

344

ZED



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**SOBREDENTADURAS PARCIALES
REMOVIBLES**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SERGIO ARTURO VARGAS CAMPOS



ASESOR:

C.D.M.O. MARTIN ARRIAGA ANDRACA

MEXICO, D. F. FALLA DE ORIGEN 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



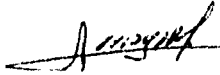
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN:



C.D. Martín Arriaga Andraca.

FECHA DE EXÁMEN PROFESIONAL:

HORA:

A DIOS:

**Gracias Señor, por darme el más precioso de los tesoros,
la dicha de la vida.**

A MIS PADRES:

**Por su amor infinito y su apoyo en mi formación para la vida,
les dedico este trabajo que es el inicio de un largo camino.**

LOS AMO INMENSAMENTE.

A MIS HERMANOS:

Laura, Lety, Lucy

‡

Fernando.

GRACIAS.

A MÓNICA:

Por darme tu inmenso amor y alegría de vivir,
que son mi apoyo invaluable
y causa de mi superación humana y profesional.

A LA FAMILIA SOSA CORTÉS:

Por su amistad y apoyo sincero.

GRACIAS.

SOBREDENTADURAS PARCIALES

REMOVIBLES.

INDICE

SOBREDENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
GENERALIDADES.....	5
CAPITULO I:.....	7
FUNCIÓN NEUROMUSCULAR.....	7
<i>Definiciones:.....</i>	<i>7</i>
CLASIFICACIÓN DE LOS RECEPTORES:.....	9
ESTÍMULOS SENSORIOS DE LOS RECEPTORES.....	12
PERIODONTALES:.....	12
<i>Sensibilidad de los dientes anteriores.....</i>	<i>12</i>
<i>Respuesta del Canino:.....</i>	<i>12</i>
<i>Sensibilidad Direccional:.....</i>	<i>13</i>
<i>Inserción sensorial de dientes con absorción de.....</i>	<i>13</i>
<i>huesoalveolar:.....</i>	<i>13</i>
CAPITULO II:.....	15
INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	15
<i>INDICACIONES:.....</i>	<i>15</i>
<i>CONTRAINDICACIONES:.....</i>	<i>17</i>
<i>VENTAJAS:.....</i>	<i>17</i>
<i>DESVENTAJAS:.....</i>	<i>19</i>
CAPITULO III:.....	20
EXAMINACION, DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	20
EXAMINACION:.....	20
<i>Historia Clínica:.....</i>	<i>20</i>
<i>Historia Dental:.....</i>	<i>20</i>
<i>Registros preliminares al tratamiento:.....</i>	<i>21</i>
<i>Examinación Visual y Digital:.....</i>	<i>24</i>
<i>Examinación Dental:.....</i>	<i>24</i>
<i>Examinación Periodontal:.....</i>	<i>27</i>
<i>Exámen Radiográfico:.....</i>	<i>28</i>
<i>Interconsultas:.....</i>	<i>30</i>
DIAGNOSTICO:.....	30
PLAN DE TRATAMIENTO.....	31
CAPITULO IV:.....	32
PREPARACIÓN DE LOS DIENTES PILARES.....	32
<i>a).- Reducción Simple de Dientes Vitales:.....</i>	<i>32</i>
<i>b).- Reducción de dientes vitales y cofias vaciadas:.....</i>	<i>34</i>
<i>c).- Tratamiento endodóntico y Tapón de amalgama:.....</i>	<i>35</i>
<i>d).- El recubrimiento vaciado o cofia, está indicada en casos donde sea frecuente la recidiva de caries.</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO V.....	38
ATACHES PARA SOBREDENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES.....	38
<i>Ventajas.....</i>	<i>40</i>
<i>Desventajas.....</i>	<i>40</i>

CAPITULO VI:	42
GENERALIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS.	42
IMPRESIONES:	42
<i>Técnica de Impresión:</i>	42
<i>Dimensión Vertical:</i>	47
<i>Configuración de la Base:</i>	47
<i>Colocación de la Base:</i>	48
<i>Instrucciones al Paciente en su Higiene Oral:</i>	50
<i>Cuidado de los dientes desgastados o recubiertos con domos:</i>	55
<i>Consulta Posinserción:</i>	58
<i>Instrucciones por escrito:</i>	59
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	62

SOBREDENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES.

INTRODUCCIÓN.

La sobredentadura es un aparato total o parcial removible, su base cubre uno o más dientes naturales a menudo sin corona o con implantes.

La sobredentadura mantiene a los dientes como parte del reborde residual , lo cual proporciona al paciente un soporte para su dentadura . En lugar de mucosa blanda movable , la sobredentadura se halla asentada literalmente en "pilotes" dentarios que permiten a la dentadura resistir cargas oclusales mucho mas grandes.

Así mismo , por la sobredentadura, la disminución de la velocidad de resorción ósea es menor.

Es decir, el hueso alveolar existe como soporte para los dientes y si se eliminan los dientes , entonces el proceso alveolar inicia la resorción.

Otro objetivo de la sobredentadura es que al conservar los dientes como soporte para ésta, también se conserva la membrana periodontal que rodea a los dientes, esto permite mantener los impulsos propioceptivos que transmite esta membrana evitando así la desaparición de esta parte muy importante del complejo nervioso miofacial.

Si el paciente lleva una sobredentadura completa conserva capacidad sensitiva notable para darse cuenta del contacto oclusal . Esta capacidad de discriminación permite al paciente con sobredentaduras regular las fuerzas de la oclusión casi de la misma manera que una persona con dientes naturales. Además , los receptores periodontales influyen de manera activa sobre los movimientos articulares cíclicos de la masticación por medio de su mecanismo propioceptivo de retroalimentación .

No hay que perder de vista que las sobredentaduras abarcan desde la solución del caso a largo plazo hasta la solución temporal como preparación del paciente a la prótesis total.

GENERALIDADES.

En 1969, Lord J.L y Teel S, idearon el término "sobredentadura", y describieron la técnica endodóntica - periodontal-prostodóntica usada, este término tiene su origen en la traducción literal de "overdenture" en inglés, pues esta prótesis descansa sobre algunos dientes o restos radiculares , pero su mayor área de contacto es la mucosa, por lo cual "**Prótesis Mucodentosoportada**" nos da un concepto más claro.

Este tipo de prótesis pueden ser parciales o totales y se les puede llamar también:

Prótesis Híbrida , Overlay ó Dentadura telescópica.

Podemos mencionar que años antes en 1916, Prothero J.H, había hecho mención en el uso de la conservación radicular de algunos dientes como soporte para tratamientos protésicos y afirmaba "muchas veces pueden ser utilizadas dos o tres raíces o dientes muy separados para soportar una dentadura".

Los restos radiculares se han utilizado para soportar y estabilizar dentaduras desde 1856 en los E.U, pero hasta 1958, fue cuando Miller reintrodujo el concepto. El en su técnica usó dientes vitales con una cofia de manera tal que ofreciera soporte y retención a la dentadura sin necesidad del tratamiento de conductos.

Morrow en 1969, sugería que los dientes deberían de ser reducidos a unos milímetros arriba de la encía marginal libre, por lo que era necesario el tratamiento de conductos antes de realizar el rebaje de los dientes que serían pilares para la prótesis.

Podemos mencionar que en 1789, la primera dentadura inferior de George Washinton, construida de marfil por John Greenwood y conservó un bicúspide mandibular izquierdo.

CAPÍTULO 1:

FUNCIÓN NEUROMUSCULAR.

El introducimos primero a este tema , es para nosotros de una particular importancia , pues es uno de los objetivos para lo cual se usan y se realizan las Prótesis mucodentosoportadas.

Propiocepción: Significa darse cuenta de si mismo , es muy importante pues permite al individuo darse cuenta de la posición del cuerpo, extremidades , mandíbula, etc., con respecto al lugar que ocupan en el espacio o tomando en cuenta que los impulsos propioceptores participan en la regulación de los reflejos.

Algunas definiciones que a continuación presentamos pueden ayudarnos a entender mejor la terminología empleada.

Definiciones:

Sensación:

Es un impulso llevado por un nervio aferente a los altos centros cerebrales , la asociación de estímulos y comparación de estas sensaciones se transforman en percepción.

Percepción:

Es el registro mental conciente de un estímulo sensorio.

Sensibilidad Propioceptiva:

Es el sentido inconsciente que nos proporciona la posición y el estado de las partes del cuerpo.

Propiocepción:

Referente a la información proveniente acerca de la posición y movimientos del cuerpo y estas partes son receptores.

Receptor:

Es un nervio sensorio terminal a diversos tipos de estímulos.

Mecanoreceptor:

Es un receptor que es estimulado por las diferencias de presión como es el tacto y la audición.

Propioceptores:

Estos se encuentran localizados en músculos , tendones , ligamentos , articulaciones y ligamento periodontal los cuales proporcionan información de los movimientos y posición.

El Ligamento Periodontal es rico en este tipo de inervación y los dientes son rodeados por una vasta red de propioceptores que pueden recibir el estímulo mecánico, este tipo de receptores también son llamados Presoreceptores.

Esta sensibilidad de dichos receptores contienen información con relación a la dirección y tamaño de la fuerza oclusal. Se ha relacionado que estos receptores periodontales son los principales responsables de la capacidad de el cierre de el maxilar inferior en oclusión céntrica.

Los receptores son clasificados en grupos:

Clasificación de los receptores:

a) Exteroreceptores: Los cuales son afectados por estímulos externos como son los estímulos térmicos , visuales, auditivos y táctiles.

b) Interoreceptores: Los cuales responden a estímulos viscerales como son el hambre, el dolor visceral y la sed. Y estos se dividen en 3:

- 1.- Propioceptores.
- 2.- Organos sensoriales del Laberinto.
- 3.- Receptores viscerales.

1.- Propioceptores:

Son los órganos sensoriales incluidos en músculos, tendones, ligamentos y articulaciones, con estos se conocen las tensiones ejercidas sobre estas formaciones.

Las impresiones correspondientes se llaman también sensaciones cinestésicas.

2.- Órganos Sensoriales del Laberinto:

Estos nos informan acerca de las posiciones de la cabeza y los cambios de la misma.

3.- Receptores Viscerales:

Estimulados por cambios químicos y mecánicos. Los impulsos nacidos de los órganos internos permiten regular la actividad de acuerdo con las necesidades del organismo.

Las fibras musculares estriadas , los corpúsculos de Golgi, los corpúsculos de Paccini y las terminaciones nerviosas no encapsuladas , se encuentran en el músculo esquelético, en tendones , en articulaciones y como podemos comprender la función masticatoria se da con la integración sensorial de todas las partes componentes de el sistema, como son el Ligamento Periodontal, el conjunto de músculos que intervienen en la masticación , la Articulación Temporomandibular y las mucosas bucales. A la suma de la integración sensorial de los receptores que transmiten la información acerca de los movimientos y posición de la mandíbula se llama Propiocepción.

Brill y colaboradores , estudiaron las trayectorias de los impulsos que regulan los movimientos mandibulares y estos impulsos pueden ser a nivel conciente, lo cual resulta en una actividad voluntaria y también puede ser a nivel subconsciente por el estímulo a los receptores bucales.

Los cuerpos celulares pueden ser afectados por orígenes diversos que ocasionan una excitación o una inhibición , es decir, en un movimiento de cierre , hay cuerpos celulares (neuronas) que hacen que el músculo adecuado se accione y cierre, y se inhiban aquellas que accionan a los músculos de apertura.

Por lo antes mencionado , debemos de estar conscientes que la extracción de los dientes implicaría la pérdida total de los receptores del ligamento periodontal y por consiguiente se perdería la mayor fuente de control de la ubicación mandibular, tal tragedia es un factor biológico sumamente importante que exigiría el compensar dicha pérdida mediante la elaboración de una prótesis mucosoportada, en tanto que la elaboración de una prótesis mucodentosoportada , conservaría una porción de esta inserción propioceptiva.

ESTÍMULOS SENSORIOS DE LOS RECEPTORES PERIODONTALES:

Sensibilidad de los dientes anteriores.

Los órganos dentarios anteriores contienen una sensibilidad más exacta que los posteriores.

Los impulsos sensorios de los receptores periodontales es uno de los mayores determinantes en la función masticatoria y las raíces de los dientes ofrecen una discriminación mas exacta que los estímulos recibidos por la mucosa oral.

En investigaciones se ha observado que las estructuras en la parte anterior de la boca como por ejemplo: mucosa, punta de la lengua y ligamento periodontal de los dientes anteriores tienen una sensibilidad mayor.

Respuesta del Canino:

Estudios realizados en animales, demostraron que los caninos son de los mas sensitivos que otros dientes, aunque estos estudios no se realizaron en seres humanos, se demostró que estos dientes tienen una mayor sensibilidad y se evidencia la gran importancia de conservarlos para la elaboración de una prótesis .

Sensibilidad Direccional:

Este término nos indica que los receptores que se encuentran en el ligamento periodontal dan la información con respecto a la dirección de las cargas oclusales , lo cual significa que los receptores del ligamento periodontal tienen una función individual y nos indica la importancia neuromuscular de la afinidad existente entre el diente y el ligamento periodontal.

La actividad específica de los músculos es dirigida por receptores específicos del diente , de ahí deducimos la gran importancia de preservar al máximo los restos de dientes para la realización de una prótesis.

La percepción dimensional que nos ofrecen los dientes es, la discriminación consciente de diferentes densidades de objetos entre las superficies oclusales de los dientes, además, la propiocepción que se tiene con dientes naturales influye en la producción de saliva.

Inserción sensorial de dientes con absorción de huesoalveolar:

Por lo regular, los dientes que elegimos para ser utilizados en el funcionamiento de una Sobredentadura Parcial Removible , tienen problemas como es la cantidad de soporte óseo, lo cual significa una pérdida del ligamento periodontal, en el cual se encuentran los receptores.

Disminución de la Percepción en individuos viejos:

- El nivel de percepción oral disminuye conforme aumenta la edad en personas adultas.

CAPÍTULO II:

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS .

INDICACIONES:

Las indicaciones de las Sobredentaduras Parciales Removibles incluyen lo siguiente:

1.- Casos corrientes de Prótesis Parcial Removible, donde no es factible restaurar los pilares. La colocación de una sobredentadura puede estar indicada por razones económicas o para prolongar la vida de los dientes tratados periodontalmente. Estos suelen estar muy restaurados con aleaciones o compuestos y se les puede rebajar extensamente con o sin tratamiento endodóntico, en ocasiones se colocan ataches o cofias de oro sobre las raíces preparadas

Probablemente la indicación mas frecuente, sea para evitar problemas de soporte de sillas grandes , como en clases I, II ó Clase IV estensa.

2.- En pacientes con defectos congénitos como fisuras palatinas, disostosis cleidocraneal, microdoncia u oligodoncia, con relaciones intermaxilares y dentales inadecuadas desde el punto de vista funcional y estético. Estos pacientes se benefician inmensamente con la versatilidad , el relativo bajo costo y sobre todo los excelentes resultados funcionales y estéticos obtenidos.

3.- Cuando alguno o todos los dientes remanentes están muy erosionados y especialmente si hubo pérdida de la dimensión vertical de la oclusión.

Cuando la pérdida de la corona es localizada , los dientes suelen ser recubiertos con mínimas preparaciones o ninguna, cuando la abrasión es más generalizada , también puede haber pérdida de la dimensión vertical, con frecuencia junto a síntomas de disfunción temporomandibular. Estos casos suelen llevar al tratamiento con sobredentadura.

A veces conviene no cubrir las raíces en conjunto, sino encerar cada diente para obtener el máximo efecto estético. Los dientes encerados con procesado en acrílico termocurable o en oro. Toda vez que se haga una sobredentadura parcial removible , para mantener la dimensión vertical recuperada irá precedida por el uso de una placa de mordida diagnóstica para corregir los síntomas de disfunción o determinar la altura vertical funcional y estética óptima de contacto o ambas cosas.

CONTRAINDICACIONES:

Son relativamente pocas y a continuación se hace mención de ellas:

1.- Cuando se pueden restaurar los dientes remanentes y colocar prótesis parciales fijas o removibles con utilización de los dientes pilares.

2.- En casos en los cuales no exista un buen control preventivo de placa bacteriana por parte del paciente.

3.- En casos donde no es posible realizar un buen trabajo de terapia de conductos o periodoncia.

VENTAJAS:

Las ventajas principales que se consiguen en la elaboración de prótesis de superficie, en inglés Overlay Denture Partial, se mencionan a continuación:

1.- Mejor estabilidad protésica, retención y función, pues los dientes de soporte dan un apoyo.

2.- Utilización de dientes remanentes como una guía en la posición de los dientes artificiales; con lo cual obtenemos una mejor idea de la relación intermaxilar del paciente.

3.- Utilización de órganos dentarios remanentes para conservación del reborde alveolar; esto lo obtenemos con la colocación de una sobredentadura parcial removible, por que las fuerzas de la oclusión son parte absorbidas por los dientes remanentes. El diente reducido ejerce una acción protectora sobre el reborde alveolar, es decir, actúan como un rompiefuerzas para la presión que ejercen las fuerzas oclusales , el mejorar la relación corona-raíz de los dientes remanentes, disminuye el brazo de palanca que se les está aplicando antes del desgaste y por lo tanto tienen un mejor pronóstico para los dientes no extraídos y el hueso alveolar circundante.

4.- Conservación de la respuesta propioceptiva; esta es de mucha importancia , es decir, se conserva el nivel sensorial de los dientes de soporte. El mantener con el diente la membrana periodontal proporciona al paciente un sentido de discriminación imposible de lograr con dentaduras tradicionales.

5.- Aceptación del Paciente; el paciente experimenta una mejoría sorprendente tanto en función , como en el aspecto estético cuando se conserva parte de sus dientes naturales.

DESVENTAJAS:

1.- Procedimientos clínicos mas largos y costosos por el tratamiento periodontal y las restauraciones individuales de los dientes remanentes.

2.- Propensión a caries, en dientes que únicamente fueron reducidos y pulidos para soportar la prótesis y el paciente no tiene cuidado en llevar a cabo una serie de cuidados escrupulosos realizados en su hogar, además de asistir con cierta regularidad al consultorio para exámenes frecuentes en los cuales se pueda detectar las lesiones incipientes.

CAPÍTULO III:

EXAMINACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

EXAMINACIÓN:

Historia Clínica:

La Historia Clínica deberá de ser realizada a cada paciente que sea tratado , por la importancia que implica el conocer su estado de salud general.

El uso de un cuestionario donde obtengamos información acerca de su salud física, como anímica , nos dará las pautas pertinentes para el tratamiento posible a seguir.

Historia Dental:

Un registro de la Historia Dental de nuestro paciente usualmente contiene información importante acerca de experiencias previas que nos indiquen sobre las actitudes , motivaciones y expectativas que tenga nuestro paciente.

El éxito o fracaso de sus últimas prótesis tiene especial significado, acerca de las satisfacciones o insatisfacciones que estas le hayan dejado.

Se debe de indagar acerca de el porque de las pérdidas de sus dientes y cuales han sido sus dificultades que ha tenido con sus prótesis.

Ocasionalmente el paciente espera demasiado de la prótesis propuesta y el Cirujano Dentista debe explicarle al paciente , bién acerca de lo que se desea conseguir con el tratamiento, así como explicarle las posibles consecuencias o problemas que pudieran ocurrir.

Además debemos de tener un registro acerca de los cuidados personales que el paciente tenga para pronosticar si la higiene por ejemplo es la adecuada para que el tratamiento tenga éxito y los cuidados especiales que se deberán de tener.

Registros preliminares al tratamiento:

Deberán de obtenerse unos modelos para estudio de la boca del paciente, que deberán de ser articulados para obtener información acerca del paciente respecto a sus condiciones y asegurar que es candidato para esta clase de tratamiento.

Se tienen que analizar los modelos para determinar la presencia de contactos oclusales defectuosos, también conocer la relación intermaxilar , en caso de existir torus, determinar que hacer respecto a ellos, determinar el espacio existente para la nueva prótesis y el tamaño de los dientes.

Los modelos de estudio deberán de almacenarse como un registro en la Historia Clínica y no deberán de usarse en la elaboración de la prótesis , es decir, como modelos de trabajo.

También sería conveniente obtener transparencias o fotografías a color de los tejidos de la cavidad oral, así como de el perfil y rostro del paciente, que nos ayudaran a un mejor diagnóstico junto con los modelos de estudio y servirán como otro registro en el tratamiento.



Examinación Visual y Digital:

Deberán de ser examinados tanto visual, como digitalmente la cavidad oral, lengua y dientes a tratar, así como los adyacentes , además de labios, mucosa oral, piso de boca, paladar duro y blando e istmo de las fauces. Esta examinación deberá de ser cuidadosa para detectar cualquier patología que pudiera afectar en cualquier manera a nuestro paciente.

Es de particular importancia el evaluar las condiciones de las mucosas que han soportado prótesis anteriores y detectar cualquier inflamación y tejido hiperplásico asociado a el uso de prótesis

La examinación digital nos dará la información acerca de la textura y condiciones de los tejidos y podremos detectar exostosis o alguna pequeña espícula o defecto que a la exploración visual haya quedado desapercibida y que tendría que ser removida antes de iniciar la construcción de la prótesis .

Examinación Dental:

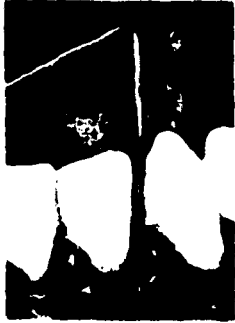
Deberán de observarse y evaluarse cuidadosamente cada uno de los dientes remanentes para poder determinar su tratamiento individual.

En caso de existir lesiones cariosas , elegir el material adecuado para restaurar el órgano dentario y en el caso de estar restaurado , valorar si la restauración está todavía en condiciones funcionales óptimas o es necesaria su restitución por otra nueva.

En el caso de haber dientes demasiado destruidos valorar su estado para pronosticar si son aptos todavía para mantenerse en boca o es necesaria e irremediablemente su extracción.

Es muy importante el determinar un espacio adecuado para la dentadura , además es muy importante el estado de higiene bucal que tenga el paciente y si lo consideramos pertinente , instruir al paciente en una técnica de higiene mediante el uso de tabletas reveladoras.

Una higiene bucal pobre o la falta total de higiene en las prótesis anteriores, puede ocasionar inflamación en los tejidos de soporte y si no es modificado este estado de higiene, el pronóstico de la nueva prótesis será muy pobre, para lo cual se deberán de implementar procedimientos a corregir este estado antes de iniciar el tratamiento.



Nombre: Dr. Juan A. L. Fecha: 15/11/2015 Clínica: San Juan	
Relación: oclusal Contacto: normal	
Descripción en IC: normal Contacto en arcos: normal Dirección: normal Clase: I Grado: I	
Parafunciones: Hábitos: normal Cl. normal	Diagnóstico: normal Tratamiento: normal Pronóstico: normal Observación: normal
Anotaciones: normal Fecha y hora: 15/11/2015 Firmado: Dr. Juan A. L.	

La exploración periodontal compleja, asimismo, es imprescindible, debe incluir la medición de las bolsas y la movilidad dental, y la determinación del grado de inflamación del periodonto marginal.



A continuación se obtiene un resumen topográfico de las posiciones dentales, inclinaciones, migraciones y elongaciones, controlando al mismo tiempo el estado del hueso alveolar y el estado de la mucosa en los maxilares edéntulos.



El control del estado y la función de la musculatura masticatoria, y el de la función de las articulaciones se realizan por palpación, inspección de la boca y auscultación de las articulaciones.



El análisis de la función oclusal tiene gran importancia. Se suele realizar directamente en la boca (izquierda). Si las condiciones no son favorables, la función oclusal alterada (derecha) se visualiza con ayuda de los modelos de estudio en el articulador.

Examinación Periodontal:

Por lo general, la mayoría de los pacientes que son candidatos a una Sobredentadura Parcial Removible o Total, tienen signos y síntomas de una enfermedad periodontal crónica, algunos tienen deformidades ya sean congénitas o como resultado de un accidente traumático.

En general tienen pérdida del hueso alveolar, bolsas periodontales profundas y una movilidad excesiva que son características inconfundibles de una periodontopatía. Las bolsas periodontales deben ser cuidadosamente revisadas, medidas y registradas en la Historia Clínica.

La magnitud y dirección de la movilidad dentaria deben ser registradas y correlacionadas con las demandas funcionales individuales que podrían ser necesarias para la prótesis, por lo que una movilidad moderada no es así una contraindicación para seleccionar a un diente como pilar de la prótesis parcial, excepto si el diente tiene una movilidad excesiva en sentido horizontal y vertical tendrá pocas oportunidades de mantenerse en boca.

Es esencial, la evaluación de la higiene del paciente y reforzar la importancia que esta tiene con la salud periodontal de los dientes y motivar el interés en el paciente en mantener saludables y limpios los dientes remanentes.

Exámen Radiográfico:

En caso de que únicamente sean algunos dientes los seleccionados , radiografías periapicales pueden realizarse en lugar de una ortopantomografía.

Esto es de primordial importancia para conocer la cantidad de hueso de soporte que rodea a los dientes seleccionados.

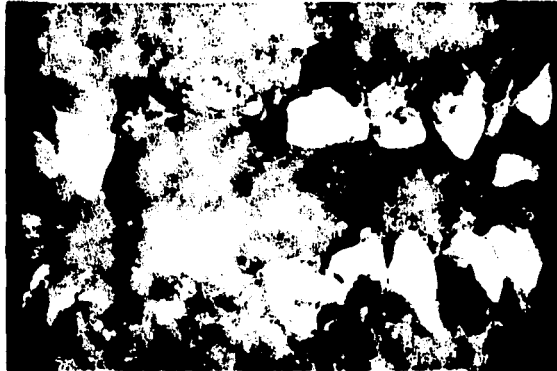
Deberá de ponerse atención y posiblemente descubrir restos radiculares retenidos, dientes impactados, restos de coronas con raíces, lesiones cariosas, patologías apicales, radiolucencias o radiopacidades en los maxilares, el estado previo endodóntico de tratamientos de conductos y dientes que necesiten el tratamiento de conductos , además del estado de periodonto.

En base a la información que obtengamos de este exámen se guiarán muchas de las decisiones para el tratamiento.

En primer lugar hay que evaluar exactamente el estado higiénico de la dentadura. Hay que asegurarse de que el paciente está dispuesto a colaborar y a conseguir una higiene bucal óptima.



La determinación de la intensidad de caries es asimismo fundamental. La fotografía muestra la situación bucal de un paciente de 20 años.



Tampoco debe omitirse una exploración radiológica total por medio de radiografías individuales de los dientes remanentes y de los maxilares edéntulos. A continuación se establecen las endodoncias, las obturaciones y las coronas y puentes.



Interconsultas:

Después de haber examinado al prospecto para la prótesis , frecuentemente es prudente obtener la opinión de un periodoncista y de un endodoncista para conocer su punto de vista acerca de los dientes seleccionados.

Está indicada la interconsulta con un cirujano maxilofacial cuando existan muchos órganos dentarios que deben de ser removidos para que obtengamos un reborde residual necesario para soportar la prótesis.

DIAGNOSTICO:

Los datos obtenidos para un diagnóstico de los modelos de estudio, radiografías, exámenes de laboratorio, exámenes e interconsultas son las bases para un buen diagnóstico.

La mayoría de los prospectos para este tipo de prótesis sufren enfermedad periodontal crónica. Otros padecen alguna enfermedad congénita, o pérdida por algún accidente de sus dientes.

PLAN DE TRATAMIENTO.

McCracken, proporciona las indicaciones para realizar una sobredentadura parcial removible, como son:

- 1.- En casos que requieren una extensión distal.**
- 2.- Después de extracciones recientes.**
- 3.- En regiones anteriores donde importa la estética.**
- 4.- En casos donde hay excesiva pérdida de hueso residual.**

PRONOSTICO.

Este, será de acuerdo a la selección adecuada y minuciosa del caso, además de la cooperación e higiene que obtengamos del paciente.

CAPÍTULO IV:

PREPARACIÓN DE LOS DIENTES PILARES

a).- Reducción Simple de Dientes Vitales:

En estos dientes no se realiza el tratamiento de conductos y para que no exista la posibilidad de sensibilidad , esta técnica es posible solamente en los siguientes casos:

1.- Cuando los dientes presentan soporte óseo adecuado y un buen pronóstico periodontal, ya que con este método solo se hace una reducción mínima en la relación corona-raíz.

2.- Cuando existe una gran distancia interoclusal.

3.- Las pulpas vitales tienen que haber recedido lo suficiente para que los dientes reducidos no sean sensibles al medio ambiente bucal incluyendo el contacto de la dentadura.(Esto puede hacerse en pacientes que han sufrido desgaste dental o con anodoncia parcial).

4.- Cuando se encuentren dientes cuya imagen radiográfica indica que el tejido pulpar ha cursado por un proceso de calcificación tal que no se aprecie el trayecto del conducto radicular y pese a esto el paciente manifieste signos de vitalidad pulpar. (se podría intentar , previo bloqueo anestésico el desgaste paulatino de la corona hasta donde se desea.

5.- En órganos dentales mucho muy abrasionados.

Con este procedimiento los dientes son desgastados para eliminar áreas retentivas , además de disminuir su altura.

La preparación es mínima antes de realizar la impresión final y tiene la gran ventaja de disminuir los pasos clínicos, pues se eliminan los tratamientos de conductos.

El desgaste de la corona clínica , se hace de tal manera que no se provoque daño pulpar.

Para realizar esta técnica , el paciente requiere de mantener una higiene meticulosa y tener un bajo índice de caries.

La superficie de la dentina expuesta deberá de ser pulida sin sobrecalentar el diente y tratada con pasta de fluoruro estañoso al .4% dejándolo actuar por 2 minutos.

b).- Reducción de dientes vitales y cofias vaciadas:

Es posible utilizar dientes vitales para pilares de la prótesis, preparándolos y reduciéndoles la corona sin la desvitalización del diente y proveerlo con una cofia metálica. Realizar las cofias en ocasiones es necesario por la sensibilidad de los órganos dentarios.

Este tipo de procedimiento deja un tope grande, el cual puede estorbar en la colocación apropiada de los dientes y en ocasiones sobresale el material de la base de la prótesis.

Para la preparación dentaria se deben de realizar paredes axiales , apenas convergentes hacia oclusal (o incisal) y con una terminación en chaflán apenas por abajo de la encía marginal libre, para aumentar la retención en dientes vitales de la cofia, se pueden elaborar pines.

En el caso de que en el futuro se presentaran problemas pulpares irreversibles , se puede realizar el tratamiento de o los conductos y seguir funcionando como pilar de la prótesis.

Si la higiene bucal es muy pobre y el paciente no coopera en mantener una higiene meticulosa , la utilización de cofias no evitará que se establezca alguna caries.

Y en el caso contrario de que el paciente coopere y tenga una excelente higiene puede pensarse en realizar ataches.

c) .- Tratamiento endodóntico y Tapón de amalgama:

El tratamiento de conductos, hace posible la preservación de las raíces de los órganos dentarios destruidos por caries. Este tipo de tratamientos sirve para ayudar a reforzar a las sobredentaduras, con una obturación ya sea de amalgama, ionómero de vidrio o compuesto.

Realizado el tratamiento de conductos , el penacho se corta a unos 2mm por debajo del límite del órgano dentario y se obtura con amalgama el conducto radicular abierto, después la dentina restante es alisada y pulida para obtener una superficie sobre la cual así no se acumulará placa dentobacteriana y podrá ser aseada fácilmente.

d).- El recubrimiento vaciado o cofia, está indicada en casos donde sea frecuente la recidiva de caries.

1.- El vaciado se realiza en forma de cúpula poco profunda y bordes supragingivales, en este la retención es dada por un poste de corta longitud , tomando en cuenta la posibilidad de que alguna vez sea necesario retirar la cofia si aparecen caries.

2.- La cofia debe de ser redondeada, con menos volumen hacia la superficie vestibular , con esto se crea mayor espacio para la colocación del diente artificial y esta no debe tener mas de 2mm de altura sobre la cresta gingival y con un espesor mínimo.

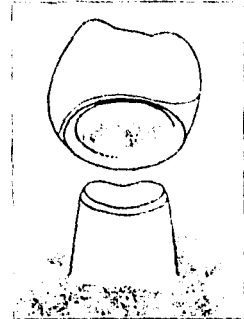
Hay diferentes diseños de cofias:

- a) Cofia corta redondeada. (altura de 2mm sobre la cresta gingival).**
- b) Cofia Cónica. (altura de 1.5 mm sobre la cresta gingival).**
- c) Cofia redondeada con escalón lingual.**
- d) Cofia cónica con soporte oclusal en la dentadura.**

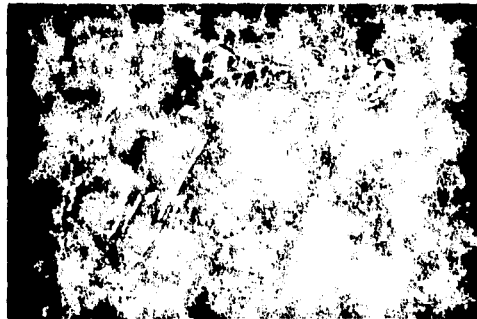
De los diseños anteriores , la cofia corta ocasiona la menor cantidad de esfuerzos , también tiene el menor efecto através de la arcada sobre el pilar opuesto y transmite su carga a lo largo del eje longitudinal.

Por lo tanto, las cofias mas largas ejercen esfuerzos mayores y fuerzas horizontales sobre la raíz y el hueso alveolar de soporte.

Las coronas cónicas presentan un ajuste cónico. Su soporte de fricción sólo surte efecto en la posición final. Eligiendo adecuadamente el ángulo del cono, es posible el enclavado mediante fuerzas centrípetas en la posición de retención. Indicación característica para coronas troncocónicas: varios dientes vitales contiguos con coronas cónicas largas y soporte escaso después del tratamiento periodontal.



Prótesis de extensión unilateral. Proyección interna del anclaje secundario.



Elaboración de coronas troncocónicas superpuestas.
La matrix desmontable se blindan con resina.



CAPÍTULO V.

ATACHES PARA SOBREDENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES.

En el pasado las personas se referían a menudo a los ataches como dispositivos de precisión o ataches internos.

Esta terminología producía cierta confusión, ya que son muchos los ataches, aunque algunos más precisos que otros; hay ataches externos e internos.

La precisión es de suma importancia en la construcción de cualquier dentadura parcial removible que incluya conectores mayores y menores, descansos y retenedores directos, incorporados en la armazón; necesita ser precisa , además para su adaptado al sitio.

Por lo tanto, todas las dentaduras parciales removibles y sobredentaduras parciales removibles deben confeccionarse con precisión, por esto se debe de evitar el empleo de términos "Ataches de precisión", "Sobredentaduras Parciales Removibles de Precisión".

Según el glosario de términos prostodónticos, aprobadas por años dentro de la profesión ayudan para una clara comprensión para la terminología usada.

El atache es un dispositivo mecánico para la fijación, retención y estabilización de una prótesis dental. Las dentaduras parciales removibles con descansos y ganchos incluidos tienen algún tipo de atache incorporado.

El Intracoronario:

Se describe como un atache confinado en las cúspides y el contorno axial proximal normal o en los contornos normales de la corona del diente.

Un retenedor:

Es cualquier tipo de dispositivo que sirva para la estabilización o retención de una prótesis.

El retenedor intracoronal más común es el apoyo de descanso, el cual es la porción de un diente natural o una restauración colada preparada para recibir un descanso oclusal incisal del cíngulo, lingual, o interno.

Ventajas.

La retención para los pilares de la sobredentadura es una ventaja, pero los demás ataches no tienen ventaja retentiva sobre el simple brazo del gancho. Estos ataches a perno sirven para el paciente parcialmente edéntulo donde se usan los pilares de sobredentadura.

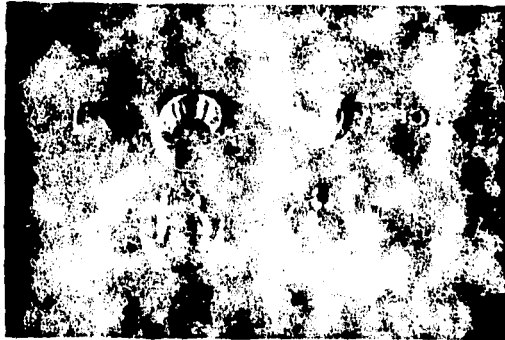
Desventajas.

Los ataches son dispositivos mecánicos que sufren desgaste y daños , por lo que necesitan ser reemplazados. Algunos son bastante simples y fáciles de sustituir.



Sistema de anclaje
CEKA

El anclaje CEKA sobre una co-
fia de *patix* radicular puede ser
hondo o elástico, como casi todos
los anclajes CEKA. En la versión
elástica, los anillos de sujeción
colocados durante el montaje, po-
sibilitan el posterior *hundimiento*.



Barra prefabricada con an-
clajes CEKA incorporados



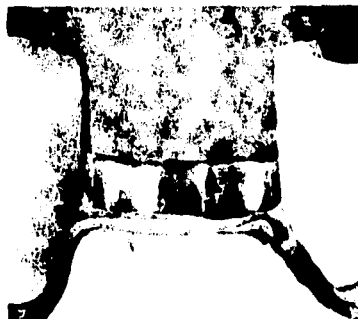
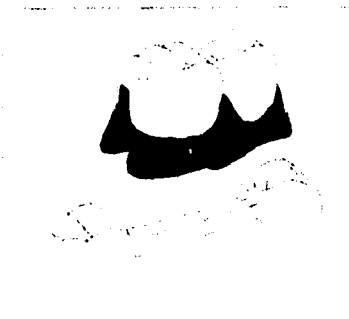
Anclajes CEKA ex-
tracoronarios

- Ataché CEKA-Intrax (con an-
claje perfilado, izquierda).
- Anclaje CEKA extracoronario
(sin anclaje perfilado, derecha).



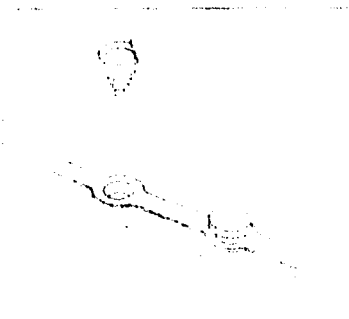
Barra paralelepípeda microfresada individualmente, combinada con una corona troncocónica

Por la parte gingival tiene un corte transversal redondo, uniéndose linealmente y sin presión a lo largo de la mucosa alveolar, lo que permite una limpieza óptima con seda dental. En la figura de la derecha se aprecian claramente los surcos adicionales para la incorporación de patina de fricción.



Unión de barra y cofia. Obsérvese la forma redondeada de la barra por el lado gingival.

En la zona de la mucosa, la barra paralelepípeda prefabricada se coloca de forma que quede libremente suspendida.



En construcciones de barra con incorporación adicional de sistema cofia-patina (p. e., Regulex según Gugliemetti o anclajes Vario) hay que estructurar medios auxiliares para su introducción en las coronas de anclaje.

CAPÍTULO VI:

GENERALIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS.

IMPRESIONES:

Existen dos tipos de impresiones :

- 1.- Primaria, anatómica o preliminar.**
- 2.- Secundaria, fisiológica o final.**

La impresión primaria , se utiliza para fines de diagnóstico o para la construcción de un portaimpresiones individual, el cual se emplea para tomar la impresión final y la Impresión Secundaria, se utiliza para elaborar el modelo de trabajo en el que se va a elaborar la base de la dentadura.

Técnica de Impresión:

Se han desarrollado numerosas técnicas para tomar impresiones basadas en diferentes teorías. Unas registran los tejidos en las condiciones en que estos se encuentran, otras lo hacen sin desplazar los tejidos y por último la de presión selectiva, donde se aplica presión en áreas seleccionadas .

En las dentaduras parciales removibles completamente dentosoportadas. (arcos edéntulos parciales de Clase III y muchas de Clase IV), las fuerzas oclusales transmitidas al diente pilar son dirigidas verticalmente hacia los ejes longitudinales del diente, a través de los descansos oclusales , incisales o linguales.

Los rebordes edéntulos no contribuyen al soporte de la dentadura parcial, ya que el diente absorbe estas fuerzas antes de transmitir las al reborde residual. Como la base de la dentadura no soporta la dentadura parcial, ni la mucosa, ni el hueso subyacente están sometidos a las fuerzas funcionales, se puede elaborar una dentadura parcial removable dentosoportada sobre un modelo maestro a partir de una única impresión, sin presión que registra las formas anatómicas del diente y del reborde residual.

Sin embargo, una dentadura parcial removable dentomucosoportada construida sobre un modelo, ejerce una presión excesiva sobre el diente que ayuda a soportar la dentadura mientras el tejido blando se comprime debajo de la base de la dentadura. Una técnica de impresión dual, se emplea para posibilitar un soporte uniforme desde el reborde edéntulo hasta los dientes pilares. Para la impresión de los dientes se necesita un material que los copie en su forma anatómica, ya que normalmente apenas se percibe un cierto cambio de posición bajo función . Además , la impresión del tejido blando se realiza de tal manera que registra los tejidos en su funcionalidad .

La impresión debe:

- 1.- Registrar los tejidos bajo la misma carga .**
- 2.- Distribuir esa carga sobre un área lo más extensa posible .**
- 3.- Delinear con exactitud la extensión periférica de la base de la dentadura.**

Las coronas sobre las que se montan los elementos de retención han de ser ingresados en el modelo definitivo de trabajo, pues el montaje de los elementos solo puede llevarse a cabo después de la prueba general en cera realizada sobre el modelo.

Las coronas se proveen de una estructura de transmisión a base de resina, que permite aumentar la retención y facilita una eventual reposición. Hay dos métodos para realizar la impresión global:

- 1.- Toma de impresión en un solo paso:**

Las zonas maxilares , desdentadas y las coronas se incluyen en la misma operación con la ayuda de un portaimpresiones individual. Las coronas permanecen en la impresión (o se reponen) integrándose así en el modelo de trabajo definitivo durante la elaboración .

Este tipo de impresión es solamente posible con elastómeros.

2.- Toma de impresión en dos pasos:

La impresión de las zonas maxilares desdentadas y la integración de las coronas se realiza en operaciones separadas. En una primera fase se toma la impresión de las zonas desdentadas , con pasta de óxido de cinc-eugenol. El portaimpresión individual, con abertura en la zona de los pilares , no provoca ninguna distensión de la mucosa móvil durante la impresión. Al no incluir todavía las coronas, esta impresión de las zonas desdentadas puede controlarse y en caso necesario corregirse . Cuando la impresión de las secciones desdentadas resulta satisfactoria, se procede a la integración de las coronas en una segunda fase por fijación en el portaimpresiones individual, los elastómeros mantienen la corona fija y en la posición correcta la impresión, son lo suficientemente elásticos como para compensar diferencias de paralelismo entre los diversos elementos y posibilitan una reposición exacta en la impresión en caso de que las coronas permanezcan sobre los pilares después de extraerla de la boca.

Impresión general

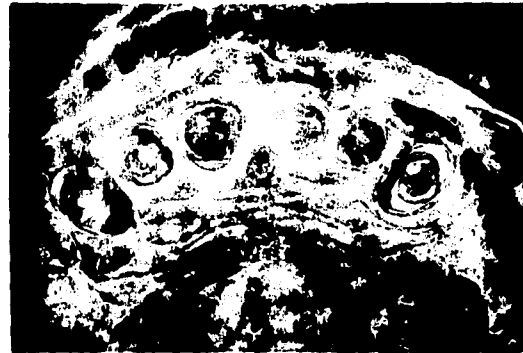
Cubeta individual con masa Kerr después de la primera impresión.



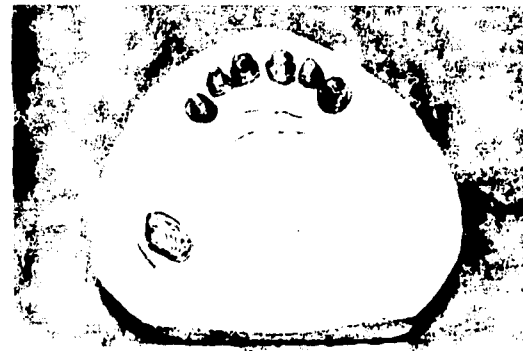
Impresión acabada después de la segunda toma con las cofias de transferencia repuestas
Como masa de impresión se utilizó poliéter.



Detalle.



Modelo maestro con munnones desmontables, elaborados por galvanización.



Dimensión Vertical:

Para la mayoría de los pacientes que requieren de prótesis parciales removibles, no es necesaria una medición de la dimensión vertical. Si los dientes naturales en los arcos dentarios contactan en oclusión céntrica se considera la separación vertical de los maxilares del paciente como la dimensión vertical en oclusión y se construye la prótesis en la misma dimensión vertical.

Se recomienda la modificación de esta dimensión vertical en oclusión solo si el paciente presenta síntomas de dimensión vertical reducida en oclusión, como dolores de cabeza o el cuello, o un aparente envejecimiento prematuro debido a una corta distancia nariz-menton.

La presencia de un desgaste excesivo en las superficies oclusales de los dientes no supone la disminución vertical en oclusión por que usualmente una erupción compensatoria de los dientes mantiene la propia dimensión vertical.

Configuración de la Base:

La configuración de la base de las sobredentaduras parciales removibles, se rige por las mismas normas de las prótesis convencionales.

La regla fundamental para la configuración de la base en la zona de los pilares dice:

"Cúbrase con la base la menor superficie posible del periodonto. La necesidad de una configuración abierta en dirección periodontal queda demostrada por toda una serie de experiencias clínicas y razonamientos, que tienen como meta principal la conservación saludable del periodonto marginal"

La configuración abierta evita la traumatización mecánica directa de la encía marginal por la base de la Prótesis , además, disminuye la retención de placa en la zona de los pilares al evitar que queden restos de comida, permitiendo en cambio, una circulación mejor de la saliva y un cierto grado de autolimpieza y evita el efecto de aspiración en la zona de los pilares, originado por los movimientos de la prótesis y que suele provocar hiperplasias de la mucosa, sobre todo si la configuración de las coronas es inadecuada y no existe una buena higiene bucal.

Colocación de la Base:

Se debe de pintar el interior de la prótesis con la pasta indicadora de presión y colocarla con sutileza en su posición en la boca, pero no deberá de intentarse el asentamiento total, únicamente asiente la prótesis hasta encontrar resistencia , retirarla y observar las zonas de interferencia que están señaladas por la pasta.

Aliviar las áreas de presión con fresa a baja velocidad, vuelva a recubrir la prótesis con la pasta indicadora y repetir el procedimiento.

Posiblemente será necesario varios ajustes antes de poder ajustar por completo la prótesis.

Un punto importante que puede interferir en el ajuste completo de la prótesis, son las eminencias caninas, en caso de haberse mantenido a estos órganos dentarios, otras son las sócavas en la región de la tuberosidad del maxilar y las sócavas retromilohioideas en la arcada inferior, en caso de abarcar la prótesis parcial estas zonas.

Asentada correctamente la prótesis, se verificará la oclusión, visualmente y con papel de articular.

Los errores visuales en la oclusión , posiblemente serán por interferencias de los dientes pilares que no permiten el ajuste adecuado de la prótesis.

Verificar las relaciones de los pilares con la prótesis con cera reveladora. En caso de haber contacto , rebajar la prótesis o el pilar.

Por lo general se corrige la cavidad de la prótesis con una fresa redonda, pero en caso de ser una zona sumamente delgada , sería conveniente rebajar ligeramente el pilar.

Observar la oclusión de la prótesis y las extensiones de los bordes y ajustar lo necesario.

Instrucciones al Paciente en su Higiene Oral:

Las instrucciones apropiadas al paciente son de suma importancia. En el transcurso del tratamiento se debe hacer énfasis en el valor psicológico y económico de la prótesis.

Un requisito para obtener el éxito en este tipo de tratamiento está en un adecuado cuidado casero.

El objetivo no se obtiene con solo colocar la prótesis y en una boca desaseada, solamente precipita la inevitable destrucción de los dientes remanentes, por lo tanto, antes de la cita el paciente debe de recibir las instrucciones completas en cuanto al cuidado y mantenimiento de los tejidos blandos.

Las técnicas apropiadas de cepillado dental y el uso del hilo dental forman parte de la rutina actual del cuidado casero por parte del paciente.

Los intervalos entre cada examen varia según la condición y reacción de cada paciente, sin exceder de un año.

El uso de tabletas detectoras es una excelente manera de inculcar al paciente la necesidad de una atención meticulosa de las

**áreas de limpieza difíciles de alcanzar y de develar las áreas
suceptibles a la acumulación de placa y detrito.**

Se debe enseñar al paciente como debe masticar las tabletas detectoras con la prótesis parcial en boca y la remoción posterior de la prótesis, examinando ambas superficies, interna y externa, para revelar las áreas con placa . Aunque no haya acumulación de placa en la cita de instalación , se debe hacer una demostración de la técnica para que el paciente pueda checar periódicamente la actividad de sus esfuerzos en el cuidado casero.

Al señalar al paciente que la prótesis parcial y los dientes naturales remanentes pueden ser el blanco de la acumulación de placa, el odontólogo debe demostrar el método correcto de cepillado de la prótesis, enseñándole los cepillos para superficies internas y externas de la base protética y el conector mayor y para los retenedores.

Los cepillos deben tener una configuración tal que tengan acceso a las áreas difíciles de limpiar.

No importa tanto el material usado como agente limpiador, sino la acción física del cepillado.

La pasta dental común , se puede usar sin considerarla mas efectiva que cualquier otro jabón facial o detergente suave.

Se deben de evitar los agentes abrasivos , tales como los blanqueadores en polvo, que dañan la base protética de resina acrílica y el cepillado excesivo del metal con un agente abrasivo produce finalmente una superficie rugosa que permite la acumulación de alimentos.

La prótesis nunca se cepilla mientras está todavía en la boca, para su limpieza siempre debe de ser retirada.

Se instruye al paciente en no apretar la prótesis entre los dedos y la palma de la mano durante el cepillado.

El paciente tiende a apretar mas fuerte mientras el limpiador se activa y se vuelve resbaladizo, por lo tanto, la prótesis se puede distorsionar en su línea media. El método preferido de cepillado consiste en agarrar un lado de la prótesis con los dedos mientras se limpia el lado opuesto. Otra buena práctica para ofrecerle al paciente está en cepillar la prótesis sobre un tazón o recipiente lleno parcialmente de agua para reducir el daño en caso de caerse la prótesis.

El paciente debe de ser prevenido acerca de no usar soluciones limpiadoras a base de cloro. Una solución de uso común para remojar las prótesis plásticas es la mezcla de clorox, calgon y agua, la cual es excelente para limpiar las prótesis de resina, sin embargo, al usar una aleación de cromo cobalto en la construcción de la prótesis parcial, el cloro ataca rápidamente el metal.

El cálculo nunca se deposita sobre la prótesis parcial si se ejecuta un mínimo nivel de cuidado casero, consistente en un cepillado completo cada 24hrs.

Los cálculos acumulados se deben remover raspando con los instrumentos manuales o remojando la prótesis en una concentración de vinagre casero por un mínimo de 12hrs. Así el cálculo se disuelve o se ablanda lo suficiente para ser removido posteriormente con las ruedas de cepillo en el torno dental y se requerirá de el pulido de la prótesis.

Se debe de instruir al paciente acerca del uso nocturno de la prótesis solamente en raras ocasiones. Hay que dar la oportunidad a los tejidos blandos cubiertos por la base protética y por los conectores mayores para recuperarse y recobrase de la función constante. Esto se hace mejor durante las horas de sueño, ya que el flujo salival se reduce .

Cuidado de los dientes desgastados o recubiertos con domos:

Se debe de instruir al paciente en la utilización de un cepillo suave para niños y colocarlo en una angulación aproximada de 45 grados y con movimientos pequeños vibratorios se cepillan los dientes remanentes y domos, para que pueda ser perfectamente limpiado el surco gingival.

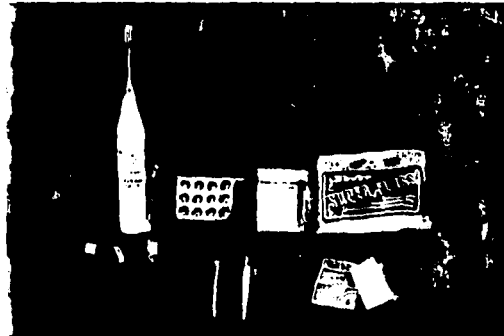
Otro método para la limpieza del surco, es con el hilo dental que es excelente para limpiar los dientes restaurados completos, pero crea un poco de dificultad para limpiar a los dientes reducidos.

Otro método es realizar un pequeño orificio en el extremo del mango de un cepillo dental con una fresa de fisura no. 700, a baja velocidad y colocar una copa de hule sujeta con un poco de pegamento de contacto o con resina autopolimerizable y enseñar al paciente a limpiar con pequeños movimientos circulares los dientes reducidos y restaurados con domos, es decir, se les enseña la técnica de "scrub", que consiste, en primero cepillar con cuidado y en diferentes angulaciones los dientes reducidos para que se limpie perfectamente el surco gingival y enjuagarse la boca vigorosamente y abundantemente, después colocar un poco de pasta dental en la punta de la copa de hule que colocamos en el extremo del mango del cepillo y realizar movimientos rotatorios.

Para dientes anteriores y premolares es conveniente colocar la copa de hule en el extremo del mango en dirección vertical a este, pues esto para el paciente le ayuda en su manejo, pero para dientes posteriores es mejor colocar la punta de hule en sentido perpendicular al eje mayor del cepillo.

Elementos auxiliares para una buena higiene bucal

Entre la abundante oferta deben elegirse los elementos más adecuados a las necesidades de cada paciente y enseñarle su manejo en boca.



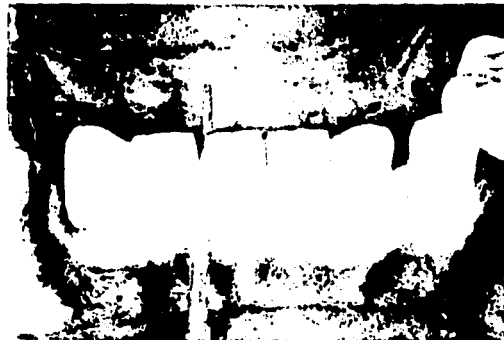
Cepillos interdentes marginales

Son especialmente adecuados para la limpieza de espacios interdentes muy abiertos, así como para las zonas situadas debajo de las barras.



Palillos de dientes

Los palillos de dientes buenos (p. ej. Profilac de Trisal) tienen un contorno triangular, que corresponde a los espacios interdentes. Se utilizan para la eliminación adicional de la placa.





Limpieza de anclajes extra-coronarios con seda dental Suparfloss



Cepillo para prótesis
Debe enseñarse al paciente a utilizarlo correctamente.



Debe prestarse especial atención a los puntos de retención de placa y focos de suciedad, como las *matrix* de los anclajes.

Consulta Posinserción:

Aun cuando se tome el cuidado de planificar , construir y adaptar las sobredentaduras parciales removibles, se encuentran numerosos problemas de posinserción que se deben arreglar o reducir al mínimo.

Es erróneo creer que el dolor dentario o la molestia de las áreas de tejido blando son parte integral del tratamiento de la prótesis. Esto no es real, ya que los dientes quedan más sensibles al dolor después de insertar la prótesis parcial, debido al movimiento ortodóntico de la misma por un adaptado inadecuado de los dientes.

Usualmente la causa de la irritación, inflamación o ulceración de los tejidos blandos y del reborde edéntulo se debe a bases protéticas ajustadas de manera incompleta a los rebordes durante la cita de entrega.

Una esmerada y detallada atención durante varias citas minimiza pero no elimina totalmente , la posibilidad de problemas.

Se debe planificar un control de posinserción a las 24hrs siguientes de la entrega de la prótesis para reducir las molestias adicionales al paciente.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Instrucciones por escrito:

Durante la cita de entrega la mayoría de los paciente están completamente absorbidos en el ajuste y en la evaluación del fascinante aparato nuevo. Por lo tanto no son capaces de retener todas las instrucciones concernientes al uso y cuidado de la prótesis, por ello se les deben proporcionar instrucciones por escrito.

Las instrucciones por escrito pueden ser las propias del odontólogo o un panfleto como el de la Asociación Dental Americana.

Las instrucciones abarcan los puntos principales que el paciente debe conocer con claridad y precisión.

CONCLUSIONES.

Al inicio de este trabajo mencionamos que el concepto de "**SOBREDENTADURA**", no es realmente nuevo, sin embargo en la actualidad ha estado adquiriendo mas difusión en su aplicación como un Tratamiento Alternativo, cuando es posible conservar solamente los restos radiculares , o en determinado caso utilizando implantes óseointegrados.

Este tipo de tratamientos que incluyen las Sobredentaduras, tienen una gran gama de variantes y aplicaciones prácticas como son las Sobredentaduras Parciales, que son una alternativa más para la Rehabilitación Bucal Conservadora.

Estamos concientes que la mayoría de los fracasos en el Tratamiento de los Pacientes con sobredentaduras Parciales Removibles, ha sido por una inadecuada selección de los casos por diversas causas, pero si el Cirujano Dentista realiza una selección apropiada y educa al paciente desde el inicio de su tratamiento de Rehabilitación Bucal se obtendrá el éxito .

Este tipo de prótesis proporciona una modalidad de tratamiento, el cual es principalmente conservador, y se basa en la prioridad de que el mejor soporte para las fuerzas oclusales son las raíces de los dientes.

Las sobredentaduras parciales removibles pueden tener amplias aplicaciones, siendo consideradas como un tratamiento alternativo cuando los pacientes han tenido la desgracia de perder un gran número de dientes, y es posible que lleguen a perder todos, sino se agotan todos los medios para salvarlos.

Deseo hacer énfasis en que el Cirujano Dentista debe tener presentes todos los tratamientos dentales, para poder elegir el idóneo, al caso en particular, y así ofrecer al paciente alternativas más amplias, cuando este cree que la única solución es la extracción dental; aun quedando solamente los restos radiculares.

BIBLIOGRAFIAS.

LIBROS.

1.- BOUCHER Carl. Prótesis para el desdentado total, Editorial Mundi S.A. Buenos Aires Argentina , 1977.

2.- ELLINGER Charles W. Synopsis of Complete Dentures, Editorial Lea y Febiger, Philadelphia, 1975.

3.-GEERING Alfred H. "Atlas de Prótesis Total y Sobredentaduras", Salvat Editores, 1989.

4.- KENNETH L. Stewart. Prostodoncia Parcial Removible, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica S.A.

5.- MORROW Robert M. Overdentures, The C.V Mosby Company, 1980.

6.- NEIL D.J and NAIRN. Complete Denture Prosthetics, Third Edition. Ed. Wrigth Butterworth-Heineman. LTD 1990.

7.- TAKANE Watanabe Manuel. Dentaduras Funcionales. Tomo 1, ENEP Iztacala. UNAM. 1988.

8.- TYLMAN Stanley D. and MALONE. Theory and Practice of fixed Prosthodontics. The C.V. Mosby Col, St. Louis 1978.

REVISTAS.

1.- ARBREE, N.S and CHAPMAN R.J. Acomparisión of mandibular denture base extension in conventional and implant-retaine dentures. University School of Dental Medicine, Boston. The Journal for Prosthetic Dentistry, January 1991, vol65 #1, pgs 108-111.

2.- GRAY William C Kilodney, HAROLD JR and Liolder Ray JR., A reliable index for correct positioning of precision attachments in to an existin overdenture. University of Mississippi. The Journal of Prothetic Dentistry, March, 1992. vol 67 #3. pgs 335-338.

3.- GRANATA James S. and STAFFANOU Robert Evaluation of a new denture bath solution, Baylor College of Dentistry, Dallas Texas. The Journal of Prosthetic Dentistry. December, 1991, vol 66 #6 pgs 790-792.

4.- LANGER Yair and LANGER Anselm. Root retained overdenture part 1 Biochemical and Clinical aspects. Tel Avid University. The Maurece and Gagriela Goldshloger. School of Dental Medicine. Jerusalem-Israel. The Journal of Prosthetic Dentistry, December 1991, vol 66, pga 784-789.

5.- REMER Robert P. Sobredentaduras Parciales removibles. Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Interamericana , vol, 4. 1990.