

Operatoria dental y restaurativa.
Tema III. Restauraciones estéticas.

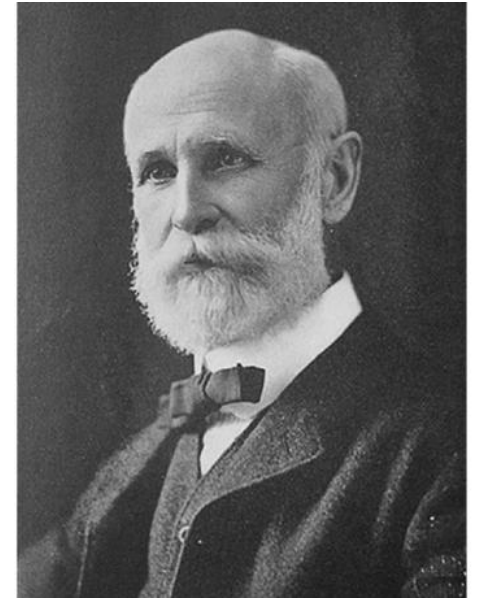
Lesiones cariosas y
no cariosas



*Dra. Msc. Maillorys Ruano Ortega.
Profesor: Asistente.*

LESIONES CARIOSAS

Green Vardiman Black (1836-1915) es reconocido como uno de los más notables investigadores en el campo de la operatoria dental, clasificó en cinco grupos las lesiones cariosas basándose en su sitio de inicio. Donde la secuencia numérica determinaba la frecuencia de ocurrencia de cada tipo de lesión.



Cavidades de Black.1908

Clase 1. cavidades en:

- puntos y fisuras en las superficies oclusales de premolares y molares.
- en los dos tercios de las superficies vestibulares de los molares.
- en superficies linguales de incisivos superiores y en superficies linguales de molares superiores.

Clase 2: cavidades en las superficies proximales de premolares y molares.

Clase 3: cavidades en las superficies proximales de los incisivos que no involucran la remoción y restauración del ángulo incisal.

Clase 4: cavidades en las superficies proximales de los incisivos que involucran la remoción y restauración del ángulo incisal.

Clase 5: cavidades en los tercios gingivales (no en puntos) de las superficies bucales y linguales de los dientes.

Clasificación de Black

Involucraba la ubicación de las lesiones y la transformación de la cavidad patológica en terapéutica



- Según los materiales a utilizar se determinaba el diseño de la cavidad.
- El tratamiento de las lesiones estaba orientado según los métodos con los que se disponía en aquella época, métodos invasivos por la cantidad de tejido sano que se eliminaba, el objetivo era lograr la longevidad de las restauraciones.

En la actualidad el tratamiento de la caries dental va encaminado a:

- Tratarla como una enfermedad bacteriana.
- Insistiendo por parte de los profesionales en la educación para la salud bucal.
 - Prevención sobre el control de la dieta.
 - Incorporación del ion fluoruro y la conservación del tejido sano a partir de la aparición de los materiales restauradores adhesivos.

Con la conservación del tejido sano a partir de la aparición de los materiales restauradores adhesivos, se modifica así el concepto de la sociedad sobre la salud bucal



Surgiendo un nuevo paradigma y el establecido por Black publicado en sus textos en 1908, comienzan a manifestarse como obsoleto.

Una nueva clasificación de las lesiones cariosas que incluyera aquellas manifestaciones incipientes que no requerían un tratamiento quirúrgico o remoción.



Clasificación de Mout y Hume.

En 1997 Mout y Hume propusieron un nuevo sistema de clasificación que incorpora los conceptos modernos del tratamiento clínico de la caries.

Para ello, organizan las lesiones cariosas según dos variables:

- sitios frecuentes de acumulación de placa bacteriana.
- extensión o tamaño.

Se definen así tres sitios de acumulación de biofilm o de erosión y abrasión:



Zonas de lesiones

Zona 1: fosas, fisuras y defectos del esmalte en las superficies oclusales de los dientes posteriores u otras superficies lisas.

Zona 2: esmalte proximal situado inmediatamente por debajo de los puntos de contacto con los dientes adyacentes.

Zona 3: tercio gingival de la corona o, en caso de recesión gingival, raíz expuesta.

Clasificación de Mount y Hume, modificada por Lasfarges y Cols.

A los cuatro estadios (extensión o tamaño) establecidos por Mount y Hume, Lasfarges y Cols. incorporan en el 2000 un estadio inicial a esta clasificación, quedando identificados cinco tamaños:

- ❖ tamaño 0
- ❖ tamaño 1
- ❖ tamaño 2
- ❖ tamaño 3
- ❖ tamaño 4

(FDI) aceptó en el 2000 esta clasificación, como alternativa y sustituto actual a la tradicional de Black.

Representación de la clasificación propuesta por Mount y Hume, modificada por Lasfargues y cols.

Zona	Tamaño				
	0- sin cavitar	1- Mínima	2-moderado	3- Grande	4-Extenso
1- Fosas y fisuras	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4
2- Área proximal	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
3- Gingival	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4

Lesiones cariosas:

- **Tamaño 0:** puede detectarse una lesión incipiente que representa el estadio inicial de desmineralización, mancha blanca o erosión temprana, donde probablemente ningún tratamiento quirúrgico sea necesario.



Lesión 1.0

- **Tamaño 1:** superficie cavitada con mínima afectación de la dentina, donde la remineralización resulta insuficiente.



Lesión 1.1

- **Tamaño 2:** afectación moderada de la dentina. Una vez preparada la cavidad, el esmalte remanente está sano, adecuadamente soportado por dentina y no es probable que ceda bajo las cargas oclusales. Esto es suficientemente resistente para soportar la restauración.



Lesión 2.2

- **Tamaño 3:** la cavidad está más que moderadamente afectada. Lo que queda de estructura dental está debilitado, hasta el punto de que las cúspides o los bordes incisales presentan grietas o pueden llegar a ceder bajo las cargas oclusales. Hay que ampliar un poco más la cavidad para que la restauración pueda soportar lo que queda de estructura dental.



Lesiones 2.4



- **Tamaño 4:** caries extensa, erosión o trauma con gran pérdida de estructura dental. Una cúspide o el borde incisal ha sido perdido o la superficie radicular está involucrada en dos o más superficies adyacentes. Combinando ambos parámetros, para cada sitio de lesión de caries puede establecerse un



Lesión 2.4





0/5

Tamaño 0

Tratamiento de remineralización o sellador. Monitoreo de la lesión para evaluar regresión o progreso



1/5

Tamaño 1

Preparación mínimamente invasiva para restauraciones adhesivas combinada con tratamientos preventivos de superficies adyacentes



2/5

Tamaño 2

Preparación mínimamente invasiva para una lesión más grande combinada con tratamientos preventivos de superficies adyacentes



3/5

Tamaño 3

Preparación para restauración directa o indirecta para restablecer la función y preservar la integridad de la unidad diente-restauración



4/5

Tamaño 4

Preparación de una cavidad extensa para una restauración indirecta para restablecer la función y preservar la integridad de la unidad diente-restauración



5/5

Lesiones cervicales no cariosas

Lesiones cervicales no cariosas, se clasifican en:

- abrasión.
- erosión-corrosión.
- abfracción y sus múltiples combinaciones.

ABRASIÓN

Es el desgaste de la estructura dentaria causada por el frotado, raspado o pulido provenientes de objetos extraños y/o sustancias introducidas en la boca que, al contactar con los dientes, generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario.

ABRASIÓN

Localización: Se localiza en el límite amelocementario (LAC) más frecuentemente por vestibular y desde canino a primer molar. Los más afectados son los premolares del maxilar superior.



ABRASIÓN

Características clínicas: contorno indefinido, con una superficie dura y pulida, a veces con grietas.

- No presenta placa bacteriana ni manchas de coloración.
- El esmalte se ve liso, plano y brillante; la dentina expuesta se presenta extremadamente pulida.
- La forma de la lesión es de plato amplio con márgenes no definidos, acompañada de recesión gingival.



Etiología de la abrasión:

Las causas pueden clasificarse en:

a- individuales.

b- materiales.

c- asociados al trabajo o profesión.

d - asociados a tratamientos.

a) cepillado con la utilización de pastas abrasivas.

b) Los abrasivos que componen los dentífricos son el carbonato de calcio, el óxido de aluminio, la sílica hidratada y el bicarbonato de sodio.

c) hábitos lesivos como el interponer elementos entre los dientes y los labios

d - asociados a tratamientos.



Tratamiento periodontal: reiterados raspajes y alisados radiculares.

Tratamiento protésico: Se producen lesiones por los retenedores de prótesis removibles dentomucosoportadas ubicados en un lugar inadecuado

Tratamientos cosméticos: Se ha demostrado que la utilización de blanqueadores dentales no aumenta la susceptibilidad del esmalte al desgaste abrasivo y erosivo. Los blanqueamientos con peróxido de carbamida al 10% no aumentan el desgaste erosivo del esmalte;

sin embargo, pueden cambiar el desgaste abrasivo de la dentina.

EROSIÓN O CORROSIÓN



Es la pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por **acción química**, ante la presencia continua, en forma prolongada y reiterada en el tiempo, de agentes desmineralizantes, especialmente ácidos y quelantes.

EROSIÓN O CORROSIÓN: factores extrínsecos e intrínsecos

Factores extrínsecos: Ácidos exógenos

Generalmente son de procedencia

ocupacionales: ácido sulfúrico,
industrias químicas (ácido clorhídrico),
los enólogos, nadadores.

Medicamentosos: vitamina C.

nitroglicerina

Factores intrínsecos:

El contenido del jugo gástrico

La saliva, por su pH alcalino, tiende a neutralizar la acidez provocada por el reflujo. Ocasionalmente la acidez puede ser demasiado elevada, y la saliva puede ser incapaz de neutralizarla.

Características clínicas

La erosión posee una superficie defectuosa, suave, de aspecto ligeramente rugoso y opaco.

Se presenta como una superficie aplanada.

El esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración, con periquematías ausentes y con la matriz inorgánica desmineralizada.

En la dentina los ácidos débiles actúan sobre el tejido intertubular y los ácidos fuertes atacan la zona peritubular. Consecuentemente, quedan aberturas en forma de embudo.



ABFRACCIÓN

“lesión en forma de cuña en el LAC (límite amelocementario) causada por fuerzas oclusales excéntricas que llevan a la flexión dental”

Características clínicas

La abfracción tiene forma de cuña profunda, con estrías y grietas, ángulos ásperos y márgenes definidos.

Puede presentarse en múltiples superficies en una pieza y rara vez llegan a ser circunferenciales



