	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 1

AREA: PERIODONCIA

GINGIVECTOMIA

INTRODUCCION

La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se realiza la escisión y supresión del tejido gingival lesionado. Su objetivo fundamental es la eliminación de la pared blanda de la bolsa, para disminuir su profundidad y proporcionar visibilidad y el acceso necesario para eliminar los irritantes locales.

JUSTIFICACION

Este procedimiento se realiza como tratamiento de hiperplasia o crecimiento de encía por medicamentos, de la fibrosis de la misma, de la bolsa supraósea y para mejorar el acceso en técnicas restauradoras que invaden espacio subgingival.

OBJETIVO

Realizar protocolos de tratamiento y manejo para los pacientes con enfermedad gingival, periodontal o alteraciones del periodonto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS


1. Describir el paso a paso del procedimiento de gingivectomía.
2. Conocer las ventajas y desventajas de la técnica.
3. Reconocer las indicaciones y contraindicaciones de la gingivectomía.
4. Conocer los instrumentos adecuados para la realización de la cirugía.

POBLACION OBJETO

Estudiantes y docentes de la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

MATERIAL Y EQUIPO

- Instrumental básico: sonda periodontal, sonda de Nabers, espejo, pinza algodoner, explorador.
- Pieza de alta velocidad
- Curetas específicas: Gracey ½ o ¾, 7/8 o 8/10, 11/ 12, 13/ 14
- Cavitrón e insertos de cavitrón
- Jeringa carpule.
- Gasas y/o rollos de algodón.
- Anestesia tópica
- Anestesia carpules.
- Unidad odontológica (jeringa triple)
- Vaso desechable
- Babero
- Guantes
- Tapabocas
- Gorro desechable

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 2

- Visor
- Servilletas
- Eyector
- Fresas para pulir amalgamas y resinas
- Espejo facial
- Bisturí Bard Parker numero 3
- Hoja de bisturí No 11, 12 y 15
- Kit de sutura.
- Periostotomo.
- Pinza Krane-Kaplan.
- Bisturí de Kirkland No. 15 o 16.
- Bisturí de Orban o de Waerhaug No 1 o 2.

DEFINICION

Este procedimiento se lleva a cabo durante la fase de tratamiento definitivo o correctivo final de la terapia periodontal; bajo anestesia local.

INDICACIONES

La indicación de la gingivectomía es la presencia de bolsas supraalveolares profundas. Puede ser utilizada para remodelar los contornos gingivales anormales, tales como cráteres gingivales y la hiperplasia gingival. En tales casos a la técnica se le denomina *gingivoplastia*. No se considera adecuada en situaciones donde la incisión conduzca a la remoción de la encía adherida.

Es el tratamiento de elección en situaciones que se requieran medidas para remodelar la encía de modo que los márgenes de las restauraciones ubicados subgingivalmente pasen a ser supragingivales y para facilitar la terapéutica restauradora.

CONTRAINDICACIONES

-Cooperación del paciente: Un paciente que no logre cooperar durante la terapia básica, no debe ser objeto de tratamiento quirúrgico.

-Si no hay suficiente encía adherida.


-Tratamiento anticoagulante, solicitar interconsulta.

-Antecedentes de endocarditis por fiebre reumática, lesiones cardiacas

Congénitas, implantes cardíacos y vasculares deben ser medicados con profilaxis antibiótica y disminuir la carga bacteriana oral realizando enjuagues con inhibidores de placa tipo clorhexidina al 0.2%.


-Pacientes con leucemias agudas, agranulocitosis y linfogranulomatosis, no deben ser sometidos a cirugía periodontal.

-Anemias severas y no compensadas se debe realizar interconsulta. Los agrandamientos condicionados por fármacos, y el granuloma piógeno del embarazo tienden a recidivar, pero esto puede ser contrarrestado intensificando el control de placa bacteriana.

	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 3

TECNICA

- Anestesiarse apropiadamente la zona destinada para la cirugía.
- Identificar y marcar los fondos de las bolsas con pinzas marcadoras de bolsas de Krane-Kaplan, o por medio de una sonda periodontal.
- La serie de puntos sangrantes sirve de orientación para la incisión.
- La incisión primaria se puede ejecutar con un bisturí de Kirkland No. 15 o 16, o con un bisturí Bard Parker con hoja No.15 o 12, trazando para obtener un margen bien festoneado y delgado de la encía remanente.
- En las áreas de encía mas voluminosa la incisión debe ser ubicada a nivel más apical con respecto a nivel de los puntos sangrantes.
- La incisión biselada estará dirigida hacia el fondo de la bolsa o a un nivel ligeramente apical en el mismo sentido del epitelio de unión.
- Una vez completada la incisión primaria en vestibular y lingual, se separa el tejido blando interproximal mediante una incisión secundaria con bisturí de Orban o de Waerhaug No 1 o 2.
- Los tejidos incididos serán cuidadosamente eliminados por medio de una cureta periodontal.
- Los sobrantes de tejido se remueven con cureta o con tijeras.
- Realizar raspaje y alisado radicular de las superficies expuestas.
- Verificar presencia de bolsas remanentes y contorno gingival. Si fuera necesario se corrige con bisturí o con piedras de diamante rotatorias.
- Cubrir la superficie de la herida con un apósito periodontal de un espesor adecuado que quede estrechamente adaptado a las superficies vestibular, lingual e interproximal.
- Cambiar el cemento quirúrgico a la semana y dejarlo por otra semana.
- Tras el retiro del apósito, se limpia la encía y se realiza pulido coronal, se rectifica el raspaje y se elimina con cureta el excedente tejido de granulación.
- Reinstrucción en higiene oral.
- La epitelización de la herida suele quedar completa entre los 7 y 14 días después de la cirugía.

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 4

-La cicatrización total toma de 4 a 5 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindhe, Jan. 2000. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Editorial Panamericana.
2. Mariotti, Angelo. 1999 Dental Plaque-Induced Gingival Diseases. Annals of Periodontology, Vol 4(1):7-17.
3. Hans Peter Mueller. Periodontología, prologo de Thomas M. Hassell. Edit. Manual Moderno, S.A. de C.V., 2.006.
4. Annals of periodontology, Internacional Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Volumen 4 Número 1, diciembre 1.999.
5. Periodoncia-Fundamentos de la Odontología segunda edición Universidad Javeriana.

INJERTO GINGIVAL LIBRE

INTRODUCCION

El injerto gingival libre pertenece a las técnicas de cirugía periodontal plástica. Solucionando problemas de encía, mucosa y hueso alveolar y dirigidas a corregir defectos generados por la recesión gingival, encía insertada, vestíbulo superficial e inserciones de frenillos.

JUSTIFICACION

Forma parte de la terapia periodontal quirúrgica cuyo objetivo es devolver al periodonto un estado de salud controlando los factores etiológicos de la enfermedad periodontal, y reconstruir en lo posible las secuelas provocadas por la enfermedad o defecto adquirido.


OBJETIVO

Establecer parámetros claros y concisos de la cirugía de injerto gingival libre, para crear una banda adecuada de encía insertada para detener el proceso de recesión gingival progresiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el paso a paso del procedimiento de injerto gingival libre.
2. Conocer las ventajas y desventajas de la técnica.
3. Reconocer las indicaciones y contraindicaciones del injerto gingival libre.
4. Conocer la zona adecuada para tomar el injerto intraoralmente.

POBLACION OBJETO

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 5

Estudiantes y docentes de la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

MATERIAL Y EQUIPO

- Instrumental básico: sonda periodontal, sonda de Nabers, espejo, pinza algodонера, explorador.
- Pieza de alta velocidad
- Curetas específicas: Gracey ½ o ¾, 7/8 o 8/10, 11/ 12, 13/ 14
- Cavitrón e insertos de cavitrón
- Jeringa carpule.
- Gasas y/o rollos de algodón.
- Anestesia tópica
- Anestesia carpules.
- Unidad odontológica (jeringa triple)
- Vaso desechable
- Babero
- Guantes
- Tapabocas
- Gorro desechable
- Visor
- Servilletas
- Eyector
- Fresas para pulir amalgamas y resinas
- Espejo facial
- Bisturí Bard Parker numero 3
- Hoja de bisturí No 11, 12 y 15
- Kit de sutura.
- Periostotomo.

INJERTO GINGIVAL LIBRE

El injerto palatino epitelializado clásico fue originalmente presentado por (King y Pennel 1964) como un procedimiento de aumento gingival. Consiste en el transplante de un fragmento de mucosa masticatoria que incluye epitelio y lamina propia a una zona donde no existe y se requiere.


Es la técnica más predecible para incrementar la zona de encía queratinizada (técnica de extensión gingival).

VENTAJAS

1. Alto grado de predecibilidad.
2. Simplicidad.
3. Posible de tratar varios dientes al mismo tiempo.
4. Puede ser desarrollado cuando la encía queratinizada adyacente a la zona involucrada es insuficiente.
5. Como primer paso en el cubrimiento radicular.
6. Como único paso para lograr el cubrimiento radicular.

DESVENTAJAS

1. Dos sitios a intervenir: Zona donante y Zona receptora.

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 6

2. Disconfor del paciente.
3. Retención del injerto.
4. La técnica consume tiempo.
5. El color de injerto Blanco Pálido.

INDICACIONES

1. Para aumentar la encía queratinizada, donde después de un estricto control de placa persista la inflamación.
2. Antes de movimientos ortodónticos.
3. En recesiones gingivales pequeñas donde hay compromiso estético y de hipersensibilidad dentaria.
4. En dientes con restauraciones intracreviculares y con deficiente cantidad de encía insertada no funcional.
5. En rebordes edéntulos, donde existe pérdida de tejido en sentido buco-lingual.


TÉCNICA

ZONA DONADORA:

- Paladar, zonas edéntulas, zona retromolar
- Incisión superficial de unos 2 mm de profundidad apartados del margen gingival unos 3-5 mm y paralelo a la arcada dentaria. Se cierra el rectángulo con otras 3 incisiones y se pretende que el tamaño y la forma de injerto encajen con el área receptora planificada.
- Puede utilizarse el papel de estaño para medir previamente el área receptora. Este se coloca en el paladar para delimitar los bordes del injerto.
- Hay que liberar el injerto del paladar de unos 2 mm de grosor con un bisturí del N0 15 y ayudado de unas pinzas.
- Debe colocarse el injerto liberado sobre una gasa humedecida con suero.
- Debe comprimirse el área donadora, suturar y colocar cemento quirúrgico.
- Limpiar el injerto de tejido graso y darle un grosor uniforme.
- Pueden practicarse pequeños cortes en el injerto para aumentar la longitud mesiodistal.

ZONA RECEPTORA

- Incisión horizontal desde el borde coronal en sentido apical que deja el periostio expuesto sobre el hueso y retrae la mucosa en sentido apical hasta dejar el área receptora expuesta.
- Para aumentar la altura de las áreas interdetales se elimina el epitelio del área receptora solamente para exponer un área cruenta y vascularizada que irrigue el injerto.
- Se coloca el injerto en el área receptora y se procede a suturar, puede ser únicamente en coronal, o un punto cruzado desde la base del injerto hacia coronal. Las suturas que cruzan el injerto por encima son aconsejables para mantenerlo en posición y favorecer su irrigación.
- Hay que comprimir la zona durante 5 a 10 minutos y se coloca cemento quirúrgico.

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 7

BIBLIOGRAFIA

1. Lindhe, Lang, Periodontología Clínica e Implantología Odontológica, 5 edición, Edit. Medica Panamericana. 2.008.
2. Hans Peter Mueller. Periodontologia, prologo de Thomas M. Hassell. Edit. Manual Moderno, S.A. de C.V., 2.006.
3. Annals of periodontology, International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Volumen 4 Número 1, diciembre 1.999.

ALARGAMIENTO CORONAL

INTRODUCCION

Se denomina espacio biológico a la unión dentogingival, que ha sido descrita como una unidad funcional, compuesta por el tejido conectivo de inserción de la encía y el epitelio de unión. La importancia de esta estructura radica en las consecuencias que se pueden derivar de su invasión, que como se verá más adelante puede inducir retracción gingival, pérdida ósea, hiperplasia gingival, etc., todo ello con unas graves consecuencias desde el punto de vista de la salud periodontal como de la estética gingival.

JUSTIFICACION

Procedimiento quirúrgico cuya función es la remodelación del contorno de los tejidos de la encía y a menudo del hueso subyacente, alrededor de uno o más dientes para que quede expuesta la suficiente de la pieza dental. El alargamiento de corona se incluye dentro de las denominadas técnicas de cirugía periodontal.

OBJETIVO

Establecer parámetros claros y concisos de la cirugía de alargamiento coronal, para generar ganancia coronal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS


1. Describir la técnica quirúrgica de alargamiento coronal.
2. Conocer las ventajas y desventajas de la técnica.
3. Reconocer las indicaciones y contraindicaciones del alargamiento coronal.

POBLACION OBJETO

Estudiantes y docentes de la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Instrumental básico: sonda periodontal, sonda de Nabers, espejo, pinza algodонера, explorador.
- Pieza de alta velocidad

	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 8

- Curetas específicas: Gracey ½ o ¾, 7/8 o 8/10, 11/ 12, 13/ 14
- Cavitrón e insertos de cavitrón
- Jeringa carpule.
- Gasas y/o rollos de algodón.
- Anestesia tópica
- Anestesia carpules.
- Unidad odontológica (jeringa triple)
- Vaso desechable
- Babero
- Guantes
- Tapabocas
- Gorro desechable
- Visor
- Servilletas
- Eyector
- Fresas para pulir amalgamas y resinas
- Espejo facial
- Bisturí Bard Parker numero 3
- Hoja de bisturí No 11, 12 y 15
- Kit de sutura.
- Perióstotomo.

OBJETIVOS DE LA CIRUGIA


- Eliminar las bolsas periodontales
- Crear contornos de tejido que permitan desviar el alimento y los detritus fuera de los márgenes gingivales.
- Crear y mantener zonas de encía adherida lo suficientemente grandes como para que resistan la tracción de los frenillos y de las inserciones musculares, y la irritación producida por restauraciones dentales, cepillado de los dientes y masticación.
- Proveer de acceso a las superficies radiculares para su curetaje y la aplicación de sustancias bactericidas y descalcificantes.
- Restaurar el tejido periodontal perdido.

LIMITACIONES

- No elimina los factores etiológicos.
- No se elimina la movilidad de los dientes.
- No siempre se puede restaurar el tejido perdido.
- No siempre se puede eliminar por completo la bolsa sin destruir en demasiada cantidad el tejido sano.

INDICACIONES

- Hiperplasia gingival: gingivectomía y gingivoplastía.
- Corona clínica corta: gingivectomía y osteotomía.
- Fractura dentaria subgingival: gingivectomía y ostectomía u osteoplastia.

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 9

- Caries subgingival: gingivectomía y ostectomía.
- Perforaciones: Gingivectomía
- Reabsorción radicular externa: gingivectomía y osteoplastia.
- Dientes no erupcionados: gingivectomía con gingivoplastia, ostectomía y colgajo de reposición apical.
- Erupción pasiva tardía: gingivectomía, ostectomía y colgajo de reposición apical.

FACTORES A TENER EN CUENTA ANTES DE REALIZAR ALARGAMIENTO:

- 1) Proporción raíz-corona (la ostectomía empeora esta situación).
- 2) Localización de las furcaciones.
- 3) Soporte periodontal que perderían los dientes adyacentes.
- 4) Valor estratégico y posición de la arcada.
- 5) Requerimientos restauradores posteriores.
- 6) Consideraciones estéticas y fonéticas (zonas de maxilar anterior)
- 7) Oclusión.
- 8) Posibilidad de higiene correcta tras la restauración.
- 9) Presencia de encía queratinizada insertada y bolsas periodontales.
- 10) Consideraciones Endodóntica.

TÉCNICA


- Gingivectomía a bisel interno y a bisel externo.
- Cirugía a colgajo con remodelado óseo.

GINGIVECTOMIA DETERMINACIONES:

- Deberán de existir de 3 a 5 mm de encía remanente, después de practicada la gingivectomía.
- No se requiere cirugía ósea. Si se deja la cresta gingival ligeramente coronal o a nivel de la línea amelocementaria, deberán existir 2,5-3 mm entre ésta y la cresta ósea.

GINGIVECTOMIA A BISEL EXTERNO:

La gingivectomía a bisel externo solo se realiza cuando se asocia a una gingivoplastia, es una técnica muy restringida empleándose desde el punto de vista estético sólo en los casos de hipertrofia

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 10

gingival inducida por fármacos y fibrosis idiopáticas.

-Se marca la profundidad de sondaje en la cara vestibular y palatina de la encía para tener una referencia en el momento de practicar la incisión.

-La incisión debe realizarse con una angulación de la hoja del bisturí de 45°, siguiendo el trayecto de las marcas pero ligeramente apical a las mismas y profundizando en las papilas.

-Se elimina el tejido gingival y se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí y fresas de diamante.

-Se puede colocar apósito periodontal.

-Los instrumentos cortantes más usados para esta operación son el bisturí convencional, un bisturí de Kirkland o el bisturí eléctrico en los casos que se prevea una gran hemorragia.

GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO

-Primera incisión: Se practica una incisión a bisel interno desde el ángulo diedro mesial hasta el ángulo diedro distal. No se entra en las áreas papilares. La incisión se dirige a la cresta alveolar. Para una adaptación adecuada, puede ser necesario extender la incisión 2-3 mm en dirección apical a la cresta alveolar. En estos casos, el bisturí debe orientarse casi paralelo al eje del diente.

-Segunda incisión: Incisión intrasurcular hasta alcanzar la base de la incisión inicial en la cresta del hueso. Esta incisión permite eliminar el collarete de tejido con una cureta y así de esta forma exponer la corona anatómica.


El cuidado postoperatorio se centra en eliminar el tejido blando de regeneración del margen coronal usando un cepillo postquirúrgico 24 horas después de la cirugía y enjuagándose con Digluconato de clorhexidina al 0,12% 30 segundos 2 veces al día. Se le cita 4 y 7 días después de la intervención para evitar la regeneración adicional de tejido marginal.

-*Sin incisiones liberadoras:* Cuando existen unas medidas volumétricas adecuadas de encía insertada, es posible eliminar un collarete de encía alrededor de los dientes sin temor a crear un posible problema mucogingival. Estas incisiones deben extenderse como mínimo un diente más a cada lado de la zona a tratar.

Con incisiones liberadoras: Cuando no se dispone de las dimensiones adecuadas de encía insertada y se prevé la elongación severa, será necesario practicar incisiones verticales liberadoras asociadas a una incisión intrasurcular, que permitirá desplazar el colgajo en sentido apical y preservar la totalidad de la encía insertada existente.

En el lado palatino la incisión será a bisel interno ya que no existen problemas de cantidad de encía insertada.

Despegamiento del colgajo mucoperiostico: Con el periostótomo, se eleva un colgajo a espesor total

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 11

más allá de la línea mucogingival. Esté deberá ser lo más a traumático posible.

-Cirugía ósea: La cirugía ósea se realiza bajo abundante irrigación, utilizando fresas, cinceles, limas y curetas. La eliminación final del hueso adyacente al diente es aconsejable realizarla utilizando instrumentos manuales para evitar dañar la superficie radicular.

-Comprobar si la superficie dental expuesta es suficiente: Se debe verificar si es correcta la distancia desde la nueva ubicación de la cresta ósea en todo el perímetro de la raíz, hasta donde prevé que va a estar ubicado el margen de la restauración.

-Sutura de colgajo: Es recomendable tener en mente el concepto de espacio biológico en el momento de suturar, para que éste pueda formarse en toda su amplitud. Si el margen del colgajo se sutura a menos de 2mm de la cresta ósea, se obtendrá un surco muy superficial y un espacio biológico en sus mínimas dimensiones.

Las suturas periósticas pueden ser útiles para asegurar una ubicación precisa del margen gingival, sobre todo cuando los colgajos se suturan apicalmente. En los colgajos que se elevan más de la línea mucogingival sufren una cicatrización con un desplazamiento hacia apical de sus márgenes gingivales por contractura de la herida quirúrgica, por esto en estos casos siempre es conveniente usar suturas periósticas.


Habitualmente se practican suturas simples interrumpidas (4 ó 5 ceros).

-Normas postoperatorias: Se prescriben analgésicos y AINES, además de enjuagues con Clorhexidina al 0,12%. Se le prescribe también un cepillo postquirúrgico y luego posteriormente un ultrasuave.

-Cicatrización y prótesis definitiva: Durante la cicatrización pueden existir variaciones en la ubicación del margen gingival. Por lo tanto es conveniente utilizar prótesis provisionales y no colocar las definitivas hasta de 3-5 meses después, esto es especialmente relevante en el sector anterior. El tiempo de espera también dependerá del periodonto sobre el cual se ha intervenido.

BIBLIOGRAFIA

1. Carranza, Newman. Periodontología clínica. Editorial Mc-Graw Hill Interamericana. 8° Edición. 1998.
2. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. Peri

 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: GI-DO/PC-003
	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	VERSIÓN: 00
	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE FASE QUIRÚRGICA	PÁGINA: 12

9. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	RESPONSABLE APROBACIÓN

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Nombre: Dra. Helena Muskus L. Dra. Maryury Vega G.	Nombre: Luisa Arévalo Tovar	Nombre:
Cargo: Docentes	Cargo: Decana	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma: