

24 67



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.
CARRERA DE ODONTOLOGIA

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA Y
SOBREDENTADURAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
EVELIA CARMONA BUSTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

INDICE

	PAG.
CAPITULO I	
Generalidades	5
a) Concepto	7
b) Utilidad	8
c) Indicaciones y Contraindicaciones	10
CAPITULO II	
Tipos de Prótesis Inmediata	12
a) Prótesis Parcial Aditiva	13
b) Prótesis en Forma de Férula Transitoria	13
c) Prótesis sin Flanco Vestibular	14
d) Prótesis con Encía Completa	14
CAPITULO III	
Instalación	16
a) Instrucciones al paciente	19
CAPITULO IV	
Duración de la Prótesis Inmediata	22
a) Primer Rebasado	24
b) Renovación	25
c) Conservación Funcional y Estética	26

SOBREDENTADURA

CAPITULO V

a) Concepto	28
b) Objetivos	30
c) Ventajas y Desventajas	34

CAPITULO VI

Requisitos para una Sobredentadura	40
a) Conservación de la Salud Parodontal	41
b) Reducción de la Corona	41
c) Tejido del Area Basal	42
d) Construcción y Mantenimiento Simple	42
e) Sencilla Manipulación	42

CAPITULO VII

Técnicas para la Preparación de los Dientes	49
a) Reducción de los Dientes Vitales	49
b) Recubrimiento de los Dientes Vitales	
c) Tratamiento Endodóntico y Restauración de Amalgama en el Conducto Radicular	50
d) Tratamiento de Endodoncia y Recubrimiento vaciado	51
e) Tratamiento Endodóntico y Dispositivo de conexión	52
f) Dispositivos de Conexión	53

PAGS.

CAPITULO VIII

Instalación de la Sobredentadura	57
a) Instrucciones al Paciente	59
Conclusiones	67

PROTOCOLO

En la práctica Odontológica existen diversas formas de tratamiento, las cuales deben particularizarse en cada paciente.

El trabajo que desarrollo, con el título de *Prostodoncia Total Inmediata y Sobredentaduras*, constituye uno de los grandes problemas, en lo que se refiere a conservar los dientes remanentes o eliminarlos, lo que puede estar indicado o no. Por lo que es importante el conocimiento de los medios -- que nos ayudan a rehabilitar al paciente. Ya que, cuando encontramos casos en los cuales el tratamiento con *Prótesis Fija o Removible*, por causas como: *relación corona-raíz; extensión de la brecha; pérdida de soporte óseo; problemas de estética, etc.*, no puede ser rehabilitados por este medio, el tratamiento de elección, bien puede ser la *Prótesis Inmediata o la Sobredentadura*, dichas formas de tratamiento se iniciaron desde hace ya mucho tiempo y siempre la *Prótesis Inmediata* se ha elegido como el único medio de tratamiento y no siempre se considera la importancia de los dientes existentes, en relación a las ventajas que trae consigo su mantenimiento en la boca, con esto no se trata de decir que se deba elegir ahora la *Sobredentadura*, ya que cada una de estas técnicas tiene -- sus indicaciones y contraindicaciones. A continuación se mencionan las características principales de las dos técnicas:

La *Prótesis Inmediata* es un método de tratamiento del-

parcialmente desdentado. Que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la Prótesis regular, cuyo diagnóstico propone la necesidad de extraer la totalidad de las piezas - de un maxilar o de ambos. Estos pacientes serán tratados con Prótesis Inmediata, que consiste en la construcción del aparato dentoprotético antes de efectuar las extracciones será colocado inmediatamente después de realizado el acto quirúrgico. De esta forma se reduce la tragedia física y psíquica del desdentado. Ya que con frecuencia estos pacientes no están dispuestos a esperar la etapa de cicatrización necesaria para la construcción de la Prótesis Mediata.

Las ventajas pueden clasificarse en; anatómicas, funcionales, estéticas y psíquicas, etc.

La decisión de construir este aparato es consecuencia de un análisis exhaustivo del paciente, sino hay contraindicación formal el tratamiento se efectúa.

No debe intentarse en pacientes que no reúnen las condiciones físicas y espirituales adecuadas para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad como corresponde. Además, debemos advertir al paciente que el reajuste o duplicación -- puede ser necesarios en el término de unos cuantos meses. -- Existen diversas formas de realizar la Prótesis Inmediata y estas dependen de las características del caso particular, -- puede efectuarse en diferentes formas, las cuales se explicarán con detalle posteriormente.

Características principales de las Sobredentaduras .

Este tipo de tratamiento permite utilizar los adelantos logrados en parodoncia y endodoncia, aún en presencia de una relación corona-raíz inadecuada. Se ha comprobado que dientes de gran movilidad pueden ser anclajes excelentes para una Sobredentadura después de un tratamiento periodontal; además proporciona un soporte más firme para su dentadura, disminuye la velocidad de reabsorción y permite una capacidad más sensitiva para darse cuenta del contacto oclusal, dando resultados sorprendentes en microdoncia, anodoncia parcial y en pacientes con paladar hendido, etc.

En este tratamiento existen diferentes formas de tratar los dientes remanentes, dependiendo de las características del caso y de la salud de los pilares, es de gran importancia los cuidados que el paciente tenga para conservar la salud parodontal y los beneficios que de los dientes se obtienen.

Considerando la utilidad de ambos métodos de tratamiento y que la indicación de alguno de ellos sea específica, es la importancia que para mí tiene elaborar este trabajo, ya que considero que no es únicamente el tratamiento mutilante el que beneficia al paciente en todos los casos, por lo que trato de dar una visión amplia de las indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas de los dos tratamientos que reditúan en beneficio del paciente y sirva de guía para mejorar la calidad del Cirujano Dentista.

Este trabajo lo realizaré en base a una investigación bibliográfica.

CAPITULO I

PROSTODONCIA TOTAL INMEDIATA

Generalidades

a) *Concepto*

b) *Utilidad*

c) *Indicaciones y Contraindicaciones*

Generalidades

El tratamiento de Dentaduras Inmediatas no es muy nuevo, ya que ha sido practicado, junto con otros grandes procedimientos a mediados del siglo pasado.

Sin embargo no fue sino hasta 1920, como consecuencia de las extracciones masivas impuestas por la teoría de la infección focal por una parte y del progreso de la anestesia y los Rx por otra, que la Prótesis Inmediata logró un adelanto muy importante en consonancia con el progreso espectacular de la Cirugía Bucal.

La Prótesis Inmediata no es una alternativa frente a la Odontología conservadora; no autoriza la extracción de dientes cuya conservación satisfactoria es aún posible ni garantiza contra los fenómenos iatrogénicos que pueden sobrevenir. Es un servicio profesional que requiere más conocimientos, habilidad y criterio que la prótesis regular, con una respuesta más desconcertante. En consecuencia, fácilmente puede provocar la reacción del paciente, cuando éste se entera de sus dificultades después de la pérdida de sus dientes naturales por indicación del Odontólogo. No se debe olvidar que el paciente necesitado de Prótesis Inmediata carece de experiencia ya que no es un desdentado.

El valor estético de la Prótesis dental ha sido reconocido desde hace mucho por las sociedades primitivas. Hoy el in

dividuo medio que vive bajo la presión y dinamismo que parecen caracterizar a nuestra sociedad moderna, obrero o vendedor, maestro o actor, muy raras veces puede sufrir la humillación y desagradable experiencia del estado desdentado, si desea mantener su posición en la sociedad.

El paciente dental portador de esta presión de la vida moderna la introduce en el consultorio y la transfiere al Dentista, como consecuencia, el Odontólogo enfrenta hoy muchos más pedidos de Dentaduras Inmediatas que en el pasado.

Este tipo de Dentaduras ha originado más quejas en los pacientes, que ningún otro tipo de prótesis y en ocasiones se han convertido en causa de demandas legales. Las quejas consisten principalmente en resultados estéticos insatisfactorios y en función deficiente, los fracasos son causados por:

- a) Diagnóstico defectuoso o plan de tratamiento equivocado.
- b) Poca o ninguna información brindada al paciente.
- c) Registro inadecuado de la relación céntrica.

Cada día los pacientes están más informados y el Dentista debe estar preparado para realizar este tratamiento que será muy bien recibido y resultará una fuente de satisfacción para el profesionalista.

Concepto

Se le llama *Dentadura Inmediata* a la que se construye antes de la extracción de los dientes y se inserta inmediatamente después de realizar dicha intervención. También se le conoce con los nombres de: *Prótesis Temporal*, *Transitoria* o *provisoria*. En este trabajo la mencionaré como *Prótesis Inme*diata.

Esta forma de inserción *Inmediata* se usa en *prótesis*-*fija*, *prótesis* *parcial* y en la construcción de *dentadura* com*pletas*, ya sea de un arco o de ambos. No necesariamente debe faltar la serie entera, de los dientes anteriores para aconsejar una inserción *Inmediata*. Un solo camino que quede en el maxilar es una gran ventaja ya que la duplicación exacta de la posición de ese diente en relación a la cabeza permite orientar los dientes anteriores en sus posiciones *anteropos*-*teriores* y *vertical*. De esta manera es posible restablecer las posiciones anteriores antes de hacer las extracciones. - Es evidente la utilidad de los dientes anteriores naturales (de todos o de algunos) como guía para la colocación de los *dientes* *artificiales*.

La *Prótesis Inmediata* cualesquiera que sea la técnica seguida y el momento exacto en que se coloque, asienta sobre tejidos recién operados y que muy probablemente sufran modificaciones importantes en poco tiempo. El paciente debe saberlo.

El servicio de reparaciones y reajustes que en prótesis regular tiene carácter más bien accidental, es parte normal de todo tratamiento de Prótesis Inmediata. Una segunda Prótesis suele requerirse al cabo de un tiempo.

Solo el paciente que tenga conciencia de esta situación puede afrontarla sin nuevos sufrimientos y sin exigir del Odontólogo una responsabilidad que no le corresponde.

Frecuentemente los pacientes que requieren Prótesis Inmediata, no están dispuestos a esperar la etapa de cicatrización necesaria para la construcción de la Prótesis inmediata, debido a que su profesión u ocupación les exige estar en contacto con los demás y al encontrarse desdentados se acomplejarían.

Utilidad

La colocación inmediata de dentaduras artificiales es recomendada por varias razones:

- 1.- Desde el punto de vista Psicológico del paciente, es la satisfacción que a él le produce al ahorrarse las violencias de ir desdentado a sus ocupaciones diarias.
- 2.- Cuando un paciente está por viajar y el tiempo no permite hacer una preparación adecuada de la boca y tampoco prestar un servicio de prótesis más completo.
- 3.- Cuando un paciente con mala salud que este ante una emergencia médica o quirúrgica.

- 4.- Cuando una persona joven ha perdido dientes prematuramente por un accidente u otras causas. Ya sea por preservar la apariencia, con fines de mantener un espacio o por ambos motivos, debe hacerse una Prótesis Inmediata hasta el momento de posibilitar un servicio de Prótesis más definitiva.
- 5.- Las Prótesis Inmediatas también pueden utilizarse, cuando deben reemplazarse temporalmente dientes recién extraídos mientras cicatrizan los tejidos, o en pacientes jóvenes.- hasta que los dientes adyacentes hayan alcanzado suficiente madurez para ser empleados como pilares de restauraciones fijas.
- 6.- Para mantener las relaciones mesio-distal y oclusal hasta que pueda utilizarse otro tratamiento.
- 7.- Proporcionan un método sencillo para volver a establecer los contornos oclusales y reemplazar los dientes faltantes antes de decidir acerca de los patrones oclusales, -- tanto de la restauración fija como de la removible.
- 8.- Son útiles para restablecer patrones neuromusculares normales con mejoría relacionada en la articulación temporo-mandibular.
- 9.- Conserva los componentes verticales de la oclusión y evita la tensión excesiva sobre los dientes restantes y sus tejidos de revestimiento.
- 10.- Como auxiliar en el diagnóstico.

- 11.- Resulta conveniente utilizarla mientras el Dentista elabora un plan de tratamiento definitivo o comienza el tratamiento.
- 12.- La reacción de la lengua, la deglución y el patrón fonético pueden ser modificados o evaluados mientras el paciente lleva la prótesis temporal.

Indicaciones y Contraindicaciones

Además de las indicaciones y contraindicaciones de toda prótesis, la prótesis Inmediata exige:

- 1.- Que la edad y estado general del paciente permitan la o las intervenciones quirúrgicas que se requerirán.
- 2.- Que el estado de la boca y dientes admitan la espera requerida para el trabajo preparatorio.
- 3.- Que el paciente desee este tipo de servicio y esté dispuesto a aceptarlo.

Contraindicaciones

Si el caso no llena los requisitos anteriores, la contraindicación es formal.

- 1.- No debe intentarse la Prótesis Inmediata en pacientes que no reúnan las condiciones físicas y espirituales adecuadas, para recibir el servicio y afrontar su responsabilidad como corresponde.
- 2.- Cuando no constituye beneficio para el paciente o implique

riesgos para su estado o por su estado. No aporta beneficio en retrasados mentales, epilépticos, puede agravar casos de cáncer, sífilis, tuberculosis bucal u otros procesos graves en evolución, es riesgosa en pacientes con maxilares irradiados.

- 3.- Las probabilidades de éxito son negativas cuando el estado mental o espiritual del paciente impide su comprensión, tolerancia o confianza suficiente.

CAPITULO II

Tipos de Prótesis Inmediata

- a) *Prótesis Parcial Aditiva*
- b) *Prótesis en Forma de férula Transitoria*
- c) *Prótesis sin Flanco Vestibular*
- d) *Prótesis con encla Completa*

La Prótesis Inmediata se puede encarar de diversas maneras y según las necesidades de cada paciente, pero los tipos más comúnmente usados son cuatro:

a) Prótesis Parcial Aditiva

Es la prótesis en la cual se van agregando dientes a medida que se van perdiendo los naturales restantes y que será substituida una vez que haya ocurrido todos los cambios tisulares consecutivos a la extracción. Tiene ventajas definidas que la indican en muchos casos: Evita las extracciones masivas, permitiendo un desdentamiento gradual. Por lo mismo facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la Prótesis Inmediata Completa. Puede hacer más económico el servicio o facilitar su financiación, y, a veces prestar servicios duraderos.

b) Prótesis en forma de Férula Transitoria

En este tipo de Prótesis, los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en la boca, añadiendo acrílico autopolimerizable, los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los dientes en la impresión con acrílico de color adecuado. Puede ser una solución en ciertos casos, por su rapidez y eco

nomla de ejecución. Esta prótesis se elabora para ser empleada durante un periodo corto de tiempo con fines de masticación, estética y soporte oclusal, o para condicionar al enfermo a fin de que acepte un substituto artificial para sus dientes naturales faltantes, hasta que se le pueda brindar el tratamiento dental protético más adecuado y definitivo.

c) Prótesis sin Flanco Vestibular

(Generalmente sin el anterior)

Este tipo de Prótesis simplifica la construcción. Se excava al alveolo en el modelo y se introduce en este tres o cuatro milímetros del diente substituto. El resultado inmediato puede ser excelente al mostrar los dientes emergiendo de la encla. Tiene la ventaja de permitir la atrofia vestibular sin perturbación, y el inconveniente de requerir la encla artificial al cabo de 15 a 20 días.

d) Prótesis con encla completa

Es la más exigente en cuanto al procedimiento para su construcción se refiere, sin embargo es la preferida por la mayoría, pues reduce el peligro de retención deficiente, que puede presentarse en las prótesis sin encla artificial y es menos complicado atender al paciente. Todos los recursos del exámen deben ser explotados a fondo ante el desdentamiento -

potencial, ya que el diagnóstico clínico que indica la edentación como tratamiento deben agregarse el quirúrgico y el protético.

»

CAPITULO III

Instalación

a) Instrucciones al paciente.

La Prótesis Inmediata se coloca sobre tejidos anestesiados, recién modificados quirúrgicamente y que pueden modificarse aún, para adaptarlos a la prótesis y el aparato debe ser colocado, sean cual fueren los defectos. Estas circunstancias le confieren características especiales.

- a) Se trata de un acto quirúrgico cruento, y ninguna de las reglas de la asepsia debe infringirse (instrumental esterilizado técnica aséptica).
- b) Hasta cierto punto se puede "adaptar" el maxilar a la prótesis.
- c) Deben preverse los retoques necesarios y hasta la posibilidad de un rebasado inmediato que procure adaptación a la base si no la tiene.

Para confirmar que el caso clínico quedó como se planeó, es necesario observar que al colocar la Prótesis en la boca no cause exceso de presión porque si así fuera será preciso realizar osteotomía, cualquier cresta alveolar que dificultara el calce puede eliminarse si no conviniera retocar la Prótesis, también puede hacerse el alisamiento de puntas y crestas óseas para evitar dificultades cicatrizales. Si el aparato retiene mal, rellenar los alveolos con trocitos de gasa y hacer un rebasado inmediato, ya en condiciones de colocar la Prótesis, se lava la superficie gingival con suero fisiológico o agua oxigenada y se instala. Se pide al paciente que cierre para checar la oclusión, se corrigen los defectos de articulación hasta obtener la oclusión central.

La Prótesis puede presentar varios defectos de los cuales los más comunes son:

- 1.- Una vez que el aparato ha ido a su sitio se hace evidente la falta de retención activa. Si el defecto es pequeño, - puede ser suficiente espolvorear la base con polvo adhesivo; y si es de importancia es mejor proceder a un rebasado inmediato con material acondicionador, con un elastómero o acrílico autopolimerizable (aunque en términos generales es preferible postergar el empleo de este) proteger las heridas con tira emplástica.
- 2.- La segunda falla grave puede ser de articulación. Papel de articular y piedras son los materiales de elección para lograr de inmediato una oclusión central balanceada mediante unos pocos contactos, dejando para después el - - afinado y las oclusiones excéntricas.
- 3.- El tercer defecto puede ser de estética. En tal caso el - remedio suele ser tranquilizar al paciente, y rehacerle - la prótesis tan pronto sea posible.

Es recomendable corregir de inmediato los defectos - - cuando sea posible sin gran tarea. Si la corrección es laboriosa es preferible limitarse a hacer llevadera la prótesis, - postergando la corrección de fondo para cuando el paciente es - - tó en mejores condiciones.

Instrucciones al Paciente

En las instrucciones al paciente pueden distinguirse dos grupos: las que puede y las que no debe hacer.

Se recomendará al paciente, no retirar la prótesis de la boca durante las 24 o 48 hrs. bajo ningún concepto por su cuenta ni aún por razones higiénicas. Se le advierte, que dejar la dentadura fuera de la boca al principio, puede producir una inflamación que imposibilita o causa mucho dolor al colocar la prótesis nuevamente. El dolor debido al traumatismo de las extracciones no desaparecerá retirando la dentadura. Durante las 24 hrs. siguientes es conveniente usar compresas heladas sobre la cara, quince minutos de cada hora, esto como una medida de precaución, porque generalmente el paciente no sufre dolor ni molestia excesiva (podrá tomar analgésicos si lo requiere). En caso de que el paciente no pueda dormir por nerviosismo se le prescribirá un sedante.

Se recomendará mucha higiene, consistente en enjuagatorios con solución fisiológica tibia o también agua tibia hervida sin desinfectante o medicamento alguno, de la misma manera se aconsejará un cepillado suave y metódico lejos de la zona intervenida.

Se dice al paciente que no mastique durante las 24 hrs. que su dieta sea líquida o blanda (pastas, papillas y crema) - pero no debe faltar la abundante dosis de proteínas siendo conveniente la disminución de los hidratos de carbono.

Después de 24 a 48 hrs. el paciente debe volver al consultorio para control postoperatorio y para los más urgentes - retoques del aparato. La primera maniobra consiste en observar la oclusión y articulación, usando papel de articular para registrar las interferencias. Se retira con cuidado el aparato y se observan las heridas que estarán mucho mejor que si hubie-- ran curado al descubierta, se prueba y retoca hasta que no haya interferencias laterales, después se instala la placa lim-- pia y se instruye al paciente para su remoción y colocación, - lo mismo que para su higiene o para el cuidado de la misma.

Una dentadura bien construida no debe causar ninguna - molestia apreciable al hablar, sin embargo el volúmen del material empleado para la fabricación de la placa alterará el espacio de la cavidad bucal propiamente dicha y por tal motivo la- voz puede estar algo cambiada, este inconveniente se podrá vencer practicando un poco la lectura en voz alta. También se le- debe decir al paciente que no espere que desde el principio co- mo tan bien como con los dientes naturales, que todo depende - de su capacidad para aprender a usarla.

En cuanto al uso, existen controversias entre los pro- fesionistas, muchos aseguran que es mejor usar continuamente - las dentaduras al menos por dos semanas para efectuar el mol-- deo de la forma protética y quitarla solamente para la hi-- giene y que de esta manera el paciente se acostumbre más rapidamente a usarlas.

Saizar aconseja quitarla durante la noche, que es esen

cial en personas con tendencia a la estomatitis protética o a la atrofia ósea con hiperplasia fibrosa y en el bruxismo.

Después de cada comida hay que retirar las dentaduras-cepillarlas y enjuagarlas con agua, también es conveniente -- frotar la encla con un cepillo blando y enjuagarse con unos -buches ligeramente astringentes.

Una visita a la semana o diez días después pueden completar la maniobra y darlo de alta provisionalmente.

Entre 5 y 7 semanas después del acto quirúrgico conviene volver a ver al paciente y observar:

- a) Estado de cicatrización.
- b) Condición de adaptación y funcionamiento del aparato.

El estado de cicatrización externo se comprueba con -- simple observación al notar una encla rosada y unida libre de puntos sensibles o dolorosos. De un caso u otro, la rehabilitación del aparato inmediato se hace necesaria para que prosiga en buen uso, o bien para que el paciente disponga de otro-aparato, que le sirva en caso de reparación del primero o cambios que se determinen en el mismo, esta rehabilitación consiste en un rebasado.

CAPITULO IV

Duración de la Prótesis Inmediata

a) *Primer Rebasado*

b) *Renovación*

c) *Conservación Funcional y Estética*

Duración de la Prótesis Inmediata

Para Determinar si un tratamiento ha sido un éxito o un fracaso es necesario establecer algunos requerimientos, -- que permitirán evaluar exactamente la dentadura construida. -- Los resultados del tratamiento de un sujero varían cuando son comparados con los resultados de otro sometido a un tratamiento idéntico.

Un tratamiento protético, como la dentadura completa -- inmediata exige que transcurra tiempo para registrar datos importantes, por lo tanto la duración de una prótesis inmediata completa en servicio es sumamente variable, ya que la reacción orgánica no puede preverse exactamente en cada caso.

Este tipo de tratamiento no es tan simple como se cree pues las visitas al consultorio son muy frecuentes por la necesidad de revisar, durante los primeros meses; el cambio en la oclusión. Si el paciente no se presentara para estas observaciones y la dentadura adquiere mala oclusión, por las variaciones en los tejidos, puede producirse hipertrofia en el tejido.

Algo muy importante es que tanto el paciente como el -- profesionalista sepan que se trata de un servicio de transición.

El paciente que conoce y comprende los procedimientos -- no criticará al dentista si por razones científicas este modifica el plan de tratamiento, durante la consulta y los procedimientos diagnósticos, el dentista debe explicarle cuales --

son sus necesidades y obligaciones en el tratamiento. Frecuentemente, este punto del tratamiento es descuidado y ocasiona disgustos, para evitar problemas el dentista debe educar al paciente en ese sentido.

Primer Rebasado

En general conviene postergar el primer rebasado en lo posible. Hardy (1935) que no hacía alveolectomía, procuraba postergar el primer rebasado por seis meses. Bady (1961) piensa que debe rebasarse con material temporario a las tres semanas y de nuevo a los dos o tres meses. Saizar (1958) reconoce casos que le exigen el rebasado inmediato (errores de técnica) otros que exigen rebasado a las dos o tres semanas y - - otros que no lo necesitan durante meses.

Rebasado.- Es todo procedimiento que permita ajustar la base de una prótesis a los tejidos que le prestan asiento, mediante la interposición de material que pasa a formar parte de la base.

Con simple criterio práctico se les clasifica rebasados en un tiempo o directos y rebasados en dos tiempos o indirectos.

Los rebasados directos totales o parciales que son simples forrados.

Los rebasados en dos tiempos ofrecen una gama de posibilidades mucho mayor, tanto en la parte clínica (extensión -

y/o modelado de las bases] como en la de laboratorio [cambio-de dientes, cambio de altura, remodelado, etc.]

Antes de iniciar el rebasado, las prótesis deben tener buena extensión, buena oclusión central, altura correcta y carente de socavados retentivos y la eliminación del sarro cuando lo tienen, y para el rebasado directo, la activación de la superficie de asiento con ayuda de piedras para acrílico de tamaño apropiado.

Renovación

Pasado el período de atención más menos inmediato, el paciente debe ser instruido de la necesidad de vigilar sus prótesis y de reajustarlas después de un tiempo, para evitar el -- riesgo de las hipertrofias marginales, así como de trastornos en la altura y en la estética.

Saizar, Hughes [1951], Gieler [1955] y muchos otros, -- aconsejan renovar las prótesis al cabo de un año aproximadamente siempre que el paciente pueda hacerlo. Esta renovación tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Se puede hacer técnica correcta sin recurrir a procedimientos de urgencia.
- 2.- Si se produce cualquier falla, el paciente sigue como -- estaba.
- 3.- Una vez instalada la segunda prótesis, puede remontarse la primera y el paciente queda en posesión de dos próte

sis.

Conservación Funcional y Estética

Los registros preextracción, así como las prótesis inmediatas existentes en la boca constituyen excelentes elementos de juicio para restaurar la altura facial y la posición de los arcos dentarios en las prótesis sucesivas a lo largo del tiempo.

Cada nueva mordida debe verificarse con las medidas anteriores. En los pacientes que poseen dos prótesis la remonta permite prolongarles el servicio efectivo. El desgaste de los dientes es el factor que impone en muchos casos la renovación posterior.

En prótesis con dientes de acrílico que han perdido su altura puede a veces obtenerse una restitución funcional reconstruyéndoles las superficies oclusales con acrílico. Como complemento del servicio, luego que se ha colocado la prótesis regular, conviene rebasar, arreglar y pulir la primitiva prótesis inmediata para que sea conservada como repuesto.

El consejo de la Academy of Denture Prosthetic (1968) debe tenerse permanentemente en cuenta "Una Prótesis Inmediata debiera hacerse esencialmente para pacientes que comprenden los requisitos y desean cooperar con el odontólogo" y agrega este servicio debe considerarse laborioso y que requiere exactitud.

CAPITULO V

SOBREDENTADURAS

a) *Concepto*

b) *Utilidad*

c) *Ventajas y Desventajas*

d) *Objetivos*

Concepto

Es una Prótesis parcial, completa o removible construida sobre dientes o raíces retenidas, que pueden haber sido preparados o no. También se le conoce con los nombres de dentadura superpuesta, dentadura telescópica y prótesis híbrida.

Este no es un concepto nuevo, pero en años recientes se ha aceptado como el método preferido para el tratamiento de muchos pacientes, ya es considerado como otra posibilidad al esbozar el plan de tratamiento.

Anteriormente cuando los pacientes acudían al consultorio como candidatos para prótesis, con dientes que eran ya muy estropeados, con alteraciones periodontales o que no disponían de medios económicos para pagar un tratamiento restaurador extenso se procedía a la extracción de los dientes que tal vez en circunstancias más favorables podrían haber sido conservados. Esto conducía a la construcción de dentaduras completas con todos sus peligros y errores. La resorción del hueso inicia un círculo vicioso de dentaduras mal ajustadas que provocaban inflamación, la cual a su vez aumentaba el proceso de resorción creando una base aún más inestable, volviendo a repetirse así todo el proceso. La resorción del hueso basal asociada a la declinación de la función neuromuscular del paciente debido a la disminución de la respuesta propioceptiva consecutiva a la pérdida de los dientes, conduce

finalmente al fracaso de las dentaduras.

La prevención debe empezar antes de que el paciente pierda algún diente -esto sería lo ideal- sin embargo no se debe limitar el procedimiento a pacientes con dentición completa o casi completa, no hay ninguna razón para no poder -- realizar odontología preventiva en personas con solo unos -- cuantos dientes, y no encontraremos ningún ejemplo de odontología preventiva que sea más convincente que el uso de Sobredentaduras. El dentista debe hacer lo posible por evitar que su paciente ingrese a la categoría de edéntulos.

La sobredentadura permite utilizar los adelantos logrados en los tratamientos periodontales y endodónticos, aún en presencia de una relación corona-raíz muy baja, siendo -- por lo tanto este otro método eficaz de tratamiento. Se ha observado que aún dientes de gran movilidad pueden ser anclajes excelentes para una sobredentadura después de un tratamiento periodontal.

Objetivos

Los objetivos que cumple la Sobredentadura aunque evidentes son muy importantes.

- 1.- En primer lugar la Sobredentadura mantiene los dientes como parte del reborde residual, lo cual proporciona un soporte para la dentadura mucho más firme que cualquier dispositivo adicional, ya que la dentadura se halla asentada literalmente en "pilotes" dentarios que la hacen resistente a las cargas oclusales sin moverse. Los dispositivos de retención pueden incorporarse en el contacto dentadura-diente proporcionando retención y soporte más perfectos. No en todos los casos es necesario utilizar dispositivos de retención.
- 2.- Otro de los objetivos importantes que cumple la Sobredentadura es la disminución de la velocidad de resorción. Ya que efectivamente el hueso alveolar existe como soporte para los dientes. Cuando se eliminan los dientes, entonces el proceso alveolar inicia la resorción cuya velocidad será proporcional al tiempo transcurrido desde la extracción de los dientes. Si añadimos a esto el traumatismo constante de la dentadura completa es fácil comprender porque la resorción se acelera de forma alarmante. En un estudio realizado por Crum y Rooney, se comprobó claramente que el empleo de Sobre-

dentadura conserva el hueso alveolar.

- 3.- *Con la Sobredentadura se logra una mayor habilidad en la manipulación, por parte del paciente. Al conservar los dientes como soporte para la Sobredentadura también se conserva la membrana periodontal que rodea a los dientes, esto permite mantener los impulsos propioceptivos que son transmitidos por dicha membrana, evitando de este modo la desaparición de una parte muy importante de complejo nervioso miofacial y por esta razón el paciente conserva capacidad sensitiva notable para darse cuenta del contacto oclusal. Esta capacidad permite al paciente con Sobredentadura regular las fuerzas de la oclusión casi de la misma manera que una persona con dientes naturales.*

Indicaciones

Debe compararse el resultado que dará una Sobredentadura con el que dará una dentadura convencional o una parcial removible, si el resultado es igual o superior, deberá elegirse la sobredentadura, ya que la función más importante de ésta es la conservación de los dientes y el parodonto en buen estado.

Cuando los dientes ausentes se encuentran en un solo proceso y los dientes antagonistas son dientes naturales, debemos conservar algo que ayude a la mucosa y al hueso a resistir adecuadamente, las fuerzas de oclusión. Esta ayuda será dada por las raíces que se dejen en el proceso.

Cuando encontramos un paladar muy profundo y el proceso maxilar muy reabsorbido y en declive, es difícil hacer una dentadura estable y firme. Si se conservan algunos dientes pilares, ayudarán a mejorar la estabilidad y la retención. Lo mismo sucede en el proceso mandibular, cuando la porción sublingual es muy corta y el piso de boca se encuentra sobre él, la estabilidad y retención aumentarán si tienen algún diente-pilar.

En los dientes que, por su poco soporte parodontal, tendrían un pronóstico desfavorable, es útil, ya que con el tratamiento endodóntico y la reducción adecuada de su corona, se mejora notablemente, la proporción corona-raíz y se disminuyen, por consecuencia las fuerzas de palanca ejercidas sobre-

la raíz.

Puede usarse también en las prótesis parciales removibles, cuando la corona de un diente está en muy malas condiciones y el soporte parodontal es insuficiente.

Cuando el paciente tiene una prótesis parcial removible y los dientes pilares presentan caries y movilidad, estos dientes pueden reducirse y la prótesis parcial convertirse en una sobredentadura.

Contraindicaciones

La sobredentadura está contraindicada cuando el resultado que va a dar en boca es menos eficiente que el que ofrecería otro tipo de tratamiento.

Cuando la higiene oral del paciente es muy mala y no puede mantener una higiene adecuada en los dientes pilares que soportarán la sobredentadura.

Ventajas y Desventajas

Mencionar las ventajas y desventajas más importantes

VENTAJAS.

1.- Conservación del hueso alveolar

La conservación de los dientes no solo conserva el hueso alveolar que soporta a los dientes sino también al hueso alveolar adyacente a estos dientes.

2.- Conservación de la respuesta propioceptiva.

La existencia de la membrana parodontal debajo de la Sobredentadura proporciona al paciente un sentido de discriminación imposible de lograr con las dentaduras tradicionales.

3.- Soporte

Los apoyos dentarios naturales de la Sobredentadura proporcionan una base estática y estable. Efectivamente, - la Sobredentadura no se mueve. Una base estable como esta mejora la oclusión mediante registros mandibulares - más exactos y aumenta la comodidad del paciente disminuyendo el traumatismo que produce la base de dentadura tradicional en los tejidos de apoyo.

4.- Retención.

Generalmente la retención obtenida con el simple recubrimiento de la cara oclusal [overlaying] es suficiente. Sin embargo, en algunos casos podrá ser conveniente au-

mentar la retención, lo cual es fácil de realizar recurriendo a alguno de los dispositivos de unión.

5.- Tratamiento para pacientes con defectos congénitos.

Anteriormente los pacientes con defectos congénitos como paladar hendido, anodoncia parcial, microdoncia, amelogénesis imperfecta, etc. tenían que someterse a tratamientos complicados, largos y costosos. Actualmente con la Sobredentadura es posible ofrecerles un tratamiento relativamente rápido y menos costoso. Ahora estos pacientes pueden recuperar la comodidad y aspecto estético.

6.- Conservación de la Salud Periodontal

Como los dientes de anclaje son de acceso fácil y como rara vez se utiliza ferulización, el paciente puede emprender un tratamiento a domicilio enérgico para conservar el periodonto en buen estado de salud.

7.- Aceptación del enfermo.

Generalmente la aceptación de este tratamiento es total, ya que el paciente experimenta una mejora sorprendente tanto en la función como en el aspecto estético, conservando parte de sus dientes naturales y este hecho les levanta el ánimo.

8.- Convertibilidad.

Este tipo de dentaduras están diseñadas de tal forma que si por alguna causa los dientes recubiertos han de ser extraídos, la Sobredentadura podrá ser convertida rápidamente

te para aceptar la modificación. Aún en caso de que sea necesario eliminar todos los dientes, la Sobredentadura debido a su diseño básico de dentadura completa podrá -- ser sometida a rebase, transformándola en una dentadura completa tradicional.

- 9.- El aspecto económico total es una ventaja, aunque efectivamente el costo inicial es mayor, sobre todo debido a los tratamientos periodontales y endodónticos y a veces a la fabricación de un dispositivo retenedor vaciado. -- Sin embargo si se toma en cuanto al servicio proporcionado, la facilidad del mantenimiento durante años el reporte tan bajo de reajustes necesarios y si se compara con otro tratamiento posible que puede ser prótesis fija extensa o parcial removible nos damos cuenta que la sobredentadura sale ganando en cuanto a costo.

10.- Armonía de la forma de la arcada.

Se ha visto, que la combinación en pacientes con dentadura superior completa opuesta a dentadura inferior parcial removible, produce gran resorción del hueso que estaba directamente opuesto a los dientes inferiores naturales. Este y otros problemas similares pueden evitarse si desde un principio, el dentista conserva algo de diente naturales.

11.- Facilidad de mantenimiento.

Las reparaciones, rebases y demás procedimientos pueden ser realizados en forma semejante a como se hace con la..

dentadura completa tradicional.

12.- Estabilidad

Se puede comparar a la que nos brinda una prótesis parcial removible.

13.- Estética.

Es buena, ya que los dientes artificiales anteriores -- pueden ser colocados en una buena posición, con la consecuente adaptación a los pilares. En comparación con la - prótesis parcial removible la ventaja es que no son visibles los retenedores.

14.- Oclusión.

Si existe algún problema con la articulación temporomandibular, al retirar la interferencia oclusal que lo causaba puede darse la forma adecuada al plano oclusal de - los dientes artificiales. En caso de que la oclusión fuera la adecuada en los dientes naturales puede ser repro- ducida en la sobredentadura.

15.- Higiene.

Como los dientes pilares generalmente son anteriores y - no tienen adyacente, hacen que su limpieza sea muy sencilla.

DESVENTAJAS

1.- Propensión a Caries.

El problema más apremiante de la sobredentadura es destrucción por caries de los dientes recubiertos. Esto incluye, dientes que fueron reducidos solo después de hacer un tratamiento endodóntico y sobre los cuales fueron colocados recubrimientos vaciados. Es necesario, insistir en la importancia de cuidados escrupulosos hechos en casa por el paciente, como tratamiento de esta complicación además de las citas frecuentes de revisión para detectar las lesiones incipientes.

2.- Socavaduras del hueso.

Debido al espacio limitado para inserción de los dispositivos, las socavaduras ósea, principalmente las contiguas al diente recubierto, han planteado el problema del contacto estrecho entre la ceja de la dentadura y el tejido subyacente. Generalmente es imposible eliminar la socavadura ósea por medio de cirugía puesto que, el hueso afectado es el proceso alveolar que da apoyo al diente recubierto.

3.- Contorneo exagerado.

Frecuentemente, debido a las socavaduras o a la existencia de espacio interborde estrecho, se dificultará contornear de modo adecuado la base de la dentadura para lograr un aspecto estético óptimo. Generalmente, la pla-

nificación correcta y una selección atinada de los pacientes pueden aminorar estas dificultades.

4.- Salud Periodontal del diente de anclaje.

La evaluación del estado del periodonto, es una etapa de gran importancia en la construcción de la sobredentadura. Por esta razón, es necesario que antes de comenzar el tratamiento se eliminen; la inflamación, bolsas defectos - - óseos, zonas de encla poco adherida.

CAPITULO VI

Requisitos para una Sobredentadura

- a) Conservación de la salud parodontal*
- b) Reducción de la corona*
- c) Tejido del Area Basal*
- d) Construcción y mantenimiento simple*
- e) Sencilla manipulación*

De los requisitos que debe cumplir la sobredentadura-
los más importantes son:

Conservación de la Salud Parodontal

La condición más importante para la colocación de una sobredentadura, es la conservación del estado de la salud de las estructuras dentarias, sin las cuales la dentadura no puede sostenerse. Ante todo, es preciso examinar y evaluar el estado periodontal de los dientes, que serán utilizados como anclajes para la sobredentadura. Sin embargo una relación corona-raíz aumentada, o resorción ósea extensa y movilidad del diente no contradicen necesariamente el uso de este diente para anclaje. Muchos dientes con estos signos iniciales fueron utilizados y sirvieron durante muchos años. Pero es indispensable tratar antes la enfermedad periodontal y, por supuesto, deben eliminarse todas las bolsas.

Reducción de la Corona

La reducción de la corona tiene un efecto favorable inmediato sobre la movilidad del diente, debido a la disminución del largo del brazo de palanca que transmite fuerzas de rotación o torsión al diente móvil. La movilidad del diente disminuye con el uso de sobredentaduras siempre y cuando se conserve el periodonto en buenas condiciones.

Tejido del Area Basal

Este tejido debe ser tratado con la idea de que responda también favorablemente bajo la silla de montar de la prótesis. Es indispensable una base ajustada perfectamente para distribuir la carga sobre una superficie amplia, también es necesario lograr un contacto tisular absoluto, para evitar la acumulación de alimentos y placa bacteriana debajo de la base.

Construcción y Mantenimiento Simple

El dispositivo debe ser de mantenimiento y construcción relativamente sencilla, para que en caso de fractura (que son hechos frecuentes en este tipo de dentaduras) no sea demasiado difícil su reparación. Se debe usar refuerzo metálico para tratar de evitar dichas fracturas.

Sencilla Manipulación

El paciente debe poder colocar y quitar la dentadura con facilidad. Frecuentemente cuando se emplean dispositivos de retención esta maniobra se vuelve sumamente difícil para el paciente. Es preciso evitar esta dificultad, ya que este forcejeo puede dañar la base o los dientes de anclaje. Por esta

razón se debe escoger con cuidado el tipo de Sobredentadura - que será utilizada en un paciente determinado.

Lógicamente la dentadura que llena todos los requisitos mencionados anteriormente, debe cumplir también los requerimientos de las dentaduras tradicionales. Por lo tanto aspectos como recubrimiento tisular adecuado, sub y sobreextensión de bases, registros mandibulares, oclusión armoniosa y factores de estética no deben ser ignorados.

CAPITULO VII

Técnicas para la Preparación de los Dientes

- a) *Reducción de los dientes vitales*
- b) *Recubrimiento de los dientes vitales*
- c) *Tratamiento Endodóntico y restauración de Amalgama en el conducto Radicular.*
- d) *Tratamiento de Endodoncia y Recubrimiento Vaciado.*
- e) *Tratamiento Endodóntico y Dispositivo de Conexión.*
- f) *Dispositivos de Conexión.*

Después de determinar que el paciente es aceptable, y desde el punto de vista de motivación y de salud, deben seleccionarse los dientes que servirán de anclaje para la sobredentadura propuesta. La correlación de los hallazgos clínicos -- con la interpretación del estudio radiográfico nos dará una base para hacer la selección. El estado parodontal, facilidad para la endodoncia, consideraciones de posición y el estado de caries, son los cuatro criterios para considerar cuando un diente puede ser tomado como anclaje para una sobredentadura.

Estado parodontal.- Muchos de los pacientes que son candidatos para el uso de sobredentadura, lo son debido a que presentan una enfermedad parodontal crónica de larga duración. Por esta razón es por lo que, frecuentemente no es posible seleccionar un pilar con un soporte parodontal ideal, por esto es importante seleccionar un diente que pueda ser retenido, y no uno con un pronóstico parodontal desfavorable.

Los probables anclajes deben tener un soporte óseo en la raíz, de por lo menos 6 mm. y por supuesto, un soporte mayor es mucho más favorable. Los dientes que tengan una movilidad horizontal considerable o que puedan ser desplazados verticalmente, representan unas opciones muy pobres para pilares de sobredentadura.

La efectividad del control que tenga el paciente sobre la placa dentobacteriana en sus dientes naturales y la presencia de una prótesis, siempre serán indicios de éxito para la sobredentadura.

Si vemos que la higiene oral es deficiente y se manifiesta por una acumulación de placa en los dientes naturales, y además encontramos una prótesis, sabremos que tenemos unos hallazgos negativos que tendrán que ser corregidos mediante el mejoramiento de la higiene oral, ya que de otra manera, el tiempo de servicio de la futura sobredentadura se verá limitado muy severamente.

Potencial endodóntico. - Los dientes que se han seleccionado deben tener facilidad para poder ser tratados endodónticamente. A pesar de esto, a veces tenemos algunas excepciones, el tratamiento endodóntico se recomienda debido a sus ventajas, que son mayores comparadas con el costo del tratamiento. El tratamiento endodóntico nos ayuda a mejorar significativamente la proporción corona-raíz, ya que los dientes tratados de esta manera pueden ser reducidos mediante el corte de sus coronas. Contribuye también a mejorar la estética, ya que permite que los dientes de la sobredentadura igualen a los naturales en tamaño, forma y posición.

Consideraciones de posición. - Las preguntas acerca de la posición incluyen aquellas como, cuantos serán los pilares deseables y en que lugar del arco deben estar colocados. - Dos pilares (frecuentemente caninos) es el número que generalmente encontramos. A veces se usan tres pilares, que son casi siempre dos caninos y un segundo premolar o, dos caninos y un incisivo central en el arco maxilar. La última combinación es particularmente efectiva en el arco maxilar, cuando en el ar-

co inferior encontramos dientes naturales como antagonistas, - que frecuentemente se encuentran en la posición anterior de dicho arco. También existen otras combinaciones de tres dientes, pero las mencionadas anteriormente, son las más comunes. Cuatro pilares en un solo arco, dos caninos y dos premolares; nos dan como resultado una sobredentadura que está soportada, primariamente por dientes y que recibe soporte secundario de los procesos óseos. Cuando se tienen más de cuatro pilares - en el mismo arco, deben ser considerados otros métodos de -- restauración.

Estado de caries.- Las lesiones cariosas indican problemas con los cuidados caseros y con la dieta, por lo que - siempre son factores negativos. El medio ambiente en el que el pilar se encuentra requiere una salud oral óptima, así como una buena salud general. Es muy riesgoso hacerle una so--bredentadura a pacientes con altos índices de caries y deficiente controles de placa. Pacientes inestables o con enfermedades sistémicas incontrolables son también malos candidatos.

La preparación de los pilares implica a menudo, la -remoción de la mayor porción coronaria del diente. Una reducción adecuada puede provocar una exposición pulpar, por lo - que la terapia endodóntica es frecuentemente indicada antes- de la preparación de los mismos. Los objetivos del tratamiento endodóntico son los siguientes:

- 1.- Para retener la raíz dentro del alveolo, para que soporte y estabilice la sobredentadura.
- 2.- Para conservar la altura de la cresta alveolar y el reflejo propioceptivo del ligamento parodontal.
- 3.- Para facilitar la reducción de la corona clínica, para mejorar la relación coronaria-raíz, lo cual es particularmente importante para aquellos pilares con problemas parodontales.

Técnicas para la Preparación de los Dientes:

Existen varias técnicas para la preparación de los dientes que habrán de servir como anclajes para la Sobredentadura. Entre estas cabe mencionar las siguientes.

Reducción de los Dientes Vitales

En este procedimiento los dientes restantes son modificados simplemente para eliminar las socavaduras, y si es necesario se reduce también su altura vertical para crear más espacio entre los bordes a fin de poder alojar la dentadura.

Esta técnica requiere, higiene bucal perfecta con índice de caries bajo. Asimismo cuando es necesario reducir los dientes, es indispensable que sea lo suficientemente alejado de la pulpa vital con el fin de que los dientes, una vez reducidos, no sean sensibles al medio bucal ni al contacto con la Sobredentadura.

Esta técnica es útil en pacientes parcialmente anodnticos o en personas con abrasión intensa de los dientes. La preparación de los dientes antes de la impresión es mínima, lo que hace que esta técnica sea reversible. La razón por la cual es posible tal preparación es la presencia de mucho espacio libre. Los resultados de esta técnica especialmente en casos de microdoncia o anodncia parcial, son asombrosos.

Recubrimiento de los Dientes Vitales

Ocasionalmente después de reducir los dientes, se hace el recubrimiento vaciado sobre los dientes como preparación para la Sobredentadura. Este procedimiento es necesario debido a la sensibilidad de los dientes o como medida de control de caries. Como estos dientes no fueron tratados endodónticamente, su vitalidad es conservada. Lógicamente esto solo es posible cuando los dientes poseen un soporte óseo adecuado y un periodonto en buenas condiciones, ya que con este método la reducción de la relación corona-raíz es mínima. Otra limitación es la reducción mínima de la altura de la corona.

Tratamiento Endodóntico y Restauración de Amalgama en el Conducto Radicular.

Esta técnica está indicada cuando la altura de la corona es normal y el espacio libre normal con poca o ninguna disminución de la dimensión vertical. En este caso, con el fin -- de crear espacio suficiente para la Sobredentadura sin abrir -- la dimensión vertical, los dientes deben reducirse a nivel gingival. Debido a esta reducción tan drástica es conveniente hacer un tratamiento de endodoncia. Una vez hecha la endodoncia se corta el diente a nivel gingival o ligeramente arriba (1 a 2 mm.) y se coloca una restauración de amalgama en el conducto radicular abierto. La dentina restante es aislada y pulida, de

jando así una superficie de amalgama que casi no retendrá placa bacteriana y que podrá ser limpiada fácilmente. Para que este procedimiento dé buenos resultados, el índice de caries debe ser bajo y el cuidado del paciente excelente a fin de prevenir la recidiva de caries. Piezas con antecedentes de afecciones periodontales pueden ser útiles para este método siempre que el periodonto haya sido tratado. También en esta técnica se pueden utilizar dientes hipermóviles, ya que la reducción drástica en la relación corona-raíz y el tratamiento periodontal prometen pronóstico muy favorable.

Frecuentemente recurrimos a esta técnica en lugar de usar la dentadura inmediata opuesta a dentición natural completa o parcial. En vez de utilizar la dentadura inmediata completa clásica en el día de la inserción, los dientes no necesarios son extraídos y los destinados a ser empleados para anclaje son reducidos dejando un reborde similar al de una dentadura inmediata. La diferencia es la presencia de estructura dentaria en el proceso alveolar modificado para recibir la Sobredentadura.

Tratamiento de Endodoncia y Recubrimiento Vaciado

Este procedimiento y sus indicaciones son casi iguales a las anteriores, solo que en lugar de colocar una simple restauración en el conducto radicular se usa un recubrimiento vaciado sobre el diente previamente tratado endodónticamente.

El recubrimiento vaciado se utiliza por temor a la recidiva de caries en la dentina expuesta, cuando hay antecedentes de procesos cariosos. Se ha observado que en pacientes con antecedentes de caries que no mejoran los cuidados en casa, la colocación de recubrimiento es de poca utilidad para prevenir, desde un principio, la caries en el diente de anclaje.

Tratamiento Endodóntico y Dispositivo de Conexión

Este tipo de tratamiento es muy útil en casos donde se desea obtener estabilidad y mejorar considerablemente la retención. Por esta razón requiere más tiempo, es más costoso y tiene mayores riesgos, es por esto que el tratamiento se reserva únicamente para pacientes con pronóstico favorable. Por lo mismo es indispensable que el índice de caries sea bajo, cuidado adecuado (por parte del paciente) y salud periodontal óptima. Los anclajes dentarios necesitan soporte óseo, para resistir las tensiones suplementarias que ejercen las conexiones sobre el diente.

El dispositivo de conexión reduce menos la relación -- corona-raíz que el simple vaciado en forma de cúpula. Debido a las tensiones que ejerce la Sobredentadura sobre la conexión, es indispensable disponer de mayor retención para el vaciado -- esto se logra alargando el pivote en el conducto radicular -- añadiendo espigas al vaciado.

Dispositivos de Conexión.

Solamente mencionaré los dispositivos más conocidos.

1.- Dispositivos Dalbo.

Esta formado por dos partes: un componente macho unido al diente y una parte hembra empotrada en la base de la dentadura. El componente macho es de forma redonda que permite un movimiento rotacional de la dentadura alrededor de él. La parte hembra se coloca en la dentadura de tal manera que haya cierto juego en su contacto con el componente macho.

2.- Dispositivo Ceka.

En este tipo de conexión el componente macho está fijo sobre el diente es de forma redondeada, más ancho en la punta y está partida en sentido vertical, en cuatro secciones, estas secciones son flexibles y pueden ser comprimidas. Sobre este componente encaja la parte hembra que será empotrada en la dentadura.

3.- Dispositivo Gerber

Existen dos tipos de dispositivo: uno con movimiento vertical, que produce poca fuerza rotatoria pero su diseño y fabricación son complicados. El otro tipo es rígido, no permite ningún movimiento, es más utilizado, está formado por una parte macho o poste, resorte y anillo de retención y una caja o canal general. La retención proporcionada es suficien-

te y la construcción es sencilla, pero el sistema es caro y el dispositivo puede ejercer una fuerza rotatoria si hay movimiento excesivo de la base.

4.- Ancla Zest.

Este dispositivo obtiene su fuerza de retención de la raíz. En el interior de la raíz se cementa un manguito hembra. El componente macho presenta una cabeza de bola y se une a la Sobredentadura. Este dispositivo tiene varias ventajas; - Una es que no hay problema de espacio ya que el dispositivo se encuentra en el interior de la raíz.

Otra es que el procedimiento es sencillo, puede realizarse en el consultorio sin necesidad de vaciado. Esto último puede convertirse en desventaja ya que como no se hace vaciado, ni recubrimiento, la raíz y el conducto radicular serán muy susceptibles a la caries.

5.- Barra de Conexión.

Los objetivos de la conexión mediante barra son la unión o ferulización de los dientes indicados y la retención del aparato de prótesis.

Existen varios tipos de barras pero los más usados actualmente son: la barra de solder y la abrazadera de Boker. La primera es una barra en forma de huevo unida a los recubrimientos. La segunda barra está formada por una barra calibre 12 o 14 con manga hecha para encajar a presión sobre la barra. La mayoría de las barras de conexión son demasiado volumino-

sas para poder utilizarlas con provecho en las dentaduras.

6.- Dispositivo Quinlivan.

Esta conexión está formada por una parte esférica pre fabricada de resina que será incorporada con el encerado de - poste y recubrimiento. Después el vaciado completo se cementa en el diente con previo tratamiento endodóntico.

Estos y muchos más dispositivos sirven para sujetar - una Sobredentadura, algunos muy eficaces otros menos. Cada -- uno de ellos tienen sus propias ventajas y desventajas y to-- dos pueden ser utilizados con éxito.

La decisión en cuanto a que tipo de conexión sería - conveniente usar depende del caso particular dado, de la prác tica del Dentista con los diferentes tipos de aparatos, de la posibilidad de encontrar el dispositivo escogido en el merca- do y, por último el precio de la conexión.

CAPITULO VIII

Instalación de la Sobredentadura.

a) Instrucciones al Paciente.

Conclusiones.

Instalación de la Sobredentadura

Antes de instalar la Sobredentadura definitivamente - se debe probar las veces que sean necesarias para corregir de talles.

Colocar una capa de pasta indicadora de presión en el interior de la sobredentadura y colocarla en la boca con suavidad. No se debe intentar llevarla hasta su lugar final.

Colocar la sobredentadura en boca hasta donde se pueda, sin forzarla para hacerla llegar a su lugar, retirarla y observar las áreas de interferencias indicadas por la pasta.

Rebajar dichas áreas, cubrir la sobredentadura con la pasta, nuevamente, y volverla a llevar a la boca del paciente. Son necesarios muchos ajustes antes de que la sobredentadura quede en su lugar. Las áreas del proceso que más frecuentemente son interferencias con las eminencias caninas, la región de la tuberosidad maxilar y las zonas retromilohioideas en la mandíbula.

La sobredentadura necesitará rebajarse en algunas zonas para poder meter y sacarla de la boca del paciente, sin provocarle molestia e irritación en los tejidos.

Cuando la sobredentadura llegue perfectamente a su lugar, debe chequearse la oclusión con una tela delgada y visualmente. Errores que aparentemente son de oclusión pueden ser interferencias de los pilares, que impiden que la sobredentadura llegue a su lugar.

Revisar la relación entre la sobredentadura y los pilares, con cera reveladora. Ajustar la sobredentadura o el diente pilar según sea necesario. Casi siempre la muesca corresponde a los dientes pilares, en la sobredentadura. Si el contacto es en un área muy delgada o angosta es preferible -- ajustar el diente pilar.

Verificar lo adecuado que fue el ajuste, con la aplicación de otra porción de cera. Hasta que se observe bien la capa de cera, se sabrá que ya no existe contacto entre la sobredentadura y el diente pilar.

Checar la oclusión de la sobredentadura y la extensión de sus bordes. Si es necesario, se harán los ajustes pertinentes.

Instrucciones al Paciente

Después de hacer los reajustes necesarios se coloca la sobredentadura en la boca y se dan instrucciones al paciente, para el cuidado y mantenimiento de la dentadura.

- 1.- Pedir al paciente que use la sobredentadura hasta que se haga el ajuste de la misma en la siguiente cita. La siguiente cita será al día siguiente.*
- 2.- Recomendar que la dieta sea blanda y sugerirle que descanse, en su casa, hasta la siguiente cita.*
- 3.- Proporcionar al paciente el teléfono para que nos consulte, en caso de que sea necesario.*
- 4.- Decirle que como está usando dentadura artificial, necesitará aprender cosas nuevas acerca de su boca. Si usted -- tiene una actitud positiva tendrá muy poca dificultad en adaptarse a ella.*
- 5.- Lea en voz alta o hable frente a un espejo. Esto le ayudará a solucionar sus problemas de fonética.*
- 6.- Usted es afortunado ya que su dentadura está soportada -- por dientes naturales. Es más difícil masticar sin la ayuda de uno o varios dientes, porque la dentadura es menos estable en la boca al masticar.*
- 7.- Explicarle al paciente que uno de los aspectos más importantes, para tener y mantener una salud oral adecuada en las personas que usan prótesis, es la necesidad de que dí*

chos pacientes estén conscientes del mantenimiento y los procedimientos de higiene oral que ésta requiere.

- 8.- Se le dice al paciente que su dentadura ha sido construí da con extrema precisión, para que la use en su boca y - que esta debe darle muchos años de comodidad y servicio. Sin embargo, su uso requiere responsabilidades, debido a la delicadeza y cuidados de su hechura. Su conservación - satisfactoria y su vida aproximada están relacionadas di rectamente a la higiene diaria adecuada, a la salud oral y a las visitas regulares al dentista.
- 9.- No deje que su dentadura llegue a ser una trampa para la comida, porque esto puede ser transmitido rápidamente a - sus dientes y encías.

Se considera que el punto más importante, es la erra dicación de caries y evitar el colapso periodontal provocado por la placa bacteriana. De los dos el problema más grave es el de la caries. Efectivamente la dentina y el cemento que - quedan al descubierto debajo de la sobredentadura son muy -- propensos a la caries. Los estudios realizados llevan a la - conclusión de que, la aplicación frecuente de fluoruro esta- noso a concentración baja sobre la dentina expuesta en forma de enjuagues y como parte de un tratamiento a domicilio son - muy útiles para controlar la caries en estas regiones.

Como tratamiento a domicilio se debe recomendar cepillado minucioso de los dientes y sobredentadura, es muy necesario el uso de seda dental, auxiliares periodontales, cepillos pequeños, puntas de caucho, etc. Para poder eliminar completamente la placa bacteriana de la superficie dentaria y de todos los surcos. El dentista y el paciente deben analizar -- juntos las ventajas de las diferentes técnicas para determinar cual es la más apropiada en el caso dado, pero no hay que olvidar que lo que se puede realizar con un paciente será a veces imposible con otro. Por esta razón cada programa de -- cuidados a domicilio debe elaborarse específicamente para cada paciente.

La sobredentadura es un método de tratamiento destacado, los dientes utilizados como soportes y la retención son de importancia decisiva para el mantenimiento de la salud. -- Un colapso en su estructura o en el soporte periodontal anula inmediatamente el principio de sobredentadura. Si queremos -- tener éxito, tenemos que dominar los factores que pueden poner en peligro el resultado final. Si logramos erradicar la -- enfermedad periodontal mediante tratamiento periodontal y cuidado a domicilio, si eliminamos la caries con tratamiento a -- domicilio y protección química y si escogemos con buen criterio a nuestros pacientes, entonces podemos estar relativamente seguros que la sobredentadura les proporcionará un servicio satisfactorio durante muchos años.

En la primer cita posterior a la instalación de la so
bredentadura se debe evaluar el progreso del paciente con la-
dentadura, después de que la ha usado 24 hrs., hacerle los --
ajustes necesarios a los pilares y a la sobredentadura.

- 1.- Preguntarle al paciente si ha tenido algún problema o mo-
lestia con la sobredentadura durante las 24 hrs. que la -
ha usado.
- 2.- Retirar la sobredentadura y revisar que no produzca molesu
tia, ni al quitarla ni al colocarla.
- 3.- Se deben localizar las áreas en donde la sobredentadura -
esta irritando.
- 4.- Ajustar las áreas necesarias en la sobredentadura.
- 5.- Evaluar la oclusión y ajustarla, si es necesario.
- 6.- Proporcionar las instrucciones para el cuidado de la sobreu
dentadura y los dientes pilares.

Instrucciones para la higiene oral

- a) **Pedir al paciente que continúe usando su sobredentadura durante la noche en la primera semana.**
- b) **Explicarle que la sobredentadura debe ser limpiada perfectamente. La sobredentadura se retirará de la boca, se enjuagará, y se cepillará con un cepillo de cerdas suaves y jabón. Prevenir al paciente de que no debe usar limpiadores abrasivos caseros, para limpiar la sobredentadura, ya que raspará la superficie pulida de la dentadura, y dificultaría el mantenerla limpia.**
- c) **Después de la primera semana, debe retirarse la sobredentadura de la boca en las noches. Deberá colocarla en una solución limpiadora de dentaduras. Esta solución no es un sustituto del cepillado, sino que debe usarse junto con él. No debe permitirse que la placa se acumule en las superficies de la sobredentadura.**
- d) **Debe iniciar también el cepillado de los dientes pilares.**
- e) **Recomendar un dentífrico que contenga fluoruro.**
- f) **Enfatizar, continuamente, que el éxito de la sobredentadura y el tiempo de servicio de la misma, dependerá única y exclusivamente del nivel de higiene oral.**
- g) **Pedir al paciente que mastique chicle para condicionar los tejidos. La respuesta tisular es excelente, si se ve ayudada por la masticación del chicle.**
- h) **Mostrar al paciente la manera correcta de meter y sacar su sobredentadura, y pedir que él o ella lo efectúe.**

No hay duda de que una sobredentadura puede brindar un -- servicio efectivo durante muchos años. No todas las Sobredentaduras tienen el mismo éxito, y hay veces que existen fallas como resultado de una higiene oral deficiente después de la -- inserción de la sobredentadura, o de una selección equivocada de los pilares. La higiene oral es un factor muy importante -- en el éxito de una sobredentadura, y esto debe hacersele entender, perfectamente, al paciente. Los pacientes que usan -- sobredentadura deben acudir a citas cada seis meses. Cuando -- la higiene es excelente, se le puede dar cita una sola vez al año, en cambio hay otros pacientes que tienen que acudir con -- más frecuencia al consultorio. A veces los pilares que soportan una sobredentadura se pierden debido a un problema parodontal, a un problema carioso, a una falla en el tratamiento -- endodóntico o por trauma. La mayoría de los dientes pilares -- se pierden debido a que la enfermedad parodontal se agrava, -- sólo un porcentaje menor se pierde por caries. Uno de los -- principales indicios de que existe un problema en los dientes pilares es la inflamación en la encla marginal. Si esta infla -- mación no se controla, puede aumentar y provocar bolsas parodontales más profundas, en donde haya daño óseo y abscesos pa -- rodontales.

A veces es necesario efectuar tratamientos parodontales -- en los dientes pilares, después de que la sobredentadura se -- ha insertado. Después de usar una sobredentadura durante 1 ó -- 2 años se puede clasificar a los pacientes en tres categorías.

El primero es un grupo pequeño, en el cual las fallas se deben a la mala higien oral de los pacientes. A través de los años, los dientes pilares presentan movilidad y se tienen que extraer, por lo que será necesario convertir la sobredentadura en una dentadura total convencional. Para convertirla en una dentadura total, solamente se necesita realizar un rebase de la sobredentadura.

El segundo grupo es más numerosos, incluye a aquellos pacientes en donde los resultados han sido moderadamente buenos. Los niveles de higien oral varían desde la higien oral - pobre, hasta la que puede considerarse razonablemente aceptable. Estos pacientes requieren ser motivados con mucha frecuencia. Bajo la supervisión del dentista, hay algunos que mejoran su nivel de higiene oral, pero hay otros pacientes que a pesar de los esfuerzos del dentista, descuidan su higiene - perdiendo sus dientes pilares, como consecuencia.

La tercera categoría comprende, a aquellos pacientes - que tienen un pronóstico excelente, su higien oral es excelente y los dientes tienen una enca completamente sana.

CONCLUSIONES

La Sobredentadura y la Prótesis Inmediata son dos alternativas de tratamiento y su éxito depende de la capacidad del Dentista.

La Sobredentadura ofrece la posibilidad de utilizar piezas débiles y dudosas, permitiendo una buena estabilidad y retención, preservando las estructuras de soporte al mantener raíces en la arcada, evitando la resorción ósea, por esta razón este tratamiento es un elemento valioso entre las soluciones que podamos ofrecer a nuestros pacientes. Este tipo de restauración se puede realizar en relativamente poco tiempo y su costo moderado le permite estar al alcance de un gran número de personas.

La prótesis Inmediata se utiliza cuando por alguna razón, se hacen necesarias las extracciones, con ella logra una mejor cicatrización de los maxilares. También es muy importante el papel que desempeña en el aspecto psicológico del paciente, ya que éste deja de sentirse humillado ante la sociedad, porque con este tipo de tratamiento se elimina el tiempo de espera.

Los dos tratamientos son muy importantes y para decidir cual se debe utilizar en un caso particular, este debe ser estudiado para hacer una selección adecuada y obtener éxito.

Espero que esta tesis sirva como un estímulo para la -
investigación y estudio en este campo tan interesante de la --
Odontología.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pedro Saizar
Prostodoncia Total
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
- 2.- José V. Osawa Deguchi
Prostodoncia Total
Textos Universitarios P. O., U.N.A.M.
2a. Edición.
- 3.- Swenson Merril G.
Dentaduras Completas
U.T.E.H.A
1a. y 2a. Edición.
- 4.- H.O. Capusselli y T. Schuartz
Tratamiento del Desdentado Total
Editorial Mundi
1a. Edición.
- 5.- Francisco Le Pera
Enfoque Nons-biomecánico en el tratamiento del
Totalmente desdentado
Editorial Mundi.
- 6.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Dentaduras Completas
Editorial Interamericana
- 7.- Lee Watter Doxtater
Dentaduras Completas y Parciales
Editorial U.T.E.H.A.

- 8.- Henderson Steffel
Prótesis Parcial Segdn Mc Crahen
Editorial Mundí
1a. Edición.
- 9.- Nagle Sears
Prótesis Dental
Editorial Toruy
2a. Edición.
- 10.- Rebossio Adalberto David
Prótesis Parcial Removible
Editorial Buenos Aires 1955.
- 11.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Puentes Removibles Parciales
Editorial Interamericana
1a. Edición en Español.
- 12.- Pedro Saizar
Tratamiento Protésico de la Edentación Total
Editorial Progrental.
- 13.- Quinta esencia
Revista Mensual Odontológica Clínica
Edición Española
Volúmen 2 Nov. 1980.
- 14.- Brewer A. Allen.
La Sobredentadura
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Vol. 17 # 4 año 1977.

- 15.- Amstrong R L; Boone M E
Endodontics and the Overdenture
111 Dent J 47(2): 78-80, Feb. 78.
- 16.- Fenton A H; Hahnn N
Tissue Response to Overdenture Therapy
J. Prosthet Dent. 40 (5): Nov. 78.
- 17.- Essenfeld G.
The Immediate Overdenture
Dent. Surv 54(8): 18-22, aug. 78.