

Restauraciones Indirectas En Piezas Dentarias Posteriores

Mariano FLORES RUBIO CD

Las restauraciones dentarias realizadas con amalgama, cuando se siguen las reglas adecuadas son sumamente complejas, se requieren los pasos siguientes:

1. Apertura de la cavidad.
2. Remoción de la dentina cariada.
3. Eliminación del esmalte socavado.
4. Protección pulpar.
5. Aplicación de la base.
6. Tallado de la base.
7. Colocación de la matriz.
8. Colocación de la cuña.
9. Aplicación y condensación de la amalgama para la caja proximal.
10. Aplicación de la amalgama para la caja oclusal.
11. Eliminación de los excesos.
12. Control de la oclusión
13. Retirado de la matriz y cuña.
14. Tallado de la restauración.
15. Pulido después de 24 horas.

Presentamos una Técnica simplificada y absolutamente segura para controlar los problemas que hemos mencionado denominada "Restauraciones indirectas con incrustaciones de resinas compuestas".

Preparación cavitaria.

- En operatoria dental moderna, teniendo en cuenta el sistema adhesivo, no es necesario tallar la cavidad, ni hacer extensión preventiva, sino simplemente remover la dentina cariada.
- Tampoco se requiere eliminar el esmalte socavado porque las paredes de la cavidad pueden ser reconstruidas con ionómero o resina directa.
- Las paredes de la cavidad deben ser expulsivas y no retentivas como pasa en las amalgamas, con lo cual se logra, un sellado periférico perfecto, curado de la resina, eliminación de la filtración marginal, un punto de contacto adecuado y funcional.
- Por ultimo se obtiene una forma anatómica reconstruida con todos los elementos de la oclusión en forma precisa y un acabado altamente estético por el uso de varios colores con o sin caracterización.

Presentación de un caso clínico detallando los pasos de la técnica:

- a. Procedemos a retirar las amalgamas correspondientes a las piezas Nº 4 y 5 usando un diamante de grano grueso, cilíndrico y pequeño (Fig. 1).
 - b. Se usa un detector de caries, algunos usan violeta de genciana, azul de metileno o asepsil rojo y el teñido no es selectivo del tejido cariado (Fig. 2).
 - c. Una vez que tenemos las cavidades limpias, después de lavarlas profusamente, aplicamos flúor gel, cuyo fundamento es el siguiente: la dentina tratada por los instrumentos rotatorios tiene los canaliculos abiertos y este tipo de flúor es acibulado al 5% y nos permite un lavado muy sutil y la absorción del fluor hacia los canaliculos dentales (Fig. 3)
 - d. Aplicación del láser blando (Medi Laser), levanta el potencial bio eléctrico de las células, que normalmente es de 90 voltios y que desciende a 35 a 40 en las células que están traumatizadas, inflamadas, infectadas o cortadas, de manera que al recuperar su potencial bio-eléctrico recobran, también su poder metabólico intracelular con una recuperación realmente efectiva.
- El hecho clínico es que con esta técnica suprimimos el 80% de la sensibilidad post-operatoria después de los tratamientos de Odontología Estética. (Fig. 4)
- e. Después del lavado de las cavidades se quita el exceso de humedad y se aplica el mono componente que tiene incluido el adhesivo y después del fotocurado se obtiene dentina plástica (Fig. 5)
 - f. Aplicamos una muestra de ionómero de vidrio con resina, curándola en capas, primero en la pared pulpar y después con resina fluida de color del diente, y así tenemos el esmalte socavado, luego con una fresa troncocónica corta, damos el acabado a la preparación de las cavidades, cuyas paredes deben ser ligeramente expulsivas (Fig. 6 y 7).

* Presidente y fundador de la Academia Internacional de Odontología Integral (31 países).
Profesional del siglo XX - Peruana de Opinión Pública (1999)

g. Luego tomamos una impresión de silicona por adición; primero la de amasar y después, la silicona fluida y un registro de mordida (Fig. 8 y 9).

h. Con estos modelos, vamos a realizar las incrustaciones de resina que después serán cementadas con todos los cuidados que conocemos, a fin de obtener restauraciones con las características que hemos mencionado (fig. 10).

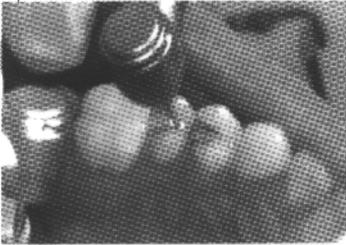


Fig. 1 Remoción de la amalgama antigua

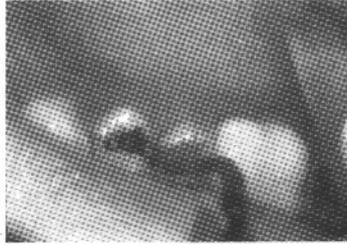


Fig. 2 Aplicación del indicador de caries



Fig. 3 Aplicación del Fluor acibulado

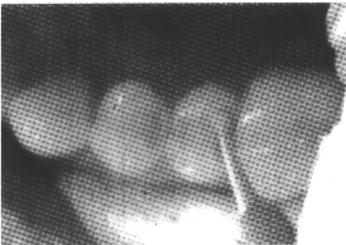


Fig. 4 Aplicación del primer adhesivo

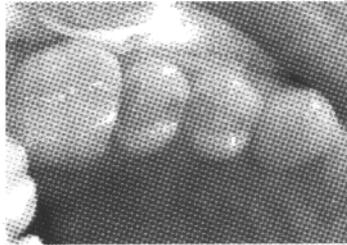


Fig. 5 Fotocurado del adhesivo



Fig. 6 Aplicación del ionómero de vidrio.

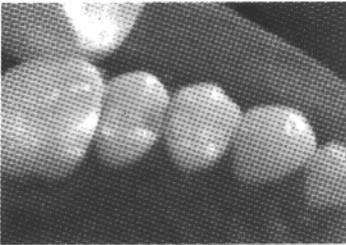


Fig. 7 Cavidades con su base y reconstrucción

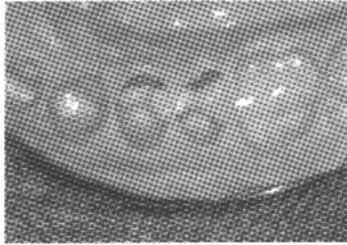


Fig. 8 Impresión con silicona



Fig. 9 Registro de mordida

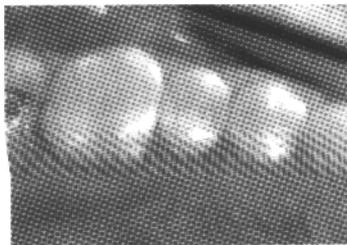


Fig. 10 Restauraciones terminadas y cementadas

BIBLIOGRAFÍA

1. **Barnes, D:** A 5-and & year clinical evaluation of a posterior resin. Quintessence Int. 22: 143-151, 1991.
2. **Deitschi, D; Ciuchi, B:** A clinical trial of four light cu ring posterior composite resins. Quintessence Int. 20:641-649, 1989.
3. **Feilzer, A:** Setting of the restoration. J. Dent. Res. 66: 1636-39, 1987.
4. **Rulet, J:** Degradation of dental polymers Basilea: Karger, 1985.
5. **Wilson, N:** A clinical trial of visible light cured posterior composite resin restorative material; five years results. Quintessence Int. 19:657-681, 1988.