

879522

10
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE OPERATORIA DENTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
HECTOR LUIS MEDRANO DELGADO



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	5
CAPÍTULO I	
HISTORIA DE LA OPERATORIA	
DENTAL+++++	7
CAPÍTULO II	
HISTOLOGÍA DENTARIA+++++	10
CAPÍTULO III	
PATOLOGÍA DENTARIA+++++	25
CAPÍTULO IV	
TERMOLOGÍA, NOMENCLATURA Y	
DEFINICIONES+++++	32
CAPÍTULO V	
CARIES+++++	44
CAPÍTULO VI	
CLASIFICACIÓN Y PREPARACIÓN	
DE LAS CAVIDADES+++++	49
CAPÍTULO VII	
INSTRUMENTAL+++++	58
CAPÍTULO VIII	
CEMENTOS DENTALES+++++	62

Í N D I C E

P Á G.

CAPÍTULO IX	
RESTAURACIONES CON	
AMALGAMA+++++	69
CAPÍTULO X	
MANTENIMIENTO DE LOS DIENTES	
Y MEDIDAS PREVENTIVAS	
PRÁCTICAS+++++	88
CONCLUSIONES+++++	92
BIBLIOGRAFÍA+++++	95

I N T R O D U C C I Ó N .

EL OBJETIVO DE LOS PROFESIONISTAS DEDICADOS A LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD ES LA PREVENCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES.

SIENDO LA OPERATORIA DENTAL UNA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA ENCARGADA DE CONSERVAR Y RESTAURAR LA ESTRUCTURA DENTARIA CUANDO SE HA VISTO AFECTADA SU INTEGRIDAD ESTRUCTURAL, FUNCIONAL O ESTÉTICA POR DISTINTAS CAUSAS, TRATARÉ DE EXPLICAR LO QUE CONSIDERO BÁSICO EN ESTA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA AL HABLAR SOBRE EL SURGIMIENTO DE ÉSTA, LA ESTRUCTURA HISTOLÓGICA Y PATOLÓGICA DE LOS DIENTES, EL GRADO DE CARIES Y TEORÍAS DE LA MISMA, ASÍ COMO TIPOS DE RESTAURACIONES, PREPARACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CEMENTOS, ADEMÁS DE UNA GUÍA GENERAL DEL INSTRUMENTAL NECESARIO.

EN LA ELABORACIÓN DE ÉSTA TESIS MI OBJETIVO ES, DE DAR A CONOCER, SOBRE TODO AL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA, EL GRAN SIGNIFICADO DE LA OPERATORIA-

DENTAL EN EL EJERCICIO DE ESTA PROFESIÓN.

ES IMPORTANTE SABER QUE LAS RESTAURACIONES CO
RRECTIVAS PLANEADAS Y COLOCADAS EN FORMA CORRECTAS
ARRESTARÁN LA PROPAGACIÓN DE LAS CARIES E INCLUI--
RÁN EN EL PACIENTE EL DESEO DE CONSERVAR LA DENTI--
CIÓN MEDIANTE MEDIDAS PREVENTIVAS ADECUADAS.

MIENTRAS QUE EL CONOCIMIENTO Y LA HABILIDAD -
SON REQUISITOS PARA TENER ÉXITO, IGUALMENTE IMPOR--
TANTES SON BUENOS HÁBITOS DE TRABAJO Y DISCIPLINA--
PERSONAL QUE RESULTAN DE ALTOS NIVELES MORALES Y--
ÉTICOS, POR LO QUE ES CONVENIENTE COMENZAR TEMPRANA--
NAMENTE EN EL DESARROLLO DE ÉSTOS ASPECTOS PROFE--
SIONALES.

CAPÍTULO I

HISTORIA DE LA OPERATORIA DENTAL.

ES LÓGICO PENSAR QUE EL COMIENZO DE LA OPERATORIA DENTAL SE CONFUNDE CON EL DE LA ODONTOLOGÍA MISMA, YA QUE LA CARIES DENTAL DATA DE UNA ANTIGUEDAD APROXIMADA A LA DEL MUNDO, Y YA DESDE ENTONCES EL HOMBRE DEBE HABER BUSCADO LA FORMA DE ATENUAR SUS EFECTOS.

EN EXCAVACIONES EGIPCIAS FUERON DESCUBIERTAS MO--MIAS CON RELLENO DE ORO EN CAVIDADES TALLADAS EN SUS--DIENTES, SON ÉSTAS LAS PRIMERAS OBTURACIONES DE QUE SE TIENE NOTICIA, SIN EMBARGO, SE DESCONOCE SI FUERON ---ADORNOS APLICADOS AL EMBALSAMAR A LOS MUERTOS O TRATAMIENTOS DE CARIES LLEVADOS A CABO DURANTE LA VIDA DEL INDIVIDUO.

ASÍ MISMO, SE ENCONTRARON EN AMÉRICA INCRUSTACIONES DE ORO O DE PIEDRAS PRECIOSAS EN DIENTES DE ABORÍGENES DE LA ÉPOCA PREINCAICA E INCAICA.

LA OPERATORIA DENTAL SALIÓ DEL EMPIRISMO CON FAUCHARD, QUIEN EN 1746, AL PUBLICAR LA SEGUNDA EDICIÓN DE UN LIBRO QUE COMPRENDÍA LOS CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE LA ÉPOCA, YA HABLABA DE UN INSTRUMENTO PARATALADRAR LOS DIENTES.

FUÉ FAUCHARD, JUSTAMENTE, EL PRIMERO EN ACONSEJAR LA ELIMINACIÓN DE LOS TEJIDOS CARIADOS ANTES DE LA RESTAURACIÓN.

ARTHUR ROBERT FUÉ EL PRIMERO EN PRECONIZAR LA FORMA DE LA CAVIDAD DE ACUERDO CON PRINIPIOS QUE MÁSTARDE BLACK LLAMARÍA EXTENSIÓN PREVENTIVA.

CON EL PERFECCIONAMIENTO DEL INSTRUMENTAL, DISTINTOS AUTORES (VOLCK, WEEB, ETC.) COMENZARON A PREPARAR CAVIDADES DE ACUERDO CON BLOQUES PREFABRICADOS DE PORCELANA COCIDA, ES DECIR, LA FORMA DE LA CAVIDAD SE ADAPTABA AL BLOQUE Y NO SE BUSCABA MÁS QUE LOGRAR SU PERMANENCIA EN LA BOCA.

ES G.V. BLACK, EN REALIDAD, EL VERDADERO CREADOR Y PROPULSOR DE LA OPERATORIA DENTAL CIENTÍFICA. SUS

PRINCIPIOS Y LEYES SOBRE PREPARACION DE CAVIDADES--
FUERON TAN MINUCIOSAMENTE ESTUDIADOS, QUE MUCHOS DE
ELLOS RIGEN HASTA NUESTROS DÍAS.

NACIERON ASÍ NUEVAS FORMAS DE RETENCIÓN Y DE -
ANCLAJE CAPACES DE MANTENER EN SU SITIO LA SUBSTAN-
CIA RESTAURADORA.

POSTERIORMENTE CON LA FABRICACIÓN DE MODERNOS-
INSTRUMENTOS ROTATORIOS Y LA ALTA VELOCIDAD FUÉ FA-
CILITÁNDOSE LA LABOR DEL ODONTÓLOGO HASTA ALCANZAR-
LOS ADELANTOS ACTUALES, TALES COMO: EL DISEÑO CAVI-
TARIO PARA CUALQUIER TIPO DE RESTAURACIÓN, TOMANDO-
EN CUENTA LA FORMA DEL DIENTE, DIRECCIÓN Y MAGNITUD
DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS, RESISTENCIA DE LAS PA-
REDES CAVITARIAS, ACCIÓN DE LAS RETENCIONES, RESIS-
TENCIA DE LOS MATERIALES, ACCIÓN DE LAS RELACIONES-
DE CONTACTO Y DE LOS TEJIDOS DE SOSTÉN, ETC. EN--
OTRAS PALABRAS, LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES EN OPE-
RATORIA DENTAL SE HA TRANSFORMADO EN UNA BUENA DIS-
CIPLINA, CUYO DOMINIO EXIGE AL OPERADOR PROFUNDOS--
CONOCIMIENTOS DE MECÁNICA, ESTÉTICA Y DINÁMICA Y DE
FACTORES DE ÍNDOLE BIOLÓGICO, A VECES DIFÍCILES DE-
VALORAR CON CERTEZA.

CAPÍTULO II

HISTOLOGÍA DENTARIA.

ES IMPORTANTE PARA EL PRACTICANTE O PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA EL CONOCIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS INTERNAS Y EXTERNAS QUE FORMAN LAS PIEZAS DENTALES, - YA QUE SOBRE ÉSTAR REALIZARÁ DIVERSOS CORTES, PROCURANDO SIEMPRE CONSERVAR SU INTEGRIDAD Y ESTABILIDAD.

DIVIDIREMOS AL DIENTE EN DOS PARTES: CORONA Y - RAIZ.

LA CORONA SE DIVIDE A SU VEZ EN:

CORONA CLÍNICA.- ES LA PARTE DEL DIENTE QUE SE ENCUENTRA EN LA CAVIDAD ORAL.

CORONA ANATÓMICA.- ES LA PARTE DEL DIENTE QUE SE ENCUENTRA CUBIERTA POR ESMALTE.

LA RAIZ ES LA PARTE DEL DIENTE QUE SE LOCALIZA--
IMPLANTADA EN EL TEJIDO DE SOSTÉN Y ESTÁ CUBIERTA DE-
CEMENTO Y NO ES VISIBLE.

ESTRUCTURAS HISTOLÓGICAS.

PARA EL ESTUDIO DE LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS SE
HAN CLASIFICADO EN DOS GRUPOS:

A) TEJIDOS DUROS:

- 1).- ESMALTE.
- 2).- DENTINA.
- 3).- CEMENTO RADICULAR.

B) TEJIDOS BLANDOS:

- 1) PAQUETE NEUROVASCULAR.
- 2) TEJIDO PARODONTAL.

A) TEJIDOS DUROS:

- 1).- ESMALTE.

ES EL TEJIDO SUPERFICIAL DEL DIENTE QUE CUBRE LA
CORONA EN TODA SU EXTENSIÓN HASTA EL CUELLO EN DONDE-

SE UNE CON EL CEMENTO RADICULAR.

TIENE RELACIÓN EXTERNA CON LA MUCOSA GINGIVAL, -
LA CUAL SE INCERTE EN EL ESMALTE Y EN EL CEMENTO Y RE
LACIÓN INTERNA CON LA DENTINA.

SU ESPESOR ES VARIABLE, SIENDO MÁS DELGADO A NI-
VEL DEL CUELLO Y ENGROSANDOSE A MEDIDA QUE VA ACERCÁN
DOSE AL BORDE INCISAL O CARA OCLUSAL.

QUÍMICAMENTE EL ESMALTE ESTÁ CONSTITUIDO DE LA--
SIGUIENTE MANERA:

POSFATO DE CALCIO Y FLORUROS	90%
CARBONATO DE CALCIO	4.30%
POSFATO DE MAGNESIO	1.40%
OTRAS SALES	.90%

ASÍ PUES, TENDRÁN UN 96% DE MATERIA INORGÁNICA Y-
EL 4% DE MATERIA ORGÁNICA.

LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES QUE FORMAN EL ESMALTE
SON:

- A) CUTÍCULA DE NASHMYTH
- B) PRISMAS.
- C) SUSTANCIA INTERPRISMÁTICA.
- D) ESTRÍAS DE RETZIUS.
- E) LAMELAS.
- F) PENACHOS.
- G) HUSOS
- H) AGUJAS.

A) CUTÍCULA DE NASHMYTH.

ES UNA CAPA TRANSPARENTE QUE CUBRE EL ESMALTE EN-TODA SU EXTENSIÓN, AL NO ESTAR COMPLETA FACILITA LA PE-NETRACIÓN DE LA CARIES, ES FORMADA POR LA QUERITINIZA-CIÓN EXTERNA E INTERNA DEL ESMALTE.

B) PRISMAS.

SON RECTOS Y ONDULADOS, FORMADO EL ESMALTE NUDOSO MIDEN DE 4 a 6 MICRAS DE LARGO Y DE 2 a 2.8 MICRAS DE-ANCHO. SE ENCUENTRAN COLOCADAS RADIALMENTE EN TODO -EL ESPESOR DEL ESMALTE DE MANERA PENTAGONAL Y EXAGONAL-MENTE. LA DIRECCION QUE SIGUEN ES LA SIGUIENTE:

EN LAS SUPERFICIES CÓNCAVAS, CONVERGERÁN HACIA EL

LÍMITE AMELODENTINARIO.

EN LAS SUPERFICIES PLANAS SERÁN PERPENDICULARES--
AL LÍMITE AMELODENTINARIO.

EN LAS SUPERFICIES CONVEXAS DEIVERGEN HACIA EL--
EXTERIOR.

PARA ATENDER Y VISUALIZAR UNA CAVIDAD EN ESMALTE
HAY QUE TENER EN CUENTA LA DIRECCIÓN DE LOS PRISMAS--
DEL ESMALTE: ÉSTOS RADIAN HACIA AFUERA DE UN PUNTO --
IMAGINARIO EN EL CENTRO DEL DIENTE COMO SERÍAN LOS RA
YOS DE UNA RUEDA DE BICICLETA.

C)SUSTANCIA INTERPRISMÁTICA.

ES AQUELLA SUSTANCIA QUE SE ENCUENTRA UNIENDO A-
LOS PRISMAS DEL ESMALTE.

D) ESTRÍAS DE RETZIUS.

SON SEGMENTOS DE PRISMAS MENOS CALCIFICADOS, Y--
SIGUEN UNA DIRECCIÓN MÁS O MENOS PARALELA AL EJE DE -
LA CORONA.

E AL H) LAMELAS, HUSOS, PENACHOS Y AGUJAS.

SON ESTRUCTURAS HIPOCALCIFICADAS QUE AYUDAN A LA FÁCIL PENETRACIÓN DE LA CARIES.

2) DENTINA:

ES TAMBIÉN UN TEJIDO DURO DEL DIENTE, AUNQUE EN MENOS PROPORCIÓN QUE EL ESMALTE.

SE ENCUENTRA CUBIERTA POR ESMALTE EN SU PORCIÓN CORONARIA Y EN LA PORCIÓN RADICULAR POR CEMENTO. ADEMÁS PRESENTA OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE LA DIFERENCIAN DEL ESMALTE:

NO PRESENTA FRAGILIDAD, YA QUE POSEE MAYOR CANTIDAD DE SALES DE CALCIO.

NO PRESENTA TAMPOCO CLIVAJE PUES ES UN TEJIDO--AMORFO, SIENDO SU ESPESOR MÁS UNIFORME QUE EL ESMALTE.

QUÍMICAMENTE ESTÁ CONSTITUIDO POR UN PORCENTAJE DE 70 a 75% DE SUSTANCIA INORGÁNICA Y EN UN 25 a 30% DE SUSTANCIA ORGÁNICA.

LAS ESTRUCTURAS QUE LA FORMAN SON:

- A) MATRIZ DE DENTINA.
- B) TÚBULOS DENTINARIOS.
- C) LÍNEAS DE VON EBNER Y OWEN.
- D) ESPACIOS INTERGLOBULARES DE CZERMAC.
- E) ZONA GRANULOSA DE THOMES.
- F) FIBRAS DE THOMES.
- G) LÍNEAS DE SHERGER.
- H) ODONTOBLASTOS.

A) MATRIZ DE DENTINA.

ES LA SUSTANCIA FUNDAMENTAL CALCIFICADA QUE CONSTITUYE LA MATERIA PRINCIPAL Y COMPRENDE LAS FIBRAS COLÁGENAS Y LA SUSTANCIA AMORFA FUNDAMENTAL.

B) TÚBULOS DENTINARIOS.

SON PEQUEÑOS CONDUCTOS QUE VAN DEL ÓRGANO PULPAR HASTA LA UNIÓN AMELODENTINARIA Y HASTA EL CEMENTO RADICULAR. SU CALIBRE ES VARIABLE EN TODA SU EXTENSIÓN, LA ALTURA DEL ÓRGANO PULPAR TIENE UN DIÁMETRO APROXIMADO DE 3 a 4 MICRAS Y EN SU PERIFERIA DE 1 MICRA.

C) LÍNEAS DE VON EBNER Y OWEN.

SON LÍNEAS FINAS POR MEDIO DE LAS CUALES SE MANIFIESTAN EL DESARROLLO DE LA DENTINA Y SE CARACTERIZA PORQUE SE ORIENTAN LOS ÁNGULOS RECTOS CON RELACIÓN A LOS TÚBULOS DENTINARIOS, LOS ENCONTRAMOS MUY MARCADOS CUANDO EL ÓRGANO PULPAR SE HA RETRAÍDO.

D) ESPACIOS INTERGLOBULARES DE CZERMAC.

ÉSTOS SON PEQUEÑOS ESPACIOS LAGUNARES QUE SE ENCUENTRAN CERCA DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA Y QUE SON ATRAVEZADOS POR TÚBULOS COMO DEFECTOS ESTRUCTURALES - DE CALCIFICACIÓN Y FAVORECEN LA PENETRACIÓN DE LA CARIES.

E) ZONA GRANULOSA DE THOMES.

ES UN CONJUNTO DE ESPACIOS LAGUNARES QUE POSEEN LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE LOS ESPACIOS INTERGLOBULARES DE CZERMAC, SOLO QUE SE ENCUENTRAN EN LA DENTINA DE LA RAÍZ.

F) FIBRAS DE THOMES.

SON PROLONGACIONES DEL CITOPLASMA DE LAS CÉLULAS DE LA DENTINA, O SEA DE LOS ODONTOBLASTOS. SIRVEN DE CONDUCTOS NUTRICIONALES Y HASTA COMO CONEXIÓN SENSORIAL DEL TEJIDO DENTARIO, EXISTEN APROXIMADAMENTE DE 36,000 a 40,000 POR MILÍMETRO CUADRADO.

G) LÍNEAS DE SHERGER.

SON UNAS LÍNEAS EN LAS CUALES LOS TÚBULOS DENTINARIOS VAN A LLEVAR A CABO DE DIRECCION Y SON CONSIDERADOS COMO PUNTOS DE MAYOR RESISTENCIA A LA CARIES.

H) ODONTOBLASTOS.

SON CÉLULAS FUSIFORMES POLINUCLEARES QUE COMO -- LAS NEURONAS PRESENTAN DOS TERMINACIONES, LAS CENTRALES Y LAS PERIFÉRICAS. LA CENTRAL PRESENTA UNA ANOSTOMOSIS CON LOS NERVIOS PULPARES Y LA PERIFERIA SERÁN LAS FIBRAS DE THOMES QUE ATRAVIEZAN TODA LA DENTINA-- LLEGANDO A LA UNIÓN AMELODENTINARIA Y DE AHÍ TRANSMITEN LA SENSIBILIDAD A LA PULPA.

3).- CEMENTO RADICULAR:

ESTE TEJIDO CUBRE LA RAÍZ DEL DIENTE, PRESENTA UN COLOR AMARILLENTO, ES MENOS DURO QUE EL ESMALTE Y ES DE LOS TEJIDOS EL ÚNICO QUE ENCIERRA CÉLULAS EN SUS ESTRUCTURAS HISTOLÓGICAS.

SU FORMACIÓN ES POSTERIOR A LA DE LA DENTINA, SU ESPESOR ES VARIABLE, SU COMPOSICIÓN QUÍMICA ES DE 68 a 70% DE SALES MINERALES Y DE 30 a 32% DE SUSTANCIA ORGÁNICA. A ÉL SE INSERTAN LOS LIGAMENTOS QUE UNEN A LA RAÍZ CON EL ALVÉOLO.

SUS FUNCIONES SON: PROTEGER A LA DENTINA EN SU PORCIÓN RADICULAR Y DE SERVIR DE INSERCIÓN A LAS FIBRAS PARODONTALES.

B).- TEJIDOS BLANDOS:

1).- PAQUETE NEUROVASCULAR (PULPA):

ESTE TEJIDO ES UN ESTROMA CELULAR DE TEJIDO CONJUNTIVO LAXO, ALTAMENTE VASCULARIZADO Y DE ORIGEN MENSQUIMATOSO QUE SE ENCUENTRA EN ÍNTIMA RELACIÓN CON-

LA DENTINA.

LA PULPA OCUPA LA CAVIDAD PULPAR QUE CONSISTE - EN LA CÁMARA PULPAR EN LA PORCIÓN CORONAL DEL DIENTE Y LOS CANALES RADICULARES QUE SE EXTIENDEN DENTRO DE LA RAÍZ O RAÍCES DE LOS DIENTES. CUANDO LOS DIEN-- TES ERUPCIONAN LA CAVIDAD PULPAR ES GRANDE, SIN EM-- BARGO AL AUMENTAR LA EDAD Y DEBIDO A LOS EFECTOS DE-- LA CARIES, MEDICAMENTOS Y TRAUMAS, LA CAVIDAD PULPAR SE VUELVE PROGRESIVAMENTE MÁ S PEQUEÑA Y HAY DISPOSICIÓN DE DENTINA EN LA CÁMARA PULPAR.

LA EXPOSICIÓN PULPAR PUEDE OCURRIR CUANDO HAY - CARIES SIN TRATAR Y PENETRA A TRAVÉS DEL DIENTE A LA REGIÓN PULPAR. YA QUE LA PULPA SE ENCUENTRA EN UNA CÁMARA DE PAREDES INEXTENSIBLE, AL PENETRAR LA INFEC CIÓN CARIOSA PRODUCE PRESIÓN EN LA PULPA Y ES LO QUE ORIGINA EL DOLOR.

SI LA PULPA ES IRRITADA, GENERALMENTE REACCIONA FORMANDO DENTINA SECUNDARIA A LO LARGO DE LAS PARE-- DES EXTERNAS DE LA CAVIDAD PULPAR, PARA CREAR UN CAM PO DE PROTECCIÓN CONTRA EL IRRITANTE. LA CANTIDAD-

DE DENTINA SECUNDARIA QUE SE FORMA DEPENDE DEL GRADO DE AGRESIÓN DEL IRRITANTE. EN OPERATORIA DENTAL -- EXISTEN VARIAS MEDIDAS PARA EVITAR TENER CCNTACTO -- CON LA PULPA Y MANTENER LA INTEGRIDAD DE ESTE TEJIDO.

ANATÓMICAMENTE PODEMOS DIVIDIR A LA PULPA EN -- DOS PARTES:

PORCIÓN CAMERAL
CONDUCTOS RADICULARES.

LAS FUNCIONES PRIMORDIALES QUE LLEVA A CABO LA PULPA SERÁN LAS SIGUIENTES:

VITALIDAD.- ESTÁ DADA POR LAS CÉLULAS DE KORFF Y ODONTOBLASTOS.

SENSORIAL.- FIBRAS DE THOMES.

DEFENSA.- ES DADA POR LOS HISTIOCITOS.

ESTRUCTURALMENTE EL PAQUETE NEUROVASCULAR SE EN CUENTRA FORMADO POR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

- A) VASOS SANGUÍNEOS.
- B) CÉLULAS DE KORFF.
- C) HISTIOCITOS.
- D) NERVIOS
- E) ODONTOBLASTOS.

A).- VASOS SANGUÍNEOS.

SE ENCUENTRAN DOS TIPOS DE VARIEDADES DENTRO DEL PARÉNQUIMA PULPAR. UNA EN LA PORCIÓN RADICULAR Y -- OTRA EN LA PORCIÓN CORONAL.

B).- CÉLULAS DE KORFF.

SON CÉLULAS FORMADAS DE FIBRA QUE AYUDAN A FIJAR LAS SALES MINERALES Y FACILITAN LA FORMACIÓN DE LA MA TRIZ DE LA DENTINA. Y SE LOCALIZA ENTRE LOS ODONTO-BLASTOS DURANTE LA FORMACIÓN DEL DIENTE. UNA VEZ -- FORMADO EL DIENTE, ÉSTAS CÉLULAS SE TRANSFORMAN Y DE-SAPARECEN.

C).- HISTIOCITOS.

SE LOCALIZAN A LO LARGO DE LOS CAPILARES Y PUEDE PRODUCIR ANTICUERPOS DURANTE LOS PROCESOS INFLAMATO--

RIOS, ADEMÁS SE PUEDE CONVERTIR EN MACRÓFAGOS DURANTE UN ESTADO INFECCIOSO.

D).- NERVIOS.

TIENEN SU ACCESO POR EL FORAMEN APICAL, SON INCLUIDOS EN UNA VAINA DE FIBRAS PARALELAS, QUE SE ENCUENTRAN DISTRIBUIDOS EN TODO EL PAQUETE NEUROVASCULAR.

E).- ODONTOBLASTOS.

CONSTITUYEN UNA CAPA PAVIMENTOSA DE CÉLULAS DIFERENCIALES QUE TIENEN UNA PROLONGACIÓN CITOPLASMÁTICA QUE SE INTRODUCE EN LA DENTINA. DE IGUAL MANERA QUE LAS NEURONAS PRESENTAN DOS TERMINACIONES: LA CENTRAL Y LA PERIFÉRICA.

a).- LIGAMENTO PARODONTAL:

ESTÁ CONSTITUIDO DE TEJIDO CONJUNTIVO ESPECIALIZADO POR MEDIO DEL CUAL LA RAÍZ DENTARIA ESTÁ UNIDA AL HUESO ALVEOLAR; ESTÁ CONSTITUIDO POR FIBRAS COLÁGENAS QUE SON LAS SIGUIENTES:

CAPÍTULO III

PATOLOGÍA DENTARIA.

LOS DIENTES PUEDEN SUFRIR LOS EFECTOS DEL ATAQUE QUÍMICOMICROBIANO MEDIANTE EL MECANISMO DE LA PLACA-- BACTERIANA QUE PRODUCE AFECCIONES, TANTO EN TEJIDO DE SOPORTE Y DE PROTECCIÓN.

ASÍ MISMO, PUEDEN SUFRIR FRACTURA, FISURAS, RAJADAS, ETC. POR TRAUMATISMOS U OTRAS CAUSAS, EROSIÓN Y-- ATRICIÓN, ADEMÁS DE PROBLEMAS CONGÉNITOS COMO CONOII-- DISMO, MALFORMACIONES, HIPOPLASIAS U OTROS DEFECTOS,-- POR INCOMPLETA O PARCIAL FORMACIÓN DENTARIA DURANTE-- EL DESARROLLO DEL GERMEN DENTARIO.

A CONTINUACIÓN ENUMERO LAS ALTERACIONES QUE MÁ-- SE RELACIONAN CON NUESTRA DISCIPLINA:

A) CAMBIOS DE COLORACIÓN.

ÉSTOS SON DETERMINADOS POR DIFERENTES FACTORES,--

ENTRE ELLOS: POR DISTURBIOS O TRASTORNOS ENDÓCRINOS, POR FÁRMACOS INGERIDOS POR LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN O EL NIÑO EN SUS PRIMEROS AÑOS (DIENTES OSCUROS POR TETRACICLINA), POR INGESTIÓN DE FÁRMACOS QUE CONTIENEN SALES METÁLICAS PESADAS, QUE A TRAVÉS DE LA DENTINA PUEDEN LLEGAR HASTA EL ESMALTE, POR FALTA O EXCESO DE CIERTOS ELEMENTOS (DIENTE VETEADO O FLUOROSIS ENDÉMICA), POR PÉRDIDA DE LA VITALIDAD PULPAR, POR INTERFERENCIAS PRODUCIDAS DURANTE LA CALCIFICACIÓN DENTARIA, POR ATAQUE QUÍMICO-MICROBIANO; POR CAUSAS EXTERNAS.

B) EROSIÓN.

LA ACCIÓN MECÁNICA DEL CEPILLADO JUNTO CON OTROS FACTORES LLEVA A LA RÁPIDA DESTRUCCIÓN DEL ESMALTE-- EN LA ZONA DEL TERCIO GINGIVAL, EN DONDE ÉSTE ES DE UN ESPESOR MUY DELGADO.

EL CONSUMO EXCESIVO DE BEBIDAS GASEOSAS CARBONATADAS DULCES, CON UNA ACIDEZ ELEVADA, FAVORECEN TAMBIÉN LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS A NIVEL CERVICAL.

LA EROSIÓN SE MANIFIESTA CON UNA SUPERFICIE DENTINARIA LISA Y PULIDA. LA SENSIBILIDAD DE LA EROSIÓN PERSISTE HASTA QUE EL ODONTÓLOGO RESTAURA EL DIENTE Y LE DEVUELVE SU INTEGRIDAD.

C) ATRICCIÓN.

CONSISTE EN EL DESGASTE DEL ESMALTE Y LA DENTINA PROVOCADO POR LA FRICCIÓN DE LOS DIENTES ENTRE SI E INCREMENTADO POR LA INTERPOSICIÓN DE ABRASIVOS, ARENA, ALIMENTOS DUROS, ELEMENTOS DE TRABAJO, ETC.

EXISTE UNA RELACIÓN INVERSA ENTRE EL GRADO DE ATRICCIÓN Y LA INCIDENCIA DE CARIES, A MAYOR ATRICCIÓN, MAYOR FRECUENCIA DE CARIES.

D) ATRICCIÓN PROXIMAL:

LA ATRICCIÓN QUE ES UN PROCESO NORMAL DE DESGASTE EN LAS SUPERFICIES EN CONTACTO, A CAUSA DEL COMPONENTE ANTERIOR DE LAS FUERZAS SE VA PRODUCIENDO UNA MIGRACIÓN LENTA, PERO CONTINUA DE LOS DIENTES HACIA EL SECTOR ANTERIOR DE LABOCA, CON LO CUAL LAS RELA--

CIONES DE CONTACTO SE VAN APLANANDO HASTA TRANSFORMARSE EN SUPERFICIES DE CONTACTO.

E) ABRASIONES:

ÉSTAS SON GENERALMENTE TRAUMÁTICAS, OCASIONADAS POR HÁBITOS, TALES COMO CEPILLADO INCORRECTO, MANTENER UN LÁPIZ O SOSTENER ALFILERES ENTRE LOS DIENTES, MORDER LAS PIPAS, CORTAR HILO Y OTROS.

F) OTROS TRASTORNOS:

1).- AUSENCIA DE DIENTES.- ANODONCIA PARCIAL, - QUE PUEDE SER VERDADERA O FALSA: EN EL ÚLTIMO CASO SE TRATA DE UN DIENTE RETENIDO,- LA ANODONCIA TOTAL ES MUY RARA.

2).- DIENTES ACCESORIOS O SUPERNUMERARIOS.- MESIODENS, CUANDO SE PRESENTAN ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES; PERIODENS, SI ESTÁ EN OTRA UBICACIÓN DEL ARCO; DISTOMOLAR O PARAMOLAR, EN CASO DE LOS MOLARES, ES BASTANTE FRECUENTE EL CUARTO MOLAR INFERIOR.

3).- DIENTE DE HUTCHINSON.- SUELE OBSERVARSE EN PACIENTES AFECTADOS POR SÍFILIS CONGÉNITA; CONSISTE EN UNA ESCOTADURA SEMILUNAR QUE-- AFECTA EL BORDE INCISAL DE LOS INCISIVOS - CENTRALES Y APARECEN MÁS ANCHOS EN LA PARTE MEDIA DE LA CORONA.

4).- MOLARES EN FORMA DE "MORA".- SE PRESENTA-- TAMBIÉN EN PACIENTES PORTADORES DE SÍFILIS APARECE EN LOS MOLARES UNA FORMA COMPRIMIDA OCLUSAL Y CON HIPOPLASIA.

5).- ANORMALIDADES DENTARIAS POR FACTORES TRAUMÁTICOS.- PUEDEN PRESENTARSE POR TRAUMAS-- PRENATAL Y DAÑOS DE NACIMIENTO, ASÍ COMO-- UN TRAUMA POSNATAL. EN EL CASO PRIMERA-- MENTE MENCIONADO SE ENCUENTRAN ANORMALIDADES COMO:

HIPOPLASIA DE LA MANDÍBULA.- CAUDADA POR PRE--- SIÓN INTRAUTERINA O TRAUMA DURANTE EL EMBARAZO O PARTO.

ANQUILOSIS.- ES UN DEFECTO DE DESARROLLO O PUEDE DEBERSE POR TRAUMA AL NACER.

POSICIÓN DEL FETO.- UNA RODILLA O UNA PIERNA-- PUEDE PRESIONAR CONTRA LA CARA Y ASÍ OCASIONAR RETARDO DE DESARROLLO FACIAL.

EN EL SEGUNDO CASO PUEDE PRESENTARSE: FRACTURA DEL MAXILAR Y DIENTES.

TRASTORNOS DEL ESMALTE.

A) HIPOPLASIA:

EL DIENTE HIPOPLÁSICO POSEE ESMALTE HIPOCALCIFICADO O EN MENOR CANTIDAD. PUEDE SER CONGÉNITA O ADQUIRIDA. LA PRIMERA COMPROMETE LA TOTALIDAD DEL ESMALTE DE LOS DIENTES AFECTADOS: AMELOGÉNESIS IMPERFECTA.

LA ADQUIRIDA O SISTÉMICA RESPONDE A LA ACCIÓN DE UNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA DE LA INFANCIA Y AFECTA SOLO A UNA ZONA DEL ESMALTE, LA QUE SE ESTABA CALCIFICANDO EN EL MOMENTO DE ENFERMARSE EL NI

NO.

B) DENTINA OPALESCENTE:

SE TRATA DE UN TRASTORNO HEREDITARIO QUE AFECTA LA CALIDAD Y ESTRUCTURA DE LA DENTINA DÁNDOLE UN ASPECTO PARTICULAR Y UN COLOR CENIZO GRISÁCEO. EN LA RADIOGRAFÍA LA CORONA PARECE MÁS GLOBOSA QUE LO NORMAL, EL DIENTE ES MENOS RESISTENTE Y SE ATRICIONA -- CON FACILIDAD.

PATOLOGÍA PULPAR O PERIODONTAL.

LAS ALTERACIONES PULPARES SON LOS CAMBIOS ANATOMOHISTOLÓGICOS Y LAS MANIFESTACIONES SEMIOLÓGICAS DE LA PULPA DEBIDO A LOS AGENTES AGRESORES.

LAS MANIOBRAS ODONTOLÓGICAS EFECTUADAS PARA LA RESTAURACIÓN DENTAL, PUEDEN PRODUCIR UNA RESPUESTA-- PULPAR O PERIODONTAL; EXISTIENDO UN BASTO CAMPO DE - DICHAS AFECCIONES, QUE HABRÍA QUE ENUMERAR DE UNA MA NERA DETALLADA.

CAPÍTULO IV

TERMOLOGÍA. NOMENCLATURA Y

DEFINICIONES.

NOMENCLATURA ES UN CONJUNTO DE TÉRMINOS PECU--
LIARES, UN ARTE O CIENCIA MEDIANTE LOS CUALES, LOS--
INDIVIDUOS DE UNA MISMA PROFESIÓN SON CAPACES DE EN
TENDERSE MUTUAMENTE.

EL USO DE CIERTAS PALABRAS Y COMBINACIONES DE--
PALABRAS PARA DESIGNAR ALGUNA COSA ESPECÍFICA, ACTO
O FUNCIÓN EN UN CAMPO DETERMINADO, ES REFERIDO EN--
OCASIONES COMO "LENGUAJE TÉCNICO". SIN EMBARGO, AL
GUNAS PALABRAS DE USO COMÚN DEBEN SER DEFINIDAS EN--
UN TEXTO DENTAL.

ENTRE MÁS PRONTO SE FAMILIARICE EL ESTUDIANTE--
DE ODONTOLOGÍA CON ÉSTE LENGUAJE, LE SERÁ MÁS FÁCIL
EL ENTENDIMIENTO Y LA COMUNICACIÓN, YA QUE ÉSTE SE--
RÁ EL PRINCIPIO DE UNA SERIE DE CONOCIMIENTOS CADA--

VEZ MÁS PROFUNDOS Y ESPECIALIZADOS.

A CONTINUACIÓN CITO UNA SERIE DE TÉRMINOS USUALMENTE UTILIZADOS POR EL PRACTICANTE O PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA.

ALEACIÓN.- ES UNA MEZCLA DE DOS O MÁS METALES.

AMALGAMA DENTAL.- ES UNA MEZCLA DE ALEACIÓN DE PLATA Y DE MERCURIO, QUE ES USADO COMO MATERIAL RESTAURADOR.

ARCADA DENTAL.- SE REFIERE A LA POSICIÓN ORDENADA QUE GUARDAN LOS DIENTES DENTRO DE LOS MAXILARES.

BASE.- ES UNA CAPA DE MATERIAL HECHA GENERALMENTE DE CEMENTO DENTAL Y QUE SE APLICA A LA CAVIDAD DE UNA PREPARACIÓN PARA RECONSTRUIR ESTRUCTURA DENTAL PERDIDA Y QUE ACTÚA COMO BARRERA TÉRMICA ENTRE EL DIENTE Y EL MATERIAL RESTAURADOR.

CORONA.- 1) ES UNA RESTAURACIÓN QUE CUBRE TODAS LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL DIENTE.

2).- LA CORONA DE UN DIENTE ES LA PORCIÓN DEL DIENTE -
ARRIBA DE LA LÍNEA CERVICAL. 3).- LA CORONA CLÍNICA-
ES LA PORCIÓN DE DIENTE QUE SE ENCUENTRA ARRIBA DEL TE-
JIDO GINGIVAL.

DIENTES ANTERIORES.- ES EL TÉRMINO GENERAL USADO-
PARA IDENTIFICAR LOS SEIS DIENTES FRONTALES DEL MAXI--
LAR SUPERIOR E INFERIOR, INCLUYE A LOS CANINOS, INCISI-
VOS LATERALES E INCISIVOS CENTRALES.

DIENTES DECIDUOS.- ES EL TÉRMINO CIENTÍFICO PARA-
NOMBRAR A LOS "DIENTES DE LECHE" O DIENTES PRIMARIOS.
LOS DIENTES DECIDUOS SE PIERDEN DURANTE LA INFANCIA Y-
SON REEMPLAZADOS POR LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMA-
NENTES. LA DENTICIÓN HUMANA CONSTA DE 20 DIENTES DE-
CIDUOS.

DIENTES POSTERIORES.- TÉRMINO USADO PARA IDENTIFI-
CAR A LOS DIENTES LOCALIZADOS DISTAL A LOS CANINOS, E-
INCLUYEN A LOS PREMOLARES Y MOLARES.

EXFOLIAR.- ES EL TÉRMINO CORRECTO PARA DENOMINAR A-
UN DIENTE DECIDUO QUE SE HA PERDIDO EN FORMA FISIOLÓGI-
CA.

IMPRESIÓN.- ES EL RESULTADO DE COLOCAR UN MATE---
RIAL A LOS CONTORNOS DE UN DIENTE PREPARADO O CUALQUIER
PARTE DE LA BOCA PARA OBTENER UN REGISTRO NEGATIVO.

INTERPROXIMAL.- "ENTRE" LAS SUPERFICIES PROXIMA--
LES DE DIENTES ADYACENTES.

LÍNEA CERVICAL.- LÍNEA QUE SEPARA LA CORONA ANATÓ
MICA DE UN DIENTE DE LA RAÍZ DEL MISMO; COMUNMENTE LLA
MADA "CUELLO DENTAL".

MANDÍBULA.- DISPOSICIÓN DE LOS DIENTES Y DE SUS--
ESTRUCTURAS DE SOPORTE EN LA ARCADA INFERIOR.

MAXILAR SUPERIOR.- ES DISPOSICIÓN DE LOS DIENTES-
Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE EN LA ARCADA SUPERIOR.

OPERATORIA.- SE REFIERE A LA OPERATORIA DENTAL, -
QUE ES EL CAMPO DE LA OPERATORIA CONCERNIENTE A TRATAR
DIENTES NATURALES.PARA REPARAR LOS DAÑOS CAUSADOS POR-
CARIES, INJURIAS O MALOCLUSIÓN PARA QUE LOS DIENTES---
SEAN RESTAURADOS A SU FORMA APROPIADA, FUNCIÓN Y SA---
LUD.

RESTAURACIÓN.- ES EL NOMBRE QUE SE LE DA A UNA CORONA O AL MATERIAL OBTURADOR.

SUPERFICIES DENTALES Y TEJIDOS.- GENERALMENTE LAS SUPERFICIES DENTALES TOMAN SUS NOMBRES DE LAS ESTRUCTURAS DENTALES MÁS CERCANAS. POR EJEMPLO, LA SUPERFICIE FRONTAL DEL INCISIVO CENTRAL SE VE CUANDO UNA PERSONA HABLA O SE RÍE Y SE OBSERVA DIRECTAMENTE ADYACENTE AL LABIO. LA PALABRA GRIEGA PARA DENOMINAR LABIO ES LABIA Y POR LO TANTO, LAS SUPERFICIES CONTIGUAS AL LABIO SE DENOMINAN SUPERFICIES LABIALES. LOS NOMBRES DE LAS SUPERFICIES DENTALES TAMBIEN PUEDEN SER USADAS PARA REFERIR LA DIRECCIÓN O LOCALIZACIÓN DE UN CIERTO RAZGO DISTINTIVO O EN RELACIÓN A OTRO. POR EJEMPLO, PODRÍAMOS DECIR QUE EL SEGUNDO PREMOLAR SE LOCALIZA DISTAL AL CANINO. EN ESTE CASO LA PALABRA DISTAL SE REFIERE A LOCALIZACIÓN MÁS QUE A UNA SUPERFICIE DENTAL ESPECÍFICA.

ÁREA DE CONTACTO.- ES EL ÁREA DONDE LAS SUPERFICIES DE DOS DIENTES CONTIGUOS QUE SE TOCAN UNA CON OTRA.

BORDE INCISAL.- ES EL BORDE CORTANTE DE LOS DIENTES ANTERIORES.

BUCAL.- ES LA SUPERFICIE DE DIENTES POSTERIORES--
CERCANA AL CARRILLO. HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE ---
CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS USADOS PARA IDENTIFICAR LA--
SUPERFICIE DE UN DIENTE TAMBIEN PUEDE SER USADA PARA -
DAR REFERENCIA O INDICAR DIRECCIÓN.

CÁMARA PULPAR.- ES LA PORCIÓN AMPLIA DE LA CAVI--
DAD PULPAR LOCALIZADA EN LA PARTE CENTRAL DE LA CORONA.

CANAL PULPAR.- ES LA PARTE DE LA CAVIDAD PULPAR--
QUE SE EXTIENDE HACIA LA RAÍZ DEL DIENTE.

CEMENTO.- TEJIDO SIMILAR AL ÓSEO QUE CUBRE LAS --
RAÍCES ANATÓMICAS DE LOS DIENTES.

CRESTA MARGINAL.- ELEVACIÓN DEL ESMALTE CERCANA -
A LOS BORDES MESIAL Y DISTAL DE LAS SUPERFICIES LINGUA
LES DE DIENTES ANTERIORES Y DE LOS BORDES OCLUSALES DE
DIENTES POSTERIORES.

CRESTA OBLICUA.- SON LAS CRESTAS QUE SE ENCUEN---
TRAN EN LA SUPERFICIE OCLUSAL DE ALGUNOS MOLARES Y PRE
MOLARES.

CÚSPIDE.- ELEVACIÓN PRONUNCIADA DE LA CORONA DE--
UN DIENTE. LA PUNTA DE LA CÚSPIDE ES EL PUNTO MÁS AL
TO DE ESTA ELEVACIÓN.

DENTINA.- TEJIDO DURO QUE FORMA LA MAYOR PARTE --
DEL DIENTE QUE RODEA A LA PULPA Y ES RODEADA YA SEA --
POR ESMALTE O POR CEMENTO.

DISTAL.- LEJANO DE LA LÍNEA MEDIA DEL ARCO DEN---
TAL. SUPERFICIE DE CUALQUIER DIENTE QUE ESTÁ LEJOS---
DE LA LÍNEA MEDIA.

ESMALTE.- TEJIDO DURO ALTAMENTE MINERALIZADO QUE--
CUBRE A LA DENTINA DE LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE.

FACIAL.- SUPERFICIES EXTERNAS DE LOS DIENTES. EL
TÉRMINO INCLUYE A LAS SUPERFICIES LABIALES Y BUCALES.

FISURA.- DEFECTO EN LA SUPERFICIE DE UN DIENTE --
CAUSADA POR LA FALTA DE UNIÓN DE LOS DIFERENTES LÓBU--
LOS DE CRECIMIENTO DEL ESMALTE. LAS FISURAS SE EN---
CUENTRAN A LO LARGO DE LAS LÍNEAS DE LOS SURCOS DE DE-
- SARROLLO.

FOSA.- DEPRESIÓN EN EL ESMALTE, GENERALMENTE EN LA UNIÓN DE DOS FISURAS.

LABIAL.- SUPERFICIE CERCANA AL LABIO EN DIENTES-- ANTERIORES.

MESIAL.- JUNTO A LA LÍNEA MEDIA DEL ARCO DENTAL, YA SEA MESIAL O DISTAL QUE SE ENCUENTRE JUNTO AL DIENTE ADYACENTE.

OCLUSAL.- SUPERFICIES MASTICATORIAS DE DIENTES -- POSTERIORES QUE SE ENCUENTRAN EN CONTACTO CON LAS MISMAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES DE LA ARCADA OPUESTA AL CIERRE MANDIBULAR.

PROXIMAL.- TEJIDO BLANDO, CUBIERTO POR DENTINA Y QUE OCUPA LA CÁMARA PULPAR Y LOS CANALES PULPARES DE-- LOS DIENTES.

SURCO CENTRAL.- DEPRESIÓN QUE SE ENCUENTRA EN LA SUPERFICIE OCLUSAL DE DIENTES POSTERIORES Y QUE SE EXTIENDEN DE LA FOSA MESIAL A LA FOSA DISTAL DE UN DIENTE.

SURCO DE DESARROLLO.- DEPRESIÓN EN EL ESMALTE QUE MARCA LA UNIÓN DE LOS LÓBULOS DE CRECIMIENTO.

UNIÓN AMELO.- DENTINARIA.- LÍNEA DONDE SE ENCUENTRA EL ESMALTE CON LA DENTINA.

UNIÓN CEMENTO-ESMALTE.- ES UN ÁREA CIRCUNFERENCIAL QUE RODEA AL DIENTE DONDE SE UNE AL ESMALTE CON EL CEMENTO. TAMBIEN LLAMADA LÍNEA CERVICAL.

TERMINOLOGÍA RELACIONADA CON LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES.

LOS TÉRMINOS A CONTINUACIÓN EMPLEADOS SON SOLO UN PUNTO DE PARTIDA PARA EL ESTUDIANTE Y NO DEBEN CONSIDERARSE COMO UNA LISTA COMPLETA DE LOS TÉRMINOS DE USO NORMAL.

ÁNGULO LÍNEA.- ÁNGULO FORMADO POR LA UNIÓN DE DOS PAREDES, DESIGNADO AL COMBINAR EL NOMBRE DE LAS PAREDES QUE FORMAN EL ÁNGULO.

APICAL.- EN DIRECCIÓN HACIA EL ÁPICE O PUNTA DE LA (S) RAÍZ (CES) DE UN DIENTE.

BISEL.- CORTE OBLICUO QUE SE HACE EN UNA LÍNEA O SUPERFICIE CON RESPECTO A OTRA.

CAVIDAD.- TÉRMINO USADO COMUNMENTE PARA INDICAR UNA DESCALCIFICACIÓN DENTAL O CARIES. EN ODONTOLOGÍA EL TÉRMINO SE REFIERE A LA CONDICIÓN RESULTANTE DE UN DIENTE DESPUÉS DE QUE LA DESCALCIFICACIÓN HA SIDO REMOVIDA Y EL DIENTE ESTÁ LISTO PARA SER RESTAURADO.

COLA DE MILANO.- PORCIÓN ENSANCHADA DE LA CAVIDAD ESTABLECIDA PARA AUMENTAR LA RETENCIÓN Y LA FORMA DE RESISTENCIA.

EJE LONGITUDINAL.- LÍNEA IMAGINARIA QUE PASA LONGITUDINALMENTE A TRAVÉS DEL CEMENTO DE UN DIENTE Y EN DIRECCION INCISO-APICAL.

FORMAS DE LA CAVIDAD.- SON CINCO CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA EL DISEÑO DE LA CAVIDAD:

1) FORMA EXTERNA:

ES EL ÁREA DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE QUE DEBA-
QUEDAR INCLUIDA AL TERMINAR LA PREPARACIÓN DE LA CAVI-
DAD (GENERALMENTE DETERMINADA POR LA EXTENSIÓN DE LA-
CARIÉS).

2) FORMA DE RETENCIÓN.

ES LA FORMA QUE DAMOS A LA CAVIDAD PARA QUE EL -
MATERIAL RESTAURADOR NO SEA DESPLAZADO DE LA MISMA --
POR LAS FUERZAS DE OCLUSIÓN FUNCIONAL.

3) FORMA DE RESISTENCIA.

ES LA FORMA QUE DAMOS A LA CAVIDAD PARA RESISTIR
LA PRESIÓN DE LA RESTAURACIÓN Y PARA QUE LA ESTRUCTU-
RA REMANENTE RESISTA EL ESFUERZO FUNCIONAL Y EL NO --
FUNCIONAL.

4) FORMA DE CONVENIENCIA.

ES LA FORMA QUE SE DA A LA CAVIDAD PARA FACILI--
TAR AL OPERADOR LA PREPARACIÓN DE LA MISMA, PARA COLO
--CAR ADECUADAMENTE EL MATERIAL RESTAURADOR Y TERMINAR-

LA RESTAURACIÓN DE LA MANERA MÁS CONVENIENTE.

MARGEN.- UNIÓN DE LAS PAREDES DE UNA CAVIDAD CON LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

PARED AXIAL.- ES LA PARED DE LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD QUE SE ENCUENTRA EN DIRECCIÓN DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE.

PARED GINGIVAL.- LLAMADA TAMBIÉN PISO GINGIVAL, ES LA PARED DE LA CAVIDAD QUE SE ENCUENTRA CERCANA AL TEJIDO GINGIVAL.

PARED PULPAR.- LLAMADA TAMBIÉN PISO PULPAR, ES LA PARED DE LA CAVIDAD QUE SE ENCUENTRA EN RELACIÓN CERCANA A LA PULPA.

PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD.- ES EL PROCEDIMIENTO MECÁNICO O QUIRÚRGICO PARA REMOVER TEJIDO SANO REMANENTE Y DEJAR EL DIENTE EN LA MEJOR CONDICIÓN POSIBLE PARA RECIBIR Y RETENER EL MATERIAL DE RESTAURACIÓN APROPIADO.

CAPÍTULO V

C A R I E S

A) DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA.

ACTUALMENTE ES CONSIDERADA COMO UNA AFECCIÓN MULTIFACTORIAL DE LOS TEJIDOS CALCIFICADOS DEL DIENTE. DE ACUERDO A LA TEORÍA DE KEYES, SE PUEDE AFIRMAR QUE LA CARIES ES CAUSADA POR GÉRMENES, PERO NO TODOS LOS GÉRMENES CAPACES DE PRODUCIR FERMENTACIÓN PARTICIPAN EN SU GÉNESIS.

GRAFICAMENTE LA ILUSTRA MEDIANTE TRES CÍRCULOS -- QUE SE INTERSEPTAN ENTRE SÍ. EL ÁREA COMÚN A LOS 3-- CÍRCULOS SEÑALA LA CARIES, LO CUAL NO OCURRE EN LOS -- OTROS SITIOS.

- 1).- CARIES.
- 2).- ÁREAS NO AFECTADAS.
- 3).- DIENTE.
- 4).- FLORA MICROBIANA.
- 5).- DIETA.

LA PLACA DENTAL CONSTRUYE EL MECANISMO HABITUAL -
QUE PARTICIPA EN LA INICIACIÓN DE LA LESIÓN.

EL ATAQUE SOBRE EL DIENTE ES LOCALIZADO, LA ENFER-
MEDAD NO TIENE SU ORIGEN SISTÉMICO Y EXISTEN NUMEROSOS
FACTORES PREDISPONENTES Y ATENUANTES TALES COMO:

- 1).- RAZA.
- 2).- HERENCIA.
- 3).- DIETA.
- 4).- COMPOSICIÓN QUÍMICA.
- 5).- MORFOLOGÍA DENTARIA.
- 6).- HIGIENE BUCAL.
- 7).- SISTEMA INMUNITARIO.
- 8).- FLUJO SALIVAL.
- 9).- GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNAS.

10).- ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y ESTADOS CARENCIALES.

B) CLASIFICACIÓN:

LA CARIES FUE CLASIFICADA POR EL DR. BLACK SEGÚN EL GRADO DE DESTRUCCIÓN DEL CIENTE Y EL NÚMERO DE TEJIDOS QUE SE ENCUENTRAN AFECTADOS POR ÉSTA, QUEDANDO DE LA SIGUIENTE MANERA:

1).- CARIES DE PRIMER GRADO:

ES CUANDO SE ENCUENTRA AFECTADO UNICAMENTE EL ESMALTE.

2).- CARIES DE SEGUNDO GRADO:

CUANDO EL ESMALTE Y LA DENTINA SON TEJIDOS AFECTADOS.

3).- CARIES DE TERCER GRADO:

EN ÉSTE SERÁN AFECTADOS EL ESMALTE, DENTINA Y PULPA, PERO LA PULPA AÚN CONSERVARÁ SU VITALIDAD.

4).- CARIES DE CUARTO GRADO:

LOS TEJIDOS EN ÉSTA SON LOS MISMOS QUE EN LA CA--
RIES DE TERCER GRADO, SOLO QUE LA PULPA SE ENCON--
TRARÁ NECROSADA.

C) PREVENCIÓN:

EXISTEN UNA SERIE DE MEDIDAS GENERALES PARA PREVE--
NIR Y CONTROLAR LA CARIES:

1).- MEDIDAS DIRIGIDAS A LAS BACTERIAS:

A) REDUCCIÓN DE PATOGENIDAD BACTERIANA.

MEDIOS MECÁNICOS: HIGIENE BUCAL.

MEDIOS QUIMIOTERAPÉUTICOS: ANTIBIÓTICOS, ANTISÉP--
TICOS, ENZIMAS, VACUNAS.

2).- MEDIDAS DIRIGIDAS AL CONTROL DE LA DIETA:

A) DISMINUCIÓN DE LA INGESTIÓN SACAROSA.

B) DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA INGES--
TIÓN.

C) AUMENTO DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS, DE--
TERGENTES Y FIRMES (LECHE, HUEVO, PESCADO
Y CARNE).

D) DISMINUCIÓN DE ALIMENTOS DE CONSISTENCIA

PEGAJOSA.

E) MEJORAMIENTO DE LAS CUALIDADES DE LOS ALIMENTOS Y LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS.

3).- MEDIDAS DIRIGIDAS AL DIENTE:

A) AUMENTAR LA RESISTENCIA DEL DIENTE Y MEJORAR -
SUS CUALIDADES Y ESTRUCTURA POR MEDIO DE:

1).- APLICACIÓN TÓICA DE FLÚOR: FLUORACIÓN DEL --
AGUA DE CONSUMO, DE LA LECHE, SAL.

2).- APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR.

3).- FLUORACIÓN EN TABLETAS.

4).- ENJUAGUES CON SOLUCIÓN DE FLÚOR.

5).- DENTRÍFICOS.

6).- GEL HIDROSOLUBLE.

B) ADMINISTRACIÓN DE FOSFATOS.

C) APLICACIÓN DE SELLANTES EN SURCOS Y CORONAS.

4).- MEDIDAS DIRIGIDAS AL CONTROL DE LA CARIES YA ESTABLECIDAS:

A) ELIMINACIÓN DEL TEJIDO ENFERMO Y SUSTITUIRLO -
POR EL MATERIAL DE RESTAURACIÓN MÁS ADECUADO EN CADA -
CASO.

B) REHABILITACIÓN BUCAL.

CAPÍTULO VI

CLASIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE LAS CAVIDADES.

CAVIDAD:

ES AQUELLA QUE SE ENCUENTRA PRESENTE EN LA ESTRUCTURA DENTARIA POR DIFERENTES CAUSAS TALES COMO, UNA -- PREPARACIÓN TERAPÉUTICA, PATOLÓGICA O TRAUMÁTICA.

CAVIDAD TERAPÉUTICA.

ES LA PREPARACION REALIZADA POR EL PROFESIONAL CON EL PROPÓSITO DE RESTAURAR UNA PIEZA DENTARIA QUE HA -- PERDIDO SU INTEGRIDAD FISIOLÓGICA, ANATÓMICA O ESTÉTICA.

CAVIDAD PATOLÓGICA.

SE TRATA DE AQUELLA EN QUE EL FACTOR ETIOLÓGICO -- DE LA LESIÓN DENTARIA HA SIDO CAPAZ DE DESINTEGRAR LOS

TEJIDOS DENTARIOS PROVOCANDO DIFERENTES ESCOTADURAS Y GRADOS DE PROFUNDIDAD.

CAVIDAD TRAUMÁTICA.

ÉSTA PROVIENE DE UN SINNÚMERO DE ACCIDENTES OCASIONADOS, EN ALGUNOS CASOS POR LA PERSONA AFECTADA, TALES COMO: MALOS HÁBITOS, DIETA DURA, ETC., ASÍ COMO FACTORES A ELLA AJENOS, COMO FRACTURA POR GOLPE ACCIDENTAL, ETC.

LAS CAVIDADES SERÁN CLASIFICADAS DE ACUERDO CON SU SITUACIÓN, EXTENSIÓN Y ETIOLOGÍA.

SEGÚN SU SITUACIÓN SE DISTINGUEN EN: PROXIMALES Y EXPUESTAS.

LAS PROXIMALES DENOMINADAS TAMBIÉN INTERSTICIALES SON LAS: MESIALES Y DISTALES.

LAS EXPUESTAS SON LAS QUE SE ASIENTAN EN LAS SUPERFICIES LIBRES DEL DIENTE: OCLUSALES, BUCALES Y LINGUALES.

SEGÚN SU EXTENSIÓN DE ACUERDO CON SU MAYOR O MENOR EXTENSIÓN, LAS CAVIDADES SE DIVIDEN EN: SIMPLES, - COMPUESTAS Y COMPLEJAS.

SIMPLES.- CUANDO LA CAVIDAD CARIOSA O CARIOGÉNICA SE HALLA LIMITADA A UNA SOLA SUPERFICIE O CARA DEL DIENTE.

COMPUESTAS.- CUANDO SE EXTIENDE A DOS SUPERFICIES O CARAS CONTIGUAS DE LOS DIENTES.

COMPLEJAS.- CUANDO INVADEN MÁS DE DOS SUPERFICIES O CARAS DE LOS DIENTES.

SEGÚN SU ETIOLOGÍA, EL DR. G.V. BLACK, HA HECHO - DE LAS CAVIDADES CARIOSAS UNA CLASIFICACIÓN, TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO CONSIDERACIONES DE ORDEN ETIOLÓGICO. DE AQUI QUE SU CLASIFICACIÓN SE CONOZCA CON EL NOMBRE DE "CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE BLACK". EN CUANTO A LA UBICACIÓN DE LAS CAVIDADES CARIOSAS EN LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES, EL DR. BLACK OBSERVÓ QUE EN TODOS LOS DIENTES EXISTEN: ZONAS SUSCEPTIBLES Y ZONAS INMUNES FRENTE AL PROCESO CARIOS.

LAS ZONAS SUSCEPTIBLES ESTÁN REPRESENTADAS POR --
PUNTOS QUE ESCAPAN A LOS BENEFICIOS DE LA AUTOCLISIS.

LAS ZONAS INMUNES, POR EL CONTRARIO, SE HALLAN EX
PUESTAS A LA ACCIÓN DE LA AUTOLIMPIEZA.

ESTA CLASIFICACIÓN DEL DR. BLACK FUE REALIZADA DE
LA SIGUIENTE MANERA:

A) CAVIDADES CLASE I:

LAS CAVIDADES COMIENZAN EN DEFECTOS ESTRUCTURALES
TALES COMO EN SURCOS, FISURAS Y FOSAS. EN EL CÍNGULO
DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR Y EN LA SUPERFICIE ---
OCCLUSAL DE UN PRIMER MOLAR INFERIOR TENEMOS EJEMPLOS--
DE CAVIDADES CLASE I.

B) CAVIDADES CLASE II:

SON CAVIDADES EN LAS SUPERFICIES OCLUSO-PROXIMALES
DE DIENTES POSTERIORES; PUDIENDO ESTAR INVOLUCRADA LA--
SUPERFICIE MESIAL, DISTAL O AMBAS SUPERFICIES EN EL MIS
MO DIENTE.

C) CAVIDAADAES CLASE III:

CAVIDADES EN SUPERFICIES PROXIMALES ANTERIORES --
QUE INVOLUCRAN EL BORDE INCISAL.

E) CAVIDADES CLASE V.

CAVIDADES EN EL TERCIO GINGIVAL O CERCA DE ESTE -
DE CUALQUIER DIENTE.

EXISTE UNA SEXTA CLASIFICACIÓN QUE NO FUÉ INCLUI-
DA EN LA CLASIFICACIÓN ORIGINAL DEL DR. BLACK, MISMA -
QUE CORRESPONDE A LAS CAVIDADES EN LOS BORDES INCISA--
LES O PUNTA DE LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES.

RESPECTO A LA PREPARACIÓN DE LAS CAVIDADES, ESTA-
VA A SER DE SUMA IMPORTANCIA, YA QUE DE LA PERFECTA --
PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD DEPENDE EL ÉXITO DE UNA RES-
TAURACIÓN Y OBTURACIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

LA PREPARACIÓN DE LAS CAVIDADES SE DEFINE COMO --
UNA SERIE DE PROCEDIMIENTOS QUE USAMOS DENTRO DE LA --
PRÁCTICA DIARIA Y QUE LLEVE COMO FINALIDAD PRIMORDIAL-
LA REMOCIÓN DE TEJIDO CARIOSO, LA ELIMINACIÓN DE FOCOS
INFECCIOSOS DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA POSIBLE RESIDI-
VA DE CARIES.

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE UNA CAVIDAD.

1) DISEÑO DE LA CAVIDAD:

AL OBSERVAR EL CIRUJANO DENTISTA UN DIENTE CARIADO, DEBERÁ REALIZAR MENTALMENTE UN DISEÑO DEL TIPO DE PREPARACIÓN QUE TIENE QUE PREPARAR EN EL MISMO, YA QUE ESTA DEBERÁ LLEGAR HASTA LOS SITIOS EN DONDE SEA POSIBLE QUE AL REALIZAR UNA RESTAURACIÓN, NO EXISTA RECIDIVA DE CARIES.

2) FORMA DE RETENCIÓN.

ES OTRA DE LAS CUALIDADES QUE DEBERÁ REUNIR LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD Y QUE SERÁ NECESARIO PARA EVITAR QUE LOS MATERIALES DE OBTURACIÓN Y RESTAURACIÓN DE UN DIENTE SEAN DESPLAZADOS O DESALOJADOS POR LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN. SIENDO GENERALMENTE EN LAS PREPARACIONES DE LOS DIENTES POSTERIORES POR LA PROLONGACIÓN EFECTUADA HACIA LAS FOSETAS Y FISURAS.

AUNQUE TAMBIÉN EXISTEN OTROS TIPOS DE PREPARACIONES QUE SE EFECTÚAN EN LOS DIENTES ANTERIORES Y QUE SE DENOMINARÁN DE LA SIGUIENTE FORMA: COLA DE MILANO, OREJAS DE GATO Y PIVOTE.

3) FORMA DE RESISTENCIA.

ESTA ES LA FORMA QUE SE DARÁ A LAS CAVIDADES, CON EL FIN DE QUE HAGA UN EQUILIBRIO DE FUERZAS AL EFECTUAR UNA OBTURACIÓN Y REFIERE A LAS FUERZAS MASTICATORIAS.

OTRA DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBERÁ REUNIR ES LA DE NO DEJAR ESMALTE SIN SOPORTE DENTINARIO, YA QUE ESTE PUEDE FRACTURARSE.

4) EXTENSIÓN.

DEBEN DE MENCIONARSE LAS CAJAS DE ALIVIO QUE SE UTILIZAN EN LAS CAVIDADES QUE LLEVAN UNA O MÁS PROLONGACIONES (SON LOS ESCALONCITOS PARA EVITAR UNA FRACTURA).

5) FORMA DE CONVENIENCIA.

ES LA FORMA QUE SE DA A LA CAVIDAD CON EL FIN DE PODER EFECTUAR MANIOBRAS MÁS FÁCILMENTE, ASÍ COMO TAMBIEN DE ESTE MODO TENDREMOS UNA MEJOR VITALIDAD DEL CAMPO OPERATORIO Y UN MEJOR ACCESO PARA EL MATERIAL DE OBTURACION, ASÍ COMO LA INSTRUMENTACIÓN QUE SE DEBE --

EFFECTUAR.

6).- REMOSIÓN DE TEJIDO CARIOSO.

MEDIANTE ESTE PROCEDIMIENTO SE DEBE EFECTUAR EL -
RETIRO DEL TEJIDO CARIOSO INVOLUCRADO CON LA CARIES DE
TODOS AQUELLOS DIENTES EN QUE SE ESTÁ REALIZANDO LA --
PREPARACIÓN DE UNA CAVIDAD POR MEDIO DE FRESAS DE TO--
DOS TIPOS O BIEN EXCAVADORES (CUCHARILLAS PARA DENTINA)

7) TALLADO DE LAS PAREDES.

ESTE CONSISTE EN DAR A LAS CAVIDADES UN ASPECTO -
UNIFORME SIN DEJAR RUGOSIDADES EN TODA SU EXTENSIÓN, -
ADEMÁS DE EVITAR QUE EXISTAN ÁNGULOS DEMASIADO PRONUN-
CIADOS EN LOS BORDES DE LA PREPARACIÓN.

CON EL FIN DE EVITAR POSIBLES FRACTURAS DURANTE EL
ACTO DE LA MASTICACIÓN POR LAS FUERZAS MASTICATORIAS Y
SE PODRÁ EFECTUAR CON PIEDRAS MONTADAS O BIEN AZADONES
Y HACHUELAS.

8) LIMPIEZA DE LA CAVIDAD.

ES EL ÚLTIMO PASO QUE SE EFECTÚA ANTERIOR A LA OB

TURACIÓN Y CONSISTE EN ELIMINAR DE LA PREPARACIÓN TODOS LOS FRAGMENTOS DE DENTINA REBLANDECIDA Y LA APLICACIÓN DE DESINFECTANTES PARA ELIMINAR TODO TIPO DE BACTERIAS QUE PUEDAN ENCONTRARSE AÚN EN LA CAVIDAD, YA QUE SON ÉSTAS SEGÚN ALGUNAS TEORÍAS DE LA ETIOLOGÍA DE LA CARIES, LAS QUE PRODUCEN DICHA LESIÓN.

ESTA LIMPIEZA LA REALIZAREMOS MEDIANTE UNA CORRIENTE DE AGUA TIBIA, AGUA BIDEUTILADA O SUERO FISIOLÓGICO Y AIRE.

CAPÍTULO VII

I N S T R U M E N T A L

LA PRÁCTICA DE LA TEORÍA DENTAL EXIGE EL USO DE--
GRAN NÚMERO DE INSTRUMENTOS, CADA UNO DE LOS CUALES --
TIENE UNA APLICACIÓN DETERMINADA, POR LO QUE ES NECESAR
RIO TENER UN CONOCIMIENTO MINUCIOSO PARA APLICARLO CON
MAYOR SEGURIDAD Y TENER EL MÁXIMO DE EFICIENCIA EN EL-
MENOR TIEMPO Y CON UN MÍNIMO DE ESFUERZO.

CUANDO EL ODONTÓLOGO HACE USO DEL INSTRUMENTAL---
ADECUADO Y DE MANERA CORRECTA, PODRÁ TENER MAYOR ÉXITO
EN EL TRATAMIENTO REQUERIDO, ES POR ESO LA GRAN IMPOR-
TANCIA DE CONOCER Y MANEJAR TODOS Y CADA UNO DE ÉSTOS-
INSTRUMENTOS, ASÍ COMO EL NOMBRE DE ÉSTOS Y MOMENTO DE
USARLOS.

LA CALIDAD DE ÉSTOS INSTRUMENTOS DEPENDE DE LOS--
ELEMENTOS EMPLEADOS EN SU CONSTRUCCIÓN. EN LA ACTUA-
LIDAD DISPONEMOS DE INSTRUMENTOS CUYOS MATERIALES CONS-
TITUYEN UNA GRAN GARANTÍA DE ÉXITO POR EL CONSTANTE --

PROGRESO DE LA METALURGIA, LA MATERIA NORMALMENTE USADA PARA SU FABRICACIÓN ES LA ALEACIÓN DE ACERO EN SUS DISTINTOS USOS Y TIPOS, CONSTITUIDA ESENCIALMENTE POR CARBONO-HIERRO Y QUE LO OBTENEMOS POR SU FUSIÓN DE HORROS ESPECIALES.

EL CIRUJANO DENTISTA CUENTA ACTUALMENTE CON UNA GRAN VARIEDAD DE INSTRUMENTOS, MISMOS A LOS QUE SE LES HA CLASIFICADO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- A) INSTRUMENTOS CORTANTES.
- B) INSTRUMENTOS CONDENSANTES.
- C) INSTRUMENTOS MISCELANEOS.

A) INSTRUMENTOS CORTANTES.

DENTRO DE ESTA CLASIFICACIÓN, PODEMOS HACER SUBDIVISIONES DE INSTRUMENTAL SEGÚN SU FUNCIÓN, SIENDO DE LA SIGUIENTE MANERA:

INSTRUMENTOS CORTANTES ROTATIVOS.- SON ÉSTOS MOVIDOS POR UN MOTOR ELÉCTRICO O POR UNA TURBINA DE AIRE, PRODUCEN UN RÁPIDO TALLADO DE LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE, FACILITANDO POR SU PRECISIÓN LA COMPLEJA TAREA DEL ODONTÓLOGO. PARA LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES SE-

UTILIZAN DOS TIPOS DE FRESAS:

FRESAS Y PIEDRAS. LAS PRIMERAS ACTÚAN POR "CORTE" Y LAS SEGUNDAS POR "DESGASTE", CADA UNA DE ELLAS - TIENE SUS INDICACIONES PRECISAS.

INSTRUMENTOS CORTANTES MANUALES.-- DENTRO DE ESTA-VARIEDAD TENDREMOS LOS EXCAVADORES, TLJERAS, BISTURÍS, AZADONES, RECORTADORES DE AMALGAMA, ESTUCHE DE PROFI--LAXIS, ETC.

B) INSTRUMENTOS CONDENSANTES.

DENTRO DE ESTA CLASIFICACIÓN TENDREMOS QUE INCLUIR A TODOS LOS INSTRUMENTOS QUE NOS FACILITARÁN EL EMPAQUE DE TODOS LOS MATERIALES DE CURACIÓN O DE OBTURACIÓN, - SIENDO ÉSTOS INSTRUMENTOS LOS SIGUIENTES: OBTURADOR -- CUADRUPLIX, WESCAT, OBTURADOR MORTUNSON, PORTA AMALGAMA, APLICADOR DE HIDRÓXIDO DE CALCIO.

C) INSTRUMENTOS MISCELÁNEOS.

EN ÉSTE, SIN DUDA, EL GRUPO MÁS EXTENSO EN CUANTO A INSTRUMENTAL, YA QUE ENTRE ÉSTOS TENDREMOS A TODOS -

LOS DEMÁS INSTRUMENTOS QUE USAREMOS EN LA CLÍNICA,---
LOS CUALES SON: ESPEJOS, PINZAS DE CURACIÓN, EXPLORA-
DORES, GRAPAS, PORTAGRAPAS, GODETES, CONTRÁNGULO, PE-
RILLAS PARA AIRE Y AGUA, JERINGAS, TAZAS DE HULE, SOS
TENEDORES DE ROLLOS DE ALGODÓN Y ESPÁTULAS PARA CEMEN-
TO Y YESO, BOTAFRESAS, MATRICES Y PORTAMATRICES, ASÍ-
COMO OTROS MÁS.

CAPÍTULO VIII

CEMENTOS DENTALES.

LOS CEMENTOS DENTALES SON MATERIALES QUE TIENEN UNA RESISTENCIA RELATIVAMENTE BAJA, NO OBSTANTE ÉSTI TIENEN UN EMPLEO EXTENSO EN ODONTOLOGÍA, SOBRE TODO CUANDO LA RESISTENCIA NO ES DE IMPORTANCIA FUNDAMENTAL.

ÉSTOS CEMENTOS NO FORMAN UNA UNIÓN ÍNTIMA CON EL ESMALTE Y LA DENTINA, SON ALTAMENTE SOLUBLES Y SE DESINTEGRAN POCO A POCO CON LOS FLUIDOS BUCALES.

A PESAR DE SUS DESVENTAJAS, ÉSTOS CEMENTOS POSEEN UN GRAN NÚMERO DE CUALIDADES QUE LOS HACEN SER UTILIZADOS EN UN ALTO PORCENTAJE COMO LO ES EN OBTURACIONES, COMO CEMENTANTES EN RESTAURACIONES METÁLICAS, INCrustaciones, BANDAS ORTODÓNTICAS, EN OBTURACIONES DE CONDUCTOS RADICULARES, COMO OBTURACIÓN TEMPORAL, AISLANTES TÉRMICOS Y PROTECTORES PULPARES, ETC.

DENTRO DE LA PRÁCTICA DIARIA SE UTILIZAN ALGUNOS CEMENTOS QUE PROPORCIONAN UN PERFECTO SELLADO DE TÚBU LOS DENTINARIOS Y COMO BASE PARA OBTURACIONES PERMA-- NENTES.

ÉSTOS CEMENTOS LOS PODEMOS CLASIFICAR A SU VEZ - DE LA SIGUIENTE MANERA:

- A) CEMENTOS MEDICADOS.
- B) CEMENTOS NO MEDICADOS.

A) CEMENTOS MEDICADOS.

ALGUNOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS HAN TENIDO RESUL TADOS POSITIVOS Y TAMBIÉN A HABIDO QUIENES HAN LLEGA DO A CAUSAR DAÑOS IRREPARABLES A LA PULPA. DADO A SU IRRITABILIDAD AÚN CUANDO SE HA ESTERILIZADO LA CAVI-- DAD.

SE HA DEMOSTRADO QUE ALGUNOS MATERIALES OBTURAN TES SOLO TIENEN ACCIÓN BACTERICIDA DURANTE EL FRAGUA-- DO Y QUE UNA VEZ ENDURECIDO NO EJERCE YA NINGUNA AC-- CIÓN.

EL CEMENTO DE COBRE POR EJEMPLO, ES MUY POTENTE--
ANTES DE FRAGUAR, PERO RESULTA COMPLETAMENTE INOFENSI
VO DESPUÉS DEL FRAGUADO. EN CAMBIO, EL CEMENTO DE --
ÓXIDO DE ZINC EUGENOL ES LO CONTRARIO AL ANTERIOR, YA
QUE ES MUY SUPERIOR A TODAS LAS SUSTANCIAS PRBADAS--
QUE SE CARACTERIZA POR NO SER IRRITANTE PULPAR.

PRUEBAS HECHAS HAN DEMOSTRADO QUE ESTE CEMENTO--
HA MANTENIDO SU ACCIÓN BACTERICIDA CATORCE MESES, PRO
BABLEMENTE DEBIDO A QUE SIEMPRE SE ENCUENTRA PRESENTE
UNA CIERTA CANTIDAD DE EUGENOL LIBRE AÚN DESPUÉS DEL-
PERÍODO DE FRAGUADO.

SE DEBE OBSERVAR LA ACCIÓN QUELANTE DEL EUGENOL-
QUE INHIBE A LAS BACTERIAS PROTEOLITICAS O A SUS ENZI
MAS.

ESTE CEMENTO SE PRESENTA COMUNMENTE EN FORMA DE-
POLVO Y LÍQUIDO, SE MEZCLA CON MOVIMIENTOS CIRCULARES
CONDENSANTES, ADICIONANDO EL POLVO O LÍQUIDO HASTA LO
GRAR LA CONSISTENCIA DESEADA.

ES UTILIZADO COMO MATERIAL DE OBTURACIÓN TEMPO--
RAL, COMO BASE PERMANENTE DEBAJO DE OBTURACIONES DADA

SU CAPACIDAD COMO AISLANTE TÉRMICO Y PROPIEDADES YA--
MENCIONADAS, TAMBIEN TIENE GRAN UTILIDAD COMO RELLENO
EN OBTURACIÓN DE CONDUCTOS RADICULARES. SU CONCENTRA
CIÓN DE ION-HIDRÓGENO, AÚN CUANDO SE ESTÁ LLEVANDO A--
LA CAVIDAD DENTARIA ES DE UN P1 + 7 APROXIMADOS. ES
TA ES UNA DE LAS RAZONES POR LAS QUE ES EL MENOS IRRI
TANTE DE LOS CEMENTOS.

LOS COMPONENTES DE ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL SON:

EL ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL SE LE ADICIONA TAMBIÉN-
RESINA, QUE MEJORA LA CONSISTENCIA Y HOMOGENIDAD, PE-
QUEÑAS CANTIDADES DE CUARCO FUNDIDO, FOSFATO DICÁLCI-
CO, ETIL-CELULOSA Y MICA EN POLVO QUE TAMBIÉN FAVORE-
CE A LA HOMOGENIDAD DE LA MEZCLA.

HIDRÓXIDO DE CALCIO: ES UN CEMENTO UTILIZADO CO-
MO RECUBRIMIENTO PULPAR, CUANDO ES EXPUESTA DURANTE--
UNA INTERVENCIÓN.

SE CREE QUE TIENDE A ACELERAR LA FORMACIÓN DE --
DENTINA SECUNDARIA SOBRE LA PULPA EXPUESTA, SE UTILI-
ZA FRECUENTEMENTE PARA CUBRIR EL FONDO DE CAVIDADES--
PROFUNDAS, AUNQUE NO EXISTA EXPOSICIÓN PULPAR.

EN LA PRÁCTICA SE UTILIZAN SUSPENSIONES ACUOSAS--
DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, QUE FLUYEN POR LAS PAREDES DE
LA CAVIDAD, EL ESPESOR DE LA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CAL
CIO ES GENERALMENTE DE DOS MILÍMETROS, EL HIDRÓXIDO--
DE CALCIO NO ADQUIERE LA SUFICIENTE DUREZA PARA SU --
UTILIZACIÓN COMO BASE ÚNICA, ESTO QUIERE DECIR QUE ES
NECESARIO CUBRIRLO CON OTROS CEMENTOS DE MAYOR RESIS-
TENCIA, TALES COMO EL FOSFATO DE ZINC.

SU PRESENTACIÓN EN FORMA DE PASTA CONTIENE: SA--
LES DE SUERO HUMANO, CLORURO DE CALCIO Y BICARBONATO-
DE SODIO. MIENTRAS SU PRESENTACIÓN ACUOSA ES VARIA-
BLE, ALGUNAS VECES SON SUSPENSIONES DE HIDRÓXIDO DE--
CALCIO EN AGUA BIDEESTILADA, OTRAS OCASIONES CONTIENEN
6% DE HIDRÓXIDO DE CALCIO Y 6% DE ÓXIDO DE ZINC DILUI
DOS EN UNA SOLUCIÓN DE MATERIAL RESINOSO DE CLOROFOR-
MO. LA SOLUCIÓN ACUOSA DE METIL-CELULOSA CONSTITUYE
TAMBIÉN UN SOLVENTE PARA ALGUNOS DE ELLOS.

CUANDO SE PRESENTAN EN FORMA DE DOS PASTAS, ADE-
MAS DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO, CONTIENEN 6 ó 7 SUSTAN--
CIAS MÁS.

B) CEMENTOS NO MEDICADOS.

DENTRO DE ESTE GRUPO SE ENCUENTRA EL CEMENTO DEFOSFATO DE ZINC, QUE ES UNO DE LOS MÁS UTILIZADOS DEBIDO A SUS MÚLTIPLES APLICACIONES, ES UN MATERIAL REFRACTARIO Y QUEBRADIZO QUE TIENE SOLUBILIDAD Y ACIDEZ DURANTE EL FRAGUADO, ENDURECE POR CRISTALIZACIÓN.

ESTE CEMENTO ES IRRITANTE PULPAR, ENTRE MÁS POLVO SE LE AGRUEGUE A LA MEZCLA, DISMINUYE LA IRRITABILIDAD, PUES EXISTIRÁ MENOS ÁCIDO FOSFÓRICO LIBRE, Y AUMENTARÁ LA DUREZA DEL CEMENTO, PERO NUNCA SE SUTURARÁ LA MEZCLA. SE DEBE EVITAR LA CONTAMINACIÓN DEL POLVO Y EL LÍQUIDO, TENIENDO LOS FRASCOS EN QUE VIENEN, PERFECTAMENTE TAPADOS.

ESTE CEMENTO SE PRESENTA EN FORMA DE POLVO Y LÍQUIDO QUE CONTIENE:

LÍQUIDO.- ES UNA SOLUCIÓN ACUOSA DEL ÁCIDO ORTOFOSFÓRICO NEUTRALIZADO POR HIDRÓXIDO DE ALUMINIO, TENIENDO POR RESULTADO, CON LA UNIÓN DE POLVO-LÍQUIDO-- UN FOSFATO.

SU EMPLEO ES DE GRAN IMPORTANCIA, SE EMPLEA PARA

OBTURACIONES TEMPORALES O PROVICIONALES, PARA CEMEN--
TAR INCRUSTACIONES, CORONAS, BANDAS DE ORTODONCIA, CO
MO BASE DE CEMENTO DURO SOBRE UN CEMENTO MEDICADO, PA
RA PROTEJER CAVIDADES PROFUNDAS.

SU MANIPULACIÓN ES LA SIGUIENTE: SE COLOCAN EN--
UNA LOSETA UNAS GOTAS DE LÍQUIDO Y SE LE ADICIONA PO--
CO A POCO EL POLVO NECESARIO PARA LOGRAR LA CONSISTEX
CIA DESEADA. LOS MOVIMIENTOS PARA PREPARAR LA MEZ--
CLA SON CIRCULARES Y CONDENSANTES.

CAPÍTULO IX

1) RESTAURACIONES CON AMALGAMA.

LA AMALGAMA CONTINÚA SIENDO EL MATERIAL RESTAURADOR DENTARIO MÁS COMUNMENTE USADO, COMPRENDIENDO APROXIMADAMENTE 70% DE TODAS LAS RESTAURACIONES UNITARIAS HECHAS EN LA REGIÓN POSTERIOR DE LA BOCA.

SU GRAN ÉXITO CLÍNICO PUEDE SER ATRIBUIDO PRINCIPALMENTE A LA DISMINUCIÓN DE LA INFILTRACIÓN MARGINAL EN LA INTERFASE DIENTE/RESTAURACIÓN QUE OCURRE CON EL PASAR DEL TIEMPO; EL ESPACIO ENTRE RESTAURACIÓN Y PAREDES CAVITARIAS SE TORNA LLENO CON PRODUCTOS DE CORROSIÓN, TALES COMO SULFATO DE PLATA, ESTAÑO Y MERCURIO QUE IMPIDEN DESPUES DE CIERTO PERÍODO NECESARIO A SU FORMACIÓN LA PENETRACIÓN DE AGENTES COMO ÁCIDOS Y MICROORGANISMOS. ES POR TANTO, UNA CARACTERÍSTICA PARTICULAR Y EXCLUSIVA DE LA AMALGAMA, PUES LA INFILTRACIÓN CON EL ÁREA MARGINAL DE LOS OTROS MATERIALES RESTAURADORES, GENERALMENTE AUMENTA CON EL PASAR DEL TIEMPO. ADEMÁS DE ESO, LA AMALGAMA ES UN MATERIAL--

FÁCILMENTE COLOCADO DENTRO DE LA CAVIDAD EN ESTADO --
PLÁSTICO, CONDENSADO Y ESCULPIDO Y AHÍ ENDURECE, ---
TRANSFORMÁNDOSE EN UN BLOQUE RESTAURADOR METÁLICO CON--
PROPIEDADES MECÁNICAS CAPACES DE RESISTIR BIEN LOS ES
FUERZOS MASTICATORIOS CUANDO ES CORRECTAMENTE INDICA--
DO.

LA AMALGAMA SE ENCUENTRA INDICADA EN CAVIDADES --
CLASE I, II Y IV, EN PREMOLARES Y MOLARES, AUNQUE PUE--
DE TAMBIÉN APLICARSE EN CAVIDADES DE GRAN EXTENSIÓN -
COMO LA M.O.D.

A) MANIPULACIÓN.

PARA LOGRAR UNA PERFECTA AMALGAMACIÓN DEL MERCU--
RIO CON LA LIMADURA SE DEBERÁ UTILIZAR LA CANTIDAD RE--
QUERIDA DE UNO Y OTRO MATERIAL.

DESPUÉS DE HABER LLEVADO A CABO ESTE PASO, SE --
PROCEDE A COLOCARLO EN UN TRITURADOR MANUAL (MORTERO--
Y PISTILO), O BIEN EN UN AMALGAMADOR MECÁNICO, TENIEN--
DO ÉSTE LA VENTAJA DE QUE EL TIEMPO Y LA ENERGÍA APLI
CADA PARA LA AMALGAMACIÓN SERÁN ADECUADAS.

UNA VEZ REALIZADA LA AMALGAMACIÓN SE PROCEDE A --
DEPOSITARLOS EN UN LIENZO LIMPIO O EN UN PEDAZO DE HU
LE CON EL FIN DE RETIRARLE EL EXCEDENTE DE MERCURIO,--
PARA LO QUE ES NECESARIO EXPRINIRLA.

SEGUIDAMENTE SE UTILIZA EL PORTAAMALGAMA PARA --
REALIZAR EL TRANSPORTE DEL MATERIAL AMALGAMADO HACIA--
LA CAVIDAD POR OBTURARSE.

SE DEPOSITA LA AMALGAMA EN EL FONDO DE LA CAVI--
DAD Y SE CONDENSA PRIMERO HACIA LAS RETENCIONES CON--
LOS CONDENSADORES LISOS.

UNA VEZ REALIZADA LA CONDENSACIÓN, SE PROCEDERÁ--
OTRA VEZ A DEPOSITAR AMALGAMA EN LA CAVIDAD, HASTA --
QUE QUEDE PERFECTAMENTE CONDENSADA, PERO SOBRESATURA--
DA CON EL FIN DE PODER EFECTUAR EL MODELADO ANATÓMICO
DE LAS CARAS MASTICATORIAS.

PARA EFECTUAR EL MODELO DE LAS CARAS OCLUSALES -
SE UTILIZA UN INSTRUMENTO DENOMINADO WESCOTT Y DES---
PUÉS SE PROCEDERÁ AL RECORTE DEL EXCEDENTE DE AMALGA--
MA CON UN RECORTADOR DE AMALGAMA.

B) CONDENSACIÓN Y MODELADO ANATÓMICO.

DEBE LLEVARSE A CABO EN UN PERÍODO DE 7 a 10 MINUTOS, PUESTO QUE ES CUANDO SE INICIA LA CRISTALIZACIÓN Y SI SE SIGUE MANIPULANDO, SE TENDRÁ COMO RESULTADO UNA AMALGAMA FRÁGIL Y QUEBRADIZA.

PARA CAVIDADES COMPUESTAS O COMPLEJAS (CON UNA O MÁS PROLONGACIONES) SE DEBERÁ UTILIZAR MATRIZ (QUE GENERALMENTE ES METÁLICA) Y PORTAMATRIZ PARA RESTAURARLOS PUNTOS DE CONTACTO DE LAS PIEZAS POR OBTURAR.

C) PULIDO FINAL.

SE ESPERAN 24 HORAS, YA QUE ASÍ SE EVITAN POSIBLES CAMBIOS DIMENSIONALES Y LA PORCIÓN DE MERCURIO EN LA SUPERFICIE.

EL ÉXITO DE UNA RESTAURACIÓN DE AMALGAMA ESTÁ PRINCIPALMENTE EN LA DEPENDENCIA DE LOS CUIDADOS QUE EL PROFESIONAL DISPENSA A LA PREPARACIÓN CAVITARIA.

TRES FACTORES DEBEN SER CONSIDERADOS COMO FUNDAMENTALES EN PREPARACIÓN DE CABIDADES, NO SOLO PARA LA

AMALGAMA, SINO COMO PARA CUALQUIER TIPO DE MATERIAL -
RESTAURADOR.

DETERMINACIÓN ADECUADA DE LA FORMA DE CONTORNO,-
OBEDECIENDO A TODOS LOS PRINCIPIOS GENERALES.

FORMAS DE RESISTENCIA Y RETENCIÓN QUE PROPORCIO-
NEN ESTABILIDAD MECÁNICA Y EVITEN FRACTURA DEL MATE--
RIAL RESTAURADOR O DE LA ESTRUCTURA DENTAL REMANENTE.

TRATAMIENTO ADECUADO DEL ÁNGULO CAVO SUPERFICIAL
EN FUNCIÓN DE LA MORFOLOGÍA DEL ESMALTE Y DE LAS PRO-
PIEDADES FÍSICAS DEL MATERIAL.

ENTRE LOS TIPOS DE FALLAS EL MÁS COMÚN ESTÁ RELA
CIONADO CON LA PREPARACIÓN CAVITARIA CAUSANDO, POR --
EJEMPLO, LA REINCIDENCIA DE CARIES EN LOS MÁRGENES O-
CARIES SECUNDARIAS, CONSTITUYENDOSE EN LA PRINCIPAL--
CAUSA PARÁ LA SUSTITUCIÓN NO SOLO DE RESTAURACIONES--
DE AMALGAMA, SINO COMO LA DE OTROS MATERIALES RESTAU-
RADORES. EN SEGUNDO PLANO ESTÁN LAS GRANDES FRACTU-
RAS DEL CUERPO DE LA RESTAURACIÓN EN LA REGIÓN DEL---
ISTMO DE LAS CRESTAS MARGINALES, QUE RESPONDEN APROXI

MADAMENTE POR 25% DE TODAS LAS FALLAS. LAS ALTERACIONES DIMENSIONALES SON LAS RESPONSABLES POR LOS OTROS 15%, TOTALIZANDO ASÍ LOS 40% DIRECTAMENTE ATRIBUIDOS A LA MANIPULACIÓN INCORRECTA DEL MATERIAL.

AHORA BIEN, LA AMALGAMA POSEE UN GRAN NÚMERO DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

VENTAJAS.

FACILIDAD DE MANIPULACIÓN, GRAN ADAPTABILIDAD A LAS PAREDES DE LA CAVIDAD, INSOLUBILIDAD A LOS FLUIDOS BUCALES, ALTA RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN Y UNA VEZ PULIDA CONSERVA LA SUPERFICIE LISA Y TERSA POR MUCHO TIEMPO.

DESVENTAJAS.

EXPANSIÓN, ESCURRIMIENTO, SU COLOR NO ES ESTÁTICO, PRESENTA CONTRACCIÓN, POCA RESISTENCIA DE BORDE, POSEE GRAN CONDUCCIÓN TERMICA Y ELÉCTRICA.

A) RESTAURACIONES ESTÉTICAS CON RESINAS:

ESTE TIPO DE OBTURACIONES SON LIMITADAS A LAS CA

VIDADES CLASE III, IV Y V Y SON TOTALMENTE ESTÉTICAS, PUES LA RESINA TRASLUCE EL COLOR DE LA DENTINA.

ES UN MATERIAL DURO, QUÍMICAMENTE COMPUESTO CON UN 30% DE MATERIAL ORGÁNICO Y UN 70% DE MATERIAL INORGÁNICO FORMADO BÁSICAMENTE POR CRISTALES DE CUARZO Y RESINA, POSEEN UN COEFICIENTE DE EXPANSIÓN TÉRMICA SIMILAR AL DE LOS MATERIALES METÁLICOS.

SU EMPLEO PUEDE REQUERIR DEL USO DE BASES O BARNICES, AUNQUE EN ALGUNAS OCASIONES SOLO SEA PARA DISMINUIR EL TRAUMATISMO QUE SE CAUSÓ AL EFECTUAR LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD.

EN ESTUDIOS HISTOLÓGICOS LLEVADOS A CABO SE HA OBSERVADO QUE LAS RESINAS NO PRODUCEN NINGUNA IRRITACIÓN DE CONSIDERACIÓN EN LA PULPA Y ESTO DEPENDERÍA DEL GRUESO DE LA DENTINA RESTANTE.

PARA LAS PREPARACIONES CAVITARIAS CLASE III DESTINADAS A RECIBIR CEMENTO DE SILICATO O RESINAS RESTAURADORAS, DEBEN SER CONSIDERADAS Y SEGUIDAS LAS SIGUIENTES ORIENTACIONES GENERALES:

LA FORMA DE CONTORNO DEBE PRESENTAR LOS ÁNGULOS DIEDROS DE LAS PAREDES CIRCUNDANTES. PREFERIBLEMENTE-REDONDEADOS.

LA EXTENSIÓN DE LA FORMA DE CONTORNO EN LA CARA VESTIBULAR, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE DEBE SER MÍNIMA, PORQUE LOS PRINCIPIOS DE EXTENSIÓN PREVENTIVA TIENEN POCA APLICACIÓN PARA LOS MATERIALES RESTAURADORES ES TÉTICOS; CUANDO ES POSIBLE EL ACCESO LINGUAL DEBE -- SER SIEMPRE EL PERFECTO.

UNA CANTIDAD MÍNIMA DE ESTRUCTURA DENTAL DEBE-- SER REMOVIDA; EL PUNTO DE CONTACTO DEL DIENTE DEBE-- SER MANTENIDO INTACTO A NO SER QUE HALLA SIDO ALCANZADO POR LA LESIÓN; SI HUBIERA CONTACTO CON EL DIEN- TE VECINO DIRECTAMENTE CON UNA RESTAURACIÓN ESTÉTICA ELLA SE DESGASTARÁ CON EL TIEMPO PUDIENDO PROVOCAR - IMPACTO ALIMENTICIO Y MIGRACIÓN DE LOS DIENTES.

EL ÁNGULO CAVO SUPERFICIAL DEBE SER VIVO, SIN - BISEL.

LAS PAREDES LATERALES O CIRCUNDANTES DE LA CAVI

DAD DEBEN SER PERPENDICULARES A LA SUPERFICIE EXTERNA.

TODA INSTRUMENTACIÓN DE LA CAVIDAD CLASE III DEBE RÁ, CUANDO EXISTE RELACIÓN DE CONTIGÜEDAD CON EL DIEN-
TE VECINO, SER PRECEDIDA POR UNA SEPARACIÓN DE LOS ---
DIENTES. SI LA SEPARACIÓN FUERA OBTENIDA A TRAVÉS DE
DISPOSITIVOS MECÁNICOS (METODO INMEDIATO) EL CAMPO OPE
RATORIO DEBERÁ SER AISLADO CON EL DIQUE DE GOMA ANTES-
DE LA COLOCACIÓN DEL SEPARADOR. LA OBSERVACIÓN DE ES
TE PROCEDIMIENTO, HACE QUE MUCHA ESTRUCTURA DENTAL SEA
PRESERVADA EN LA OBTENCIÓN DE LA FORMA DE CONTORNO Y--
CONVENIENCIA, LO MISMO QUE DURANTE TODA LA INSTRUMENTA
CIÓN.

LAS RESINAS GENERALES SE PRESENTAN EN EL MERCADO--
COMO DOS PASTAS: LA PASTA UNIVERSAL A LA CUAL PODRÁN--
AGREGAR COLORANTES SEGÚN EL MATIZ QUE SE QUIERA DAR A-
LA OBTURACIÓN, ASÍ COMO TAMBIÉN PUEDE USARSE EL COLO--
RANTE OPACADOR, EL CUAL NOS ELIMINARÁ LAS SOMBRAS O RE
FLEJOS PRODUCIDOS POR AMALGAMAS ADYACENTES.

LA OTRA PASTA ES CATALIZADOR, ESTA CUANDO SE MEZ-
CLA CON LA PASTA UNIVERSAL ES CUANDO COMIENZA A EFEC--
TUARSE LA POLIMERIZACIÓN.

LA MANIPULACIÓN DE ÉSTAS RESINAS DEBE HACERSE POR MEDIO DE ESPÁTULAS DE PLÁSTICO, PORQUE SI SE EFECTUARÁ CON INSTRUMENTOS METÁLICOS SE PIGMENTARÍAN, ADQUIRIENDO SU COLORACIÓN GRIS.

LA MEZCLA SE EFECTUARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA:

SE COLOCAN UNA PARTE DE PASTA UNIVERSAL Y OTRA DE PASTA CATALIZADORA, LAS CUALES SE ESPATULAN FORMÁNDOSE UNA SOLA MEZCLA, LA QUE SE LLEVA A LA CAVIDAD DÁNDOLE LA FORMA ANATÓMICA POR MEDIO DE BANDAS MATRICES PREFABRICADAS.

UNA VEZ ENDURECIDAS SE ELIMINARÁ TODO EL EXCEDENTE POR MEDIO DE FRESAS DE CARBURO DE 12 HOJAS, PIEDRAS DE DIAMANTE, PIEDRAS VERDES O DISCOS GRUESOS DE LIJA Y LA BAJA VELOCIDAD, ASÍ COMO EL SPRAY DE AGUA FRÍA SON RECOMENDADOS USARSE.

EL ACABADO FINAL NORMAL QUE SE PUEDE EFECTUAR DESPUÉS DE 7 MINUTOS, QUE ES EL TIEMPO NORMAL DE MANIPULACIÓN DE LAS RESINAS, SE EFECTUARÁ CON PIEDRAS BLANCAS, PUNTAS DE HULE Y DISCOS FINOS DE LIJA CON AGUA UTILIZADA COMO LUBRICANTES.

3) RESTAURACIONES CON CEMENTO DE SILICATO.

EL CEMENTO DE SILICATO ES UN MATERIAL RESTAURADOR DEL COLOR DEL DIENTE QUE TIENE ASPECTO ESTÉTICO BASTANTE ACEPTABLE Y SIRVE A PROPÓSITOS ÚTILES EN ODONTOLOGIA RESTAURATIVA.

ES CONVENIENTE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES INTERESANTES SOBRE EL ASPECTO CLÍNICO DE ESTE TIPO DE RESTAURACIONES. INICIALMENTE LOS RESULTADOS SON EXCELENTES; EL ASPECTO ESTÉTICO ES BUENO AL EXISTIR VARIOS TONOS - DISPONIBLES QUE SE CONFUNDEN EFICAZMENTE CON EL DIENTE. LAS RESTAURACIONES SE TERMINAN DIRECTAMENTE CONTRA EL ESMALTE EN UNA VISITA POSTERIOR Y PARECE UNIRSE CON EL TONO Y ANATOMÍA, SIEMPRE QUE SE HAYA SEGUIDO -- ADECUADAMENTE EL PROCEDIMIENTO. SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LAS RESTAURACIONES CON SILICATO AL CABO DE ALGUNOS MESES SE VUELVE SUPERFICIALMENTE ASPERAS, DEBIDO A LA SOLUBILIDAD DEL CEMENTO EN LOS LÍQUIDOS BUCALES.

CUANDO LA ESTRUCTURA GELATINOSA DE LA RESTAURACIÓN EMPIEZA A DISOLVERSE, SE FORMAN PIGMENTACIONES -- QUE HACEN QUE ESTA RESTAURACIÓN SE DISTINGA Y POSTERIORMENTE LOS MÁRGENES DENTALES SUFREN EXPOSICIÓN, CAU

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SANDO MALA ADAPTACIÓN DEL MATERIAL A LA ESTRUCTURA DENTAL.

EN ALGUNOS CASOS LA RESTAURACIÓN SE DISUELVE COMPLETAMENTE DEJANDO ESMALTE Y DENTINA DESNUDOS, LO CUAL DEBERÁ CORREGIRSE PARA EVITAR LA MIGRACIÓN DENTAL E HIPTERTROFIA O DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL. LA DISOLUCIÓN DE LA RESTAURACIÓN DE SILICATO OCURRE COMUNMENTE BAJO EL ÁREA DE CONTACTO; ES CONVENIENTE, POR LO -- TANTO REEMPLAZAR FRECUENTEMENTE DICHAS RESTAURACIONES, EVITANDO DE ESTA MANERA EL FRACASO TERAPÉUTICO.

A) MANIPULACIÓN.

SE UTILIZA UN POLVO Y UN LÍQUIDO PARA PRODUCIR LA MEZCLA, LA RESTAURACIÓN ES UN GEL DE ÁCIDO SALICÍLICO- (VIDRIO SOLUBLE EN ÁCIDO) QUE SE HACE DISOLVIENDO LA SUPERFICIE DE LA PARTÍCULA DE PLVO EN LÍQUIDO. EL POLVO ES UNA MEZCLA DE SÍLICE, ALÚMINA Y FLUORURO QUE SIRVE PARA MANTENER UNIDOS LOS CONSTITUYENTES DEL POLVO - DURANTE EL PROCESO DE MANUFACTURA, EL LÍQUIDO ES ÁCIDO FOSFÓRICO AMORTIGUADO CON ALUMINIO Y FOSFATO DE ZINC.

LA MATRIZ DE LA RESTAURACIÓN CON SILICATO ES LA -

ESTRUCTURA GELATINOSA. ESTE MATERIAL COMPRENDE APROXIMADAMENTE EL 25% DE LA RESTAURACIÓN Y SE REDUCE EN UN MAYOR GRADO POSIBLE A SU SENSIBILIDAD.

ES IMPORTANTE SEGUIR LA RELACIÓN DEL LÍQUIDO AL POLVO EN UN PROCEDIMIENTO DE MEZCLA RELACIONADAS CON ESTA PROPORCIÓN EXISTE UN NÚMERO DE VARIABLES Y CRÍTICAS PARA EL DESARROLLO DE RESTAURACIONES DE SILICATOS-ACEPTABLES.

EL TIEMPO DE ENDURECIMIENTO SE VE INFLUENCIADO POR LA RELACIÓN DE LÍQUIDO O POLVO Y POR LA TEMPERATURA EN QUE SE MEZCLA EL MATERIAL. LA SOLUBILIDAD Y FUERZA TAMBIÉN DEPENDEN DE LA PROPORCIÓN ENTRE EL LÍQUIDO Y POLVO, Y POR ESTA RAZÓN, LOS FABRICANTES HAN PRODUCIDO INSTRUMENTOS EXACTOS DE MEDIDA, TANTO PARA EL LÍQUIDO-COMO PARA EL POLVO.

LA CUCHARILLA PARA EL POLVO GENERALMENTE TIENE -- UNA EXTREMIDAD GRANDE Y UNA PEQUEÑA. PARA LOGRAR UNA MEZCLA ACERTADA DEBERÁN MEZCLARSE DOS GOTAS DE LÍQUIDO CON DOS CUCHARADAS GRANDES Y UNA PEQUEÑA DE POLVO. EL POLVO DEBERÁ INCORPORARSE TOTALMENTE EN UN MINUTO Y LA

MEZCLA DEBERÁ TENER CONSISTENCIA "DE MASILLA" Y PRESENTAR ALGO DE BRILLO SUPERFICIAL, LOS FABRICANTES ESPECIFICAN LAS PROPORCIONES ADECUADAS. SE DESARROLLA EL - TIPO DE MEZCLA ESPECÍFICA Y SE TAPONA LA MASA DEL MATERIAL EN LA PIEZA Y SE MANTIENE BAJO PRESIÓN.

LAS SUPERFICIES DE MEZCLADO DE ALGUNAS LOSETAS ESTÁN GRABADAS PARA FACILITAR LA INCORPORACIÓN DEL POLVO AL LÍQUIDO. HAY NUMEROSOS TIPOS DE ESPÁTULAS PARA -- MEZCLAR CEMENTOS DE SILICATOS, ALGUNAS ESTÁN HECHAS DE ÁGATA, PERO LAS MÁS POPULARES SON LAS DE METAL ESTRE-- LLADO Y EN FORMA DE DIAMANTE. DEBERÁN EMPLEARSE ÉS-- TAS ESPÁTULAS Y LOSETAS PARA MEZCLAR EL SILICATO, POR-- QUE EL DISEÑO FACILITA EL DESARROLLO ADECUADO DE LA -- MEZCLA.

YA UNA VEZ OBTENIDA LA MEZCLA ESPESA SE APLICA EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD BAJO PRESIÓN, SI SE PRODUCE UNA MEZCLA DEMASIADO ESPESA SURGIRÁN PROBLEMAS. UNA MEZCLA SECA SE ADAPTA MAL A LA ESTRUCTURA DENTAL Y SE-- CARACTERIZA POR UN GEL INFERIOR.

B) INDICACIONES.

PARA ESTE TIPO DE RESTAURACIONES SON ACONSEJABLES SOLO LAS LESIONES PEQUEÑAS E INCIPIENTES, DEBIDO A LAS CUALIDADES FÍSICAS CON LAS PROPIEDADES ANTICARIOGÉNICAS DEL SILICATO, LAS LESIONES Y PREPARACIONES DE CAVIDAD IDEALES DEBERÁN AFECTAR UN MÍNIMO DE ESTRUCTURA DENTAL, ESTO CONSERVARÁ EL ESMALTE Y HARÁ POSIBLE REPARAR LAS RESTAURACIONES CON ABUNDANCIA DE ESTRUCTURA DENTAL, POR LO TANTO, EL MATERIAL SE LIMITA PRINCIPALMENTE A CAVIDADES DE CLASE III O A LESIONES PROXIMALES PEQUEÑAS QUE NO AFECTEN EL ÁNGULO DEL DIENTE. OCASIONALMENTE, SE PUEDEN RESTAURAR PEQUEÑAS FOSETAS CAUSADAS POR DEFECTOS DE DESARROLLO O LESIONES CARIOSAS PEQUEÑAS, SOBRE LA SUPERFICIE DEL ESMALTE BLANDO. NUNCA DEBERÁN COLOCARSE ESTE TIPO DE RESTAURACIONES EN CAVIDADES CERVICALES O DE CLASE V, CUANDO EL DELINEADO SE EXTIENDA MÁS ABAJO DEL TEJIDO GINGIVAL.

CUANDO HAYA QUE COLOCAR VARIAS RESTAURACIONES RÁPIDAMENTE, ES ESTE MATERIAL RESTAURATIVO IDEAL PARA CONTROLAR LA CARIES, POR LO QUE SE CONSIDERA EXCELENTE PARA PACIENTES SUSCEPTIBLES A LA CARIES, ASÍ COMO AQUELLOS EN QUE LA ESTÉTICA ES UN FACTOR IMPORTANTE.

C) PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD.

LAS REGLAS BÁSICAS A SEGUIR EN LAS PREPARACIONES DE CAVIDAD PARA SILICATOS SON LAS SIGUIENTES:

- 1).- SE CONSERVA LA ESTRUCTURA DENTAL QUE CIRCUNDA EL ÁREA EN RESTAURACIÓN. LA ABERTURA EN LA PREPARACIÓN DEBERA SER TAN SOLO LO SUFICIENTEMENTE -- GRANDE COMO PARA PROPORCIONAR ACCESO PARA PREPARAR LA PORCIÓN INTERNA DE LA PREPARACIÓN, ASÍ CO MO LAS FORMAS DE RETENCIÓN. ESTE ACCESO DEBERÁ TAMBIÉN PERMITIR LA INSERCIÓN DEL SILICATO MEZ-- CLADO.

- 2).- SE PRODUCE UNA FORMA DE ENSAMBLE EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD INTERNA. LAS PAREDES - DE LA CAVIDAD SE COLOCAN LO MÁS PARALELAS Y - PERPENDICULARES ENTRE SÍ COMO SEA POSIBLE, LO CUAL PRODUCIRÁ LA FORMA DE RESISTENCIA Y AYUDARÁ A SOSTENER EL MATERIAL EN LAS PIEZAS --- CUANDO SE COLOQUE CON TÉCNICA DE PRESIÓN.

- 3).- LAS RETENCIONES EN LAS PAREDES DE LA CAVIDAD PARA SILICATO SON MÁS GRANDES QUE LAS USADAS EN --

OTRO TIPO DE PREPARACIONES. LOS PEQUEÑOS SURCOS PRODUCEN EXCELENTES RETENCIONES.

- 4).- SE PRODUCE SOBRE EL ESMALTE UNA RELACIÓN DE CAVO-SUPERFICIE DE ÁNGULO RECTO, LA CUAL PERMITE UN --TERMINADO EXACTO, LO QUE POR SÍ MISMO AYUDA A REDUCIR LA CANTIDAD DE MATERIAL SOBRANTE.

ANTES DE INICIAR LA PREPARACIÓN DE LAS CAVIDADES, SE APLICA UN CAUCHO PESADO, YA QUE AL ESTAR EN --CONTACTO CON UNA RESTAURACIÓN ÁSPERA DURANTE PERÍODOS EXTENSOS, LAS PAPILAS PUEDEN VOLVERSE EDEMATOSAS E INFLAMADAS Y PRESENTAR HEMORRAGIAS AL --SER DESPLAZADAS. EN ÉSTA SITUACIÓN, SON MUY ÚTILES LOS DIQUES DE CAUCHO PESADOS POR LA COMPRESIÓN TISULAR ADICIONAL QUE PROPORCIONAN.

D) INSERCIÓN.

UNA VEZ MEZCLADO EL MATERIAL OBTURADOR SE RECOGE--DE LA LOSETA CON LA HOJA DEL INSTRUMENTO TARNO Y SE COLOCA EN LA ABERTURA DE LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD. SE USA EL INSTRUMENTO PARA EMPUJAR EL INSTRUMENTO INICIAL DE CEMENTO CONTRA LA PARED AXIAL Y EL SIGUIENTE --LLENA LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD. LA MATRIZ SE MAN

TENDRÁ SOBRE LA SUPERFICIE LINGUAL Y LA PORCIÓN LABIAL DE LA BANDA SE RESTIRA PARA ADAPTAR MEJOR EL SILICATO Y PARA EXUDAR LA MAYORÍA DE EXCESO SOBRE LA SUPERFICIE LABIAL.

SE USAN EL PULGAR E ÍNDICE PARA ESTABILIZAR LA---
MATRIZ Y EJERCER PRESIÓN POR UN PERÍODO DE 5 MINUTOS.

LA BANDA Y LA CUÑA SE RETIRAN EN EL MOMENTO INDICADO Y SE RECUBRE LA RESTAURACIÓN DE SILICATO CON MANTECA DE CACAO. ESTO EVITA LA DESHIDRATACIÓN DE LA SUPERFICIE. LA RESTAURACIÓN SE MANTIENE CUBIERTA CON--
UNA CAPA PROTECTORA DURANTE EL RESTO DE LAS VISITAS.

E) TERMINADO.

ES NECESARIO EVITAR PULIR LA RESTAURACIÓN DURANTE LAS 24 HORAS INMEDIATAS A LA INSERCIÓN PARA NO TRASTORNAR LA ESTRUCTURA GELATINOSA.

EL TERMINADO INICIAL SE HACE INMEDIATAMENTE DES--
PUÉS DE EXTRAER LA BANDA. SE USA EL BISTURÍ AFILADO--
PARA TERMINADO EN ORO, PARA ELIMINAR LOS EXCESOS IN---
TERSTICIOS Y TERMINAR EN BRUTO LA RESTAURACIÓN. EN--

TONCES PUEDE USARSE EL TALLADO DE DISCO PARA DAR FORMA A LA SUPERFICIE DONDE EXISTA EXCESO. LA RESTAURACIÓN RECORTADA SE RECUBRE CON MANTECA DE CACAO O CON BARNIZ PARA CAVIDAD Y SE DESPIDE AL PACIENTE DESPUÉS DE INSTRUIRLE PARA PROTEGER AL SILICATO CONTRA TENSIONES DURANTE CIERTO NÚMERO DE HORAS.

EL SILICATO SE PULE EN LA VISITA POSTERIOR. EL CONTORNO FINAL ES EL INSTERTICIO Y EN LA SUPERFICIE SE PRODUCE CON INSTRUMENTO DE DISCO Y BISTURÍ PARA ORO. SE LUBRICA EL DISCO CON MANTECA DE CACAO Y SE PULE CON AYUDA DE ENFRIADORES DE AIRE, SE DESARROLLAN LENTAMENTE MÁRGENES Y SUPERFICIES LISAS AL APLICAR CUIDADOSAMENTE DISCOS DE LIJA.

CAPÍTULO X

MANTENIMIENTO DE LOS DIENTES Y
MEDIDAS PREVENTIVAS PRÁCTICAS.

LA SALUD DENTAL DEPENDE DE LOS CUIDADOS OFRECIDOS POR EL EQUIPO DE SALUD DEL PACIENTE Y DE LAS AGENCIAS-DE SALUD; TAMBIÉN AFECTA EL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO. LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS Y PERIODONTALES-DEBEN DE COMPLETARSE CON CUIDADOS DIARIOS Y REALIZADOS POR EL PACIENTE Y VISITAS PERIÓDICAS AL ODONTÓLOGO. LA BUENA HIGIENE DEL PACIENTE Y CUIDADOS DENTALES PREVENTIVOS CREAN CONDICIONES ÓPTIMAS PARA LOS DIENTES.

EL TÉRMINO "ODONTOLOGÍA PREVENTIVA" NO ABARCA TAN SOLO LA DETECCIÓN TEMPRANA Y MEDIDAS PROFILÁCTICAS PARA ELIMINAR LA CARIES DENTAL, SINO COMPRENDE EL ÁREA--COMPLETA DE LA ODONTOLOGÍA DEDICADA A LA PREVENCIÓN DE LESIONES O ENFERMEDADES DENTALES Y SUS ESTRUCTURAS REALIZADAS.

Á) PROCEDIMIENTOS CASEROS.

EL ASPECTO MÁS IMPORTANTE DE LA HIGIENE BUCAL ES MANTENER LOS DIENTES LIMPIOS, CEPILLANDO DESPUÉS DE INGERIR ALIMENTOS. DEBERÁN ELIMINARSE LOS ALIMENTOS ANTES DE QUE LAS ENZIMAS BACTERIANAS FORMEN ÁCIDO EN LAS SUPERFICIES DENTALES, QUE SUBSECUENTEMENTE DESCALCIFIQUE EL ESMALTE.

LOS APARATOS USADOS PARA LIMPIAR LOS DIENTES SON CEPILLOS DENTALES ELÉCTRICOS ESTIMULADORES INTERDENTALES E HILO DENTAL.

LA SALUD TISULAR SE MANTIENE ELIMINANDO LAS CAUSAS DE ENFERMEDAD.

B) PROFILAXIA EN EL CONSULTORIO.

LAS MEDIDAS PROFILÁCTICAS EFECTUADAS EN EL CONSULTORIO DENTAL SE LOGRAN DE MANERA HABITUAL USANDO EL SISTEMA DE VISITAS PERIÓDICAS. EL PACIENTE DEBERÁ RECIBIR PERIÓDICAMENTE UN PULIDO Y RASPADO CUIDADOSO DE LOS DIENTES, LO QUE PROPORCIONA AL ODONTÓLOGO LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR UN BUEN EXAMEN BUCAL, TOMA DE RADIOGRAFÍAS NECESARIAS, ACTUALIZAR EL REGISTRO MÉDICO--

DEL PACIENTE, DAR TRATAMIENTOS PREVENTIVOS Y COMPROBAR LA EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE CUIDADOS CASEROS DEL PACIENTE.

LA PROFILAXIA BUCAL SE HACE CUIDADOSAMENTE, ASEGURÁNDOSE DE ELIMINAR LA TOTALIDAD DE LOS DEPÓSITOS CALCÁREOS CON INSTRUMENTOS DE RASPADO SIN LACERAR LOS TEJIDOS GINGIVALES.

EL PULIDO Y ELIMINACIÓN DE LA PIGMENTACIÓN SE REALIZAN CON COPA BLANDA DE CAUCHO ABRASIVO COMERCIAL Y - MOTOR DENTAL DE MOVIMIENTO LENTO.

AL ORGANIZAR Y PRESENTAR EL PLAN DE TRATAMIENTO, SE EXPLICAN LAS INSTRUCCIONES PARA LOS CUIDADOS EN CASA, SE DISCUTEN LOS MECANISMOS DE CARIES Y ENFERMEDADES PERIODONTALES PARA DAR ÉNFASIS A LA NECESIDAD DE UN PROGRAMA CUIDADOSO DE HIGIENE BUCAL.

C) DIETA.

LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA SON MOMENTOS CRÍTICOS-PORQUE LA DIETA INFLUYE EN LA FORMACIÓN DENTAL, CALCIFICACIÓN, ASÍ COMO EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO. EL -

ODONTÓLOGO DEBERÁ ACONSEJAR UNA DIETA QUE AYUDE A LA -
BUENA SALUD CORPORAL, ASÍ COMO AYUDAR A SUS PACIENTES-
DETECTANDO LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, REGULANDO--
LA TOMA REFINADA DE CARBOHIDRATOS Y BUSCANDO EL CONSE-
JO DE UN MÉDICO AL DESCUBRIR O SOSPECHAR LA PRESENCIA--
DE PROBLEMAS.

LOS ALIMENTOS SE CLASIFICAN EN 4 CATEGORÍAS Y SE-
ESPECIFICAN LAS CANTIDADES DE CADA UNO DE ELLOS ACONSE-
JADAS DIARIAMENTE TANTO PARA NIÑOS COMO PARA ADULTOS.

EL MÉDICO DISEÑARÁ DIETAS ESPECIALES PARA TRASTOR-
NOS NUTRICIONALES, ENFERMEDADES METABÓLICAS Y PROBLE--
MAS DE PESO.

C O N C L U S I O N E S

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE DENTRO DEL CAMPO DE LA OPERATORIA DENTAL, ASÍ COMO EN OTRAS RAMAS DE LA-- ODONTOLOGÍA, SIEMPRE HABRÁ NUEVAS MODALIDADES APORTADAS POR CORRIENTES MODERNAS, POR LO CUAL ME LIMITO EN ESTA TESIS A NO PROFUNDIZAR EN TÉCNICAS ESPECÍFICAS, NOMBRES COMERCIALES DE MATERIALES, ETC., YA QUE DÍA A DÍA VAN SURGIENDO NUEVOS MATERIALES QUE POR SUS MEJORABLES CARACTERÍSTICAS IRÁN DESPLAZANDO A LOS YA EXISTENTES.

CON LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO DOY UN PASO-- MÁS PARA ALCANZAR UNA META EN LA CULMINACIÓN DE TODA UNA CARRERA DE ESFUERZO, DEDICACIÓN Y TRABAJO; Y PARA ELLO HE RECOPILO INFORMACIÓN DE VARIOS LIBROS, APUNTES, CONOCIMIENTOS DE LAS CÁTEDRAS QUE SE ME IMPARTIERON, ASÍ COMO LAS EXPERIENCIAS QUE A TRAVÉS DE MI PROFESION FUÍ ADQUIRIENDO.

POR OTRA PARTE, CONSIDERO PERTINENTE HACER ÉNFASIS EN LA IMPORTANCIA DE ALGUNAS CONDICIONES INDISPENSABLES

SABLES PARA EL EJECUTAMIENTO DE CUALQUIER MANIOBRA --
DENTAL, TALES COMO:

- CONOCIMIENTO DE LOS TEJIDOS QUE CONSTITUYEN EL
DIENTE Y LO SOSTIENEN, DEL APARATO MASTICATO--
RIO Y SU FUNCIONAMIENTO, DE LA BIOLOGÍA DE LOS
ELEMENTOS VIVOS IMPLICADOS Y MUCHOS OTROS.

- TENER LA HABILIDAD NECESARIA PARA MANEJAR EL -
INSTRUMENTAR ESPECIALIZADO PARA RECONSTRUIR --
PIEZAS DENTARIAS. ASÍ COMO POSEER CONCEPTOS-
DEFINIDOS SOBRE LA INICIACIÓN DE LAS LESIONES-
DENTARIAS Y SU PROGRESO DENTRO DEL DIENTE.

- ASÍMISMO, DEBE POSEER SENTIDO ESTÉTICO, YA QUE
LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DIENTE NO ES UN PROCE--
DIMIENTO ENTERAMENTE MECÁNICO O BIOLÓGICO, SI-
NO TAMBIÉN ARTÍSTICO.

YA QUE DE CARECER EL OPERADOR DE ÉSTAS DISCIPLI-
NAS, PUEDE CAUSAR IATROGENIA ODONTOLÓGICA, PUES UNA--
OPERATORIA DENTAL DEFICIENTE DAÑA NO SOLAMENTE AL ---
DIENTE QUE RECIBE EL TRATAMIENTO, SINO A TODA LA CAVI
DAD ORAL.

AHORA BIEN, DENTRO DE LA OPERATORIA DENTAL EL --
CRITERIO QUE DEBE TENER EL ODONTÓLOGO NO VA A CAMBIAR
LA ESTRUCTURA Y LAS BASES DE ÉSTA, SINO ÚNICAMENTE EN
LO QUE SE REFIERE AL USO DEL INSTRUMENTAL Y DE LOS MA
TERIALES.

EN SÍ LO IMPORTANTE DE ESTO, ES PRESTAR UN SERVI
CIO ESMERADO A CADA PACIENTE, TRATANDO DE PRESERVAR -
EL CONCEPTO SALUD EN LA CAVIDAD ORAL, CONTANDO CON --
LOS MEDIOS NECESARIOS PARA QUE ESTE SERVICIO SEA CADA
DÍA MÁS EFICIENTE Y ASÍ CUMPLIR CON NUESTRA SOCIEDAD-
Y CONSIGO MISMO.

B I B L I O G R A F Í A .

1.- BARRANCOS, MOONEY, JULIO

OPERATORIA DENTAL.

EDITORIAL PANAMERICANA.

BUENOS AIRES 1981

PRIMERA EDICIÓN.

623 PÁGINAS.

2.- GILMORE, H. WILLIAM.

LUND, MELVIN.

ODONTOLOGÍA OPERATORIAL

EDITORIAL INTERAMERICANA.

MÉXICO, D.F., 1980

SEGUNDA EDICIÓN.

535 PÁGINAS.

3.- MONDELLI JOSE.

ISHIKIRIAMA, AQUIRA

GALAN JUNIOR JOAO

LIMA NAVARRO MARIA

DENTÍSTICA OPERATORIA.

EDITORIAL MUNDI

SAO PAULO, BRASIL 1980

CUARTA EDICIÓN.

235 PÁGINAS.

4.- MORRIS ALVIN L.

BOHANNAN HARRY M.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.

EDITORIAL LABOR, S.A.

ESPAÑA, 1983

TERCERA EDICIÓN

804 PÁGINAS.

5.- PHILLIPS RALPH W.

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES.

EDITORIAL INTERAMERICANA

NAUCALPAN DE JUÁREZ, EDO. DE MÉXICO 1979

SÉPTIMA EDICIÓN.

583 PÁGINAS.

6.- RITACCO, ARALDO ANGEL

OPERATORIA DENTAL

EDITORIAL MUNDI

ARGENTINA 1975

CUARTA EDICIÓN

463 PÁGINAS.

7.- SEIDE LEONARD.

ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.

EDITORIAL PANAMERICANA

BUENOS AIRES, 1984

PRIMERA EDICIÓN

750 PÁGINAS.

8.- ZIMBRON LEVY ANTONIO

MOSCOSO BARRERA ARIEL

MONTANTE RUIZ TERESA

OPERATORIA DENTAL I

TESIS RESENDIZ (DIVISIÓN COMERCIAL)

MEXICO, D.F., C.U. 1981

216 PÁGINAS.