

OPERATORIA DENTAL EN DENTICIÓN TEMPORARIA

SECTOR POSTERIOR

- **¿Cuáles consideraciones anatómicas diferencian a los elementos temporarios de los permanentes? ¿Porqué son importantes a la hora de restaurarlos?**
- **¿Qué materiales de restauración utilizaría en operatoria dental en temporarios?¿Porqué?**

**Durante el período de la dentición
temporaria , el objetivo principal de la
operatoria dental en el **sector anterior, es
estético****

**y en el **sector posterior, masticación y
conservación del espacio****

Consideraciones anatómicas en dientes temporarios

- Los dientes primarios presentan esmalte más delgado y menor espesor dentinario.

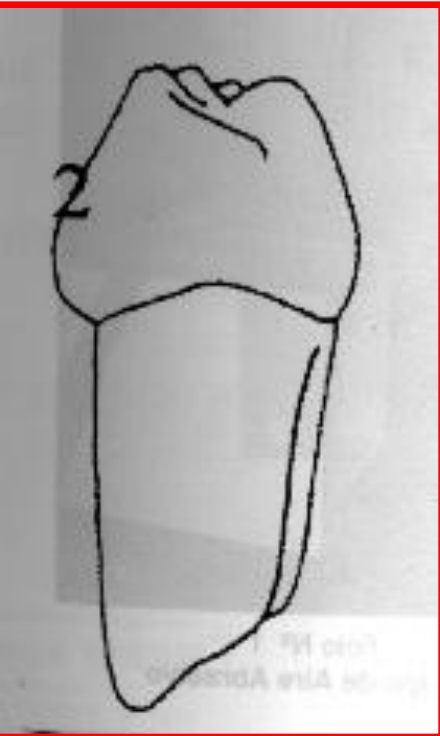


**La pulpa dental es más grande en relación con el tamaño coronal
Cuernos pulpares más acentuados: Ojo cuerno MV**

Los dientes primarios presentan áreas de contacto proximal amplias y planas.

➤ **Presentan caras libres convergentes hacia oclusal mayor constricción a nivel cervical.**

Las superficies oclusales de los dientes temporarios son más angostas.



Los dientes primarios tienen un color más blanco que los permanentes.

- El menor espesor de tejidos
- Replanteo constante de la situación pulpar
- Agresiones
 - Materiales dentales
 - Físicas: calor fricción



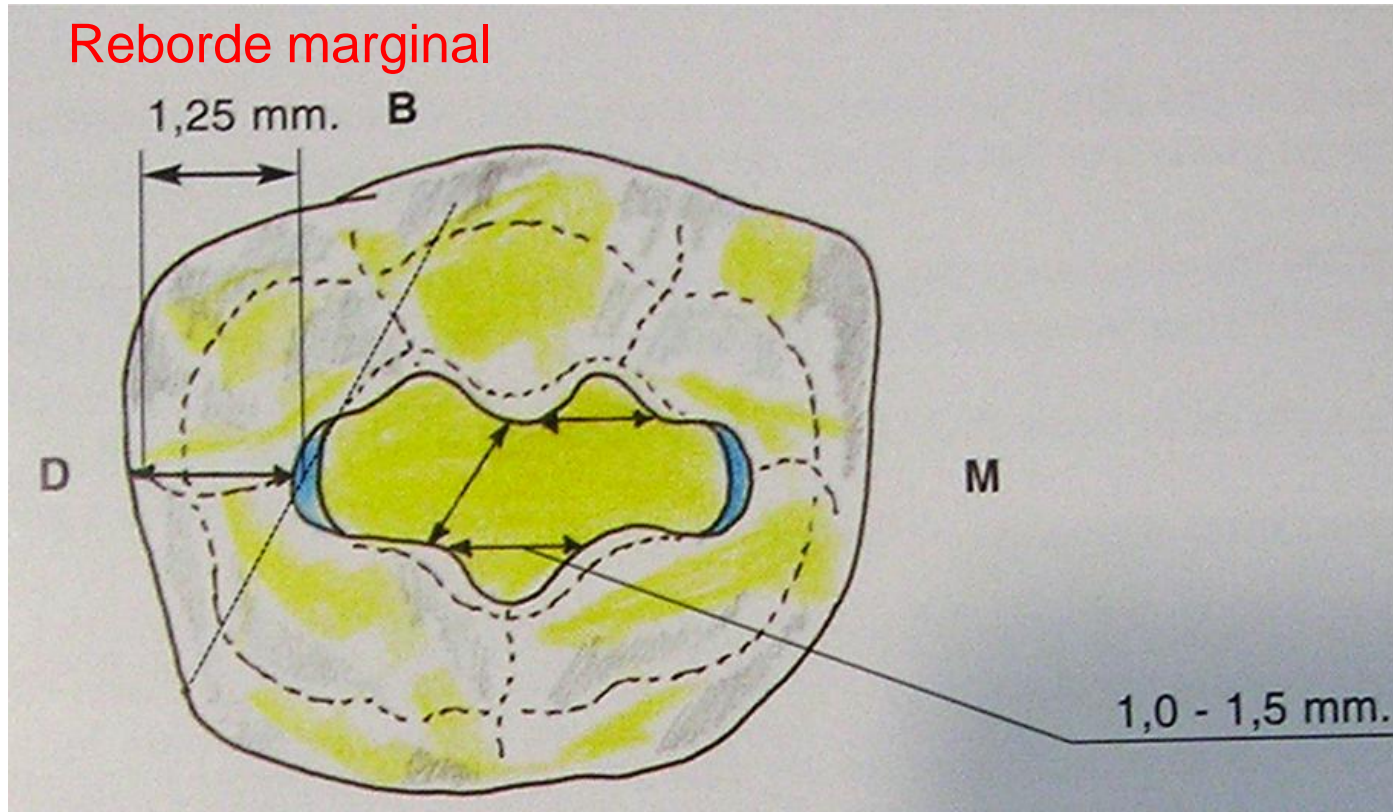
Protecciones dentinopulpaes

MATERIALES

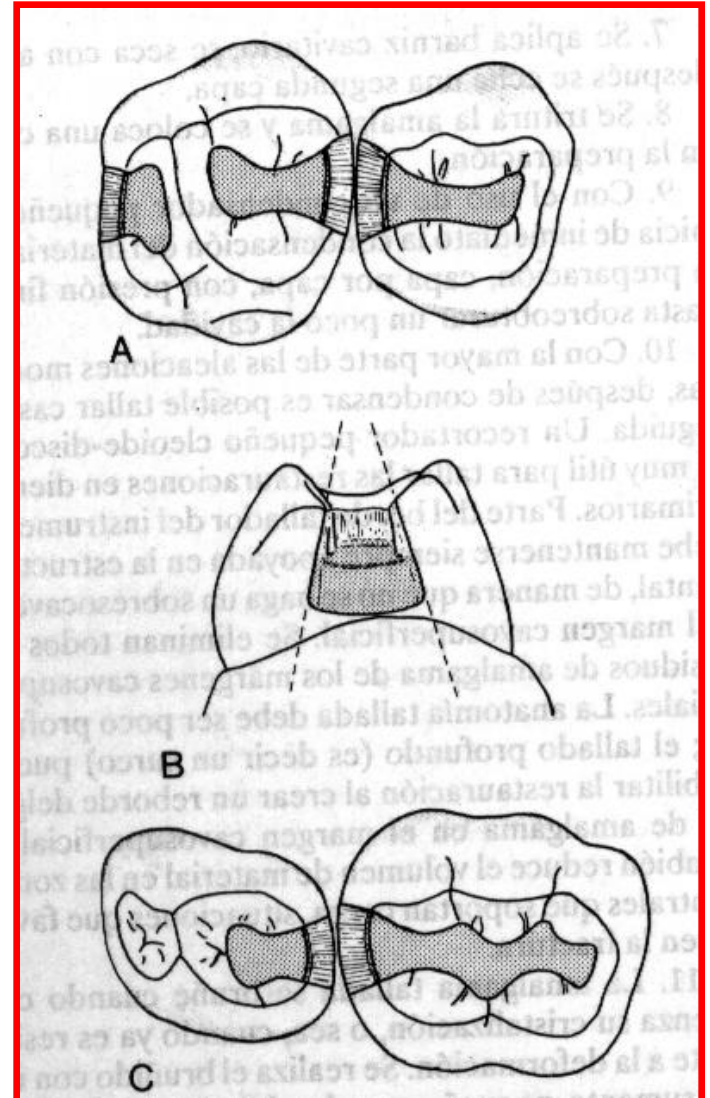
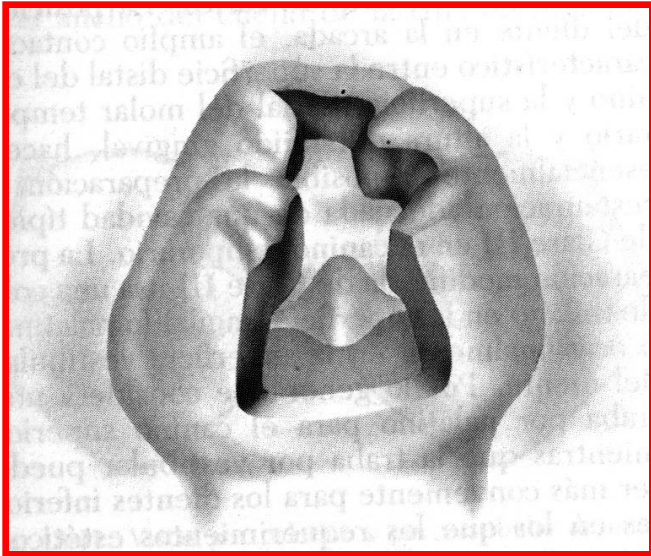
- **AMALGAMA**
- **MATERIALES ADHESIVOS**
 - COMPOSITE**
 - IONOMEROS VITREOS**
 - MTA - CPM**
- **CORONAS**

Tallado de la Clase I

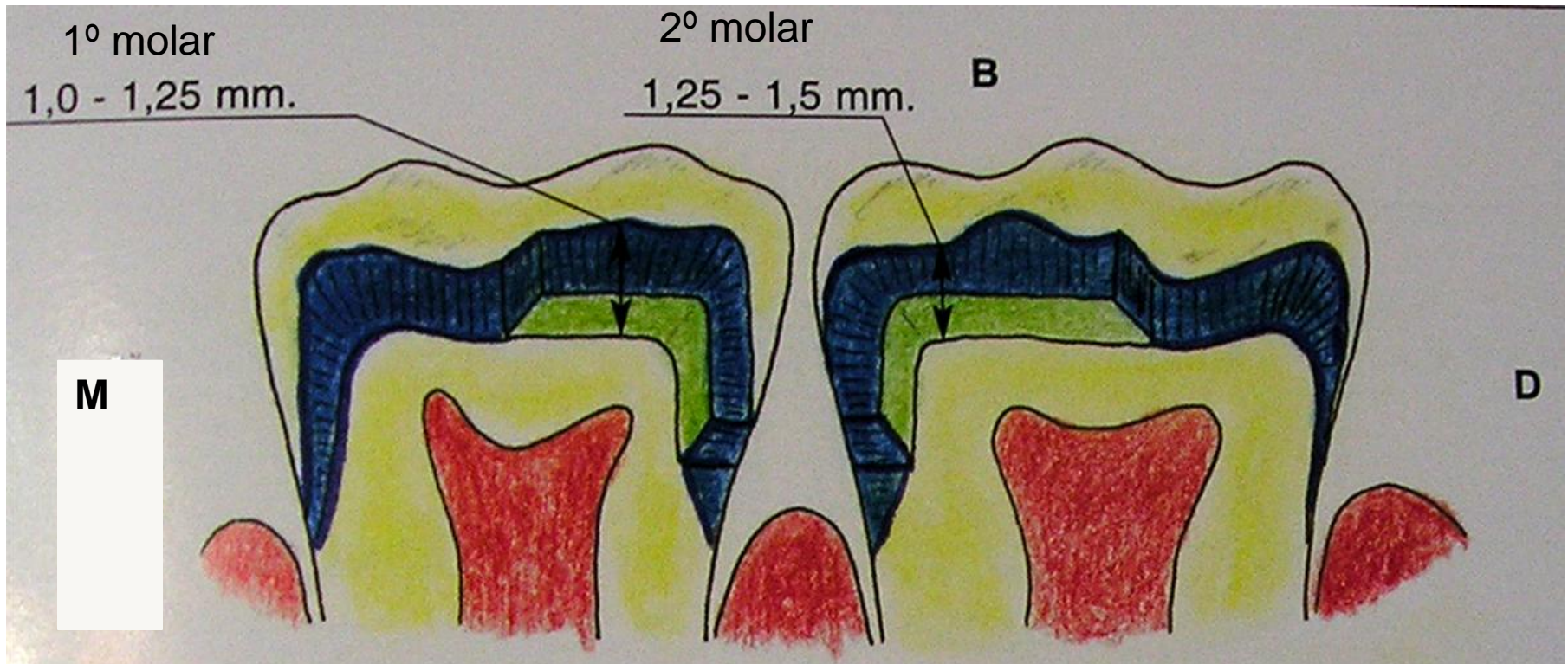
Reborde marginal



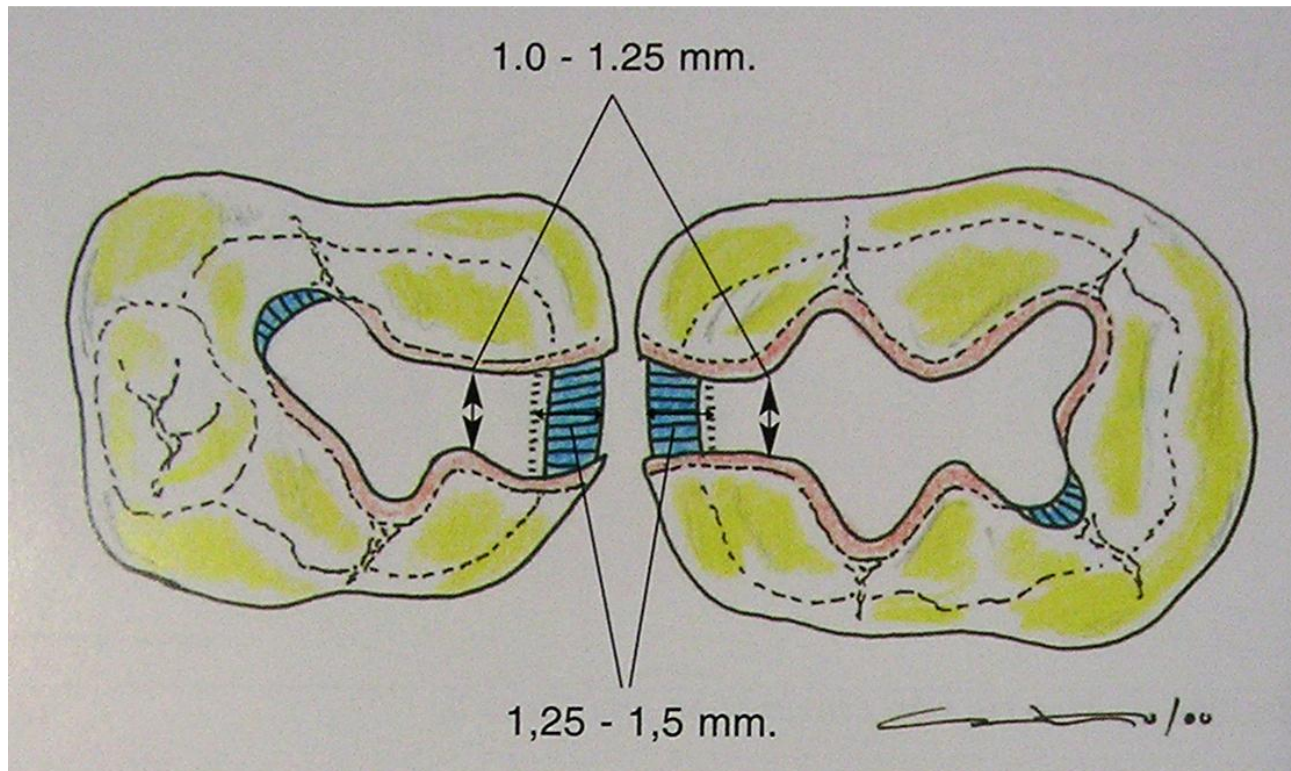
Clase II



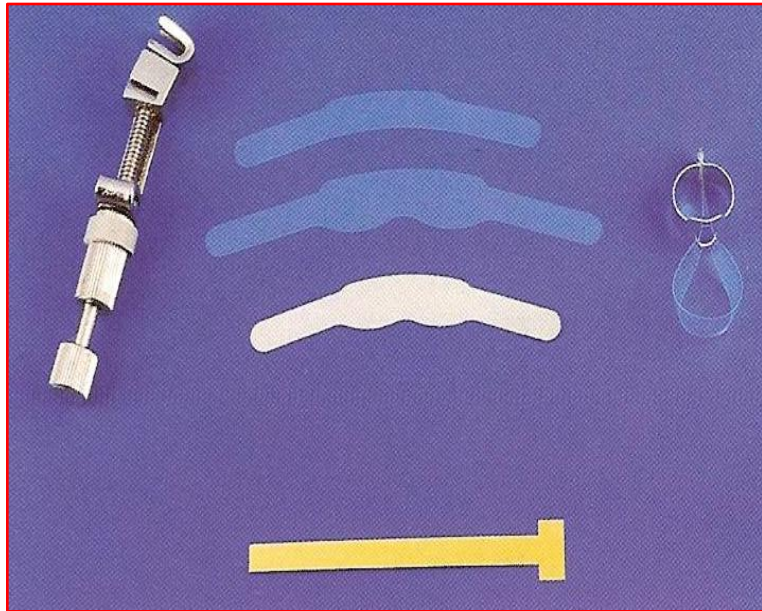
Tallado de la Clase II



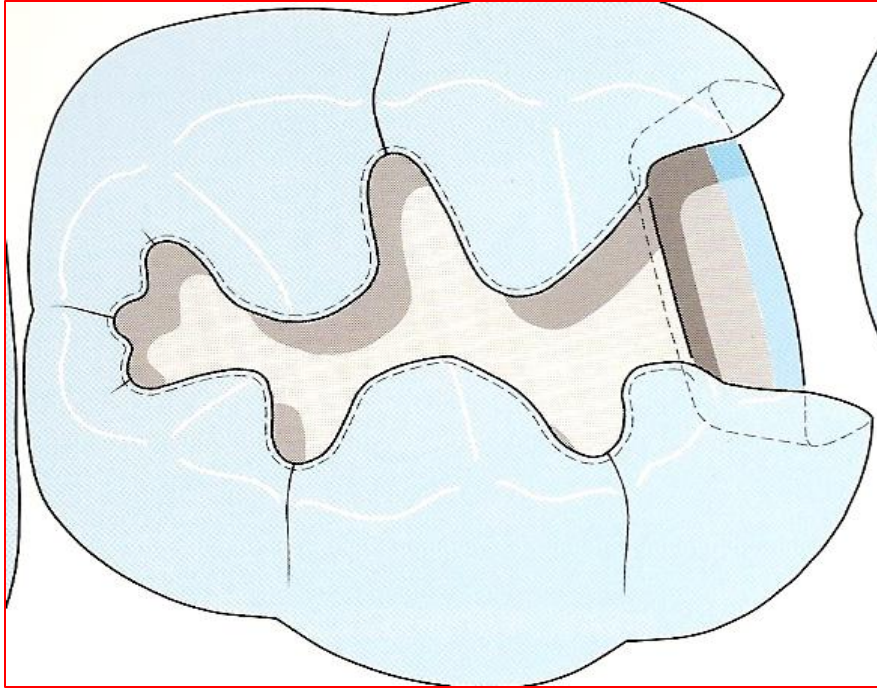
Tallado de la Clase II



Clase II (matrices)



Clase II



molares temporales se estrecharán demasiado y la obturación no tendrá soporte suficiente. El suelo de la caja debería ser paralelo a la superficie oclusal o inclinarse ligeramente hacia la pulpa.

A la izquierda: Comparación de grosores de un segundo molar decíduo con la cabeza de una cerrilla. Obsérvese el diámetro cervical.

448. Configuración del istmo
Especialmente cuando se usan materiales de restauración no adhesivos, el piso de la caja interproximal y la oclusal debe ser lo bastante ancho y profundo, ya que si no pueden producirse fracturas de la obturación.

449. Redondeado de los bordes
Redondeando cuidadosamente los bordes internos previene fracturas de la restauración.

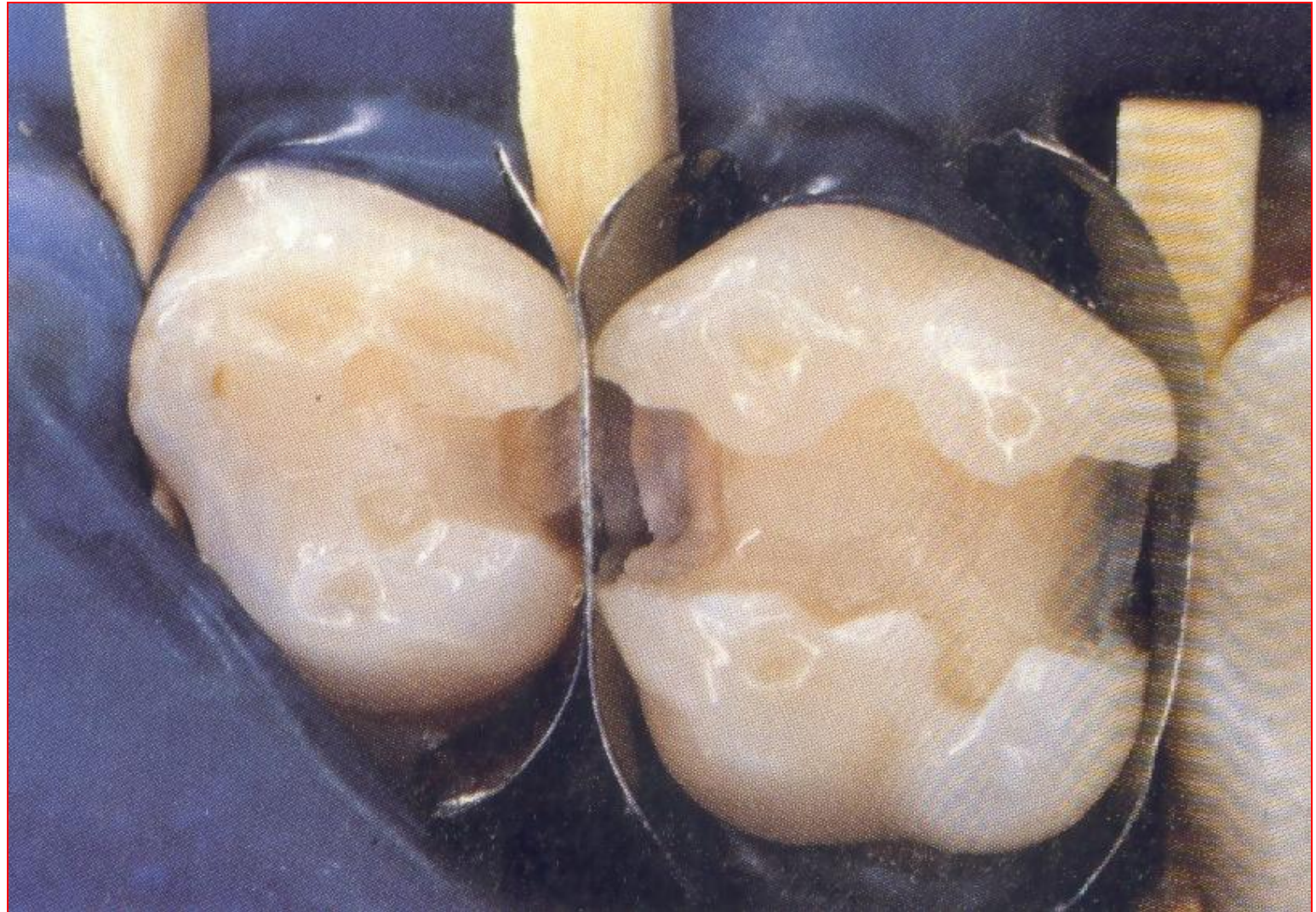
450. Forma de las cavidades
Preparación cavitaria ideal realizada por un estudiante en un modelo. Clínicamente, esta forma básica debe modificarse dependiendo de la localización y la extensión de la lesión cariosa hasta conseguir un equilibrio entre todos los requisitos.

A photograph of a dental model showing a Class II cavity preparation. The preparation is shaded in light blue and includes the proximal walls, the pulpal wall, and the gingival wall. The diagram illustrates the extent of the preparation on the occlusal surface and the proximal walls.

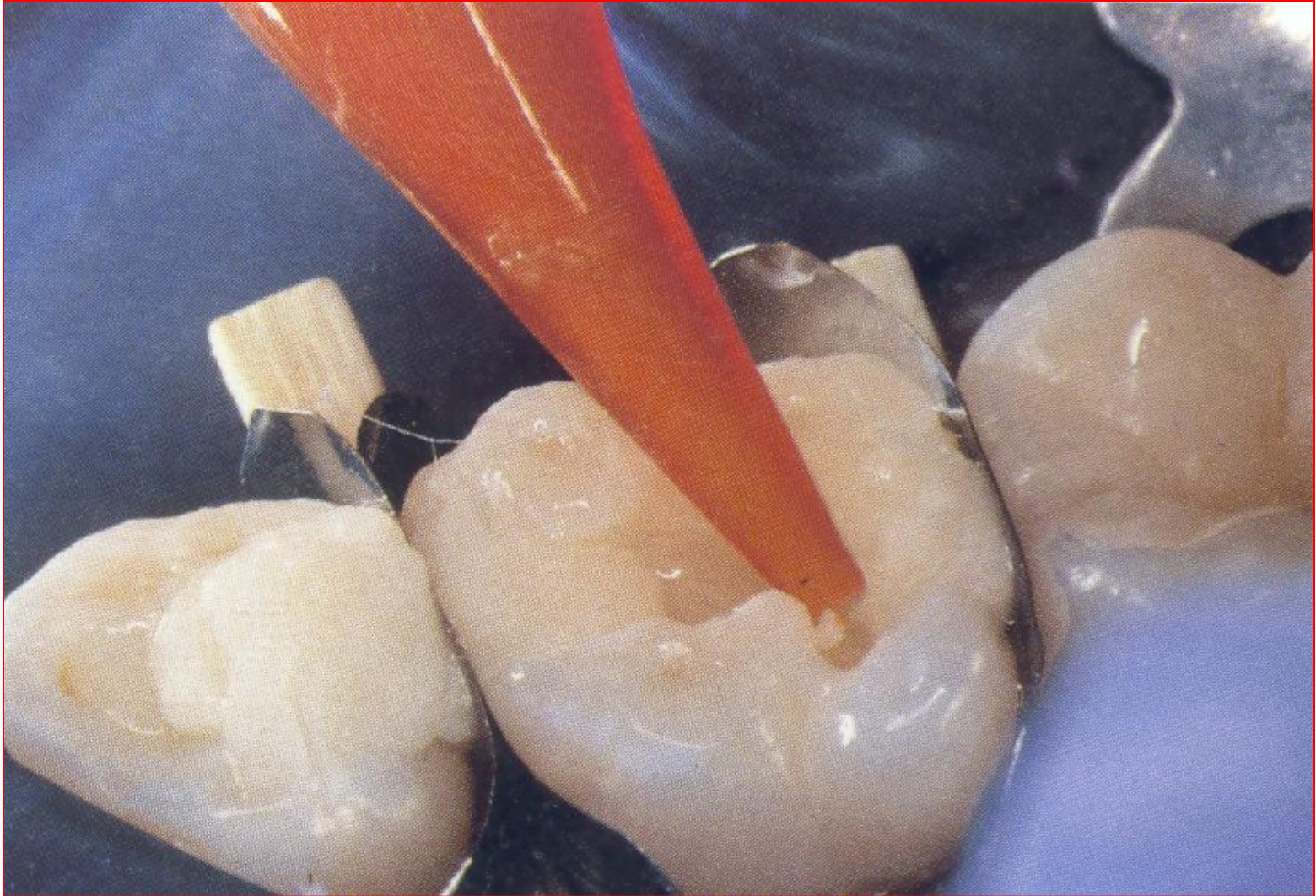
Clase II



Clase II



Clase II

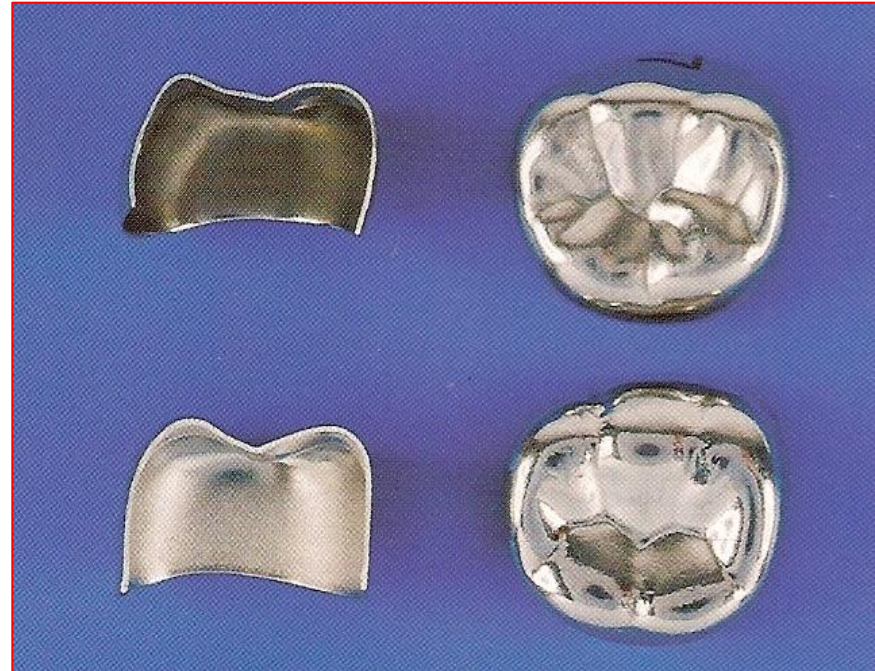


Clase II

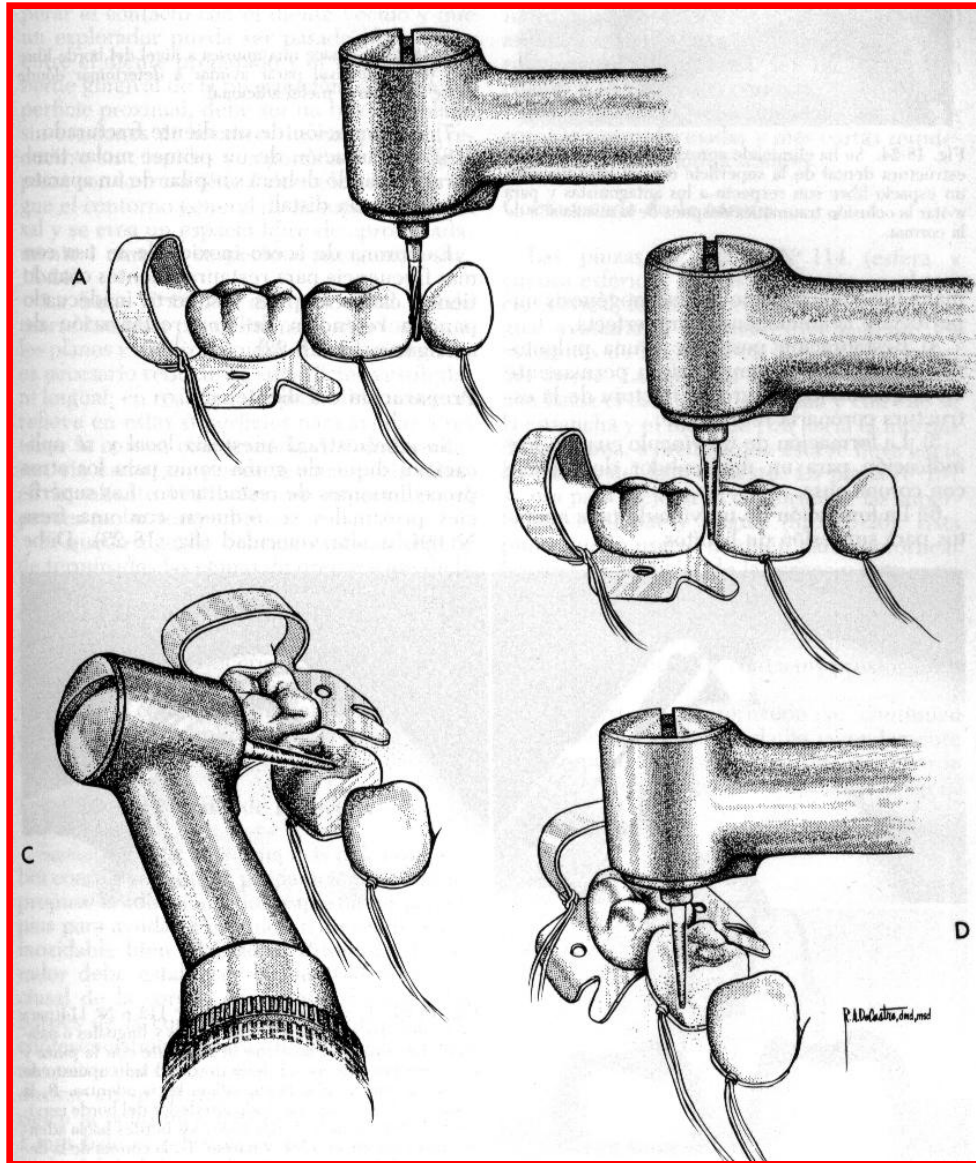




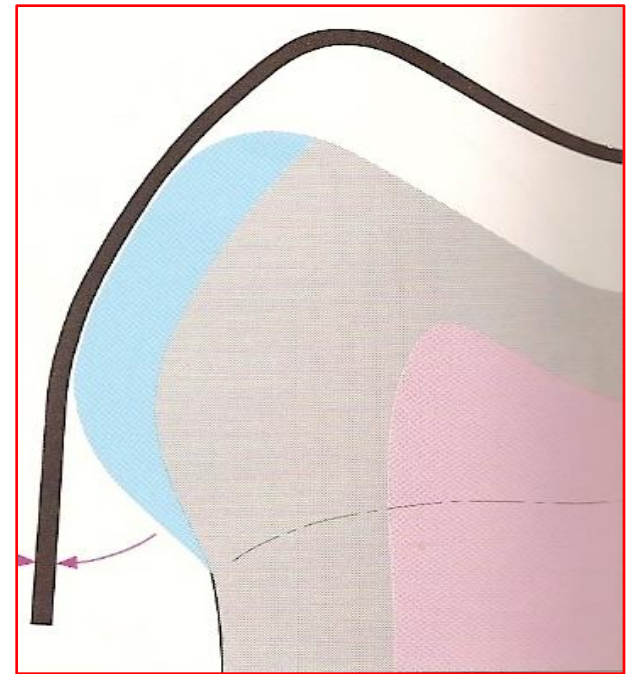
CORONAS



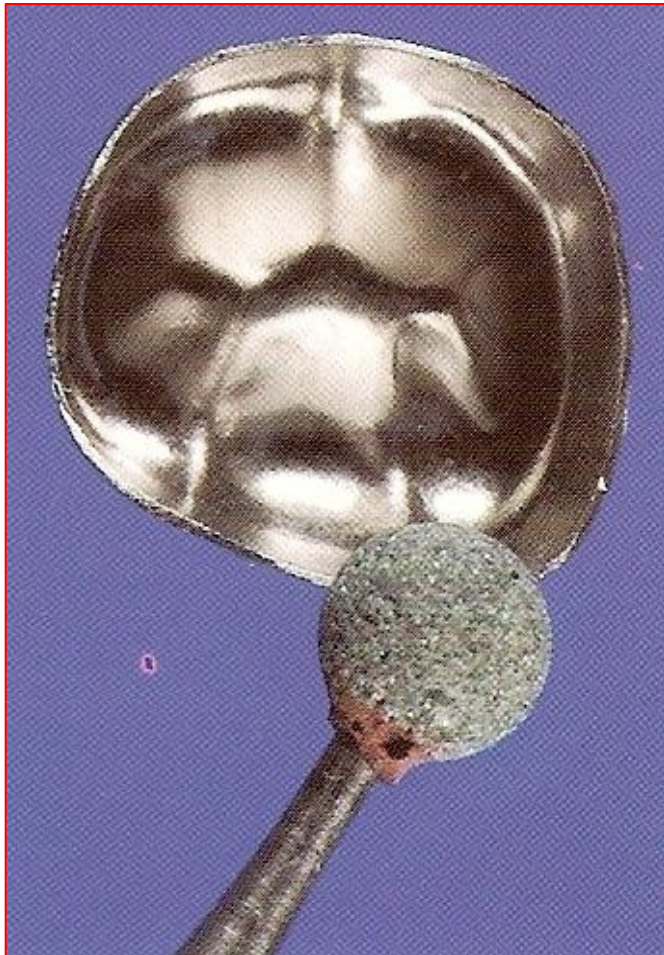
CORONAS



CORONAS: adaptación



CORONAS: adaptación



194 Obturaciones en las denticiones temporal y mixta

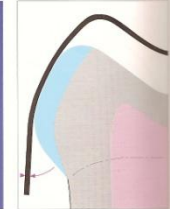
473. Instrumental
Para la adaptación individual de las coronas se utilizan los alicates para contornear finos, las tijeras finas para recortar coronas y los alicates para contornear gruesos (de izquierda a derecha).



474. Adaptación de la longitud de la corona

La longitud de la corona se reduce con las tijeras de manera que, si la altura de oclusión es correcta, el margen coronal en el surco gingival sea de 1 mm en todo el perímetro y que, como mínimo, llegue al ecuador del diente. Se observa clínicamente que los márgenes coronales son demasiado largos porque al probarlos se produce una inquietud tisular local por compresión. La longitud de las coronas debe controlarse con una sonda.

A la derecha: Adaptación de la longitud; la correcta está marcada con flechas.



475. Pulido

A la izquierda: Margen afilado tras recortar la corona.

En el centro: Las rebabas afiladas que han aparecido al cortar la corona con las tijeras deben pulirse con una fresa de carbonium. En caso contrario pueden causar lesiones por cortes en la encía del paciente o en los dedos del profesional.

A la derecha: Longitud correcta del margen, pero bordes demasiado separados y abiertos.



476. Abombamiento de la corona

A la izquierda: Con los alicates para contornear se consigue dar una forma natural a todas las paredes de la corona y asegurar una cierta firmeza sobre el diente. Entonces, la corona ya no puede colocarse tan recta desde oclusal sobre el diente, sino que para ubicarla deberán realizarse movimientos oblicuos, sobre todo de vestibular a lingual.

En el centro: Alicates para contornear grueso.

A la derecha: Margen de la corona abombado.



CORONAS: adaptación



194 Obturaciones en las denticiones temporal y mixta

473. Instrumental

Para la adaptación individual de las coronas se utilizan los alicates para contornear finos, las tijeras finas para recortar coronas y los alicates para contornear gruesos (de izquierda a derecha).



474. Adaptación de la longitud de la corona

La longitud de la corona se reduce con las tijeras de manera que, si la altura de oclusión es correcta, el margen coronal en el surco gingival sea de 1 mm en todo el perímetro y que, como mínimo, llegue al ecuador del diente. Se observa clínicamente que los márgenes coronales son demasiado largos porque al probarlos se produce una inquietud tisular local por compresión. La longitud de las coronas debe controlarse con una sonda.

A la derecha: Adaptación de la longitud, la correcta está marcada con flechas.



475. Pulido

A la izquierda: Margen aliado tras recortar la corona.

En el centro: Las rebabas aliadas que han aparecido al cortar la corona con las tijeras deben pulirse con una fresa de carbonium. En caso contrario pueden causar lesiones por cortes en la encía del paciente o en los dedos del profesional.

A la derecha: Longitud correcta del margen, pero bordes demasiado separados y abiertos.

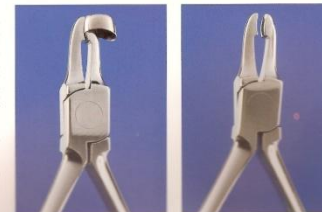


476. Abombamiento de la corona

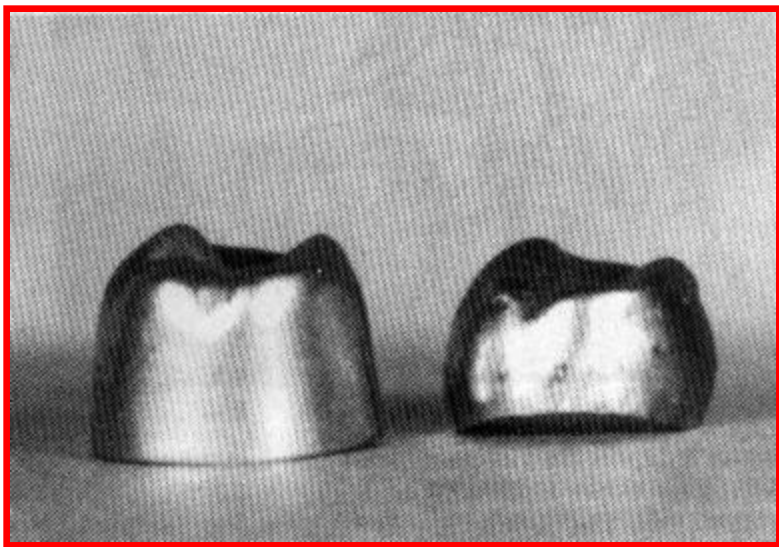
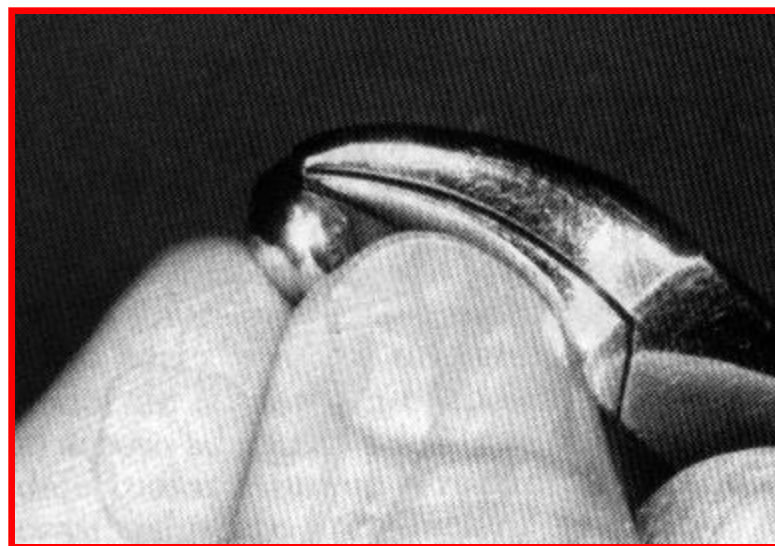
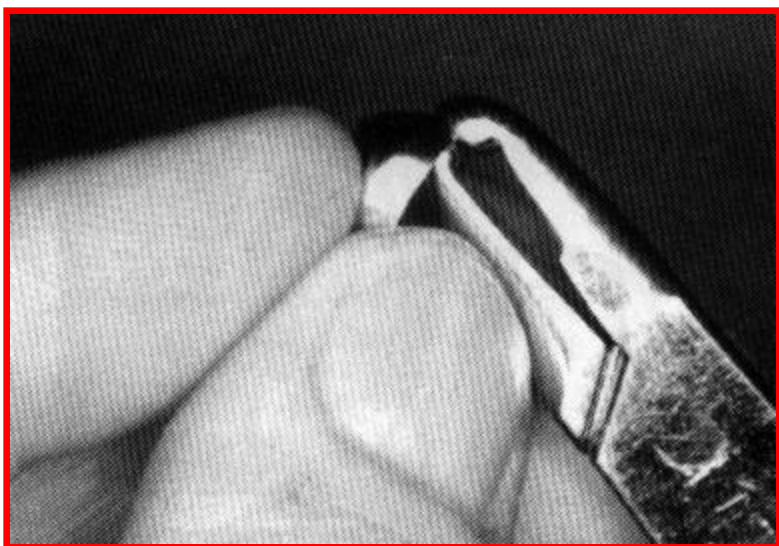
A la izquierda: Con los alicates para contornear se consigue dar una forma natural a todas las paredes de la corona y asegurar una cierta firmeza sobre el diente. Entonces, la corona ya no puede colocarse tan recta desde oclusal sobre el diente, sino que para ubicarla deben realizarse movimientos oblicuos, sobre todo de vestibular a lingual.

En el centro: Alicates para contorneado grueso.

A la derecha: Margen de la corona abombado.



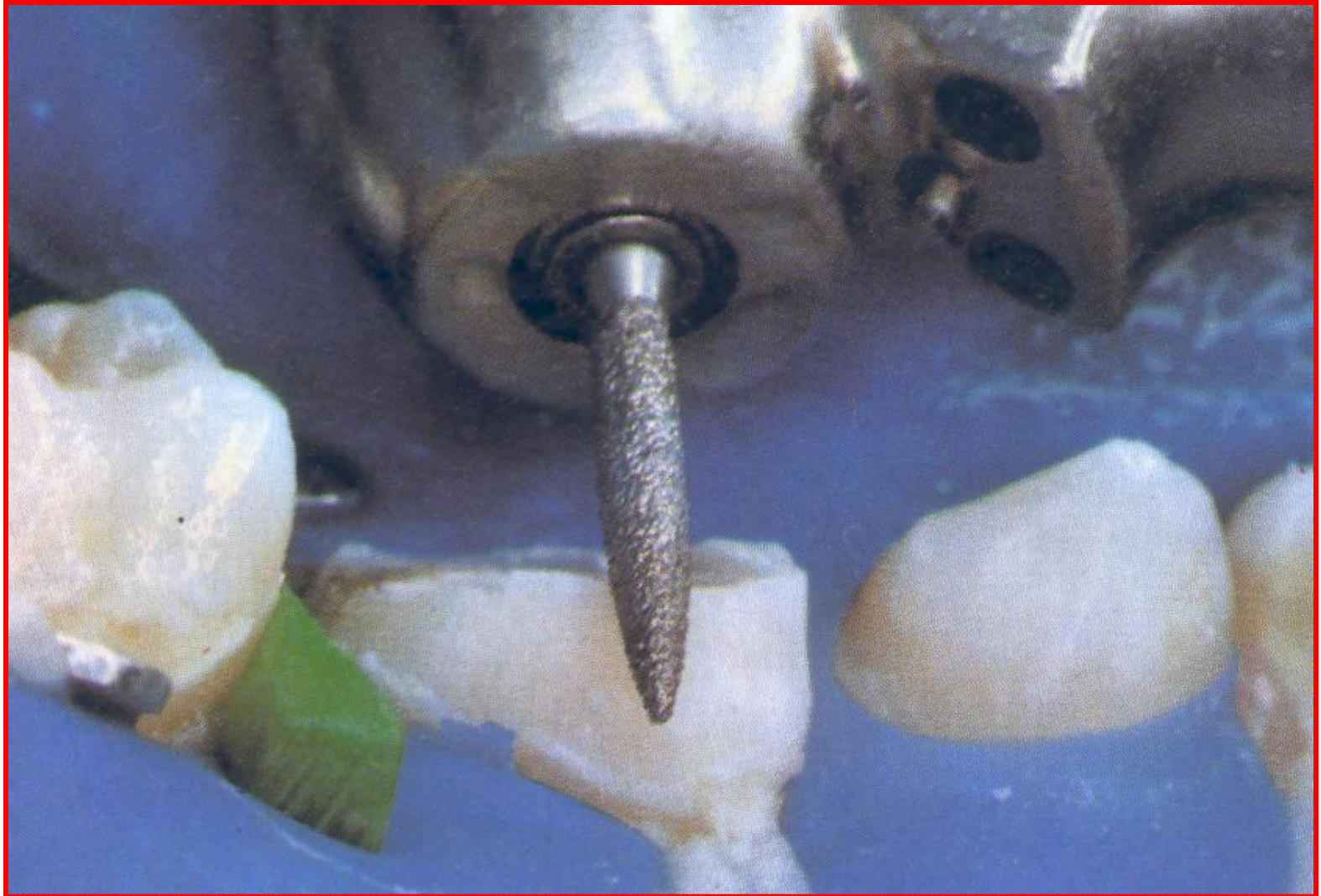
CORONAS



CORONAS



CORONAS



CORONAS



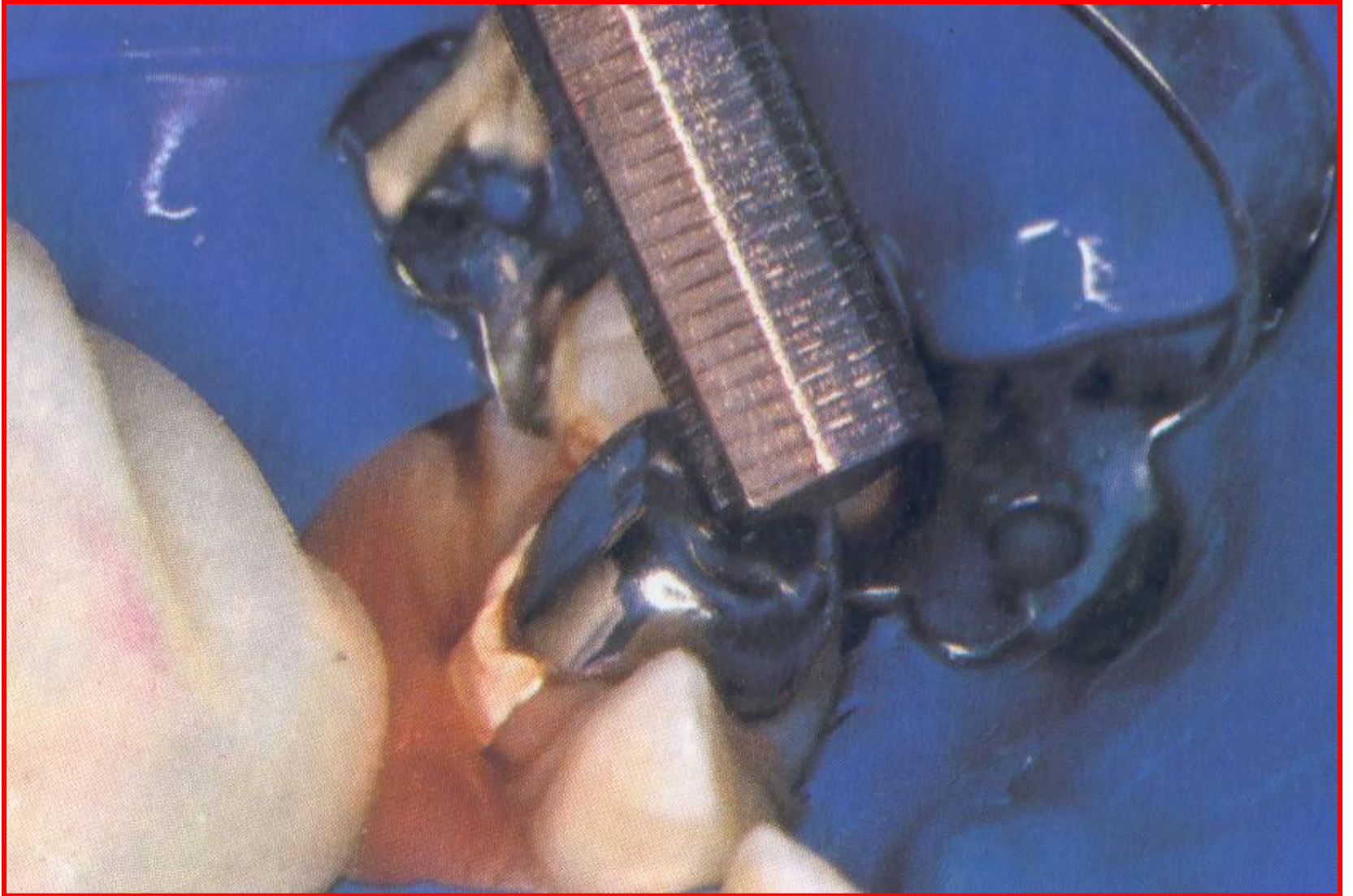
CORONAS



CORONAS



CORONAS



CORONAS





coronas de zirconia EZ-Pedo



Facebook- ALOP - ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA

<https://www.ezpedo.com/>

CORONAS

INDICACIONES

Caries muy grandes

Elevada propensión a caries

Si la pieza servirá de apoyo para ansa de mantenedor

Si la pieza servirá de retención de mantenedor removible

Piezas fracturadas

Es importante destacar que nuestra técnica operatoria debe desarrollarse de manera tal, que no sea necesario volver a tratar la pieza hasta que llegue el momento del recambio



BIBLIOGRAFÍA

Atlas odontología Pediátrica. H Van Waes

- Obturaciones en las denticiones temporarias y mixtas.
- Control del miedo y dolor: tec. Anestésicas: troncular directa e indirecta. Cierres de circuitos
- Sitios y angulación de punción. Tec. infiltrativas. Tipos de agujas usadas en odontopediatria

Odontología Pediátrica. Bordoni.

- Cap 19 Odontología Restauradora en el niño y adolescente
- Cap 18. Tratamiento Restaurador Atraumático.