



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**OBJETIVO**

Proveer los parámetros para la atención segura y con calidad para los pacientes atendidos en el servicio de periodoncia en CECIMIN

**RESPONSABLES**

Odontólogo general- Odontólogo especialista en periodoncia

**RECURSOS**

Personal

- Odontólogo General, Odontólogo especialista en periodoncia
- Auxiliar de odontología

Insumos y Dispositivos médicos

- Jeringa
- Capula
- Mango de bisturí
- Periostotomo
- Gasas
- Pinzas mosquito curva y/o recta.
- Tijera para tejidos.
- Tijera para sutura.
- Enjuagues especialmente con clorhexidina
- Curetas
- Puntas de Cavitron y Scaler
- Sonda Periodontal
- Pinzas algodonerías
- Espejo bucal
- Explorador.
- Bisturí de Kirkland
- Sutura

Equipos biomédicos

- Unidad odontológica
- Micromotor
- Pieza de alta
- Scaler
- Cavitron

**Medicamentos**

- Solución salina 0.9%
- Esponjas hemostáticas
- Clorhexidina 0.12%
- Solución Yodada
- Anestesia
- Los medicamentos que se formulen serán entregados por el asegurador o adquiridos por el paciente.



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

### **ALCANCE**

El presente protocolo aplica para la atención de los pacientes en CECIMIN que por sus condiciones requieren tratamientos de periodoncia.

### **ENFOQUE DIFERENCIAL**

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

### **PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS EN EL ÁREA DE PERIODONCIA.**

- Raspaje y Alisado Radicular Campo Cerrado por cuadrante.
- Raspaje y Alisado Radicular Campo Abierto por cuadrante.
- Terapia de mantenimiento periodontal por cuadrante.
- Cirugía preprotésica (Aumento de Corona, cirugía exploratoria).
- Cirugía mucogingival (colgajos pediculados, injertos gingivales libres, injertos de tejidos conectivos).
- Cirugía ósea guiada.
- Cirugía tisular guiada.
- Cuña mesial o distal.
- Exodoncias por enfermedad periodontal.
- Ferulización con ligadura y/o fibra de vidrio.
- Fibrotomía por diente o sextante.
- Frenillectomia labial.
- Ventana quirúrgica.
- Gingivectomia por cuadrante.
- Gingivoplastia con fines estéticos.
- Hemisección o Amputación radicular.
- Control post-quirúrgico periodontal.

### **PROTOCOLO PARA RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO**

OBJETIVO:



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

Restablecer la compatibilidad biológica de las superficies radiculares de los dientes afectados por Periodontitis, reduciendo el riesgo de pérdida de dientes.

La Terapia Periodontal Básica es el tratamiento encaminado hacia la eliminación de la placa bacteriana, principal causa de la enfermedad periodontal, lo cual incluye:

- Ambientación Periodontal: Disminución de la inflamación de los tejidos gingivales por medio de un control mecánico y químico de la placa bacteriana.
- Ambientación Dentaria : Busca facilitar el control de placa mediante el mejoramiento de las necesidades restaurativas, estéticas y funcionales del paciente, incluyendo eliminación de caries y obturaciones desadaptadas, ajuste oclusal , exodoncias estratégicas , remisiones para especialidades: ortodoncia, endodoncia , rehabilitación..

### **1. FASE HIGIÉNICA PERIODONTAL :**

El Raspaje se define como la instrumentación de la corona y las superficies radiculares de los dientes para remover placa, cálculos y pigmentaciones.

El Alisado Radicular es el tratamiento definitivo diseñado para remover el cemento o las superficies de dentina rugosas, impregnadas de cálculos o contaminadas con microorganismos y sus toxinas.

### **PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

El tratamiento periodontal realizado en la Fase Higiénica, se divide por cuadrantes

- Colocación de anestesia en el área a intervenir ( Opcional, algunos pacientes prefieren no estar anestesiados ).
- Instrumentación ultrasónica con el cavitron: Se provee un medio fácil y rápido de tratamiento de la superficie radicular con un alto grado de comodidad para el paciente, ya que la combinación de la cavitación por el agua y de vibración por el instrumento contra la superficie dental, causan una fuerza suficiente para la remoción de irritantes, sin generar daño al tejido duro o blando , siempre y cuando se ejerza una presión leve, un movimiento constante con la punta del instrumento y una irrigación adecuada.
- Instrumentación Manual : Las curetas son utilizadas para este tipo de instrumentación, teniendo como principal ventaja la sensibilidad táctil. Estas son utilizadas dependiendo de la zona que se vaya a intervenir, teniendo en cuenta, que existen curetas universales y curetas específicas.
- Curetas Universales : Mc Call 13/ 14 : Dientes anteriores
  - o Mc Call 17/ 18 : Dientes posteriores



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Curetas Específicas : Gracey 1-2 : Caras libres de dientes Anteriores.  
Gracey 3-4 : Caras proximales de Dientes anteriores.  
Gracey 7-8 : Caras libres de dientes Premolares y molares  
Gracey 11-12: Cara mesial de dientes Posteriores.  
Gracey 13-14: Cara distal de dientes Posteriores.

Durante el tratamiento se realiza una adecuada motivación e instrucción en higiene oral al paciente, se prescriben algunas ayudas :

- Cepillos interdentes
- Enhebradores
- Super- floss
- Cremas específicas
- Enjuagues especialmente con clorhexidina por un tiempo específico:

Después de terminada la Fase Higiénica se debe esperar de 4-6 semanas para realizar una siguiente etapa del tratamiento:

2. FASE DE REEVALUACIÓN: Se valora la respuesta de los tejidos periodontales y se determina una conducta a seguir con respecto al tratamiento periodontal..

3. FASE CORRECTIVA :

**• PROTOCOLO PARA RASPAJE Y ALISADO RADICULAR A CAMPO ABIERTO**

OBJETIVO:

- Crear acceso y visibilidad
- Facilitar el control de placa mejorando la anatomía gingival.
- Favorecer la regeneración de tejidos periodontales
- Tratar secuelas dejadas por enfermedad periodontal.

PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA :



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Previa Asepsia – Antisepsia
- Anestesia de la zona a intervenir.
- Incisión a bisel interno dirigida a la cresta ósea.
- Elevación colgajo espesor total que se extienda apical a la línea mucogingival
- Incisiones intrasurculares e interproximales para eliminar collar de tejido, y eliminar parte interna de la pared blanda de la bolsa.
- Eliminación de tejido de granulación.
- Instrumentación manual y ultrasónica
- Se lava la zona con solución salina.
- Reposición y estabilización del colgajo
- Sutura
- Cemento Quirúrgico.
- Indicaciones post-quirúrgicas.

**INSTRUMENTAL:**

- Instrumental básico
- Sonda periodontal
- Jeringa carpule
- Bisturí
- Periostótomo
- Retractor de tejidos
- Curetas
- Porta-agujas
- Castro-viejo
- Tijeras de sutura
- Tijeras de tejido
- Pieza de alta
- Cánula

**MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja larga y/o corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Fresas para pulir
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frio primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

**PROTOCOLO PARA MANTENIMIENTO PERIODONTAL**

**OBJETIVO:**

Lograr mantener y preservar la salud obtenida después de haber finalizado la terapia periodontal a través de:

- Monitoreo de condiciones orales y generales del paciente tratado.
- Control de factores de riesgo.
- Mantener los resultados obtenidos en las terapias activas.
- Brindar terapias a las recurrencias presentes.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

Realización de exámen periodontal determinando:

- Profundidad de bolsa
- Hemorragia al sondaje
- Nivel de inserción clínica
- Movilidad dentaria progresiva
- Lesiones de furca

Evaluación de Factores de Riesgo:

- Estrés
- Cigarrillo
- Hábitos
- Enfermedades sistémicas

Exámen Dental:

- Caries recurrente, activa e inactiva
- Obturaciones defectuosas
- Fracturas
- Cambios de posición
- Hipersensibilidad
- Lesiones pulpares
- Contactos interproximales inadecuados
- Rebordes marginales discrepantes



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

Exámen Protésico:

Evaluación de adaptación de Prótesis Parcial fija, removibles, Oclusión

Exámen Radiográfico :

Eventualmente cuando el caso particular así lo requiera.

Normalmente se solicita juego periapical completo cada 2 años.

Estudios recomiendan la realización del mantenimiento cada 3-4 meses, sin embargo, Cada paciente es un caso individual, en donde se debe tener en cuenta una serie de factores que determinarán la frecuencia de este.

**INSTRUMENTAL:**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Curetas Gracey / McCall
- Punta para instrumentación ultrasonido
- Pinzas algodonerías
- Micromotor

**MATERIALES:**

- Gasas
- Fresas para pulir
- Pasta para profilaxis



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

● **PROTOCOLO PARA CIRUGÍA PREPROTÉSICA: AUMENTO DE CORONA CLÍNICA**

**OBJETIVO:**

Conseguir suficiente estructura dentaria sana para una buena retención de la futura restauración, sin alterar el espacio biológico de inserción.

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en eliminar encía y hueso para crear una corona clínica más larga y desplazar en sentido apical el margen gingival.

**INDICACIONES:**

- Hiperplasia gingival
- Corona clínica corta
- Fractura dental subgingival
- Caries subgingival
- Perforaciones
- Dientes erupcionados parcialmente
- Erupción pasiva retardada

**LIMITACIONES :**

- Proporción corona –raíz inadecuada
- Exposición de furcaciones
- Condición ósea dientes adyacentes
- Necesidades restaurativas posteriores
- Consideraciones estéticas y fonéticas
- Oclusión
- Presencia de encía queratinizada

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril





## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**

### **M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Anestesia zona que se va a intervenir
- Si el diente se encuentra temporalizado, retiro de temporal
- Incisiones submarginales y festoneadas, preservando papila interproximal
- Incisión bisel interno ( Tener en cuenta cantidad encía queratinizada, profundidad de bolsa, forma y número de raíces, cantidad de alargamiento coronal requerido).
- Elevación colgajo mucoperióstico que atraviesa línea mucogingival y limpiar el collar marginal y el tejido de granulación.
- Instrumentación de la zona ( si es necesario )
- Osteoplastia y osteotomía para obtener una cantidad suficiente de estructura dentaria sana ( debe lograrse una distancia mínima de 3 mm desde la cresta alveolar hasta el margen de la futura restauración )
- Suturar el colgajo en sentido apical , tratando de adaptar muy bien las papilas.

#### **Ventajas:**

- Obtención de mejor retención clínica para colocación de futura restauración.
- Evitar colocación de márgenes subgingivales con invasión de espesor biológico.
- Facilitar higiene oral de dientes con restauraciones
- Mayor duración del tratamiento protésico.

#### **Desventajas:**

- Posible alteración de la proporción corona-raíz.
- Los dientes adyacentes también pierden soporte óseo.

#### **INSTRUMENTAL**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí N0.15
- Periostótomo
- Curetas
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Pieza de Mano
- Fresa redonda para remodelado óseo
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

#### **MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja larga y/o corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Sutura seda o vicryl 4-0



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Suero fisiológico
- Fresas para pulir
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

• **PROTOCOLO PARA CIRUGÍA EXPLORATORIA**

OBJETIVO: Evaluar mediante la realización de un procedimiento quirúrgico, una condición determinada en una zona específica, con la finalidad de definir diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA :**

- Previa Asepsia – Antisepsia
- Anestesia de la zona a intervenir.
- Incisión a bisel interno dirigida a la cresta ósea.
- Elevación colgajo espesor total que se extienda apical a la línea mucogingival
- Incisiones intrasurculares e interproximales para eliminar collar de tejido, y eliminar parte interna de la pared blanda de la bolsa.
- Eliminación de tejido de granulación.
- Evaluación de la condición , si es requerido Instrumentación manual y ultrasónica
- Si se determina fractura radicular o lesión que determine mal pronóstico, explicar al paciente condición para definir tratamiento a seguir.
  
- Se lava la zona con solución salina.
- Reposición y estabilización del colgajo
- Sutura
- Cemento Quirúrgico.
- Indicaciones post-quirúrgicas.

• **PROTOCOLO PARA TERAPIA MUCOGINGIVAL**

OBJETIVO:



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

Realizar procedimientos quirúrgicos encaminados a prevenir o corregir problemas anatómicos, de desarrollo o enfermedades traumáticas, que inducen defectos a nivel de encía, mucosa alveolar o hueso.

- **PROTOCOLO DE INJERTO PARA AUMENTO GINGIVAL.**

PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zonas que se van a intervenir
- Preparación sitio receptor ( mediante disección aguda, elevación colgajo espesor parcial libre de inserción muscular y de tamaño suficiente. El colgajo se desplaza apicalmente y se sutura )
- Se asegura el tamaño adecuado del injerto, tomando un modelo del sitio receptor transfiriendo al sitio donante : usualmente mucosa palatina en la región de premolares.
- Se toma un injerto de aproximadamente 1.5- 2mm de espesor
- Se sugiere colocar suturas en el injerto antes de cortarlo completamente del área donante, con el fin facilitar el transporte al sitio donante.
- El injerto se transfiere al área receptora, y se sutura ( suturas en el periostio o en la encía adherida adyacente con el fin de evitar la movilidad del injerto ).
- Presión sobre el injerto durante 5 min para eliminar sangre y exudado entre el injerto y el sitio receptor.
- Colocación de cemento quirúrgico en los dos sitios operatorios.
- Post-operatorio en 1-2 semanas.

INSTRUMENTAL:

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí N0.15
- Periostótomo
- Curetas
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

MATERIALES:



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 V1 20-01-2022**

- Gasas estériles
- Aguja corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS:**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

**• PROTOCOLO DE INJERTO PARA COBERTURA RADICULAR**

Dentro de las principales indicaciones para realizar procedimientos para cubrimiento radicular están:

- Estética
- Hipersensibilidad
- Manejo de lesiones cariosas poco profundas o lesiones cervicales
- Facilitar el control de placa
- 

Los procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de defectos por recesiones se pueden clasificar en :

Injertos Pediculados, los cuales después de su colocación en el sitio donante mantienen la conexión con el sitio donante.

Injertos Libres, los cuales no mantienen conexión con el sitio donante.

**• INJERTO GINGIVAL LIBRE :**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

Se utiliza este tipo de injerto, cuando no hay adecuado tejido donante presente en el área adyacente a la recesión, o cuando un mayor espesor marginal de tejido es requerido.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zonas que se van a intervenir
- Preparación sitio receptor ( Elevación colgajo espesor parcial extendiéndose en sentido apical unos 5 mm más allá de la dehiscencia ósea y en sentido meso-distal, hasta un diente más a cada lado de la zona a tratar. Incisión horizontal con el bisturí orientado perpendicularmente a la base de las papilas, a nivel de la línea amelocementaria o coronal a esta, con el fin de lograr una buena adaptación del injerto, y una adecuada vascularización del tejido donante. Incisiones verticales paralelas entre sí que se prolongan hasta la porción apical del lecho receptor ).
- Preparación de la superficie radicular, mediante instrumentación de la zona.
- Se asegura el tamaño adecuado del injerto, tomando un modelo del sitio receptor transfiriendo al sitio donante : usualmente mucosa palatina en la región de premolares.
- Se toma un injerto de aproximadamente 1.5- 2mm de espesor
- Se sugiere colocar suturas en el injerto antes de cortarlo completamente del área donante, con el fin facilitar el transporte al sitio donante.
- 
- El injerto se transfiere al área receptora, y se sutura ( suturas en el periostio o en la encía adherida adyacente con el fin de evitar la movilidad del injerto ).
- Presión sobre el injerto durante 5 min para eliminar sangre y exudado entre el injerto y el sitio receptor.
- Colocación de cemento quirúrgico en los dos sitios operatorios.
- Post-operatorio en 1-2 semanas.

**INSTRUMENTAL**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí N0.15
- Periostótomo
- Curetas
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

**MATERIALES:**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 V1 20-01-2022**

- Gasas estériles
- Aguja corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS:**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

**• INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL**

Es otra alternativa para el cubrimiento radicular, con la principal ventaja, que se obtiene una cicatrización por primera intención de la zona donante, y que la estética puede ser mejor en cuanto al color del injerto. Se utiliza este tipo de injerto, cuando no hay adecuado tejido donante presente en el área adyacente a la recesión, o cuando un mayor espesor marginal de tejido es requerido.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zonas que se van a intervenir
- Preparación sitio receptor ( Elevación colgajo espesor parcial extendiéndose en sentido apical unos 3- 5 mm más allá de la profundidad deseada y en sentido meso-distal, hasta un diente más a cada lado de la zona a tratar. Incisión horizontal con el bisturí orientado perpendicularmente a la base de las papilas, a nivel de la línea amelocementaria o coronal a esta, con el fin de lograr una buena adaptación del injerto, y una adecuada vascularización del tejido donante. Incisiones verticales paralelas entre sí que se prolongan hasta la porción apical del lecho receptor ).
- Preparación de la superficie radicular, mediante instrumentación de la zona.
- Se asegura el tamaño adecuado del injerto, tomando un modelo del sitio receptor transfiriendo al sitio donante : usualmente mucosa palatina en la región de premolares.
- Se toma un injerto de aproximadamente 1.5- 2mm de espesor, de la parte interna de un colgajo palatino que más tarde se sutura nuevamente en su lugar.
- Se sugiere colocar suturas en el injerto antes de cortarlo completamente del área donante, con el fin facilitar el transporte al sitio donante.
- El injerto se transfiere al área receptora, y se sutura ( suturas en el periostio o en la encía adherida adyacente con el fin de evitar la movilidad del injerto ).



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Presión sobre el injerto durante 5 min para eliminar sangre y exudado entre el injerto y el sitio receptor.
- Colocación de cemento quirúrgico en la zona operada.
- Post-operatorio en 1-2 semanas.

**INSTRUMENTAL:**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí No.15
  
- Periostótomo
- Curetas
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

**MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

**• INJERTO DE REUBICACIÓN LATERAL**

Procedimiento realizado para cubrir áreas de recesión gingival localizada, y/o para ganar encía queratinizada o adherida.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Previa asepsia y antisepsia
  - Campo operatorio clínico estéril
  - Anestesia zonas que se van a intervenir
  - Preparación sitio receptor ( incisión bisel invertido a lo largo del márgen gingival del defecto, incisión superficial que se extiende desde el margen gingival hasta aproximadamente 3 mm apical del defecto. Posteriormente, incisión horizontal desde esta incisión, hasta el borde opuesto de la herida
  - Preparación de la superficie radicular, mediante instrumentación de la zona.
- 
- Se eleva un colgajo del área donante adyacente para cubrir la recesión ( incisión superficial vertical , paralela al área de la herida de la zona receptora adyacente, y a una distancia que exceda el ancho del lecho receptor en aproximadamente 3 mm, que se extiende apicalmente hasta el mismo nivel del lecho receptor, y termina en la mucosa alveolar con una incisión liberante oblicua, dirigida hacia la recesión gingival).
  - Incisión a nivel del margen gingival del área donante, que conecte la incisión vertical con la incisión realizada antes a nivel de la recesión gingival.
  - Se obtiene un colgajo de espesor dividido mediante disección aguda dentro del área delimitada por estas incisiones, dejando una fina capa de tejido conectivo cubriendo el área donante.
  - Sutura del lecho receptor.
  - Se realiza presión sobre el colgajo durante 2-3 minutos
  - Colocación cemento quirúrgico.
  - Control en 1-2 semanas

**INSTRUMENTAL**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí No.15
- Periostótomo
- Curetas
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

**MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS:**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

- **PROTOCOLO CIRUGÍA ÓSEA GUIADA**

Los procedimientos regenerativos son utilizados en situaciones donde se busca que el resultado mejore la arquitectura gingival, la función, y el pronóstico de una zona con enfermedad periodontal.

**OBJETIVO :** Estimular la Regeneración Periodontal mediante la colocación de injertos óseos o materiales de implante en defectos óseos, permitiendo que las células osteogénicas de la matriz ósea llenen el espacio del defecto óseo.

Existen diferentes tipos de Injertos utilizados, que se pueden clasificar en:

- **Injertos Autógenos:** Injertos que se transfieren de una posición a otra dentro del mismo individuo, de zonas intraorales o extraorales.

Pueden ser:

- Hueso cortical
- Hueso cancelar o medular

- **Aloinjertos:** Injertos transferidos entre miembros genéticamente diferentes de la misma especie.

Pueden ser:

- Hueso cancelar y medular.
- Hueso esterilizado cancelar y medular
- Hueso congelado

- **Hetero o Xenoinjertos :** Injertos tomados de un donante de otra especie.

- **Materiales Aloplásticos:** Materiales inertes utilizados como substitutos para injertos óseos.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

Los injertos óseos deben cumplir con las características de ser:

- Osteoproliferativos ( osteogénico ): Nuevo hueso se forma por nuevas células óseas contenidas en el material del injerto.
- Osteoconductor: El material del injerto no contribuye a que se forme nuevo hueso, pero sirve como un escalón para la formación de hueso originado del hueso adyacente del huésped.
- Osteoinductor : La formación ósea es inducida alrededor del tejido inmediatamente adyacente al injerto.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zona que se va a intervenir
- Incisiones marginales y relajantes verticales para elevación colgajo de espesor total.
- Remoción tejido de granulación, Instrumentación y preparación de la zona.
- Colocación del injerto de manera que se logre rellenar el defecto óseo.
- Se sutura el colgajo, tratando de dejar que el injerto quede por lo menos a 2 mm del margen del colgajo.
- Cemento quirúrgico.
- Control en 1-2 semanas.

**INSTRUMENTAL:**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí No.15
- Periostótomo
- Curetas
- Fresas
- Pieza de mano
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

**MATERIALES:**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Gasas estériles
- Aguja corta / larga
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Injerto óseo
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

**• PROTOCOLO PARA CIRUGÍA TISULAR GUIADA**

La Regeneración Tisular Guiada, no es un tratamiento para la periodontitis, se considera una técnica para regenerar defectos que se han desarrollado como resultado de la enfermedad



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

periodontal . Por esta razón es muy importante la realización de un adecuado tratamiento periodontal antes de iniciar una técnica de Regeneración.

Está indicado su uso especialmente en zonas de defectos intraóseos, y zonas con compromiso de furca.

Se puede realizar procedimientos utilizando únicamente Membranas para Regeneración, o se puede combinar su uso con la utilización de otros procedimientos regenerativos ( injertos óseos ) .

De acuerdo a varios estudios, se ha determinado que los materiales utilizados como Barrera para Regeneración tisular deben cumplir ciertos criterios:

- Biocompatibilidad
- Actúa como barrera para evitar que células no deseadas entren al espacio adyacente a la superficie radicular.
- Permitir el paso de nutrientes y gases.
- Prevenir un crecimiento epitelial rápido en la superficie externa del material o encapsulación del material.
- Capacidad de crear y mantener un espacio adyacente a la superficie radicular, lo que va a ayudar a que no haya crecimiento de tejido proveniente del ligamento periodontal.
- Ser suave y flexible, pero no tan suave que se pueda colapsar en el defecto, ni tan grueso que pueda perforar el tejido.
- Tener una forma que permita ser moldeada y colocada fácilmente.

Existen materiales de Barrera Reabsorbibles y no reabsorbibles, el uso de estos depende de la consideración y preferencia del operador.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zona que se va a intervenir
- Incisiones marginales y relajantes verticales para elevación colgajo de espesor total.
- Remoción tejido de granulación, Instrumentación y preparación de la zona.
- Colocación de la Membrana de forma que cubra completamente el defecto, y que se extienda por lo menos 3 mm sobre el hueso, más allá del margen del defecto.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Se sutura el colgajo, tratando de dejar que la membrana quede por lo menos a 2 mm del margen del colgajo.
- Cirugía para retiro de la membrana a las 4-6 semanas, cuando el material utilizado no es reabsorbible.
- Cemento quirúrgico.
- Control en 1-2 semanas.

**INSTRUMENTAL**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí No.15
- Periostótomo
- Curetas
- Fresas
- Pieza de mano
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

**MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja corta / larga
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Membrana reabsorbible/ no reabsorbible
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

• **PROTOCOLO PARA CUÑA DISTAL**

OBJETIVO: Remoción del tejido gingival inflamado sobre la tuberosidad o por una zona retromolar prominente.

Esta técnica facilita el acceso al defecto óseo y permite preservar suficiente cantidad de encía y mucosa para lograr una cobertura suave de tejido.

PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zona que se va a intervenir
- Incisiones vestibulares y linguales en sentido vertical a través de la tuberosidad o zona retromolar extendiéndose en dirección mesial, para facilitar la elevación del colgajo, formando una cuña triangular.
- Disección y retiro del tejido que quedó en esa cuña.
- Reducción en espesor de las paredes vestibular y lingual del colgajo.
- Sutura del colgajo.
- Cemento quirúrgico.
- Control postoperatorio a los 8 días.

INSTRUMENTAL

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí No.15
- Periostótomo
- Curetas
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras sutura
- Tijeras tejido
- Castroviejo

MATERIALES:

- Gasas estériles
- Aguja corta / larga
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Membrana reabsorbible/ no reabsorbible



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico
- Cemento quirúrgico.

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas.
- No cepillar la zona intervenida para evitar caída del cemento quirúrgico
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda

• **PROTOCOLO PARA FIBROTOMÍA**

El problema de la recidiva en dientes tratados ortodónticamente, en general dientes con rotaciones ha sido tratado con diferentes métodos, los cuales pueden incluir, corrección completa, o sobrecorrección del diente rotado, retención estable con retenedores fijos, o uso de fibrotomía.

**OBJETIVO:** Lograr la estabilización de un movimiento logrado por un tratamiento de ortodoncia, especialmente dientes rotados, como método para evitar la recurrencia de este.

Existen dos tejidos periodontales que pueden influir en la estabilidad:

- Fibras principales del Ligamento Periodontal
- Fibras supra-alveolares

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zona que se va a intervenir
- Inserción del bisturí dentro del surco gingival, cortando la unión epitelial alrededor del diente involucrado. Debe también pasar sobre las fibras transeptales entrando interdentalmente en el espacio del ligamento periodontal
- No se requiere cemento quirúrgico.
- La Cicatrización es normalmente completa a los 7-10 días del procedimiento.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

No se recomienda realizar fibrotomía durante movimientos activos de ortodoncia, o en presencia de inflamación gingival.

**INSTRUMENTAL**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule
- Mango Bisturí
- Bisturí No.15

**MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja corta
- Anestesia
- Hoja Bisturí

• **PROTOCOLO PARA FERULIZACIÓN**

**OBJETIVO :**

Lograr la estabilidad de algunos dientes que por enfermedad periodontal han perdido soporte óseo, que aún se pueden mantener, pero que dada su condición avanzada o por condiciones como trauma, requieren disminuir la movilidad aumentada.

Se requiere una completa estabilización periodontal de las zonas que se van a ferulizar, con el fin de no ocultar un problema periodontal mayor.

Se requiere una estricta higiene oral por parte del paciente.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previo análisis clínico y radiográfico de las zonas a ferulizar.
- Desmineralización para colocación de resinas por la zona lingual.
- Alambre trenzado delgado 0.17 o fibra de vidrio siguiendo una adecuada forma del arco para no generar movimientos innecesarios que afecten la condición de los dientes.
- Controles periódicos

**INSTRUMENTAL**

- Básico





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Sonda Periodontal
- Pinzas algodonerías
- Pinzas contorneadoras de arcos
- Corta-alambres

**MATERIALES:**

- Algodón
- Desmineralizante
- Resina
- Alambre trenzado delgado 0.17
- Fibra de vidrio

**• PROTOCOLO PARA EXODONCIAS POR ENFERMEDAD PERIODONTAL**

**OBJETIVO :** Mejorar las condiciones de infección, movilidad e incomodidad que puede generar un diente/molar por su avanzada condición de pérdida de soporte óseo, además del riesgo que puede generar a los dientes adyacentes de presentar un proceso infeccioso similar.

Es importante evaluar muy bien la condición periodontal, y teniendo muy en cuenta dicha condición, pronóstico y relación riesgo-beneficio, es posible que se determine que el pronóstico no es favorable para mantener el molar-diente, y que se requiera la realización de exodoncia..

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia
- Campo operatorio clínico estéril
- Anestesia zona que se va a intervenir
- Exodoncia del molar o diente con afección periodontal severa, mediante la utilización de elevador recto, y fórceps necesarios.
- Curetaje del alvéolo
- Lavado con suero fisiológico
- Si la condición lo permite en el mismo momento operatorio, realización de procedimientos regenerativos, si no es adecuado, esperar tiempo de cicatrización para realizarlos.
- Si es un diente en zona anterior o molar que requiera ser temporizador, previa interconsulta con rehabilitación oral, para su manejo.
- Sutura si es necesario, o si se realizó procedimiento regenerativo.

**INSTRUMENTAL**

- Básico
- Sonda Periodontal
- Jeringa carpule



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Mango Bisturí
  - Bisturí No.15
  - Periostótomo
  - Elevadores, fórceps
  - Cureta Lucas
  - Pinzas adson con garra
- 
- Pinzas adson sin garra
  - Tijeras sutura
  - Tijeras tejido
  - Castroviejo

**MATERIALES:**

- Gasas estériles
- Aguja corta / larga
- Anestesia
- Hoja Bisturí
- Materiales para Regeneración ( Si es viable realizar este procedimiento en el momento )
- Sutura seda o vicryl 4-0
- Suero fisiológico

**INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

- Enjuagues con Clorhexidina 2 veces al día por 2 semanas, después de 2 días.
- No cepillar la zona intervenida .
- Manejo analgésico durante 3 días.
- Antibioticoterapia si se considera necesario.
- Terapia frío primeras 24h
- Terapia calor segundo día.
- Dieta blanda



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

● **PROTOCOLO PARA FRENILLECTOMIA LABIAL.**

OBJETIVO : Desinsertar el frenillo del tejido óseo y tejido sobre-insertado mucogingival, retirando tejido mucoso y fibroso. Creando una zona adecuada de encía adherida entre el margen gingival y el frenillo.

El frenillo labial superior es una estructura anatómica de la cavidad bucal, teniendo una inserción fibrosa, gruesa y amplia, en estado de sobre-inserción interfiera en la fonación, estética- diastema, y en algunos casos recesión gingival.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia.
- Campo operatorio clínico estéril.
- Anestesia infiltrativa al nervio alveolar anterior y nervio nasopalatino.
- Pinza el frenillo con unas pinzas de hemostasia para definir su extensión lateral, apical y coronal. Se incide con un bisturí siguiendo las puntas de las pinzas, creando una herida romboidal.
- Las fibras remanentes insertadas al periostio, se disecan con una incisión horizontal.
- Lavado con suero fisiológico.
- Sutura el borde labial apicalmente al periostio.
- Colocación del apósito quirúrgico.
- Entrega de recomendaciones e indicaciones generales y formula medica.
- Se cita a control en 8 días.

**INSTRUMENTAL.**

- Instrumental Básico
- Sonda periodontal.
- Jeringa carpule.
- Mango para bisturí
- Molt N 9
- Tijeras de tejido curvas y rectas.
- Curetas.
- Porta agujas.
- Castroviejo.
- Espátula para cemento.
- Retractores.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**MATERIALES.**

- Anestesia.
- Aguja larga y/ o corta.
- Sutura vicryl 4-0
- Hojas de bisturí # 15.
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Cemento quirúrgico.

- **PROTOCOLO PARA VENTANA QUIRURGICA**

**OBJETIVO :** Realizar cirugía de rescate para dientes impactados y/o incluidos que desean ser manejados con fines ortodónticos , para anclajes y factor oclusal funcional.

Después de los terceros molares el canino superior es el segundo diente más frecuentemente retenido presentándose con mayor frecuencia en el aspecto palatino y siendo la retención unilateral más común que la bilateral.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

- Previa asepsia y antisepsia.
- Se realiza técnica anestésica infiltrativa. Plexos alveolares anteriores y medios, palatino mayor y naso-palatino.
- Se realiza técnica quirúrgica según las consideraciones mucogingivales, y posición de los caninos retenidos.
- Localización de la corona clínica del diente incluido. ( en casos se requiere realizar reducción ósea para despejar la corona clínica.)
- Lavado con solución salina.
- Desmineralización local de la corona clínica, secado, adhesivo, resina sobre el botón quirúrgico, se fotocura se coloca ligadura y se adapta al arco de la aparatología.
- Se reposiciona el colgajo, se sutura, se coloca cemento quirúrgico (si es el caso).
- Se entregan recomendaciones e indicaciones generales.
- Entrega de formula medica.
- Control posquirúrgico a los 8 días.

**INSTRUMENTAL:**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Instrumental básico.
- Sonda periodontal.
- Jeringa carpule.
- Bisturí.
- Periostotomo.
- Retractor de tejidos.
- Curetas.
- Porta agujas.
- Castroviejo.
- Tijeras de sutura.
- Tijeras curvas.
- Tijeras rectas.
- Pieza de alta
- Cánula

**MATERIALES.**

- Gasas estériles.
- Aguja larga y/ o corta.
- Anestesia.
- Hoja de bisturí.
- Suturas vicryl 4-0
- Suero fisiológico.
- Fresas zekrya redonda grande.
- Cemento quirúrgico.

● **PROTOCOLO PARA GINGIVECTOMÍA**

**OBJETIVO :** Eliminación de la pared blanda de la bolsa, para disminuir su profundidad y proporcionar la visibilidad y el acceso necesarios para eliminar los irritantes locales.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

Procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la escisión y supresión del tejido gingival lesionado. Método de tratamiento resectivo.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

Previa asepsia y antisepsia, campo operatorio clínico estéril.

Los dientes del área para la cual se ha programado la cirugía debe estar correctamente anestesiados; la profundidad de las bolsas patológicas se determina con una sonda periodontal convencional, se induce una serie de puntos sangrantes al fondo de la bolsa periodontal, posteriormente se realiza una incisión primaria con bisturí de kirkland realizando un festoneado correctamente hacia apical de la bolsa periodontal. Una vez completada la incisión primaria en las caras vestibulares y/o linguales de los dientes, el tejido interproximal se separa del periodonto interdental con una incisión secundaria usando un bisturí de Orban. Los tejidos incididos se retiran con cuidado usando una cureta. Después de un desbridamiento minucioso se sondan de nuevo las regiones dentogingivales para detectar bolsas remanentes, el contorno gingival se controla y se corrige con bisturí o piedras adiamantadas rotatorias.

Para proteger el área seccionada durante el periodo de curación, la superficie de la herida debe cubrirse con un apósito periodontal ( si es necesario se deja apósito o si no se deja cruento el tejido ). Se instruye al paciente para higiene correctamente los segmentos operados, que ahora tendrá una morfología diferente en comparación con la situación preoperatoria.

Control posquirúrgico será a los 5 u 8 días según concepto del operador.

**INSTRUMENTAL:**

- Básico
- Jeringa cárpula
- Curetas Gracey 1/2 -3/4-11/12-13/14- 5/6
- Cánula
- Bisturí Orban
- Bisturí kirkland.
- Fresa redondas grande mediana y pequeña
- Pieza de alta
- Electrobisturí

**MATERIALES.**

- Jeringas desechables.
- Hojas de bisturí # 15. # 15c
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Apósito quirúrgico
- Anestesia tópica
- Aguja corta y larga
- Carpule de anestesia

**● PROTOCOLO PARA GINGIVOPLASTIA CON FINES ESTÉTICOS**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**OBJETIVO :** Eliminar el epitelio oral sobrante, mejorando el festoneado del perfil gingival armonizando y respetando el punto zenit, exponiendo la corona clínica sin perjudicar las papilas interdetales.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

Previa asepsia y antisepsia, campo operatorio clínico estéril.

Anestesia con técnica infiltrativa local, aislamiento con abrebocas manteniendo seco el tejido a intervenir. Previo al sondaje se evalúa cantidad de tejido queratinizado, Es conveniente marcar la incisión con lápiz o marcador en la propia encía antes de realizar la incisión, para dejar un margen armónico entre diente y diente, hacer una primera marca con el bisturí. Incisión con bisel invertido en forma de media luna respetando las papilas interdetales, utilizando mango de bisturí y hoja número 15 - 15 C festoneado al margen gingival y perfilándose durante el corte,. Con una cureta se remueve la encía sobrante, en forma de media luna. ( en algunos casos según el operador requeriría de electro -bisturí ).

No se requiere sutura (opcional apósito quirúrgico) .

Control postquirúrgico a los 8 días.

**INSTRUMENTAL:**

- Básico
- Jeringa cárpula
- Sonda periodontal
- Curetas Gracey 1/2 -3/4-11/12-13/14- 5/6
- Cánula
- Bisturí Orban
- Bisturí kirkland.
- Fresa redondeada grande mediana y pequeña
- Pieza de alta
- Electrobisturí



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**MATERIALES:**

- Jeringas desechables.
- Hojas de bisturí # 15. # 15c
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Apósito quirúrgico
- Anestesia tópica
- Anestesia local
- Aguja corta y / o larga
- Carpule de anestesia

● **PROTOCOLO PARA AMPUTACIÓN O HEMISECCIÓN RADICULAR.**

**OBJETIVO:** Remover una o más raíces de un diente multirradicular, que presentan lesiones de furca avanzadas. Eliminación de bolsas profundas.

En el momento de practicar una amputación radicular se debe tener en cuenta los siguientes parámetros de el molar: longitud de tronco radicular, divergencia entre las raíces, longitud radicular, fusión entre conos radiculares, estabilidad de cada raíz, y el acceso de realizar una adecuada higiene para futura preservación de el molar.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

Previa asepsia y antisepsia, campo operatorio clínico estéril.

Bajo anestesia local técnica infiltrativa y/o troncular según el caso, incisiones para levantamiento de colgajo espesor total, empleando la hemisección de la raíz afectada o involucrada con fresa de tallo largo o zekria, biselando la superficie remanente de el molar, se observa el tejido óseo y se eliminará el tejido de granulación eliminando cualquier factor granular, se realiza un sellado con ionómero sobre el tronco remanente, (en algunos casos se realizará regeneración ósea) dependerá del defecto óseo, posteriormente se reposiciona los colgajos suturados a nivel de la cresta ósea.

Entrega de recomendaciones y formulación de medicamentos ( analgésico, antiinflamatorios).

Control postquirúrgico 8 días después del tratamiento periodontal y toma de radiografía de control.

**INSTRUMENTAL**

- Básico
- Jeringa carpule
- Sonda periodontal.
- Curetas Gracey 1/2 -3/4-11/12-13/14- 5/6
- Cánula





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Bisturí .
- Fresa zekrya y de tallo largo
- Pieza de alta.
- Periostotomo
- Retractor de colgajos
- Sonda periodontal
- Tijeras de tejido.
- Tijeras de material.
- Porta agujas.
- Castro viejo

**MATERIALES.**

- Jeringas desechables.
- Hojas de bisturí # 15. # 15c
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Carpule de anestesia.
- Anestesia local.
- Aguja corta y/o larga.

**• PROTOCOLO PARA CONTROL POST QUIRÚRGICO PERIODONTAL.**

**OBJETIVO:** Conocer el estado de los tejidos de soporte periodontal tanto de tejidos duros como de tejidos blandos después de realizado un tratamiento quirúrgico.

Se reevaluará todos los tejidos periodontales con el fin de evidenciar ausencia o presencia de signos y síntomas clínicos de la zona intervenida; como sangrado, inflamación, infección, forma y tamaño de tejido circundante según el tipo de cirugía periodontal realizada.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

Bajo previa asepsia y antisepsia.

- Lavado con solución salina y/o clorhexidina la superficie intervenida.
- Retiro de suturas total o parcial según el caso.
- Realizar control de placa .
- Se informará la suspensión o no de medicamento, de igual forma una nueva formulación o cambio de la misma de ser necesario. ( dependerá de la evolución y el tipo de cicatrización que lleve el paciente durante los controles posquirúrgicos.)
- El paciente recibirá nuevamente instrucciones de higiene oral si es necesario.
- Se citará nuevamente a los 8, 15 o 30 días nuevamente.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Se solicitará nuevos exámenes de apoyo diagnóstico si lo requiere: radiografías, tomografías, examen clínicos y de laboratorio.

**INSTRUMENTAL**

1. Básico
2. Sonda periodontal.
3. Tijeras de material

**MATERIALES.**

- Jeringas desechables.
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Clorhexidina.

**PROCEDIMIENTO EN EL ÁREA DE IMPLANTOLOGÍA QUIRÚRGICA ORAL**

**• PROTOCOLO PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE DENTAL.**

**OBJETIVO :** Devolver la función y la estética dental del paciente. Manteniendo en armonía la oclusión dental .

La oseointegración es la conexión íntima, directa, funcional y mantenida en el tiempo, entre el hueso y un implante sometido o no, a carga. Para el tratamiento correcto con implantes se tendrá que evaluar dos factores importantes: un buen examen preoperatorio y la planificación minuciosa del tratamiento.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

- Asepsia y antisepsia
- Anestesia local técnica infiltrativa y/o troncular según el maxilar o cuadrante a operar.
- Incisión supracrestal a nivel del espacio edéntulo y retracción del colgajo a espesor total sobrepasando la línea mucogingival.
- Secuencia de fresado:
  - Colocación de guía quirúrgica si el caso lo requiere.
  - Fresa guía redonda ( 1200 a 1500 rpm )



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Fresa de lanceta (1200 rpm)
  - Fresa piloto 2.3mm
  - Colocación de pin de paralelismo
  - Fresa piloto 2.8 mm
  - Colocación de pin de paralelismo
  - Fresa piloto de 3.4 mm
  - Colocación de pin de paralelismo
  - La secuencia de fresado y longitudes de fresa varía según la zona del implante.
  - Posteriormente se toma una Rx periapical con el pin de paralelismo para evaluar angulación.
  - Evaluar oclusión con el pin adentro del lecho .
  - Selección del implante.
  - Llevar los implantes a la boca con el conector de la pieza de mano.
- 
- Colocación de los implantes con pieza de baja velocidad a 30 Nw
- 
- Ajustar con el ratchet.
  - colocar tornillo de cierre ( cover screw )
  - Reubicación de los colgajos con suturas.
  - toma de radiografía periapical final.
- 
- POST-OPERATORIO

El paciente una vez concluida la cirugía permanecerá en la sala de recuperación mientras se verifica su estado general. Durante este tiempo la zona deberá estar bajo un apósito compresivo de gasa.

Entrega de recomendaciones e indicaciones posquirúrgicas.

Entrega de formula de medicamentos ( analgesico,antiinflamatorio, antibióticos según lo requiere el caso.)

Control posquirúrgico a los 8,15 y 30 días después de la cirugía.

## **INSTRUMENTAL**

- Equipo completo de implantes.
- Implantes
- Campos quirúrgicos.
- Básico
- Jeringa carpule
- Periostótomo o Molt 9 de titanio y de acero.
- Cánula
- Destornilladores de titanio.
- Kit de fresas: redonda de 3mm, fresa piloto de 2.3mm, fresa intermedia de 2.8mm y fresa recta de 3.4mm.
- Seldin 2
- Retractor de Minnesota
- Micromotor pieza recta.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Pinzas Adson con y sin garra
- Pinzas de titanio
- Pinzas hemostáticas
- Lima para hueso
- Bisturí
- Tijeras de tejido y de sutura
- Porta -agujas

**MATERIALES.:**

- Jeringas desechables.
- Hojas de bisturí # 15.
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Sutura vicryl.
- Anestesia local
- Aguja corta y larga

**● PROTOCOLO PARA SEGUNDA FASE QUIRÚRGICA**

**OBJETIVO:** Descubrir el cover screw del implante y su plataforma, para acceder al inicio de la rehabilitación protésica del mismo.

Tras la oseointegración y cicatrización de los tejidos periimplantarios se llevará a cabo una segunda fase quirúrgica para dar inicio a la rehabilitación de los implantes colocados , durante el periodo de osteointegración el operador estará supervisando por medio de controles clínicos y radiográficos el proceso de la cicatrización ósea circundante al implante y el tejido periimplantar, lo cual dará la programación de la segunda fase quirúrgica.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA**

- Previa asepsia y antisepsia
- Aplicación de anestesia local técnica infiltrativa y/o troncular.
- Incisión sobre la zona supracrestal del implante.( la técnica se realizará según la cantidad de tejido queratinizado y experticia del operador.)



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Retiro del cover screw con destornillador para implantes.
- Adaptación y colocación del tornillo de cicatrización .
- Se suturará si el caso lo requiere.
- Toma de radiografía periapical para su verificación de adaptación sobre el implante.
- Entrega de recomendaciones y fórmula médica al paciente.
- Remisión al rehabilitador oral.

**INSTRUMENTAL**

- Bandeja quirúrgica de implantes.
- Básico
- Jeringa carpule
- Periostótomo o Molt 9 de titanio y de acero.
- Cánula
- Destornilladores de titanio.
- Bisturí
- Tijeras de tejido y de sutura
- Porta-agujas
- Retractores

**MATERIALES.**

- Jeringas desechables.
- Hojas de bisturí # 15.
- Tornillos de cicatrización
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Sutura vicryl.
- Anestesia
- Aguja corta y larga
- RX periapicales.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

● **PROTOCOLO PARA REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA**

OBJETIVO : Promover la formación de hueso permitiendo que las células osteogénicas de la matriz ósea llenen el espacio del defecto óseo.

La técnica de la Regeneración Ósea Guiada (ROG) consiste en conseguir el relleno del defecto óseo o el aumento de volumen del hueso crestal perdido utilizando una combinación de membrana e injerto o simplemente membrana y coágulo sanguíneo. Esta técnica se basa en el concepto del diferencial de velocidad de proliferación de las distintas células que intervienen en el proceso cicatrizal, proponiendo la hipótesis de frenado de la migración de células indeseables hacia el defecto interponiendo una barrera (membrana).

Esto permite al tejido óseo huésped, desarrollar un entramado vascular que dará soporte al injerto. Entre las propiedades o mecanismos asociados a la ROG de los diferentes tipos de Injertos Óseos son: Osteogénesis, Osteoinducción, Osteoconducción.

**FUNDAMENTO BIOLÓGICO:**

Evitar la migración del tejido epitelial al interior del defecto óseo, tiempo para la cicatrización del hueso y otros tejidos de inserción. Situación que no ocurre durante la cicatrización normal debido a que los tejidos epiteliales migran rápidamente hacia el interior de la herida y no permiten la regeneración..

- Cierre primario de las heridas
- Angiogénesis
- Estabilidad del coágulo.
- Creación del espacio / mantenimiento.

**ROL DE LA MEMBRANA:**

- Su función es excluir los tejidos orales con poca o sin capacidad regenerativa, como es el epitelio gingival .
- Favorece la migración de células derivadas de tejidos con potencial regenerativo, como el hueso alveolar y el ligamento periodontal.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA**

- Asepsia y antisepsia.
- Anestesia infiltrativa de la zona.
- Incisión intrasulcular y lateral a nivel del área a operar, incisiones verticales.
- Elevación de colgajo de espesor total con periostotomo
- Se realiza previo al levantamiento de colgajo, perforaciones en la cortical, para permitir la migración celular con potencial angiogénico y osteogénico , y atrapamiento del hueso regenerado.
- Colocación del injerto de hueso, se compacta el lecho óseo.
- Se posiciona la membrana: Adaptar y estabilizar la membrana de forma íntima, Separada de dientes adyacentes 1-2 mm, redondear margen.
- Se sutura desde el área adyacente a la membrana, mínima tensión al suturar, Obtención de un cierre completo primario.
- Se posiciona colgajo, evitando que la membrana quede expuesta al medio oral.
- Sutura de colgajos.
- Entrega de indicaciones , recomendaciones y formula medica
- Citar para control 8 días después de la cirugía.

**INSTRUMENTAL:**

- Instrumental básico
- sonda periodontal.
- Jeringa carpule
- Aguja corta - Larga
- Mango de bisturí
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras para tejido curvas y rectas
- Periostótomo
- Curetas
- Retractor de minnesota
- Castroviejo.
- Porta agujas



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**MATERIALES:**

- Suero fisiológico.
- Gasas estériles.
- Clorhexidina
- Sutura vicryl
- Anestesia
- Sustituto Óseo-injerto óseo.
- Membranas
- Aguja corta y larga

**• PROTOCOLO PARA REGENERACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS  
EN IMPLANTES**

**OBJETIVOS:** Aumentar volúmen de tejido blando y mejorar las condiciones peri-implantarias, para favorecer contornos, estética y función de coronas rehabilitadas sobre implantes.

Pese a que existen múltiples técnicas para mejorar los tejidos blandos peri-implantares, es necesario contar con suficiente tejido óseo que de soporte a los mismos. La selección de la técnica quirúrgica está influenciada por factores locales y el tratamiento no puede basarse en un solo protocolo.

Es importante tener en cuenta el manejo de tejidos blandos tanto en calidad como en cantidad para una adecuada planeación del tratamiento hasta el final de la restauración.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA**

- Asepsia y antisepsia.
- Anestesia técnica infiltrativa y / o troncular según de la zona.
- Se prepara la zona donante de la pared lateral del paladar entre el canino y el primer molar alejado del margen gingival distancia entre 5 milímetros.
- Mediante un bisturí con hoja #15 o 15c y a unos 5 mm del margen gingival se procede a una incisión muy superficial paralela a la arcada dentaria de la longitud del área receptora, previamente medida. Dos incisiones paralelas y perpendiculares a los dos extremos de la primera incisión marcarán la anchura del injerto.
- Se levanta una ventana en forma de colgajo que contiene el epitelio y una finísima capa de tejido conectivo.
  
- A continuación se procede a una segunda incisión paralela a la arcada dentaria 2-3 mm más cerca del margen gingival y en la que se profundiza hasta llegar al periostio. Con esta incisión se profundiza en sentido palatino y respetando el periostio va despegándose el injerto.





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Esta maniobra, muy delicada, se lleva a cabo ayudándose de unas pinzas que mantienen el injerto separado mientras va despegándose.
- Se coloca el injerto sobre una gasa mojada con suero fisiológico y se adelgaza de tejido graso, si fuera necesario, hasta dejarlo de un grosor uniforme de 2-3mm.
- Se sutura la ventana levantada ajustada bien a los bordes del paladar.

**Zona Receptora:**

- Se efectúa una incisión horizontal de grosor parcial y se deja el periostio en el borde coronal del área receptora.
- Se procura respetar las papilas. Se efectúan a continuación dos incisiones verticales en los dos extremos de la incisión horizontal hasta dejar al descubierto la zona receptora.
- Con el periostótomo se retrae la mucosa del colgajo parcial y se coloca encima el injerto situando su collarite epitelial en la parte coronal del área receptora.
- Se sutura el injerto por sus bordes coroneles a las papilas remanentes.
- El colgajo se sutura encima del injerto y se procede, si es necesario, a colocarlo en sentido más coronal.
- Seguidamente se ejerce compresión sobre el injerto con una gasa humedecida durante 5-10min.
- Cemento quirúrgico opcional.
- Entrega de indicaciones y recomendaciones postquirúrgicas.
- Entrega de fórmula médica (analgésico, antiinflamatorio, y/o antibiótico según el caso )
- Control post-quirúrgico a los 8, 15, y 30 días de haber realizado la cirugía .

**INSTRUMENTAL:**

- Instrumental básico
- Sonda periodontal.
- Jeringa carpule
- Aguja corta - Larga
- Mango de bisturí
- Pinzas adson con garra
- Pinzas adson sin garra
- Tijeras para tejido curvas y rectas
- Periostótomo
- Curetas
- Retractor de minnesota
- Castroviejo.
- Porta agujas

**MATERIALES :**

- Suero fisiológico.
- Gasas estériles.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Clorhexidina
- Sutura vicryl
- Anestesia
- Sustituto Óseo-injerto óseo.
- Membranas
- Aguja corta y larga
- Anestesia local

• **PROTOCOLO PARA MANTENIMIENTO DE IMPLANTES.**

OBJETIVO: Mantener estabilidad peri-implantaria, orientada a la prevención a largo plazo de los tejidos circunferenciales al implante, obteniendo resultados saludables en los pacientes periodontalmente susceptibles.

Las lesiones inflamatorias que se producen en los tejidos peri-implantarios son productos de los resultados de infecciones oportunistas y pueden progresar si no son tratadas, propagando complicaciones en la sub mucosa peri-implantaria.

El paciente implantado debe ser sometido a un programa de mantenimiento que incluye visitas periódicas de control; cada visita de control debe comenzar con un exámen para evaluar si los sitios implantados están sanos o muestran signos de inflamación.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA**

- Previa asepsia y antisepsia.
- Evaluar exámenes previos como Rx periapicales y / o panorámicas ( si las hay ).
- Se evalúa profundidades al sondaje
- Desbridamiento mecánico con curetas de teflón.
- Se realiza descontaminación con puntas de ultrasonido removiendo irritantes locales, placa calcificada supra y subgingival de los tejidos peri-implantarios.
- Se utilizan puntas siliconadas y/o cepillos profilácticos para realizar descontaminación de la superficie de las coronas.
- Se procede a irrigar las superficies de los implantes con solución salina, o clorhexidina.
- Nuevamente se realiza pulido coronal final, dejando superficies lisas y brillantes.
- Instrucción en higiene oral y nueva motivación al paciente sobre el cuidado periodontal.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Terminada la sección de mantenimiento el paciente saldrá con una nueva programación y próximo control de mantenimiento.

**INSTRUMENTAL :**

- Instrumental básico
- Sonda periodontal.
- Jeringa carpule
- Aguja corta - Larga
- Curetas plásticas ( Teflón )
- Puntas de ultrasonido.

**MATERIALES :**

- Suero fisiológico.
- Gasas estériles.
- Clorhexidina
- Anestesia local
- Aguja corta y larga
- Cepillos de titanio
- Aeropulidores

**• PROTOCOLO DESCONTAMINACIÓN SOBRE SUPERFICIES DE IMPLANTES  
( RESECTIVA Y/O REGENERATIVA).**

**OBJETIVO:** Eliminar los patógenos oportunistas asociados con la infección y el establecimiento de un entorno local de microflora compatible con salud.

El tratamiento para la periimplantitis puede estar enfocado a dos terapia diferentes, la resectiva y la regenerativa, apoyados o no de la antibioticoterapia, con el fin de eliminar bacterias gramnegativas, y proporcionar salud periodontal.

El objetivo de la terapia Resectiva; Reducir la profundidad de bolsa periodontal de la superficie del implante expuesta. Reducir la rugosidad del implante y no comprometer la superficie del implante. Para la terapia Regenerativa en la peri-implantitis, es obtener acceso a la superficie del implante para el desbridamiento y la descontaminación a fin de lograr la resolución de la lesión inflamatoria. Para realizar la terapia regenerativa se tiene que presentar defectos óseos de 3 paredes o más defectos verticales.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA.**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

➤ **Terapia Resectiva:**

- Previa asepsia y antisepsia.
- Se evalúa profundidades al sondaje
- Previa anestesia local técnica infiltrativa y/o troncular.
- Elevación del colgajo ( Dependerá de la cantidad de encía queratinizada
- Descontaminación del implante con curetas plásticas, puntas de ultrasonido, aeropulidores.
- Modificación de la superficie rugosa del implante o de las roscas expuestas (Implanto plastia), se realiza con fresas para implantoplastia ( Brasseler grande , mediana y pequeña, fresa adiamantada, y fresa de arkansas.
- Lavado con suero fisiológico sobre la superficie del implante y tejidos circunferenciales.
- Osteoplastia para mejorar contorno de tejidos blandos
- Posicionar el colgajo coronalmente y suturar para evitar recesiones.
- Entrega de recomendaciones e indicaciones al paciente.
- Fórmula médica ( analgésicos, antiinflamatorios, y / o antibióticos.)
- Control posquirúrgico a los 8 días.

➤ **Terapia Regenerativa:**

- Asepsia y antisepsia
- Aplicación de anestesia técnica infiltrativa y / o troncular.
- Elevación del colgajo (El diseño del colgajo dependerá de la banda de encía queratinizada.)
- Descontaminación del implante, por medio de curetas plásticas, puntas de ultrasonido, aeropulidores y cepillos de titanio.
- Descontaminación química con suero fisiológico
- Regeneración ósea guiada (Autoinjerto-Aloinjerto-Xenoinjerto), sobre el defecto intraóseo.
- Membrana de colágeno reabsorbible
- Se posiciona colgajo cubriendo en su totalidad el injerto óseo y la membrana
- Entrega de recomendaciones e indicaciones al paciente.
- Fórmula médica ( analgésicos, antiinflamatorios, y / o antibióticos.)
- Control posquirúrgico a los 8 días.

**INSTRUMENTAL:**

- Instrumental básico
- Sonda periodontal.
- Jeringa carpule
- Aguja corta - Larga
- Curetas plásticas ( Teflón )
- Puntas de ultrasonido.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

**MATERIALES:**

- Suero fisiológico.
- Gasas estériles.
- Clorhexidina
- Sustitutos óseos
- Membrana de colágeno
- Anestesia local
- Aguja corta y larga
- Cepillos de titanio
- Aeropulidores

● **PROTOCOLO PARA ELEVACIÓN DE PISO DE SENO MAXILAR**

**OBJETIVO:** Obtener una base ósea adecuada en la que se pueda colocar implantes osteointegrados, en aquellos casos en que la consistencia del hueso no lo permite.

La causa de la pérdida de volumen vertical se debe a una pérdida ósea por fuerte neumatización del seno maxilar o atrofia de la cresta ósea maxilar. La elevación del piso del seno maxilar puede realizarse de dos maneras: bien con una osteotomía lateral del seno maxilar o bien con abordaje crestal.

La elevación del piso del seno está indicada en aquellos casos donde no es posible colocar implantes de longitud adecuada en la cresta ósea posterior edéntula del maxilar superior. Esta región posee generalmente una calidad ósea Tipo III o IV por lo que es necesario utilizar implantes de una longitud mínima de 10mm y del mayor diámetro que permita la anatomía.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA**

- Previa asepsia y antisepsia
- Anestesia local infiltrativa en la zona retro tuberal, infraorbital y palatina izquierda.
- Se inicia la técnica de elevación del seno maxilar mediante una incisión horizontal a nivel de la cresta ósea, con hoja de bisturí N° 15.
- Se realizan dos incisiones verticales, una mesial y otra distal a la zona edéntula, mediante periostotomo se eleva un colgajo mucoperiostico de espesor total, exponiendo el hueso de la porción inferior de la fosa canina; luego se realiza una antrostomía de aproximadamente 1 cm de diámetro en la pared lateral del seno con una fresa redonda grande sin desgarrar la mucosa antral.
- Esta lámina ósea permanece en el sitio quirúrgico después del uso de la fresa. Actualmente se deja esa lámina ósea pegada a la membrana que se convertirá en el nuevo piso del seno maxilar a un nivel superior.
- Con una cureta de Molt grande es usada para elevar la membrana del piso del seno desde los bordes laterales e inferiores del seno. Luego la membrana es elevada desde el piso del seno maxilar hacia el borde posterior de la tuberosidad utilizando una cureta.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA**  
**M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- La membrana sinusal es elevada superiormente y sostenida en esa posición con una cureta mientras se empaqueta el injerto a lo largo del piso del seno a una profundidad aproximada de 1 a 1 y medio cm. (En caso de perforación de la mucosa sinusal, la protegeremos con la colocación de una membrana reabsorbible de colágeno en el techo de la cavidad labrada y así evitar la introducción del material de injerto en la cavidad sinusal ).
- Después de este procedimiento la membrana sinusal se deja asentar suavemente sobre el injerto óseo, se coloca membrana en la zona lateral y se reposiciona el colgajo mucoperióstico, es cerrado sobre la antrostomía con sutura de nylon N°4 sin tensión, obteniéndose el cierre primario de toda la herida quirúrgica.
  
- Compresión suave y cemento quirúrgico opcional.
- Entrega de medicación al paciente
- Citar al paciente a un control en 7 días después de la cirugía para retiro de suturas y observar proceso de cicatrización.

**INSTRUMENTAL :**

- Instrumental básico
- Mango de bisturí y hoja de bisturí # 15.
- Jeringa carpule.
- Pinza adson garra y sin garra.
- Periostótomo
- Molt # 9
- Castroviejo.
- Tijeras para sutura.
- Retractor de minnesota.
- Cureta de Lucas.
- Tijeras para tejido curva.
- Tijeras para tejido recta.
- Pieza de alta velocidad
- Pieza de baja velocidad.
- Fresas de diamante
- Cánula

**MATERIALES:**

- Aguja larga y corta.
- Anestesia.
- Sutura
- Suero fisiológico.
- Gasas estériles.
- Fresa redonda, grande mediana y pequeña.
- Cemento quirúrgico
- Sustituto óseo



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Membrana de colágeno .

**BIBLIOGRAFÍA**

- Lindhe, Jan. ( 1998 ).Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 3<sup>rd</sup>. edition.
- Loe, H, Theilade, E and Jensen, S.B., Experimental gingivitis in man. Journal of Periodontology. No.36,1965,117-87.
- Cancro, L.P. and Finchman ,S., The expected effect on oral health of dental plaque control through mechanical removal. Periodontology 2000,Denmark,Vol.8, Junio 1995,60-74.
- Genco,R.Newman,M., Annals of Periodontology , World Workshop in periodontics, Virginia, Vol1,No1,Nov.1996,443-490
- O`leary ,T.J., The impact of research on scaling and root planing, Journal of Periodontology,Vol.57.1986,69-75.
- Pattison,G., Pattison,A.M., Periodontal Instrumentation,Reston Publishing Company,Inc, Reston,Virginia, E.U.1979,145-150.
- Caffesse,R., Mota,L.F., Morrison,T., The rationale for periodontal therapy, Periodontology 2000,Vol.9,1995,7-13.
- Gonzalez,J.M., Ferro,M.B., Reevaluación de la terapia periodontal, Universitas Odontológica, Vol.6,No.12,Nov., 1987, 95-103.
- Cortellini, P., Pini Prato, G. &Tonnetti,M (1.993 ). Periodontal Regeneration of human infrabony defects. Effect of oral hygiene on long-term stability. Journal of Clinical Periodontology 21, 606-610
- Brunsvold,M.A. & Mellonig,J. ( 1993 ). Bone Grafts and Periodontal Regeneration. Periodontology 20001,80-91
- Bernimoulin,J.P., & Curilivic,Z 1977. Gingival recession and tooth mobility . Journal of Clinical Periodontology 4, 208-219
- Bruno,J.F. 1994. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry 7 (6)43-57
- A surgical procedure to eliminate rotational relapse. American Journal of Orthodontics 60,128-141



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- Cortellini,P.,Pini Prato,G & Tonetti,M 1.996. Periodontal Regeneration of human intrabony defects with bioabsorbable membranes. A controlled clinical trial. Journal of Periodontology 67,217-223
- Soft tissue conditioning for the surgical therapy of peri-implantitis: A 12 -month prospective study. Monje A, Blasi G, Nart J, Urban IA, Nevns M, Wang HL. Int J Perio Rest Dent 2020.
- The critical buccal thickness revisited: An experimental study in the Beagle Dog. Monje A, Chappuis V, Monje F, Muñoz F, Wang HL, Buser D Int J . Oral Max Imp 2019.
- Mechanical and biological complications after implantoplasty- A systematic review. Stavropoulos A,Bertl K, Eren S, Gotfredsen K. Clin oral implants Res. 2019
- Patient -Centered perspectives and Understanding of periimplantitis. Insua A, Monje A,Wang HL, Inglehard M. J periodontol 2017.
- Location of unaccessible implant surface areas during debridement in simulated peri-implantitis therapy. Valerie Steiger Ronay, Andres Martin. BMC Oral health 2017.
- Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Jan Lindhe. 5ª Edición.
- Soft tissue management at implant sites Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Soft tissue management at implant sites. J Clin Periodontol 2008.
- Soft tissue management in oral implantology: A review of surgical techniques for shaping an esthetic and functional peri-implant soft tissue structure. Fouad Khoury, DMD Arndt Hoppe, DMD
- Modified Roll Technique for Localized Alveolar Ridge Augmentation. David Sharf, Dennis Tarnow. Volume 12 No 5, 1992 .
- Stefano Parma- Benfenati, Marisa Roncati, Carlo Tinti, Treatment Of Peri-Implantitis: Surgical Therapeutic Approaches Based On Peri-Implantitis Defects , J Periodontics restorative Dent 2013;33: 627-633
- MISCH Carl E. Implantología contemporánea. Madrid: Mosby-Doyma; 1995.





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA  
M-COE-OE-PT-006 VI 20-01-2022**

- DIAGO Peñarrocha Miguel, CARBO Guarinos Juan, BIELSA Sanchís José María. Implantología oral. Editorial Lexus; Barcelona, España; 2010.
- Esthetic management of the upper labial frenum: A novel frenectomy technique. Sukhchain B, Mahalinga Bhat, Subraya Bhat, Thomas. Quintessence International: 2006;37: 819-823.
- Aguana, karina cohen, lucia d. padrón, lucia b. Diagnóstico de caninos retenidos y su importancia en el tratamiento ortodóncico, revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría -junio 2011.