

Protocolos Clínicos Aceptados

Del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España

CRITERIOS PARA EL REEMPLAZO DE OBTURACIONES

El presente *Protocolo Clínico Aceptado por el Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España* sólo persigue un fin informativo y orientativo, con carácter de recomendación, por lo que su aplicación es voluntario, al mejor criterio del facultativo para cada caso concreto, ya que en el mundo de las Ciencias de la Salud y de las Ciencias Biológicas no ha lugar a protocolos o sistemáticas rígidas, por no guardarse entre sus variables unas relaciones deterministas, sino sometidas a componentes aleatorias o estocásticas.

* * *

Codificación

Los contenidos destacados en *cursiva* tienen el carácter de criterios esenciales, que sólo deberían ser omitidos por razones de fuerza mayor y bajo justificaciones *ad hoc* muy rigurosas. El resto de los contenidos quedarán a criterio del facultativo dentista y del paciente, debidamente informado por aquél, según la individualidad clínica de cada caso:

CRITERIOS PARA EL REEMPLAZO DE OBTURACIONES

	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Pautas generales	☐ <i>Bajo consentimiento del paciente, debidamente informado.</i>	☐ <i>Sin previa información del paciente</i> ☐ <i>Sin previo consentimiento del paciente.</i> ☐ <i>Sin indicación clínica, aún a requerimiento del paciente</i> ☐ <i>Reiteradamente</i>
En relación con la obturación	☐ <i>Alergia al material.</i> ☐ <i>Movilidad de la restauración.</i> ☐ <i>Fractura total (en todo su espesor) de la restauración</i> ☐ <i>Fractura parcial de la restauración, con filtración a dentina y no corregible.</i> ☐ <i>Irritación periodontal por desbordamiento no corregible</i>	☐ <i>Fractura parcial de la restauración, sin filtración a dentina y corregible</i> ☐ <i>Irritación periodontal por desbordamiento corregible mediante remodelado y pulido (p.ej., con sistema EVA).</i>
En relación con la existencia de patología o de sintomatología	☐ <i>Caries recurrente.</i> ☐ <i>Fractura de una pared cavitaria</i> ☐ <i>Dolor dentario no imputable a sobrecarga oclusal.</i> ☐ <i>Hiperestesia importante y refractaria a tratamientos desensibilizantes.</i>	☐ <i>Dolor dentario imputable a sobrecarga oclusal, corregible mediante tallado de la restauración.</i> ☐ <i>Hiperestesia débil a moderada y tratable mediante medidas desensibilizantes.</i>
En relación con la estética	☐ <i>Deficiencia estética visible y no subsanable, a requerimiento del paciente</i> ☐ <i>Deficiencia estética no visible</i>	☐ <i>Deficiencia estética subsanable.</i>

Protocolos Clínicos Aceptados

Del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España

OBJETIVOS OPERATORIOS DE LAS OBTURACIONES

El presente *Protocolo Clínico Aceptado por el Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España* sólo persigue un fin informativo y orientativo, con carácter de *desideratum* de calidad, que no siempre es realizable (por el estado del diente o por características del paciente), o, incluso siéndolo, puede no resultar de interés para el paciente, una vez cubiertos los objetivos imprescindibles, al contraponerlo a los costes de tiempo y dinero.

* * *

Codificación

Los contenidos destacados en *cursiva* tienen el carácter de criterios esenciales, que nunca deberían ser omitidos salvo por razones imponderables con justificación *ad hoc* muy rigurosa.

El resto de los contenidos corresponden a criterios de perfección y excelencia, cuya pretensión objetiva quedará a criterio del facultativo dentista y del paciente, debidamente informado por aquél, según la individualidad clínica de cada caso, y cuya satisfacción mide objetivamente el valor cualitativo de la restauración.

OBJETIVOS OPERATORIOS DE LAS OBTURACIONES

EN	OBJETIVO
Con carácter general	☐ <i>Restauración morfológica y funcional de la estructura dentaria</i>
Superficie:	☐ <i>Lisa y uniforme, sin defectos no susceptibles de quedar bien con un pulido.</i> ☐ Sin poros. ☐ Sin zonas degradadas. ☐ Sin grietas. ☐ Sin fracturas.
Color:	☐ En composites: ☐ Diferencias mínimas en el tono, saturación y brillo del color, y en la translucidez, con el resto del diente (no imprescindible la identidad absoluta, para facilitar su reconocimiento en las exploraciones clínicas y en las sustituciones). ☐ En todo tipo (amalgamas o composites), sin tinciones: ☐ ni en los márgenes, ☐ ni en las interfases profundas translucidas en la superficie, ☐ ni en los tejidos dentarios, ☐ ni en los tejidos periodontales
Interfase entre diente y restauración: ☐ Biomecánica diente-restauración: ☐ Salud tisular: ☐ Protección tisular y sellado:	☐ <i>La restauración debe ser:</i> ☐ <i>Retentiva</i> (resistente a la “luxación”). ☐ <i>Inmóvil</i> (con la oclusión y con la exploración) ☐ <i>Estable</i> (sin producción de fuerzas tangenciales secundarias a la oclusión). ☐ <i>Inexistencia de caries debajo de la restauración.</i> ☐ <i>Inexistencia de dentina expuesta al medio oral.</i> ☐ <i>Sellado de la interfase, bien por una correcta adhesión (composites, amalgamas adheridas) o interposición de productos de corrosión (amalgamas convencionales).</i> ☐ <i>Ausencia de microfiltración.</i>

Márgenes:	☐ Integridad: ☐ Continuidad: ☐ Adaptación: ☐ Relaciones con los tejidos: ☐ Perímetro: ☐ En la cara oclusal: ☐ En las caras proximales: ☐ En las caras libres ☐ Localización: ☐ En la cara oclusal: ☐ En las caras proximales: ☐ En las caras libres:	☐ <i>Sin caries marginal: la interfase de la restauración se ha de relacionar con tejidos dentarios sanos.</i> ☐ Sin desenrases. ☐ Sin desbordamientos. ☐ Con ángulos suaves. ☐ <i>Ausencia de fisura marginal visible tras el pulido (antes del pulido, es aceptable una ligera fisura marginal).</i> ☐ <i>Ausencia de desbordamientos marginales, clínicos o radiográficos.</i> ☐ <i>Deslizamiento libre y sin deshilachamiento de la seda dental.</i> ☐ <i>Lo más alejados posible del margen gingival libre y, en todo caso, sin invasión del espacio biológico.</i> ☐ <i>En el caso de amalgamas, el esmalte marginal ha de estar soportado por dentina.</i> ☐ Específico (individualizado). ☐ Evitando, en lo posible, patrones anchos. ☐ En amalgamas, estandarizado (individualizado): trapezoidal con base menor a oclusal. ☐ En composites, específico (individualizado). ☐ En todo caso, <i>resistente al paso de la seda dental o, alternativamente, libremente franqueable por ésta.</i> ☐ <i>Sin deshilachamiento o retención a la retirada de la seda dental.</i> ☐ Específico (individualizado). ☐ <i>En zona inactiva (al menos fura de máxima intercuspidación –MI–)</i> ☐ En zonas sin bruscas inflexiones: Es inadecuado restaurar medias cúspides en dirección buco-lingual o mesio-distal. ☐ <i>Englobarán íntegramente el área de contacto (la interfase diente-restauración nunca debe contactar con el diente adyacente).</i> ☐ <i>Los márgenes han de estar accesibles a la higiene y a la exploración.</i> ☐ En zonas inactivas. ☐ Lo más alejado posible del margen gingival libre.
-----------	---	--

Anatomía y Función	<ul style="list-style-type: none">□ Morfología:<ul style="list-style-type: none">□ En la cara oclusal:□ En las caras proximales:□ En las caras libres:□ Relaciones interproximales:<ul style="list-style-type: none">□ Crestas marginales:□ Surcos interproximales:□ Áreas de contacto:□ Troneras:□ Relaciones oclusales:<ul style="list-style-type: none">□ Posición de máxima intercuspidación (MI):□ Movimientos contactantes excéntricos:	<ul style="list-style-type: none">□ Armónica con el patrón dentario individual.□ Definición suficiente de los principales elementos anatómicos oclusales (especialmente, crestas marginales y fosas triangulares).□ Sin sobrecontorneado.□ Contactos interproximales en área (no puntiformes) y robustos.□ Sin sobrecontorneado.□ Enrasadas (niveladas).□ Deflectantes.□ Competentes (estática y dinámicamente).□ Opcionalmente, si no fuera posible un punto de contacto competente, procede dejar un diastema de, al menos, 1mm (para evitar retención de alimentos impactados).□ Suficientemente espaciales para alojar las papilas.□ Apuntalamiento y estabilidad suficientes.□ <i>Contactos oclusales en la máxima intercuspidación en el diente o en la restauración, no en la interfase.</i>□ No prematuridades (contactos selectivos precoces en el cierre en relación céntrica) sobre la restauración, ni deslizamientos en céntrica.□ <i>No precocidades (contactos selectivos primarios en el cierre en trayectoria habitual) ni sobrecargas.</i>□ <i>No ausencia de contactos.</i>□ <i>Libertad funcional multidireccional, sin interferencias relacionadas con la restauración.</i>□ <i>No traumas oclusales.</i>
	Semiología postoperatoria:	<ul style="list-style-type: none">□ <i>Inexistencia de hiperestesia (una vez concluido el sellado de la interfase y el cierre de los túbulos dentinarios en superficies radiculares afectadas por el pulido), o, a lo sumo, una cierta hiperestesia a los estímulos térmicos que remite inmediatamente tras el cese de éstos.</i>□ <i>Inexistencia de dolor espontáneo o de dolor intenso por estímulos mínimos.</i>□ <i>En amalgamas, inexistencia de percepción dolorosa por contactos con metales.</i>