



2do AÑO

Coleccionando Conocimientos

www.colgateprofesional.com

INCRUSTACIONES PREPARACIÓN DENTARIA

Para la preparación dentaria para incrustaciones se debe utilizar las siguientes puntas diamantadas:

- **Truncocónica gruesa**
- **Truncocónica delgada**
- **Fisura fina**
- **Fresas de pulido**



INCRUSTACIONES INLAY

Con la truncocónica gruesa desgaste con 2 mm de profundidad la cara oclusal.



Con la truncocónica delgada configure la cara proximal. El diámetro de la punta diamantada determinará el ancho del piso gingival.



La preparación dentaria para incrustaciones inlay debe tener las siguientes características:

- Profundidad del piso oclusal de 2mm.
- Distancia del piso oclusal al piso gingival de 1 mm como mínimo
- Paredes convergentes hacia oclusal (aprox. de 10° a 20°).
- Ángulos redondeados.



INCRUSTACIONES ONLAY

Desgaste con la truncocónica delgada la cara oclusal aproximadamente 1 mm.



Conforme la caja oclusal con la troncocónica gruesa (Profundidad de 1 mm. aprox.)



La preparación dentaria para incrustaciones onlay debe presentar las siguientes características:

- ° Espacio interoclusal de 2mm.
- ° Hombro recto de 1 mm. de espesor, en las caras proximales y cúspide de soporte.
- ° Ángulos redondeados.



Configure las cajas proximales con la troncocónica delgada. El diámetro de la punta diamantada determinará el ancho del piso gingival.



Con la troncocónica delgada desgaste la pared axial de la cúspide de soporte, como máximo a 2 mm. del margen gingival. Bisele la cúspide (45°).



Tema desarrollado por
Dr. Martín Kcomt Yep
Profesor Auxiliar
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

CONTROL MECÁNICO Y QUÍMICO DE PLACA DENTAL

El **cepillado** reduce la biopelícula 30% con los cepillos manuales y 45% con los eléctricos.¹⁻³

Las cerdas de los cepillos llegan de 0.9 a 1.5 mm. subgingivalmente; los cepillos interproximales ingresan 2.5 mm. y el hilo dental 3.5 mm. infragingivalmente.¹⁻³



La **motivación** es de suma importancia durante la instrucción del control mecánico de placa,¹⁻⁴ es necesario 3.5 horas de instrucción para reducir la biopelícula.¹ Se recomienda usar reveladores de placa como la eritrosina sódica al 3%.⁴ Se recomienda el **cepillado 2 veces al día** entre 1 a 2 minutos con la técnica de Bass modificada.²



El **recambio de los cepillos** es cuando las cerdas pierden forma (flexibilidad), 1 mes como mínimo.¹⁻³

El **hilo dental** es importante, pues el 85% de las superficies no son limpiadas por el cepillo dental.

Los elementos de higiene proximal reducen entre 30% y 40% independientemente del método de higiene interproximal usado.¹

La **limpieza interdental** es recomendada por lo menos 1 vez al día, se puede lograr también con cepillos interproximales, palillos, etc.^{1,3,4}

La **elección y personalización de los elementos y ayudas de higiene** dependen de las características de la boca, espacios entre los dientes y destreza manual, entre otros.^{1,3,4}

La **limpieza del dorso de la lengua** con cepillos y raspadores con ayuda de pastas dentales³ es útil para el control de los compuestos volátiles de sulfuro, causantes de la halitosis.

La **irrigación supragingival** con aparatos a chorro puede penetrar hasta el 71% de bolsas periodontales pequeñas y al 68% de las moderadas, sin ser mejor que el control mecánico.



Control químico de placa

Se implementan en las pastas dentales y colutorios orales. Serán siempre recomendadas las pastas fluoradas, tipo gel para prevención de caries y evitar el efecto abrasivo en pacientes con alta incidencia de caries, retracciones gingivales y sensibilidad dentinaria de cuellos dentarios.³⁻⁵

Los siguientes productos se reconocen por su seguridad y eficacia para control de placa y gingivitis.³⁻⁶

- Cloruro de cetilpiridinium
- Digluconato de clorhexidina
- Fluoruro estañoso (para gingivitis)
- Timol, mentol, eucaliptol y metil salicilato

Los colutorios están indicados:³⁻⁵ post cirugías, complemento de higiene por corto tiempo, discapacidad, incapacidad temporal, sin dominio manual, gingivitis úlcero necrotizante y contra halitosis. La clorhexidina es la sustancia más efectiva. Los colutorios no reemplazan a la remoción mecánica.

Las pastas dentales usadas diariamente son importantes para lograr los objetivos de tratamiento y/o mantenimiento del estado bucal. El uso de triclosán con co-polímeros (Gantrez), citrato de Zn demostró control de placa y gingivitis limitado a largo tiempo, las pastas anticálculo son efectivas por su asociación a pirofosfatos.⁴⁻⁶

La asociación de triclosán, copolímeros y flúor, cada día tiene más aceptación por su efecto prolongado sobre los patógenos periodontales de la biopelícula y la disminución de mediadores de la inflamación liberados en procesos inflamatorios crónicos, llámese gingivitis de moderada a severa y/o periodontitis.

A estos mediadores: interleucina I beta, interleucina 8, prostaglandinas y factor de necrosis tumoral alfa, actualmente tan importantes en estudios relacionados con enfermedades crónicas o condiciones sistémicas importantes (diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y embarazo).⁷⁻⁹

El control mecánico cuando se formó tártaro es por detartraje y pulido de los dientes cuando la profundidad al sondeo es menor a 4mm;

pero, son iguales o mayores a 4mm con sangrado al sondeo, es necesario realizar el raspado y alisado radicular.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Petersilka GJ, Ehmke B & Flemming TF. Antimicrobial effect of mechanical debridement. *Periodontol 2000* 2002;28:56-71.
- 2- Lang K, Attström R, Löae H. *Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control*. Berlin: Quintessenz; 1998.
- 3- Mueller H-P. *Periodontología. Méjico: El manual moderno; 2006*.
- 4- Wu C & Savitt ED. Evaluation of safety and efficacy of over-the-counter oral hygiene products for the reduction and control of plaque and gingivitis. *Periodontol 2000* 2002;28:91-105.
- 5- FDA. 21 CFR Part 356. Oral health care drug products for over-the-counter human use; Antigingivitis/ antiplaque drug products; establishment of a monograph; proposed rules. *Federal register*. Thursday, May 29, 2003;68(103):32232-87.
- 6- Echevarría JJ, Sanz M, Rylander H. Mechanical supragingival plaque control. In Lindhe J. *Clinical periodontology and implant dentistry*. Fourth edition. UK: Blackwell Munksgaard; 2003 Pags: 449-63.
- 7- Scannapieco FA. Periodontal inflammation: From gingivitis to systemic disease? *Compendium* 2004;25(7)(Suppl 1):16-25.
- 8- Dave S, Batista Jr. EL & Van Dyke TE. Cardiovascular disease and periodontal diseases: Commonality and causation. *Compendium* 2004;25(7)(Suppl 1):26-35.
- 9- Xu T, Deshmukh M, Barnes VM, Trivedi HM and Cummins D. Effectiveness of a Triclosan/copolymer dentifrice on microbiological and inflammatory parameters. *Compendium* 2004;25(Suppl 1):46-53.

Tema desarrollado por
 Dra. Doris Proaño de Casalino
 Docente Principal
 Especialista en Periodoncia
 Maestro en Estomatología
 UNIVERSIDAD PERUANA
 CAYETANO HEREDIA



PREPARACIÓN DENTARIA PARA CARILLA

1er. paso.-

Delimite un marco alrededor de la cara vestibular de la pieza a tratar, a una distancia de 1mm del margen cervical (Fig. 1) con una fresa diamantada redonda de 1 mm de diámetro, desgaste el límite profundizando 1/3 de la fresa a nivel cervical y la mitad de la fresa en el 1/3 medio e incisal (Fig. 2).

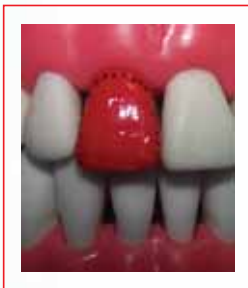


Figura 1



Figura 2

2do. paso.-

Con la fresa calibrada de tres discos de 0.3mm desgaste el 1/3 cervical y medio (Fig. 3), luego cambie a la fresa de tres discos de 0.5mm y desgaste el 1/3 incisal (Fig.4).

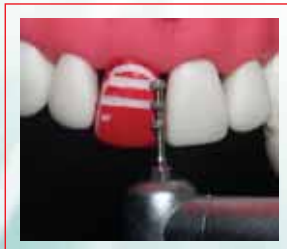


Figura 4

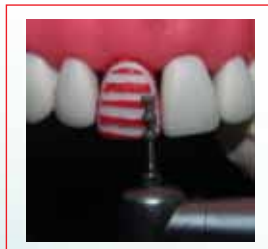


Figura 5

3er. paso.-

Con la fresa tronco cónica diamantada de punta redonda desgaste la cara vestibular de la pieza en dos planos (Fig. 6). El primer plano corresponde al 1/3 cervical y medio y el segundo plano al 1/3 incisal (Fig. 7), hasta llegar a las marcas hechas por la fresa de tres discos. Luego alise toda la superficie con una fresa tronco cónica punta redonda diamantada de grano fino.

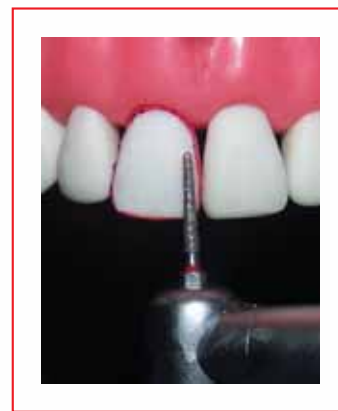


Figura 6



Figura 7

4to. paso.-

En los casos en los que se va a variar la altura hay que desgastar el borde incisal con una fresa tronco cónica de punta redonda diamantada aproximadamente 1.5 mm (Fig 8). Luego se redondea el ángulo formado por la cara vestibular y el desgaste incisal (Fig 10), para luego alisar toda la preparación con una fresa tronco cónica punta redonda de grano fino.

La preparación incisal termina con el corte incisal en bisel y el ángulo vestíbulo incisal redondeado (Fig 11). También se puede realizar la preparación incisal en overlap o chamfer en palatino (Fig 12).



Figura 8



Figura 9



Figura 10

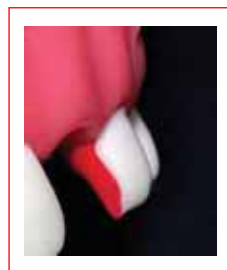


Figura 11

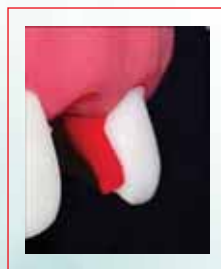


Figura 12



Tema desarrollado por
Arturo Kobayashi Shinya
Mg.Est. Profesor Auxiliar
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA



Martín Quintana del Solar
Mg. Est. Especialista en Rehabilitación Oral
Profesor Asociado
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PREPARACIÓN DENTARIA PARA AMALGAMA

PREPARACIÓN OCLUSAL

1er. paso.-

Con una fresa redonda diamantada de 1mm empiece la preparación cavitaria (Fig. 1). La forma de la preparación estará determinada por la extensión de la lesión y debe tener una profundidad mínima de 2 mm (Fig. 2).



Figura 1

2do. paso.-

Con una fresa punta diamantada en forma de pera se realizan las retenciones (Fig. 3), poniéndola en contacto con las paredes de la cavidad siguiendo el eje del diente (Fig. 4).



Figura 3



Figura 2



Figura 4

PREPARACIÓN PROXIMAL

1er. paso.-

Cuando existe una lesión proximal se empieza la cavidad protegiendo la pieza contigua con una cinta matriz metálica (Fig. 5).



Figura 5

2do. paso.-

Con una fresa redonda diamantada de 1 mm de diámetro, empiece la apertura de la lesión proximal (Fig. 6 y 7).



Figura 6



Figura 7

3er. paso.-

Con una fresa diamantada de forma de pera conforme la caja proximal (Fig. 8), haciendo retenciones en vestibular y lingual o palatino, según sea el caso (Fig. 9).



Figura 8

4to. paso.-

Luego, con una fresa de fisura, realice un surco hacia vestibular y otro hacia lingual o palatino según sea el caso (Fig.10 y II).



Figura 10



Figura 9



Figura 11

PREPARACIÓN OCLUSAL Y PROXIMAL

1er. paso.-

Cuando existe una lesión proximal y otra oclusal cuya distancia entre ambas sea menor de 1mm., hay que unir ambas preparaciones. Se sigue los pasos anteriormente mencionados para la preparación oclusal (Fig. 1 a 4).

La apertura de la lesión proximal se realiza con una fresa redonda diamantada de 1mm. (Fig. 12).



Figura 12

2do. paso.-

Con una fresa diamantada de forma de pera conforme la caja proximal (Fig. 13), haciendo retenciones en vestibular y lingual o palatino según sea el caso, conformando dos cajas ubicadas a diferente nivel, una superior que es la oclusal unida mediante un escalón a una inferior que es la caja proximal (Fig. 14).



Figura 13



Figura 14



Tema desarrollado por
Arturo Kobayashi Shinya
Mg.Est. Profesor Auxiliar
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA



Martín Quintana del Solar
Mg. Est. Especialista en Rehabilitación Oral
Profesor Asociado
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

POSICIONES ERGONÓMICAS DE TRABAJO (OPERADOR, ASISTENTE DENTAL)

ERGONOMÍA: estudio y análisis del trabajo humano, incluyendo los aspectos anatómicos y psicológicos de la gente y su medio ambiente de trabajo.

Su correcta práctica puede ahorrar tiempo de trabajo, prevenir la tensión en los músculos y la fatiga.

TRABAJO ODONTOLÓGICO A

CUATRO MANOS: cuando el dentista y el asistente dental trabajan juntos alrededor del sillón dental.

ZONAS DE TRABAJO O ACTIVIDAD

Están basadas en el “concepto del reloj” y nos permiten identificar las posiciones de trabajo del equipo dental (operador-asistente dental). Las zonas de actividad están determinadas mediante la visualización de la cabeza del paciente en el centro del reloj. Cuando el dentista y el asistente dental se encuentran en posición alrededor de la cabeza del paciente, se logra:

- Buena visibilidad y fácil acceso a todas las áreas de la boca del paciente.
- Fácil acceso al equipo dental, instrumentos y materiales.
- Seguridad y comodidad para el paciente, el dentista y el asistente.

El área alrededor de la boca del paciente es dividida en cuatro zonas:



1) Zona de operación o trabajo, desde la cual el operador tiene el mejor acceso y visibilidad a la cavidad oral del paciente. Para el trabajo a cuatro manos, esta área se extiende desde posición 7 a las 12 del reloj. Si el operador es no diestro se extiende desde la posición 12 a las 5 del reloj.

2) Zona del asistente, en la cual tiene un fácil acceso a los instrumentos, materiales dentales, a la succión y la unidad dental sin ninguna interferencia. Para el trabajo a cuatro manos, esta área se extiende desde la posición 2 a la 4 del reloj. Si el operador es no diestro va desde la posición 8 a la 10 del reloj.

3) Zona estática, área que se encuentra en la parte posterior de los sistemas de entrega (bandeja de trabajo). Se extiende desde la posición 12 hasta las 2 del reloj.

Si el operador no es diestro se extiende desde la posición 10 hasta las 12 del reloj.

4) Zona de transferencia, localizada por debajo de la nariz del paciente y por encima del pecho de éste, donde los instrumentos y materiales son pasados y recibidos. Esta área va desde la posición 4 a la 7 del reloj; si el operador no es diestro abarca desde la posición 5 a la 8 del reloj.

POSICIÓN DEL PACIENTE



- 1.- Debe ser ubicado en el sillón dental en posición supina.
- 2.- La parte posterior de la cabeza debe apoyarse cerca al borde del cabezal, sus ojos deben llevar lentes protectores, sus piernas completamente apoyadas en el sillón dental.

POSICIÓN DEL OPERADOR

Son objetivos primordiales para el desarrollo de su actividad dental el acceso y la visibilidad. Para lograrlo debe:

- 1.- Sentarse apoyándose totalmente en el respaldo del taburete dental, en ángulo recto, con el peso de su cuerpo distribuido uniformemente.
- 2.- Mantener los muslos paralelos al piso o rodillas ligeramente más bajas que las caderas, los pies apoyados sobre el piso y no cruzar las piernas.

3.- La altura del taburete debe ser ajustada de manera que permita al operador mantener el antebrazo paralelo al piso cuando doble el codo, manteniendo a éste lo más cerca de su cuerpo.

4.- La distancia entre la cara del operador y la cavidad oral del paciente debe ser aproximadamente entre 35 a 40 cms.



POSICIÓN DEL ASISTENTE DENTAL

Es frente al operador, teniendo fácil acceso y buena visibilidad a la cavidad oral del paciente; como a la bandeja de trabajo e instrumental adicional. Por ello debe:

- 1.- Posicionar su taburete a 10 ó 15 cms. más alto que la del operador.
- 2.- Sentarse de manera que su peso se encuentre distribuido uniformemente sobre el asiento.
- 3.- Sus pies descansan sobre la base o el anillo plano que se encuentra en la base del taburete.



Tema desarrollado por
Dra. Martha López Pinedo
Docente Asociada
Especialista en Periodoncia
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA