

# Tratamiento del agrandamiento gingival por reacción a medicamentos.

## *Treatment of gingival overgrowth by reaction to medication.*

Chale-Yaringaño Andrés<sup>1</sup>, Castro Rodríguez Yuri<sup>2</sup>, Grados-Pomarino Sixto<sup>3</sup>

### RESUMEN

El presente reporte de caso tuvo como objetivo resumir las principales características del agrandamiento gingival asociado al consumo de medicamentos así como mostrar la secuencia clínica del diagnóstico y tratamiento de un paciente adulto de 62 años con diagnóstico de hipertensión arterial y consumo de valsartan más amlodipino de larga data. La terapéutica planteada incluyó el raspaje y alisado radicular con la técnica de “Desinfección bucal completa” así como de un riguroso control de la higiene oral del paciente. El seguimiento de diez meses evidenció una amplia reducción de los excesos gingivales sin la necesidad de una terapia quirúrgica ni supresión o reducción de las dosis de los medicamentos. Se concluye que la terapia de periodontal inicial permite reducir los agrandamientos gingivales y los parámetros clínicos inflamatorios sin recurrir a técnicas de remoción de la gingiva.

**Palabras clave:** Enfermedades de las encías, hiperplasia gingival, hipertrofia gingival, bolsa periodontal.

### ABSTRACT

*This case report aimed to summarize the main features of gingival enlargement associated with the consumption of drugs and show the clinical sequence of diagnosis and treatment of an adult patient of 62 years diagnosed with hypertension and consumption of valsartan plus amlodipine long data. The main therapeutic included scaling and root planing with Full Mouth technique and a rigorous control of oral hygiene of the patient. With a follow-up of ten months the case showed a large reduction of the gingival excesses without the need of a surgical removal or dose reduction of medications. It is concluded that initial periodontal therapy reduces the inflammatory gingival enlargement and clinical parameters without resorting to techniques for removal of the gingiva.*

**Key words:** *Gingival diseases, gingival hyperplasia, gingival hypertrophy, periodontal pocket*

**E**l agrandamiento gingival ocasionado por medicamentos y/o drogas es una condición patológica debida a una reacción adversa al uso sistémico de algunos fármacos, principalmente medicamentos del grupo de los anticonvulsivantes

como la fenitoína, los antihipertensivos antagonistas de los canales de calcio como el nifedipino y los inmunosupresores como la ciclosporina<sup>1</sup>. Estos medicamentos poseen en común la inhibición celular de la captación del calcio, mecanismo principal que

1. Especialidad de Periodoncia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

2. Cirujano dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

3. Coordinador de la especialidad de Periodoncia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

**Institución donde se realizó el reporte de caso clínico:** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Clínica de posgrado. **Dirección:** Av. Germán Amézagas/n; Av. Venezuela Cdr. 34 - Cercado de Lima.

**Autor encargado de recibir las comunicaciones:** Yuri Alejandro Castro Rodríguez; Jr. Tomás Catari 463, Urb. El Trébol. Dpto 201. Los Olivos. **Correo:** yuricastro\_16@hotmail.com; **Celular:** 989836354.

No se contó con financiamiento para la realización del reporte de caso.

explica la patogénesis del agrandamiento gingival<sup>2</sup>.

La severidad de la patología se asocia con el escaso control del biofilm dental lo que aumenta la inflamación gingival<sup>3</sup>. El biofilm actúa como un cofactor en la etiología de drogas asociadas al agrandamiento gingival y es reconocida en la clasificación de las enfermedades periodontales. La progresión de la inflamación puede conllevar a la destrucción de la inserción periodontal; el tratamiento del agrandamiento gingival se resume en la reducción de la inflamación gingival a través del control y remoción del biofilm dental, la limitación del agrandamiento gingival suele reducirse a través de la supresión o disminución de la dosis del medicamento o en su defecto a través de la reducción quirúrgica con gingivectomías.<sup>4</sup>

En el presente reporte de caso clínico se evidencia el diagnóstico y tratamiento de un paciente diagnosticado con agrandamiento gingival inducido por la asociación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (valsartan) asociado al consumo de amlodipino. El caso clínico resolvió rápidamente con un apropiado manejo de la terapia periodontal, no siendo necesario el uso del tratamiento quirúrgico para reducir las lobulaciones de la gingiva.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se reporta el caso clínico de un paciente masculino de 61 años, diagnosticado sistémicamente con hipertensión arterial y prescrito con valsartan de 160mg más amlodipino 50mg por vía oral que acudió a consulta a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para tratarse el sangrado de encías que padece desde hace dos semanas (motivo de consulta del paciente). Al examen clínico intraoral se observó encías edematosas, rojizas, y placa bacteriana calcificada con una profundidad de sondaje entre 3 a 7mm principalmente a nivel del sector anteroinferior (**Figura 1A, 1B y 1C**). Se encontró además múltiples lesiones cariosas, diastemas en el sector anterosuperior, fracturas coronarias, alteración del plano oclusal, y extrusión de piezas dentarias posteriores. (**Figura 1D y 1E**)

## DIAGNÓSTICO

Según el examen clínico, la profundidad al sondaje, la presencia de biofilm dental calcificado y los antecedentes del paciente se diagnostica enfermedad gingival con factores contribuyentes asociadas a



**Figura 1.** Exceso gingival anteroinferior (A). Fractura coronaria de molar superior (B). Extrusión y alteración del plano oclusal (C). Remanentes radiculares en el maxilar superior (D). Biofilm calcificado en el sector anteroinferior (E). Pérdida ósea horizontal en piezas anteriores (F-I).

medicamentos (agrandamientos gingivales). Periodontitis crónica generalizada, caries dental con lesiones cariosas irreversibles, edentulismo parcial bimaxilar, condiciones y alteraciones mucogingivales en rebordes edéntulos (deficiencia vertical y horizontal en el cuarto y sexto sextante) así como traumatismo oclusal secundario.

### Plan de tratamiento

Se planificó un tratamiento integral que abarcó tratamientos preventivos y correctivos tales como: tratamiento periodontal (Índice de higiene oral, motivación sobre la patología periodontal, educación del cuidado de salud oral y fisioterapia oral, raspaje y alisado radicular con raspadores y curetas, pulido de estructuras dentarias y controles), obturación de fosas y fisuras, exodoncia de las piezas dentarias con fractura coronaria, restablecimiento del plano oclusal y reevaluaciones.<sup>5</sup>

### SECUENCIA DE TRATAMIENTO

El enfoque principal del caso clínico fue restablecer las condiciones saludables del estado periodontal, el índice de higiene oral (IHO) y su respectiva motivación y educación fueron de crucial importancia para controlar el biofilm dental no calcificado; el biofilm calcificado fue removido con los

procedimientos de raspaje supragingival (Figura 2A). El alisado radicular se realizó con la técnica de "Desinfección bucal completa", la técnica se resume en el alisado de todos los sextantes en una sola cita. Para la técnica se administró profilácticamente Amoxicilina de 500mg más Ácido Clavulánico de 125mg una hora antes vía oral. Bajo anestesia local (lidocaína 2%, 1: 80 000) se alisó cada superficie radicular con profundidades de sondaje mayores a tres milímetros utilizando curetas Gracey (5/6, 7/8, 11/12 y 13/14). Como parte de la terapia periodontal se eliminaron todos los factores que acumulaban placa bacteriana y predisponían a la inflamación periodontal; se realizó las exodoncias de las piezas dentarias con fracturas coronarias. Se optó por no realizar gingivectomías correctoras del sector anteroinferior hasta esperar la reducción de la inflamación gingival (Figura 2B), esta decisión se tomó para evitar una mayor morbilidad hacia el paciente y teniendo como principio que la fase de tratamiento inicial periodontal puede reducir el proceso de agrandamiento gingival inflamatorio.<sup>7</sup> Con un seguimiento clínico de diez meses la técnica planteada demostró ser efectiva en cuanto a la reducción del sangrado al sondaje, profundidad al sondaje, y disminución de los agrandamientos gingivales sin la necesidad de un tratamiento quirúrgico o la supresión de la medicación antihipertensiva. (Figura 2C, 2D y 2E)



**Figura 2.** Seguimiento después de un mes del debridamiento periodontal (A) Luego de siete meses (B). Luego de diez meses (C-E). Controles radiográficos luego de diez meses (F-I).

## DISCUSIÓN

El consumo de fármacos y/o drogas puede incrementar o potenciar los efectos de factores locales (biofilm dental, restauraciones desbordantes, aparatología ortodóntica y prótesis) sobre los tejidos gingivales.<sup>8</sup>

Barclay y cols<sup>9</sup> plantean que la asociación entre la higiene bucal y el biofilm dental se asocia directamente a la prevalencia y gravedad del sobrecrecimiento gingival inducido por las drogas. El caso clínico presentado evidenció excesos gingivales localizados en el sector anterior acompañado de acúmulo de biofilm calcificado, inflamación generalizada, sangrado al sondaje y sangrado durante el cepillado así como un pobre índice de higiene oral. El manejo terapéutico hizo hincapié en la remoción de los irritantes y un riguroso control de la educación y motivación del paciente sobre su higiene oral. El raspaje y alisado radicular con la técnica de desinfección bucal completa evidenció reducción de los agrandamientos gingivales así como de los parámetros clínicos inflamatorios sin necesidad de suprimir el consumo de los medicamentos ni de una terapia quirúrgica de gingivectomía.

La supresión o sustitución del medicamento no es una alternativa que siempre puede indicarse, esto debido a que conllevaría a la modificación de los efectos sistémicos que pueda ocasionar el medicamento, por otro lado es posible sugerir la disminución de la dosis (casos de excesos severos) previa interconsulta con el médico responsable.<sup>10</sup>

La relación entre la placa bacteriana y la expresión de agrandamiento gingival no es clara y, existe controversia acerca de si la acumulación de placa es la causa de los cambios gingivales o la consecuencia de los mismos<sup>11</sup>. Sin embargo, a veces se desarrollan sin apenas acúmulo de placa bacteriana<sup>12</sup>. Una vez instaurados la patología, el control de la higiene puede de ayudar levemente, pero la eliminación del agrandamiento solo podrá llevarse a cabo quirúrgicamente y podrá recidivar mientras continúe el tratamiento farmacológico<sup>13</sup>. Estas medidas higiénico-profilácticas pueden ser coadyuvantes pero nunca determinantes en el tratamiento de la enfermedad.<sup>14</sup>

El plan de tratamiento de nuestro paciente incluyó una fase inicial (fase higiénica): educación al paciente sobre placa bacteriana, motivación sobre sus efectos en el tejido gingival y las consecuencias de su persistencia, enseñanza del uso de cepillo dental e hilo dental así como el uso de enjuagatorios bucales cada día. Una semana después de iniciado esta etapa

comenzamos con la terapia periodontal no quirúrgica a través del raspaje supragingival con la técnica "Full Mouth". Cada sextante fue tratado a través de la combinación del uso de raspadores e irrigación local con clorhexidina al 0,12%. No recomendamos la supresión de la terapia farmacológica ni tampoco realizamos una técnica quirúrgica para reducir dicho exceso pese a ser una recomendación por diversos autores (Nishikawa<sup>15</sup> sostiene que un control del biofilm prolongado y la eliminación quirúrgica de la hiperplasia es un progreso satisfactorio, sin necesidad de interrumpir la medicación); preferimos optar por realizar la técnica conservadora y esperar los resultados clínicos y motivación del propio paciente.

La anamnesis del paciente evidenció el consumo de amlodipino y vasartan contra la hipertensión arterial. Dos antihipertensivos con antecedentes de ocasionar excesos gingivales en pacientes con larga data de consumo de los mismos<sup>16</sup>. Con un tratamiento que incluyó estricto control higiénico profesional y una buena motivación, el agrandamiento gingival recidivante fue mínimo.

El caso no recurrió a una terapia quirúrgica de gingivectomía ni alguna otra. Con un control de 10 meses y evaluaciones del manejo de la higiene oral se evidenció una reducción evidente de los excesos gingivales, amplia reducción de la cantidad del biofilm dental así como del índice de higiene oral.

## CONCLUSIONES

- La remoción del biofilm dental y un riguroso control de la higiene oral del paciente minimiza la inflamación gingival y permite reducir el agrandamiento gingival sin necesidad de suprimir la medicación sistémica o reducir su dosis.
- Con un control de diez meses de seguimiento la reducción de los agrandamientos gingivales y la remoción del biofilm dental sugieren que no siempre es necesario recurrir a terapias quirúrgicas de reducción de la gíngiva para obtener resultados clínicos favorables en agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bahamondes C, Godoy J. Hiperplasia gingival por ciclosporina: A propósito de un caso clínico. *Rev Med Chile* 2007; 135: 370-4.
2. CADIME. Hiperplasia gingival inducida por medicamentos. *SEMERGEN*. 2007; 33(5):273-5.
3. Grados SP, Castro YR, Bravo FC. Consideraciones

- clínicas en el tratamiento quirúrgico periodontal. 1ª ed Caracas: AMOLCA; 2014. p. 255-7.
4. Afonso M, Bello VO, Shibili LA, Sposto MR. Cyclosporin A- Induced Gingival Overgrowth in Renal Transplant Patients. *J Periodontol* 2003; 74:51-6.
  5. Anderson GB, Palmer JA, Bye FL, B Smith BA, Caffesse RG. Effectiveness of Subgingival Scaling and Root Planing: Single Versus Multiple Episodes of Instrumentation. *J Periodontol* 1996; 67: 367-373.
  6. Tomasi C, Wennström J. Full-mouth treatment vs the conventional staged approach for periodontal infection control. *Periodontol 2000*. 2009; 51: 45 – 62.
  7. Koshy G, Corbet E, Ishiwashi I. A full-mouth disinfection approach to nonsurgical periodontal therapy – prevention of reinfection from bacterial reservoirs. *Periodontol 2000*. 2004; 36:166–178.
  8. Khera P, Zirwas MJ. Diffuse gingival enlargement. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(3):491-9.
  9. Barclay S, Thomason JM, Idle JR, Seymour RA. The incidence and severity of nifedipine-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol* 1992; 9(5):311-4.
  10. Carranza F, Hogan E. Agrandamiento gingival. En: Newman M, Takei H, Carranza F, ed. *Periodontología clínica*. México: McGraw-Hill interamericana editores, 2004; 297-315.
  11. Mavrogiannis M, Ellis JS, Thomason JM, Seymour RA. The management of drug induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol* 2006; 33(6):434-9.
  12. Matesanz PP, Matos CR, Bascones-MA. Enfermedades gingivales: una revision de la literatura. *Av Periodon Implantol* 2008; 20 (1):11-25.
  13. Vishaka G, Anoop K, Marya CM. Amlodipine Induced Gingival Hyperplasia. *J Oral Health Comm Dent* 2007; 1(1):19-22.
  14. Ciancio, S. Medications' impact on oral health. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(10):1440-8.
  15. Nishikawa S. Nifedipine-induced gingival hyperplasia: a clinical and in vitro study. *J Periodontol* 1991; 62(1):30-5.
  16. Seymour R, Ellis J, Thomason J. Risk factors for drug-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 217-23.