bond**

Constituye una pasta periodóntica sin eugenol, de sabor agradable, estable y de dureza elástica. Viene en dos tubos de 90 gr. cada uno. Uno de ellos contiene la base compuesta por óxido de Zinc. El otro contiene el acelerador. Se mezclan partes iguales de ambos componentes y se espatulan en una platina de vidrio durante 30 a 45 segundos hasta obtener una mezcla consistente. Se moldean 2 rodillos de longitud similar a la herida con los dedos envaselinados y son adaptados en vestibular y lingual unidos a cada lado por distal e interproximalmente. El apósito no debe interferir la oclusión ni la movilidad de los frenillos y debe permanecer hasta unos 7 días aproximadamente.

### **d. Supraciclin <sup>21</sup>**

#### **d.1. Composición**

Cada TABLETA contiene:

Doxiciclina base 100 mg (como doxiciclina monohidrato 104,1 mg)

Excipientes c.s.p. 1 tableta

#### **d.2. Propiedades Farmacológicas**

##### **d.2.1. Acción Farmacológica**

SUPRACYCLIN® es la marca de doxiciclina, es un antibiótico que pertenece a la familia de las tetraciclinas, es de espectro amplio, con efecto bacteriostático y bactericida, de acuerdo a la dosis empleada.

<sup>21</sup> <http://www.minsa.gob.pe/portallibreria2/biblio/plm/PLM/productos/42138.htm>

Su mecanismo de acción antibacteriana es mediante la inhibición de la síntesis de proteínas en la subunidad 30S de los ribosomas bacterianos.

SUPRACYCLIN® -doxiciclina-, se absorbe 90–100%, la absorción no es modificada por los alimentos, puede tomarse con leche o bebidas carbonatadas. Se distribuye en la mayor parte de los fluidos corporales incluyendo la bilis, líquido sinovial, pleural, ascítico, secreciones de los senos paranasales. En el líquido cefalorraquídeo puede alcanzar 25% de la concentración plasmática, en los fluidos gingivales creviculares de 3–7 veces la concentración plasmática. Las tetraciclinas tienden a localizarse en los huesos, hígado, bazo, dientes. Cruzan la placenta y se distribuyen en la leche materna. Su vida media es de 12–22 horas. Su concentración pico-plasmática se produce en 2–4 horas. Se elimina primariamente por secreción biliar y secundariamente por vía renal (filtración glomerular), sin cambios en ambos casos. Por su alta ligazón a proteínas plasmáticas (93%) son pobremente removidos por hemodiálisis.

### **d.3. Indicaciones**

Tratamiento de infecciones producidas por patógenos sensibles a la doxiciclina, tales como:

- Acné vulgaris.
- Actinomyces, Indicado para la infección causada por Actinomyces israelii.
- Ántrax, Tratamiento sistémico para la infección por Bacillus anthracis.



- Bronquitis y neumonía aguda y exacerbaciones de bronquitis crónica causadas por *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella* especies y *Mycoplasma pneumoniae*. Faringitis<sup>22</sup>
- Infecciones del tracto genitourinario, en el varón: epidídimo orquitis aguda, en la mujer infecciones endocervicales y enfermedad pélvica inflamatoria, causadas por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Uretritis no gonocócica causada por *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*. Infecciones urinarias causadas por gérmenes sensibles, incluyendo *Escherichia coli* y *Klebsiella* especies.
- Infecciones de la cavidad oral, gingivoestomatitis ulcerativa necrotizante causada por *Fusobacterium fusiformis* o infección de Vincent.
- Enfermedades de transmisión sexual, Sífilis (*Treponema pallidum*), Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia* especies), Granuloma inguinal (*Calymatobacterium granulomatis*),
- Infecciones del tracto gastrointestinal, cólera (*Vibrio cholerae*). Para profilaxis (diarrea del viajero) y tratamiento de diarreas por *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Shigella* especies, *Campylobacter fetus*.
- Infecciones del oído medio y sinusitis causadas por *Haemophilus influenzae* y *Klebsiella* especies.
- Otras enfermedades infecciosas como: Brucellosis, actinomicosis, ántrax, ornitosis, borreliosis, listeriosis, tifus y otras rickettsiosis, bartonellosis, tularemia, tracoma, acinetobacteriosis, pian, pinto, bejel.

<sup>22</sup> <http://www.minsa.gob.pe/portallibreria2/biblio/plm/PLM/productos/42138.htm>

- Esta indicado para el tratamiento y profilaxis de la malaria producida por Plasmodium falciparum resistente a la cloroquina.

#### **d.4. Contraindicaciones y advertencias**

##### **d.4.1. Contraindicaciones**

No debe emplearse en caso de hipersensibilidad a las tetraciclinas, ni en disfunciones hepáticas severas. En niños menores de 8 años debe sopesarse los beneficios versus riesgos potenciales. No se recomienda su uso durante la gestación y lactancia.

##### **d.4.2. Advertencias**

En niños menores de 8 años pueden causar coloración amarilla de los dientes en forma permanente, hipoplasia del esmalte, inhibición del crecimiento esquelético lineal.

Puede elevar la sensibilidad de la reacción de la piel a la luz solar.

Puede causar sobrecrecimiento de hongos en la mucosa oral y lengua, así como en las mucosas de los genitales y recto.

Puede producir reacciones de hipersensibilidad desde urticaria hasta reacciones de tipo anafiláctico

#### **d.5. Precauciones y advertencias especiales**

##### **d.5.1. Precauciones**

###### **Sensibilidad cruzada**

Los pacientes con hipersensibilidad a una tetraciclina pueden ser también a otras correspondientes a este grupo.

### **Gestación y lactancia**

Las tetraciclinas cruzan la placenta, administradas en la segunda mitad de la gestación pueden producir en el lactante coloración amarilla de los dientes, hipoplasia del esmalte, inhibición del crecimiento esquelético en el feto.

No se recomienda el uso de tetraciclinas durante la lactancia, pueden causar coloración amarilla de los dientes, hipoplasia del esmalte, disminución en el crecimiento esquelético lineal, reacciones de fotosensibilidad, y aftas en las mucosas vaginal y oral.

### **Pediatría**

No se recomienda su administración en niños que no han completado su segunda dentición (menores de 8 años), a menos que otros antibacterianos estén contraindicados y la evaluación riesgo beneficio sea favorable.

### **Geriatría**

No se dispone de información acerca de este medicamento en este grupo de pacientes.

### **Terapia prolongada**

Cuando la terapia sea prolongada, se recomienda realizar controles periódicos de la función renal, hepática y hematopoyética.

### **Insuficiencia renal**

No requiere de reducción de dosis en insuficiencia renal, la doxiciclina puede eliminarse alternativamente por vía biliar y gastrointestinal.

## **Insuficiencia hepática**

Se recomienda no administrar en pacientes con insuficiencia hepática severa.

### **d.6. Efectos adversos**

Puede causar reacciones de hipersensibilidad que pueden ir desde erupciones dérmicas hasta reacciones de tipo anafiláctico.

En general los efectos adversos a doxiciclina son similares a los derivados de las tetraciclinas pero son proporcionalmente menores.

Si se administra durante el embarazo puede inducir a hepatotoxicidad y pancreatitis en la gestante, en el lactante puede producir coloración amarilla de los dientes.

Cuando se administran antes de la segunda dentición puede causar coloración amarilla en los dientes definitivos, este efecto adverso se puede presentar en menor proporción con doxiciclina que con otras tetraciclinas y sobre todo cuando se administra por tiempo prolongado.

En forma rara puede producir hipertensión intracraneana benigna (anorexia, cefaleas, vómitos, papiledema, cambios en la visión y abultamiento de la fontanela en los infantes) efectos que se alivian al suspender el medicamento. Hepatotoxicidad (dolor abdominal, náusea, vómitos e ictericia). Pancreatitis (dolor abdominal, náusea y vómitos). Disturbios gastrointestinales (cólicos, ardor de estómago, diarrea, náusea y vómitos).

### **d.7. Interacciones medicamentosas**

- El uso simultáneo de fármacos que contengan aluminio, magnesio, bismuto, carbonato de calcio, bicarbonato de sodio, colestiramina y colestipol o preparados ferruginosos

disminuyen la absorción de tetraciclinas orales puesto que forman con estas complejos poco absorbibles, por lo que SUPRACYCLIN® debe administrarse 2 o 3 horas después de la ingestión de dichos preparados.

- SUPRACYCLIN® puede interactuar con anticoagulantes de tipo cumarínico, heparina e hipoglucemiantes orales por lo que al administrarse simultáneamente debe controlarse los valores y eventualmente reajustarse las dosis de estos medicamentos.
- El uso simultáneo con anticonceptivos orales que contienen estrógenos disminuye la confiabilidad contraceptiva e incrementa el riesgo de sangrado.
- La administración simultánea con barbitúricos, carbamezepina y fenintoina y en caso de alcoholismo crónico puede producirse un catabolismo acelerado de doxiciclina, de modo que podrían ser necesarias mayores dosis de SUPRACYCLIN®.
- El uso simultáneo con vitamina A puede causar hipertensión intracraneana benigna.
- Pueden presentarse valores falsos positivos de albúmina, glucosuria y urobilina.

#### **d.8. Incompatibilidades**

Forman compuestos indisolubles (quelatos) cuando se mezclan con alimentos o medicamentos que contengan aluminio, magnesio, bismuto, carbonato de calcio, bicarbonato de sodio, colestiramina, colestipol y hierro, anulando de esta manera los efectos antibacterianos de la doxiciclina. Sin embargo puede tomarse con alimentos o con leche.

#### **d.9. Sobredosificación**

##### **Tratamiento en caso de sobredosis**

- Discontinuar el tratamiento.
- Evacuación gastrointestinal, por inducción del vómito o lavado gástrico.
- Uso de catárticos que contienen magnesio o antiácidos con aluminio o magnesio con los que forma “quelatos” que imposibilitan la absorción de las tetraciclinas.
- Medidas de soporte general.
- La hemodialisis remueve muy pobremente la doxiciclina plasmática.

#### **d.10. Dosificación y posología**

##### **Adultos y adolescentes:**

- Como antibacteriano/antiprotozoico: 100 mg vía oral cada 12 horas el primer día, luego 100 a 200 mg una vez al día, o 50 a 100 mg cada 12 horas.
- En uretritis gonocócica no complicada (excepto infecciones anorectales en el hombre): SUPRACYCLIN®100 mg cada 12 horas por 7 días; o 300 mg al inicio y 300 mg 1 hora después.
- Uretritis no gonocócica no complicada, endocervicales o rectales (Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum)
- SUPRACYCLIN®100 mg cada 12 horas por no menos de 7 días.
- Sífilis primaria y secundaria: SUPRACYCLIN®150 mg c/12 horas por 10 días

Dosis límite en el adulto: 300 mg diario, o 600 mg diario por 5 días, en infección gonocócica aguda.<sup>23</sup>

#### **Dosis usual pediátrica:**

Aunque no se recomienda en niños menores de 8 años porque todas las tetraciclinas forman un complejo de calcio estable con cualquier tejido en formación (dientes, huesos en crecimiento), de usarse en niños menores de 8 años la dosis como antibacteriano sistémico en niños hasta 45 kg es la siguiente:

- Primer día: 2,2 mg/kg cada 12 horas.
- Días siguientes: 2,2 mg/kg a 4,4 mg/kg cada 24 horas. o 1,1 a 2,2 mg cada 12 horas.

La indicación, la dosis y la duración del tratamiento serán de acuerdo evaluación riesgo/beneficio del médico tratante.

Niños mayores de 45 kg tomarán dosis de adultos.

#### **Profilaxis en malaria:**

Niños sobre los 8 años de edad: vía oral 2 mg por kilogramo de peso corporal hasta máximo 100 mg una vez al día. La profilaxis la profilaxis puede iniciarse 1 o 2 días antes de viajar a la zona de malaria, y continuar diariamente durante el viaje y por 4 semanas después de haber salido del área de malaria.

#### **Formas de uso:**

Las tabletas deberán tomarse enteras, con bastante líquido durante una de las comidas, o disolver en un vaso de agua (240 cc) antes de tomar la tableta. Ingerir SUPRACYCLIN® durante la comida, con

---

<sup>23</sup> <http://www.minsa.gob.pe/portalbiblioteca2/biblio/plm/PLM/productos/42138.htm>

leche o “gaseosas” no afecta su absorción e impide la aparición de trastornos del aparato gastrointestinal.

#### **d.11. Almacenamiento**

- SUPRACYCLIN® no deberá usarse después de la fecha de vencimiento que figura en la caja.
- Mantener el envase herméticamente cerrado y en lugar seco.
- Almacenar a temperatura ambiente (15–30 °C), proteger de la luz.

#### **d.12. Presentación**

- SUPRACYCLIN® Tabletas Forte: Caja x 10 tabletas.
- SUPRACYCLIN® Tabletas: Caja x 60 tabletas.
- Mantener fuera del alcance de los niños.
- Adminístrese bajo prescripción médica.
- Para uso oral.



### 3.2. Revisión de antecedentes investigativos

- a. **Título:** Eficacia del clorelase y del madecassol en el aspecto clínico de la cicatrización gingival en pacientes sometidos a gingivectomía de la clínica odontológica de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca- 2012.

**Autor:** KRISHNA YADINE HUAYHUA VARGAS

**Resumen:** La presente investigación tiene por objeto determinar el efecto del Clorelase y del Medecassol en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados de la Clínica Odontológica de la UANCV.

Se trata de un estudio experimental, prospectivo, longitudinal, comparativo, de nivel explicativo, identificable con un ensayo clínico randomizado emparejado intrasujeto. Con tal objeto se conformó un grupo de 21 pacientes. Cada paciente aportó un sector experimental uno y un sector experimental dos, que recibieron el influjo del Clorelase y de Madecassol incorporados al apósito periodontal.

A juzgar por el carácter nominal de la variable aspecto clínico de la cicatrización gingival, todos sus indicadores fueron descritos estadísticamente mediante frecuencias absolutas y porcentuales, y analizados mediante el  $X^2$  de homogeneidad.

Los resultados se refieren a que según la prueba  $X^2$  de homogeneidad, el Clorelase fue estadísticamente más eficaz que el Madecassol y éste más que el proceso natural en la recuperación del color gingival, contorno y remisión del edema ( $p < 0,05$ ); excepto en el restablecimiento de la textura superficial y de la consistencia gingival, así como en la remisión de la inflamación, exudado y sangrado, en que los estímulos mencionados fueron similarmente eficaces ( $p > 0,05$ ).

Consecuentemente se aprueba la hipótesis alterna o de la investigación en la recuperación del color gingival, contorno y remisión del edema; y se aprueba la hipótesis nula en el restablecimiento de la textura superficial y de la consistencia gingival, así como en la remisión de la inflamación, exudado y sangrado, con un nivel de significación de 0.05.

- b. Título:** “Estudio clínico comparativo del efecto del Periobond con y sin adición de Gentamicina en la reparación gingival post-quirúrgica en pacientes de la U.C.S.M. 1993”.

**Autor:** ROJAS VALENZUELA, Christian.

**Resumen:** Se eligieron dos grupos en los cuales se aplicó Perio-Bond con y sin adición de Gentamicina en pacientes sometidos a operación de Colgajo y Gingivectomía. La cicatrización post-gingivectomía se ha registrado antes que la cicatrización subsecuente al colgajo, tanto en el sector control, como en el sector experimental.

- c. Título:** Eficacia de la Doxiciclina y de la Cefalexina incorporadas al apósito periodontal en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados de la Clínica Odontológica. UCSM, Arequipa-2012.

**Autora:** Myriam Rosmery Ortega Condori

**Resumen:** La presente investigación tiene por objeto determinar el efecto de la Doxiciclina y de la Cefalexina en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados de la Clínica Odontológica de la UCSM.

Se trata de un estudio experimental, prospectivo, longitudinal, comparativo, de nivel explicativo, identificable con un ensayo clínico randomizado emparejado intrasujeto. Con tal objeto se conformó un

grupo de 48 pacientes. Cada paciente aportó un sector experimental uno y un sector experimental dos, que recibieron el influjo de la Doxiciclina y de la Cefalexina incorporados al apósito periodontal (Perio-Bond) a concentración de 500 mg, a dosis de 1 cc.

A juzgar por el carácter nominal de la variable aspecto clínico de la encía, todos sus indicadores fueron descritos estadísticamente mediante frecuencias absolutas, y porcentuales, y analizados mediante el  $X^2$  de homogeneidad, excepto la posición gingival real que requirió de la medida, desviación estándar y rango como estadísticos descriptivos, y la prueba T, como contraste de hipótesis.

Los resultados se concretizan porque existe diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en el efecto de la Doxiciclina y de la Cefalexina en la recuperación clínica del color gingival, textura superficial, consistencia, contorno, tamaño, posición gingival aparente y sangrado gingival, menos en la recuperación de la posición gingival real, en que los efectos de ambos productos fueron más bien, estadísticamente similares ( $p > 0.05$ ).

Consecuentemente se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna o de la investigación con un nivel de significación de 0.05.

#### 4. HIPÓTESIS

Dado que, el supracyclin como interapósito es colocado entre la superficie interna del apósito periodontal y la zona intervenida, en contacto directo con la encía intervenida quirúrgicamente; y el supracyclin incorporado al apósito es mezclado con éste no contrayecto relaciones directas con la herida operatoria:

Es probable que, la eficacia del supracyclin como interapósito sea diferente que dicho componente incorporado al apósito periodontal en la recuperación del aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados.

## **CAPÍTULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL Y RECOLECCIÓN**

## II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnicas

##### a. Precisión de la técnica

Se utilizó la técnica de observación clínica intraoral experimental para recoger información de la variable “aspecto clínico de la encía”, antes y después de aplicar los estímulos.

##### b. Esquematización

VARIABLE INVESTIGATIVA	TÉCNICAS
Aspecto clínico de la encía	Observación clínica intraoral experimental

##### c. Diseño investigativo

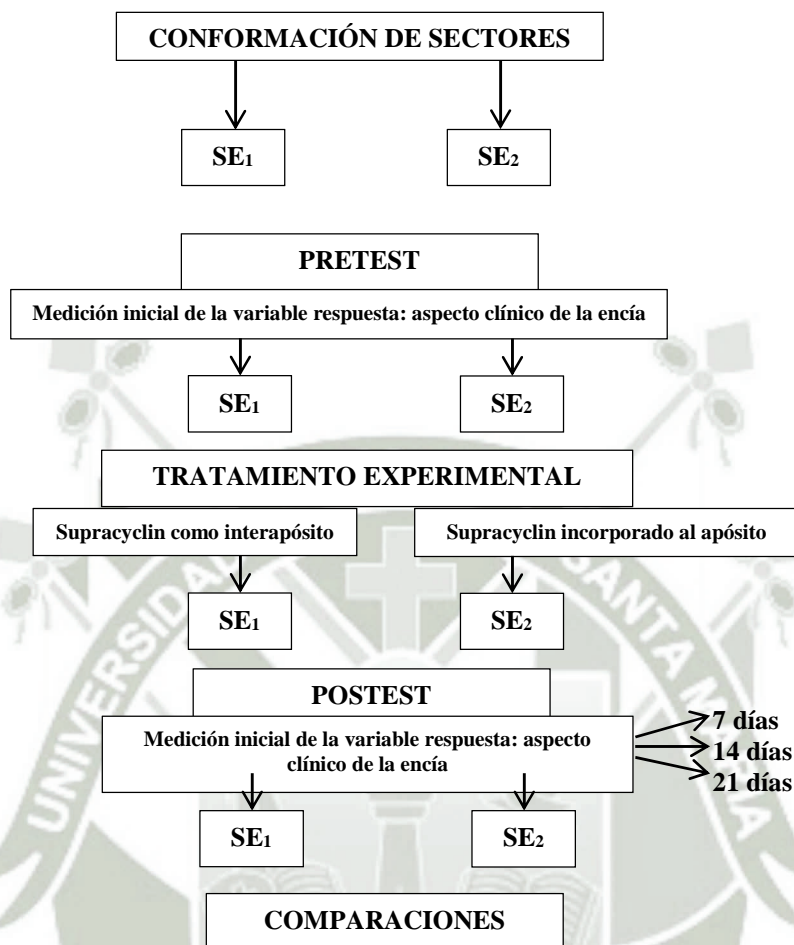
###### c.1. Tipo de diseño

Ensayo clínico randomizado, emparejado, intrasujeto, simple ciego, con dos sectores experimentales.

###### c.2. Esquema básico

SE <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
SE <sub>2</sub>	O <sub>1</sub>	Y	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>

c.2. Diagramación operativa



Sector		SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		
		Observ.	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Observ.	SE <sub>2</sub>
Pre test			↕ ↕	↔ ↔		↕ ↕
Pos-test	7 días		↕ ↕ ↕	↔ ↔		↕ ↕ ↕
	14 días		↕ ↕ ↕ ↕	↔ ↔		↕ ↕ ↕ ↕
	21 días		↕ ↕ ↕ ↕ ↕	↔ ↔		↕ ↕ ↕ ↕ ↕

## 1.2. Instrumentos

- **Instrumento Documental:**

### a.1. Precisión

Ficha de recolección, elaborada de acuerdo a las variables e indicadores.

### a.2. Estructura

Variable respuesta	INDICADORES	EJES
Aspecto clínico de la encía	Color gingival	1
	Textura	2
	Consistencia	3
	Contorno	4
	Tamaño	5
	Posición Gingival Aparente	6
	Posición Gingival Real	7
	Sangrado Gingival	8

### a.3. Modelo del instrumento

Figura en anexos.

- **Instrumentos mecánicos**

- Espejos bucales
- Unidad dental
- Esterilizadora
- Computadora y accesorios
- Cámara digital
- Platina de vidrio
- Espátula de cemento

### 1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio
- Campos de trabajo
- Barbijo
- Guantes descartables
- Supraciclin
- Perio – bond

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación Espacial

- **Ámbito general**  
Universidad Católica de Santa María.
- **Ámbito Específico**  
Clínica Odontológica de Pregrado.

### 2.2. Ubicación Temporal

La investigación fue realizada en el semestre Par del año 2013.

### 2.3. Unidades de Estudio

- a. **Unidades de análisis**  
Sectores gingivectomizados.
- b. **Opción**  
Grupo por sectores.



### c. Manejo metodológico de los sectores

#### c.1. Identificación de los sectores

- SE<sub>1</sub>: Recibe el supracyclin como interapósito
- SE<sub>2</sub>: Recibe el supracyclin incorporado al apósito periodontal

#### c.2. Control o igualación de los sectores

##### ➤ Criterios de inclusión

- Pacientes con hiperplasia gingival
- Pacientes de 20 a 30 años de edad
- De ambos sexos
- Pacientes con destartaje previo

##### ➤ Criterios de exclusión

- Pacientes con agrandamiento gingival inflamatorio
- Pacientes con agrandamiento gingival condicionado
- Pacientes con agrandamiento gingival del desarrollo o por erupción dentaria
- Pacientes con agrandamiento gingival neoplásico
- Pacientes periodontitis
- Pacientes con trauma oclusal

##### ➤ Criterios de eliminación

- Deseo de no participar
- Deserción por enfermedad o deceso

#### c.3. Número de sectores

$$n = \frac{\left[ Z_{\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

#### Datos:

- Z<sub>α</sub>: 1.96 cuando el error α es 0.05.
- Z<sub>β</sub>: 0.842 cuando el error β es 0.20

- $P_1$ : 0.95 (efecto esperado para el supracyclin como subapósito)\*
- $P_2$ : 0.70 (efecto esperado para el supracyclin incorporado al apósito periodontal)\*
- $P_1 - P_2 = 0.25$
- $P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0.95 + 0.70}{2} = 0.825$

**Reemplazando:**

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.825)(1 - 0.825)} + 0.842\sqrt{0.95(1 - 0.95) + 0.70(1 - 0.70)}]^2}{(0.25)^2}$$

$n = 26$  sectores por grupo

\* Valores determinados por revisión de antecedentes investigativos

#### c.4. Formalización de los sectores

Sectores	Nº
SE <sub>1</sub>	26
SE <sub>2</sub>	26

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización

- a. Autorización del Decano
- b. Coordinación con los Directores de Clínica
- c. Coordinación con los alumnos
- d. Preparación de pacientes para lograr su consentimiento expreso
- e. Formalización de los grupos
- f. Prueba piloto
- g. Administración de los instrumentos: recolección de datos.

### 3.2. Recursos

#### a) Recursos Humanos

- a.1. Investigadora : Carolina Elena Lozada Vizcarra
- a.2. Asesor : Dra, Patricia Valdivia

#### b) Recursos Físicos

Ambientes de la Clínica Odontológica de Pregrado.

#### c) Recursos Económicos

El presupuesto para la elaboración fue autofinanciado por la investigadora.

#### d) Recurso Institucional

Universidad Católica de Santa María.

### 3.3. Prueba piloto

- a. **Tipo de prueba:** Incluyente.
- b. **Muestra piloto:** Una unidad de análisis por grupo.
- c. **Recolección piloto:** Administración preliminar del instrumento a la muestra piloto.

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

### 4.1. Plan de Procesamiento de los datos

#### a. Tipo de procesamiento

Manual y computarizada (SPSS 19).

**b. Operaciones**

**b.1. Clasificación:** Matriz de sistematización.

**b.2. Conteo:** Matrices de recuento.

**b.3. Tabulación:** Tablas de doble entrada.

**b.4. Graficación:** Diagrama de barras.

**4.2. Plan de Análisis de datos**

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS	PRUEBA ESTADÍSTICA
Aspecto clínico de la encía	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia absoluta</li> <li>Frecuencia %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>X^2</math> de homogeneidad</li> </ul>

\* El indicador PGR requerirá de media desviación estándar y rango como estadística descriptiva; y la prueba T para dos muestras independientes, como estadística inferencial, por ser un indicador cuantitativo continuo.



## **CAPÍTULO III**

# **RESULTADOS**

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LOS SECTORES GINGIVECTOMIZADOS SEGÚN  
EDAD**

SECTOR	EDAD				TOTAL	
	21-25		26-30			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SE1	8	30.17	18	69.23	26	100.00
SE2	8	30.17	18	69.23	26	100.00

**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

Leyenda:

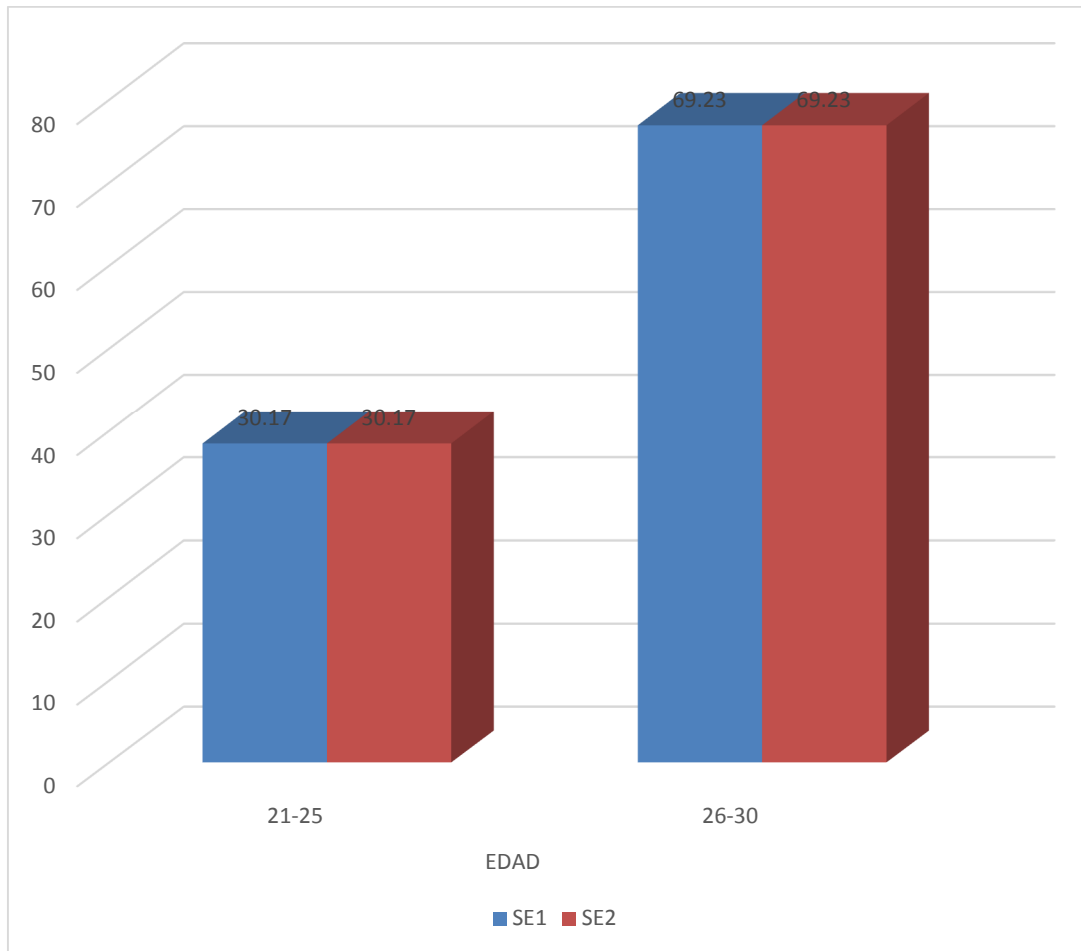
**SE1:** Sector Experimental 1

**SE2:** Sector Experimental 2

Según la tabla N° 1, los pacientes de 26 a 30 años fueron más gingivectomizados que sus homólogos de 21 a 35 años, con porcentajes respectivos e idénticos para los sectores experimentales uno y dos.

### GRÁFICA N° 1

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS SECTORES GINGIVECTOMIZADOS SEGÚN EDAD



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

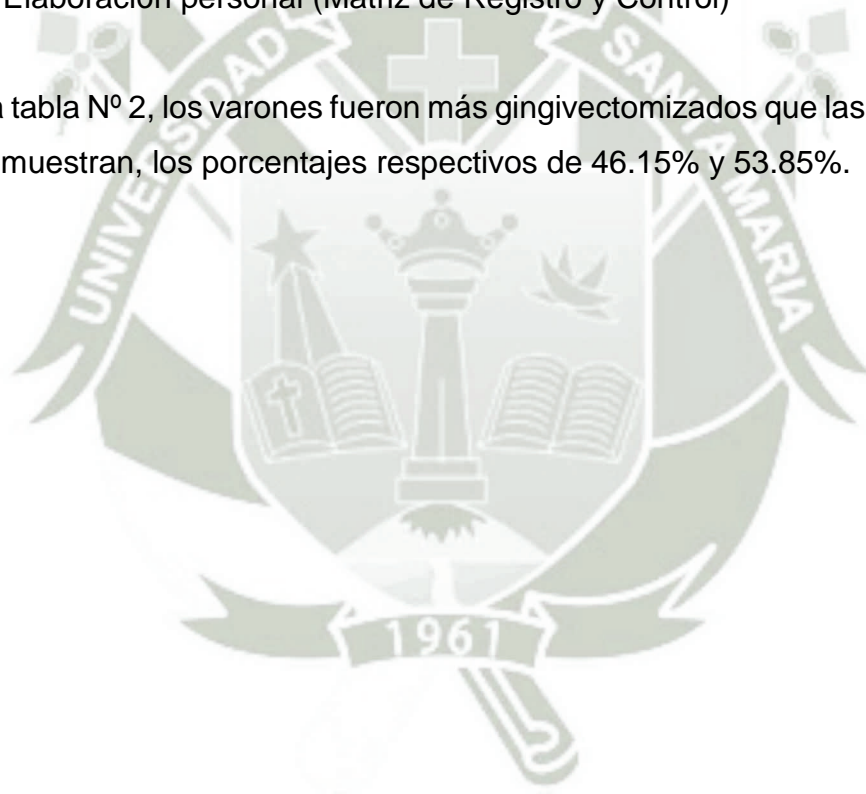
**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS SECTORES GINGIVECTOMIZADOS SEGÚN  
GÉNERO**

SECTOR	GÉNERO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SE1	12	46.15	14	53.85	26	100.00
SE2	12	46.15	14	53.85	26	100.00

**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

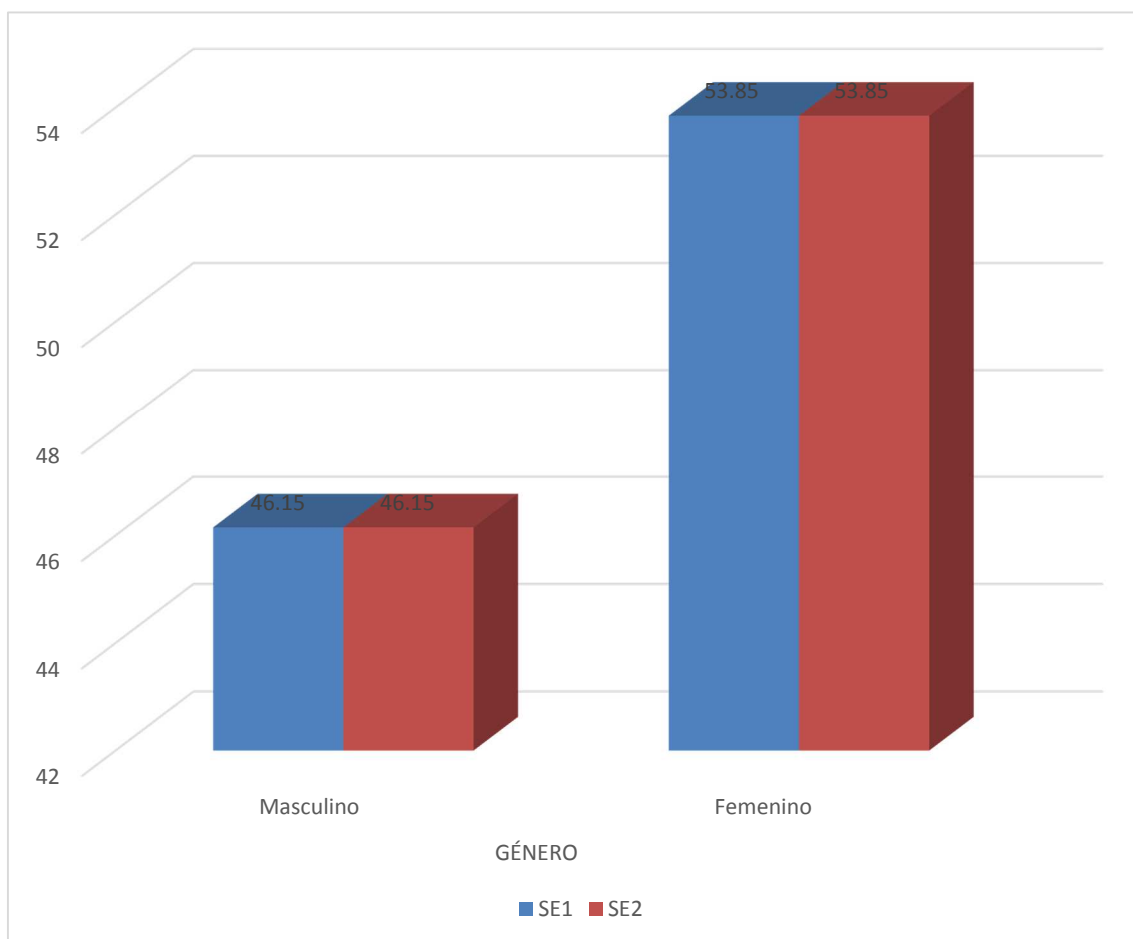
Según la tabla N° 2, los varones fueron más gingivectomizados que las mujeres; así lo demuestran, los porcentajes respectivos de 46.15% y 53.85%.





## GRÁFICA Nº 2

### DISTRIBUCIÓN DE LOS SECTORES GINGIVECTOMIZADOS SEGÚN GÉNERO



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)



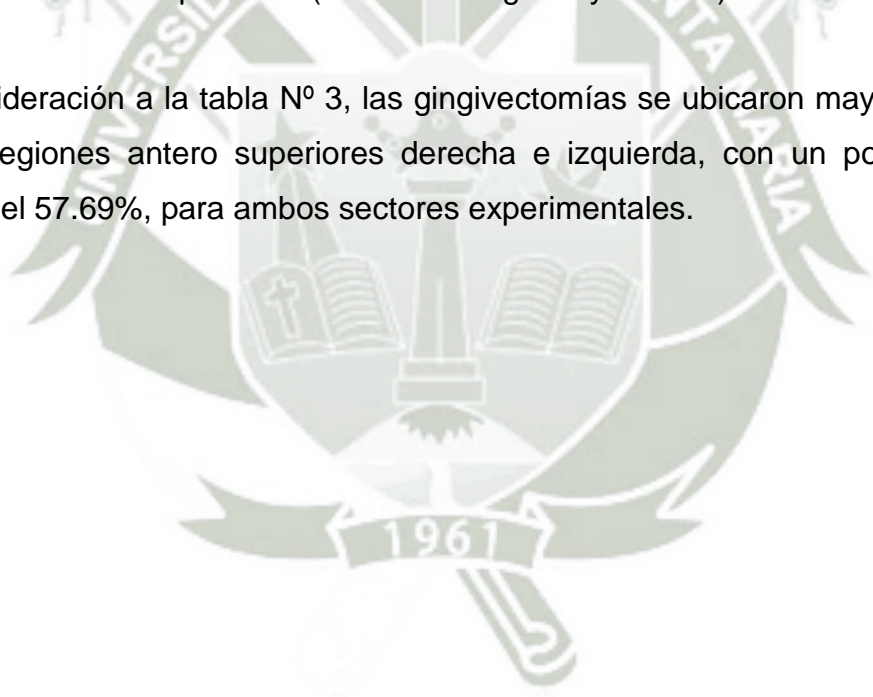
**TABLA N° 3**

**UBICACIÓN DE LOS SECTORES GINGIVECTOMIZADOS**

UBICACIÓN	SE1		SE2	
	Nº	%	Nº	%
Ant. Sup. Derecho	15	57.69	0	0
Ant. Sup. Izquierdo	0	0	15	57.69
Ant. Inf. Derecho	11	42.31	0	0
Ant. Inf. Izquierdo	0	0	11	42.31
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

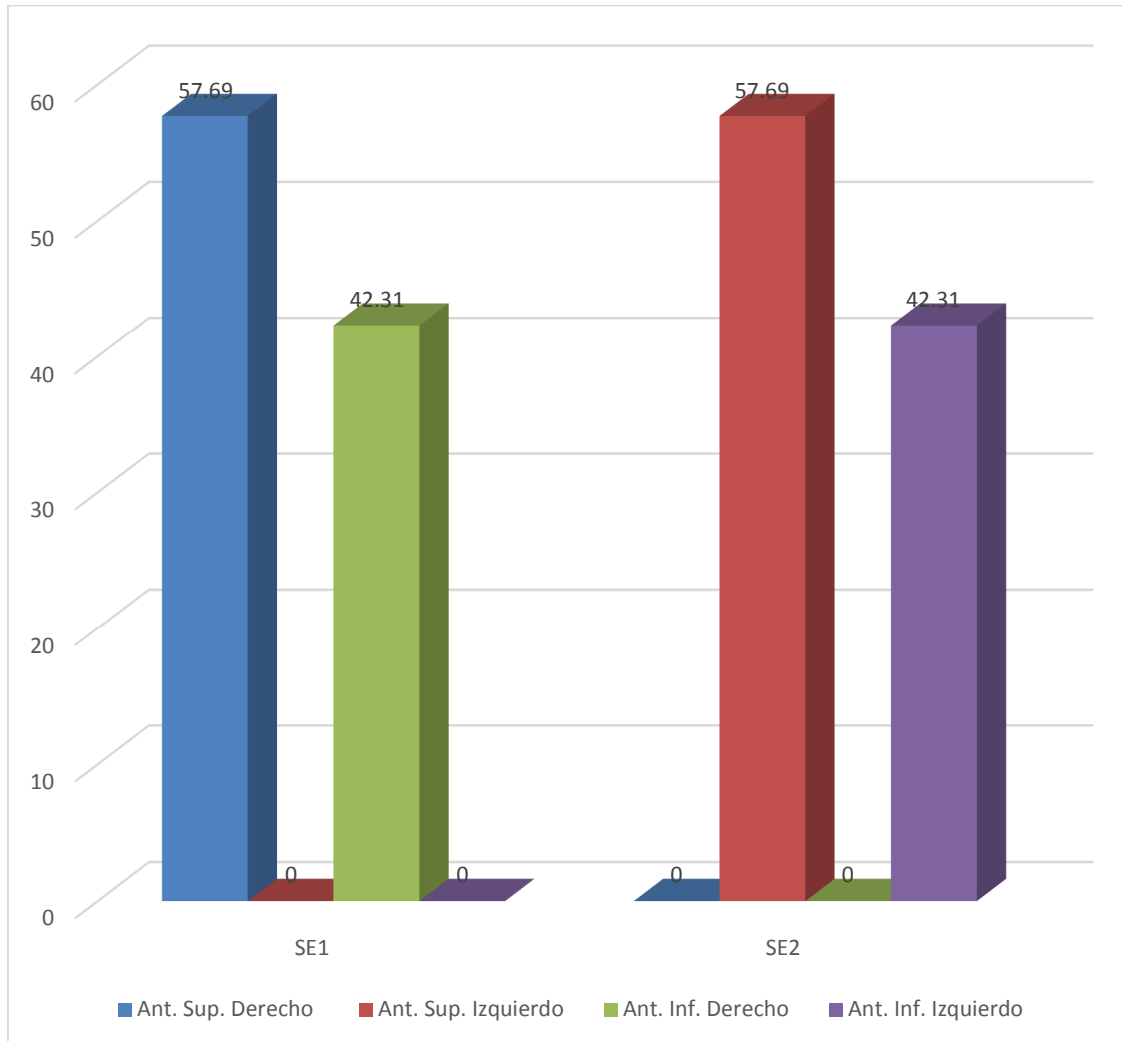
**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

En consideración a la tabla N° 3, las gingivectomías se ubicaron mayormente en las regiones antero superiores derecha e izquierda, con un porcentaje común del 57.69%, para ambos sectores experimentales.



### GRÁFICA N° 3

#### UBICACIÓN DE LOS SECTORES GINGIVECTOMIZADOS



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

TABLA Nº 4

**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DEL COLOR GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

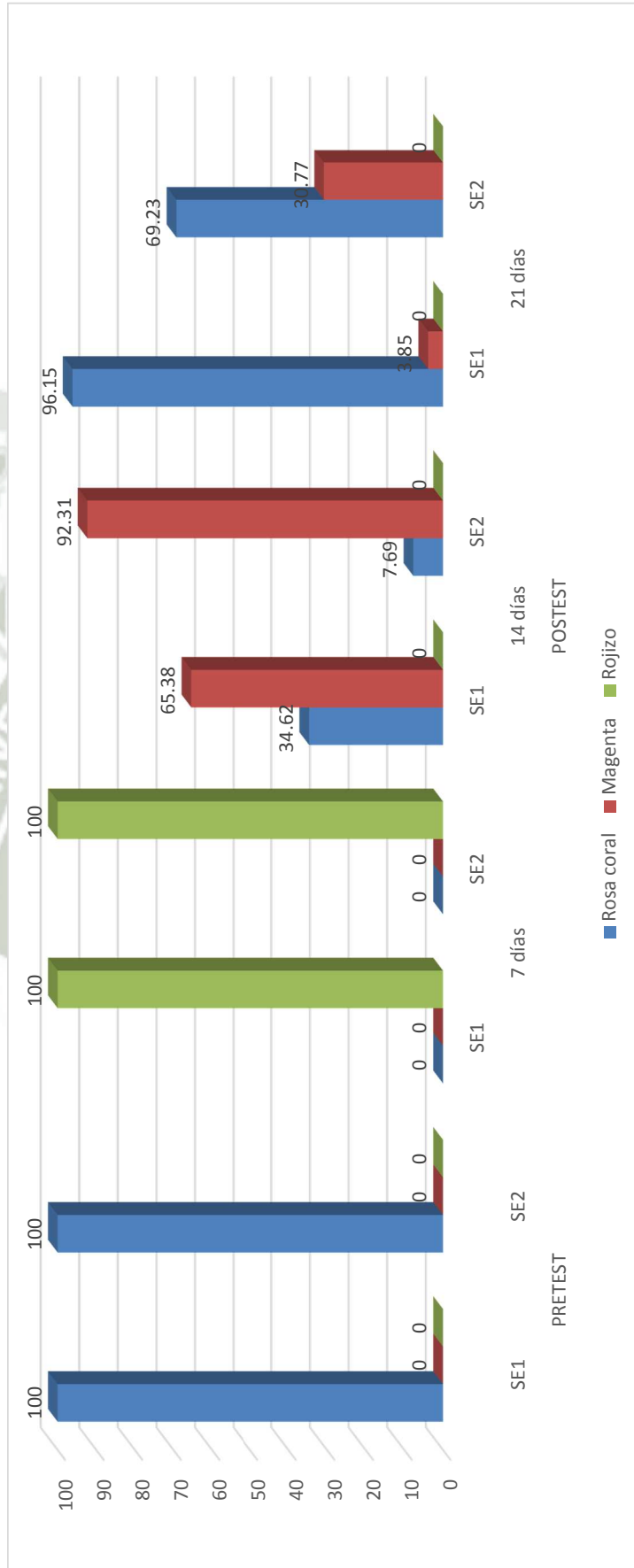
COLOR GINGIVAL	PRETEST			POSTEST														
	SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>	7 días				14 días				21 días						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>		
Rosa coral	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	0	9	34.62	2	7.69	25	96.15	18	69.23
Magenta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	65.38	24	92.31	1	3.85	8	30.77	
Rojizo	0	0	0	0	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>
<b>Significación</b>	$X^2: 5.65 > VC: 3.84$ $H_1: SE_1 \neq SE_2$																	
<b>Significación</b>	$X^2: 6.58 > VC: 3.84$ $H_1: SE_1 \neq SE_2$																	

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

El rosa coral gingival igualado en el pretest en ambos sectores experimentales, se hizo rojizo a los 7 días con frecuencias idénticas (100%). A los 14 días primó el magenta gingival en ambos sectores experimentales, especialmente en el dos, con el 92.31%. A los 21 días predominó el rosa coral, siendo más frecuente en el sector experimental uno, con el 96.15%.

Según el contraste  $X^2$ , el color gingival es diferente estadísticamente empleando el supracyclin como interapósito que dicho componente incorporado al apósito periodontal en pacientes gingivectomizados.

**GRÁFICA Nº 4**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DEL COLOR GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

TABLA Nº 5

**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA TEXTURA SUPERFICIAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

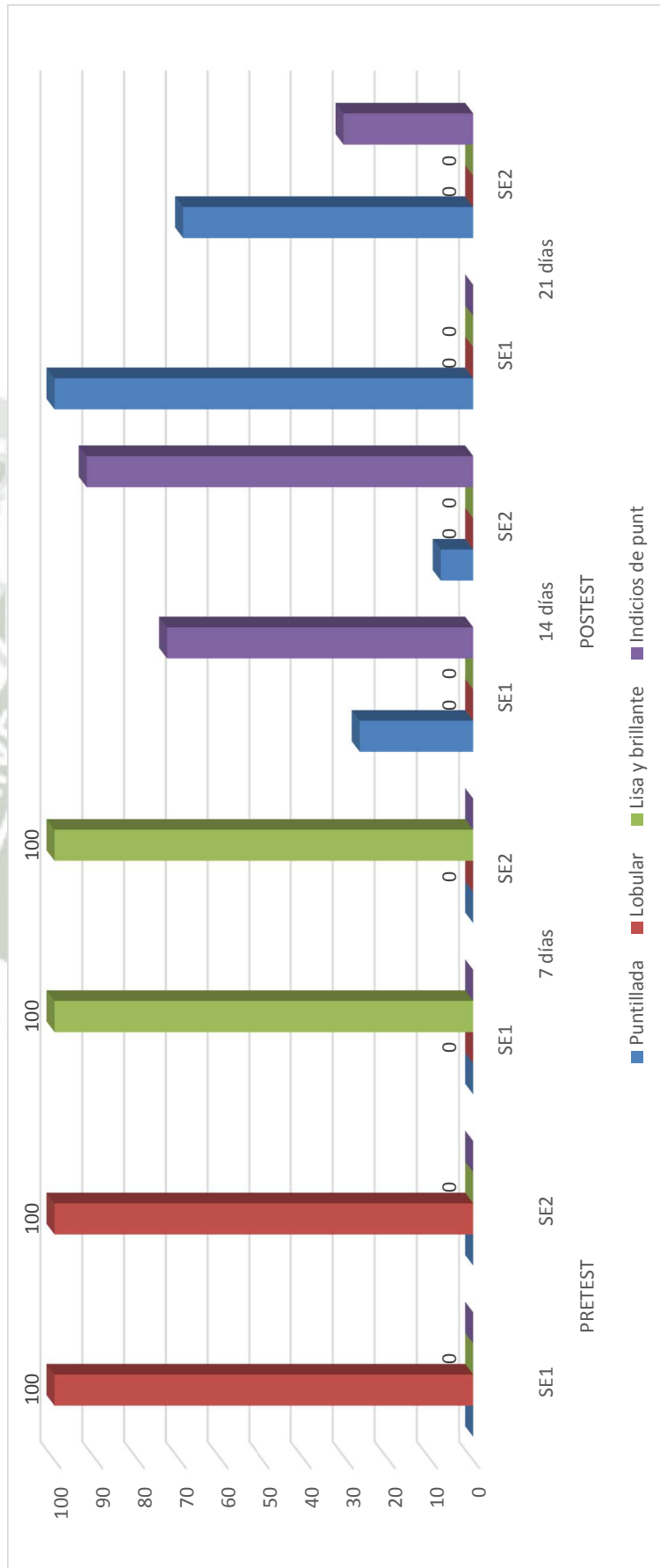
TEXTURA SUPERFICIAL	PRETEST			POSTEST															
	SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>	7 días			14 días			21 días									
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>			
Puntillada	0	0	0	0	0	0	7	26.92	2	7.69	26	100.00	18	69.23					
Lobular	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Lisa y brillante	0	0	0	0	26	100.00	0	0	0	0	0	0	0	0					
Indicios de punt	0	0	0	0	0	0	19	73.08	24	92.31	0	0	8	30.77					
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>			
<b>Significación</b>																<b>X<sup>2</sup>: 9.45 &gt; VC: 3.84</b>		<b>H<sub>1</sub>: SE<sub>1</sub> ≠ SE<sub>2</sub></b>	

**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

La textura lobular registrada en igual proporción en el pretest en ambos sectores experimentales se hizo lisa y brillante a los 7 días. Sin embargo, a los 14 días predomina el puntillado incipiente, especialmente en el sector experimental dos con el 92.31%. A los 21 días predomina la textura puntillada, fundamentalmente en el sector experimental uno.

La textura superficial es estadísticamente similar a los 7 y 14 días con los dos tipos de apósito, sin embargo, dicho parámetro clínico fue diferente de modo significativo a los 21 días.

**GRÁFICA Nº 5**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA TEXTURA SUPERFICIAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

**TABLA Nº 6**

**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA CONSISTENCIA GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

CONSISTENCIA GINGIVAL	PRETEST						POSTEST											
	SE <sub>1</sub>			SE <sub>2</sub>			7 días			14 días			21 días					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Nº	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>
Firme y resiliente	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	8	30.77	2	7.69	26	100.00	16	61.54	
En recuperación	0	0	0	0	26	100.00	26	100.00	18	69.23	24	92.31	0	0	10	38.46	0	0
Blanda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>
<b>Significación</b>													<b>X<sup>2</sup>: 4.46 &gt; VC: 3.84</b>			<b>X<sup>2</sup>: 9.45 &gt; VC: 3.84</b>		
													<b>H<sub>0</sub>: SE<sub>1</sub> ≠ SE<sub>2</sub></b>			<b>H<sub>1</sub>: SE<sub>1</sub> ≠ SE<sub>2</sub></b>		

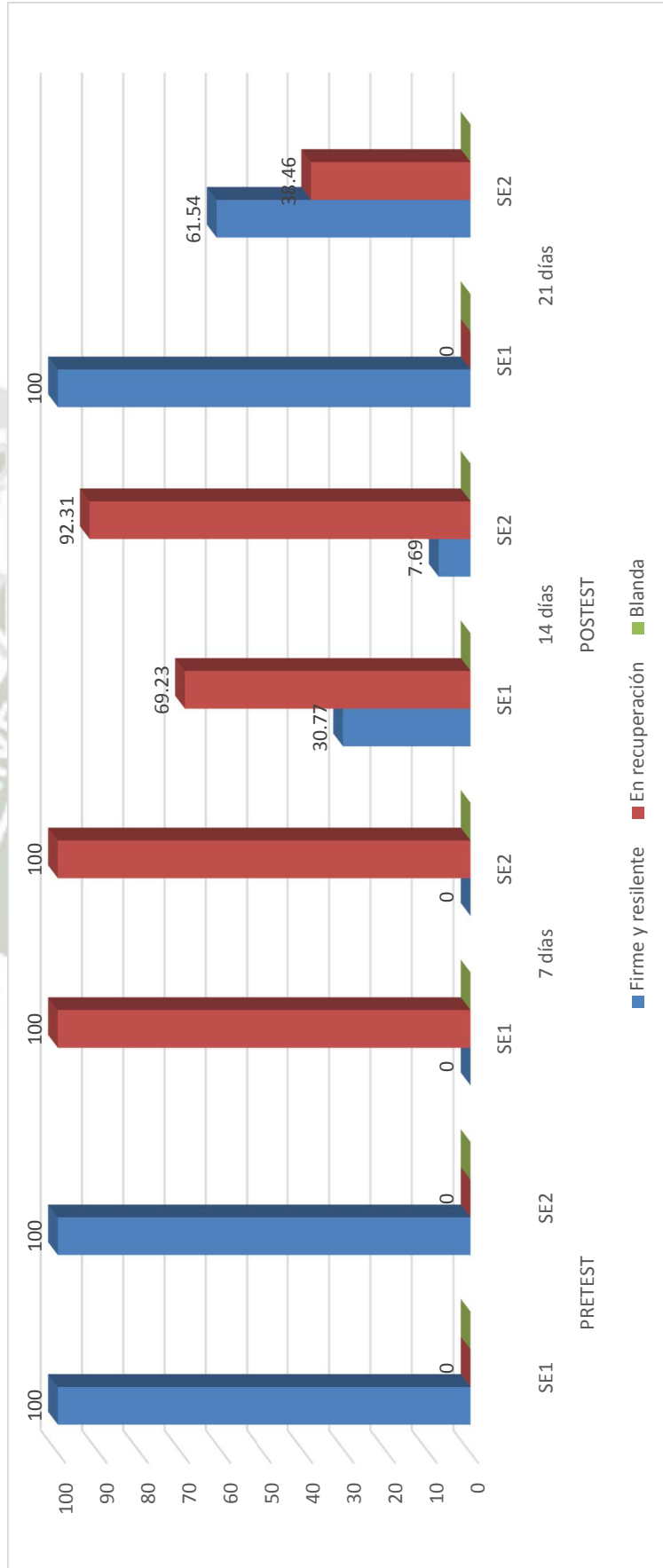
**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

La consistencia firme y resiliente registrada en el pretest en ambos sectores experimentales, se tornó en blanda a los 7 días. Sin embargo a los 14 días predomina, la condición en recuperación especialmente en el grupo experimental dos. A los 21 días predomina la consistencia firme y resiliente, fundamentalmente en el grupo experimental uno.

Según la prueba X<sup>2</sup> existe diferencia estadística significativa en la consistencia gingival con los dos tipos de apósito a los 14 y 21 días.



**GRÁFICA Nº 6**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA CONSISTENCIA GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

TABLA Nº 7

**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL  
CONTORNO GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

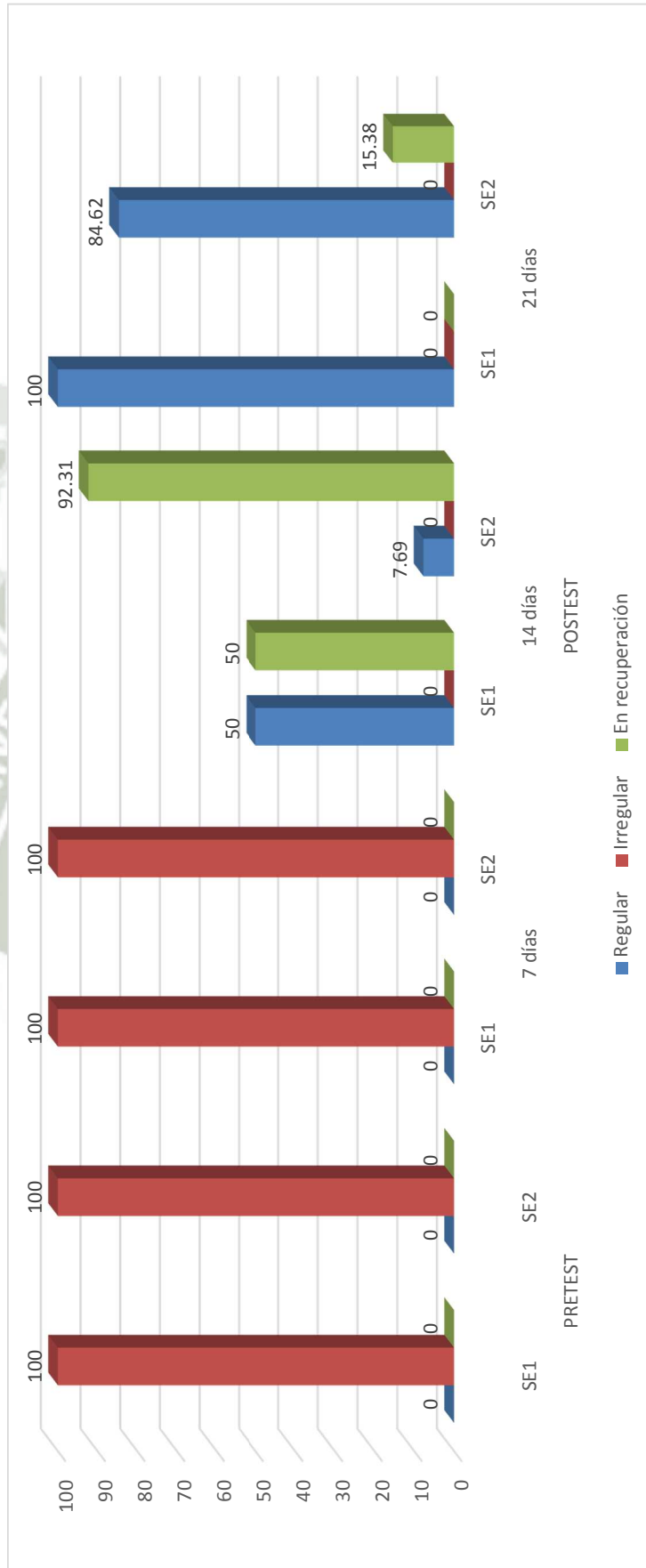
CONTORNO GINGIVAL	PRETEST						POSTEST									
	SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		7 días		14 días		21 días							
	Nº	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>						
Regular	0	0	0	0	0	0	0	13	50.00	2	7.69	26	100.00	22	84.62	
Irregular	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	0	0	
En recuperación	0	0	0	0	0	0	0	13	50.00	24	92.31	0	0	4	15.38	
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	
<b>Significación</b>													<b>X<sup>2</sup>: 11.34 &gt; VC: 3.84</b> <b>H<sub>0</sub>: SE<sub>1</sub> ≠ SE<sub>2</sub></b>		<b>X<sup>2</sup>: 4.33 &gt; VC: 3.84</b> <b>H<sub>1</sub>: SE<sub>1</sub> ≠ SE<sub>2</sub></b>	

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

El contorno gingival irregular evidenciado en el pretest y a los 7 días, transitó hacia un proceso recuperativo hacia los 14 días, especialmente en el sector experimental dos con el 92.31% haciéndose mayormente regular a los 21 días, de modo exclusivo en el sector experimental uno.

El contraste X<sup>2</sup> indicó diferencia estadística del contorno gingival entre ambos sectores experimentales a los 14 y 21 días.

**GRÁFICA Nº 7**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL**  
**CONTORNO GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

TABLA Nº 8

**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL TAMAÑO GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

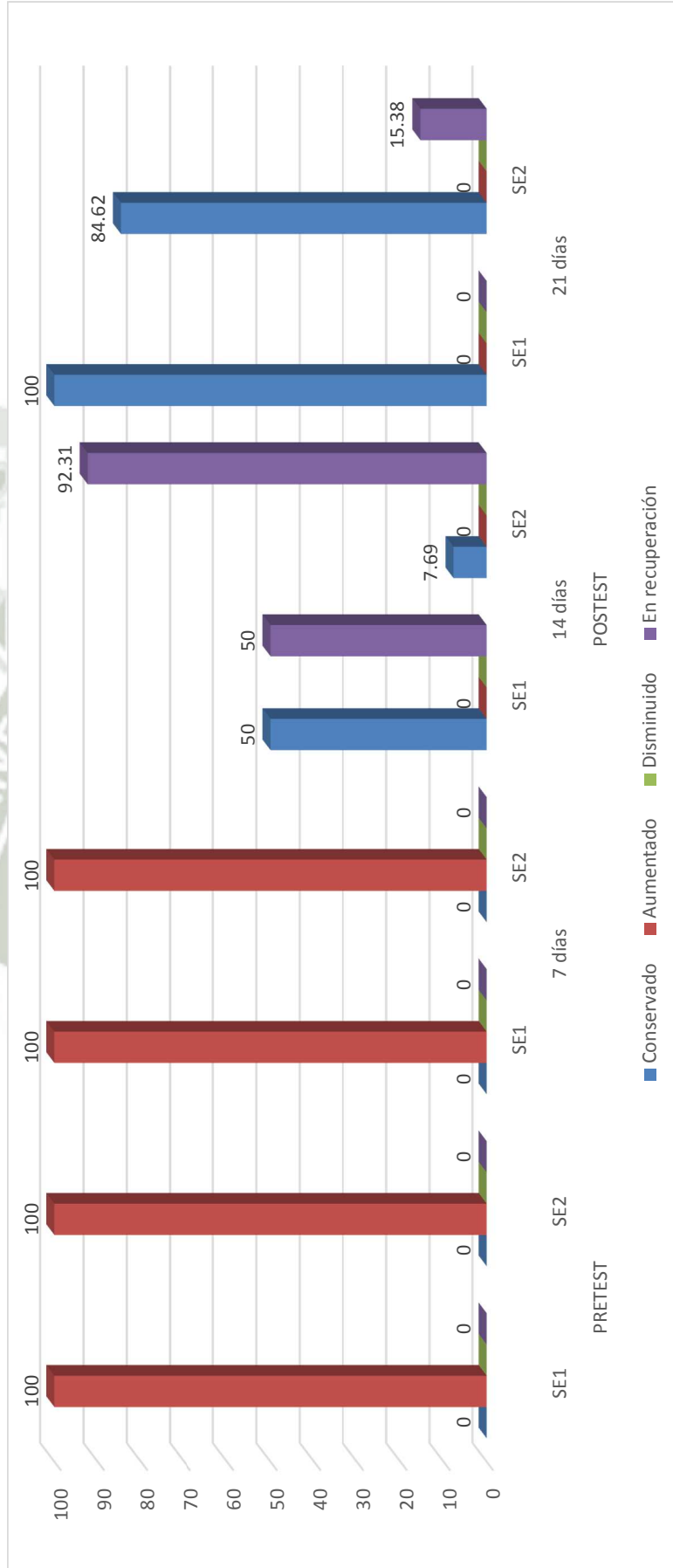
TAMAÑO GINGIVAL	PRETEST						POSTEST												
	SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		7 días		SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		14 días		SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		21 días		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Conservado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aumentado	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disminuido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En recuperación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>
<b>Significación</b>	$X^2: 11.34 > VC: 3.84$ $H_1: SE_1 \neq SE_2$																		

**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

El aumento de volumen gingival del pretest y los 7 días entró en recuperación a los 14 días, especialmente en el sector experimental dos con el 92.31% para normalizarse a los 21 días en ambos sectores fundamentalmente en el sector experimental uno.

El contraste  $X^2$  indica haber diferencia estadística significativa del tamaño gingival utilizando el supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal a los 124 y 21 días.

**GRÁFICA Nº 8**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL TAMAÑO GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

TABLA Nº 9

**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA POSICIÓN GINGIVAL APARENTE EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

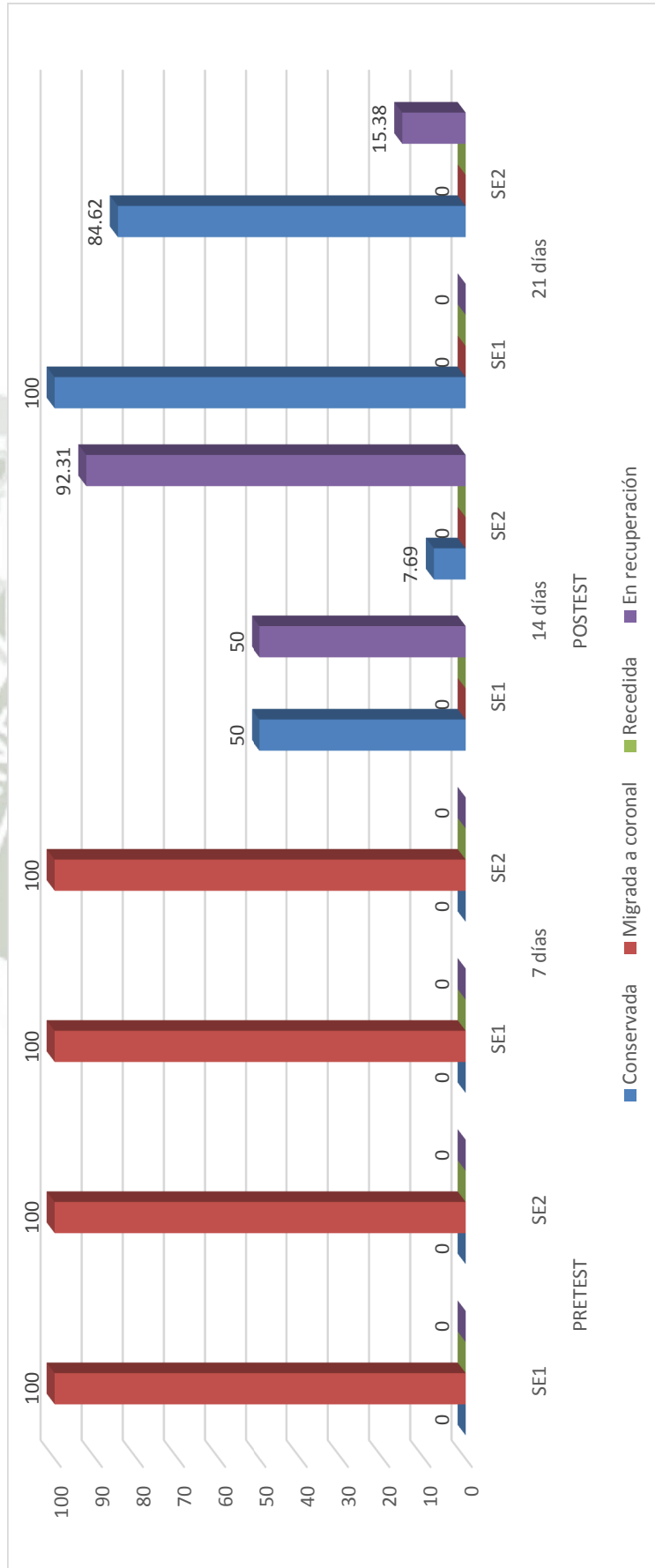
PGA	PRETEST						POSTEST					
	SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		7 días		14 días		21 días			
	Nº	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	%	Nº	%	SE <sub>1</sub>	%	Nº	%
Conservada	0	0	0	0	0	0	13	50.00	2	7.69	26	100.00
Migrada a coronal	26	100.00	26	100.00	26	100.00	0	0	0	0	0	0
Recedida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En recuperación	0	0	0	0	0	0	13	50.00	24	92.31	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>
<b>Significación</b>							<b>X<sup>2</sup>: 11.34 &gt; VC: 3.84</b> <b>H<sub>1</sub>: SE<sub>1</sub> ≠ SE<sub>2</sub></b>					

**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

La posición gingival aparente migrada hacia coronal del pretest y los 7 días, transitó hacia una recuperativa hacia los 14 días, especialmente en el grupo experimental dos, con el 92.31%, para normalizarse a los 21 días, fundamentalmente en el sector experimental uno con el 100%.

El contraste X<sup>2</sup> indica haber diferencia estadística significativa de la posición gingival aparente con el supracyclin como interapósito e incorporado al apósito periodontal a los 14 y 21 días.

**GRÁFICA Nº 9**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA POSICIÓN GINGIVAL APARENTE EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

**TABLA Nº 10**  
**EFICACIA DEL SUPRACICLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA POSICIÓN GINGIVAL REAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

FASES	Nº	POSICIÓN GINGIVAL REAL						Significación		
		SE <sub>1</sub>			SE <sub>2</sub>					
		$\bar{X}/mm$	S	X <sub>máx</sub> -X <sub>min</sub>	R	$\bar{X}/mm$	S		X <sub>máx</sub> -X <sub>min</sub>	R
Pretest	26	5.04	1.22	6-4	2	5.00	1.10	6-4	2	T: 0.03 < VC: 2.01
21 días	26	1.54	1.18	3-1	2	2.50	1.13	3-2	1	T -5.45 < VC: 2.01
Ganancia de inserción		3.50				2.50				

**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

**Leyenda:**

**X:** Media

**S:** Desviación estándar

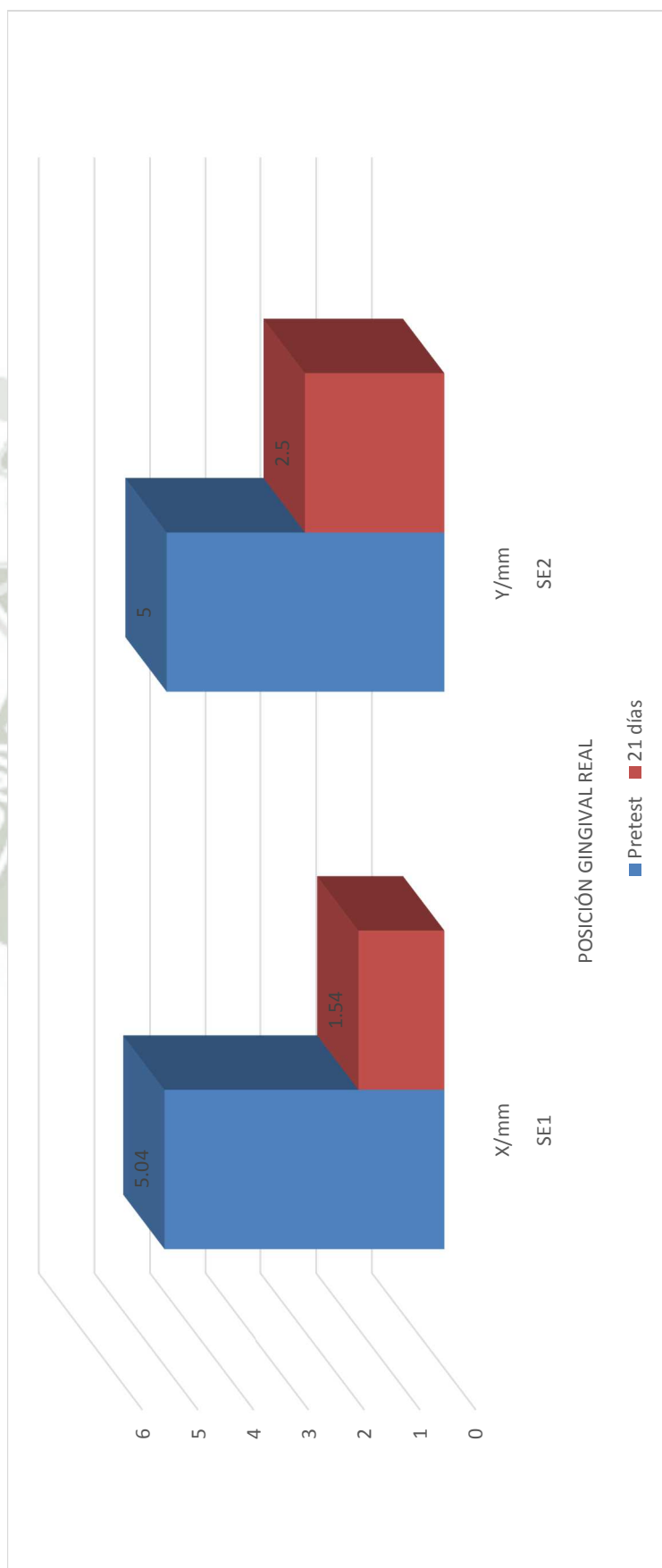
**R:** Rango

El supraciclin como interapósito generó una ganancia de inserción de 3.50 mm entre el pretest y los 21 días. El supraciclin incorporado al apósito periodontal produjo una ganancia de inserción de 2.50 mm.

La prueba T indica no haber diferencia estadística significativa entre el sector experimental uno y su homólogo dos en el pretest ya los 21 días.



GRÁFICA Nº 10  
EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN LA  
POSICIÓN GINGIVAL REAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

TABLA Nº 11

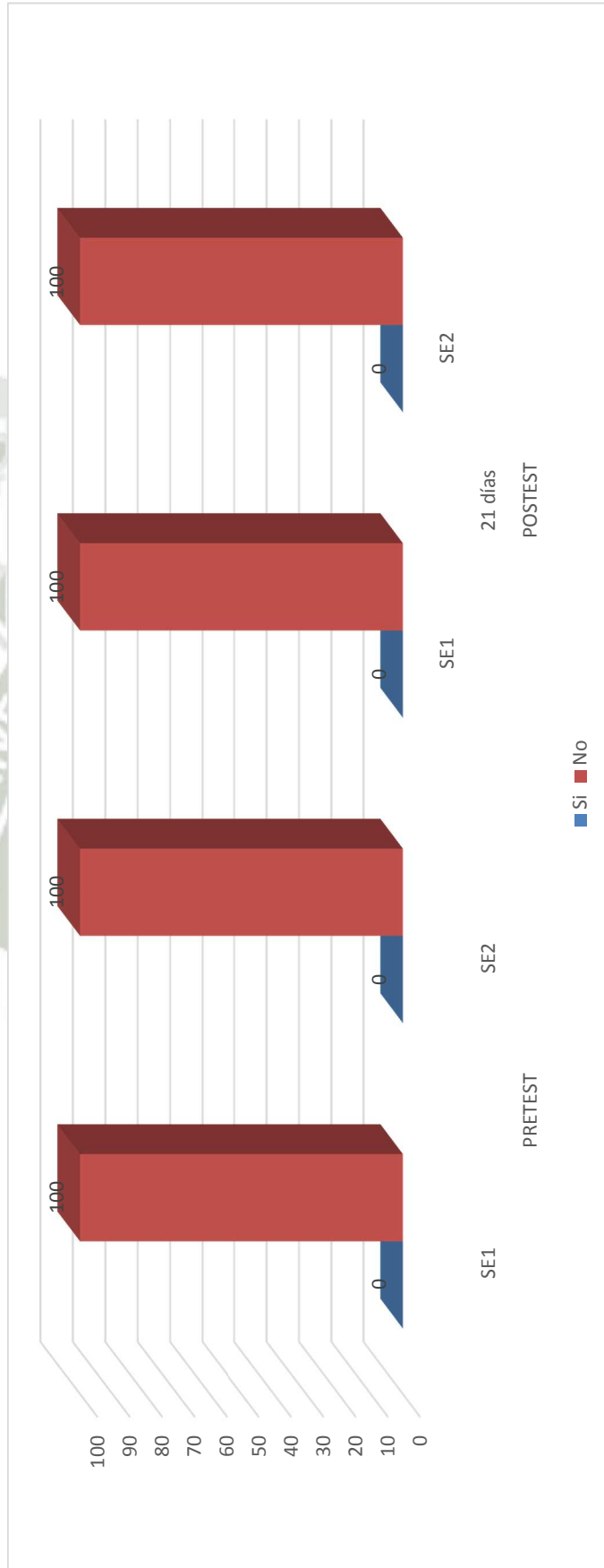
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL SANGRADO GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**

SANGRADO GINGIVAL	PRETEST				POSTEST 21 días			
	SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>		SE <sub>1</sub>		SE <sub>2</sub>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0	0	0	0	0	0	0
No	26	100.00	26	100.00	26	100.00	26	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>
<b>Significación</b>								<b>H<sub>1</sub>: SE<sub>1</sub> = SE<sub>2</sub></b>

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

La ausencia de sangrado gingival al sondaje crevicular registrado en el pretest al 100% en ambos sectores experimentales se replicó a los 21 días en igual proporción en ambos sectores, tanto que, dicha igualdad ciertamente matemática, permitió aceptar la hipótesis nula de homogeneidad.

**GRÁFICA Nº 11**  
**EFICACIA DEL SUPRACYCLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL SANGRADO GINGIVAL EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS**



**Fuente:** Elaboración personal (Matriz de Registro y Control)

## DISCUSIÓN

El resultado más importante de la investigación está centrado en que existe diferencia estadística significativa en el color gingival, textura superficial, consistencia, contorno, tamaño y posición gingival aparente; y similitud significativa en la posición gingival real y remisión del sangrado crevicular, a los 21 días, en base a los contrastes  $X^2$  y T.

Al respecto Huayhua Vargas (2012) informó que el Clorelase fue, estadísticamente más eficaz que el Madecazol y éste más que el proceso cicatrizal natural en la recuperación del contorno gingival, contorno y remisión del edema ( $p < 0.05$ ); excepto en el restablecimiento de la textura superficial y de la consistencia gingival, así como en la remisión de la inflamación, exudado y sangrado en que los estímulos fueron similarmente eficaces.

Ortega Condori (2012) reportó una diferencia estadística significativa ( $p < 0.05$ ) en el efecto de la Doxiciclina y de la Cefalexina en la recuperación gingival, textura superficial, consistencia, contorno tamaño, posición gingival aparente y sangrado gingival, menos en la recuperación de la posición gingival real, en que los efectos de ambos productos fueron, más bien, estadísticamente similares ( $p > 0.05$ ).

La razón básica de la gran eficacia clínica del supracyclin como interapósito en la recuperación del aspecto clínico después de la gingivectomía, estribaría en la capacidad multifuncional del supracyclin: bacteriostático, bactericida, sustentividad crevicular, inhibición de las colagenasas y efecto de depósito en cemento radicular y hueso alveolar (NEWMAN, TAKEY Y CARRANZA: 2010)

## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

El supracyclin como interapósito normalizó el color gingival en un 96.15%; la textura superficial, la consistencia, el contorno, el tamaño, y la posición gingival aparente en un 100%; asimismo generó una ganancia de inserción de 3.50 mm, y una remisión del sangrado gingival al 100%, hacia los 21 días después de la gingivectomía.

### SEGUNDA:

El supracyclin incorporado al apósito periodontal normalizó el color gingival y la textura superficial en un 69.2%; la consistencia en un 61.54%; el contorno gingival, el tamaño, la posición gingival aparente en 84.62%; asimismo produjo una ganancia de inserción de 2.50 mm y una regresión del sangrado gingival, al 100%, hacia los 21 días.

### TERCERA:

El contraste  $X^2$  indicó haber diferencia estadística significativa en el color gingival, textura superficial, consistencia, contorno y posición gingival aparente, y similitud estadística en la remisión del sangrado gingival al sondaje crevicular. Por su parte la prueba "T" mostró no haber diferencia estadística significativa en la posición gingival real, a los 21 días.

### CUARTA:

Consecuentemente, se acepta la hipótesis alterna en el color gingival, textura superficial, consistencia, contorno, posición gingival aparente y remisión del sangrado crevicular; y se acepta la hipótesis nula en la posición gingival real hacia el control mencionado, con un nivel de significación de 0.05.

## RECOMENDACIONES

### **PRIMERA:**

Se recomienda a nuevos tesisistas replicar la presente investigación empleando diferentes tipos de tetraciclina adicionada al apósito periodontal, como inociclina, doxiciclina y oxitetraciclina para estudiar su influencia en la cicatrización gingival después de diferentes tipos de cirugía periodontal.

### **SEGUNDA:**

Se sugiere también comparar investigativamente el efecto del supracyclin con ciclosporinas adicionadas al apósito periodontal, para evaluar la respuesta clínica gingival postgingivectomía.

### **TERCERA:**

Conviene asimismo comparar el efecto del supracyclin con diferentes productos naturales de comprobadas propiedades antiinflamatorias, bacteriostáticas y cicatrizantes, como el propóleo, el aloe vera, el noni, la uncaria tomentosa, entre otros, a fin de establecer su repercusión en la cicatrización clínica de la encía después de la gingivectomía.

### **CUARTA:**

Importa asimismo efectuar un metaanálisis de los ensayos clínicos más importantes y acreditados sobre el efecto de agregados antibióticos y cicatrizantes en el apósito periodontal, con el fin de establecer su real influencia en la cicatrización gingival postquirúrgica.

## BIBLIOGRAFÍA

- BARRIOS, Gustavo. *Odontología su Fundamento Biológico*. Segunda edición. Editorial IATROS. Bogotá. 2008.
- BARTOLD, P.M. *Histología del periodonto*. Periodontol 2000 2006;40(4):7-10.
- BEERTSEN, W. *Aspectos histológicos del periodonto*. Editorial Panamericana. España. 2007.
- CARRANZA, Fermín. *Periodontología Clínica de Glickman*. Sétima edición. Editorial Interamericana. México. D.F. 2008. LINDHE, Jan. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 4ta edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2012.
- NEWMAN, TAKEY y CARRANZA. *Periodontología clínica*. 4 Edición. Edit. Interamericana. México DF. 2012.
- ROSADO, Larry. *Periodoncia Clínica*. UCSM. Arequipa. 2012.
- ROSADO, Larry. *Separatas*. UCSM. Arequipa. 2012.

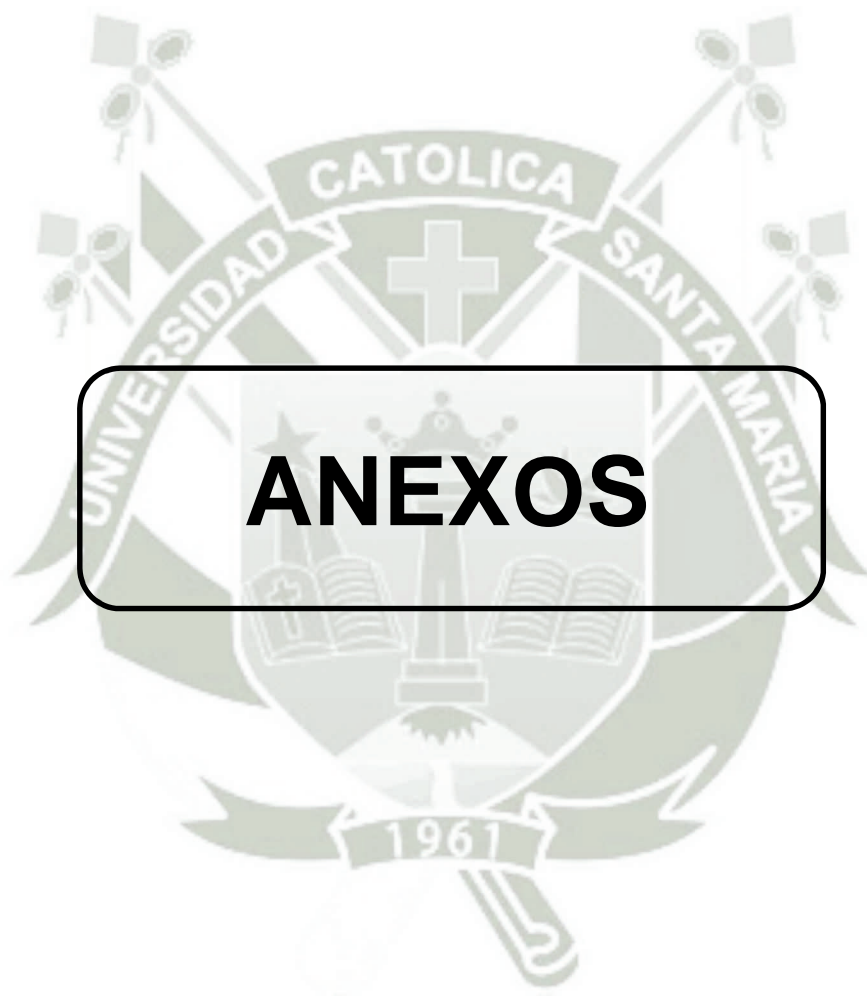
## HEMEROGRAFÍA

- HUAYHUA VARGAS, Krishna Yadine. *Eficacia del clorelase y del madecassol en el aspecto clínico de la cicatrización gingival en pacientes sometidos a gingivectomía de la clínica odontológica de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca- 2012.*
- ROJAS VALENZUELA, Christian. *Estudio clínico comparativo del efecto del Periobond con y sin adición de Gentamicina en la reparación gingival postquirúrgica en pacientes de la U.C.S.M. Arequipa. 1993.*
- ORTEGA CONDORI, Myriam Rosmery. *Eficacia de la Doxiciclina y de la Cefalexina incorporadas al apósito periodontal en el aspecto clínico de la encía en pacientes gingivectomizados de la Clínica Odontológica. UCSM, Arequipa- 2012*

## INFORMATOGRAFÍA

- <http://www.minsa.gob.pe/portallibreria2/biblio/plm/PLM/productos/42138.htm>





# ANEXOS



**ANEXO N° 1**  
**MODELO DE LA FICHA DE REGISTRO**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° .....

**Enunciado: EFICACIA DEL SUPRACICLIN COMO SUBAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM, AREQUIPA- 2013.**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

1.- COLOR	PRETEST		POSTEST						
			7 días		14 días		21 días		
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	
Rosa coral									
Magenta									
Rojizo									

2.- TEXTURA SUPERFICIAL	PRETEST		POSTEST						
			7 días		14 días		21 días		
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	
Puntillada									
Lisa y brillante									
Indicios de puntillado									

3.- CONSISTENCIA	PRETEST		POSTEST						
			7 días		14 días		21 días		
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	
Firme y resilente									
En recuperación									
Blanda									

4.- CONTORNO	PRETEST		POSTEST						
			7 días		14 días		21 días		
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	
Regular									
Irregular									
En recuperación									

5.- TAMAÑO	PRETEST		POSTEST					
			7 días		14 días		21 días	
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>
Conservado								
Aumentado								
Disminuido								
En recuperación								

6.- PGA	PRETEST		POSTEST					
			7 días		14 días		21 días	
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>
Conservada								
Recedida								
Migrada a coronal								

7.- PGR	PRETEST		POSTEST					
			7 días		14 días		21 días	
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>
Expresión en mm								

8.- SANGRADO GINGIVAL	PRETEST		POSTEST					
			7 días		14 días		21 días	
	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>
Presente								
Ausente								



**ANEXO N° 2**  
**MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL**

# MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL N° 1

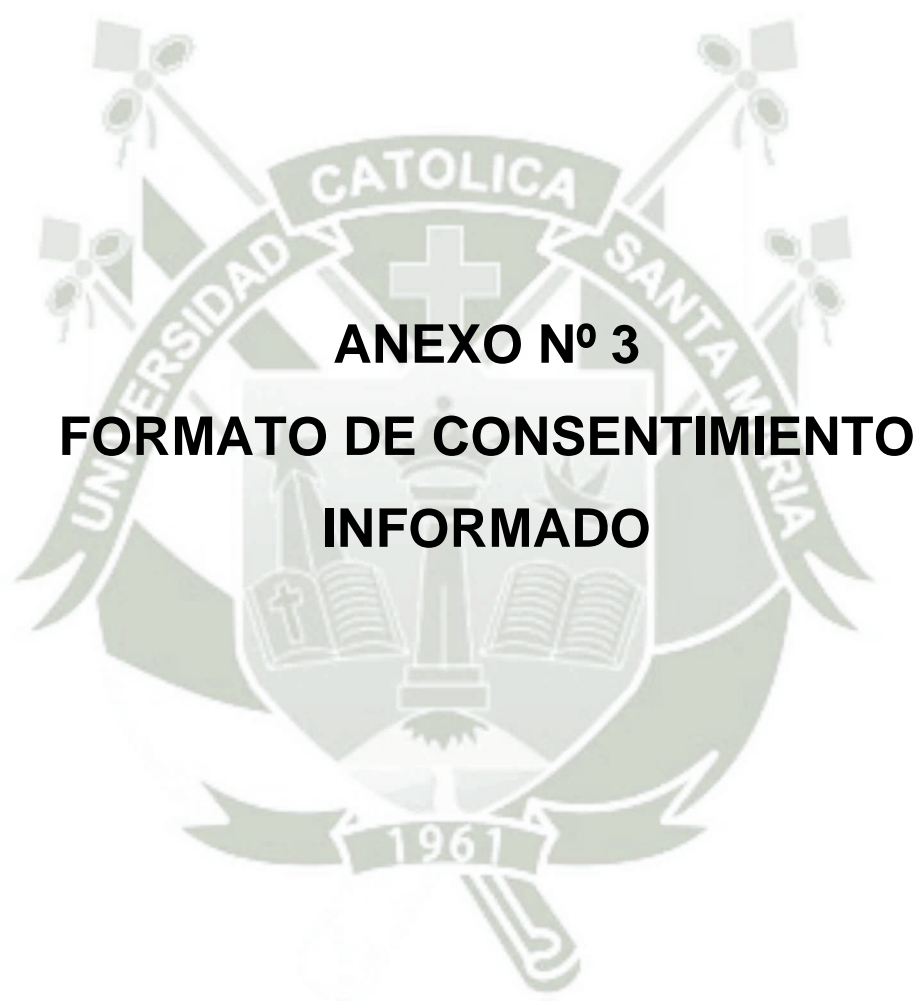
ENUNCIADO: "EFICACIA DEL SUPRACICLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM, AREQUIPA- 2013.

UE	EDAD	SEXO	UBICAC.	PRETEST											POSTEST											Σ	X̄					
				7 días						14 días					21 días																	
				CO	TS	CS	CT	TA	PGA	SG	CO	TS	CS	CT	TA	PGA	IPGR	SG	CO	TS	CS	CT	TA	PGA	PGR			SG				
01	25	M	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
02	28	F	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
03	26	F	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
04	31	M	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO
05	27	F	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
06	34	M	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
07	31	F	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
08	22	M	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	ER	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
09	28	F	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
10	36	M	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Mg	P	FR	R	C	C	1	NO
11	25	M	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
12	38	M	AS-D	RC	P	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
13	28	F	AS-D	RC	P	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
14	35	F	AS-D	RC	P	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
15	24	F	AS-D	RC	P	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
16	27	M	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
17	25	F	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
18	27	M	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
19	29	F	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
20	22	F	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
21	24	M	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
22	25	F	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
23	27	M	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
24	29	F	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	1	NO
25	22	F	AS-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
26	24	M	A1-D	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
				Σ	131											Σ	40															
					X̄												1.54															

## MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL N° 2

ENUNCIADO: "EFICACIA DEL SUPRACICLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM, AREQUIPA- 2013.  
SUPRACICLIN INCORPORADO AL APÓSITO (SEz)

UE	ED	SEXO	UBCAC	PRETEST												POSTEST												Σ	X̄		
				7 días						14 días						21 días															
				CO	TS	CS	CT	TA	PGA	CO	TS	CS	CT	TA	PGA	CO	TS	CS	CT	TA	PGA										
01	25	M	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
02	28	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO	
03	26	F	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
04	31	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO	
05	27	F	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	CR	ER	2	NO	
06	34	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	CR	ER	2	NO	
07	31	F	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	CR	ER	3	NO	
08	22	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	CR	ER	3	SI	
09	28	F	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
10	36	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
11	25	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
12	38	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Rc	P	FR	R	C	C	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO
13	28	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	C	C	3	SI	
14	35	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	C	C	3	NO	
15	24	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	C	C	2	NO	
16	27	M	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Mg	IP	ER	ER	C	C	3	NO	
17	25	F	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
18	27	M	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO	
19	29	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
20	22	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
21	24	M	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO	
22	25	F	PSH	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
23	27	M	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO	
24	29	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	5	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
25	22	F	AS-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	4	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	3	NO	
26	24	M	AI-I	RC	LOB	FR	IR	AG	MC	6	NO	Rzo	LB	B	IR	AG	MC	Mg	IP	ER	ER	ER	Rc	P	FR	R	C	C	2	NO	
				Σ												Σ												65			
				X̄												X̄												2.5			





## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe \_\_\_\_\_  
hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Srta. **Carolina Elena LOZADA VIZCARRA** alumna de la Facultad de Odontología titulada: **EFICACIA DEL SUPRACICLIN COMO INTERAPÓSITO E INCORPORADO AL APÓSITO PERIODONTAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN PACIENTES GINGIVECTOMIZADOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. UCSM, AREQUIPA- 2013**, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

\_\_\_\_\_  
**Investigadora**

\_\_\_\_\_  
**Investigado**

Arequipa, .....



**ANEXO N° 4**  
**CÁLCULOS ESTADÍSTICOS**

## CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

### CÁLCULO DEL $X^2$

#### 1. COLOR GINGIVAL

##### 1.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

CG	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
RC	9(a)	2(b)	11(a+b)
MG	17(c)	24(d)	41(c+d)
<b>TOTAL</b>	<b>26(a+c)</b>	<b>26(b+d)</b>	<b>52(a+b+c+d)</b>

$$X^2 = \frac{n(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(c+d)} \quad X^2 = \frac{1722448}{304876} \quad X^2 = 5.65$$

$$G: (c-1)(f-1) = (2-1)(2-1) = 1$$

$$NS: 0.05 \quad VC: 3.84$$

##### 1.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

CG	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
RC	25	18	43
MG	1	8	9
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{1722448}{261612} \quad X^2 = 6.58$$

$$G: 1$$

$$NS: 0.05$$

$$VC: 3.84$$

## 2. TEXTURA SUPERFICIAL

### 2.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

TS	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
P	7	2	9
IP	19	24	43
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{256880}{261612}$$

$$X^2 = 0.98$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

### 2.2. 21 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

TS	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
P	26	18	44
IP	0	8	8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{2249728}{237952}$$

$$X^2 = 9.45$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

### 3. CONSISTENCIA GINGIVAL

#### 3.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

CG	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
F y R	8	2	10
ER	18	24	42
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{1265472}{283920}$$

$$X^2 = 4.46$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

#### 3.2. 21 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

CG	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
F y R	26	16	42
ER	0	10	10
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{3515200}{283920}$$

$$X^2 = 12.38$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

#### 4. CONTORNO GINGIVAL

##### 4.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

CONT	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
R	13	2	15
IR	13	24	37
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{4253392}{375180} \quad X^2 = 11.34$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

##### 4.2. 21 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

CONT	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
R	26	22	48
IR	0	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{562432}{129792} \quad X^2 = 4.33$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

## 5. TAMAÑO GINGIVAL

### 5.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

T	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
C	13	2	15
ER	13	24	37
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{4253392}{375180} \quad X^2 = 11.34$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

### 5.2. 21 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

T	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
C	26	22	48
ER	0	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{562432}{129792} \quad X^2 = 4.33$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

## 6. POSICIÓN GINGIVAL APARENTE

### 6.1. 14 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

PGA	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
C	13	2	15
ER	13	24	37
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{4253392}{375180} \quad X^2 = 11.34$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84

### 6.2. 21 días

$$H_0: SE_1 = SE_2$$

$$H_1: SE_1 \neq SE_2$$

PGA	SE <sub>1</sub>	SE <sub>2</sub>	TOTAL
C	26	22	48
ER	0	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

$$X^2 = \frac{562432}{129792} \quad X^2 = 4.33$$

Gl: 1

NS: 0.05

VC: 3.84



## CÁLCULO DE LA “T” POSICIÓN GINGIVAL REAL

### 1. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

$$H_0: \bar{X} = \bar{Y}$$

$$H_1: \bar{X} \neq \bar{Y}$$

### 2. TABLA DE PUNTUACIÓN

UE	PRETEST				21 DÍAS			
	SE1		SE2		SE1		SE2	
	$X_i$	$X_i^2$	$Y_i$	$Y_i^2$	$X_i$	$X_i^2$	$Y_i$	$Y_i^2$
1.	4	16	5	25	2	4	3	9
2.	5	25	4	16	1	1	2	4
3.	4	16	5	25	2	4	3	9
4.	6	36	4	16	3	9	2	4
5.	5	25	6	36	1	1	2	4
6.	5	25	5	25	2	4	2	4
7.	6	36	5	25	1	1	3	9
8.	6	36	6	36	1	1	3	9
9.	4	16	6	36	2	4	3	9
10.	4	16	4	16	1	1	3	9
11.	6	36	4	16	1	1	2	4
12.	6	36	5	25	2	4	2	4
13.	5	25	4	16	2	4	3	9
14.	6	36	6	36	1	1	3	9
15.	6	36	6	36	1	1	2	4
16.	5	25	5	25	1	1	3	9
17.	5	25	5	25	1	1	3	9
18.	4	16	6	36	2	4	2	4
19.	5	25	5	25	1	1	3	9
20.	6	36	4	16	2	4	3	9
21.	4	16	6	36	2	4	2	4
22.	5	25	4	16	2	4	3	9
23.	4	16	6	36	1	1	2	4
24.	5	25	5	25	1	1	3	9
25.	6	36	4	16	2	4	3	9
26.	4	16	6	36	2	4	2	4
	131	677	131	677	40	70	67	179
	$\sum x_i$	$\sum x_i^2$	$\sum y_i$	$\sum y_i^2$	$\sum x_i$	$\sum x_i^2$	$\sum y_i$	$\sum y_i^2$
	5.04		5.0		1.58		2.5	
	$\bar{X}$		$\bar{Y}$		$\bar{X}$		$\bar{Y}$	

## PRETEST

$$\bar{X} - \bar{Y} = 5.04 - 5.0 = -0.04$$

### Varianza para cada muestra

$$\hat{S}_x^2 = \frac{1}{n-1} \left[ \sum xi^2 - \frac{(\sum xi)^2}{n} \right]$$

$$\hat{S}_x^2 = 0.04 \left[ 697 - \frac{(5.04)^2}{26} \right]$$

$$\hat{S}_x^2 = 27.84$$

$$\hat{S}_y^2 = 18.00$$

### Varianza combinada

$$\hat{S}_{\bar{x}-\bar{y}}^2 = \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right) \left( \frac{(n_1-1)\hat{S}_x^2 + (n_2-1)\hat{S}_y^2}{n_1+n_2-2} \right)$$

$$\hat{S}_{\bar{x}-\bar{y}}^2 = 0.076 \left( \frac{696 + 450}{50} \right)$$

$$\hat{S}_{\bar{x}-\bar{y}}^2 = 1.74$$

### Calculo de la T

$$T = \frac{\bar{x}-\bar{y}}{\sqrt{\hat{S}_{\bar{x}-\bar{y}}^2}} = \frac{0.04}{1.74} = 0.03$$

$$Gl = n_1 + n_2 - 2 = 50$$

$$NS = 0.05$$

$$VC = 2.01$$

**21 DÍAS**

$$\bar{X} - \bar{Y} = 1.58 - 2.5 = -0.92$$

$$\hat{S}_x^2 = 2.46$$

$$\hat{S}_y^2 = 0.66$$

$$\hat{S}_{\bar{x}-\bar{y}}^2 = 0.076 \left( \frac{2.46 + 16.5}{50} \right)$$

$$\hat{S}_{\bar{x}-\bar{y}}^2 = 0.03$$

**Calculo de la T**

$$T = \frac{-0.92}{\sqrt{0.03}} = \frac{-0.92}{0.17} = -5.41$$

$$GI = 50$$

$$NS = 0.05$$

$$VC = 2.01$$





**Aspecto clínico prequirúrgico del agrandamiento  
gingival hiperplásico en el pretest.**



Presentación farmacológica de la Supracyclin



Presentación farmacológica del Perio Bond.



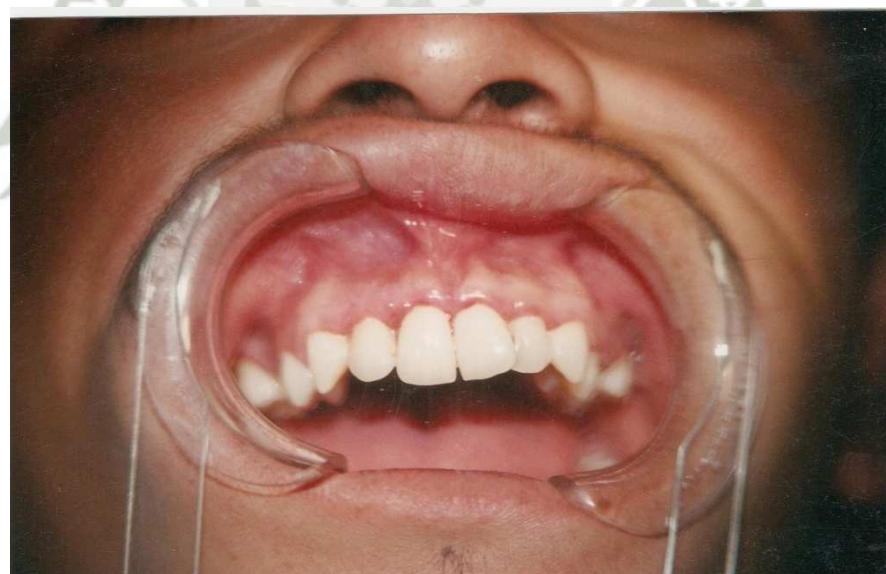
**Apósito periodontal colocado sobre el área gingivectomizada.  
Lado izquierdo (SE2: incorporado al apósito).  
Lado derecho del paciente (SE1: lleva supracyclin como  
interapósito).**



**Aspecto clínico de los sectores experimentales gingivectomizados  
a los 7 días.**

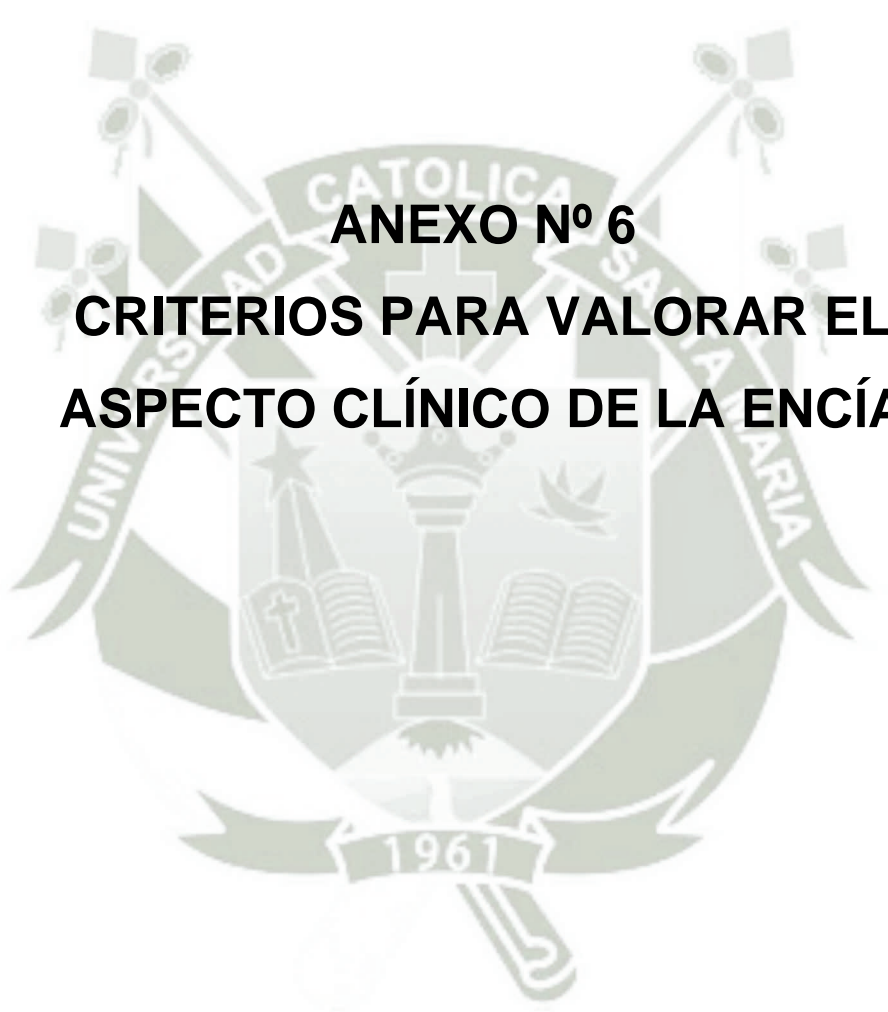


**Aspecto clínico de los sectores experimentales gingivectomizados a los 14 días.**



**Aspecto clínico de los sectores experimentales gingivectomizados a los 21 días.**





**ANEXO N° 6**  
**CRITERIOS PARA VALORAR EL**  
**ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA**

## ANEXO Nº 1

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

#### 1. COLOR GINGIVAL (Co)

##### 1.1. Rosa Coral (RC)

Se califica como tal cuando la encía evidencia un color encarnado tenue concorde con la tonalidad normal relativa de esta estructura. Suele identificársele con el rosado o rosa salmón.

##### 1.2. Rosado Intenso (RI)

Tonalidad rosa intensa que tira al fucsia.

##### 1.3. Rojizo (RZ)

Tonalidad que tira a rojo, sin llegar a serlo. Se califica así, la encía que exhibe esta gradación cromática compatible con un incremento relativo de la vasculatura, en casos de inflamación gingival leve a moderada.

##### 1.4. Rojo (RJ)

El rojo designa al color encarnado muy vivo de la encía, concordante con un notorio aumento de la vascularidad y con una reducción o desaparición de la queratinización epitelial. Este cambio ocurre en la gingivitis crónica.

### **1.5. Rojo Azulado (RA)**

Especie cromática compuesta que recuerda al violáceo, propia de una gingivitis crónica. El tinte azulado de la encía se debe al éstasis venoso por obstrucción vascular y a la hipoxia gingival localizada.

## **2. TEXTURA SUPERFICIAL (Ts)**

### **2.1. Con Puntillado (CP)**

Plétora superficial de punteado muy diminuto y dispuesto de modo uniforme y regular sobre la encía adherida normal.

### **2.2. Sin Puntillado (SP)**

Condición gingival que se caracteriza por la ausencia de puntillado superficial y se asocia comúnmente a presencia de gingivitis establecida.

### **2.3. Indicios de Puntillado (IP)**

Puntillado incipiente caracterizado por un punteado muy disperso y perceptible en estadios tempranos de recuperación gingival post-quirúrgica.

### 3. CONSISTENCIA GINGIVAL (Cs)

#### 3.1. Firme y Resilente (FR)

Consistencia normal de la encía, que ofrece relativa resistencia a la presión y oposición a su desplazamiento y movilización, sin embargo es susceptible a la depresibilidad mínima con recuperación instantánea de su tono, una vez cesado el estímulo compresivo.

#### 3.2. Blanda (B)

Consistencia gingival depresible compatible con una gingivitis edematosa.

#### 3.3. Dura (D)

Consistencia gingival fibrótica característico de las hiperplasias.

### 4. CONTORNO O FORMA GINGIVAL (Cn)

#### 4.1. Conservado (CO)

Corresponde al contorno normal de la encía, caracterizado por un acusado y uniforme ondulamiento del borde marginopapilar de la encía, a su vez muy adelgazado hacia los cuellos dentarios. Esta calificación admite un sistema papilar del mismo tamaño y forma que los nichos gingivales, y arcos marginales

acordes a la forma y amplitud mesiodistal de las coronas de los dientes.

#### **4.2. Alterado (A)**

Contorno gingival irregular.

#### **4.3. En Recuperación (RE)**

Fase intermedia entre el contorno alterado y conservado.

### **5. TAMAÑO GINGIVAL (Ta)**

#### **5.1. Conservado (CO)**

Volumen gingival concordante con la normalidad del contorno y posición de la encía.

#### **5.2. En Recuperación (RE)**

Tamaño gingival en restablecimiento.

#### **5.3. Atrófico (A)**

Dícese de la encía disminuida de tamaño en variables grados, compatible con recesión gingival visible.

#### **5.4. Agrandado (AG)**

Tamaño gingival aumentado diferencialmente de volumen.

## 6. POSICIÓN GINGIVAL APARENTE (PGA)

### 6.1. Conservado (CO)

Se califica como tal, cuando el margen gingival coincide con el cuello anatómico de los dientes, esto es, con el límite amelocementario.

### 6.2. Migración Gingival hacia Coronal (MC)

Desplazamiento de la posición gingival aparente hacia incisal u oclusal, acortando la corona clínica en grados disímiles. Esta condición es equivalente a una pseudobolsa, bolsa gingival o bolsa relativa.

### 6.3. Recesión Gingival Visible (RGV)

Condición que implica la migración hacia apical de la posición gingival aparente, mostrando o exponiendo en variables grados la superficie radicular.

### 6.4. En Recuperación (RE)

Dícese de la posición gingival aparente en proceso de cicatrización.

## 7. POSICIÓN GINGIVAL REAL (PGR)

En los agrandamientos gingivales, la profundidad crevicular es equivalente al grado de crecimiento del borde marginal y papilar hacia la corona. La profundidad crevicular se califica; en encías jóvenes así:

- De 0 a 2 mm. : Normal en áreas libres
- De 0 a 3 mm. : Normal en áreas interproximales
- Más de 2 mm. en áreas libres : Pseudobolsas (V, L, P)
- Más de 3 mm. en áreas interproximales : Pseudobolsas papilares

## 8. SANGRADO GINGIVAL AL SONDAJE CREVICULAR (S)

### 8.1. Ausente (A)

Inexistencia de hemorragia gingival al sondaje crevicular.

### 8.2. Presente (P)

Evidencia de hemorragia gingival al sondaje crevicular.