

Departament d'Estomatologia

PATOLOGÍA DENTAL, ODONTOLOGIA
CONSERVADORA
Y ENDODONCIA II

Unitat Docent de Patologia i Terapèutica Dentàries

Leopoldo Forner Navarro

José Luis Sanz Aleixandre

María Pilar Melo Almiñana

Protección cuspídea.

OBJETIVOS

- Hacer obturaciones que involucren superficies proximales y la cara oclusal.
- Tallar la superficie del diente para conseguir una protección cuspídea.
- Modelar una cara oclusal completa en molares utilizando resinas compuestas.
- Realizar una gran reconstrucción dental por técnica directa.
- Usar técnicas adhesivas.
- Utilizar matrices y cuñas.
- Manipular un composite fotopolimerizable.
- Pulir una obturación de composite.
- Afianzar conocimientos prácticos adquiridos en prácticas anteriores: uso del instrumental, aislamiento del campo operatorio, y posiciones ergonómicas.

MATERIAL

-
- Modelos.
 - Turbina, micromotor y contrángulo.
 - Instrumental de exploración.
 - Instrumental para aislamiento del campo operatorio con dique de goma.
 - Instrumental manual y rotatorio de corte dentario.
 - Bandas de acetato *.
 - Cuñas interproximales surtidas *.
 - Ácido ortofosfórico al 37% *.
 - Agente de unión resina-esmalte *.
 - Composite *.
 - Lámpara de polimerización *.
 - Fresas de acabado y pulido.
 - Mandril
 - Discos de pulido *.
 - Tiras interproximales de pulido *.
 - Espátulas de boca para la manipulación de resinas compuestas.
 - Equipo de protección personal (bata, gafas) y del banco de trabajo.

* Material que aporta la Universitat de València

PROCEDIMIENTO

Nociones previas.

Las grandes destrucciones dentales, obviamente, implican un debilitamiento de las estructuras dentales remanentes.

Una lesión amplia de caries de origen oclusal, por ejemplo, puede socavar las cúspides o adelgazarlas, de modo que, después de eliminar el tejido cariado, la estructura cuspídea que queda puede estar más débil y con riesgo de fracturarse después de la restauración con las fuerzas oclusales.

Cuando se hace un tratamiento rehabilitador con resinas compuestas, las técnicas adhesivas ayudan a mejorar la situación al unir el tejido dental remanente al material de obturación, el composite. Pero, por el contrario, si no se controla bien la técnica incremental de inserción del composite, la contracción de polimerización de éste puede contribuir a la fractura de una pared dental.

Para minimizar estos efectos y reforzar una pared debilitada se puede recurrir a lo que se conoce como "protección cuspídea", se trata de eliminar la cúspide que asienta sobre una pared debilitada con el fin de reconstruirla con composite, de forma que la masa del conjunto del material de obturación rellena la cavidad oclusal, pero también crea la cúspide, evitando que determinados movimientos oclusales incidan de forma directa sobre la pared dental debilitada.

Durante esta práctica se crearán dos cavidades complejas (mesio-ocluso-distales) en un molar maxilar y en otro mandibular, amplias, y se cortarán las puntas de todas las cúspides. Las cavidades así preparadas se obturarán mediante composite por técnica directa.



Técnica general.

A) Diseño cavitario.

La preparación cavitaria corresponde a la de una lesión mesio-ocluso-distal que va a ser tratada con composite, por lo tanto, se simulará una cavidad grande, en sentido vestíbulo-lingual/palatino, pero

no tan profunda como para que pueda afectar a la pulpa. Se seguirán los criterios habituales de las preparaciones para composite.

El tallado de la cavidad incluirá la sección de los extremos de todas las cúspides de cada diente y en el caso de un molar maxilar, la interrupción de la cresta oblicua. las zonas talladas se dejarán con una superficie plana y perpendicular al eje mayor del diente



B) Colocación de las matrices.

Se utilizarán matrices seccionales de acetato, que se adaptarán a conveniencia en cada caso y se ajustarán con cuñas interproximales.

C) Obturación.

Se seguirán, una vez más, los patrones habituales de las restauraciones con resinas compuestas: estratificación en capas no mayores de 2 mm y controlando la contracción de polimerización, evitando en lo posible unir superficies opuestas, como se ha visto ya en las prácticas precedentes.

Se resolverán primero las superficies proximales y el punto de contacto, y luego la cara oclusal, con especial atención en reproducir las cúspides, las crestas marginales, la cresta oblicua, las fosas y los surcos principales y secundarios

D) Acabado y pulido.

Al tratarse de dientes posteriores el cavado y el pulido se hará con fresas como ya se ha hecho en prácticas previas.

EVALUACIÓN

Durante el desarrollo de la actividad práctica se evaluarán los siguientes aspectos:

- 1.- Aislamiento del campo operatorio.
- 2.- Conocimiento, uso y organización del instrumental.
- 3.- Colocación de matrices.
- 4.- Preparación de las cavidades terapéuticas,
- 5.- Obturación de las cavidades.