



1

ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

EWERTON NOCCHI CONCEIÇÃO
CARLOS VENTURELLA LEITE

CONCEPTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

La odontología restauradora se puede definir como la especialidad odontológica que estudia y aplica de forma integrada el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico dentales. Los tratamientos preventivos o restauradores deben obtener como resultado el mantenimiento o el restablecimiento de la forma, la función y la estética, así como el de la integridad fisiológica del diente en relación armónica con la estructura dental remanente, los tejidos blandos y el sistema estomatognático.

PAPEL DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA TRADICIONAL

A lo largo del siglo XX, la caries ha sido predominantemente tratada según un modelo quirúrgico restaurador, que incluía el diagnóstico de las cavidades por caries, seguido de la remoción de tejido cariado y la confección de restauraciones. Se estableció una forma mecanizada, como si se fuera a tratar una enfermedad infectocontagiosa, es decir, todos los pacientes eran tratados de la misma manera. Este modelo de tratamiento fracasó, pues en lugar de propiciar un control de la propia enfermedad, era común detectar nuevas lesiones cariosas en dientes que habían sido recientemente restaurados. Así, se realizaban nuevas restauraciones que promovían más desgaste de estructura dental sana (Figura 1.1). Cuando este modelo de tratamiento se propuso a principios del siglo XX, la etiología de la caries no era considerada, ya que el conocimiento de su proceso histopatogénico y microbiano era limitado, lo que permitió que hubiese un ciclo repetitivo en la progresión de la enfermedad. Otro inconveniente de esta práctica consistió en que los principios de preparación cavitaria establecidos por G.V. Black¹ a comienzos del siglo XX, seguían un patrón con formas geométricas preestablecidas y con “extensión por prevención”, es decir, se recomendaba que la extensión de la preparación incluyera las áreas dentarias menos susceptibles al desarrollo de nuevas lesiones de caries¹ (Figura 1.2). Este hecho conducía a un desgaste adicional de tejido dental sano y, consecuentemente, a la disminución de la resistencia a la fractura de la pieza restaurada. Con el desarrollo de caries nuevas y fracturas dentales, se hacían necesarios tratamientos restauradores cada vez más complejos y de forma repetitiva, lo que muchas veces ocasionaba la extracción de la pieza dentaria.

Este ciclo restaurador repetitivo, que ha sido bien descrito por Elderton y que todavía sigue siendo practicado por muchos profesionales, a largo plazo lleva a una sensación de frustración tanto para el paciente como para el profesional². Se creía que la práctica de una odontología restauradora tradicional y la visita periódica al dentista garantizarían una buena salud bucal para los pacientes. Sin embargo, Eddie demostró en su estudio que cuanto mayor era la frecuencia de las visitas al dentista menor resultaba la cantidad de dientes sanos³. Se observa entonces, una evidencia negativa del modelo quirúrgico restaurador y se demuestra que la visita al dentista se traduce en la realización de nuevas restauraciones. Si el paciente cambia de dentista regularmente, el efecto es más grave, como lo demostró Davies en su estudio, al concluir que los individuos que habían cam-

biado de profesional recibieron mayor cantidad de tratamiento restaurador que aquellos que permanecieron con el mismo dentista⁴.

Esta situación probablemente se debía a la gran dificultad de uniformidad en el diagnóstico y el tratamiento de la caries, aunque el cuadro clínico sea el mismo⁵.

Además, el profesional consume un tiempo prolongado para sustituir las restauraciones. Se estima que el dentista invierte en promedio un 70% de su tiempo rehaciendo restauraciones. El cambio de restauraciones puede ocasionar una preparación cavitaria más extensa y un eventual daño a los dientes vecinos. También, hay que considerar que el dentista suele creer que hará una restauración mejor que la anterior, lo que infelizmente no siempre es así. De todas formas, no existe uniformidad en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de la caries entre los odontólogos; tampoco existen criterios muy bien definidos para indicar la sustitución de restauraciones antiguas. Esto seguramente lleva a la sustitución innecesaria de muchas restauraciones que perfectamente podrían ser reparadas y seguir siendo funcionales en la cavidad bucal. Este importante aspecto se analiza con más detalles en el Capítulo 23.

El razonamiento básico de la práctica del modelo quirúrgico restaurador se ilustra en el Cuadro 1.1. En él no se consideraba la etiología de las enfermedades caries y periodontal, limitándose más al diagnóstico de la cavidad por caries (daño causado por la enfermedad), a la realización de la preparación cavitaria para la remoción del tejido cariado detectado clínicamente y a la determinación de una forma geométrica preestablecida, para sólo después utilizar el material restaurador (Cuadro 1.1).

Las evidencias del fracaso del modelo quirúrgico restaurador tradicional, asociadas a la evolución del conocimiento de la etiología y el diagnóstico de la caries y de la enfermedad periodontal, junto con el desarrollo de técnicas y materiales restauradores adhesivos, hacen inevitable el cuestionamiento de esta práctica.

ODONTOLOGÍA RESTAURADORA: UNA ESPECIALIDAD DE AMPLIO ALCANCE

Para el estudiante o el profesional perspicaz, una rápida lectura del concepto de odontología restauradora le permite tener una idea de lo amplia e importante que es esta especialidad para la formación y el desempeño clínico del dentista. El profesional que se desempeña en esta área necesita conocer los mecanismos implicados en la actividad de la caries y de la enfermedad periodontal, para poder actuar de una manera adecuada en lo que se refiere a la prevención.

Es necesario también el conocimiento de los materiales y las técnicas disponibles, los cuales están en constante evolución, para seleccionar y aplicar la mejor opción de tratamiento ante las necesidades de restauración de cada paciente y su situación clínica. Una selección correcta del tratamiento restaurador implica, obligatoriamente, un compromiso de máxima preservación de la estructura dental sana durante su ejecución.

Otro aspecto fundamental es la necesidad de realizar un mantenimiento periódico —preventivo—, tanto para mantener la

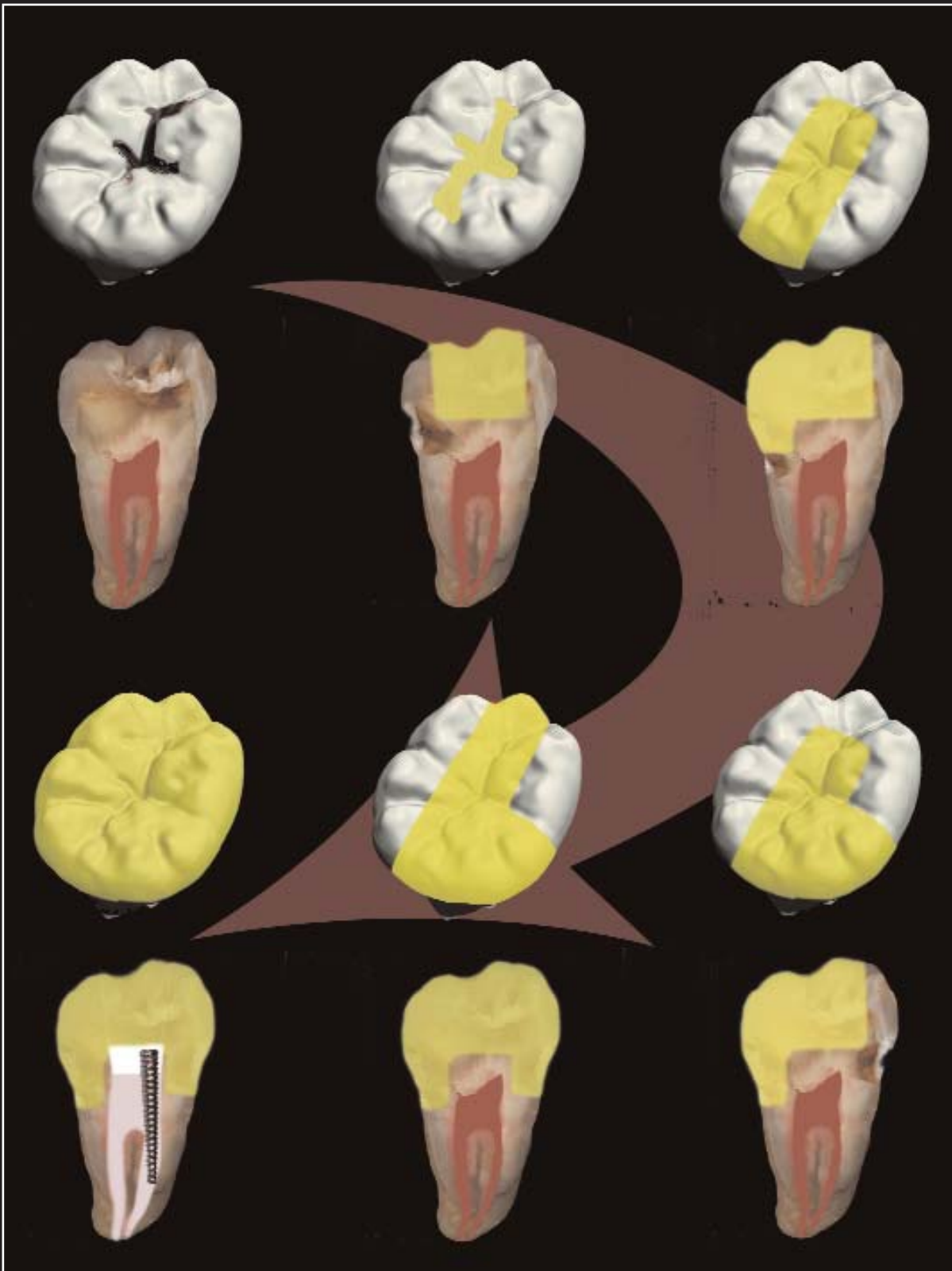


Figura 1.1

Práctica del modelo de odontología restauradora tradicional que lleva a un ciclo restaurador repetitivo. Obsérvese que si no se adoptan medidas de promoción de la salud, ocurren nuevas caries y se realizan procedimientos restauradores cada vez más amplios, lo que compromete la estructura dentaria sana, la biomecánica y la salud bucal del paciente.

CUADRO 1.1

PROCEDIMIENTO EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA DE ACUERDO CON EL MODELO QUIRÚRGICO RESTAURADOR

Localizar la cavidad de caries ↓	No consideraba la etiología de la caries como una enfermedad.
Realizar la preparación cavitaria ↓	Seguía principios generales, como formas de contorno, extensión por resistencia, forma de retención y extensión por conveniencia, que implicaban la confección de preparaciones geométricas preestablecidas, además de la "extensión por prevención".
Confeccionar la restauración	Se creía que la remoción del tejido cariado evitaría la progresión de caries.

salud bucal del paciente como para propiciar un mejor pronóstico de las restauraciones realizadas.

Es fácil percibir que el profesional que desea desempeñarse en odontología restauradora debe reunir conocimientos de diversas áreas de la odontología, como cariología, periodoncia, endodoncia, materiales dentales, oclusión, ortodoncia, radiología, implantología, entre otras (Figuras 1.3 a 1.9). Así, el dentista puede y debe planear los tratamientos de sus pacientes interactuando con estas diferentes áreas odontológicas y comprometerse con una práctica de promoción de la salud.

Esta visión moderna de proceder en odontología restauradora hace que prácticamente desaparezcan las fronteras, antes muy bien establecidas, entre los profesionales vinculados con la odontología restauradora y aquellos que se dedicaban, por ejemplo, a las prótesis o la prevención. De esta manera, se amplían los procedimientos y las alternativas de tratamiento, y se contribuye a que la formación y la consecuente actuación de los profesionales vinculados con la odontología restauradora tengan un papel cada vez más importante en la práctica de una odontología de buena calidad⁶.

**Figura 1.2**

De acuerdo con los principios de preparación cavitaria y de "extensión por prevención" de Black, estaría indicado extender la preparación hasta la línea punteada negra. En el abordaje actual, la preparación de una restauración adhesiva puede limitarse al área representada por la línea punteada roja.

EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA CARIES Y DE LOS MATERIALES ADHESIVOS

En función del desarrollo del conocimiento científico referido al proceso dinámico de la caries, sobre todo en las últimas décadas, el profesional pasó a tener más opciones, lo que le permite la elaboración de un diagnóstico más preciso. La consecuencia más importante de esta evolución en la comprensión de la etiología de la caries es la posibilidad de intervenir en su proceso evolutivo.

La práctica de la odontología restauradora tradicional se basaba en el diagnóstico y el tratamiento de la caries, casi exclusivamente en la reparación de la lesión, es decir, en la confección de restauraciones de las cavidades cariosas.

El modelo de práctica de la odontología restauradora actual se vincula con la promoción de la salud y contempla la verificación de la actividad de la enfermedad y las consecuentes medidas educacionales y preventivas con el fin de proporcionar un equilibrio entre el proceso de desmineralización/remineralización del tejido dental, e impedir la progresión de la enfermedad. Estas medidas y los métodos de diagnóstico de la caries se describen en el Capítulo 2.

En este modelo de desempeño, el procedimiento restaurador tiene como objetivo restaurar la forma, la función y la estética dentales, que han estado eventualmente comprometidas por la presencia de cavidades producidas por caries, y tratar las lesiones iniciales de forma no invasiva, siempre que sea posible (Figuras 1.10 a 1.12).

En relación con las alternativas de materiales restauradores, es oportuno hacer una comparación entre aquellos disponibles durante gran parte del siglo XX, cuando predominó la práctica de la odontología restauradora tradicional, y los materiales disponibles en la actualidad.

A lo largo del siglo XX, el dentista disponía, básicamente, de la amalgama para los dientes posteriores y del cemento de silicato y la resina acrílica para los dientes anteriores, como materiales restauradores directos. El uso de ambos materiales implicaba la remoción tanto de tejido sano y cariado, con el objetivo de propiciar una forma de resistencia y de retención en las cavidades preparadas. Otro objetivo de esta remoción adicional de tejido dentario sano se vinculaba con el principio de "extensión para la prevención".



Figura 1.3

En pacientes con manifestaciones clínicas de lesiones de caries activas es esencial la interacción entre la cariología y la odontología restauradora para obtener un buen resultado en el tratamiento. La primera etapa debe incluir medidas de control de la actividad de caries y, en un segundo tiempo, efectuar eventuales restauraciones para reparar secuelas de la enfermedad (véase Capítulo 2).

Con la llegada de la técnica del grabado ácido del esmalte, preconizado por Buonocore en 1955⁷, y el desarrollo de las resinas compuestas, recomendadas en 1963 por Bowen⁸, se inició una nueva era en la odontología restauradora. El dentista empezó a tener a su disposición técnicas y materiales restauradores que podrían adherirse a las cavidades, sin la necesidad de realizar preparaciones cavitarias retentivas.

Tras un período de desconfianza en su utilización durante la década de 1970, particularmente en el sector posterior, se mejoró la formulación de las resinas compuestas, lo que inten-



Figura 1.4

Situación clínica en que está afectado el espacio biológico. Es fundamental que el dentista que desee realizar el procedimiento restaurador tenga conocimientos de periodoncia. Más aspectos importantes de la relación periodoncia-odontología restauradora serán abordados en el Capítulo 5.

sificó su uso en los años ochenta con la introducción de las resinas compuestas fotopolimerizables⁹. Asociado a estos hechos, la odontología restauradora experimentó una evolución significativa en los últimos veinte años en relación con los sistemas adhesivos¹⁰. Estos sistemas presentan en la actualidad capacidad de unión tanto en el esmalte como en la dentina cuando se emplea la técnica de grabado ácido total, inicialmente sugerida por Fusayama¹¹. Las ventajas y limitaciones de los sistemas adhesivos se describen en el Capítulo 7. Esta evolución introdujo grandes cambios en los principios de prepara-



Figura 1.5

Paciente joven que sufrió traumatismo en los dientes 11 y 21. Para tomar una decisión entre realizar un tratamiento radical o conservador de la pulpa expuesta, como en este caso, es esencial que el dentista reúna conocimientos en el área de la endodoncia. Verifique algunas consideraciones importantes de la relación endodoncia-odontología restauradora en el Capítulo 8.



Figura 1.6

Paciente en fase final del tratamiento ortodóncico y con necesidad de tratamiento restaurador para favorecer el resultado funcional y estético. Éste es un ejemplo de un tratamiento que combina la ortodoncia y la odontología restauradora.



Figura 1.7

Para mantener el equilibrio oclusal existente, el dentista debe detectar los contactos oclusales antes de la realización del procedimiento restaurador para evitar eventuales contactos prematuros en la(s) nueva(s) restauraciones. Observe algunos puntos importantes de la relación oclusión-odontología restauradora en el Capítulo 4.

ción cavitaria, ya que básicamente pueden limitarse a la remoción de tejido cariado. Las preparaciones empezaron a ser menos invasivas, con preservación de la estructura dental sana. Además, el desarrollo de sistemas adhesivos con potencial de unión al esmalte, a la dentina y a los diferentes materiales restauradores (resina compuesta, cerámica, aleaciones metálicas y amalgama) originó nuevas técnicas restauradoras, como laminados de porcelana, incrustaciones de resina compuesta o porcelana, prótesis adhesivas y amalgama adhesiva¹² (Figuras 1.13 a 1.14).

Paralelamente a estos desarrollos en el área de la odontología preventiva y restauradora también hay que resaltar el cambio de la sociedad como un todo y, en particular, de la deman-

da odontológica. Hoy en día, debido a que el acceso a la información científica es más fácil y la competencia en la sociedad moderna es cada vez más intensa, los parámetros de la salud bucal ideal sufrieron modificaciones. En la actualidad, los pacientes desean recibir tratamientos restauradores que no comprometan la integridad de sus dientes, lo que podría definirse como un concepto de “restaurar preservando” (Figura 1.15). Otra demanda frecuente de los pacientes es la realización de procedimientos restauradores que mejoren su apariencia estética. Esto es, con certeza, el reflejo del impacto de los medios de comunicación, que asocian la estética al estado de salud y al éxito en una sociedad muy competitiva, así como a la evolución de los materiales y las técnicas restauradoras disponibles para satisfacer esta demanda.

Por lo tanto, ante estas modificaciones profundas por parte de los pacientes, que ejercen una “odontología de elección”, y da la evolución del conocimiento científico de la etiología de la caries, así como de los materiales y técnicas restauradoras adhesivas, el profesional que actúa en el área de la odontología restauradora debe ofrecer un desempeño vinculado con la promoción de la salud y de parámetros de excelencia en la restauración, acorde con los deseos de la sociedad.

De este modo, por todo lo expuesto se deben introducir modificaciones en el algoritmo de la odontología restauradora actual. En el Cuadro 1.2 se muestra el algoritmo básico que se enseña en la asignatura de Odontología Restauradora de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS), Brasil.

El principio de la práctica de la odontología restauradora debe estar vinculado con la promoción de la salud y la restauración de eventuales daños causados por caries, para restablecer la forma, la función y la estética dentales. Para esto es necesario analizar primero si el paciente presenta caries activas. Los criterios para esta evaluación se discuten en detalle en el Capítulo 2.



Figuras 1.8 y 1.9

Ejemplos de situaciones clínicas en las que existe combinación de la implantología y la odontología restauradora para un resultado más estético y funcional. Los implantes atornillados cubiertos con resina compuesta favorecen la estética. Los laminados de porcelana en los dientes 11 y 21 pueden complementar el tratamiento asociado con prótesis implantosoportadas en los dientes 12 y 22, por ejemplo. Casos gentilmente cedidos por los doctores Oswaldo Scopin y Sydney Kina.





Figura 1.10

Restauración de amalgama con presencia de caries en la superficie distal del 36.



Figura 1.11

Tras la remoción de la lesión de caries en distal del 36, es posible observar la lesión de caries en la superficie mesial del 37. En un modelo de procedimiento de odontología restauradora actual, se opta por un tratamiento no invasivo de esta lesión, ya que se encuentra limitada al esmalte y sin cavitación.



Figura 1.12

Restauración finalizada con resina compuesta directa del 36.

Si el paciente presenta señales de actividad de caries y lesiones, es importante determinar la localización, el tipo y la extensión de la lesión cariosa por medio de exámenes clínicos y radiográficos o métodos complementarios de diagnóstico. Sólo entonces podremos decidir la conveniencia de realizar el procedimiento restaurador.

Únicamente en situaciones clínicas especiales, en las que la cavidad de la caries está en la dentina, pero con acceso fácil a una perfecta limpieza, está localizada en un sitio que no perjudica la estética y la función, y por lo tanto, la pieza no presenta riesgo de fractura o sensibilidad dolorosa, es posible no indicar el tratamiento restaurador.

Sin embargo, estas lesiones localizadas en dentina suelen alterar significativamente la forma, la función o la estética dental, por lo que requieren muchas veces un procedimiento restaurador.

También es necesario indicar qué técnica restauradora será empleada, si directa o indirecta. En términos generales, la técnica directa presenta menor costo y permite la confección de preparaciones cavitarias más conservadoras. No obstante, la técnica indirecta puede posibilitar un mejor comportamiento mecánico de la restauración a largo plazo, y por eso estaría más indicada para restauraciones amplias.

Siguiendo esta línea de raciocinio, la etapa siguiente será la selección del material restaurador. En esta etapa el dentista debe considerar, principalmente, la localización y extensión de

la lesión cariosa, debido a que estos factores servirán como guía para obtener el mejor acceso a la remoción del tejido cariado, así como para el tamaño de la cavidad a ser preparada. Es esencial que el profesional mantenga el compromiso de “restaurar preservando”, es decir, minimizar al máximo la remoción de tejido dentario sano durante la etapa de la preparación cavitaria. Lógicamente, las características inherentes de los diferentes materiales restauradores, como resistencia al desgaste, potencial adhesivo a la estructura dental, estética, costo, entre otros, son esenciales para permitir una correcta selección.

Lo más importante es que el dentista entienda que sólo él podrá establecer los principios de preparación cavitaria que van a ser seguidos, es decir, la preparación cavitaria debe ser ejecutada en función de la situación clínica, el tipo de material y la técnica restauradora empleada. Por lo tanto, las reglas rígidas de principios de preparación cavitaria que siguen formas geométricas preestablecidas y “extensión por prevención” deben quedar olvidadas. El profesional debe conjugar los conocimientos de la etiología de la caries con los materiales dentales con el fin de seleccionar la mejor opción de material y técnica restauradora para cada tipo de paciente y situación clínica. Luego adecuará la preparación cavitaria de acuerdo con esta selección.

La realización del procedimiento restaurador debe seguir un protocolo clínico bien establecido, que será presentado en este



Figura 1.13

Aspecto final de una incrustación de resina. La evolución de los sistemas adhesivos y de los materiales restauradores indirectos permite el creciente uso de las técnicas indirectas.



Figura 1.14

Aspecto final de tres laminados de porcelana. Las técnicas restauradoras adhesivas con porcelana tuvieron un gran avance gracias al desarrollo de los sistemas adhesivos.

libro en los diferentes capítulos que abordan las técnicas restauradoras.

El compromiso del profesional que actúa en el campo de la odontología restauradora con su paciente no finaliza con la realización de eventuales restauraciones, ya que él mismo debe ejecutar un programa de mantenimiento periódico y preventivo, tanto desde el punto de vista de la salud como de las restauraciones de su paciente a lo largo del tiempo. Los criterios para la realización de un programa de mantenimiento se abordan en el Capítulo 25.

Ante esta nueva línea de procedimiento en odontología restauradora entendemos que habrá que cuestionar la comunicación de los principios de preparación cavitaria de Black¹ de principios del siglo XX, principalmente en relación con la clasificación de las cavidades sugeridas por el mismo autor presentadas a continuación.

- **Cavidad de clase I:** cavidades preparadas en regiones de pequeños surcos y fisuras, en la cara oclusal de premolares y molares, 2/3 oclusales de la cara vestibular de molares y cara palatina de incisivos superiores; ocasionalmente en la cara palatina de los molares superiores (Figura 1.16).
- **Cavidad de clase II:** cavidades preparadas en las caras proximales de premolares y molares (Figura 1.17).
- **Cavidad de clase III:** cavidades preparadas en las caras proximales de incisivos y caninos sin remoción del ángulo incisal (Figura 1.18).
- **Cavidad de clase IV:** cavidades preparadas en las caras proximales de incisivos y caninos con remoción y restauración del ángulo incisal (Figura 1.19).
- **Cavidad de clase V:** cavidades preparadas en el tercio gingival de las caras vestibular y palatina de todos los dientes (Figura 1.20).

En este contexto, es necesario intentar modificar la línea de razonamiento de la práctica de la odontología restauradora,

incluso con la alteración de la nomenclatura de las cavidades. Es inadmisibles que actualmente los dentistas aún se refieran a la confección de cavidades utilizando la denominación propuesta por Black¹ a inicios del siglo XX. Por ejemplo, si continuamos refiriéndonos a una cavidad de clase II, lo que inmediatamente pensamos es la ejecución de una preparación cavitaria con una forma geométrica preestablecida con “extensión por prevención”.

Siguiendo la clasificación de Black¹, en las lesiones de caries localizadas en las caras proximales de premolares y molares se preparan las cavidades de clase II, que comprenden la remoción de la cresta marginal y se extienden a las caras proximales y oclusal. Actualmente, por todo lo descrito con relación al conocimiento científico de la etiología de la caries y de la evolución de los materiales y técnicas restauradoras adhesivas, existen varias alternativas de preparación cavitaria para esta situación clínica –preparación “tipo túnel”, “acceso directo”, “acceso vestibulolingual”, “microcavidad”, “cavidad compuesta” y “compleja”–. Este ejemplo ya permite una evaluación del cambio drástico y significativo de las posibilidades restauradoras y consecuentes formas de preparación cavitaria existentes

✓ CONSEJO CLÍNICO

- De un modo general, las lesiones de caries limitadas al esmalte son tratadas de forma no invasiva. Este tratamiento comprende el uso de flúor como agente terapéutico (fluoroterapia) y la adopción de medidas educacionales para el paciente relativas a la dieta y la higiene, además del control profesional.
- Las lesiones de caries que engloban la dentina exigen, en su gran mayoría, una intervención restauradora.



Figura 1.15

Práctica del modelo de procedimiento de la odontología restauradora contemporánea, donde se efectúan procedimientos restauradores adhesivos que permiten la preservación de estructura dentaria sana y favorecen el comportamiento biomecánico de la pieza dentaria a largo plazo. Otro aspecto de suma importancia es adoptar medidas de control de la actividad de caries, para que no ocurran nuevas lesiones cariosas en las piezas vecinas y así evitar caer en el error de un ciclo restaurador repetitivo.

CUADRO 1.2

ESQUEMA RESUMIDO DE LA LÍNEA DE PROCEDIMIENTO DE LA ASIGNATURA DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA DE LA FO/UFRGS, BRASIL

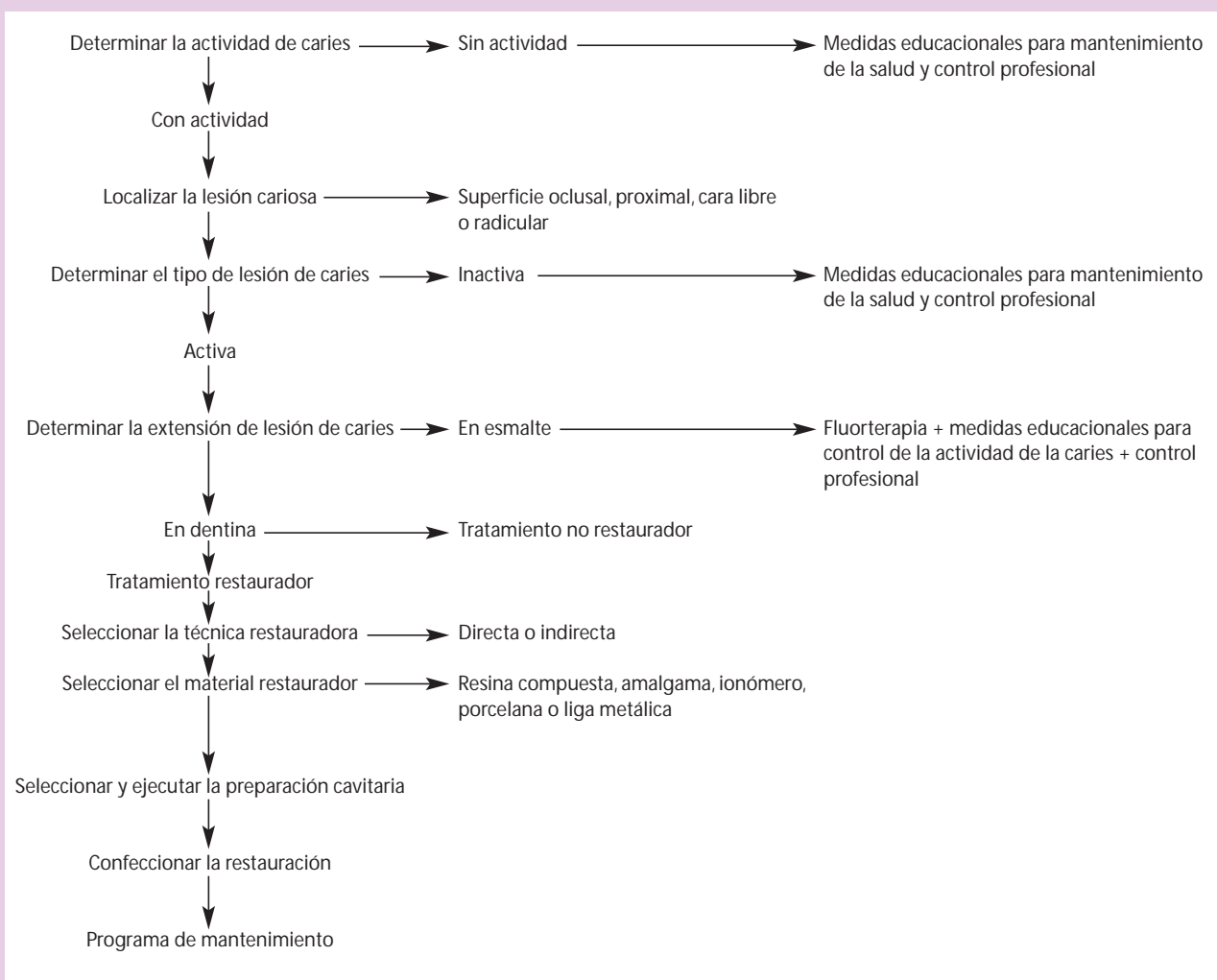




Figura 1.16
Cavidades de clase I de Black.

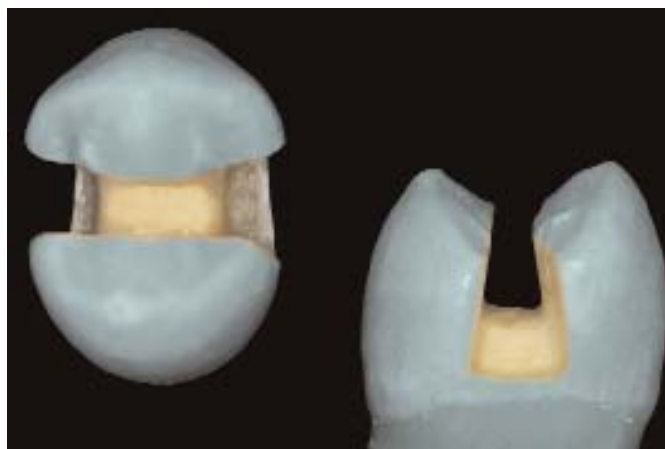


Figura 1.17
Cavidades de clase II de Black.



Figura 1.18
Cavidades de clase III de Black.



Figura 1.19
Cavidades de clase IV de Black.

actualmente, en comparación con aquellas propuestas por Black¹.

Con el propósito de adecuar la nomenclatura y, consecuentemente, la comunicación entre los profesionales que actúan en el área de la odontología restauradora respecto a los tipos de cavidades preparadas ante diferentes situaciones clínicas, hemos establecido una nueva clasificación de cavidades.

CLASIFICACIÓN DE LAS CAVIDADES

- **Cavidad de tipo I:** cavidad preparada en la superficie oclusal de premolares y molares. Ésta puede subdividirse en:
 - sin compromiso de la cúspide (Figura 1.21),
 - con compromiso parcial de la cúspide (Figura 1.22).
- **Cavidad de tipo II:** cavidad preparada en la(s) superficie(s) proximal(es) de premolares y molares. A la vez se subdivide en:

- sin compromiso de la cresta marginal, como ejemplos están las cavidades tipo “vestibulolingual”, “túnel” y “acceso directo” (Figuras 1.23 a 1.25),
- con compromiso de la cresta marginal, por ejemplo, las cavidades “microcavidad”, “compuesta” y “compleja” (Figuras 1.26 a 1.28).

- **Cavidad de tipo III:** cavidades preparadas en las superficies proximales de dientes anteriores sin remoción del ángulo incisal (Figura 1.29).
- **Cavidad de tipo IV:** cavidades preparadas en las superficies proximales de dientes anteriores con remoción del ángulo incisal (Figura 1.30).
- **Cavidad de tipo V:** cavidades preparadas en las superficies vestibular o lingual de todas las piezas dentarias (Figura 1.31).

En esta nueva clasificación de cavidades, hemos realizado intencionadamente pequeñas modificaciones a la que había sido



Figura 1.20
Cavidades de clase V de Black.



Figura 1.21
Cavidad de tipo I: sin compromiso de cúspide.

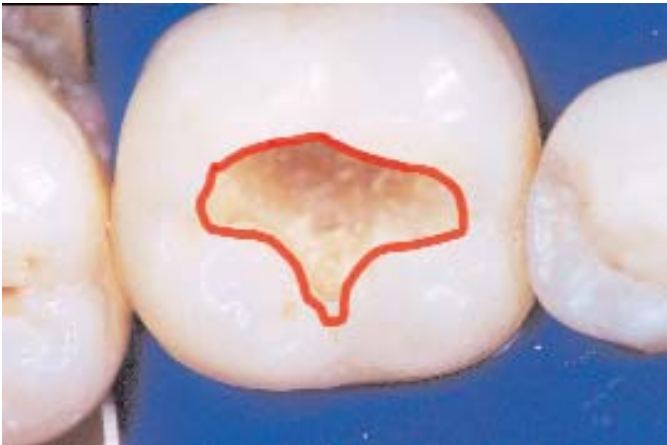


Figura 1.22
Cavidad de tipo I: con compromiso parcial de cúspide.



Figura 1.23
Cavidad de tipo II: sin compromiso de la cresta marginal. "Acceso vestibulolingual".



Figura 1.24
Cavidad de tipo II: sin compromiso de la cresta marginal. "Preparación tipo túnel".



Figura 1.25
Cavidad de tipo II: sin compromiso de la cresta marginal. "Acceso directo."

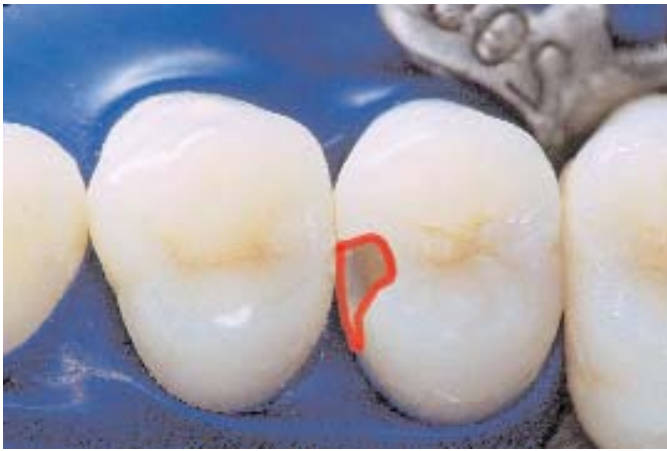


Figura 1.26
Cavidad de tipo II: con compromiso de la cresta marginal. "Microcavidad."



Figura 1.27
Cavidad de tipo II: con compromiso de la cresta marginal. "Compuesta", es decir, dos caras de la pieza dental están incluidas en el preparación.



Figura 1.28
Cavidad de tipo II: con compromiso de la cresta marginal. "Compleja", es decir, tres o más caras de la pieza dental están incluidas en la preparación.

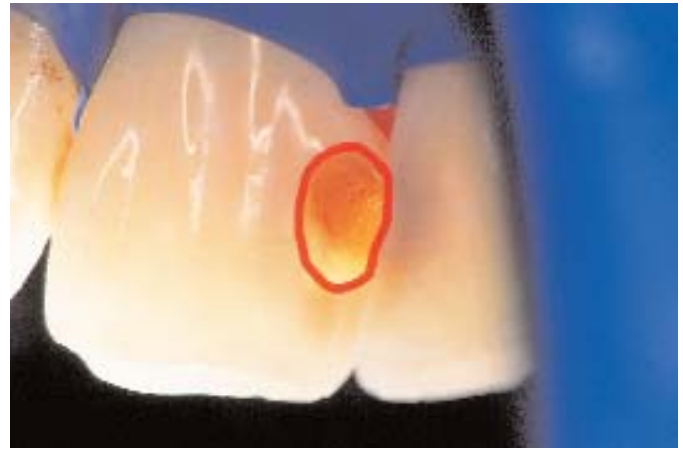


Figura 1.29
Cavidad de tipo III.



Figura 1.30
Cavidad de tipo IV.



Figura 1.31
Cavidad de tipo V.

propuesta por Black ya que su uso en el medio odontológico internacional es un hecho consagrado. Esta clasificación también permite que el profesional localice de forma rápida y sencilla la región del diente en la que estamos clasificando la cavidad, pues básicamente usamos el mismo número de clases y localización en la pieza dental propuesto por Black¹. Sin embargo, creemos que la diferencia fundamental está en las cavidades de tipo I y II. Sugerimos subdivisiones que van al encuentro de las diferentes alternativas de materiales restauradores y de los tipos de preparación cavitaria que existen actualmente, en función de la evolución del conocimiento de la etiología de la caries y de los materiales restauradores adhesivos. En la cavidad tipo V, hemos incluido no solo el tercio gingival, como había sido propuesto, sino también toda la superficie vestibular o lingual. Esto permite que el profesional esté preparado para la realidad clínica actual. Tal aspecto es de extrema importancia, tanto para el dentista como para el estudiante. Es importante ofrecer una práctica clínica coherente y establecer una adecuada selección del material restaurador y del tipo de preparación cavitaria, de acuerdo con la línea de procedimiento de la odontología restauradora actual, presentada en el Cuadro 1.2. Así el profesional puede “descontaminarse” de los dogmas de las preparaciones cavitarias y de la indicación de los materiales restauradores aprendidos durante su formación académica e incorporar de este modo las nuevas opciones restauradoras disponibles, vinculadas con la filosofía de “restaurar preservando”. El estudiante entrenado en esta línea y que usa esta nueva clasificación de cavidades es capaz de desarrollar un espíritu crítico ante la necesidad de seleccionar un material restaurador y el tipo de preparación cavitaria que contemple la realidad del paciente y de la situación clínica. Tal viene siendo nuestra observación desde que hemos adoptado esta línea de procedimiento y comunicación en la

asignatura de Odontología Restauradora de la FO/UFRGS, tanto en la graduación como en el curso de posgrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. BLACK, G.V. Operative dentistry. Chicago: Medical-Dental, 1908.
2. ELDERTON, R.J. Preventive dentistry. *Prac. Periodont. Aesthet Dent.*, v. 10, n. 1, p. 80-82, 1998.
3. EDDIE, S. Frequency of attendance in the General Dental Service in Scotland. *Brit. Dent. J.*, v. 157, p. 267-270, 1984.
4. DAVIES, J. The relationship between change of dentist and treatment received in the General Dental Service. *Br. Dent. J.*, v. 157, p. 322-324, 1984.
5. MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. En: *PROMOÇÃO de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
6. STURDEVANT, C.M. et al. The art and science of operative dentistry. 3^a ed. St. Louis: Mosby, 1995.
7. BUONOCORE, M.G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J. Dent. Res.*, v. 34, p. 849-853, 1955.
8. BOWEN, R.L. Properties of a silica: reinforced polymer for dental restorations. *J. Am. Dent. Ass.*, v. 66, p. 58-64, 1963.
9. LEINFELDER, K.F.; LEMONS, J.E. Clínica restauradora: materiais e técnicas. São Paulo: Livraria Santos, 1989.
10. PRATI, C. In vitro and in vivo adhesion in operative dentistry: a review and evaluation. *Prac. Periodont and Aesthet. Dent.*, v. 10, n. 3, p. 319-327, 1998.
11. FUSAYAMA, T. New concepts in operative dentistry. Berlin: Quintessence, 1980.
12. ASCHHEIM, K.W.; DALE, B.G. Esthetic dentistry: a clinical approach to techniques and materials. Philadelphia: Lea & Febiger; 1993.