

Op. 386



"Escuela Nacional de Estudios Profesionales"

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

"PROSTODONCIA TOTAL SOBREPUESTA"

TRABAJO DE TESIS

que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presentan:

MARIA TERESA ZEPEDA MENDOZA

JORGE CISNEROS TORRES

San Juan Iztacala

México 1980



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.

P R O T O C O L O

El tema de tesis con el nombre "Prostodoncia Total Sobrepuesta", tiene como finalidad presentar un trabajo clínico; así como cumplir con el requisito que decreta la Universidad Autónoma de México, para obtener el título de Cirujano Dentista.

La Prostodoncia Total Sobrepuesta es un tema de reciente aparición; pero se sabe de investigaciones realizadas en diferentes Universidades del Mundo.

Lo interesante de este tema es que se interrelacionan cuatro ramas de la Odontología para elaborar la Prostodoncia Total Sobrepuesta, que son:

PARODONCIA

ENDODONCIA

PROTESIS FIJA

PROTESIS TOTAL

La interrelación de estas cuatro ramas nos da como resultado; el conservar parte de la estructura de los dientes remanentes, que

nos van a proporcionar estabilidad, retención y lo más importante mantener el nivel de hueso alveolar que es el principal soporte de una prótesis total.

Por las investigaciones realizadas, la Prótesis Total Sobrepuesta da como resultado que el paciente continúa desarrollando estímulos propioceptivos al masticar, es decir que siente como si realmente estuvieran implantados los dientes de la prótesis en el proceso alveolar.

Este resultado es debido a que se conservan las raíces de los dientes remanentes; por lo tanto psicológicamente el paciente se adapta rápidamente al aparato protésico, ya que no se encuentra mutilado totalmente de sus piezas dentarias.

La Prótesis Total Sobrepuesta es una indicación para resolver los padecimientos de muchos pacientes con enfermedades que a nivel bucal causan una rápida destrucción ósea del proceso alveolar.

Las razones que nos motivaron a desarrollar este tema es que lo llevaremos a cabo teórica y clínicamente, así nosotros trataremos de hacer conclusiones de las investigaciones ya realizadas sobre este tema; por lo cual, el trabajo clínico, que se va a presentar en esta tesis; se encamina a solucionar los problemas bucales de un paciente parcialmente edéntulo.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I.

PROSTODONCIA TOTAL SOBREPUESTA

GENERALIDADES	1
IMPORTANCIA DEL CRITERIO PARA LA SELECCION DEL DIENTE QUE DEBE SER CONSERVADO (INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES)	3
IMPORTANCIA DE LA ENDODONCIA Y PROTESIS FIJA EN LA ELABORACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL SOBREPUESTA	5

CAPITULO II.

CASO CLINICO.	8
HISTORIA CLINICA MEDICA Y DENTAL	11
SERIE RADIOGRAFICA	19
MODELOS DE ESTUDIO	26
FOTOGRAFIAS DE FRENTE Y PERFIL	28
DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.	29

CAPITULO III	
TRATAMIENTO PARODONTAL	31
CAPITULO IV	
TRATAMIENTO ENDODONTICO	36
CAPITULO V	
TRATAMIENTO PROTESICO	47
ELABORACION DE COFIAS Y PERNOS VACIADOS Y ADITAMENTOS DE RETENCION	49
CAPITULO VI	
ELABORACION DE LA PROTESIS TOTAL	55
CAPITULO VII	
INDICACIONES AL PACIENTE	61
SERIE RADIOGRAFICA POSTOPERATORIA	63
FOTOGRAFIAS POSTOPERATORIAS DE FRENTE Y PERFIL	65
CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFIA.	69

I N T R O D U C C I O N

El contenido de esta tesis es el desarrollo de una técnica de elaboración de la "Prostodoncia Total Sobrepuesta", mejor conocida como "Sobredentadura"; que es una prótesis dental completa sobre estructuras radiculares.

En los primeros capítulos se desarrollan generalidades del tema, - así como la historia clínica (medica y dental), del caso clínico.

La técnica a elaborar implica la interrelación de varias ramas de la Odontología como son: PARODONCIA, ENDODONCIA, PROTESIS FIJA Y PROTESIS TOTAL.

La parte clínica de la interrelación de estas ramas se verifica con fotografías de la secuencia del tratamiento.

C A P I T U L O I

P R O S T O D O N C I A T O T A L S O B R E P U E S T A

G E N E R A L I D A D E S

La idea de conservar unos dientes para apoyar una dentadura completa en boca severamente dañada por una infección dental, -- no es nuevo; esta práctica ha sido reportada extensamente en la literatura dental en los últimos veinte años. Dentaduras telescópicas, dentaduras incrustadas, prótesis removibles incrustadas y sobredentaduras, son términos para identificar a una dentadura completa con un apoyo dental, y se duda, poco, de que este procedimiento sea un práctico y valioso servicio dental. Sin embargo las indicaciones recomendadas para la conservación de los dientes útiles debajo de una dentadura completa son variados y contravertidos.

La construcción de una Prótesis Total manteniendo en el -- proceso alveolar parte de la estructura de los dientes conservados (raíces); trata de prevenir la reabsorción del hueso alveolar y al mismo tiempo dar mayor retención; así como conservar el mecanismo propioceptivo, se le conoce como "Técnica de la Sobredentadura".

La conservación de ciertos dientes o raíces de dientes y la construcción de una Prótesis Total Sobrepuesta mantiene la integridad del hueso alveolar. Aunado al mecanismo de propiocepción a través del ligamento periodontal y disponer de una estabilidad adicional, así como de una retención suplementaria.

En siete años de estudio la pérdida del hueso alveolar, Tallgren demuestra que en áreas parciales desdentadas, hay casos en los que fueron perdidos 0.8 mm. de hueso alveolar, comparadas con la pérdida de 6.6 mm. en casos de maxilares completamente desdentados.

Loiselle, Crum, Roomy y Stuever, comparando pacientes totalmente desdentados pero que se han provisto de Prótesis Totales, con pacientes que conservan sus raíces anteriores se encontró que la conservación de las raíces mantiene el nivel de hueso alrededor de las mismas. En los dos primeros años de este estudio no hubo cambio perceptible en la altura del borde residual, así como las pruebas de propiocepción con Prótesis Total Sobrepuesta demostraron ser mejores que las pruebas de propiocepción en pacientes edéntulos.

El mecanismo propioceptivo funciona a través del ligamento periodontal; la presión en la Prótesis Total Sobrepuesta es transmitida por la raíz hasta llegar al ligamento periodontal permitiendo al paciente una

mayor sensibilidad para evitar, en la oclusión fuerzas desproporcionadas.

En una dentadura convencional está soportada por hueso con una mucosa epitelial, mientras que la Prótesis Total Sobrepuesta descansa sobre las raíces conservadas, esto proporciona una base más rígida y estable; permitiendo perfección en los desplazamientos de la mandíbula, por lo consiguiente mejora la oclusión. El trauma que puede ser causado por la base de la Prótesis Total al tejido subyacente se reduce y el área del reborde residual resiste mayores cargas oclusales.

La retención de la Prótesis Total Sobrepuesta puede ser mejorada por el uso de cualquiera de los muchos aditamentos propios para este propósito; estos aditamentos son solamente para ser colocados dentro de o para cubrir las raíces conservadas.

IMPORTANCIA DEL CRITERIO PARA LA SELECCION DEL DIENTE QUE DEBE SER CONSERVADO

INDICACIONES

1. - Aunque los caninos, incisivos y premolares son los más comúnmente conservados, es también aconsejable cuando sea posible la conservación de ciertas raíces de dientes molares cuidadosamente seleccionados y tratados previamente.

2. - Dientes con menor movilidad, mayor sostenimiento óseo y el menor grado de caries posible deben ser los seleccionados.
3. - Es esencial una mínima cantidad de tejido gingival adherido.
4. - Mayor y cuidadosa consideración al diente opuesto al natural.
5. - Pueden ser conservados los dientes o raíces cuyos conductos hayan desaparecido y se encuentren intacta su lámina dura.
6. - Deben ser preferidos los dientes que presentan un fácil tratamiento endodóntico.

CONTRAINDICACIONES PARA CONSERVAR DIENTES O RAICES.

1. - Dientes que presentan caries en la raíz, deben ser extraídos a menos que con oro fundido los postes de los conductos de la raíz pueden ser unidos.
2. - Dientes con cortes profundos deben ser rechazados.
3. - En casos de apiñamiento dental.

IMPORTANCIA DE LA ENDODONCIA Y PROTESIS FIJA EN LA ELABORACION DE LA PROSTODONCIA TOTAL SOBREPUESTA.

Debemos de tomar en cuenta antes de los tratamientos de Endodoncia y Prótesis fija el estado de salud del parodonto del paciente.

Los tipos de sobredentaduras que están en uso común son:

A). - La sobredentadura que descansa sobre la cúpula y raíces - de los dientes conservados tratados endodónticamente.

B). - La sobredentadura que es retenida por ataches intracoronarios y extracoronarios, colocados en los dientes conservados, los ataches que más se utilizan en este tipo de sobredentadura son: Rotherman, Gerber y Ancrofix.

El tipo de sobredentadura que se va a realizar en esta tesis; es la que descansa sobre la cúpula y las raíces tratadas endodónticamente, por lo que el tratamiento endodóntico va a tener un papel muy importante en el éxito de este tratamiento.

La técnica endodóntica que se llevará a cabo es la convencional - obteniendo los conductos radiculares con puntas de gutapercha y cementos de obturación.

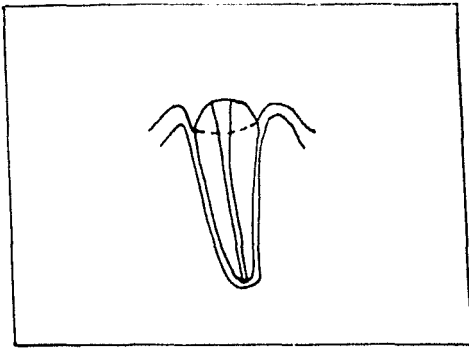
Después del tratamiento endodóntico, la cúpula de la raíz va a estar formada por una cofia de oro que cubrirá la preparación realizada en las estructuras dentales conservadas. Las ventajas de la cúpula de oro son: La protección potencial que dé al diente expuesto contra las caries prevalecientes y el control completo de la forma coronal del pilar por el Odontólogo.

Michel I. MacEntee, en un artículo en el que discute los pilares de la sobredentadura y subraya las causas comunes de sus fracasos y como se pueden evitar. Habla de las desventajas de cubrir una raíz con una cofia de oro y que son las siguientes:

1. - Un margen subgingival el cual, en una boca sujeta a una retención de placa bacteriana se va incrementar el riesgo de una infección periodontal, recesión gingival y recurrencia de caries.
2. - El aumento de la complejidad del procedimiento.
3. - El incremento en el costo.

También sugiere a todos aquellos que quieren reformar la raíz conservada a una forma deseada obturar el acceso al conducto radicular con amalgama o un compuesto y después pulir muy bien la superficie de la raíz, más tarde añade que las caries prevalecientes no es un problema con aquellos pacientes motivados a un control de placa bacteriana y el uso regular de fluoristan.

La figura uno describe la forma deseada en la porción coronal de la raíz conservada, preparada para dar forma a la cúpula.



(Figura uno)

Objetivos de esta cúpula es:

A). - Para proveer un contacto ideal con la superficie de la dentadura.

B). - Para proveer una fácil limpieza de la placa bacteriana y de la superficie de la cúpula.

C A P I T U L O II.

CASO CLINICO.





H I S T O R I A C L I N I C A

NOMBRE: Ma. Elena Pérez de Martínez FECHA . 4 de febrero de 1980
EDAD: 46 años SEXO. femenino
FECHA DE NACIMIENTO: 26 de diciembre de 1933
LUGAR DE NACIMIENTO: Monterrey, N.L. OCUPACION. hogar
DOMICILIO: Ruiseñor # 24. Las Arboledas, Tlalnepantla Edo. de México.
ESTADO CIVIL: Casada TEL.
MEDICO PARTICULAR: Dr. Jorge Delgado TEL. 536-75-00

ANTECEDENTES:

HEREDITARIOS Y FAMILIARES: PADRE- diabético, su muerte fué a causa de un accidente.
MADRE - Diabética.

PERSONALES NO PATOLOGICOS: La alimentación del paciente es buena -- en calidad y cantidad.
Ocupación anterior periodista (redactora).
Escolaridad estudios superiores
Deportes no practica ninguno. Tabaquismo fuma aproximadamente ocho cigarrillos al día. Inmunizaciones propias de la infancia.

- PERSONALES PATOLOGICOS:** Enfermedades propias de la infancia. Sufre de reumatismo en la rodilla izquierda, soplo cardíaco.
- INTERVENCIONES QUIRURGICAS:** Transfusión de sangre hace quince años la razón fué hemorragia a causa de un aborto. Número de embarazos veinte, abortos siete, mortinatos uno. Peso de los productos hombres de 3 a 3.800 kg. mujeres de 3 a 3.500 kg. No es alérgica a ningún medicamento antibiótico.
- PADECIMIENTO ACTUAL:** La paciente acudió para que fueran extraídos los dientes y posteriormente colocar una Prótesis Total.
- APARATOS Y SISTEMAS:**
- DIGESTIVO:** La paciente refiere que la deglución no es satisfactoria debido a que el alimento no es bien masticado por falta de dientes. No existe vomitos y nauseas, padece de meteorismos, no refiere ni pesadez ni dolor en el cuadrante superior derecho.

- CARDIOVASCULAR:** Sopló cardíaco disnea de esfuerzo con palpitaciones no refiere cefaleas ni vértigos con los cambios bruscos de posición.
- RESPIRATORIO:** La paciente refiere tos con expectoraciones escasa, sin dolor torácico, el color de las expectoraciones es transparente, estos datos son acompañados de -- síntomas generales.
- GENITO-URINARIO:** La menstruación es normal, duración de tres a cuatro días, cantidad del sangrado regular, no hay flujo. Micciones al día de cuatro a cinco, color amarillo claro.
- ENDOCRINO:** La paciente no refiere pérdida de peso. Tolerancia al calor y al frío, no refiere temblor digital.
- HEMATOPOYETICO:** La paciente no informo datos anormales.
- NERVIOSO:** La paciente no refiere datos patológicos.

ESTUDIO PSICOLOGICO:

La paciente se muestra tranquila y --
cooperadora al tratamiento.

EXAMEN FISICO:

Estatura 1.55 M.

Peso. 60 Kg.

Color de ojos. Café Oscuro

Color de pelo. Castaño Oscuro

Complexión. Robusta

Tez. Morena Clara

Presión arterial. 110 - 160

"EXAMEN BUCAL"**LABIOS:**

Tamaño regular

Color rosa pálido, con pigmentaciones
café

Textura lisa

Consistencia blanda

ENCIA:

Color rosa pálido con pigmentaciones
oscuras

Textura lisa

Volumen de las papilas ligeramente infla-
madas en los dientes, 11, 12 y 13.

Color no hay

Sangrado no hay

INSERCIÓN DE FRENILLOS

Superior bucal - bajo

Superior derecho - medio

Superior izquierdo - medio

Inferior bucal - medio

Inferior derecho - medio

Inferior izquierdo - medio

Exudado no existe

CARRILLOS:

Color rosa pálido

Textura lisa

Consistencia blanda

Volumen grueso

Conducto de Stenon ligeramente abultados.

Leucoplasias no hay indicios

PALADAR:

Color rosa pálido

Textura lisa

Consistencia dura

Torus no existe.

LENGUA:

Color rosa pálido.

Textura grietas profundas.

Volumen regular

Dorsos lisos

Inserción del frenillo - medio

Uno de los bordes presenta una lesión provocada por el roce de una arista de un diente. Presenta saburra en la fi su ra central. No presenta ninguna - patología.

PISO DE LA BOCA:

Color rosa pálido

Consistencia blanda

Altura - alta

Conductos salivales normales

GANGLIOS LINFATICOS:

No existe dolor, ni aumento en su vo lumen.

"ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR":

No refiere dolor en los movimientos mandibulares

Posición de la mandíbula normal

Chasquidos no se detectaron.

Traumatismos, cabezas en el maxilar, hace aproximadamente diez años con pérdida del diente 22.

Palpación el trayecto de los condilos es normal

Apertura máxima : Cinco centímetros.

Zumbido ótico no lo refiere.

ESTRUCTURAS DENTALES:

Número de dientes presentes: Nueve (11, 12, 13, 33, 34, 35, 36, 37 y 43).

Dentición permanente

Forma normal

Textura (calcificación) normal

Tamaño regular

Fracturas en el 34 por lesión cariosa.

CONDICIONES ORALES:

Higiene oral regular

Presencia de placa bacteriana poca

Presencia de tartaro escaso

Presenta alitosis

Hábitos oclusales masticación unilateral izquierda.

OCLUSION:

Caries en los dientes 34, 35, 36 y 37

Restos radiculares, no presenta

Obturaciones, no presente.

Diastemas entre el 12 y 13, 34 y 35

Dientes faltantes: 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32,
38, 41, 42, 44, 46, 47 y 48.

Línea media perdida

Sobremordida presente en los dientes remanentes anteriores.

Clasificación de Angle no se pudo obtener por falta de los molares.

Malposición dentaria en el 34 y 35.

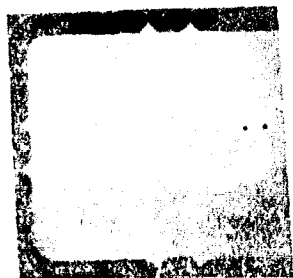
Apiñamiento dental no presenta.

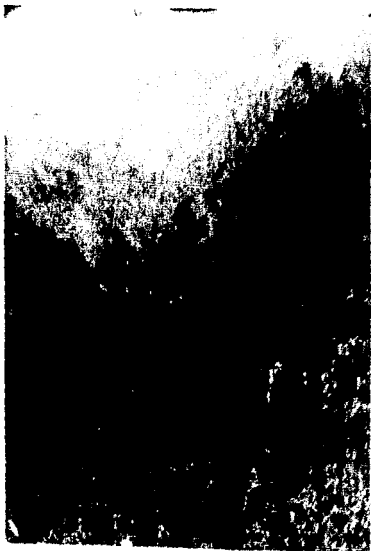
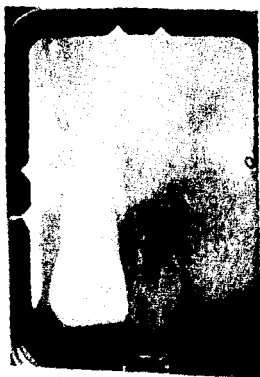
Rotaciones en el 35.

Inclinaciones en el 11, 12, 12 y 35.

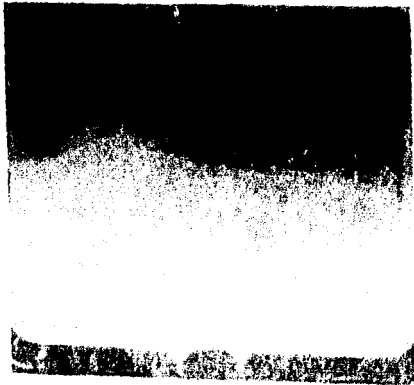
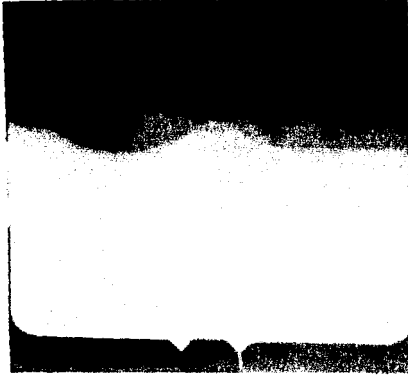
Colapso del arco no existe.

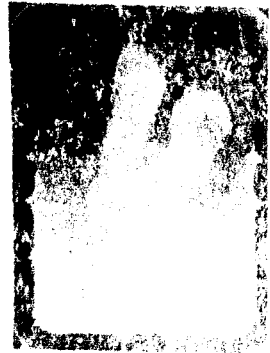
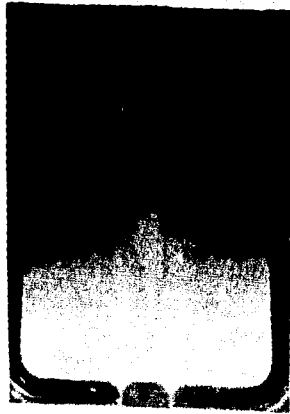
Curva de Spee, está perdida por la pérdida de los dientes.

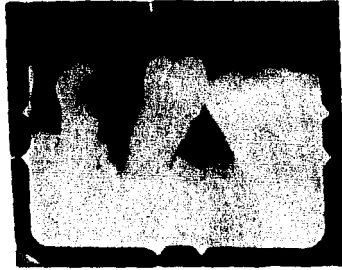




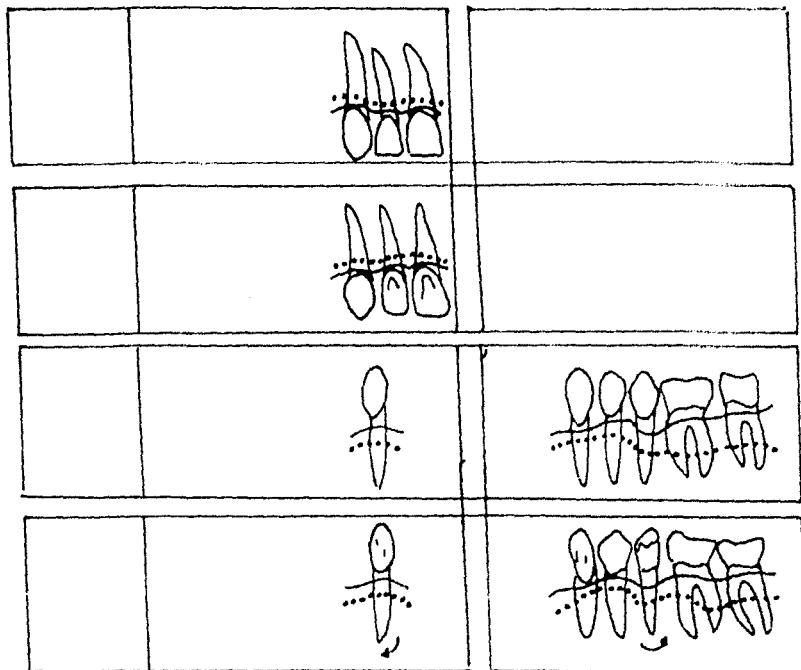








25
PARODONTUGRAMA



SONDEO

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

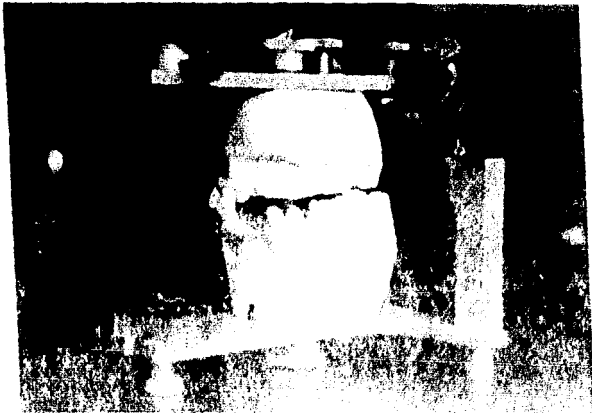
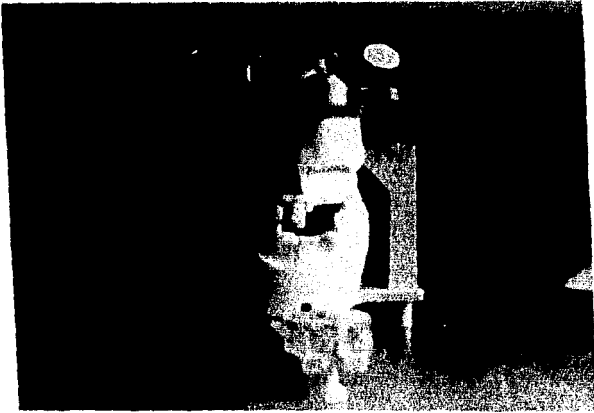
	d.	m.	b.	pol.
Central:	4mm.	2mm.	2mm.	3mm.
Lateral:	3mm.	4mm.	2mm.	2mm.
Canino:	3mm.	2mm.	2mm.	2mm.

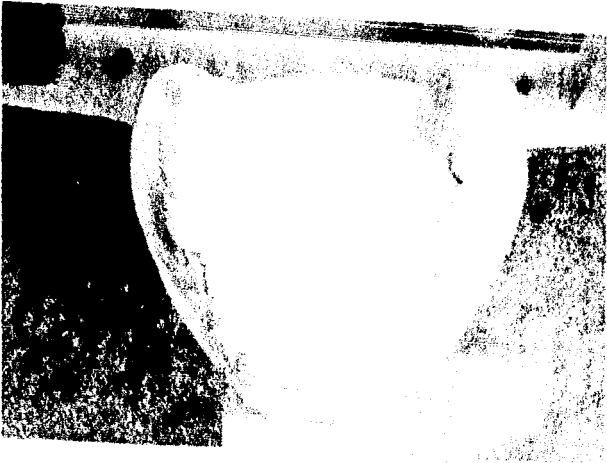
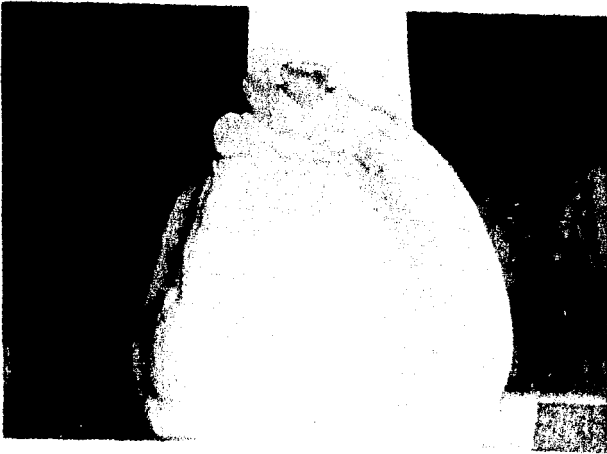
CUADRANTE INFERIOR DERECHO:

Canino	6mm.	4mm.	6mm.	3mm.
--------	------	------	------	------

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO:

Canino:	4mm.	4mm.	3mm.	3mm.
Primer Premolar:	3mm.	3mm.	3mm.	3mm.
Segundo Premolar:	6mm.	10mm.	5mm.	8mm.
Primer Molar:	4mm.	8mm.	4mm.	5mm.
Segundo Molar:	4mm.	9mm.	4mm.	11mm.







D I A G N O S T I C O B U C A L

El estado de salud bucal del paciente es el siguiente:

Enfermedad Parodontal, gingivitis simple, pérdida de soporte óseo en los dientes 11, 12, 13 y 34, se acentúa más en los dientes 35, - 36 y 37 en estos dientes se localizan bolsas parodontales profundas.

Dimensión vertical disminuida por pérdida prematura de estructuras dentarias en ambas arcadas.

Caries de grado dos y tres interproximales en los dientes 34, - 36 y 37.

Movilidad dentaria grado dos y tres en los dientes 35, 36 y 37.

Existen problemas en la fonética y en la masticación así como en la estética debido a la falta de las estructuras dentarias en ambas arcadas.

E T I O L O G I A

La enfermedad parodontal fué causada por una mala higiene dental que propició el acumulamiento de placa bacteriana y sarro.

La pérdida dentaria fué causada por caries que avanzó rápidamente y por un desconocimiento de la salud bucal.

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento Parodontal:

Fase I, control de placa bacteriana por medio de técnica de cepillado y motivación al paciente.

Fase II, curetaje, eliminación de los depósitos de sarro.

Odontectomías de los dientes 35, 36 y 37

Tratamiento de Prótesis fija, cofias de oro con pernos vaciados en los dientes 11, 12, 13, 33, 34 y 43.

Elaboración de la Prótesis Total Sobrepuesta.

CAPITULO III

CAPITULO III

TRATAMIENTO PARODONTAL

La condición del parodonto es un factor muy importante en el planteamiento de cualquier procedimiento dental restaurativo. Los dientes móviles o los dientes con profundas bolsas parodontales, no serán pilares individuales satisfactorios en una Prótesis fija.

En el caso clínico expuesto en esta tesis, el tratamiento Parodontal consistió en la eliminación de los irritantes locales (residuos alimenticios, placa bacteriana y sarro); así como la implantación de una técnica de cepillado adecuada.

La motivación que se le dá al paciente juega un papel muy importante en el éxito del tratamiento.

Para la eliminación de los depósitos supragingivales, se usaron raspadores superficiales; después de eliminar los depósitos se pulió y limpió con copas de goma, cepillos y pastas abrasivas para eliminar manchas causadas por el tabaco.

Esto se efectuó en dos citas en la primera cita se eliminaron los depósitos de sarro y en la segunda cita se pulió y limpiaron las manchas y se implantó la técnica de cepillado que fué la de Bass (limpieza del surco), combinada con Stillman modificada, por su acción vibratoria.

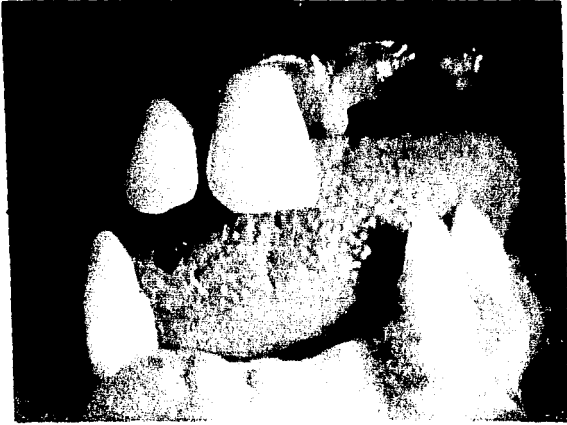
Bien es sabido que la etiología de la caries dental y la enfermedad parodontal es la acumulación de la placa bacteriana y que elementos como el sarro, el impacto de alimentos y demás factores iatrogenicos coadyuvantes al establecimiento y prolongación de las dos enfermedades aún con todos los elementos clínicos y científicos con los que contamos hoy en día para el tratamiento Parodontal, el éxito del mismo sigue descansando fundamentalmente en el cepillo dental del paciente y este deberá estar convencido de realizar el cuidado casero y el tratamiento profesional, para mantener el parodonto en un razonable estado de salud.

Después de realizado el tratamiento Parodontal se procedió a hacer las odontectomías de los dientes 35, 36 y 37, por las siguientes causas:

Disminución del soporte óseo hasta el tercio apical, caries interproximales y malposición dentaria.

El instrumental que se utilizó para las odontectomías fué :

Jeringa tipo carpule, xilocaína, aguja larga calibre veintisiete, legra fina A7 de White, elevador recto, foceps 23 y 151, cucharilla de Lucas, lima para hueso, pinzas hemostáticas rectas, portaagujas, tijeras, seda tres ceros, solución isotónica estéril, jeringa aseptó.





CAPITULO IV

CAPITULO IV

TRATAMIENTO ENDODONTICO

Este consistió en seis tratamientos de conductos, en dientes unirradiculares con vitalidad pulpar normal.

La duración del tratamiento fué de seis citas, con un tiempo de dos horas por cada conducto.

DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

DIENTE : 13 (C.S.D.)

Rx. Inicial Longitud total : 25mm.

Conductometría : 24 mm.

Instrumentación : Limas 15 20 25 30 35 40
24mm. 24mm. 24mm. 24mm. 24mm. 24mm.

Irrigación con: Solución isotónica estéril

Obturación:

material: puntas de gutapercha.
cemento obturante, óxido de zinc y eugenol.

Prueba de punta guía Rx.

Rx. final.

D I E N T E : 12 (I . L . S . D .)

Rx. inicial. Longitud total : 22mm.

Conductometría: 21 mm.

Instrumentación : Limas 15 20 25 30 35 40 45
21mm. 21mm. 21mm. 21mm. 21mm. 21mm. 20mm.

Irrigación con : Solución isotónica estéril

Obturación: puntas de gutapercha
material: cemento obturante

Prueba de punta guía Rx.

Rx. final.

D I E N T E : 11 (I . C . S . D .)

Rx. inicial Longitud total: 23 mm.

Conductometría: 22 mm.

Instrumentación : Limas 15 20 25 30 35 40 45
22mm. 22mm. 22mm. 22mm. 22mm. 22mm. 22mm.

Irrigación con : Solución isotónica estéril

Obturación: puntas de gutapercha
material : cemento obturante

Prueba de punta guía Rx.

Rx. final.

D I E N T E : 34 (P . I . I .)

Rx. inicial Longitud total : 19mm.

Conductometría : 18 mm.

Instrumentación: Limas 15 20 25 30 35 40
18mm. 18mm. 18mm. 18mm. 18mm. 18mm.

Irrigación con : Solución isotónica estéril

Obtención: puntas de gutapercha
material: cemento obturante.

Prueba de punta guía Rx.

Rx. final.

D I E N T E : 33 (C . I . I .)

Rx. inicial longitud total : 25.5 mm.

Conductometría: 24 mm.

Instrumentación : Limas 15 20 25 30 35 40
24mm. 24mm. 24mm. 24mm. 24mm. 24mm.

Irrigación con : Solución isotónica estéril

Obtención: puntas de gutapercha
material: cemento obturante

Prueba de punta guía Rx.

Rx. final.

D I E N T E : 43 (C . I . D .)

Rx. inicial

Longitud total : 25 mm.

Conductometría: 24 mm.

Instrumentación : Limas 15 20 25 30 35 40
24mm. 24mm. 24mm. 24mm. 24mm. 23mm.

Irrigación con: Solución isotónica estéril

Obtención :

puntas de gutapercha
material: cemento obturante.

Prueba de punta guía Rx.

Rx. final.

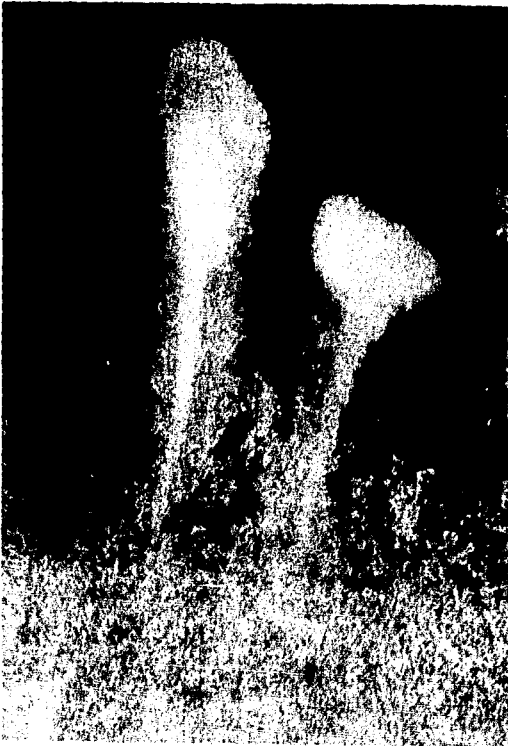














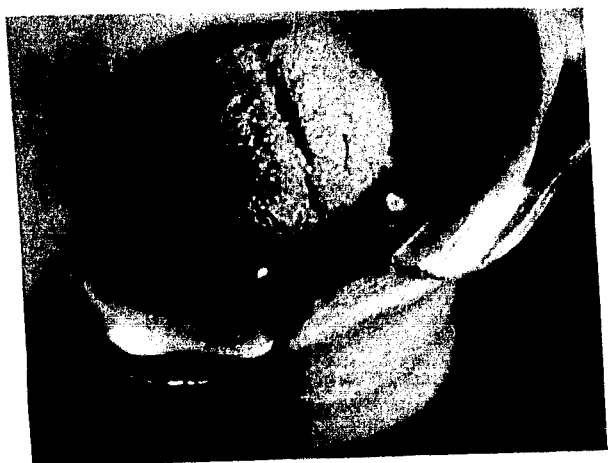
CAPITULO V

CAPITULO V

TRATAMIENTO PROTESICO

Terminado el tratamiento endodontico el siguiente paso fué : la elaboración de un juego de prótesis parciales provisionales que tienen como finalidad continuar con la función masticatoria, fonética y estética.

Estando ya elaborada esta prótesis parcial se procedió a preparar - las coronas clínicas de los dientes remanentes, (11, 12, 13, 34, 33, -- 43); el corte horizontal se efectuó en el tercio medio de la corona clínica, para después continuar con la preparación del tercio cervical. La preparación consistió esencialmente en la eliminación de una capa delgada de tejidos de todas las superficies, dando la forma de cúpula y dejando el desgaste dos mm. por debajo de las papilas con el objeto de obtener espacio, que permita la colocación del material; haciendo un terminado cervical de chaflan (en el cual se hace un bisel subgingival.).



ELABORACION DE COFIAS Y PERNOS VACIADOS Y ADITAMENTOS DE RETENCION

La desobturación se realizó con fresas Gates Glidden, durante el -- desobturado se deben evitar movimientos de vaiven, para no ensanchar excesivamente el conducto, así como fracturas y perforaciones.

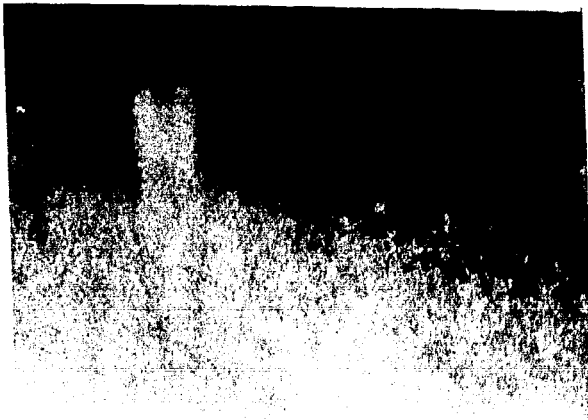
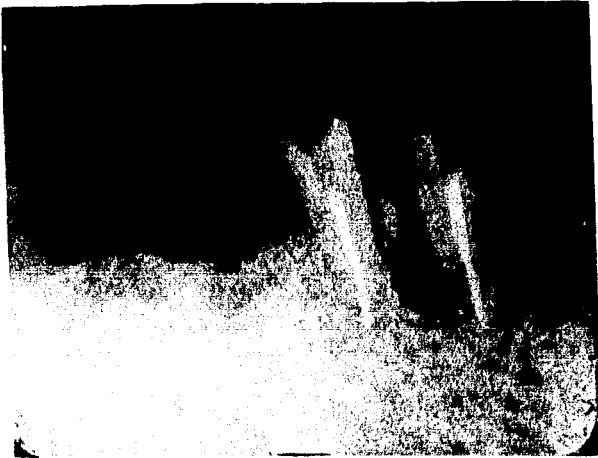
La profundidad debe ser comparada por medio de una radiografía -- periapical antes de la toma de impresión.

TOMA DE IMPRESION

Se utilizó: hilo retractor, silicón de cuerpo pesado, silicón de cuerpo ligero, portaimpresiones y yeso de precisión.

Se secó la zona a operar, se colocó el hilo retractor, la primera toma de impresión fué con silicón de cuerpo pesado se retiró al igual que el hilo retractor; la segunda toma de impresión fué con silicón de cuerpo ligero -- utilizando una jeringa para silicón, para introducir el silicón en los conductos radiculares se retiró la impresión de la boca y se prosiguió a la elaboración y el vaciado de las cofias y pernos.







C E M E N T A D O

Antes del cementado deben ser probadas las cofias y los pernos que deben descansar libremente y no moverse lateralmente.

Se cemento con polica boxilato. Técnica que se utilizó: se vacía una mezcla semilíquida en el conducto radicular por medio de un lén tulo; se introduce el perno con la cofia dentro del conducto hasta que esté completamente asentado.

Cuando el cemento haya fraguado se remueven los excesos del mismo.



CAPITULO VI

CAPITULO VI

ELABORACION DE LA PROTESIS TOTAL

Cementadas las cofias y pernos colados se procedió a tomar impresión para obtener modelos anatómicos, donde se confeccionaron las cucharillas individuales; con estas cucharillas individuales previamente probadas en boca, se procedió hacer recorte muscular e impresión fisiológica, obteniendo de esta manera los modelos fisiológicos para la elaboración de las placas bases; se cortaron excedentes y se probaron en boca. Hecho ésto, se colocaron los rodetes de cera, se llevaron a boca y se tomó una altura arbitraria, tomando de referencia dos puntos; uno situado en la parte más alta del filtrum y el otro en la parte más prominente del mentón, pidiendo al paciente que cerrara su boca tocando levemente los labios, esta altura arbitraria fué de 34 mm., el rodete superior debe quedar de uno a uno y medio mm. por debajo del labio superior y el rodete inferior se recorta hasta que nos dé la altura arbitraria.

Dada esta altura arbitraria, se retiro el rodete inferior del segmento anterior. Se colocaron en boca los rodetes de cera calentando el rodete inferior para llevar la mandibula a Relación Centrica, fijándose con cera y grapas.

el rodete inferior para llevar la mandíbula a Relación Céntrica, fijándose con cera y grapas.

Se calentó la horquilla en forma de tenedor para introducirlo entre el rodete superior e inferior centrándolo con la línea media; se colocó el arco facial ajustándolo con la horquilla, esto nos dá las relaciones del maxilar del paciente, se retira todo el conjunto para ser montados los modelos en el articulador Whip-Mix.

Se tomaron medidas y la forma de la cara del paciente para escoger los dientes de porcelana adecuadamente.

Se procedió a colocar los seis dientes anteriores superiores tomando en cuenta las siguientes indicaciones, prácticas para su colocación y -- prueba en boca:

1. - Paralelos a la línea interpupilar.
2. - En posición de descanso el borde incisal debe estar de uno a uno y medio mm. por debajo del labio superior.
3. - No debe haber salientes debajo de la nariz
4. - Restaurar el filtrum si es posible
5. - Debe verse el borde del bermellón completo del labio.

6.- La línea de la sonrisa (bordes incisales superiores) debe seguir la línea del labio inferior durante la sonrisa.

Esto aunado con las pruebas fonéticas.

El color elegido para los dientes, fué tomado de los dientes remanentes del paciente (color 62).

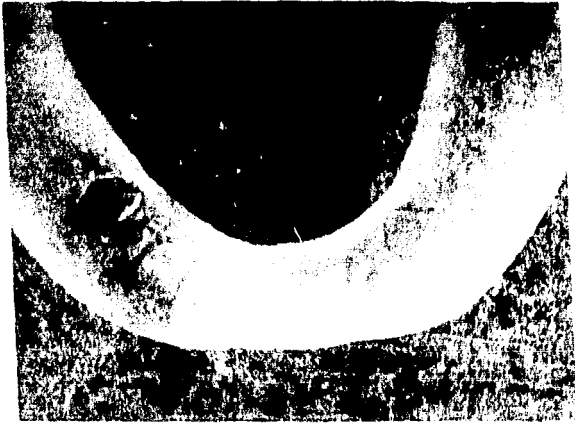
Se hizo la prueba en cera ya colocados todos los dientes, se verificó posición y movimientos, realizado esto, se mandó al laboratorio para el enmufado y terminado.

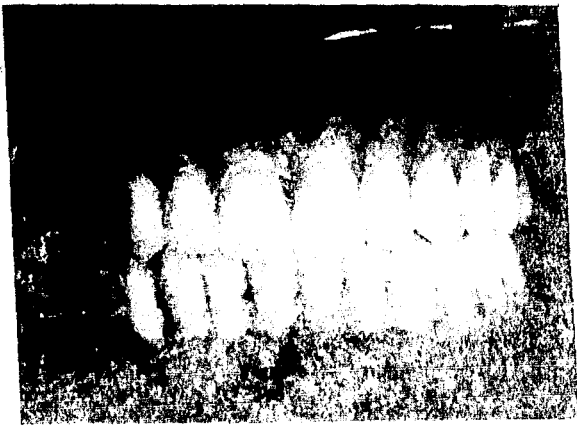
El siguiente paso fué la inserción de la prótesis total que representa la culminación de la serie de procedimientos realizados en el paciente; --revisado el ajuste de la misma para asegurar la retención y estabilidad, asegurándonos de que no existan estructuras asperas que traumatizen los tejidos.

La oclusión es probada eliminando por desgaste mecánico cualquier

obstrucción de la misma.

Todo ésto nos dá como resultado un efecto estético favorable, --
así como una oclusión funcional.





CAPITULO VII

CAPITULO VII

INDICACIONES AL PACIENTE

Es importante que terminado el tratamiento, se elabore un programa de terapia casera; que debe realizar el paciente, debido a que los dientes conservados debajo de la prótesis son muy propensos a caries.

Dicha terapia consiste en el cepillado minucioso de los dientes tratados, así como la prótesis. Este se extenderá también a los tejidos blandos eliminando la placa bacteriana, se recomienda hacer enjuagues con soluciones antisépticas.

El cepillado de la prótesis deberá ser suave, con cepillo especial para prótesis y con detergente no abrasivo, eliminando totalmente los restos de alimentos.

INDICACIONES

1.- La limpieza diaria de las dentaduras elimina el cultivo bacteriano que se forma sobre las superficies de la prótesis, esta placa -

bacteriana puede formar ácidos que a su vez serán irritantes para los tejidos.

2. - La limpieza diaria evita la formación de sarro y de manchas.

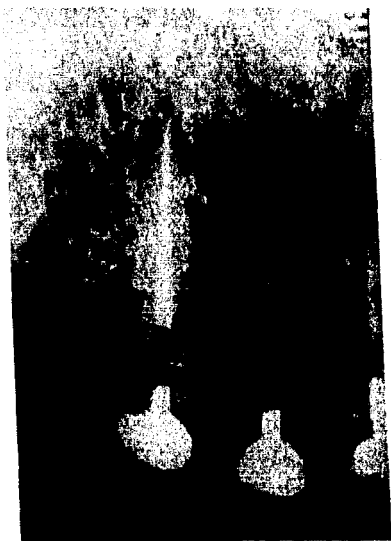
3. - Las prótesis con mala higiene son causa de fetidez en el aliento.

4. - El enjuague vigoroso, el cepillado de los dientes y tejidos bucales favorece la salud bucal.

Se recomienda también la aplicación de fluoruro, así como las visitas periódicas al Cirujano Dentista, estas visitas periódicas deben realizarse normalmente cada tres meses.

En algunos casos esta terapia casera no son suficientes por lo que debemos utilizar: seda dental, auxiliares parodontales, cepillos pequeños, puntas de caucho, etc., para poder eliminar completamente la placa bacteriana de las superficies de los dientes remanentes y surco gingival.

Es preciso insistir en la importancia de la terapia casera, y hacerle ver al paciente que el éxito del tratamiento dependerá del cumplimiento de esta terapia.









CAPITULO VIII

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES .

Al terminar este trabajo de tésis las conclusiones que obtuvimos fueron las siguientes:

En primer lugar la prótesis total sobrepuesta mantiene los dientes remanentes como parte del reborde residual, lo cual le proporciona al paciente un soporte a su prótesis mucho más firme que con una prótesis elaborada --- con la técnica tradicional. En vez de estar soportada solo en mucosa blanda y movable la prótesis se halla asentada en los dientes que permiten a la prótesis resistir cargas oclusales.

La conservación de los dientes remanentes en la prótesis total sobrepuesta disminuye la resorción del hueso alveolar. Al conservar estos dientes también se conserva el ligamento parodontal que rodea a los dientes; esto permite mantener los impulsos propioceptivos, conservando así una capacidad sensitiva notable, regulando las fuerzas de la oclusión; los receptores -- parodontales influyen de manera activa sobre los movimientos articulares -- cíclicos de la masticación, al actuar sobre los músculos por medio de su mecanismo propioceptivo de retroalimentación. Dando como resultado habilidad en el uso de la prótesis por parte del paciente.

Personalmente consideramos que su uso es ilimitado y debe ser alentada la elaboración de técnicas más perfeccionadas de construcción y mantenimiento que permitirán resultados aún mejores.

B I B L I O G R A F I A .

YALISOVE IL

DIETZ JB Jr.

A TWO LONGITUDINAL STUDY OF OVERDENTURE PATIENTS. PART. I:
INCIDENCE AND OF CARIES ON OVERDENTURE ABUTMENTS (LETTER).

79175141.

J. PROSTHET DENT, JUN 79

THE PHILOSOPHY AND TECHNIC OF THE OVERDENTURE. THE EIGHTH OF
A SERIES. IMMEDIATE TWIN DENTURE SERVICE IN NORMAL OR ---
OVERDENTURE SITUATIONS

79146525

CALIFORNIA, MAY 78

THAYER HH.

CAPUTO AA.

OCCLUSAL FORCE TRANSMISSION BY OVERDENTURE ATTACHMENTS.

79111634

J. PROSTHET DENT, MAR 79

THE PHILOSOPHY & TECHNIC OF THE IMMEDIATE OVERDENTURE.
THE SECOND OF A SERIES
79083794.
CALIFORNIA, AUG 77.

CRUM RJ.
ROONEY GE Jr.
ALVEOLAR BONE LOSS IN OVERDENTURE: A FIVE YEAR STUDY.
79069867.
J PROSTHET DENT, DEC 78.

FENTON AH.
HAHN N.
TISSUE RESPONSE TO OVERDENTURE THERAPY.
79069841.
J PROSTHET DENT, NOV 78

TOOLSON LB.
SMITH DE.
A TWO YEAR LONGITUDINAL STUDY THE OVERDENTURE PATIENTS. PART I:
INCIDENCE AND CONTROL OF CARRIES ON OVERDENTURE ABUTMENTS.
79069840
J PROSTHET DENT, NOV 78.

KAUFMAN C.

CARDASH H.

HELFT M.

THE IMMEDIATE OVERDENTURE. A CASE HISTORY.

79109018.

ISR. J DENT MED, JUL 78.

HELFT M.

KAUFMAN C.

CARDASH HS.

THE OVERDENTURE : A CONCEPT.

79109014.

ISR J DENT MED, APR 78.

DUCKMANTON NA.

THE ROLE OF THE OVERLAY DENTURE IN THE PREVENTION OF
MANDIBULAR RIDGE ATROPHY

79102998

AUST DENT J, AUG 78.

MACENTEE MI.

PRACTICAL CONSIDERATIONS IN THE PREPARATION OF OVERDENTURE
ABUTMENTS

79083796.

CALIFORNIA, DEC 77.

FARRELL J.

THE PHILOSOPHY & TECHNIC OF THE OVERDENTURE. THE THIRD OF A
SERIES

79043296.

CALIFORNIA, NOV 77.

THE PHILOSOPHY & TECHNIC OF THE OVERDENTURE. THE FIRST OF A
SERIES.

79043293.

CALIFORNIA, MAY 77.

WHITE JT.

ABUTMENT STRESS IN OVERDENTURE.

78244498.

J PROSTHET DENT, JUL 78.

ARMSTRONG RL.

BOONE ME.

ENDODONTICS AND THE OVERDENTURE.

78195486.

J PROSTHET DENT ASSOC, JAN-FEB 77.

ENDODONCIA.

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.

ED. INTERAMERICANA.

MEXICO, 1974

MAISTO OSCAR A.

ENDODONCIA.

SEGUNDA EDICION, ED. MUNDI, S.A.

BUENOS AIRES, 1973.

FISCHER, CARL-HEINZ.

ENDODONTICS.

VERLAG "DIE QUINTESENZ.

BERLIN, 1972.

PREISKEL, HAROL WILFRED.

ATACHES DE PRECISION EN ODONTOLOGIA.

ED. MUNDI, S.A.

BUENOS AIRES, 1977.

MYERS, GEORGE E.

PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES.

ED. LABOR

BARCELONA, 1975.

RIPOL G. CARLOS.
PROSTODONCIA CONCEPTOS GENERALES.
ED. PROMOCION Y MERCADOTECNIA ODONTOLOGICA
MEXICO, 1976.

OZAWA DEGUCHI JOSE Y.
PROSTODONCIA TOTAL.
ED. TEXTOS UNIVERSITARIOS.
U.N.A.M., MEXICO, 1975.

SAIZAR, PEDRO.
PROSTODONCIA TOTAL.
ED. MUNDI, S.A.
BUENOS AIRES, 1972.

MARTINEZ ROSS ERIC.
OCLUSION.
SEGUNDA EDICION
ED. VICOVA.
MEXICO.