

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GENERALIDADES DE LA SOBREDENTADURA



T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

Hilda Jisell Jiménez López





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 está 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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	
I. OBJETIVOS	1
II. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	3
III. VENTAJAS Y DESVENTAJAS	7
IV. HISTORIA CLINICA	9
A) Historia Odontologica	
1. Estado de tejidos duros y blandos	10
2. Exámenes complementarios	11
3. Exámen de las prótesis actuales	13
4. Selección de los pacientes	15
5. Odontograma	16
6. Diagnóstico	18
7. Pronóstico	19
V. SELECCION DE LA TECNICA Y PLAN DE TRATAMIENTO	20
VI. TECNICAS MAS USADAS EN LA ELABORACION DE UNA SOBREDENTADURA	21
A) Modificación y reducción simple de dientes	21

B) Reducción de dientes y cofias vaciadas	22
C) Tratamiento endodóntico y tapón de amalgama	24
D) Tratamiento endodóntico con cofia vaciada utilizando algún tipo de aditamento.	27
1. Tipo Broche	28
2. Aditamento Gerber	29
3. Aditamento Ceka	31
4. Aditamento Ancla de Zest	31
5. Aditamento Rotherman	33
6. Aditamento de Dalbo	35
7. Aditamento Introflox	37
8. Aditamento Quinlivan	39
9. Aditamento Schubiger	41
10. Aditamento de Barra	41
a) Barra de Hader	43
b) Barra de Dolder	43
c) Broche Baker	43
d) Broche Ackerman y Broche C. M.	46
11. Retenedores Magnéticos en la Sobredentadura	46
VII. GENERALIDADES EN LA ELABORACION DE UNA SOBREDENTADURA	50
A) Impresión primaria	50

B) Elaboración del portaimpresión individual	50
C) Rectificación de bordes	51
D) Impresión fisiológica	51
E) Elaboración de la placa base	52
F) Dimensión vertical	53
G) Relación centríca	56
H) Selección de dientes	59
CONCLUSION	62

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Como sabemos el uso de la sobredentadura no es nada nuevo en la odontología, su aplicación toma auge cuando aparece el campo de la odontología preventiva; este tratamiento se propuso al ver que muchos pacientes que se escogían para prótesis totales eran un fracaso con el paso del tiempo, ya que al fabricar una dentadura convencional, después de extracciones recientes o relativamente recientes, el espesor del hueso alveolar era muy bueno por lo que había buena retención y estabilidad pero se absorbía consistentemente y además si se le agrega el tratamiento de una dentadura convencional la tasa de absorción se acelera en forma alarmante al grado de tener que repetir todo el tratamiento, hasta que llegaba el día en que era imposible construir prótesis funcionales y estables debido a que el hueso alveolar había desaparecido por completo. Entonces al tener conocimiento de esto, ya sea por estadística o por propia experiencia se tiene la obligación de prevenir esta situación siempre y cuando esté en nuestras manos. En 1977 se llevó a la práctica clínica la sobredentadura que como su nombre lo indica no es más que una dentadura convencional apoyada en hueso alveolar y dientes remanentes, ya sea completos corona-raíz, o bien sólo raíces previamente tratadas con objeto de conservar al máximo el espesor del hueso alveolar y así asegurar la funcionalidad de nuestro tratamiento lo más que se pueda, antes de tomar la opción de la elaboración de la dentadura convencional, con las consiguientes extracciones de los dientes remanentes, (Fig. No. 1).

Además la sobredentadura tiene un efecto psicológico sobre el paciente ya que al conservar algunos dientes se conservan también sus membranas periodontales y por lo tanto los impulsos propioceptivos de éstas, dando por resultado conciencia del contacto oclusal, sintiendo el paciente a las prótesis más suyas, ayudándole además a un mejor control para el manejo de las mismas dentro del ambiente bucal.

Como mencionamos anteriormente la sobredentadura se apoya en dientes o raíces como pilares y esto trae consigo una serie de consideraciones que deberemos analizar con mucho cuidado como por ejemplo: ¿cuáles son los mejores pilares de entre los dientes remanentes?; ¿cómo elegir al paciente adecuado?; ¿cómo educarlo para la conservación de su prótesis y dientes pilares?; Hasta la forma de presentar el plan de tratamiento amerita que sea de modo cauteloso, ya que el paciente debe estar conciente de lo que vamos hacer y estar plenamente convencido, pues como sabemos un paciente con dudas sobre el éxito del tratamiento, a pesar de que clínicamente sea apto para el mismo será de mal pronóstico.

En los capítulos posteriores se tratarán estos inconvenientes proponiendo la forma de resolverlos y asegurando que si aceptamos en la elección del paciente adecuado a este tipo de tratamiento ya estaremos garantizando el 60% del éxito del mismo.

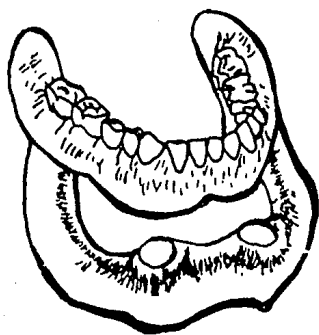


Fig. N° 1 Sobredentadura

CAPITULO I

OBJETIVOS

En general el uso de la sobredentadura tiene cuatro objetivos, enfocados a obtener la mayor ventaja de la dentadura convencional, procurando siempre el bienestar posible de nuestros pacientes.

A. - Conservar los dientes como parte del reborde residual.

Esto tiene la ventaja de dar mayor soporte a la sobredentadura, lo que permite ejercer mayor carga oclusal sin movimientos laterales de la prótesis.

B. - Conservar el hueso alveolar al no extraer todos los dientes.

Debido a que es normal que el hueso alveolar se absorba después que desaparecen los dientes y si agregamos tratamientos como dentaduras convencionales este se acelera y se pierde por completo.

C. - Conservar los impulsos propioceptivos aportados principalmente por la membrana parodontal.

Estos son los impulsos eléctricos aportados por órganos especializados encargados de sensaciones de posición y presión con sentido del movimiento; además se dice que las fibras propioceptivas tienen sensibilidad profunda, esto es reconocimiento de la posición de las partes del cuerpo.

Por esta razón al conservar dientes remanentes con sus respectivas membranas parodontales, se ayuda al paciente a sentir todos los movimientos de la masticación y además a un mejor control de las prótesis en la boca.

D.- Ventajas psicológicas sobre las dentaduras convencionales.

Esto es porque si el paciente capta todos los movimientos de la masticación no se considera como un "invalido dental", además de no sentirse viejo y mutilado por el hecho de tener, aunque sea algunos dientes remanentes.

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

- Indicaciones. -

Son todas las razones por las cuales es viable un tratamiento como obredentadura, las cuales son:

1. - Pacientes que tengan dientes remanentes que aún - sea posible conservarlos.
De preferencia entre los dientes que creamos candi datos para pilares, escogeremos aquellos que tengan coronas sanas y en caso de ser posible darles- el tratamiento endodóntico y periodontal adecuado.
2. - Pacientes con bajo índice de caries, ya que el hecho de conservar dientes y elegir alguna técnica para - restaurales, implica que en los márgenes de obtu- ración o restauración exista posibilidad de filtra- ción tarde o temprano y en consecuencia la apari- ción de la caries.
3. - Pacientes sin problemas periodontales severos.
Es indispensable hacer los exámenes periodontales

profundos a la cavidad oral y sobre todo a los dientes que se deseen conservar antes de elegirlos como pilares.

- 4.- Pacientes que realmente estén motivados por la conservación de sus dientes.

Ya que sabemos que el tratamiento es complejo y además tardado en su realización por lo que el paciente debe estar convencido y dispuesto a cooperar.

- 5.- Pacientes con casos especiales.

- a).- Pacientes con problemas de paladar hendido, microdoncia, amelogénesis imperfecta, y otros problemas congénitos; en donde se aplicaría este tratamiento no habiendo otra opción para corregir y/o mejorar la función y la estética.

- b).- Pacientes muy jóvenes con pérdida de muchos dientes y sobre todo si se trata de la arcada inferior, pues como sabemos es en donde se absorbe el hueso más aceleradamente; y solo se indica cuando no pueda hacerse ningún otro tratamiento protésico.

B. - Contraindicaciones. -

Podemos pensar que este tipo de tratamiento tiene más contraindicaciones que indicaciones, debido a que es laborioso, pero también sugerimos que el paciente sea analizado a conciencia tanto clínica como psicológicamente; si acertamos en el diagnóstico y la selección del paciente podemos garantizar el éxito de nuestro tratamiento por muchos años, aquí se mencionan algunas contraindicaciones de carácter clínico que debemos tomar en cuenta.

1. - Pacientes con dientes remanentes aún capaces de soportar otro tratamiento protético. Siempre se tomará la opción de la sobredentadura como una alternativa antes de la dentadura convencional, pero jamás se utilizará como tratamiento de primera opción - cuando creamos que aún funciona otro tratamiento protético.

2. - Pacientes con alto índice de caries.

Como se ha mencionado anteriormente una vez terminado, su control se hace muy difícil además para el paciente es muy complicado lograr la limpieza total ya que hay gran cantidad de zonas retentivas de alimentos que se forman tanto en los dientes remanentes como en la dentadura ya terminada.

3.- Pacientes con problemas periodontales severos.

Ya que el buen estado de nuestros pilares de apoyo depende el éxito de la sobredentadura.

CAPITULO III

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

A. - Ventajas. -

Como hemos mencionado anteriormente, apesar de ser un tratamiento complicado y prolongado en tiempo, tiene muchas ventajas sobre las dentaduras convencionales; aquí se mencionan las más notables.

Conservación del hueso alveolar, mayor soporte de la dentadura, mayor retención, conservación de la reacción propioceptiva, mayor aceptación del paciente, ventajas psicológicas por consiguiente mejor manejo del paciente tanto durante el tratamiento como después de terminado éste.

B. - Desventajas. -

Como cualquier tipo de tratamiento en este también se presentan desventajas que se deben considerar antes de elegir este procedimiento posteriormente se mencionan las más importantes:

Su alto costo es la principal desventaja ya que como lo hemos mencionado, el paciente tiene que solventar el gasto de tratamientos adicionales, como: conductoterapias, periodontales, aparte de la dentadura convencional, por lo que el costo de este está fuera del alcance de muchos de nuestros pacientes considerados como " aptos " para este procedimiento.

Otro problema lo constituye la alta susceptibilidad a la caries, una vez terminada la sobredentadura, ya que no podemos saber cuando hay filtración en los dientes, sobre todo si el paciente no asiste regularmente al dentista.

Los problemas periodontales constituyen una gran desventaja, pues un buen estado periodontal constituye el éxito del tratamiento. Además, cuando el problema no preexiste debemos considerar que la sobredentadura puede presentarse como un factor desencadenante, ya que se acumula placa dentobacteriana y esta además puede presentarse como factor de irritación gingival.

Otro punto importante de señalar es que si no se observa una buena y rigurosa higiene, es muy fácil llevar a el tratamiento al fracaso.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es una recopilación de datos ordenados sistemáticamente, orientados a un conocimiento general del paciente. No siendo el propósito de esta tesis ampliar el estudio de la elaboración de la historia clínica propiamente dicha, nos enfocaremos hacia la historia y ficha protésica que serán indispensables para la elaboración de una sobredentadura, y nos orientan en el conocimiento del estado de salud del paciente; nos permitirán dar un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado. Además de berán estar complementadas con modelos de estudio o diagnóstico y una serie radiográfica.

Existen muchos tipos de formularios preestablecidos dependiendo de, si se trata de una institución pública o de salud, o si se trata de un consultorio privado; se recomienda que se hagan lo más amplios posibles con el fin de no dejar escapar algún dato importante. Aquí se menciona el siguiente formulario como ejemplo:

A.- Historia Odontológica.

1.- Estado de tejidos blandos y duros.

a).- Estado de tejidos blandos.-

La inspección de los tejidos se hace en forma ordenada y sistemática, el exámen se hace de forma digital es decir con los dedos índice y pulgar presionando suavemente recorriendo todos los tejidos tratando de descubrir alguna anormalidad, observando consistencia, color, textura, tamaño etc. se recomienda que se examine con cuidado el piso de boca ya que se sabe que es un sitio que estadísticamente tiene una alta incidencia de cáncer, todos los datos deberán registrarse en la historia clínica ejemplo.

Mucosa alveolar _____

Carrillos _____

Lengua _____

Piso de boca _____

Velo de Paladar _____

Brecha _____

Reborde Residual _____

b). - Estado de los tejidos duros. -

Esta se hace por medio de la inspección armada es decir aparte del exámen visual se hace con espejos dental y otros instrumentos; en el caso de dientes restantes se incluirá el exámen endodóntico (percusión horizontal y vertical, transluminación, vitalidad, etc.). Ejemplo:

Dientes remanentes _____

Motivo de la consulta actual _____

Dolor _____

Sensibilidad _____

Movilidad _____

Caries _____

Vitalidad _____

2. - Exámenes complementarios. -

Después de llenar el formulario anterior debemos hacer algunos exámenes complementarios como son examen radiográfico, examen de modelos de diagnósticos, examen periodontal y a continuación se explica cada uno de ellos brevemente.

a). - Examen Radiológico. -

Este se hace completo y de ambos arcos dentarios ya que nos sirve entre otras cosas y en el caso de dientes remanentes, para saber si hay caries que clínicamente no sean visibles y estado pulpar, estado periodontal, relación corona-raíz y en el caso de tener que hacer conductoterapia nos indica la morfología radicular, y finalmente nos ayuda a indicar cuales son los pilares potenciales.

Asimismo nos ayuda a conocer el estado del hueso del reborde residual y si existe alguna raíz o diente retenido o alguna otra anomalía.

b). - Exámen Períodotal. -

Se hace en forma de inspección armada, auxiliándonos con instrumentos de periodoncia como sondas para poder medir si existe alguna bolsa periodontal en el que consideramos como pilar potencial, además en ningún caso debe de presentarse menos de 6 mm de raíz sostenida por hueso y no tener movilidad de 3o. grado, ya que podemos utilizar en casi todos los casos dientes con movilidad de 1o. y 2o. grado y solo en casos verdaderamente excepcionales dependiendo de la técnica a utilizar se escogerán dientes con este grado de movilidad.

c). - Exámen de modelos de Diagnóstico. -

Para lograr este exámen es necesario montar los modelos en un articulador en relación céntrica (si no existen suficientes dientes se elaborarán bases de acrílico y rodillos de cera de modo que pueda ser tomada con eficiencia). Ya montados correctamente se observa la forma, altura y espesor, y espacio interoclusal disponible.

3. - Exámen de las prótesis actuales.

El siguiente interrogatorio es con el fin de conocer la actitud del paciente en anteriores tratamientos odontológicos.

a). - Examen clínico de la prótesis actual.

Oclusión _____

Retención _____

Estabilidad _____

Comodidad _____

Estética _____

Fonética _____

Dimensión Vertical _____

Posición del plano oclusal _____

Posición de dientes anteriores remanentes _____

Superior Vestibular _____ Lingual _____

Inferior Vestibular _____ Lingual _____

Posición de dientes posteriores remanentes.

Superior Vestibular _____ Lingual _____

Inferior Vestibular _____ Lingual _____

Bordes de la prótesis actual.

Sobreextendidos _____ Subextendidos _____

Contorno correcto _____

Adaptación de la base _____

Excelente _____ Pobre _____ Buena _____

Higiene de la prótesis.

Buena _____ Mediana _____ Pobre _____

Higiene de los dientes remanentes.

Buena _____ Mediana _____ Pobre _____

b). - Experiencias odontológicas previas.

Fecha de su última consulta dental _____

Motivo _____

Por que le extrajeron sus dientes _____

Usted quiso que se los extrajerán _____

Motivo de la consulta actual _____

Que le gusta más de su prótesis actual _____

Que le disgusta de su prótesis actual _____

Que le interesa más de una prótesis:

Función _____ Comodidad _____ Estética _____ etc.

Podemos hacer algo para mejorar su prótesis _____

4. - Selección de los pacientes.

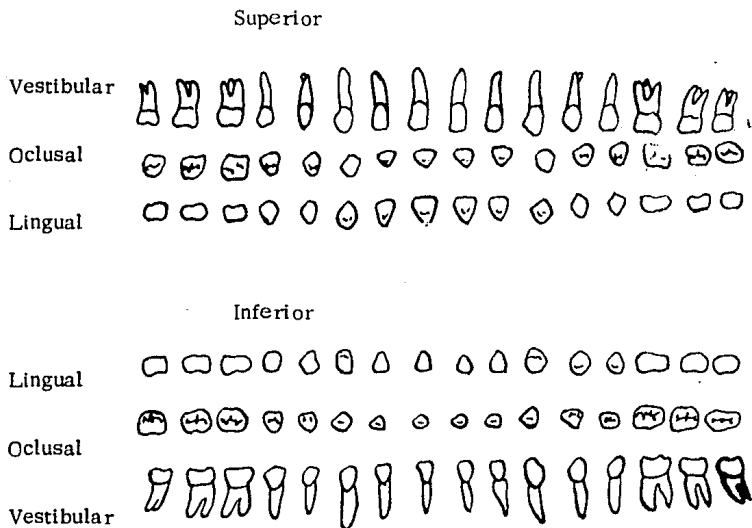
Después de la elaboración de la respectiva historia clínica debemos llevar una charla con el paciente para seleccionar al que realmente va a cooperar durante todo el procedimiento que implica este tratamiento y diagnosticar un caso exitoso. Debemos explicar lo más claro posible en que consiste el tratamiento así como sus desventajas, ayudándole a resolver todas sus dudas, una vez hecho esto ya sabremos cuáles son sus inquietudes y si realmente está motivado en la conservación de sus piezas dentales. Se recomienda en todos los casos en que el paciente no esté muy convencido de querer conservar sus piezas dentales deseche la posibilidad de elaborar la sobredentadura ya que su indiferencia, lo hará perder los dientes pilares por descuido tarde o temprano y en consecuencia el fracaso de la sobredentadura.

Además de estar convencido el paciente candidato debe tener la posibilidad de costear todo el procedimiento debido a que es muy completo y en algunos casos se necesitarán aditamentos de alto costo. También debe tener el tiempo suficiente para asistir a varias consultas antes de terminar el tratamiento, y después de terminar éste, aceptar las consultas para su control.

5.- Odontograma

En esta sección vamos a llenar un odontograma que consiste en un -
esquema de diagrama que representa a los arcos dentarios (Fig. No. 2) -
en el que se señalan las caries, índice de placa dentobacteriana, obturacio
nes, restauraciones, dientes ausentes, además debe incluirse el resultado
del exámen periodontal y endodóntico de los dientes remanentes.

Ejemplo de un odontograma:



(Fig. No. 2)

a). - Selección de los pilares.

Ya teniendo el exámen completo de los dientes que creamos puedan ser los pilares potenciales, podemos proceder a elegir el pilar, considerando:

- a.1. Todo pilar debe tener un potencial endodóntico porque tiene muchas ventajas realizar este tratamiento, ya sea de modo preventivo o que la técnica elegida lo amerite.
- a.2. En todos los casos se elegirán dientes restantes que tengan las coronas sanas, pues ésto--mejorará en forma significativa el pronóstico de estos dientes; en el caso de que no existan se restaurarán en forma adecuada los pilares elegidos.
- a.3. Todo pilar debe tener más de 6 mm de raíz -- sostenida por hueso.
- a.4. En todos los casos requiere un estado periodontal óptimo; en caso de cualquier problema--se dará primero el tratamiento adecuado antes de seguir en el procedimiento.

b). - Consideraciones Posicionales.

Un problema al que nos enfrentamos es cómo distribuir los pilares en la arcada; por regla general se procura elegir dos caninos, uno de cada lado, pues como sabemos es el diente que tiene más fuerza pues su raíz es más larga.

En algunos casos se puede elegir dos caninos y un premolar y en el caso de la arcada superior preferentemente se elegirán dos caninos y un central .

c). - Número de pilares.

Cuando existan más de cuatro dientes en una arca en condiciones favorables, debe elegirse otro tipo de tratamiento como prótesis parcial fija o removible, dejando la posibilidad de elaboración de la sobredentadura sólo cuando existan tres dientes, y como una alternativa, antes de pasar a un tratamiento con dentadura convencional.

6. - Diagnóstico.

Este se forma ya que está completa la historia clínica, pues necesitamos todos los datos posibles para poder saber cuál es el estado general-

del paciente, así como su estado dental actual y poder dar un plan de tratamiento y un buen pronóstico.

Es indispensable que el paciente sea analizado cuidadosamente antes de dar el diagnóstico, pues si acertamos en éste, podemos garantizar más de la mitad del éxito del tratamiento.

7.- Pronóstico.

El pronóstico es el futuro de nuestro paciente de acuerdo con la experiencia y preparación del dentista. Se puede decir que el pronóstico se divide en dos fases.

a).- El futuro del paciente de acuerdo con el criterio de nosotros.

b).- En la forma en que presentamos el pronóstico y - - plan de tratamiento al paciente, y depende mucho - de la habilidad del dentista para exponer el plan de tratamiento y convencer al paciente que coopere - - durante como después del tratamiento.

Para que un pronóstico sea favorable es necesario tener en cuenta varios factores como edad del paciente, ya que como sabemos los pacientes de menor edad progresan rápidamente, aceptando con facilidad el tratamiento, en cambio pacientes de mayor edad y los que por su tipo de actividades siempre están ocupados; tienden a rechazar sugerencias del dentista.

CAPITULO V

SELECCION DE LA TECNICA Y PLAN DE TRATAMIENTO

A. - Selección de la técnica:

Existen muchas técnicas para la elaboración de la sobredentadura; la elección de ésta va a depender de factores como: tipo de pilares, posición y la retención existente, pues en ocasiones hay que aumentar ésta con algunos aditamentos. A continuación se mencionan las técnicas más importantes.

- Modificación y reducción simple de dientes.
- Reducción de dientes y cofias vaciadas.
- Tratamiento endodóntico y tapón de amalgama.
- Tratamiento endodóntico y cofia vaciada.
- Tratamiento endodóntico y cofia vaciada, más algún aditamento.

B. - Plan de tratamiento.

Una vez completa la historia clínica y con el acuerdo de nuestro paciente, después de haber diagnosticado todo lo relacionado con la historia dental y salud general del paciente, tenemos que elaborar el plan de tratamiento que consiste en enumerar de manera lógica y cronológica, los pasos a seguir para lograr su rehabilitación por medio de una sobredentadura.

CAPITULO VI

TECNICAS MAS USADAS EN LA ELABORACION DE UNA SOBREDENTADURA

Como se menciona anteriormente existen muchas técnicas para la elaboración de una sobredentadura, pero se recomienda utilizar la que domine mejor el dentista de acuerdo a su experiencia, y que ésta esté de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente y sea la que garantice el mayor tiempo posible el funcionamiento de la sobredentadura. Como es lógico de suponer la técnica ideal deberá llevar un plan de tratamiento muy completo, incluyendo tratamientos de periodoncia y endodoncia.

A continuación se dará un breve resumen de las técnicas utilizadas, - de las más sencillas a las más complicadas, sugiriendo que si se desea mayor información sobre alguna técnica en especial, sea consultada en una bibliografía más amplia que incluya procedimientos de laboratorio.

A. - Modificación y Reducción simple de Dientes.

Esta técnica consiste en reformar los dientes seleccionados como pilares a modo de eliminar zonas retentivas, reduciendo la altura vertical de las coronas. Es la técnica más sencilla se utiliza una fresa de diamante y se reforma el diente eliminando retenciones, reduciendo su altura de gingival a insisal y redondeándolo. Una vez realizado ésto se coloca un sellador de túbulos dentinarios.

1. - Indicaciones.

- a). - Se emplea en pacientes con bajo índice de caries.
- b). - Pacientes con anodoncia parcial.
- c). - Pacientes con abrasión de dientes.
- d). - Pacientes con cámaras pulpares que ya han recidido lo suficiente para evitar que sean sensibles al ambiente bucal, e incluso al contacto de la sobredentadura.

2. - Contraindicaciones.

- a). - Pacientes con bajo índice de caries.
- b). - Pacientes con cámaras pulpares muy grandes.
- c). - Pacientes con problemas parodontales.

B. - Reducción de Dientes y Cofias Vaciadas.

Este tratamiento es muy semejante al anterior, ya que para evitar la sensibilidad por dejar la dentina expuesta, se colocan cofias vaciadas sin necesidad de conductoterapia, por lo que persiste la posibilidad de sensibilidad cuando se ha concluido el tratamiento (Fig. No. 3).

La preparación de los dientes pilares es similar a la primera técnica, sólo que debemos delimitar en el tercio cervical el sellado correcto de la cofia vaciada.

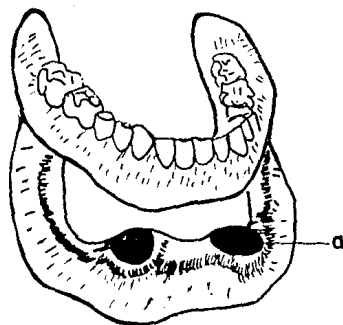


Fig. N° 3

**MUESTRA LA TECNICA DE REDUCCION
DE DIENTES Y COFIAS VACIADAS.**

a) Cofias colocadas en los dientes

1.- Indicaciones.

- a).- Pacientes que presenten suficiente espacio interoclusal, ya que en cada técnica se necesita invadir el espacio existente al cementar las co-fias y si no se tiene suficiente espacio, se vio-la la dimensión vertical, dando como resultado mala estética e intolerancia del paciente.
- b).- Pacientes con cámaras pulpares retráidas.
- c).- Pacientes con buena higiene dental.
- d).- Pacientes sin problemas parodontales.
- e).- Pacientes con buen soporte óseo.

2.- Contraindicaciones.

- a).- Pacientes con deficiente higiene.
- b).- Pacientes con pérdida de dimensión vertical.
- c).- Pacientes con problemas parodontales.

C.- Tratamiento Endodóntico y Tapón de Amalgama.

Una vez concluido el tratamiento endodóntico se procede a la reducción del diente.

Esto se hará en forma de domo eliminando casi toda la corona, no quedando retenciones, la preparación quedará aproximadamente a 1 o 2 mm por fuera de la encía.

Tomando en cuenta que el diente no llevará cofia para sellar con mayor seguridad, la entrada del conducto radicular se perforará ligeramente de 2 a 3 mm., formando una pequeña cavidad retentiva con una fresa de cono invertido y obturándola posteriormente con amalgama; de esta manera quedará sellada la entrada del conducto (Fig. No. 4).

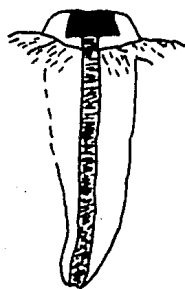
Después se pule la superficie dentaria y la restauración de amalgama con discos de papel, ruedas de goma y polvo de óxido de estaño. La superficie dentaria pulida facilita la limpieza.

Por lo simple de la técnica, ésta es la empleada en nuestro medio.

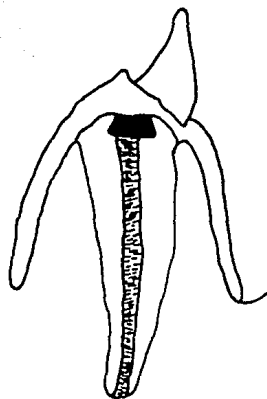
Para controlar la aparición de caries se le pide al paciente que visite frecuentemente al dentista para aplicación de fluor.

1.- Indicaciones.

- a).- Pacientes con buena higiene.
- b).- Pacientes con nula o poca pérdida de dimensión vertical.
- c).- Pacientes con problemas periodontales que ya han sido solucionados, aunque aún persista mo-



A



B

Fig N° 4

MUESTRA LA TECNICA DE TAPON DE AMALGAMA

A) Vista Oclusal

B) Vista Lateral

vilidad.

d). - Pacientes con buen soporte óseo.

2. - Contraindicaciones.

a). - Pacientes con mala higiene.

b). - Pacientes con problemas de pérdida de dimensión vertical.

c). - Pacientes con problemas parodontales sin tratamiento previo.

D. - Tratamiento Endodóntico con Cofia Vacuada Utilizando algún tipo de Aditamento.

Este tratamiento se realiza de la misma manera que el anterior, sólo que aquí va a añadir algún aditamento de anclaje para aumentar la retención de la sobredentadura; éstos se dividen en dos tipos broche y barra.

Las técnicas que mencionan a continuación están basadas en aditamentos prefabricados de alta precisión, los cuales son difíciles de encontrar en nuestro medio por ser la mayoría de importación; sus ventajas en general son la precisión y comodidad de adquirirlos en el depósito dental.

Desde mi punto de vista tiene muchas desventajas como son: alto costo, dificultad en la adaptación y colocación; nula reparación y desgaste con

el tiempo.

Hemos pensado mencionarlos con el fin didáctico y de complemento para este trabajo, si bien en nuestra experiencia personal no los hemos utilizado y en base únicamente a bibliografía seleccionada para este objetivo.

1. - Tipo Broche.

La mayoría son de diseño simple, consisten en un broche macho soldado a la base de la sobredentadura y aquí mismo hay una cofia que tiene la función de cubrir al muñón. El aditamento hembra se adhiere a la subestructura. Cuando se solda o se fija de forma rígida se clasifica como aditamento no elástico. Cuando es diseñado con algún resorte o muelle, o alguna forma para darle un movimiento controlado se llama aditamento elástico.

Indicaciones.

- a). - Pacientes con bajo índice de caries.
- b). - Pacientes con excelente soporte óseo ya que se agregará la torsión que es mínima ejercida por el aditamento.
- c). - Pacientes con excelente higiene bucal.
- d). - Pacientes con nula o poca pérdida de dimensión vertical.

Contraindicaciones.

- a). - Por su alto costo se cree que es la principal contra indicación.
- b). - Pacientes con problemas parodontales.
- c). - Pacientes con pérdida de dimensión vertical.
- d). - Pacientes con alto índice de caries.

Existen muchos tipos de aditamentos, por lo que a continuación se --
dará una lista de los más usados en estos casos.

2. - Aditamento de Gerber.

Este aditamento es el más conocido; consiste en un poste macho adhe-
rido a la base y a un tornillo. La hembra consiste en un resorte de reten-
ción y un anillo.

La retención es lograda porque la hembra lo engarza en un surco en
la sección de macho (Fig. No. 5).

- Tipo Elástico.

Consta de un anillo de montaje, un tensor, y un anillo de retención -
con un resorte que permite un movimiento vertical, pero por su alto costo
casi no se usa además por lo voluminoso que es.

La ventaja de esto aditamentos es que son fácilmente reemplazables,
ya que se desatornillan de la porción macho y se coloca incluso otro tipo -



Fig. Nº 5

**ADITAMENTO DE GERBER
(elastico)**

de aditamento.

3. - Aditamento Ceka.

Este aditamento consiste en una porción macho fija al diente que es más ancha en la parte superior y hendida en cuatro secciones verticales. Las cuatro secciones son flexibles y capaces de ser comprimidas; sobre esto se ajusta el aditamento hembra o anillo. El aditamento macho puede ser construido de otra forma, teniendo éste un espacio entre el mismo y la hembra, permitiéndole el juego vertical y ciertos movimientos giratorios en la base (Fig. No. 6).

Ventajas:

Este aditamento es resistente, porque permite movimientos verticales y giratorios. El aditamento macho es fácilmente reemplazable; puede ser fijado con resina en el consultorio o mandarlo procesar en el laboratorio.

Desventajas:

Este tipo de aditamento ocupa mucho espacio por lo que requiere poca o nula pérdida de dimensión vertical. Puede presentar torsión en el diente si está mal ajustado.

4. - Ancla de Zest.

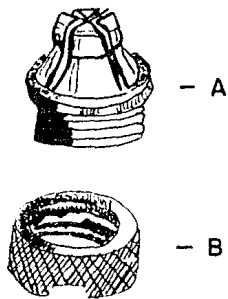


Fig. N° 6

ADITAMENTO CEKA

- A) Porcion macho**
- B) Porcion hembra**

Esta es ideal para una sobredentadura de transición. Consiste en un poste hule adherido a la sobredentadura con su respectiva cabeza. La preparación se hace dentro de la raíz en el tercio cervical creando un lecho para el aditamento hembra (Fig. No. 7).

Ventajas:

La torsión ejercida en el diente es casi nula, ya que la inserción se encuentra por debajo del hueso alveolar. Su colocación es muy sencilla y se puede hacer en el consultorio en una cita; además resuelve el problema de espacio cuando no se cuenta con mucho espacio interoclusal, ya que su inserción queda por debajo del reborde alveolar.

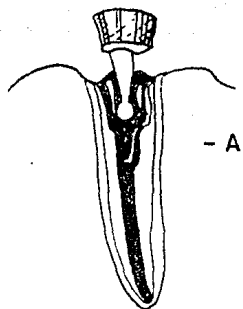
Desventajas:

Cuando se hace la preparación queda parte de la raíz expuesta por lo que existe la posibilidad de presencia de caries; se hace indispensable una higiene meticulosa. Si por alguna razón se doblan los postes, por mínimo que sea, jamás quedará bien adaptada la sobredentadura.

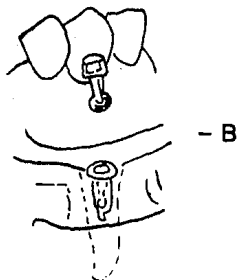
5.- Aditamento de Rotherman.

Este aditamento es de dos tipos:

Uno consiste en un broche corto con el surco más profundo en un extremo que en el otro, y un anillo de retención en forma de "C", los extremos se ajustan en la porción más profunda del surco de retención. El bro-



- A



- B

Fig. N° 7
ANCLA ZEST

A) PREPARACION INTRARADICULAR

B) VISTA EXTRACORONARIA DEL ADITAMENTO
COLOCADA EN SU SITIO

che macho se adhiere con facilidad a la cofia con soldadura a mano libre y la hembra se inserta a la base de la sobredentadura con resina de autopolimerización ya sea en el laboratorio o en el consultorio dental (Fig. No. 8).

Se distinguen entre los dos tipos, uno que permite mayor movimiento que el otro en dirección vertical.

Desventajas:

Su fijación es muy inexacta; no existe una guía para el paciente, por lo que se le dificulta la inserción en la boca una vez terminada la sobredentadura.

6. - Aditamento de Dalbo.

Es de tres tipos: rígido, elástico y rompiefuerzas.

Todos compuestos por un macho adherido al diente y una hembra adherida a la base de la dentadura.

El aditamento rígido tiene una unidad macho cilíndrica con cabeza redondeada.

El aditamento elástico es más pequeño y el más empleado de todos los tipos, lo que permite movimiento más libre, ya que permite movimientos giratorios sobre la hembra adentro de una unidad de macho esférico.

El aditamento de tipo rompiefuerzas es de un diseño de tipo elástico, -

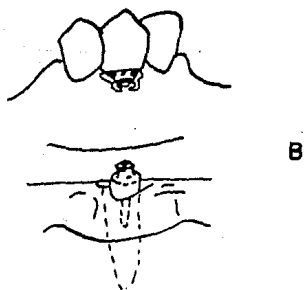
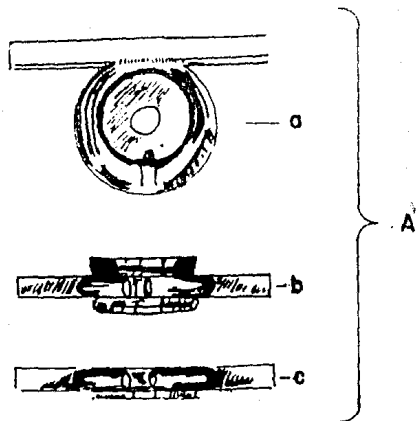


Fig. N° 8

A) ADITAMENTO ROETHERMAN

- a) Vista Oclusal
- b) Elastico
- c) Rigido

B) VISTA EXTRACORONARIA DEL ADITAMENTO

con excepción de la incorporación de un resorte en forma de rosca y con el dispositivo hembra más largo.

La retención de los tres tipos es proporcionada por los brazos flexibles de la unidad hembra que se ajusta sobre la cabeza retentiva de la unidad macho.

7. - Aditamento Introfix.

Este aditamento consiste en una base soldada un poste macho ajustable hundido y un dispositivo hembra. La retención se da por fricción entre el macho y la hembra. El macho presenta una hendidura longitudinal, de modo que sea ajustada para lograr mayor o menor retención y es reemplazable, ya que se encuentra atornillada a la base soldada (Fig. No. 9).

Ventajas:

- Puede ser fácilmente reemplazable por el sistema ancofix.
- Es durable y resistente.
- Es fácil su uso.
- El tiempo en función de este aditamento es más duradero.
- Es ideal para sobredentaduras que requieran mucho soporte.

Desventajas:

- Es un aditamento que requiere mucho espacio pues es relativamente largo.

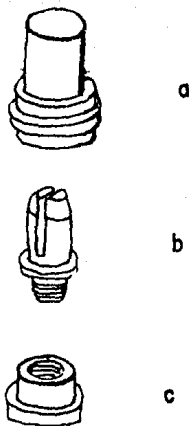


Fig. N° 9

INTROFIX

CONSISTE EN 3 PARTES

- a) Base**
- b) Cilindro de Retencion**
- c) Base intercambiable**

- Requiere paralelismo de los dientes pilares cuando es colocado para evitar la torsión.
- Comúnmente es procesado en el laboratorio por lo que aumenta su costo.

8.- Aditamento de Quinlivan.

Consiste en una bola de resina prefabricada que es incorporada con el encerado del poste y la cofia. El vaciado se encuentra en el diente tratado con endodoncia previamente. Su unidad hembra se adosa a la sobredentadura con resina de autopolimerización. Se obtiene retención mediante la hembra que es fijado por un pequeño labio en el orificio de la cubierta del aditamento hembra (Fig. No. 10).

Ventajas:

- Se fabrica con facilidad y economía.
- El anillo en forma de "O" se reemplaza fácilmente cuando el hule se debilita debido al uso.
- El aditamento gira en todas direcciones, por lo que la torsión sobre el diente es mínima.
- Es un aditamento muy pequeño por lo que se puede usar en casi todos los casos.

Desventajas:

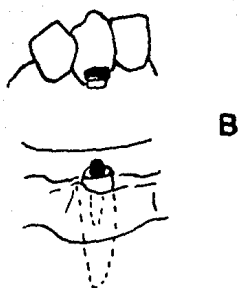
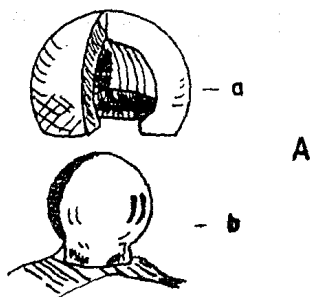


Fig. N° 10
ADITAMENTO DE QUINLIVAN

- A)** a) aditamento hembra
 b) aditamento macho

**B) VISTA ESTRACORONARIA DEL ADITAMENTO
 YA COLOCADA EN SU SITIO**

- La única desventaja encontrada en el desgaste y la posible fractura de la porción de resina si es que en un principio se desgastó considerablemente para acomodarla dentro de su lugar.

9. - Aditamento Schubiger.

Presenta un tornillo que une las unidades de barra con los dientes pilares. Consiste en una base soldada con un tornillo que puede retener y a la vez es intercambiable con un aditamento de poste Gerber, una manga de metal cerámico a la que se ha soldado una unidad de barra, o una tuerca con un tornillo empleado para fijar la manga (Fig. No. 11).

Ventajas:

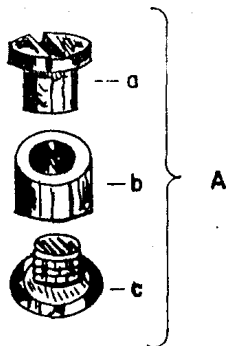
- Tiene capacidad de conversión con dientes de soporte débiles.
- Indicando cuando los dientes pilares tienen raíces divergentes.

10. - Aditamento de Barra.

Actualmente existen muchos tipos. Los propósitos de estos aditamentos son la ferulización de los dientes de soporte y la retención de aparatos protésicos.

Estos aditamentos se dividen en dos tipos: unidades y articulaciones de barra.

Las unidades de barra presentan una fijación rígida es la que no existe



B

Fig. N° 11

A) ADITAMENTO SCHUBIGER

a) Tuerca de tornillo de cierre

b) Manga metálica

c) Base de tornillo

B) VISTA EXTRACORONARIA DEL ADITAMENTO

te movimiento entre la manga que la cubre y la barra propiamente dicha, - por lo que puede clasificarse en dentoso portada. Las articulaciones de barra pueden girar entre la manga y la barra utilizando la mayor parte del re borde residual como soporte.

A continuación se describen los aditamentos de barra más conocidos.

a).- Barra de Hader.

Este aditamento puede utilizarse como una articulación o como una - unidad de barra. El sistema consta de barras y broches de plástico prefabri- cados, la barra de plástico es adherida al encerado de la cofia y se vacía-- junto con la misma, los broches son implantados en la base de la s bren- tadura para darle mayor retención (Fig. No. 12).

b).- Barra de Dolder.

Consiste en una barra presoldada a las cofias de los dientes de sopor- te; como la barra es prefabricada se debe ser cauteloso de que se conserve en línea recta. La forma de la barra presenta lados paralelos y una porción superior redondeada, a ésto se ajusta una manga que se encuentra adosada- a la superficie de la dentadura. La retención se logra por fricción (Fig. - No. 13).

c).- Broche de Baker.

Consiste en un broche diseñado en forma de "U" para ajustarse en --

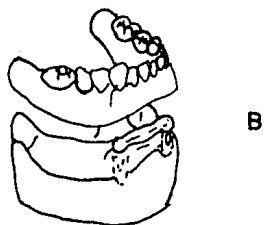
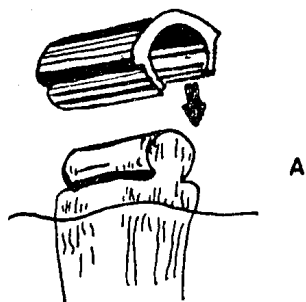
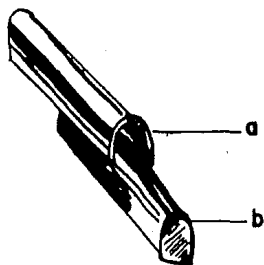
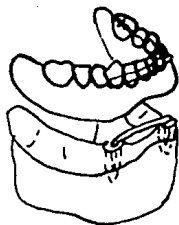


Fig N° 12

- A) Barra de Hader
- B) Barra de Hader Colocada en su sitio



A



-B

Fig. N° 13

A) BARRA DOLDER

a) Porcion hembra

b) Porcion macho

B) BARRA DE DOLDER COLOCADA EN LOS DIENTES

forma circular. Los hay en dos tamaños en calibre 12 y 14. Su ventaja principal es su bajo costo. El broche sólo es colocado en el alambre que ha sido soldado a la cofia de los postes y es entonces incorporado a la resina de autopolimerización.

d). - Broche de Ackerman y Broche C M

Ambos son articulados y son similares en su diseño, consta de una barra redonda soldada a las cofias de los postes y a un broche que se ajusta sobre la barra en forma similar al de Baker. La diferencia estriba en el hecho de que vienen equipados con aletas de retención sobre el broche para engarzar con facilidad en la sobredentadura.

11. - Retenedores Magnéticos en la Sobredentadura.

El uso de estos aditamentos es relativamente nuevo, comenzando su aplicación en 1977. Al principio con estos aditamentos se encontraron muchas dificultades debido a que eran muy grandes y no lo suficientemente fuertes para resistir en función, pero ahora se ha experimentado con una nueva aleación de colbato y algunas tierras raras magnéticas. Esta aleación hizo posible aditamentos más chicos y resistentes pudiéndose usar en muchos casos con éxito.

La aleación más común es el colbato-Sumarium, los imanes fabricados son de 3 mm de diámetro, 1.5 mm de altura y con el uso no pierde resistencia ni fuerza de atracción.

Se han estudiado los efectos físicos que puede traer el uso de imanes con este propósito y se han encontrado, en cortes histológicos, que su uso es totalmente inocuo tanto en tejidos duros como blandos. Algunos autores como Bequer, Bartholy y Busby no descartan la posibilidad de daño a los tejidos de sostén después de algún tiempo.

El uso de estos aditamentos sólo se recomienda en aquellos casos - - donde se necesita aumentar significativamente la retención y se le proponga sólo a los pacientes que puedan solventar el gasto, ya que son muy costosos, tanto los prefabricados como los hechos en el laboratorio, además de requerir una técnica especial en cada caso.

Existen básicamente tres procedimientos clínicos para fijar el dita-mento imantado a la raíz previamente tratado endodónticamente.

El primero es un imán que va cementado dentro del canal radicular a 5 mm de profundidad por aproximadamente 1.2 mm de espesor y 3.2 mm - de ancho; el acceso se hace de preferencia con una fresa de bola procurando que los lados sean paralelos, esta preparación se hace en una cita.

Cuando hay raíces enanas o cortas, la técnica se realiza usando pins en la dentina a 15 grados aproximadamente con el imán previamente insertado, quedando así perfectamente ensamblados, después el excedente de - - los pins se recorta y se pule dejando una superficie lisa.

Esta técnica tiene la desventaja de que el imán no cubre íntegramente

al cemento de la raíz, dejando un poco de cemento al descubrimiento, lo que lo hace susceptible a la caries.

El tercer procedimiento es el de endoposte hecho de aleación de paladio-cobalto-níquel. La preparación se hará lo más larga posible dentro del canal radicular, el resto de la preparación se hace de modo convencional-dejandolas paralelas, las impresiones se hacen de forma directa, dependiendo de la habilidad del dentista.

Ya estando el imán cementado dentro de la raíz, ya sea uno o varios-distribuidos en la boca, se procede a poner los otros imanes en el surco, del reborde alveolar de las sobredentaduras. Para poderlos fijar en su sitio se utilizan dos técnicas.

Una se emplea en el consultorio y es la directa. Se colocan los imanes dentro de la boca en el sitio donde serán embonados con el otro imán. Después se toma la impresión a boca cerrada, y así se obtiene el sitio exacto donde serán colocados. Se vacía la impresión y se manda hacer la base de la sobredentadura y luego se sigue la técnica de elaboración de dentaduras convencionales.

Otra técnica es la indirecta, en donde el laboratorio hace la mayor parte. Se toma la impresión a boca cerrada y los imanes los retiene la impresión y luego son removidos antes de vaciar la impresión, con el objetivo de que el modelo de yeso quede con las figuras de los imanes en el sitio exacto donde serán insertadas y se envía el modelo con indicaciones preci-

sas al laboratorio.

Ya terminada la sobredentadura las indicaciones al paciente serán las mismas que las ya descritas anteriormente.

CAPITULO VII

GENERALIDADES EN LA ELABORACION DE UNA SOBREDENTADURA

Ya teniendo preparados los pilares o apoyo de la sobredentadura se procederá de la misma manera como si fuera una dentadura convencional.

A.- Impresión Primaria.

Es la impresión que utiliza como modelo de estudio en la que no se toma en cuenta la actividad muscular. Esta debe tener dos requisitos importantes:

- 1.- Debe reproducir fielmente la zona por impresionar.
- 2.- Su extensión debe permitir localizar las masas musculares.

El material que se recomienda utilizar para la toma de la impresión es cualquiera que sea elástico, como el alginato porque, recordemos que tenemos dientes remanentes; el uso de la modelina de pan se deja a criterio del dentista.

B.- Elaboración del Portaimpresión individual.

El portaimpresión a elaborar debe tener los siguientes requisitos:

- 1.- Ser de material rígido y estable.
- 2.- Ser de grosor de 2 mm mínimo de 4 mm máximo.
- 3.- Tener un mango de 45 grados a nivel de la línea media sobre la línea principal de soporte.

Antes de comenzar con la técnica se alivian todas las zonas retentivas, ya que recordemos que dejamos dientes remanentes; después colocamos dos capas de separador y colocamos el acrílico para conformar la cucharilla.

C.- Rectificación de Bordes.

Esta tiene por objeto registrar la actividad muscular y así lograr el se llado periférico adecuado; se hace por zonas empezando por la retromolar - hasta la línea media.

En ningún caso se debe permitir que quede la modelina brillante en ninguna zona, pues esto significa que no registró adecuadamente la actividad muscular de ésta área teniendo que repetir el procedimiento. Después se procede a desvanecer 1 mm por dentro la modelina antes de tomar la impresión fisiológica para dar espacio al material de impresión sin alterar la altura de la modelina que queda en contacto con el fondo de saco.

D.- Impresión Fisiológica.

Esta consiste en el registro en negativo de todos los detalles anatómicos, además de la actividad muscular de la cavidad bucal, los carrillos y la lengua.

Requisitos:

- 1.- Debe cubrir toda la superficie protésica, aprovechándola lo mejor posible.
- 2.- Tener una limitación en sus bordes que permita la actividad en los labios, carrillos y lengua, y además que los movimientos musculares no desplacen dicha impresión.
- 3.- La adaptación periférica debe ser constante para evitar la entrada y salida de aire.
- 4.- No comprimir las zonas donde pasen vasos y nervios.
- 5.- Reproducir fielmente la anatomía de los rebordes residuales, con objeto de evitar futuras ulceraciones o irritaciones traumáticas.

La técnica para la toma de impresión fisiológica, ya sea a boca cerrada o a boca abierta se deja a criterio del dentista.

El material a utilizar para la toma se recomienda que sea de tipo elástico como los elastómeros o los silicones, ya que tenemos zonas retentivas por los dientes que dejamos como apoyo.

Es aquí donde la técnica va a sufrir una ligera modificación cuando se utiliza algún aditamento, pues se puede tomar con el aditamento insertado en su lugar o tomarla sin éste, para luego ser colocado en la base de acrílico.

E.- Elaboración de la Placa Base.

Estas son de acrílico y debe tener las mismas características portaimpresión individual.

- 1.- Grosor mínimo de 2 mm - 3 mm.
- 2.- Adaptado en toda su superficie.
- 3.- Ser rígido y estable.
- 4.- Resistente.
- 5.- Debe permitir movilidad muscular, no comprimir frenillos y no desplazarse.

A continuación se procede a la elaboración de rodillos de cera y se toma la dimensión vertical.

F.- Dimensión Vertical.

La dimensión vertical es el espacio que existe entre un punto fijo y un punto móvil, tomando en cuenta como punto fijo la base de la nariz y como punto móvil la parte más prominente del mentón.

Es importante tomar en cuenta:

- 1.- Posición fisiológica de descanso.

Es en la que nos encontramos la mayor parte del tiempo, es decir cuando el tono muscular es muy bajo y los músculos están en equilibrio con la gravedad.

2.- Posición fisiológica de trabajo.

Se realiza durante el ciclo masticatorio, o sea que el musculo aumenta de tono.

3.- Espacio intermaxilar.

Espacio que existe entre las dos diferentes posiciones y se calcula que es de 2 mm aproximadamente.

Existen diferentes métodos para su obtención. Se recomienda para que sea más exacta, tomarla mínimo con dos métodos diferentes.

1.- Métodos fisiológicos: como la deglución.

Primero se obtienen los planos de relación; el principal es el de relación de orientación en superior. Para obtener este plano, el primer paso será la determinación de la altura del rodillo superior; se le indica al paciente pronunciar las palabras foco o fresa hasta que su pronunciación sea clara o nítida. El plano de relación se orienta de acuerdo a la línea aurículo nasal que va de la externa de la nariz a la parte media del tragus del oído, después con la platina de Fox se busca el paralelismo de ésta con la línea bipupilar.

Ya teniendo orientado el rodillo superior se procede a la orientación de el inferior.

2.- Otro método es por fatiga muscular:

Se retira ambos rodillos de la boca del paciente y se marca con lápiz tinta la base de la nariz y la base del mentón. Con los dedos índices y pulgar, se toma el mentón del paciente y se le indica abrir y cerrar la boca varias veces, dirigido por el operador. Después se le indica al paciente que trage saliva y se humedescan los labios y luego los una sin hacer presión y se toma la medida entre el punto fijo y el punto móvil, señalándolos con anterioridad, y se repite la operación mínimo seis veces. La posición fisiológica de descanso se obtendrá tomando la medida que sea promedio de entre las otras seis, a esta medida se le restan 2 mm en el rodillo inferior para que nos de la posición fisiológica de trabajo.

Después de colocar los rodillos en la boca del paciente se rectifica que la medida de la dimensión vertical sea la misma. Esta se puede comprobar por métodos como son, la fonación en la que se le pide al paciente que pronuncie la palabra Mississippi y que cuente del 60 al 70 de modo que no se escuche que arrastre las s y los rodillos no deberán de tener contacto el uno con

el otro. También debe ser verificado que el paciente trague saliva de manera normal, sin tener que hacer presión sobre los rodillos.

Existen otros métodos que son más exactos pero más laboriosos para la obtención de la Dimensión Vertical como son, medidas equidistantes, la obtención de planos y la cefalografía.

G. - Relación Céntrica.

Se entiende por relación céntrica la relación que existe entre el hueso temporal del cráneo y el condilo de la mandíbula, y es cuando el condilo se encuentra en la parte más posterior superior media, dentro de la cavidad glenoidal del hueso temporal. Esta relación es la única repetitiva o sea que aunque el paciente haya perdido su dimensión vertical por varios años, su relación céntrica no se altera.

Para la toma de esta relación se coloca al paciente con el plano de oclusión paralelo al piso.

Existen varias formas para obtenerla a continuación mencionamos dos: Fisiológica y manual.

1. - Fisiológica. -

Se le pide al paciente colocar la punta de la lengua sobre el borde posterior de la placa base superior y se

le pide que cierre la boca hasta que ocluyan los rodillos de cera.

2.- Manual.-

Se coloca el dedo índice y pulgar sobre el mentón del paciente y se hacen pequeños movimientos de apertura y cierre, guiando la mandíbula ayudando le con nuestros dedos, inmediatamente después, se le pide que trague saliva que humedezca sus labios con la lengua, y después que cierre con naturalidad ocluyendo los rodillos de cera. Esto se repite varias veces hasta que localicemos la relación céntrica en la posición más repetitiva (Fig. No. 14).

Para mantener la relación céntrica en su lugar se hacen dos muescas en el rodillos de cera a nivel de premolares, en ambos lados de la arcada, de tal manera que puedan quedar fijos el rodillo superior con el inferior en relación céntrica por medio de modelina o yeso.

Una vez obtenida la relación céntrica, se procede a transferir los modelos al articulador, y a continuación se seleccionan los dientes.



Fig. N° 14

TOMA DE RELACION CENTRICA MANUAL

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

H. - Selección de dientes.

Generalmente se basa en la forma que tiene la cara del paciente, utilizando el concepto creado por León Williams que los clasifica en tres: cuadrada, ovoide y triangular.

2. - Selección del tamaño.

Se hace por varios métodos, a continuación mencionaremos dos de los más utilizados.

En el primero podemos utilizar la careta de León Williams hecha de acrílico con orificios para la nariz, boca y ojos. Tiene dos puntos de referencia para ser colocada correctamente:

La línea media que debe coincidir con la línea media del rostro del paciente y la línea bipupilar de la careta que debe coincidir con la línea bipupilar del paciente. Ya ajustada la careta se ajustan las regletas que están al lado de los ojos y en la parte inferior del mentón.

De esta manera se obtiene la medida del ancho de los dientes.

a). - Esta regleta nos da la medida del ancho de los dientes.

b). - Aquí nos da el largo de los dientes.

* Un diente central cabe 16 veces en el ancho de la cara.

- Otro método.

Ya que se tomaron los modelos en el articulador, se marca en los modelos del yeso la línea media y la línea media de los caninos, transportándolos a la placa base y rodillos de cera. Ya hecho esto, con una regla flexible se mide de la línea del canino a línea de canino opuesto y se le aumenta 5 mm que equivalen a 2.5 mm de cada lado, correspondientes al lóbulo de crecimiento distal del canino.

Esta medida nos da el ancho de los dientes superiores lo cual nos sirve de guía para adquirir el juego completo de dientes.

Una vez orientados el rodillo superior e inferior, se montan en el articulador y se quitan las placas base. Se mide desde la zona principal de soporte del modelo superior hasta el plano de oclusión inferior a esta medida se le restan 2 mm que equivalen a la medida de la placa base.

Es muy importante que en ninguno de los casos se viole la dimensión vertical del paciente, ya que si lo hacemos, podremos asegurar que nuestro tratamiento será un fracaso.

3. - Selección del color.

Como regla general el color de los dientes debe armonizar con el color de la tez. Para mayor edad, se recomienda que sean más amarillos. Se usa el colorímetro y se escogen tres colores de dientes con la luz natural y se colocan sobre la piel del paciente observándose a 50 cm aproximadamente, con los ojos entrecerrados. El primer color que desaparece a la visión es el más aconsejable para el paciente.

Cuando se haga la toma de color se le pedirá al paciente que lleve ropa clara a esa cita, ya que los tonos fuertes y chillantes alteran la tonalidad de la piel, pudiendo ser errónea la elección del color. Cuando esto no sea posible, se aconseja cubrir al paciente con una toalla blanca y proceder a la elección.

CONCLUSION

La sobredentadura se seguirá utilizando como método para la conservación del hueso alveolar y el aporte sensorial a los dientes.

A la fecha la mayor parte de los fracasos son resultados del mal diagnóstico y la supervisión inadecuada para controlar el mantenimiento. El conocer más sobre uso y función de las sobredentaduras mejorarán los niveles de éxito, por lo que debemos tratar de controlar todos los factores que lleven al fracaso. En base a la experiencia clínica, el principal problema es la alta susceptibilidad a la caries, ya que la dentina y cementos expuestos debajo de una sobredentadura son muy propensos a la misma, por lo que el cuidado exhaustivo del paciente en casa nunca es exagerado. En la mayor parte de los casos los cuidados sistemáticos no son suficientes, deberá emplearse el hilo dental, auxiliar periodontal, pequeños cepillos y puntas de hule.

Así una vez seleccionado al paciente, controlando caries, dominando la enfermedad mediante la terapéutica periodontal adecuada, podemos asegurar que la sobredentadura será un éxito en ese paciente. Así tendremos la satisfacción de conservar el hueso alveolar el mayor tiempo posible, para brindar un mejor soporte y retención de la dentadura sin necesidad de mutilar por completo al aparato estomatognático.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Winkler Sheldon
Prostodoncia Total
Editorial Interamericana
Edicci3n original 1982
Pags. 527 a 548
- 2.- Morrow Robert.
Overdentures
Editorial Intermedica
2a. Edici3n 1980
Pags. 175 a 208
- 3.- Morrow Robert.
Manual de Sobredentaduras Inmediatas.
Editorial Intermedica
3a. Edicci3n
Pags. 202 a 208
- 4.- Sharry John
Prostodoncia Completa
Ediciones Toray S.A. Barcelona.
1a. Edicci3n
Pags. 163 a 213

5. - Tylman Stanley Daniel

Teoría y Practica de Prosthodoncia Fija.

Editorial Interamericana

3a. Edición

Pags. 165 a 178

6. - Boucher Zarb Carlos

Prótesis para el Desdentado Total

Editorial Intermedica 1977

Pags. 61 a 95

7. - Capusselli Shuartz

Tratamiento del Desdentado Total

Editorial Mundi 1980

2a. Edición

Pags. 39 a 85