

29/138



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PERIODONTITIS CAUSADA POR YATROGENIAS OPERATORIAS

FALLA DE ORIGEN

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A ;

JORGE GALVAN MARTINEZ

COMO UN REQUISITO PARA PRESENTAR
EL EXAMEN PROFESIONAL EN EL AREA DE
ODONTOLOGIA RESTAURADORA





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INTRODUCCION

Entre los factores etiológicos locales capaces de producir lesiones periodontales, esta la incorrecta o deficiente Operatoría Dental, comúnmente considerada como una causa más, pero sin que se alcance a interpretar su importancia.

Con frecuencia se presentan lesiones periodontales, iniciadas, mantenidas y agravadas por el tratamiento operatorio, cuyo origen está en la aplicación incorrecta de las reglas elementales de la Operatoría Dental.

Así tenemos que es el mismo profesional que va a generar la enfermedad en un periodonto sano y va a agravar al periodonto enfermo, con tratamientos inadecuados de Operatoría, por no tener presente los principios biológicos que rigen toda la labor técnica en la boca.

Debemos de recordar, que no se debe considerar la reconstrucción de un diente como si fuera una entidad individual, sino tener presente que tiene dientes vecinos y antagonistas y además tejidos blandos que lo rodean y sostienen, a los que hay que respetar y proteger.

Por consiguiente, cuando las relaciones con los dientes antagonistas son incorrectos, la consecuencia es el trauma oclusal.

Esto significa que cuando no existe una vinculación o relación correcta de los materiales de restauración con la superficie dentaria, en los cuales se ha colocado una excesiva o desbordante cantidad de material, nos provocará una irritación gingival, y ésta a su vez, causará una inflamación, siguiendo una secuencia, a la bolsa patológica.

Debemos de tener en cuenta que hay que buscar la restauración del diente afectado y no su obturación en sí.

Este concepto esta basado en el doble propósito de la Operatoria Dental:

- 1) Restaurar el o los dientes a su forma y función.
- 2) Proteger las estructuras de los tejidos de soporte.

Las restauraciones dentales no deben provocar alteraciones en los tejidos blandos que rodean al diente. Esto es fundamental y de suma importancia para el equilibrio biológico y el buen funcionamiento del órgano dental.

Los factores predisponentes que favorecen la aparición de la formación de la enfermedad periodontal, existentes mas frecuentes son las bacterias y sus productos tóxicos.

PERIODONTO

El tejido gingival debe de recibir consideración especial al colocar restauraciones. Ya que el contorno de la restauración puede favorecer la buena salud de la encía o fungir como un potente irritante, deberá parecerse lo más posible al diente afectado.

Cuando la zona intermedia entre el esmalte y la restauración esta adyacente a la encía, deberá ser lisa y sin rebordes.

Todos los dientes tienden a desplazarse en dirección mesial, fenómeno que se controla por los puntos de contacto de los dientes adyacentes.

El fracaso para mantener o restablecer el contacto fisiológico entre los dientes adyacentes puede dar como resultado la acumulación de alimento, que afectará las fibras periodontales entre los dientes. El contacto entre las cúspides inclinadas puede separar los dientes ligeramente durante el cierre y proyectar alimentos fibrosos hacia este espacio mediante una acción a manera de émbolo. Debe procederse con gran cuidado para asegurar el contacto adecuado durante el ajuste de vaciados y la colocación de amalgamas y otras restauraciones.

También puede causarse daño directo, debido a instrumentos manuales o fresa dental, con los que se puede lesionar los tejidos periodontales.

Las fibras periodontales muy desgarradas, en particular en las regiones interproximales, pueden conducir a daños irreparables y a la formación subsecuente de bolsas periodontales.

Para evitar el denudamiento innecesario del epitelio del margen gingival se introduce un instrumento en el surco para separar los tejidos, salvándolos así de abrasión indebida por la piedra de diamante.

FALLAS POR EXCESO, DESBORDE O CONVEXIDAD EXCESIVA DEL MATERIAL DE RESTAURACION

La extensión excesiva del borde de una restauración dental causa lesiones de tipo mecánico en los tejidos, facilita la acumulación de restos alimenticios, especialmente si la superficie es densa.

La extensión insuficiente del borde gingival de una incrustación origina hendiduras donde se acumulan las bacterias y los residuos alimenticios y pueden convertirse en una causa de irritación más intensa que los bordes largos.

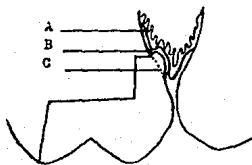
También el cemento dental retenido en el surco gingival constituye un irritante mecánico y químico más potente que la restauración metálica demasiado grande, incluso en los bordes exactamente adaptados de las coronas, apoyos de puentes que se extienden dentro del borde gingival que produce irritación que a menudo determina el engrosamiento de la encía marginal.

El exceso de material, es el más común y frecuente de las fallas y se debe en la mayoría de los casos a no haber usado matriz y cuña para contener el material durante su endurecimiento. Otras veces la matriz es mal colocada de manera incorrecta, floja, desadaptada, se movió durante el fraguado o se retiró antes de tiempo.

Todo exceso de material obturador ubicado 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 el col y la papila gingival, que sangra espontáneamente o ante el menor estímulo, permite la acumulación de placa y restos alimenticios, con la consiguiente secuencia de halitosis, dolor y termina en una verdadera lesión en el espacio interdentario, atrofia y desaparición de la papila y 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 restauraciones posteriores como para las anteriores.



Falla por exceso o desborde del material de obturación

- A) Papila gingival inflamada.
- B) Area que retiene placa.
- C) En punteado el contorno correcto y línea llena el incorrecto.

CONVEXIDAD EXCESIVA

Las restauraciones inadecuadas de la anatomía de la corona clínica, puede ser un factor etiológico en la enfermedad periodontal.

Los contornos exagerados proporcionan un refugio a los restos alimenticios y a la materia alba, los contornos incorrectos permiten el trauma directo sobre la encía libre a la cual dejan sin protección.

Las áreas de contacto demasiado grandes y planas crean una papila gingival cóncava con un saliente en las caras bucal y lingual y una depresión de tejidos entre ambos.

Las áreas de contacto demasiado pequeñas no llegan a formar un techo protector para la zona del col.

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 mas 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 autoclisis 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 amalgamas de clase 5 en el sector posterior de la boca, cuando se ha producido contaminación con humedad durante la inserción del material.

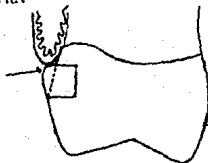
Si la amalgama contiene zinc se va a expandir en las primeras semanas de manera notable sobresaliendo de la cavidad y provocando el problema mencionado.

En la zona interdientaria la convexidad excesiva reduce el espacio que debe de ocupar la papila gingival, dando por resultado su retracción.

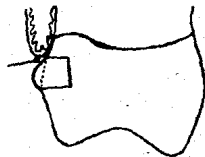
Las incrustaciones metálicas múltiples suelen producir este efecto.

Si el espacio interdentario ya estaba vacío por retracción o atrofia de la papila, es necesario evitar toda convexidad que reduzca el tamaño del espacio ya que en estos resulta conveniente tener troneras amplias que sean fáciles de limpiar por parte del paciente en su higiene bucal diaria.

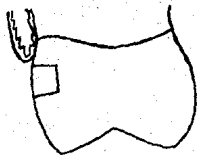
Falla por convexidad excesiva, provoca acumulación de placa (flecha) y gingivitis marginal.



Falla por contorno inadecuado desbordante. Dificulta la limpieza y permite acumulación de placa (flecha).



El contorno correcto mantiene la armonía entre el diente y los tejidos periodontales.



FALLAS POR INSUFICIENCIA, FALTA O CONCAVIDAD EXCESIVA DEL MATERIAL DE OBTURACION

Los desajustes del profesional cuando coloca o sostiene en su sitio una matriz pueden provocar problemas gingivales cuando no consigue llenar totalmente la cavidad con el material de obturación, u originar una concavidad excesiva de éste.

Esto también puede ocurrir en zonas donde no se usa matriz, por insuficiente cantidad de material, por poca presión de condensación, por atrapamiento de burbujas de aire, por usar material que posea poca plasticidad, por endurecimiento prematuro o muy rápido, por dificultades de acceso en áreas difíciles de la boca o por contracción.

1) Material insuficiente.-

Cuando por algún motivo 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 la zona cervical o en contacto con la papila gingival, la presencia de placa de difícil remoción, dará lugar al comienzo a una inflamación gingival.

2) Falta de material de obturación.-

Esto puede ocurrir por tres motivos:

- a) Por caída de la obturación sin que el paciente acuda de inmediato a reponerla.
- b) Por caída de la obturación provisoria en aquéllos casos excepcionales, en que no se puede hacer la restauración definitiva.

- c) Por una pérdida de sustancia, fractura o caries ocurrida en un diente sin que el paciente lo note.

La presencia de una cavidad desobturada o de una nueva cavidad en la boca constituye una amenaza considerable para los tejidos gingivales, por ser un sitio ideal para la acumulación no sólo de placa bacteriana sino también de restos grandes de alimentos que fermentan rápidamente y pueden producir además compresión sobre los tejidos gingivales.

Nunca debe dejarse una boca con cavidades vacías; desde la primera consulta es necesario obturar estas cavidades con un cemento cinquenólico o quirúrgico para reducir así la infección total de esa boca, aprovechando al máximo las defensas que puede proporcionar el sistema inmunológico del individuo.

Este concepto es válido no sólo para la salud de los tejidos blandos periodontales, sino también para evitar problemas pulpares, reducir la sensibilidad dentinaria, disminuir el dolor, mejorar la comodidad del paciente y facilitar la higiene bucal, impidiendo la propagación de la enfermedad y la aplicación de las lesiones existentes.

3) Fallas por concavidad excesiva de material.-

Del mismo modo que la convexidad excesiva es potencialmente injuriosa para el periodoncio, la concavidad excesiva también provoca inflamación gingival.

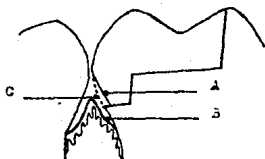
La obturación cóncava crea un espacio entre la papila gingival y el diente favoreciendo la acumulación de alimentos y placa, ocasionando como consecuencia la inflamación de la papila gingival.

Este problema puede evitarse utilizando una matriz individual, sostenida por el tejido dentario que rodea a la cavidad, contorneada, bruñida sobre la zona de relación de contacto, con una buena cuña y todo el conjunto consolidado con

compuesto de modelar.

La matriz permitirá la adecuada condensación del material y la obtención de una restauración de tamaño y forma correctos que permita mantener la armonía biológica de los tejidos parodontarios.

El no cumplimiento de estas reglas traerá aparejada una Operatoria Dental deficiente, causa de nuevas caries y enfermedad periodontal.



Falla por material insuficiente generalmente por una matriz colocada de manera incorrecta, exceso de presión de la cuña o condensación deficiente.

La falta de material en A, provoca acumulación de placa, en B, inflamación gingival. La línea punteada C indica el contorno correcto.

RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL

Los contornos ligeramente abiertos permiten el impacto de comida. La tensión de los contactos debe ser comprobada mediante observación de la línea media entre los incisivos centrales y la bioversión clínica y con seda dental.

Las relaciones de contacto anormales pueden también iniciar cambios oclusales, como la desviación de los caninos superiores, desplazamiento bucal o lingual de los dientes posteriores, así como una relación desigual de las crestas marginales.

Odontología defectuosa.-

Las restauraciones dentales y prótesis mal hechas son causas comunes de inflamación gingival y destrucción periodontal.

Los procedimientos dentales inadecuados pueden lesionar asimismo los tejidos periodontales.

Las siguientes características de restauraciones y prótesis parciales tienen importancia desde el punto de vista periodontal: margen, contorno, oclusión, materiales y diseño de las dentaduras parciales removibles.

a) Márgenes de las restauraciones.-

Los márgenes desbordantes proporcionan lugares idóneos a la retención alimenticia y multiplicación de bacterias.

La remoción de los márgenes desbordante permiten un control de placa mas eficaz, lo que da como resultado la desaparición de la inflamación gingival y un aumento en el soporte óseo alveolar.

SILNESS, ha descrito tres estados distintos de salud periodontal, relacionados con las diferencias en la posición de los márgenes de restauraciones.

Grandes cantidades de placa, gingivitis mas severa y bolsas mas profundas, estan asociadas con localizaciones subgingivales de los márgenes; lesiones

menos severas aparecen con márgenes al nivel de la encía; y el grado de salud periodontal asociada con márgenes supragingivales, no difiere del que se ve con las superficies de control intactas.

También se ha demostrado que hasta restauraciones de alta calidad, si se colocan debajo de la encía acrecentarán el acumulo de placa a la inflamación gingival, así como la velocidad del flujo gingival.

La rugosidad del área subgingival se considera como la causa fundamental en el acumulo de placa y de la respuesta inflamatoria resultante.

La zona subgingival se compone de corona y margen de la restauración, material de relleno y superficie dentaria preparada.

La superficie de los púnticos, en los puentes fijos apenas debe de tocar la mucosa, cuando este contacto sea excesivo impedirá su limpieza, la placa se acumulará causando inflamación e incluso la formación de pseudo-bolsas.

b) Los contornos.-

Las coronas y restauraciones sobrecontorneadas tienden a acumular placa y evitan sin duda los mecanismos de autolimpieza por medio de los carrillos, labios y lengua.

Contactos proximales inadecuados o mal localizados, así como no reproducir la anatomía protectora normal de los rebordes marginales y surcos de desarrollo oclusales, conducen al empaquetamiento de comida.

Si no se restablecen las troneras interproximales adecuadas se favorece el acumulo de irritantes.

c) Oclusión.-

Las restauraciones que no conforman los patrones oclusales de la boca

causan desarmonías oclusales, que pueden ser lesivas para los tejidos periodontales de soporte.

d) Materiales.-

Los materiales de restauración no son lesivos por sí mismos para los tejidos periodontales, una excepción son los acrílicos autopolimerizables.

La capacidad de retención de la placa difiere según los materiales de restauración, pero todos pueden ser limpiados adecuadamente si se pulen y son accesibles al cepillado.

IMPACTACION ALIMENTARIA

El empaquetamiento de comida es un acuñaamiento forzado de comida en el periodonto por las fuerzas oclusales.

Se produce en sectores interproximales, en superficies dentales vestibulares o linguales. El empaquetamiento de comida es una causa muy común de enfermedad gingival y periodontal. Con demasiada frecuencia, el hecho de no reconocer y eliminar el empaquetamiento alimentario es responsable de un final sin éxito en un caso de enfermedad periodontal, que de otra manera hubiera sido tratado adecuadamente.

Mecanismos de empaquetamiento alimentario.-

El acuñaamiento forzado de los alimentos es impedido, en casos normales por la integridad y localización de los puntos de contacto proximales, por el contorno de los bordes marginales y surcos de desarrollo, así como por el contorno de las caras vestibulares y linguales.

Una relación de contacto proximal intacta y firme, impide el empaquetamiento forzado de alimentos en el espacio interproximal. La localización de contacto también es importante en la protección de los tejidos contra el empaquetamiento de comida.

La localización cérvico-oclusal óptima del contacto es en el diámetro mesio-distal mayor del diente, cerca de la cresta del borde marginal.

La cercanía del punto de contacto al plano oclusal aminora la tendencia al empaquetamiento de comida en los nichos proximales menores. La ausencia de contacto o la presencia de una relación proximal inadecuada, conduce al empaquetamiento alimentario.

El contorno de la superficie oclusal establecido por los rebordes marginales

y los surcos de desarrollo correspondientes sirven, por lo general, para desviar los alimentos de los espacios interproximales.

Cuando las superficies dentales atricionadas y aplanadas reemplazan a las convexidades normales, el efecto de cuña de la cúspide antagonista, dentro de los espacios interproximales, se exagera y se produce el empaquetamiento alimentario.

Empaquetamiento lateral de comida.-

Además del empaquetamiento de comida generado por fuerzas oclusales, la presión lateral proviene de los labios, carrillos y lengua, pueden forzar los alimentos en los espacios interproximales. Es más posible que esto ocurra cuando la tronera gingival se agranda por la destrucción del tejido en la enfermedad periodontal o por recesión. Hay empaquetamiento cuando los alimentos forzados dentro de tales nichos durante la masticación son retenidos en vez de pasar al otro lado.

Secuelas del empaquetamiento de comida.-

El empaquetamiento de comida origina enfermedad gingival y periodontal, agrava la intensidad de las alteraciones patológicas preexistentes.

Con el empaquetamiento de comida se registran los siguientes signos y síntomas:

- 1.- Sensación de presión y urgencia por quitar el material de entre los dientes.
- 2.- Dolor vago que se irradia en la profundidad de los maxilares.
- 3.- Inflamación gingival con sangrado y sabor desagradable en la zona afectada, provoca una halitosis.
- 4.- Recesión gingival.
- 5.- Formación de abscesos periodontales.

- 6.- Diversos grados de inflamación del ligamento periodontal con elevación del diente en su alveolo, contactos prematuros y sensibilidad a la percusión.
- 7.- Destrucción del hueso alveolar.
- 8.- Caries radiculares.

FACTORES QUE PRODUCEN TRAUMA OCLUSAL

Consideraciones oclusales.-

El diente que se restaura no debe provocar problemas oclusales. Una restauración que queda en oclusión alta, quizá sea el factor yatrogeno mas común derivado de procedimientos operatorios.

La anatomía oclusal debe ser funcional para que no dañe a los tejidos de sustentación del diente durante la masticación, y esa función será un tanto más eficaz cuanto mejor forma anatómica posea la cara oclusal.

Como el paciente no puede cerrar sus dientes completamente debido a una obturación alta, buscará una posición cómoda para el maxilar inferior, al tratar de adaptarse a esta nueva posición se aplicarán tensiones a la articulación temporomandibular, lo que puede desplazar a los dientes o aflojarlos debido a las nuevas inclinaciones cuspídeas y cierre maxilar anormal del paciente. A pesar de la utilización del papel carbón para marcar y de registros oclusales en cera, aún el dentista mas cuidadoso suele ser culpable de restauraciones en oclusión alta.

Por ello, la superficie oclusal en todas las restauraciones adquiere un gran valor desde el punto de vista periodontal, pues las lesiones que se pueden originar dependen de ese tallado y de su relación con los antagonistas.

Las cúspides, los rebordes marginales mesial y distal, los surcos y el ancho oclusal, son detalles anatómicos que si no se reconstruyen son capaces de provocar una acción perjudicial a los tejidos de soporte.

a) Las cúspides.-

Los alimentos interpuestos entre las superficies masticatorias de los dientes son divididos, aplastados y desgarrados por las cúspides, con la ayuda de los rebordes marginales, a fin de preparar el bolo alimenticio.

La función masticatoria será tanto más efectiva cuanto más pronunciadas, agudas y convexas sean las cúspides, porque al mismo tiempo que favorecen la trituración, realizan el trabajo con menor cantidad de fuerza.

Este incremento de fuerzas es tolerado y condicionado por el organismo normal al mismo tiempo que avanza la edad del sujeto, pues el hueso de soporte se condensa espesando su cortical, progresan los haces fibrosos del periodonto y se refuerza el cemento. Pero si por cualquier circunstancia ya sea local o general, ese organismo no provoca la compensación, el diente carecerá del soporte necesario, como ocurre con los periodontiums de inserción acortados, descendidos, lábiles o alterados con lesión periodontal tratada no.

En cambio, si en la restauración se modifica la anatomía tallando cúspides con menor relieve, y se reducen su altura e inclinación, se elimina en gran parte el movimiento lateral del diente, dirigiendo y orientando la fuerza oclusal a lo largo del eje mayor. Se consigue así reducir la altura cuspidéa con disminución de la inclinación de los planos de deslizamiento. En si se adapta a la anatomía a la función:

b) Rebordes marginales.-

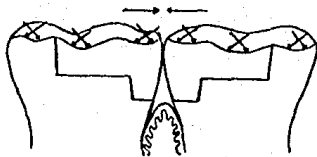
Los rebordes marginales contribuyen con la relación de contacto a la protección del tejido fibroso interdentario. Los rebordes marginales hacen deslizar los alimentos hacia vestibular y lingual, derivándolos a los nichos respectivos.

Estos rebordes deben estar siempre bien marcados y definidos en las restauraciones próximo-oclusales, y en ciertos casos conviene exagerarlos especialmente cuando son dos amalgamas las que se encuentran en contacto.

En caso contrario, cuando estos rebordes no bien delineados, se ubica una cúspide antagonista, ésta, al cerrar la boca, contacta con ambos rebordes marginales y separan ligeramente los dientes, permitiendo la entrada de alimentos en el espacio interdentario.

Al cesar la acción masticatoria, los dientes pueden volver a su posición de contacto, pero los alimentos quedan encerrados en el espacio interdentario, comprimen la lengüeta y provocan lesiones periodontales.

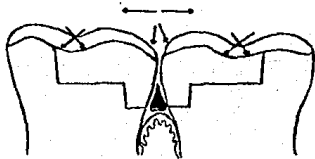
Cuando el reborde marginal, junto con los planos que lo forman, está bien delineado, tiende a unir los dientes entre sí por acción de las fuerzas de la masticación.



Cuando los rebordes marginales están bien reconstruidos, la fuerza de la masticación mantiene unidos los dientes.

Cuando están aplanados, tienden a separar el diente, facilitando el impacto.

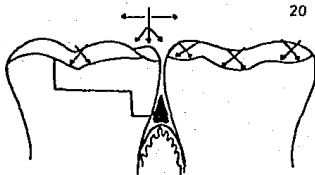
Cuando los rebordes marginales se reconstruyen en forma amplia o plana, -desciende el contacto, las fuerzas masticatorias tienden a separar los -dientes, permitiendo a los alimentos penetrar en el espacio interdentario.



Y cuando el reborde marginal se reconstruye mas bajo que su vecino contiguo, el apresamiento de los alimentos se produce en forma permanente por la razón explicada antes.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Si el reborde se reconstruye a diferente altura, las fuerzas separan los dientes possibilitando a los alimentos acumularse en el espacio interdentario en forma permanente.



c) Surcos y fosas.-

Tienen un propósito y una función: guiar el alimento en la dirección que asegure su correcta trituración, proteger a los tejidos de soporte y aliviar la carga oclusal.

Los alimentos, al ser interpuestos en la cara oclusal y acumularse en las fosas, desarrollan una fuerza que hundiría al diente en su alveolo si no existieran los surcos y fisuras, que permiten la disipación de esas fuerzas por deslizamiento del alimento hacia las caras vestibular y lingual del diente.

Actúan como verdaderas ranuras de escape, facilitando el masaje de los tejidos blandos para mantener su tono fisiológico.

De esto se deduce que su reconstrucción en las restauraciones dan el máximo de función a las fuerzas aplicadas y disminuyen el peligro de lesiones a las estructuras periodontales.

Pulido.-

Desde el punto de vista de Operatoria Dental, pulir no significa alisar y abrillantar las obturaciones, sino también eliminar los excesos de material que pueden quedar en los lugares donde haya contacto con los tejidos blandos, los márgenes sobresalientes actúan como medios de irritación gingival y ocasionan una disminución de la resistencia tisular por invasión bacteriana.

En las restauraciones proximales con amalgamas, el exceso de material que puede quedar después de apartar la matriz debe eliminar inmediatamente, repasando

do el margen cervical con instrumentos adecuados.

En estas condiciones, si la matriz fue colocada correctamente, la cuña bien ubicada y el material se condensó de acuerdo a la técnica, sólo se requiere su abrillantamiento.

Instrumental.-

El operador debe tener en cuenta que, la encía debe ser dañada lo menos posible con los instrumentos durante los procedimientos operatorios y con los elementos accesorios empleados para la restauración dentaria.

La suavidad, la delicadeza y el cuidado con que se realiza la instrumentación, así como la atención que se preste a las condiciones periodontales de la restauración, determinará que no se la injurie durante la preparación de la cavidad y que no sufra posteriormente ninguna irritación una vez colocado el material restaurador.

En estas condiciones permanecerá saludable y adherida al diente y con muy pocas posibilidades de alteración futura.

La utilización del instrumental y los elementos accesorios del proceso operatorio obliga a una atención constante, a fin de evitar la lesión de la encía con el manejo incorrecto de los mismos. Por lo que tenemos que evitar las distintas maniobras operatorias que pueden lesionar a los tejidos periodontales, como son: la goma para dique, los clamps o grapas, los separadores y los retractores de encía, cuando son usados en forma incorrecta, estos van a ser fuentes de irritación que predisponen a la profundización de la hendidura gingival o bolsa periodontal.

CONCLUSIONES

Mediante este trabajo, he pretendido concientizar al cirujano dentista de que él es uno de los causantes que provoca enfermedades gingivales al paciente, mediante yatrogenias operatorias mal realizadas; por lo que el dentista cuidadoso asegurará que sus restauraciones proporcionen contacto interproximales adecuados.

La forma de los puntos de contacto es tan importante como los espacios interproximales en que se encuentran las superficies gingival, oclusal y axial.

En Operatoria Dental se pueden evitar dificultades de contacto mediante la aplicación y utilización correcta de matrices, también se debe de conocer a la perfección la anatomía dental, los materiales restauradores que se pueden emplear, así como los principios relacionados con su utilización. La falta de conocimiento, juicio o descuido en el uso de estos materiales no es pretexto para que el dentista que realiza tratamientos de Operatoria Dental, ocasione problemas adicionales para su paciente durante su tratamiento.

El dentista profesional debe y tiene la obligación de evitar ocasionar yatrogenias en cualquier paciente, y también tiene que considerar la función y estética de sus preparaciones.

Además hay que tener presente al paciente los siguientes enunciados:

- 1.- Que la falta de educación en el cuidado de su boca y el descuido son factores que favorecen la acumulación de placa y ocasionará una enfermedad.
- 2.- Las lesiones iniciales no atendidas permiten que el mal progrese y llegue a destruir los tejidos de soporte dental.
- 3.- Aun cuando el problema de una restauración mal adaptada se haya resuelto satisfactoriamente, debe indicarse al paciente la importancia de la higiene para no favorecer la reincidencia del mal.

4.- Que es posible prevenir la enfermedad periodontal, eliminando los irritantes, las fuentes de irritación y la realización de un cepillado correcto.

5.- También es de gran importancia los trastornos SISTEMICOS, que pueden desencadenar una enfermedad gingival y que se puede agravar. Que debe de estar conciente el paciente de realizarse exámenes médicos y no eludirlos.

BIBLIOGRAFIA

Autor: Nicolás Parula

Clínica de Operatoria Dental

Cuarta Edición, Año 1975

Edit. ODA

Autor: Irving Glickman

Periodontología Clínica de Glickman

Sexta Edición, Año México D.F., 1986

Edit. Interamericana

Autor: Barrancos Mooney Julio

Operatoria Dental, Atlas, Técnica y Clínica

Primera Edición, Año 1981

Edit. Panamericana

Autor: L. Baum, R. W. Phillips, M. R. Lund

Operatoria Dental

Año México D.F., 1984

Edit. Panamericana

INDICE

PAGINA

Introducción	1
CAPITULO I.-	
PERIODONTO	3
Fallas por exceso, desborde o convexidad excesiva del material de restauración	4
Convexidad excesiva	6
Fallas por insuficiencia, falta o concavidad excesiva del material de obturación	8
1) Material insuficiente	8
2) Falta de material de obturación	8
3) Fallas por concavidad excesiva de material	9
Relaciones de contacto proximal	11
Odontología defectuosa	11
a) Márgenes de las restauraciones	11
b) Los contornos	12
c) Oclusión	12
d) Materiales	13
CAPITULO II.-	
IMPACTACION ALIMENTARIA	14
Mecanismos de empaquetamiento alimentario	14
Empaquetamiento lateral de comida	15
Secuelas del empaquetamiento de comida	15

CAPITULO III.-

FACTORES QUE PRODUCEN TRAUMA OCLUSAL	17
Consideraciones oclusales	17
a) Cúspides	17
b) Rebordes marginales	18
c) Surcos y fosas	20
Pulido	20
Instrumental	21
Conclusiones	27
Bibliografía	24