

Universidad Autónoma de Guadalajara

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Odontología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Importancia Clínica de la Relación que deben guardar las
Restauraciones Dentales y el parodontio.

Tesis

que para obtener el Título de:

Cirujano Dentista

Presenta:

Miguel Alfonso González Fuentes

Asesor:

Ramón Vicente Torres Luna

Guadalajara, Jalisco, 1985.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" IMPORTANCIA CLINICA DE LA RELACION QUE DEBEN PRESENTAR
LAS RESTAURACIONES DENTALES Y EL PARODONTO ".

Introducción.	1
CAP. I. Cuidado relativo a las restauraciones en dientes anteriores	
a) contorno de las restauraciones	3
b) Punto de Contacto	7
c) Requerimientos de oclusión.	9
CAP. II. Características intrínsecas de los materiales de restauración	
a) Cuidados relativos	13
b) Contorno de las restauraciones bucal ó lingual	14
c) Márgenes.	16
CAP. III. Punto de Contacto.	22
a) Como se logra el punto de contacto	24
b) Defectos a nivel del punto de contacto	28
c) Características de los rebordes marginales	29
d) Anatomía oclusal.	30
CASUÍSTICA	31
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA.	37

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Anteriormente los odontólogos sólo se preocupaban por la restauración del diente sin darle importancia a la relación entre el diente y el tejido de soporte. Afortunadamente hoy en día el conocimiento sobre operatoria y la periodoncia se tiene más en cuenta la correlación existente entre la odontología operatoria y la salud de los tejidos periodontales.

Debido a todo lo anterior y al interés por la conservación del aparato Estomatognático como un todo funcional y morfológicamente integrado vemos que cuando se realizan restauraciones ellas deben cumplir normas que mantengan al diente haciendo parte activa e importante del aparato bucal.

El propósito de este tema es recoger diferentes impresiones acerca de los muchos reconocimientos que deben presentar las restauraciones para cumplir con las normas para conservar al periodonto y los dientes funcionando armónicamente.

Es irónico como el odontólogo tratando de resolver un problema - tan marcado como es la caries, pueda al realizar restauraciones en - forma descuidada facilitar un nocivo y peor problema que es la enfermedad periodontal.

1.- CUIDADO RELATIVO A LAS RESTAURACIONES EN DIENTES ANTERIORES

- a) .- Contorno de las restauraciones
- b).- Punto de Contacto
- c) .- Requerimientos de oclusión

las restauraciones estéticas en dientes anteriores son realizadas con silicatos, resinas acrílicas y compuestas.

Actualmente la más usada es la resina compuesta ya que las resinas acrílicas poseen poca estabilidad de color y su tan exagerada contracción de polimerización lo cual ocasiona desadaptación.

Los silicatos presentan escasa resistencia y son fácilmente disueltos.

Vamos a comentar las características que deben poseer las restauraciones de resina, así como mostrar algunas de sus fallas más comunes que ocasionan problemas periodontales. 8

CONTROL DE LAS RESTAURACIONES

El preservar y reconstruir adecuadamente el contorno de los dientes anteriores es un requerimiento básico que debe cumplir los odontólogos. Cuando hablamos de contornos debemos tener presentes las formas anatómicas de los incisivos y los caninos, e intentar reemplazar los tejidos dentales perdidos por acción de la caries, respetando el periodo de protección.

La falla más común son los excesos gingivales facilitando la retención de placa dental, destruyen la inserción epitelial permitiendo la migración epitelial hacia apical, con el establecimiento de enfermedad periodontal.

Los excesos que penetran en el surco gingival no son visibles al operador y sin percatarse de si existen no los retiran.

Por lo que es necesario examinar la pared gingival de la restauración, cuando existen excesos es necesario retirarlo.

Para prevenir los excesos gingivales, es necesario usar dique

de goma, cuñas de madera o tiras de algodón colocadas en la región proximal y en el surco gingival.

Los márgenes deben ser altamente pulidos ya que una superficie rugosa facilita la adhesión de placas bacteriana

Los márgenes adecuados se deben poder limpiar fácilmente con los aditamentos utilizados diariamente en la higiene bucal.

Otra falla en el contorno es cuando se realizan obturaciones clase V. un defecto en el contorno ocasiona impactación. Un exceso ocasiona una deflexión de los alimentos y pobre estimulación de los tejidos gingivales.

Cuando existe una pared axial demasiado convexa, se forma una zona difícil acceso a las medidas normales de higiene. La acumulación de placa ocasiona gingivitis marginal y luego periodontitis, resultando de no reconstruir adecuadamente el contorno dental. 8

Para mantener la encía sana el margen gingival debe estar ubicado en un sitio que permita:

- 1.- Que el odontólogo pueda controlar la impresión, preparación y terminación de la restauración.
- 2.- Que el paciente pueda mantener el sitio libre de placa.
- 3.- Que la estética sea aceptable.

El margen gingival puede ubicarse hasta 1mm debajo de la encía pero más profundo, cuando la estética es el factor primordial.

En todos los otros casos se debe preferir la ubicación gingival o supragingival.

Se recomienda las restauraciones supragingivales en general, admitiendo las subgingivales solamente en los siguientes casos:

- 1.- Por estética en pacientes con la línea de sonrisa alta.
- 2.- Por fractura dentaria subgingival.
- 3.- En pacientes con caries rampante.
- 4.- Coronas clínicas sumante cortas.

Durante las maniobras operatorias se recomienda no lesionar ni invadir la adherencia epitelial ni lastimar el epitelio de la cara interna de la encía marginal.

Las restauraciones subgingivales poseen el peligro potencial de del 1 año a las estructuras periodontales ya que facilitan la acumulación de placa y dificultan la limpieza provocando el desequilibrio biológico con la consecuente inflamación y posterior retracción de la encía que al migrar apicalmente dejara expuesto el margen gingival de la restauración.

Se prefiere las coronas supragingivales en todos los casos que no exista un compromiso estético en el sector anterior y cuando las exigencias estéticas sean primordiales, se puede optar por la terminación normo gingival.

Es conocido el problema de la terminación y pulido de las resinas reforzadas ya que por su propia naturaleza física no permiten la obstrucción de una superficie absolutamente lisa aunque el uso de una matriz bien adaptada permite obtener una superficie lisa de manera inmediata luego en contacto con el medio bucal y por acción masticatoria del cepillado esta superficie favoreciendo la acumulación de placa.

Por otra parte la contracción que sufren las resinas polimerizar crean un espacio entre el material y la pared del diente que permite la entrada de microorganismo y la instalación de placa bacteriana.

Una restauración correcta debe reconstruir con exactitud el tejido dentario perdido sin excesos ni defectos, de volviendo al diente forma, tamaño y contorno ideales para que vuelva a funcionar en la boca como la hacía antes de sufrir la lesión.

Esto no ocurre así, ya sea por fallas técnicas del operador, por dificultades insalvables del acto operatorio o por deficiencias del material de restauración.

Cuando la restauración deficiente se halla cercá del margen gingival o en un sitio que permita el acceso a la zona periodontal, la respuesta inflamatoria del periodoncio a corto o mediano plazo resulta inevitable.

La técnica restauradora utilizada se refleja en definitiva en el periodonto. Los contornos fisiológicos adecuados son fundamentales para el mantenimiento de la salud periodontal. Para establecer contornos coronarios correctos, se requiere un tallado adecuado de los dientes.

En las restauraciones de recubrimientos total, es fundamental recrear los contornos coronarios biológicos adecuados para prevenir la enfermedad periodontal. La forma de la restauración debe permitir también la excursión de los alimentos sobre la encía par producir estimulación gingival. En el tercio gingival debe hacerse un perfil de emergencia recta en la corona, de manera de no crear problemas periodontales. Las troneras deben mantenerse en armonía con la arquitectura gingival. Los contornos interproximales que son demasiados anchos o demasiado angostos producirán irritación causada por el sobrecrecimiento la ingurgitación y zonas de inflamación crónica de las papilas interdientarias. Una tronera demasiado abierta permite también el impacto la teral de alimentos, la consiguiente mala higiene, y zonas de irrita ...

tación crónica. Todos los márgenes y contornos coronarios deben ser lisos y estar altamente pulidos para evitar irritaciones locales que llevarán a problemas periodontales.

La tronera gingival que está por debajo de la junta soldada de una prótesis fija es una zona de preocupación crítica. Esta tronera debe ser cóncava para dar lugar a las papilas interdentarias. La junta soldada debe ser altamente pulida para evitar la irritación local, y su cara gingival debe estar redondeada. Las asperezas o las irregularidades de esta zona deben eliminarse para reducir las acumulaciones de placa, alimentos y restos, que son precursores de problemas periodontales.

Del mismo modo, el punto de contacto de la restauración debe estar en el tercio oclusal o incisal. 7

PUNTO DE CONTACTO

El área de contacto real entre dos piezas en las superficies mesial y distal y a veces se le denomina punto de contacto, ciertos autores describen el contacto como relación de cánica, pero esto ocurre durante corto tiempo después de la erupción. 3

La función más importante de los puntos de contacto es la protección a las lengüetas interdentarias del trauma masticatorio.

El punto de contacto es de gran importancia ya que estos y los rebordes dividen los alientos y los orientan hacia los nichos vestibulares y linguales o palatinos y masajean las lengüetas interdentarias evitando además la compactación de los alimentos en los espacios interproximales. 5

El área de contacto en dientes anteriores se localiza más cercana a la superficie lingual y a nivel incisal:

Esto debe tenerse en cuenta para la reconstrucción. El error más común es hacer el punto de contacto que va desde el tercio hasta el tercio gingival. Esto dificulta la limpieza retiene la placa y estrangula la papila dental facilitando el establecimiento de enfermedad gingival. Cuando es necesario reconstruir puntos de contacto demasiado largos debido al apilamiento debe prevenirse un sobre control de placa muy riguroso. La falta de punto de contacto en dientes anteriores, no es muy traumática pero permite la impacción de alimentos y pequeñas migraciones dentarias. 8

Al momento de reconstruir las relaciones de contacto es muy importante realzarlo teniendo en cuenta la morfología dentaria, la edad del paciente y las relaciones de continuidad existente entre los demás dientes.

Reproducir el área de contacto es muy importante ya que evita que los dientes se muevan por las fuerzas masticatorias y para resistir el impacto de la comida y proteger el tejido gingival. 5

En la masticación normal el borde incisal corta los alimentos y se deslizan y la cara platina de los incisivos y caninos superior.

Los rebordes marginales de dichas caras alejan los alimentos de los puntos de contacto y el ángulo provoca la división y protege la encía.

Al momento de reconstruir la pieza es muy importante reconstruir el ángulo y los rebordes marginales ya que su función es de gran importancia para la protección de la encía.

Si la relación de contacto no es correcta los alimentos se introducen en los espacios interproximal y canina la lengua o papila gingival por lo tanto es muy importante reproducir la morfología y fisiología. 6

Un modo de controlar si el contorno proximal de una restauración ha quedado correcto consiste en el uso del hili dental, si el hilo se deliza por toda la restauración sin engancharse especialmente a nivel cervical o gingival puede darse por terminada. 1

REQUERIMIENTOS DE OCLUSION

Las estructuras anatómicas son fisiológicamente importantes ya que dan protección a los tejidos de soporte.

La restauración de la pieza debe cumplir este propósito reproduciendo de manera correcta las troneras, espacios interproximales y puntos de contacto. 3

Las reconstrucciones grandes realizadas en caninos e incisivos deben ser cuidadosamente revisadas en cuanto a la oclusión. Las superficies linguales o palatinas son las encargadas de conservar la dimensión vertical en oclusión céntrica y de guiar el movimiento de protrusión de la mandíbula.

Un sobre prematuro con el consecuente traumatismo oclusal o fractura de ésta, permite también el cambio de guía incisal durante el deslizamiento, en protrusiva con el consiguiente traumatismo oclusal sobre el diente que presenta la restauración real adaptada.

Un diente un punto prematuro puede presentar aumento de movilidad y generalmente está asociado con sensibilidad pro-operatoria. 8

11.- CARACTERISTICAS INTRINSECAS DE LOS MATERIALES DE RESTAURACION

a).- Cuidados relativos

b) .- Contorno de las restauraciones bucal ó lingual

c).- Margenes

Las propiedades de los materiales varía, están clasificados como permanentes y temporales, metálicos y no-metálicos. Están hechos para fuerzas, estética, factores económicos y otros problemas relacionados con la biología.

MATERIALES PERMANENTES.-

Los materiales permanentes deben satisfacer los objetivos de una restauración de 20 a 30 años. Tales materiales incluye materiales de oro cohesivo, oro vaciado, restauraciones de amalgama, que deben encontrar los requerimientos de esta categoría. Una restauración ideal es una que dure lo que dura el diente.

RESTAURACIONES TEMPORALES.-

Estos materiales sirven para períodos más cortos. La restauración temporal debe sellar el diente y mantener la posición hasta un servicio permanente o un restablecimiento puede ser ofrecido.

Los materiales temporales son las restauraciones de resina silicato. Materiales temporales, designados para el propósito de proteger los diente para períodos cortos, como se necesitan para oro vaciado o para controlar los tejidos que soportan, también incluye cementos de fosfato de zinc, óxido de zinc engenol, y policarbesidrato.

Resinas sostenidas con estos cementos son otros materiales comunes usados.

Los materiales de restauración deben presentar algunas características para lograr un buen resultado como son las siguientes:

A).- Resistencia a la solubilidad: La restauración no debe disolverse en la cavidad oral. Esta propiedad está descrita como solubilidad y es medida por la pérdida de peso de la restauración después de que ha sido puesta en diferentes soluciones y la saliva.

B).- Adaptabilidad.: se refiere al grado de la mecánica que se traba y sellando entre el material y la pared de la preparación de

de la cavidad. La propiedad puede ser evaluada en algunas maneras.

Por ejemplo.- La cantidad de penetración de radio isótopos, tintes y bacteria en la entrecara de la restauración y la estructura del diente puede ser determinada.

C).- Estabilidad dimensional: La falta de encogimiento o expansión siguiendo posición del material en la cavidad es más deseable.

Estabilidad dimensional o cambio es usualmente medida en micras. Un cambio puede resultar de la reacción de la puesta o de la expansión termal o contracción del material.

D).- Resistencia al desgaste: Es evaluada por los cambios de superficie de la restauración siguiendo la aplicación de abrasivos y otras sustancias. Pérdidas de peso características de la superficie determinan la cantidad de material perdido o el cambio de superficie en el contorno.

E).- Resistencia a la fuerza de masticación: Sosteniendo las fuerzas de masticación es importante. Esta propiedad es medida por la resistencia a la fuerza de masticación compresivo y tensor. Las resistencia a la fuerza de manifestación son importantes por que ambos tipos, en adición la fuerza de masticación compresivo ha sido estudiada más que las otras propiedades.

Un examen de la fuerza cortante universalmente aceptado, o uno que aplique esta condición en la boca no ha sido designado.

F).- Conductividad termal baja: Conductividad termal baja debe ser controlada para prevenir el daño de pulpa.

Conductividad termal es medida en calorías por segundo y es influenciada por el tipo de la restauración o basa material.

G).- Facilidad de manipulación: Se refiere al procedimiento requerido para mezclar y poner material. El tiempo y número de instru-

mentos requeridos son otros factores.

h) Resistencia a la corrosión. Resistencia a la corrosión previene degradación de las áreas de superficie de restauración, incluyendo aquellas áreas funcionando en el margen y contra la preparación - de cavidad que ha sido hecha. Un metal noble tal como puro oro no realmente se corroe en la cavidad oral. La corrosión y el manchado son estimulados cuando los metales disímiles tienen contacto con la boca.

El dentista debe saber las atribuciones de los materiales restaurativos y los "standards" aceptados para cada categoría. 3

CUIDADOS RELATIVOS

El material más utilizado en restauración de dientes posteriores en operatoria dental es la amalgama.

Aunque es un material fácil de manejar al ofrecer muchas cualidades es a veces mal manejado y empleado.

Como consecuencia de ello se derivan factores nocivos a los tejidos dentarios y periodontales. 8

Cuando se utiliza amalgama como material de obturación - es habitual efectuar una gran presión al condensarla. Esta presión puede forzar el material fuera de los límites cavitarios y hacer - que este invada las zonas periodontales aún cuando se usen matriz y encía.

Esto se debe a la dificultad para lograr una perfecta adaptación - En ciertos casos especialmente cuando se trata de dientes en mal - posición o muy inclinados.

Los excesos de amalgama se endurecen y si no se les retira inmedia-

tamente se transforma en factor de irritación permanente del periodoncio al permitir la acumulación de placa y dificultar la correcta higiene bucal.

La amalgama dental bien manipulada y colocada en cavidades correctamente preparadas ofrece características de durabilidad y de servicio clínico que restituyen la estructura dentaria por largo tiempo.

Por lo tanto al terminar una restauración se le debe examinar cuidadosamente y mediante un explorador sonda o instrumento adecuado. Hay que eliminar toda la amalgama que exceda los límites cavitarios en especial a nivel cervical, con chorros de agua se limpian los surcos gingivales y los tejidos adyacentes para evitar que queden restos de amalgama.

CONTORNO DE LAS RESTAURACIONES BUCAL O LINGUAL

Siempre que se realice una restauración con amalgama debemos reproducir las características anatómicas.

Los contornos en vestibulares o linguales deben ser correctos para permitir que los fragmentos alimenticios producidos por la trituración de los alimentos, corren a lo largo sin incrustarse en el surco gingival.

Las superficies vestibular y lingual, deben tener sólo la justa convexidad que permita preservar los tejidos gingivales en perfecta salud. 8

La altura del contorno es el área de más volumen sobre las superficies bucal y lingual de la pieza. Protege al tejido gingival formando una línea de examen alrededor del diente, evitando la impacción de alimentos en los espacios gingival, bucal y lingual.

En dientes posteriores, el contorno se localiza en el tercio gingival de la superficie bucal y en el tercio medio de la superficie lingual. Estos contornos desvían los alimentos hacia el margen gingival libre, y deberán ser colocados en las restauraciones para dar protección al parodonto.

El contorno de la pieza es muy importante para la función, estabilidad y protección de los tejidos parodontales.

No siempre se pueden dar formas y contornos ideales, especialmente si existen rasgos anatómicos indeseables en la pieza antes de la lesión. Antes de iniciar restauraciones biológicas se debe comprender los componentes y propósitos de las superficies libres, considerándolas desde el punto de vista de la protección periodontal.⁴

MARGENES

Deben unirse en su margen con la estructura dentaria sin rebordes, escalones o excesos visibles. Los márgenes que más importancia tienen desde el punto de vista periodontal son las gingivales un exceso de material empacado en el surco gingival más allá de los límites de la cavidad dental, no es sólo irritante físico a los tejidos periodontales sino que tiene la potencialidad de retener desechos alimenticios y placa bacteriana que traumatiza el periodonto. 8

Todo exceso de material obturados ubicados en las cercanías del margen gingival da lugar a una periodontitis marginal por acumulación de placa. Cuando el exceso de material queda en el espacio interdentario irrita la papila gingival que sangra espontáneamente o ante el menor estímulo permite la acumulación de placa y restos alimentarios con la consiguiente secuela de halitosis y dolor y termina en una verdadera lesión en el espacio interdentario y desaparición de la papila finalmente bolsa periodontal.

A menudo este problema puede evitarse mediante el uso de una buena cuña de madera dura para sostener y adaptar la matriz en la zona de la papila. Esto es válido tanto para una restauración en el sector exterior como posterior.

El exceso en zonas libres a nivel del margen gingival puede usarse puntas morse para curetaje subgingival, fresas de doce hojas para terminar obturaciones con forma de pera, de llama o lanceoladas, piedras de diamante troncocónicas, delgadas a velocidad mediana. Luego se pule con tiras de papel discos de papel a velocidad convencional, de tamaño no menor que la cobertura del margen del grano abrasivo decreciente hasta obtener la lisura necesaria.

CONVEXIDAD EXCESIVA:

Puede suceder que la restauración colocada no desborde los límites cavitarios pero no reconstruya la forma y contorno adecuados. es decir que sobresalga con respecto a la curvatura de la pared dentaria correspondiente. Esto es frecuente en coronas totales con preparaciones deficientes.

Si esto ocurre a nivel cervical pueden ocurrir dos situaciones: a) que permita la acumulación de placa entre la parte más convexa o sobresaliente y el margen gingival, b) que no permita la -- acumulación de placa pero en cambio modifique la curvatura natural de esa cara del diente, dificultando la autolimpieza por paso de -- alimentos o directamente la higiene bucal del paciente, con lo cual, indirectamente también va a permitir la acumulación de placa.

Esto puede ocurrir con restauraciones de amalgama de clase V en el sector posterior de la boca, cuando se ha producido contaminación con humedad durante la inserción del material. Si la amalgama contiene zinc se va expandir en las primeras semanas de manera no--table sobresaliéndose de la cavidad y provocando el problema men--cionado.

En la zona interdientaria la convexidad excesiva reduce el espacio que debe ocupar la papila gingival dando por resultado su retracción. Las incrustaciones metálicas múltiples suelen producir este efecto. Si la convexidad excesiva no se acompaña de irrita--ción y el paciente tiene una excelente salud periodontal, en algunos casos se llega a un equilibrio y la papila se adapta a su nue--vo ambiente. De todos modos los problemas motivados por fallas -- técnicas éste es tal vez el menor y el que más a menudo resulta, -- bien tolerado por los tejidos. Por el contrario, si el espacio interdentario ya estaba vacío por retracción o atrofia de la pa--pila, es necesario evitar toda convexidad que reduzca el tama--ño del espacio ya que en estos casos resulta conveniente tener tro--

neras amplias que sean fáciles de limpiar por parte del paciente - en su higiene bucal diaria.

MATERIAL INSUFICIENTE:

Cuando por alguno de los motivos mencionados la cavidad no queda totalmente obturada, los huecos o irregularidades de la superficie van a ser ocupados rápidamente por la placa bacteriana. Si la cavidad se halla en zona cervical o en contacto con la papila gingival, la presencia de placa, es difícil remoción, dará lugar al comienzo de una inflamación gingival.

Clínicamente esto ocurre en las siguientes situaciones:

- a) Cuando se obtura con amalgama una cavidad de clase II, próximo oclusal, y no se condensa bien el material especialmente hacia las caras bucal y lingual de la caja proximal. Al retirar la matriz - suelen quedar poros o huecos entre la obturación y el borde cavo-superficial de la caja proximal. Lo mismo ocurre en otros sitios, -- por diseño incorrecto de la cavidad o material mal manipulado. Además del problema de retención de placa, aquí se produce con más rapidez la corrosión de la amalgama, con el deterioro de su superficie y la aparición de nuevos poros que complican la biología de toda la zona.
- b) Esto puede ocurrir también si se utiliza un material que endurezca con demasiada rapidez o al que le falte plasticidad.
- c) Con las resinas reforzadas (composites) el problema es similar ya que se trata de un material difícil de condensar porque se adhiere a los instrumentos utilizados para llevarla a la cavidad. Y también por su corto tiempo de fraguado, y en grandes cavidades es recomendable hacerlo con porciones pequeñas sucesivas, prepa-

rando material cada vez.

Se unen las cantidades químicamente si no hay contaminación y no ha endurecido la anterior.

d) Con los acrílicos existe el problema de su fraguado lento y esto -- puede ayudar a la formación de burbuja en los rebordes cavitarios entre la matriz y el diente produciendo problemas a la encía.

Su gran contracción es otro problema ya que si no se utiliza técnica adecuada se va a producir separación entre diente y material.

Otro problema consiste en la concentración o cambio de temperatura que es siete veces mayor que la del diente ya que al beber el paciente un líquido muy frío se contrae y produce una grieta entre el diente y material.

Las nuevas resinas con micro partículas es mejor que los clínicos con ventajas de manipulado, dureza y cierre marginal.

e) En cuanto de silicato su problema es la gran solubilidad que sufre en el medio bucal sobre todo con ácidos débiles. Por su gran solubilidad se vuelve poroso y se forman rugosidades que permiten la acumulación de restos alimenticios. Al momento de producir la solubilidad se libera flúor este hace más lento ese proceso de formación de placa y de daño a los tejidos gingivales. Cuando la solubilidad es muy grande se produce el daño al tejido parodontal.

f) En las cavidades de difícil acceso el problema consiste en que se vuelve muy dificultosa la colocación de los materiales y se pueden quedar huecos, poros ó burbujas entre material y el diente con la consecuencia de formación de placa.

La presencia de una cavidad desobturada es un gran problema para los tejidos gingivales ya que son sitios ideales para la placa y alimentos

que pueden producir compresión de los tejidos gingivales.

Nunca debe dejarse cavidades sin obturar, es necesario colocar cemento para evitar problemas parodontales y pulpares, reducir dolor, sensibilidad dentaria y facilitar la higiene.

FALLAS Y CONCAVIDAD EXCESIVA DEL MATERIAL:

Es muy injuriosa para el parodonto ya que también provoca - inflamación gingival.

Puede ocurrir en las siguientes circunstancias:

a - Cuando se utiliza matriz plástica y no se le da la adecuada convexidad del diente a restaurar. 1

Las tiras de acetato son planas y no dan la convexidad adecuada al - - diente.

b - Cuando a la matriz se le hace mucha presión formándose por lo consecuente una concavidad excesiva.

c - Cuando se usa una matriz de metal muy maleable o destemplado la - concavidad puede producirla la cuña ya que ésta deforma la matriz.

Esto puede corregirse consolidando la matriz con compuesto de modelar.

d - En cavidades clase II también se puede producir por exceso de presión de la cuña ya que si no se coloca correctamente la cuña ésta presiona a la matriz produciendo la concavidad en este sitio.

La concavidad excesiva crea espacios entre el diente y papla favoreciendo la acumulación de alimentos ocasionando la inflamación gingival.

Esto se puede evitar utilizando una matriz individual con una buena cuña y todo consolidando un compuesto de modelar.

Esto permite la obtención de una restauración de tamaño y forma correcta evitando la formación de placa y la consecuente inflamación parodontal.

III. PUNTO DE CONTACTO.

- a) Como se logra el punto de contacto
- b) Defectos a nivel del punto de contacto
- c) Características de los rebordes marginales
- d) Anatomía oclusal.

La superficie de contacto varía en su tamaño forma y ubicación de un diente a otro, de una persona a otra según la edad, los hábitos masticatorios y por condiciones patológicas.

La superficie de contacto se va ensanchando con la edad a causa de la ligera fricción que sufren los dientes entre si, especialmente en su movimiento de bucal a lingual y de la migración general de éstos hacia mesial por acción del la componente anterior de la fuerza.

Tanto la forma como el tamaño dependen del diente y de la cara proximal que se estudie. Puede decirse, como regla genral, que la relación de contacto se halla casi enteramente en el tercio incisal u oclusal y más cerca de bucal que de lingual.

La interrupción de la superficie de contacto por causas patológicas (fractura, caries) produce rápidamente daños en el periodontal a causa del empaquetamiento alimentario y la acción de la placa bacteriana. Por lo tanto, se la debe reconstruir correctamente utilizando para ello todos los recursos de la operatoria dental que hemos citado oportunamente.

La realación de contacto permite mantener el equilibrio del arco dentario, evitando las migraciones, y además protege la papila gingival.

Si observamos ahora el espacio que rodea a la relación de contacto podremos determinar las siguientes estructuras topográficas.

En primer lugar, un área triangular entre la relación de contacto y la parte cervical de los dos dientes vecinos, que se denomina " espacio interdentario " y está ocupada generalmente por la papila gingival.

Hacia oclusal, en molares y premolares, se advierte la presencia del surco interdentario.

Hacia bucal y lingual, el espacio interdentario se abre en forma de embudo o nicho y determina las dos troneras, que se denominan tronera bucal y lingual respectivamente.

Todas estas áreas anatómicas deben ser tenidas en cuenta permanentemente cuando se efectúa la restauración de un diente, para reproducir de manera correcta las formas que permitan una función normal del periodoncio y la eliminación sin dificultad de la placa.

Las caras proximales de molares y premolares son aplanadas en su sentido buco lingual, o ligeramente cóncavas en los dos tercios gingivales de la cara proximal.

El punto de contacto en posteriores está localizado en la unión del tercio oclusal con el tercio medio en sentido ocluso gingival. Y a nivel de la unión del tercio medio en sentido vestibulo lingual. Esta posición permite la formación de los nichos, que son tres. Si se restauran las superficies proximales de una manera defectuosa la papila interdentaria será la primera estructura en verse afectada y si la restauración persiste la cresta o sea interproximal también resulta involucrada en el proceso destructivo. 8

COMO SE LOGRA EL PUNTO DE CONTACTO

Los dos elementos básicos para lograr un buen punto de contacto y una correcta anatomía proximal son las cuñas de madera y las matrices metálicas. El objetivo buscado cuando se usan las cuñas de madera no es solamente asegurar la matriz a la región gingival para evitar el exceso sino también presionar la matriz para otorgar la anatomía correcta de la cara proximal en el tercio gingival. La correcta condensación de la amalgama, el tipo de aleación que utilizamos, la conformación de los rebordes marginales y el tiempo de trabajo adecuado de la restauración también contribuyan a permitir la elaboración de un buen punto de contacto y de una correcta anatomía proximal. 8

CUÑAS:

Existe gran variedad de cuñas y al utilizarlas deben guardarse las siguientes reglas:

1 - No todas las cavidades requieren cuñas. Un piso gingival situado en mesial no requiere cuñas. En la superficie mesial o distal de un segundo premolar superior es necesario utilizar cuñas.

Las superficies planas y cóncavas por lo general exigen cuñas.

La amalgama a diferencia de otros materiales tiene la propiedad que al ser empacada penetra en el espacio y se conserva en su posición -- después de retirar el condensador.

A la mayor condensación con más material, empuja la banda más distante de la pared axial.

Con respecto al punto de contacto este empuje es muy importante ya que crea tensión en el ligamento logrando que se haga contacto aún después de haber eliminado la banda de metal.

2 - Las cuñas no deben limitar la expansión de la banda para formar un buen punto de contacto, una cuña alta que produzca un nicho muy grande está contra indicada.

3 - Los márgenes gingivales que terminan por encima de la cresta gingival pueden apoyarse en cualquier cuña que sostenga la banda contra el cuello.

Las cavidades cuyo piso gingival termina en la raíz son muy difíciles para apoyar la banda en esta parte no puede emplearse cuña -- larga. Una cuña corta resulta mejor aunque provoque traumatismo y -- sangrado es por poco tiempo lo cual no ocasiona daños permanentes.

4 - La mayoría de las bandas pueden sostenerse con una cuña por bucal. Mientras los puntos de contacto estén orientados hacia bucal, proporcionará mayor proximidad de los cuellos de los dientes adyacentes hacia la porción palatina y lingual del reborde marginal.

5 - Las cuñas deben ajustarse a la medida, cada una debe ser de acuerdo al espacio. 2

MATRICES:

La matriz es una forma metálica que restringe la pared de la cavidad ausente y da contorno a la restauración, la matriz sostiene al material hasta que endurezca y de esta manera se reproduce la parte ausente. La aplicación de la matriz influye en la anatomía y cualidades protectoras de la restauración.

En la clase II es donde se emplea con mayor frecuencia. Las matrices deben tener las siguientes características:

1 - Fácil aplicación y retiro que no dañe la restauración o el diente no debe tardar el procedimiento.

2 - Debe proporcionar el contorno ideal en proximal.

3 - La matriz debe ser rígida y estable al momento de condensar el material y no desplazarse.

4 - Deben contornarse y festonearse para restringir el tejido gingival y mantener la cavidad aislada.

5 - No deben ser costosas.

Los diseños de los apoyos comúnmente utilizados son similares pero no producen los contornos y poco pueden utilizar en diseños complejos.

Los que más sirven en restauraciones normales de 2 y 3 superficie son los tofflemire y el Ivory No. 8.

Estos bien aplicados fijan la banda y evitan la expansión al momento de condensar el material y debe ser contorneados antes de insertar la amalgama.

Son más aconsejables las bandas delgadas porque es menor el espacio para remplazar la amalgama al área de contacto.

Algunas bandas tienen perforaciones en el centro para restaurar tensiones gingivales posteriores.

Muchas veces el uso inadecuado de las bandas produce más daño que beneficio. Algunas causas son el ajuste excesivo, así como hacer el uso excesivo de una banda ya que se vuelven tensas y se encrespan.

Los apoyos mecánicos y las bandas de matriz universal podrán emplearse si la preparación de la cavidad es de tamaño normal.

Se aconseja contornear la banda antes de colocarla, ya que es muy útil. Para sustituir la forma anatómica proximal. El apoyo mecánico sólo sirve para sostener la banda alrededor del diente.

La fuerza aplicada debe ir de acuerdo con la presión de condensación para lograr el contorno proximal.

Para estabilizar la banda se usan compuestos de fusión y este compuesto se adhiere a la banda y pieza dental y la baja temperatura corta lesiones en el tejido periodontal.

La manera de colocar el material es calentándolo pasándolo por la lla

ma y colocándolo en la banda y pieza y se enfría con la jeringa de aire. El mejor tipo de banda es la que se hace a la medida de la pieza.

ELIMINACION DE LA BANDA:

Debe ser eliminada sin fracturar la restauración por esta razón se permite un intervalo de algunos segundos después de la condensación antes de eliminar el sobre empacado sobre la superficie oclusal y formar el borde empacado sobre la superficie oclusal y formar el borde -- marginal. 4

DEFECTOS A NIVEL DEL PUNTO DE CONTACTO

Los dos principales defectos son la ausencia o la formación de un punto de contacto demasiado amplio. 8

Cuando la restauración no produce fielmente el punto de contacto y rebordes marginales si los alimentos no son bien divididos ya -- que se realiza en el surco inter marginal y esto produce fuerzas que -- provocan la separación de los dientes y la acumulación de los alimentos en los espacios interdentarios. 5

La ausencia de puntos de contacto priva al diente de su estabilidad e interrumpe la función mecánica.

Permite la impactación de alimentos durante la masticación a nivel -- interproximal. 8

La acumulación de alimentos ocasiona traumatismos a los tejidos localizados en el espacio interdentario e inicio.

El proceso de enfermedad periodontal, los contactos dentarios muy amplios y estrechos producen inflamación gingival al retener placa y -- dentritis, alimenticios en zonas difíciles acceso cuando se hacen con

tactos estrechos no se reconstruyen los nichos vestibulares y linguales con la consecuente dificultad en el escape de los alimentos durante la masticación. El contacto amplio cambia la anatomía dental interproximalmente ocasionando por ende un cambio en la anatomía del col interdentario.

El col interdentario inicialmente estrecho se hace ahora más amplio. La mejor manera de comprobar si existe punto de contacto uno es utilizando seda dental no encerada, pasándola entre cada área proximal restaurada. La seda no debe romperse ni requerir presión excesiva para pasarla a través de la región de contacto. 8

CARACTERISTICAS DE LOS REBORDES MARGINALES

Los rebordes marginales adyacentes deben ser restaurados a una altura igual y a un nivel en el cual cumplan perfectamente sus funciones. Los rebordes marginales que no son restaurados a la misma altura ocasionan impactación de alimentos y debilitamiento del tejido periodontal. Pueden ocasionar variaciones en la oclusión. Los rebordes que no reconstruyen el nicho oclusal normal impiden la correcta articulación de la cúspide del diente antagónico con el espacio interproximal dando como consecuencia la aparición de puntos traumáticos en la oclusión.

Los rebordes marginales que no dirigen el alimento a la fosa central de los dientes posteriores provocan el apiñamiento de los alimentos en las áreas de contacto con el consecuente traumatismo de la encía interproximal.

Para reconstruir adecuadamente los rebordes marginales y por lo tanto los nichos oclusales la forma más sencilla se lleva a cabo durante la esculpida de las amalgamas. 8

ANATOMIA OCLUSAL

Se tiene que reproducir al máximo las características oclusales de un diente natural.⁸

La oclusión normal es aquella donde no existan interferencias.

Aunque es difícil lograr una buena oclusión ya que es muy variable -- por el estado de ánimo de la persona pero es muy importante lograr la anatomía que más se adapte a él.

Aunque no exista una anatomía oclusal definida existen patrones que -- son convenientes respetar para evitar el daño al parodonto durante la masticación y un libre flujo de los alimentos durante la masticación.

Una regla eficaz es tomar como guía el diente homólogo del del otro -- lado y observar la altura de cúspides y profundidad de surcos inclinación de vertientes y grado de atricción.¹ Para que de esta manera -- las fuerzas sean de una manera homogénea y no se rompa el equilibrio biológico con el consecuente trauma de oclusión migraciones o extru-- siones.⁸

CASUÍSTICA

Paciente: Gustavo Ordosgoitia.

Sexo: Masculuno.

Edad: 26 años.

Dirección: Victoria 1614, Guadalajara, Jal.

Paciente que se presenta al consultorio refiriendo haber sufrido fractura de una pieza dental.

Al realizar el examen oral se observa la destrucción de un molar inferior con ausencia de una cúspide.

Se le realiza la preparación y se toma la impresión y se coloca el cemento, a los tres días el paciente regresa y se coloca la incrustación que fue realizada en oro.

Al cabo de tres semanas regresa el paciente y se observa que no existe problema alguno y que la evolución es satisfactoria.

Paciente: Libardo Argumedo Pérez.

Sexo: Masculino.

Edad: 25 años.

Dirección: Mar Egeo 1449, Guadalajara, Jal.

El paciente que llega al consultorio con dolor en el segundo - molar interior.

Se le realiza HiC y al realizar el examen oral se observa caries en - la pieza ubicada de tipo mod.

Se le retira la caries y se obtura dicha pieza con amalgama.

Se retira el paciente del consultorio y vuelve a los quince días ob--servándose que la evolución es satisfactoria.

Paciente: Isaura Parra Ruíz.

Sexo: Femenino.

Edad: 23 años.

Domicilio: Monte Blanco No. 303, Guadalajara, Jal.

El paciente que se presenta al consultorio refiriendo dolor - en el segundo premolar inferior.

Al realizar el examen oral se observa la presencia de caries con comunicación pulpal y destrucción de la cúspide vestibular.

Se procede a realizar la endodoncia una vez terminada la endodoncia - se procede a realizar la restauración colocándose una corona intraradicular.

Regresa el paciente en tres semanas y se observa la ausencia de molestía indicando que la evolución es satisfactoria.

Paciente: Rocío Gómez Calderón.

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Domicilio: Morelos 110 Santa Anita, Jalisco.

Paciente que se presenta al consultorio refiriendo que ha nota do molestias en los incisivos centrales superiores.

Al realizar el examen oral se observa la presencia de caries en los - espacios interproximales con destrucción del ángulo incisal del incisivo central superior derecho.

Se procede a quitar la caries y realiza la restaruración con resinas.

Después de dos semanas regresa el paciente y se observa que la evolución es satisfactoria..

Paciente: Lorena Gómez Morales.

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Domicilio: Jesús García 1090, Guadalajara, Jal.

Paciente que llega al consultorio para un examen de rutina al realizar el examen oral se observa la presencia de caries en el canino superior derecho ubicándose en el tercio gingival por bucal.

Se le realiza la preparación y por factores estéticos se coloca resina.

Al cabo de dos semanas regresa el paciente y se observa que no existe problema y que la evolución es satisfactoria.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La conclusión a la que he llegado en la elaboración de esta tesis, es la gran importancia que para el buen funcionamiento del aparato estognomático tiene la relación entre el parodonto y las restauraciones dentales.

Con el logro de una buena relación se conserva por mucho tiempo dicho funcionamiento, ayudando todo esto en un buen punto de contacto, unos buenos márgenes y buena anatomía oclusal ya que estos son factores muy importantes en dicha relación.

Teniendo en cuenta que una buena relación es factor muy importante en el buen funcionamiento en el aparato estognomático.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Barrancos Mooney, Operatoria Dental Atlas técnica clínica.
Argentina, Panamericana, 1981.
- Baum, Lloyd, Phillips Ralph W., Lund Melvin, : Tratado de Operatoria
Dental, México, D.F., interamericana, 1984.
- Gilmore H. William, Lund Melvin, Bales Colonel, Verneti James, :
Operatoria Dental, tercera edición, Saint Louis, 1977.
- Gilmore H. William, Lund Melvin, : Odontología Operatoria, Segunda Edi
ción, México, Interamericana, 1976.
- Parula Nicolás, : Técnica de Operatoria Dental, quinta edición, Argen
tina, Editorial Mundi, 1972.
- Ritacco Araldo Angel, : Operatoria Dental, quinta edición, Argentina, -
Editorial Mundi, 1979.
- Seide Leonard J, : Odontología Restauradora, Enfoque dinámico e Inte
gral, Argentina, Panamericana, 1983.
- Uribe Restrepo Juan C. : Principios de Operatoria, Costa Rica, Edito
rial Trejos, 1978.