

45  
24



Universidad Nacional Autónoma  
de México

Facultad de Odontología

**Preparación Cavitaria para  
Incrustaciones**

**T E S I N A**

que como requisito para presentar Exámen Profesional de

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

*Francisco Javier Carmona Arizmendi*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



MEXICO, D. F.

1991



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.

## PROLOGO

El auge del conocimiento científico y la tecnología ocurrido en los últimos decenios ha dejado su huella en todas las ramas de las ciencias de la salud, entre ellas la Odontología. En consecuencia la práctica odontológica actual es diferente a la de hace 30 años.

Y aunque el dentista depende mucho de su destreza técnica el interés creciente por una orientación práctica es dental es de gran importancia: Lo que nos hace tener un conocimiento básico de la Odontología en general y tener parámetros. Cada vez más abundantes en cuanto a la prevención y conservación de la salud bucal.

### AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente la culminación de mis estudios y realización de esta tesina a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, y a todos sus colaboradores, por transmitir y compartir experiencia, tiempo y algo más importante conocimientos., espero jamás dejarlos en el olvido y llevarlos a la práctica con tanto carino como mis profesores lo han hecho.

## INDICE

	PAGINAS.
1.0	Introducción***** 1
2.0	Definición***** 2
3.0	Indicaciones***** 2
4.0	Anestesia***** 3
5.0	Preparación cavitaria***** 3
5.1	Postulados del Dr.Black***** 4
5.2	Diseño***** 4
5.3	Apertura de la cavidad y forma de conveniencia***** 5
5.4	Forma de retención***** 6
5.5	Forma de resistencia***** 6
5.6	Remoción de dentina careada***** 8
5.6.1	Aplicación de dique de hule***** 8
5.6.2	Exposición pulpar cariosa*****11
5.6.3	Exposición pulpar mecánica*****11
6.0	Colocación de las bases*****12
6.1	Hidroxido de calcio*****12
6.2	Oxido de zinc y eugenol*****13
6.2.1	Composición polvo*****13
6.2.2	Composición liquido*****14
6.2.3	Usos*****14
6.3	Barnices*****15
6.4	Cementos de fosfato de zinc*****15
7.0	Tallado y biselado de las paredes adamantinas*****16
8.0	Preparación de molares superiores con cresta oblicua no afectada*****20
9.0	Retracción gingival*****22
9.1	Agentes quimicos*****22
10.0	Toma de impresiones*****24
10.1	Tecnica de la doble impresión*****24
10.2	Impresión con polisulfuro*****25
11.0	Cementación*****27
12.0	Zonas internas de una incrustación*****28
12.1	Posibles problemas en cavidad oral*****28
13.0	Mejorando adaptación marginal*****30
14.0	Conclusiones*****32
15.0	Bibliografía*****33

## INTRODUCCION

La restauración colocada, es extremadamente versátil y es especialmente aplicable a las preparaciones en donde tengamos que reemplazar una o más paredes, crestas marginales, cuspides. Para que sea satisfactorio, el procedimiento de restauración, requiere un minucioso cuidado, de la preparación cavitaria y la manipulación adecuada de los materiales dentales ya que es indispensable conocer sus propiedades físicas y químicas, por lo contrario los fenómenos que suceden al manejarlos y al comportamiento que tendrán estos en medio bucal donde se verán agredidos por sustancias, temperaturas y tensiones. Además, debe existir una devoción por la perfección en el odontólogo y en el mecánico.

## DEFINICON.

Es un bloque metálico que incluye las caras proximal y oclusal de un diente posterior o anterior y puede recubrir una o más de las cúspides, pero no todas (''Inlay'' = incrustación intracoronaria.)

La incrustación extracoronaria (''Onlay'') De un diente posterior, recubre todas las cúspides y caras proximales.

## INDICACIONES.

Se elige una incrustación intracoronaria, en lugar de una restauración de amalgama cuando se necesita de una resistencia superior. .

- Extensión de la caries proximal en el diente.
- Extensión de la caries vestibular y lingual o restauraciones previas.
- Terapéutica radicular.
- Para ferulización .
- Para restaurar la función oclusal.

- Para reemplazar amalgamas .
- Preferencia del paciente.
- Factor económico y a precio del paciente.

### ANESTESIA .

Es aconsejable una anestesia local para los dientes - en que se trabajará así como los tejidos blandos adyacentes. La anestesia de estos tejidos además de eliminar el dolor reducen la salivación con el resultado de una operación más placentera para el paciente y operador ya que permite que el paciente se encuentre más relajado ya que a su vez alivia la tensión muscular. La relajación muscular no solo se refiere a labios, carrillos y lengua sino - que permite al operador más acceso y menos interferencias ayudando al paciente hacer más capaz de tolerar sesiones - prolongadas.

### PREPARACION CAVITARIA.

Se logra una preparación cavitaria correcta al seguir procedimientos sistemáticos basados en principios físicos y mecánicos definidos.



## Postulados del Dr. Black.

- Paredes de esmaltes soportadas por dentina sana.
- Paredes y pisos formando angulos rectos.
- Extensión por prevención.

## Diseño.

El diseño de una cavidad esta dado por la posición de la caries y las condiciones generales en que se encuentre el diente. Tomando en cuenta para este diseño los postulados de Black. Tratar de abarcar en nuestro diseño surcos, fosetas, fisuras, que puedan estar propensas a una invasión cariogenica . tratando de llevar nuestro diseño - finalmente restauración a zonas inmunes a caries. Fig.1.1

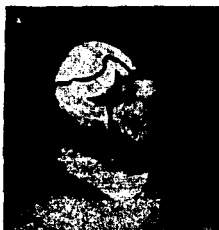


Fig.1.1 Diseño propuesto para una preparación cavitaria disto - oclusal en primer premolar superior derecho .

Apertura de la cavidad y forma de conveniencia.

---

Después del corte por penetración se debe llevar el eje mayor de la fresa paralelo al eje longitudinal de la corona dentaria (línea xy). Fig.1.2 - C .

Las fresa de carburo para formar paredes verticales internas de la cavidad para incrustación, son del tipo de fresa troncoconica lisas. Para que las paredes verticales tambien lo sean, las superficie lateral y el extremo de la fresa deben ser rectos para ayudar que las paredes queden uniformemente divergentes tanto en pulpar como en gingival. Las dimensiones y formas recomendadas de fresas sugeridas son la No.271\* la No.169\*\* y la No.265\*\*\*Fig.1.2



Fig.1.2(B) dimensiones y configuración de las fresas No.271 No.169 y No.265.(C)divergencias convencional de  $4^{\circ}$  con respecto a la línea de inserción (línea xy).

### Forma de retención.

La forma de retención esta dada por la profundidad de la preparación ya que el mismo ancho por la misma profundidad nos dara la retención. No confundir con una cavidad retentiva en la cuál existen ángulos muertos los cuales impiden la salida de un patrón de cera. Fig.No.1.2 -C .

La ameloplastia es la práctica de eliminar el extremo de un defecto del desarrollo (fisura) la extensión en que se puede utilizar habitualmente la ameloplastia no puede ser determinada hasta que el operador esté en proceso de estender la pared cavitaria, cuando ya se puede observar la profundidad de la fisura en la pared adamantina. Cuando la ameloplastia muestra que una fisura en la cresta marginal es mas profunda de un tercio del espesor del esmalte, entonces los procedimientos que se llevaran acabo seran la formación de una caja proximal.

### Forma de resistencia.

Aquí debemos tomar el postulado de Black que nos dice paredes de esmalte soportadas por dentina sana. Para obtener esta forma de resistencia tenemos dos tipos de factores primarios y secundarios .

Primarios: Formar paredes axial y convexas y dar buena estabilidad obteniendo como resultado una buena resistencia.

Fig. No.1.3-D,E,F,.

Secundarios. Cajas internas, pernos, y rieleras. Cabe señalar que para romper fuerzas comprensivas es conveniente redondear el ángulo axio-pulpar Fig.No.1.3-F,G,H,.



Fig.No.1.3.(A).Molar superior con caries tanto en el ángulo distovestibular como en la cara mesial (B) vista vestibulo-occlusal (C) vista distolinguoocclusal (D) vista distoocclusal de preparación cavitaria con aplicación de diamante.

(E) vista oclusal, notese la aplicación de rieleras y pared axial convexa .

(F) vista distal, notese la formación de caja interna.

(G) vista distolinguooclusal (H) vista mesiooclusal. .

Fig. No.1.3.



Continuación

Remoción de dentina careada .

Antes de la remoción es importante comenzar con la colocación del dique de hule. Los dientes por aislar deben estar libres de residuos y tártaro . Por lo que el operador deber-

considerar necesario algún procedimiento profiláctico.

La anestesia suele preceder a la aplicación del dique de hule. Esto permite una más cómodo aplicación del retenedor sobre el diente de anclaje .

Aplicación de dique de hule.

Paso 1; El operador debera probar las áreas de contacto de los dientes por aislar con un hilo dental eliminar residuos interproximales alisar los bordes filososdel esmalte para prevenir en desgarramiento del dique al pasar por los contactos,

Si los contactos no dejan pasar el hilo estos podran ser ligeramente separados con una cuna para permitir el pasaje del dique .

Paso 2 . Para la perforación de los orificios es recomendable que se haga tras un cuidadoso estudio de la forma del arco y del alinamiento dentario .

Paso 3 ; Lubricar el dique de goma sobre el área de las perforaciones, esto facilita el pasaje de la goma por los contactos. se podrán lubricar los labios y comisuras con vaselina o manteca de cacao para evitar la irritación .

Paso 4 ; Se prueba el retenedor o la grapa sobre el diente para asegurarse de su estabilidad ;

Paso 5 .Se prueba la estabilidad y retención de la grapa-- haciendo un leve esfuerzo en sentido oclusal. una vez verificada la estabilidad, se vuelve aplicar la pinza para retirar la grapa .

Paso 6. : Para que la grapa y el dique puedan ser llevados-- simultáneamente a la boca, la grapa queda en la pinza y el operador pasa el arco de él por el orificio correspondiente desde el lado inferior del dique.

Paso 7; El operador toma las pinzas y deja bien visibles los bocados de la grapa para facilitar su colocación en el diente

Paso 8; El operador ubica la grapa en el diente anclaje evitando presionar el tejido gingival .

Paso 9; Los labios del orificio deben quedar por completo por debajo de los bocados de la grapa . Sino pasa prontamente, se dejara más tarde para pasarlo con hilo dental.

Paso 10. Aprehender el dique juntando los pliegues del mismo.

Paso 11; El operador ayuda a ubicar la compresa del lado derecho del paciente. la compresa ayuda a reducir el contacto de la piel con el dique.

Paso 12; Enganchar el dique de goma al marco .

Paso 13; Se ajusta la tensión de la banda para estabilizar el arco y afirmar el todo suavemente contra la cara y fuera del campo operatorio .

Paso 14; Estirar la goma por detrás de ese arco para eliminar cualquier abultamiento y ubicar el borde del agujero sobre el contacto distal al diente retenedor.

Paso 15; (optativo) si la estabilidad de la grapa fuera cuestionable, se podra usar compuesto de modelina debaja-fusión .

Una vez aislado procedemos a eliminar la dentina careada.- Usar fresa redonda de carburo No.2 o 4 con baja velocidad o bien utilizar cucharilla . Si usa la fresa, mejorar la visibilidad utilizando poca agua. haciendo cortes intermitentes y leves. Poniendo cuidado para no desecar la dentina expuesta.

Cuando excave caries profunda procure remover solamente la dentina infectada y no la afectada, pues la eliminación de esta podría exponer la pulpa sana. Idealmente la remoción de caries debe proseguir hasta que la dentina remanente se sienta dura como la dentina normal: pero no se ha de hacer gran presión con la punta del explorador o cualquier otro instrumento sobre lo que se juzgue que sea una capa fina de dentina razonablemente dura - junto a la pulpa para no producir una exposición pulpar innecesaria. si la remoción de dentina blanda, infectada conduce directamente a una exposición pulpar cariosa.

Entonces se realiza la obturación radicular antes de completar la restauración colada.

Si se expone inadvertidamente la pulpa exposición pulpar mecánica entonces se debera tomar la decisión de proceder con el tratamiento endodóntico o intentar con un recubrimiento pulpar directo. Se debe hacer una evaluación clínica de la salud de la pulpa y esperar un pronostico favorable despues de su recubrimiento si se cumplen los siguientes criterios :

- 1-Checar si la exposición es pequeña.
- 2-Checar si el diente estaba asintomatico, sin signos de pulpitis.
- 3-Que sea facil de controlar la hemorragia de la exposición
- 4-La invasión de la camara pulpar fue relativamente atraumática con poca irritación fisica para el tegido pulpar.
- 5-Si se mantuvo un campo no contaminado es decir con dique.



Si la excavación se acerca mucho a la pulpa o si estuviera indicado un recubrimiento pulpar directo, antes de aplicar una base lavar bien la cavidad con suero fisiológico o agua oxigenada.

#### COLOCACION DE LAS BASES .

En esta etapa incluiremos una serie de materiales que se usan para: -

- Protección pulpar
- Promoción en la formación de dentina secundaria.
- Inhibición en el avance del proceso carioso.
- Bacteriostáticos.
- Bactericidas.

#### Hidroxido de calcio.

Este tipo de cemento se usa para recubrir la pulpa expuesta o no, durante una preparación dental, ya que por su propiedades tiende a acelerar la formación de dentina secundaria .

Su pH suma mente alcalino irrita a los adontoblastos formando se primero una escara sobre la pulpa y despues protaminato de calcio .

Se emplean tambien en aquellos casos en donde existen cavidades profundas, aún sin exposición pulpar obvia, pero en donde pudieran porentarse perforaciones no visibles clinicamente.

En la practica se usan suspensiones (acuosas o no acuosas) que son colocadas sobre el área en un espesor de 2 Mm<sup>2</sup> es necesario agregar a continuación una base de otro cemento previo a la obturación.

Presentación : La composición de los productos comerciales es variables siendo algunas veces solo suspensiones de hidróxido de calcio destilado y en otros casos los productos contienen hidróxido de calcio en un 6% y óxido de zinc en la misma proporción suspendidos en una solución de clorofórmico .

Los fabricantes también la presentan en forma de dos pastas una como base y otra como catalizador, conteniendo 6 o 7 ingredientes aparte del hidróxido de calcio .

#### Oxido de zinc y eugenol:

Es el cemento medicado usado con mayor frecuencia como obturación definitiva o temporal .

Presentación : Viene en forma de polvo y líquido para mezclarse hasta obtener una pasta que puede tener consistencia de acuerdo a las necesidades de cada caso.

#### COMPOSICION POLVO

Oxido de zinc.....	70%
Resina.....	28.5%
Estearato de zinc.....	1.0%
Acetato de zinc.....	5%

## LIQUIDO

Eugenol.....85%

Aceite de semilla de algodón.....15%

## USOS

Se emplean como:

- 1) Obturación temporal (aunque su resistencia a la compresión es muy baja debe cubrirse con una capa decemento de -- fosfato de zinc ).
- 2) Como aislante térmico y eléctrico.
- 3) Obturación definitiva de conductos radiculares..
- 4) Util como paliativo pulpar por ser sedante.

Preparación Colocar sobre una loseta de cristal grueso el numero de gotas y polvo de deseado incorporando lentamente el polvo al liquido hasta obtener la consistencia deseada.

### Barnices .

Este medicamento medicado es principalmente una goma natural como el copal, o resina sintetica disuelta en un solvente organico, cloroformo, acetona o éter . Estas resinas son sustancias suficientemente fluidas para ser barnizadas en la superficie de la cavidad. El solvente se evapora rapidamente dejando una pelicula que protege las estructuras dentales. El comportamiento irritante de los-- cementos de fosfato de zinc y de los silicato se asocian-- directamente por su grado de acidez . La penetración del acido através de la dentina hasta llegar a la pulpa es un problema serio por lo que es importante utilizar un cellador de tubulos dentinarios .

### Cemento de fosfato de zinc.

Este cemento no medicado se presenta en forma de polvo y liquido . El polvo es principalmente oxido de zinc y el liquido contiene de 60 a 65% de acido fosforico y el resto es agua.

### Mezclados:

Utilizamos una loseta de cristal una espatula de acero y proporcionamos la cantidad de polvo con respecto al liquido el polvo se divide en cuatro pequenas porciones las cuales se agregan una a una al liquido con movimientos circulares hasta obtener una consistencia de masa.

El principal problema con este material en su acidez hecho que puede resolverse en parte en el momento del espaldado empleando el mayor tiempo posible en él mismo.

**\*\*NOTA:** En algunos de los casos podremos colocar como base no medicada el ionomero de vidrio el cual solo podremos colocarlo sobre dientes que no presenten sensibilidad.

#### TALLADO Y BISELADO DE LAS PAREDES ADAMANTINAS.

Terminada la base y su conformación procedemos al tallado o viselado de todo el angulo cavo superficial con una fresa de acabado o grano fino con una angulacion aproximadamente de 40 a 45°. un angulo de más de 150° sera incorrecto, por que produce margen adamantino indistinto- Fig.

La profundidad (anchura) del bisel cavo superficial del margen oclusal debe ser aproximadamente de un cuarto de la profundidad respectiva a la pared . Esta regla esta excluida cuando se emplea un bisel que incluye un defecto del esmalte.

---

**\*NOTA:** El angulo conveniente en los margenes oclusales de las incrustaciones sera de 40 grados , excepto en los margenes gingivales, donde el angulo debe ser de 30 grados la preparación cavitaria terminada aparece en la Fig.,.sig..



Fig.

(I). Molar superior con caries profunda en el angulo D-V y caries mesial.

(J). Preparación cavitaria, eliminación de dentina careada sin biseles y divergencias.

(K). Reconstrucción de la base en zonas profundas provocadas por la caries profunda .

(L). Biselado de los margenes.

(M) Y (N). Cavidad terminada para el tratamiento de la caries mostrada en I . Los biseles gingival y vestibular se funden en X e Y es la base de cemento.

(O) Y (P). Cuando no se preparó el surco de la cara lingual y cuando la pared vestibular de la caja proximal falta por completo o casi, las fuerzas orientadas a desplazar la incrustación hacia vestibular pueden ser contrarrestada por la extensión lingual en pollerita (Z).

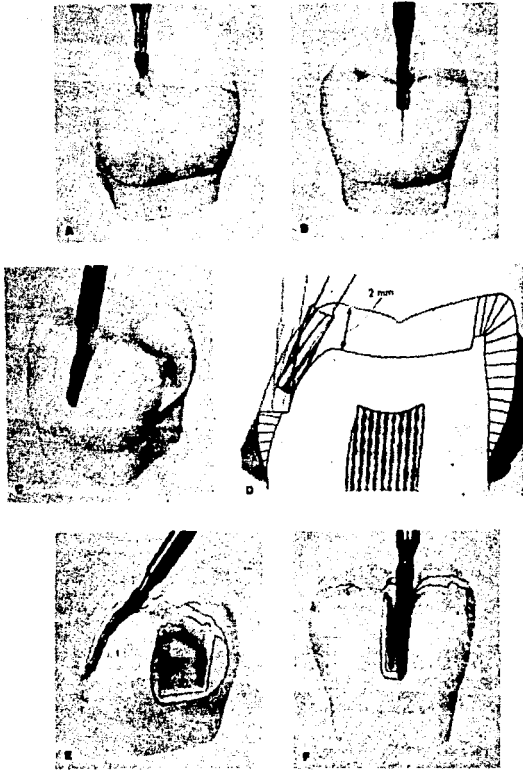


Fig.

(A) (B) Y (C). Extensión para incluir la fisura oclusal, continua, con la fisura vestibular en la cara vestibular. corte palatino- vestibular. (E). Biselado dle margen gingival (F) y de los margenes mesial y distal de la extensión del surco- biselado gingival.



Primer molar superior con cresta o blicua no afectada.

Cuando se ha de restaurar un primer molar superior se tomara en cuenta la conservación de la cresta oblicua para esta conservación realizaremos dos preparaciones diferentes en el mismo molar como muestra la Fig.

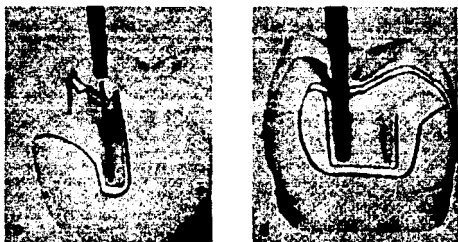
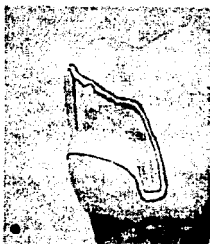
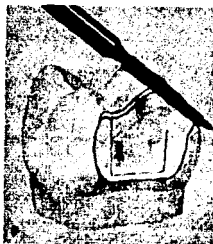


Fig.

Primer molar superior con cresta oblicua fuerte, no afectada por lo que mostraremos la cavidad mesiooclusal del molar superior al igual que una preparación de la extensión del surco lingual de la preparación cavitaria distooclusal lingual . (D) Cortede surco de retención de la cara palatina- (E).Caja distal notese el doble bisel sobre el acuspide disto palatina .

Cabe senalar que la pared axial debera tener un contorno concavo esto lo realizamos con una fresa de fisura o cilindrica una ves ya colocada las bases .



(F) Tallado del doble bisel este tallado sirve para proteger las cuspides en este caso la linguopalatino además nos ayuda a eliminar angulos retentivos .

(G).Cavidad distooclusolingual completada .

(H).e (I) Preparaciones cavitarias proximales de un molar superior con cresta oblicua no afectada.

\*NOTA: El bisel proximal es más acentuado o ancho hacia oclusal que en el tercio cervical. Mejorando el sellado - marginal de una incrustación.

## RETRACCION GINGIVAL.

Los materiales de impresión son gomosos por lo que daran una impresión exacta solo de las superficies que sean visibles, limpias y secas por lo que en algunos casos los margenes subgingivales seran desplazados temporalmente asi como repreimir cualquier flujo de hemorragia y fluido gingival. De esta manera proveemos el acceso del material de impresión y puedan llegar con un volumen adecuado.

Para la retracción gingival utilizamos hilo retractor tratado con agentes quimicos .

Agentes quimicos	Astringentes Hemostaticos Vasoconstrictores de acciónL.
------------------	---

Astringentes: Contienen pirofosfato de hierro  
Marca astringentedent

Hemostaticos: Contienen aluminio  
Sulfato de aluminio  
Cloruro de aluminio  
Cloruro de zinc  
Acido tánico.

Vasoconstrictores de acción local. Contienen epinefrina  
No en pacientes con problemas cardiacos.

FORMAS : Trensados, tejidos, torcidos.

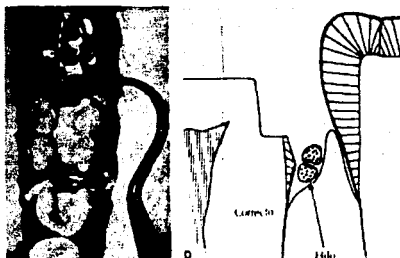
TAMANO : Pequeno, mediano, grande.



(B) Inserción del hilo de retracción para exponer el margen gingival cavitario. Se pueden insertar varios trozos de hilo, uno para cada margen gingival.

(C). Un hilo largo suficiente como para pasar de uno a otro margen gingival para la intruducción de este hilo nos apoyamos con un explorador.

(D). Aplicación correcta del hilo retractor .



TOMA DE IMPRESIONES.

Tipos de materiales de impresión.

\*Rigidos .

\*Elasticos.

ELASTICOS .

Material

Reproducción de detalle.

Polisulfuros -----Excelente.

Siliconas reacción por condensación-----Buena.

Por adición-----Buena.

Poliéteres-----Buena.

Hidrocoloide reversible-----Excelente.

Técnica de la doble impresión.

Porta impresiones : Recortarlo, ajustarlo y bordearlo con cera para encajonar .

En una loseta colocamos la porción pesada e incorporamos el catalizador y procedemos a amasar por no más de 30 - segundos .

Llevamos la masa al portaimpresión y tomamos la impresión con la cavidad previamente seca y retraída .

Haciendo una presión constante y no excedida colocando algunas muescas que nos den como relación una misma entrada y salida de la impresión .

Mezclar la consistencia ligera hule y catalizador y llevar la mezcla al portaimpresión.

Localizando la misma entrada en boca volvemos hacer presión constante .

**\*\*Nota;**Entre más delgada quede la película del rectificador al momento de retirar la impresión más exacta será nuestra toma.

El antagonista procederemos a tomarlo con alginato.

#### Técnica de la doble impresión

#### Técnica de impresión con polisulfuro.

Una vez preparada la jeringa con el material de impresión gomoso y llenado el portaimpresión seguimos la siguiente Fig.



(A) Retiramos el hilo de retracción, secamos la cavidad y las llenamos con el material de impresión sin atrapar burbujas de aire incluyendo la zona completa (Cuadrante).

(B) Aplicamos material muestra en la arcada contraria y llevamos el portaimpresión previamente llenado, a la boca .



(C) Y (D) . Pruebas de fraguado.

(E) Impresión de goma polisulfurosa terminada.

(F) Vista proxima de la impresión .

Una vez obtenida la impresión procedemos a la toma de mordida para esto pedimos al paciente muerda una porción de cera calibrada checando que esta mordida sea en relación céntrica-

Para correr con yeso los porta impresiones deberemos analizar el tipo de dado de trabajo que debiera emplear el técnico dental .

El dado de trabajo debiera ser corrido en yeso de alta presición (Belmix). para el antagonista utilizaremos yeso piedra o blanca nieves.

#### CEMENTACION.

Una vez obtenida la incrustación del laboratorio, procedemos a rectificar aquellos detalles que al técnico o a uno mismo se nos hallan pasado como muestra la siguiente figura .



(I) Colados pulidos.



Una vez de haber acentado el colado y ajustado los contactos proximales probamos la oclusión del colado .

#### Zonas internas de una incrustación

- \*Zonas de apoyo = piso gingival, piso pulpar.
- \*Zona de contrabisel = lo que asienta sobre el biselado
- \*Zona de balance = pared axial .
- \*Zonas de fricción.= paredes de la cavidad incluyendo la axial.

#### Posibles problemas en boca.

Si no entra:

Checar area de contacto,

Checar zonas de fricción,

Desgastar superficies interproximales .

Si basculan:

Checar parte media del piso pulpar,

Checar pisos gingivales .

Si no sellan :

Solo checar burbujas en contrabisel

Si quedan altas:

Checar a nivel de premolares y caninos.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Si no tenemos ninguno de los problemas anteriores cementamos la incrustación .

Una vez mezclado el cemento de fosfato llevamos la porción a la cavidad previamente seca y aislada con royos de algodón y llevamos el colado al diente po restaurar aplicando presión manual o con discos de goma (Burlaw ) . De manera que el cemento excedido fluya por los límites del colado. Una vez que el cemento esta apunto de endurecer retiramos los exedentes con un explorador y pedimos al paciente que muerda para volver a checar su oclusión .Vease Fig. A B C D Y E .



- (A). Inicialmente la presión manual .
- (B). Presión con discos Burlew entre el colado y los dientes opuestos .
- (C). Eliminación del cemento exedente con explorador .
- (D) Y (E). Metodos incorrectos para el asentamiento del colado acementar .

Mejorando la adaptación marginal.



- (F),.Eliminación del contacto no funcional .
- (G),.Adaptación marginal con punta de hule en sentido metal diente.

INCRUSTACIONES TERMINALES



## CONCLUSIONES

A la finalización de esta tesina, he llegado a la conclusión, de que, para la preparación de cavidades para incrustación, es imprescindible no dejar pasar los postulados del Dr. Black: Ya que en nuestra preparaciones siguen siendo base para el éxito de nuestra restauración .

Una muy buena restauración trae consigo, una rehabilitación tanto funcional como estética y de alguna manera - Psicológica para el paciente, por lo que el éxito odontológico de nuestro trabajo será excelente.

Por lo que hace resultar que mientras no nos salgamos dentro de los parámetros establecidos por el Dr. Black. Nuestro éxito profesional será, más que excelente.

## BIBLIOGRAFIA

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES DE SKINNER.

Dr. RALPH W. PHILLIPS. 8<sup>ta</sup> EDICION .

NUEVA EDITORIAL PANAMERICANA.

MEXICO, D.F. 1988.

CAP. IV.

CURSO DE MATERIALES DENTALES.

DIVISION S.U.A. 2<sup>da</sup>. EDICION.

EDITORIAL U.N.A.M.

MEXICO.D.F. CD.UNIVERSITARIA .1980.

CAP.III.

OPERATORIA DENTAL .

H.W.GILMORE. M.R.LUND. 4<sup>ta</sup>.EDICION.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

MEXICO, D.F. NOV. 1986.

CAP. 7 y 13.

ODONTOLOGIA RESTAURADORA.

SEIDE LEONARD J.

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.

ARGENTINA. Buenos Aires. JUNIO 1983.

CAP.I