



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

166  
ZED

SOBREDENTADURAS

*[Handwritten signature]*

**T E S I S I N A**  
QUE PRESENTA  
**HERNANDEZ CRUZ, OSCAR**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO DENTISTA**

*[Handwritten signatures]*

DIRECTOR DE TESIS: D.R. JUAN OTERO SANCHEZ



MEXICO, D. F.

DICIEMBRE 1995

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS.**

Por haberme dado la vida y con ella fuerzas y deseos de superación.

### **A MIS PADRES**

por haber permanecido a mi lado a lo largo de este camino, por brindarme la confianza y el apoyo que siempre necesité, por toda la paciencia y comprensión que he recibido, porque a ellos les debo todo lo que soy, GRACIAS.

### **A MIS HERMANOS.**

Por los consejos y el apoyo que recibí durante la licenciatura, y en especial a José A. Que sin su ayuda no se hubiera podido terminar este trabajo.

### **A MI ESPOSA E HIJA.**

Que me han esperado tanto y han compartido conmigo los momentos difíciles que he pasado para poder concluir con esta etapa de mi vida.

### **A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Por haberme dado la oportunidad de formar parte de ella, y por toda la enseñanza recibida.

## **INDICE**

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1 GENERALIDADES</b>	
1.1 Antecedentes	3
1.2 Indicaciones	4
1.3 Ventajas	6
1.4 Desventajas	9
<b>CAPITULO 2 EVALUACION DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO</b>	
2.1 Planificación del tratamiento	14
<b>CAPITULO 3 MEDIDAS PREPARATORIAS</b>	
3.1 Medidas endodónticas	16
3.2 Medidas protésicas	17
3.3 Medidas periodontales	19
<b>CAPITULO 4 ELEMENTOS DE CONSTRUCCION</b>	
4.1 Clasificación	22
4.2 Elección de los elementos de anclaje	28

## **CAPITULO 5 PREPARACION DE LOS DIENTES PILARES**

<b>5.1 Toma de impresión individual</b>	<b>36</b>
<b>5.2 Impresión global</b>	<b>37</b>

## **CAPITULO 6 BASES DE REGISTRO**

<b>6.1 Realización de las placas base y rodillos de oclusión</b>	<b>43</b>
<b>6.2 determinación de la dimensión vertical</b>	
<b>6.3 Selección y montaje de los dientes artificiales</b>	<b>46</b>

## **CAPITULO 7 PRUEBA EN CERA**

<b>7.1 Pruebe global y montaje de los elementos</b>	<b>51</b>
---	-----------

## **CAPITULO 8 INSERCIÓN DE LA SOBREDENTADURA.**

<b>8.1 Instrucción de higiene</b>	<b>54</b>
<b>8.2 Cuidado de los pilares</b>	<b>55</b>
<b>8.3 Cuidado de la prótesis</b>	<b>57</b>

<b>Bibliografía.</b>	<b>58</b>
----------------------	-----------

## **INTRODUCCION**

**Las sobredentaduras son prótesis que se utilizan en pacientes que presentan pocos dientes naturales, a diferencia de las prótesis totales convencionales las sobredentaduras nos permiten conservar algunos dientes preparándolos para soportar la prótesis.**

**Los dientes conservados deben ser tratados endodónticamente y ser provistos por aditamentos que le proporcionaran retención y estabilidad a la sobredentadura, en algunos casos únicamente son preservados y obturados ya sea con amalgama, resina o cemento de ionómero de vidrio sin necesidad de tratamiento de conductos, esto se hace cuando el tejido pulpar esta muy retraído.**

**Las sobredentaduras tienen un aspecto externo de prótesis totales convencionales, solo que el problema principalmente asociado con el uso de prótesis totales es que el paciente sufre cambios en el hueso alveolar a causa de la pérdida o absorción ósea, existen pacientes en los cuales el cambio que sufre su hueso alveolar es muy drástico y se presenta principalmente en la mandíbula.**

**Se ha observado clínicamente que en los pacientes con uso de sobredentaduras la pérdida de hueso es menor conservándose dientes naturales y además nos favorece para una mejor y rápida adaptación del paciente con su prótesis ya que estos dientes conservan también las**

**estructuras periodontales, lo que nos proporciona una mejor sensibilidad y propicepción para controlar las fuerzas de la masticación**

**Al elaborar una sobredentadura se deben evaluar tanto los factores clínicos como los no clínicos, entre los factores clínicos tenemos:**

- Dientes que se van a conservar**
- El estado periodontal y**
- El tipo de higiene bucal que tiene el paciente.**

**Entre los factores no clínicos debemos considerar:**

- Las posibilidades económicas del paciente.**
- El tiempo dedicado a su tratamiento. Y**
- Los deseos de portar una sobredentadura.**

**Las sobredentaduras además de favorecernos a mantener el hueso alveolar, en caso de fracaso por cualquier razón puede transformarse fácilmente en una dentadura completa convencional.**

## **CAPITULO 1**

### **GENERALIDADES**

#### **1.1 ANTECEDENTES**

Las sobredentaduras son prótesis removibles que pueden ser parciales o totales y están soportadas por uno o mas dientes naturales.

En 1969, Lord J.L. y Steel S., idearon el término "SOBREDENTADURAS" y describieron la técnica endodóntica-periodontal-prostodóntica usada, este término tiene origen en la traducción literaria de "OVERDENTURE" en ingles, pues ésta prótesis descansa sobre algunos dientes o restos radiculares, pero su mayor área de contacto es la mucosa, por lo cual el termino "PROTESIS MUCODENTOSOPORTADA" nos da un concepto mas claro.

Como ya dijimos este tipo de prótesis pueden ser parciales o totales y se les puede llamar también:

**PROTESIS HIBRIDA, OVERLAY o DENTADURA TELESCOPICA.**

Podemos mencionar que años antes en 1916, Prothero J. H., había hecho mención en el uso de la conversión radicular de algunos dientes como soporte para tratamientos protésicos y afirmaba que "a menudo es posible usar dos o mas raíces o dientes muy separados para soportar un aparato". (Dentaduras completas, clínicas odontológicas de Norteamérica).

Los restos radiculares se han utilizado para soportar y estabilizar 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 de tratamiento de conductos.

Morrow en 1969, sugería que los dientes deberían de ser reducidos a unos milímetros por 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.

## **1.2 INDICACIONES**

Debido a que la absorción ósea es mas rápida en la mandíbula que en el maxilar superior, el tratamiento con sobredentaduras es indicado con mayor frecuencia en la arcada inferior, este tratamiento es utilizado también para la rehabilitación de pacientes que presentan defectos congénitos o adquiridos como pueden ser los siguientes:

- OLIGODONCIA Y MICRODONCIA.

Un paciente con microdoncia es aquel que presenta dientes pequeños en relación a un diente normal, esta puede ser generalizada o localizada y por lo general son dientes en forma de clavija.

#### **- PALADAR FISURADO.**

El paladar fisurado es una falta de unión normal entre los procesos palatinos formando una hendidura. Esta hendidura puede abarcar el paladar duro, el blando y la úvula. Esta alteración es causada generalmente por factores hereditarios y factores ambientales.

Las sobredentaduras en este tipo de pacientes se utilizan para cubrir la fisura o hendidura que se presenta en el paladar.

#### **- AMELOGENESIS Y DENTINOGENESIS IMPERFECTA.**

Las sobredentaduras son utilizadas en estos casos, ya que los defectos son principalmente en la corona a nivel de esmalte y dentina. La amelogenesis imperfecta es una anomalía estructural del esmalte, esta se puede dar por una formación defectuosa de la matriz del esmalte (hipoplasia) y/o por una falta de calcificación del esmalte (hipomineralización). La dentinogenesis imperfecta principalmente afecta a la dentina y es causada por factores hereditarios, en esta anomalía los dientes pueden pasar de un color gris a café violáceo o café amarillento y puede haber destrucción temprana del esmalte debido a fracturas causadas por una mala unión amelodentinaria (esmalte-dentina).

Entre otros defectos en los cuales el tratamiento con sobredentaduras es recomendable, son los defectos adquiridos por traumas o posteriores a una cirugía.

Las sobredentaduras son muy utilizadas también en personas que presentan pocos dientes remanentes los cuales no pueden ser extraídos

porque los pacientes presentan incapacidad emocional para hacer frente a la pérdida de estos. Estas prótesis también se usan cuando los pocos dientes que se encuentran presentan un exagerado desgaste, pues en este estado ya no son capaces de soportar una prótesis ya sea fija o removible y la única alternativa con un pronóstico favorable sería una rehabilitación con sobredentaduras.

Existen casos en que el uso de una prótesis completa no es recomendable ya que la anatomía que presenta el proceso alveolar no se presta para su adaptación, en estos casos y si existen dientes remanentes las sobredentaduras son la indicación mas favorable para el tratamiento protésico.

Entre estos casos encontramos a pacientes que presentan:

- Paladar duro en forma de V profunda .
- Pérdida (atrofia) exagerada de los rebordes alveolares.
- Posiciones atípicas de la lengua y
- Poco espacio sublingual.

### **1.3 VENTAJAS.**

Para poder entender algunas de las ventajas que nos ofrece el tratamiento con sobredentaduras es necesario describir los siguientes términos.

- **PROPIOCEPCION:** Significa darse cuenta de si mismo.

Esta propiocepción le permite al individuo darse cuenta de la posición del cuerpo, extremidades, mandíbula etc., con respecto al lugar que ocupa en el

espacio, esta propiedad esta dada por impulsos, los cuales participan en la regulación de los reflejos ante un estímulo.

- **SENSACION:** Es un impulso llevado por un nervio aferente hacia el cerebro, la asociación de estímulos y comparación de estas sensaciones se transforma en percepción. Transforma el estímulo en impulso.

- **PERCEPCION:** Es el registro mental consiente de un estímulo sensorial.

- **SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA:** Es el sentido inconsciente que nos proporciona la posición y el estado de las partes del cuerpo.

- **RECEPTOR:** Es una terminación nerviosa sensorial que capta los diferentes tipos de estímulos.

- **PROPIOCEPTORES:** Estos se encuentran localizados en músculos, tendones, articulaciones y ligamento parodontal, los cuales proporcionan información de los movimientos y posiciones.

Uno de los objetivos generales de las sobredentaduras es la conservación del aporte sensorial desde los receptores del ligamento parodontal, este aporte sensorial contiene información referida a la dirección y magnitud de las fuerzas oclusales, el aporte sensorial de los receptores de ligamento periodontal contribuye al proceso de la sensibilidad propioceptiva.

La función masticatoria depende de la integración de todas las partes del sistema estomatognático (ligamento parodontal, músculos masticadores, articulaciones temporomandibulares, superficies epiteliales de la boca y lengua). El aporte sensorial se origina en las terminaciones nerviosas de ligamento, la suma total del aporte sensorial integrado desde estos

receptores proporciona información sobre la posición y movimiento de la mandíbula.

Un tratamiento con sobredentaduras nos ofrece mejor retención y menor carga de la mucosa, ya que los dientes conservados proporcionan un soporte definido y una mayor estabilidad funcional, la cual se da al conservar el perfil del hueso alveolar en la zona de los dientes pilares. En este tratamiento se conserva también la propiocepción de los dientes.

La capacidad propioceptiva que tienen los dientes por debajo de una sobre dentadura funciona para alertar al paciente contra una sobre carga oclusal y esto nos favorece para la conservación del hueso alveolar al permitir que el esfuerzo de las cargas oclusales sea sostenido en gran parte por los dientes conservados.

El paciente que usa una sobredentadura tiene menor tiempo de adaptación biológica que cuando se usa prostodoncia total.

Se logra con el uso de sobredentaduras conservar algo del impulso sensitivo propioceptivo al sistema nervioso central para los receptores ubicados en el ligamento periodontal cuando se usan raíces. El aporte sensorial desde los receptores del ligamento periodontal contienen información referida a la dirección y magnitud de las fuerzas oclusales, este aporte sensorial del ligamento contribuye al proceso de sensibilidad propioceptiva.

Al conservar los propioceptores del ligamento periodontal los pacientes pueden regular con mayor eficacia el ámbito y el tipo de ciclo masticatorio

en el reflejo masticatorio salival y los músculos masticadores son más eficaces.

Tiene mejor aceptación psicológica por parte del paciente ya que no se siente totalmente desdentado y se adapta con mayor rapidez al uso de sobre dentaduras.

La conservación de los dientes para el uso de una sobredentadura nos facilita la ubicación apropiada de los dientes artificiales y en caso de fracaso por cualquier razón puede transformarse fácilmente a una dentadura completa

#### **1.4 DESVENTAJAS**

Dentro de las desventajas encontramos muy pocos planteamientos entre los cuales encontramos que:

- Su elaboración es más compleja y su construcción requiere de más tiempo que las dentaduras completas convencionales, además de que generan más gastos al paciente.

- Los dientes pilares son propensos a caries si el paciente no tiene una higiene escrupulosa y una revisión periódica de su prótesis.

Es más abultada en la zona de los dientes pilares lo cual puede provocar una habituación difícil en algunos pacientes y en caso de reducir la aleta vestibular puede existir fractura repetida de la prótesis.

## **CAPITULO 2**

### **EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO**

Para poder realizar un buen plan de tratamiento, es necesario realizar una buena historia clínica, pues la salud general del paciente tiene una gran influencia sobre el pronóstico de una sobredentadura, ya que el tratamiento no suele tener éxito si el paciente esta impedido para realizar una buena higiene bucal. Una enfermedad crónica, debilitante, puede afectar a la persona para que no tolere los procedimientos clínicos requeridos y por lo consiguiente una rehabilitación con sobredentaduras.

Una vez realizado el examen general se procede a la revisión dental, esta abarca los tejidos blandos de la cavidad bucal, labios, encías, piso de boca, lengua, fauces, paladar y mucosa vestibular, registrando todas las anomalías que estos presentan, después se continua con la valoración de los dientes presentes checando la movilidad de cada uno de ellos y midiendo la profundidad de las bolsas así como la cantidad de sarro que presentan, posteriormente se evalúa la presencia de placa bacteriana, esto se realizara

con el uso de tabletas o soluciones reveladoras las cuales van a pigmentar la superficie de los dientes con mayor cantidad de placa bacteriana, lo cual nos indicará el estado de higiene bucal del paciente. Es importante comprobar la vitalidad de los dientes, esto se logra mediante estímulos aplicados sobre la superficie del diente, los cuales pueden ser pequeños choques eléctricos y/o aplicación de frío y calor, esto nos ayuda a decidir que dientes serán tratados endodónticamente.

Este examen incluye la palpación de las articulaciones temporomandibulares, la cual se realiza durante los movimientos de lateralidad, protusión, apertura y cierre, tomando en cuenta si existe desviación, chasquido, dolor o sensibilidad, esto con el fin de mejorar cualquier anomalía con el tratamiento definitivo.

Para complementar la historia clínica se obtienen una serie de radiografías y modelos de estudio de la arcada superior e inferior, como elementos de apoyo de la historia clínica.

Con la historia clínica y la serie de radiografías se puede elegir con certeza los dientes pilares que soportaran la sobredentadura.

Para elegir los dientes pilares se deben tomar en cuenta el estado parodontal, el potencial endodóntico, las consideraciones posicionales y el estado de caries. Estos dientes deben tener buen soporte óseo, una movilidad mínima y estar rodeados por un tejido blando sano con una mínima profundidad de bolsa, los dientes pilares deben tener también una proporción o relación mínima de la corona y la raíz 1:1, pues al realizarse el tratamiento endodóntico y la preparación del diente esta relación se favorece hasta 1:3 ó 1:4.

Al examinar el estado parodontal de los dientes pilares potenciales estos no deben tener menos de 6 mm de raíz sostenida por hueso, los dientes que presentan movilidad horizontal considerado son pobres candidatos como pilares de sobredentaduras. Los dientes con una banda ancha de encía adherida son considerados mejores pilares que aquellos que tienen una mínima porción. Se debe considerar la profundidad de la bolsa al medir la encía adherida.

En el potencial endodóntico se considera que los dientes elegidos como pilares deben ser endodónticamente tratables, ya que nos permite, como lo mencionamos anteriormente, un mejoramiento entre la porción de la corona

y la raíz, esto contribuye a la estética al permitir que los dientes artificiales sean similares en tamaño, forma y posición a los dientes naturales.

Las consideraciones posicionales incluyen la cantidad de dientes que son convenientes y donde deben estar ubicados en la arcada. Dos pilares (por lo general caninos) comprenden la cantidad más usual de dientes para soportar una sobredentadura, en algunos casos se usan caninos acompañados de otros dos dientes, los cuales pueden ser incisivos centrales, segundos premolares o molares.

Los caninos por ser los dientes con mejor soporte óseo y por ser generalmente los últimos dientes en perderse son considerados como los mejores dientes pilares y hay ocasiones en que existe uno sólo, aunque siempre es mejor una retención bilateral equilibrada.

Los pilares deben seleccionarse en zonas donde las fuerzas oclusales tengan el mayor potencial destructivo y donde es probable que ocurra la mayor cantidad de absorción ósea. Cuanto mayor sea el número de dientes pilares, mejor será la retención y estabilidad de la sobredentadura.

El estado de caries o presencia de lesiones cariosas nos indican problemas con el cuidado del paciente en cuanto su higiene bucal y en su dieta, estos factores son negativos para el uso de una sobredentadura.

Para emitir un buen pronóstico del tratamiento con sobredentadura debemos considerar en nuestro paciente que el estado parodontal sea favorable, los dientes conservado deben ser susceptibles a un tratamiento endodóntico, tiene que existir por lo menos 6 mm de soporte óseo en cada diente, los cuales deben ser por lo menos dos y colocados uno a cada lado de la línea media, por lo que debe existir un buen estado de higiene bucal por parte del paciente.

Si el paciente cumple con estos requisitos y si existe un buen pronóstico se pasa a la fase de planificación del tratamiento.

## **2.1 PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO**

Una vez realizada la evaluación clínica y los estudios necesarios se procede a realizar un plan de tratamiento, el cual debe tener una secuencia lógica. Este plan de tratamiento seguirá la siguiente secuencia:

- 1.- Extracción de los dientes no conservables y corrección quirúrgica del hueso si fuera necesario.**
- 2.- Tratamiento endodóntico en los dientes que lo necesiten.**
- 3.- Tratamiento periodontal en los dientes pilares después de terminada la endodoncia.**
- 4.- Toma de impresión para una sobredentadura inmediata.**
- 5.- Preparación de los dientes pilares.**
- 6.- Obtención de modelos y medidas intermaxilares para la prótesis definitiva así como el transporte al articulador.**
- 7.- Elección de los dientes artificiales y su ubicación en los modelos.**
- 8.- Adaptación de la prótesis en el paciente.**

## **CAPÍTULO 3**

### **MEDIDAS PREPARATORIAS**

El tratamiento con sobredentadura debe comenzar con la serie de tratamientos que requiere el paciente para el buen asentamiento de la prótesis.

Estas consideraciones son : endodónticas, protésicas, periodontales y quirúrgicas.

#### **3.1 MEDIDAS ENDODONTICAS**

En primer lugar se deben tratar a los dientes pilares con endodoncia si así lo requieren. Por lo general la mayoría de los dientes pilares para una sobredentadura necesitan un tratamiento endodóntico previo ya que en algunos casos estos dientes serán desgastados de la corona y se acortaran hasta el nivel de la encía, pues estos serán preparados para recibir un

aditamento intrarradicular, ya sea espiga o tornillo, en otros casos y cuando el tejido pulpar dental está vital, el tratamiento de conductos se descarta, ya que como son dientes muy desgastados la pulpa se encuentra exageradamente retraída y estos dientes serán provistos de coronas o serán preparados para ser obturados con amalgamas, resinas o ionómero de vidrio.

Todos los dientes pilares tratados o no con endodoncia deben ser rebajados.

### **3.2 MEDIDAS PROTESICAS**

Una vez finalizado el tratamiento de conductos se procede a condicionar los tejidos que van a soportar a la prótesis y el sistema neuromuscular.

Este acondicionamiento esta dado por las medidas protésicas siguientes:

- Adecuación para una sobredentadura.
- Modificación de la prótesis preexistente.
- Primera rehabilitación con una prótesis removible.
- Medidas de diagnóstico funcional.

La adecuación inicial está dada cuando se restablecen los daños provocados por una prótesis removible que ha estado mal ajustada. En la mayoría de los casos los dientes existente son dañados a nivel periodontal por retenedores no apoyados, conectores linguales o elementos de la prótesis. Este problema lo podemos solucionar si quitamos la prótesis que está mal ajustada y le adaptamos al paciente una sobredentadura inmediata modificando así la prótesis preexistente, con esta primera rehabilitación protésica con sobredentaduras inmediatas, eliminamos las estructuras que están dañando a los tejidos y a los dientes existentes, con esto eliminamos también la sobre carga extrema que sufren los maxilares y la mucosa en determinadas partes a consecuencia de una sobre o infraextensión de la base de la prótesis preexistente y su ajuste insuficiente, la mucosa puede acondicionarse por las correcciones de extensión y los rebases temporales, esto nos favorece también para realizar una mejor higiene en los dientes existentes y nos ofrece mejores expectativas para una rehabilitación definitiva con sobredentadura.

Las medidas de carácter diagnóstico funcional se refiere a la recuperación de dimensión vertical disminuida a causa de una gran disminución del hueso

alveolar o a la abrasión intensa de los dientes naturales como de los artificiales, esta dimensión se compensa con la elevación de la mordida en la prótesis provisional, según la situación de la rehabilitación protésica de la dentadura remanente se pueden colocar placas para la elevación de la mordida.

La elevación comprobada de dimensión vertical debe constituir la base para una prótesis definitiva.

### **3.3 MEDIDAS PERIODONTALES**

La parte más importante de todo tratamiento previo, es el tratamiento periodontal inicial, ya que mediante este establecemos si es posible sanear periodontalmente los dientes pilares seleccionados y crear con esto las condiciones necesarias para la carga producida por una sobredentadura y se asegura la disposición del paciente a cooperar en las medidas necesarias.

El tratamiento periodontal comprende dos fases:

- 1.- Tratamiento inicial.
- 2.- Tratamiento operatorio (quirúrgico).

**“El tratamiento inicial (fase higiénica) es, en definitiva el etiológico que con la eliminación de la placa bacterial, supragingival y de la microflora subgingival tiene como objetivo la reducción de infecciones y la curación de las deficiencias”(Rateitschak y Wolf. 1989.).**

**Las medidas operatorias se realizan básicamente tras el tratamiento inicial, cuando el paciente se siente motivado y queda asegurado un control adecuado de la placa bacteriana.**

### **TRATAMIENTO INICIAL**

**Este tratamiento comprende una elaboración de condiciones higiénicas mediante la limpieza de los dientes, eliminación de placa bacteriana, eliminación de caries, colocación de obturaciones provisionales (en especial las cavidades cervicales). Eliminación de la irritación marginal, con el tratamiento de traumatismos producidos por prótesis deficientes y las instrucciones para tomar las medidas de higiene bucal adecuadas.**

### **MEDIDAS OPERATORIAS (CIRUGIA PERIODONTAL)**

**Ya terminado el tratamiento inicial, se valoran los resultados y si la colaboración del paciente y el control de placa bacteriana son positivos se**

**Llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas periodontales si son necesarias, en estas intervenciones se incluyen:**

- Aislamiento radicular visible.**
- Reducción quirúrgica de las bolsas periodontales por medio de gingivectomía y/u operación de colgajo.**
- Alargamiento de coronas de forma quirúrgica.**
- Ampliación de la encía adherida por medio de intervenciones de cirugía mucogingival.**

**Las caries radicular con frecuencia se elimina mediante una gingivectomía o curetaje abierto, pero en caso de que la caries se encuentre por debajo del hueso, se debe efectuar un alargamiento quirúrgico de corona para mantener la raíz y poder emplearla para una rehabilitación con sobredentadura.**

## **CAPITULO 4**

### **ELEMENTOS DE CONSTRUCCION**

Es posible diseñar las sobredentaduras para que se retengan por medio de un gran número de mecanismos como pueden ser aditamentos de precisión (macho y hembra) ó únicamente elementos de apoyo como cofias radiculares o raíces obturadas.

En la prótesis se conocen diversas posibilidades para anclar una sobredentadura. Todos los elementos de construcción empleados para soportar una sobredentadura están cubiertos por la parte removible de la prótesis por lo que resultan invisibles, pues ésta siempre descansará sobre los elementos de construcción empleados.

#### **4.1 CLASIFICACION**

Según la forma en que los dientes residuales o las raíces existentes sean tratados las posibilidades de construcción tendrán una función de apoyo de

la prótesis o servirán tanto para el apoyo dental como para el anclaje de la sobredentadura.

Entre las posibilidades de construcción tenemos:

**- ELEMENTOS DE APOYO.**

1.- Raíz dental obturada con amalgama, resina o cemento de ionómero de vidrio.

2.- Cofias radiculares de oro sin ataches.

**- ELEMENTOS DE RETENCION O ANCLAJE**

1.- Anclaje individual: Sin cofias radiculares montadas directamente sobre el conducto radicular en combinación con cofias.

2.- Barras.

3.- Coronas telescópicas

**ELEMENTOS DE APOYO**

Como elementos de apoyo o soporte se definen todos aquellos que sirven para transferir la presión de mordida sobre el periodonto.

El método más económico y más sencillo para apoyar una sobredentadura sobre dientes residuales es la raíz central obturada con amalgamas o resina después del tratamiento endodóntico, es indispensable el buen mantenimiento de la boca y de la prótesis cuando se usan este tipo de raíces dentales cubiertas por la base de la prótesis

Otra opción que se emplea sólo como elemento de apoyo es la raíz del diente cubierta con una corona de oro como protección contra la caries. Si el pilar se acorta hasta el nivel de la encía, se debe anclar la corona mediante una espiga o inlay en el conducto radicular.

En algunos casos y cuando la pulpa está muy retraída es posible mantenerla vital utilizando elementos de apoyo o inlay. Mantener las raíces dentales como elementos de apoyo exige la conservación de perfil de la cresta para aumentar el valor funcional de la prótesis.

## **ELEMENTOS DE ANCLAJE**

Los elementos de retención se componen de dos partes una parte macho y una parte hembra, en la mayoría de estos anclajes la parte macho va

unida al pilar como anclaje primario y la parte hembra se halla integrada en la base de la prótesis como anclaje secundario a estos elementos se le denomina anclajes ocultos.

Los ataches ocultos de sobredentaduras cumplen con diversas funciones cuando se usan en un tratamiento con este tipo de prótesis, entre sus funciones encontramos que fijan a la prótesis frente a las fuerzas de tracción y levantamiento, le dan:

- Apoyo de la prótesis sobre los dientes y raíces residuales.
- Transmisión de las fuerzas masticatorias entre periodonto y prótesis (transmisión de la presión).
- Distribuyen las fuerzas de empuje.
- Estabilización y bloqueo de los pilares residuales.

La función principal de los ataches es asegurar la posición de la prótesis cuando se enfrenta a fuerzas que pueden llegar a desestabilizarla, esta función esta dada por la adhesión del aditamento macho y hembra, este efecto se consigue generalmente por la fricción de los aditamentos cuando entran en contacto sus superficies, o por retención por medio de elementos elásticos que se fijan en las cavidades. La resistencia del elemento protésico

de unión frente a las fuerzas desestabilizantes debe ser la necesaria para asegurar una estabilidad de la prótesis.

Una forma especial de anclajes cubiertos son los anclajes magnéticos que no son construidos con el principio de aditamentos hembra y macho. Los sistemas magnéticos están compuestos de un imán de cobalto-samarium que va a estar colocado sobre la base de la prótesis y sobre los postes radiculares, a una placa de anclaje de una aleación de paladio, cobalto y níquel. Los anclajes magnéticos son elementos de retención que transfieren solo bajas fuerzas de tracción hacia las raíces. Estos anclajes tienen una insuficiente resistencia a la corrosión, por lo que todavía no pueden indicarse sin ciertas medidas.

Existen tres tipos de elementos de anclajes, anclajes rígidos, resilientes y móviles.

**ANCLAJES RIGIDOS:** Un elemento de retención se denomina rígido cuando este rodea al diente pilar y no permite ningún movimiento de la prótesis cuando los aditamentos macho y hembra se ensamblan. Estos anclajes nos ofrecen ciertas ventajas, una de ellas es la escasa sobre carga de las crestas óseas de los maxilares en su área desdentada durante la función y

la parafunción de la prótesis, además de que al estar rígidos permiten una limitada basculación de los pilares en respuesta a las fuerzas de los movimientos de lateralidad.

Así como estos elementos tienen la ventaja de retener, estabilizar la prótesis ante las fuerzas y evitar una sobre carga en el área desdentada también tienen una desventaja la cual se presenta cuando los movimientos y las fuerzas que actúan contra la prótesis se transfieren prácticamente por completo hacia los dientes pilares.

Los anclajes resilientes son elementos de retención que presentan una cierta libertad de movimiento vertical, el uso de este tipo de ataches no es muy recomendable, y hay que evitarlos siempre que sea posible, pues estos necesitan un espacio más amplio para su construcción y su montaje suele ser más complicado, resultando con esto más sensibles desde el punto de vista mecánico que los anclajes rígidos y móviles. "La libertad de movimiento vertical de la prótesis acelera la reabsorción de la cresta" (Geering y Cols, 1988).

Se les llama anclajes móviles cuando permiten movimiento rotatorio de la prótesis sobre el anclaje en una o varias direcciones o movimientos

verticales de translación. Esta nos ofrece una limitación en los momentos de basculación de los dientes pilares. Entre las desventajas que se presentan cuando se usan este tipo de anclajes encontramos que cuando al permitir ciertos movimientos de la prótesis provoca una mayor sobrecarga en el asiento de la prótesis en las áreas desdentadas y una degeneración de las crestas.

#### **4.2 ELECCION DE ELEMENTOS DE ANCLAJE**

El anclaje o enfilado de los dientes artificiales influye en la elección del elemento de anclaje o atache, ya que esto dará el espacio disponible para el anclaje en el sentido vertical y vestibulo lingual. Básicamente se deben elegir ataches grandes y estables, pues permiten una retención más segura de la prótesis y no se desgastan fácilmente. Siempre que sea posible, deben emplearse elementos de unión rígidos para evitar una sobrecarga en las áreas desdentadas.

Los ataches móviles están indicados cuando la ubicación de los dientes pilares es tal que se pueden provocar movimientos de basculación

perjudiciales y en casos donde es necesario usar un anclaje muy corto, pues en estos casos los anclaje rígidos suelen desprenderse.

Los anclaje resilientes están indicados solamente cuando existen dientes aislados de posición desfavorable o cuando se da una gran capacidad de la mucosa. Las sobredentaduras con anclajes resilientes deben controlarse con mayor periodicidad para eliminar a tiempo, eventuales movimientos protésicos perjudiciales para los pilares y el asiento de la prótesis.

Los anclajes pueden ser individuales o pueden ser unidos por una barra (uniones de barra) y su uso depende principalmente de la cantidad y distribución de las raíces existentes y su estado periodontal.

Los anclajes individuales están indicados en pacientes que presentan:

- Dientes aislados.
- Una distribución diagonal de los pilares en la arcada.
- Diastemas extensos que no se pueden cubrir con barras.
- Espacio reducido sobre las crestas alveolares para incorporar la prótesis.
- Arcadas o maxilares afilados.

Por lo general la higiene de los anclajes individuales suele ser más sencilla de realizar que la de las uniones de la barra.

En las uniones de la barra, la barra tiene que ser recta al menos en la zona de la corona, por lo que su adaptación a la forma de la arcada no es la adecuada, aunque existen barras redondas que sí pueden adaptarse satisfactoriamente y con más exactitud al maxilar.

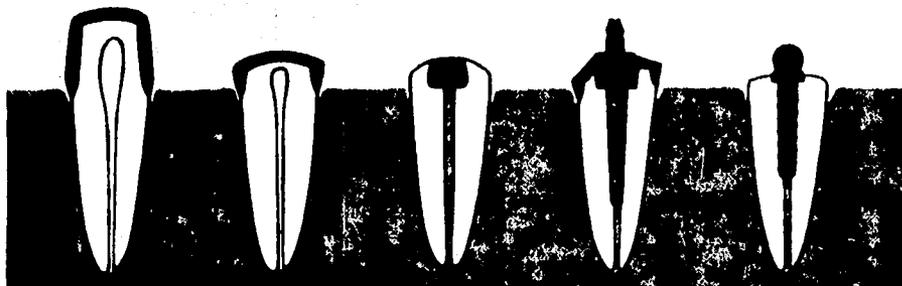
Las conexiones de barra se emplean:

- Con dientes periodontalmente débiles.
- En coronas con anclaje corto en el conducto radicular, por ejemplo en raíces muy cortas.
- Para mayor estabilidad mecánica y menor desgaste que en los anclajes individuales.

## CAPITULO 5

### PREPARACION DE LOS DIENTES PILARES

Una vez determinado qué tipo de apoyo llevará la sobredentadura en los dientes residuales se pasa a la preparación de los dientes pilares. La preparación de coronas telescópicas y fundas radicales se realizará en dientes que por su retracción pulpar no han sido tratados endodónticamente (fig. 1). A continuación mencionamos como se deben preparar los dientes cuando su tipo de construcción requiere de una forma de preparación específica como son:

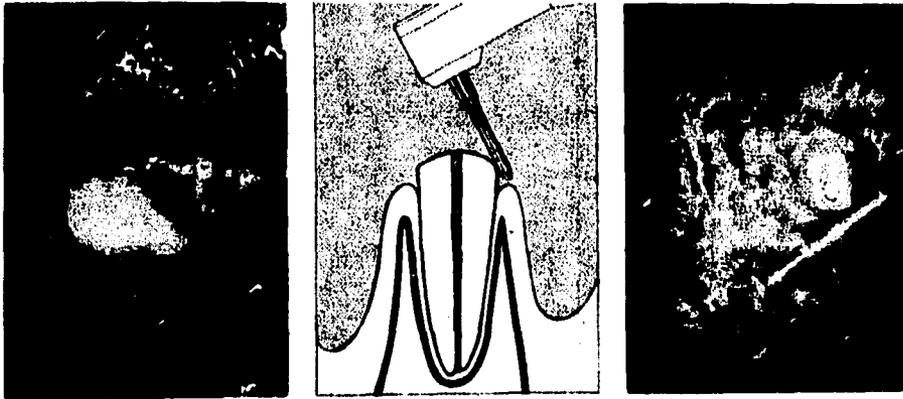


**Fig. 1 Formas de preparación. A) para cofias telescópicas. B) para cofias telescópicas. C) para el apoyo sin cofias. D) para cofias radiculares. E) para elementos de retención de montaje directo.**

- Preparación para apoyo sin cofia radicular.
- Preparación para cofia radicular con o sin anclaje.
- Preparación para elementos de montaje directo.

#### **PREPARACION PARA ELEMENTOS SIN COFIAS RADICULARES**

La preparación de un diente para emplearlo únicamente como elemento de apoyo y que no va ser revestido con una cofia, debe ser tratado endodónticamente si la pulpa dental no esta retraída, como la raíz solo servirá como apoyo de la construcción se puede acortar hasta aproximadamente 1 mm sobre el nivel de la encía, si se ha previsto que soporte fuerzas laterales se recomienda una altura de por lo menos 3 mm y se redondean los bordes dándoles una ligera forma esférica o de cúpula, por último se llena el conducto radicular por el lado oclusal, esto se lleva a cabo obturando el conducto con amalgama o cemento de ionómero de vidrio (fig. 2).



**Fig. 2** Preparación para elementos de apoyo sin cofias, redondeando y obturando la raíz.

## **PREPARACION PARA ELEMENTOS DE RETENCION DE MONTAJE DIRECTO**

Los elementos de retención de montaje directo son elementos de construcción que pueden enroscarse directamente a la raíz tratada endodónticamente y cementarse, estos elementos están indicados especialmente para fijar temporalmente las sobredentaduras debido a su bajo costo, pues en ocasiones no se puede colocarse retenedores de precisión ó barras por su alto costo para el paciente. Estos elementos prácticamente se

basan en la combinación de un elemento de retención en forma de bola con tornillo radicular.

La forma de preparar el diente es la siguiente:

En primer lugar se perfora el conducto que ya fue tratado con endodoncia de 1-2 mm sobre la longitud del tornillo de anclaje, una vez perforado el conducto se procede a ensancharlo manualmente mediante una fresa especial que se usa de acuerdo al tipo de elemento, ya ensanchado el conducto se enrosca el tornillo y se cementa para dejarlo fijo, ya fijo y por último se hace el sellado de la raíz el cual puede ser con ionómero de vidrio o amalgama, lo cual nos ayuda para realizar el montaje de la parte hembra (fig. 3).

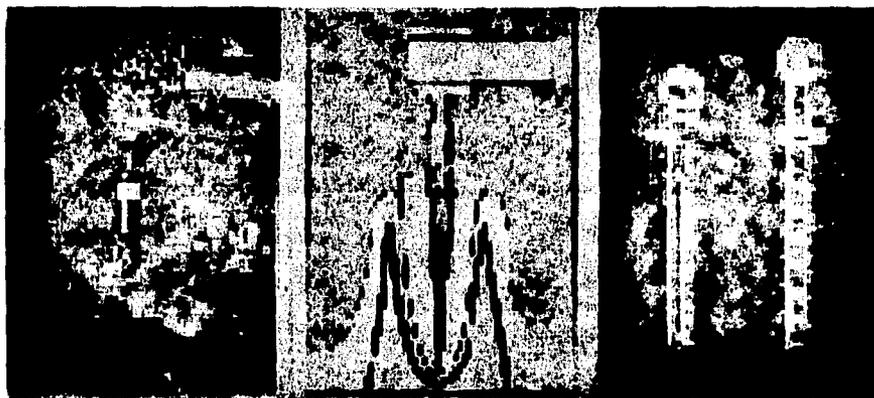


Fig. 3 preparación para elementos de montaje directo.

## **PREPARACION DE LOS PILARES PARA COFIA RADICULAR**

Las cofias radiculares, como estructuras conectores entre los dientes pilares y la base de la prótesis, deben cumplir una serie de condiciones, cuya realización depende en gran medida de la adecuada preparación del diente. La preparación de los dientes para recibir este tipo de elementos suele ser el paso que requiere de más exigencia para su elaboración, pues en este deben tomarse en cuenta las consecuencias periodontales, funcionales, estéticas y técnicas.

Actualmente se recomienda la colocación supragingival de cofias pues provocan menos irritaciones secundarias y facilitan la limpieza del borde de la corona este método sólo se puede realizar cuando existe por lo menos 1..5 mm de superficie dental por encima de la encía y si la buena higiene bucal impide la formación de caries en el borde de la cofia. Estos también se usan sólo si los bordes de las cofias eventualmente visibles no causan problemas estéticos, sobre todo en el maxilar superior. De tal manera durante la preparación se debe reducir la raíz para que la cofia tenga una suficiente retención sobre el diente, la retención se obtienen en el anclaje de la cofia

mediante un poste interradicular para colocar el poste se lleva acabo la desobturación del conducto con fresas, después se preparan las superficies externas del muñón radicular y se acorta a su longitud definitiva dándole forma de caja en la parte central de la raíz para obtener una mayor retención entre la espiga y la cofia, se deja un grosor mínimo de 1 mm en las paredes de la raíz para evitar posibles fracturas . Por último se coloca la espiga y se procede a preparar la cofia.

## **5.1 TOMA DE IMPRESION INDIVIDUAL**

Una vez que se prepararon los dientes pilares con el elemento adecuado se procede a la toma de impresión para obtener un modelo sobre el cual se modela y se elabora la corona, en los dientes en los que no se prevé colocar una corona o un elemento de retención es necesario tomar una impresión especial como cuando si se van a colocar pues en este caso se debe tomar una impresión por separado de los dientes. La impresión individual se debe hacer con ayuda de un anillo de cobre como porta impresión, este anillo se

debe adaptar en el límite de la preparación y ajustarse perfectamente al diente. La impresión se hará con modelina la cual es un material termoplástico y nos permite controlar inmediatamente el paralelismo de nuestra preparación con respecto a la espiga radicular.

La toma de impresión individual se puede realizar también utilizando un porta impresión parcial individual y usando un elastómero de ligera viscosidad para la impresión de los dientes, esto se hace inyectando en el área de los pilares y colocando encima de este la cucharilla con un elastómero de una viscosidad más alta.

## **5.2 IMPRESION GLOBAL.**

La construcción de una sobredentadura requiere de un modelo de trabajo que contenga las zonas desdentadas del maxilar, los dientes o coronas también al mismo tiempo las cofias radiculares en su posición correcta, para obtener este modelo se requiere de una impresión global.

Esta impresión se puede tomar en una o dos fase para las cuales se requiere de porta impresiones individuales, estos porta impresiones se

realizan con acrílico y sobre el primer modelo que se obtuvo del paciente, este porta impresión debe ser estable de forma rígida, debe poderse trabajar con facilidad y tiene que adaptarse correctamente a la boca del paciente.

Si la impresión global se va a realizar en dos fases el porta impresión individual debe estar perforado en las zonas de los dientes pilares, pues en esta se toma en primer lugar la impresión de las zonas desdentadas con una pasta de óxido de cinc-eugenol, al no incluir todavía las cofias, esta impresión puede controlarse, y en caso necesario corregirse, una vez obtenida la impresión correcta de las áreas desdentadas se procede a la integración de las cofias, la cual se lleva a cabo con un material elastómero, el cual va a ser inyectado por las perforaciones que se dejaron en el porta impresión individual, y obteniendo así una impresión global que cumple con los requisitos para la elaboración de una sobredentadura.

Cuando la impresión se elabora en una sola fase, está indicado únicamente el uso de materiales elastómeros, en esta técnica el porta impresión individual no será perforado, ya que la impresión será de una sola intención resultando con esto un procedimiento menos prolongado, aunque el inconveniente que tenemos al realizar esta técnica es que los defectos que

**puede llegar a presentar la impresión no podrán ser corregidos y tendrá que repetirse el procedimiento.**

## **CAPITULO 6**

### **BASES DE REGISTRO**

Como ya lo hemos dicho las sobre dentaduras son prótesis totales como apoyo dental y su base se va a realizar de acuerdo a los elementos de construcción que esta tenga, la sobredentaduras que se basan exclusivamente en elementos de apoyo se construyen como las prótesis totales convencionales, esto nos ayuda a mejorar la retención, pues en la zona de los pilares la configuración de la base es cerrada.

Cuando las sobredentaduras emplean elementos de retención la configuración de la base se realiza en las zonas de los dientes pilares siguiendo los criterios periodontales y funcionales. Como en estos casos las cofias radicales y la base de la prótesis se contemplan como una unidad formal y funcional. La base de las sobredentaduras debe cumplir con los siguientes aspectos:

- No favorecer innecesariamente la acumulación de placa bacteriana.
- No traumatizar de forma mecánica el periodonto marginal.

- No dificultar la higiene bucal.
- No influir en la función normal de la lengua, labios y mejillas.
- No alterar la estética ni la fonación y
- Poder construirse y completarse sin un elevado costo técnico.

La construcción híbrida alejada del periodonto se caracteriza por una base de la prótesis reducida por el lado bucal en las zonas de los pilares ó en algunos casos, por lingual o palatino, sin cubrir la encía, con dientes artificiales tallados directamente sobre las raíces o sobre las cofias radiculares.

Si la base de la prótesis en la zona de los dientes pilares cubre al maxilar por vestibular o por lingual o palatino puede provocar un atrapamiento de comida aumentada por debajo de la base, gran exposición de alimentos sobre la arcada dental artificial debido a la musculatura de las mejillas y una afección de la dinámica de los labios al hablar.

Estas afecciones se pueden eliminar si la configuración de la base en la zona de los dientes pilares termina exactamente sobre los bordes de la corona

La base de una sobredentadura corresponde a la de una prótesis total en la

zona desdentada en cuanto a su extensión y configuración, pero con las siguientes modificaciones:

- Debe evitarse cualquier sobre extensión, aunque esté tolerada o sea necesaria en una prótesis total.

- Pueden montarse los dientes artificiales directamente sobre la cresta maxilar siguiendo indicaciones de tipo estético en la zona visible, siempre que no tengan que compensarse grandes defectos de tejido con la base.

- La longitud de los márgenes esta dictada, en determinadas formas de cresta maxilar (en forma de embolo), por la dirección de penetración de los elementos de retención

El diseño de la configuración de la base debe delimitarse en el modelo y así mismo se deben aliviar las zonas retentivas para posteriormente realizar la placa base.

## **6.1 REALIZACIÓN DE LAS PLACAS BASE Y RODILLOS DE OCLUSION**

Las placas base se realizan con acrílico autopolimerizable y los rodillos de oclusión con cera, para la elaboración de las placas base se emplea acrílico, porque aun cuando es delgado, sobre las crestas residuales es razonablemente rígido y dimensionalmente estable, esta es una consideración importante ya que sobre esta base se enfilaran los dientes artificiales y se realizaran las pruebas necesarias.

Para realizar las placas base, se pueden emplear dos tipos de acrílico autopolimerizable, en las zonas retentivas se aplica un acrílico autopolimerizable blando y sobre este y en el resto se emplea para mayor resistencia y rigidez un acrílico autopolimerizable de dureza normal.

El acrílico se aplica sobre el modelo agregando el polímero (polvo) por técnica de espolvoreado y se moja con el monómero (liquido) haciéndolo de forma alternada hasta lograr el grosor deseado de la placa base y se delimitara hasta las marca hechas en el modelo de trabajo, sobre esta base se colocaran los rodillos (rodetes) de oclusión que se elaboraran con cera rosa, la cual se reblandece y se le da forma de un rodillo para adaptarlo a la

placa base y con esto obtener nuestro plano de oclusión, el cual debe ser paralelo al plano de camper y a la línea bípupilar.

## **6.2 DETERMINACION DE LA DIMENSION VERTICAL**

La dimensión vertical es la relación que existe entre los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula, en pacientes que han perdido sus dientes esta relación se encuentra disminuida, y para recuperarla se toman algunas medidas en el paciente ya con las placas base y los rodillos de oclusión colocados en la boca, ya obtenida la dimensión vertical se realizan unas pequeñas marcas en los rodillos para poder transportar los modelos al articulador.

La dimensión vertical se define a partir de la distancia entre dos puntos elegidos en el maxilar y la mandíbula al cerrarse las arcadas dentales o entrar en contacto los rodillos. Como punto de partida para la determinación de la dimensión vertical puede servir la posición de reposos, extrayendo de forma arbitraria una distancia interoclusal de unos 2-3mm.. La dimensión vertical en posición de reposo se define como: "La distancia que debe ser medida cuando la mandíbula se halla en una posición relajada". La posición

fisiológica de reposo se define como: "la posición de la mandíbula cuando el individuo se encuentra en una postura cómoda y la musculatura señala una actividad mínima". En posición de reposo las arcadas dentales no se hallan en contacto entre si, entre los diversos métodos con cuya ayuda se lleva la mandíbula a la posición fisiológica de reposo, cabe citar la degollación, el zumzumar la letra M y la relajación muscular.

Para poder determinar la dimensión vertical partimos de la posición de reposo, por ello resulta imprescindible que la toma de registro se efectúe en un ambiente tranquilo y relajado. El paciente se coloca de pie o sentado con la espalda erguida sin usar el cabezal, mirando hacia el infinito y manteniendo la cabeza en una posición que le resulte normal, las placas base con rodillos deben configurarse como prótesis preformadas según las características de la lengua, labios y carrillos tal como será posteriormente la prótesis una vez terminada.

Ya obtenida la dimensión vertical se transportan los modelos al articulador. Para poder transportar los modelos el articulador consta de un arco facial el cual tiene puntos de referencia, olivas, auditivas, horquilla y punto nasion los cuales ubican el maxilar superior en relación a las articulaciones temporomandibulares. Para transportar el modelo superior la

placa base se pega a la horquilla y se coloca en la boca del paciente, para que con la ayuda del punto nasion ubiquen en la posición correcta del maxilar y se lleva al articulador. El modelo inferior se coloca de acuerdo a la posición del modelo superior y a las marcas hechas en los rodillos.

### **6.3 SELECCION Y MONTAJE DE LOS DIENTES ARTIFICIALES**

Los dientes anteriores como parte visible de la sonrisa tienen una influencia directa sobre la cara y su imagen, por lo que todo tratamiento protésico debe aspirar a conseguir unos dientes anteriores que resulten atractivos tanto subjetiva como objetivamente.

La forma de la cara nos da la forma del diente (fig. 4)

-Cara oval = Formas ovoides

-Cara rectangular = Formas rectas

-Cara triangular = Formas triangulares

Su ancho se elige de acuerdo al tamaño de la nariz, pues debe existir una relación entre anchura de los incisivos centrales y laterales con el ancho de la base de la nariz (fig. 5).

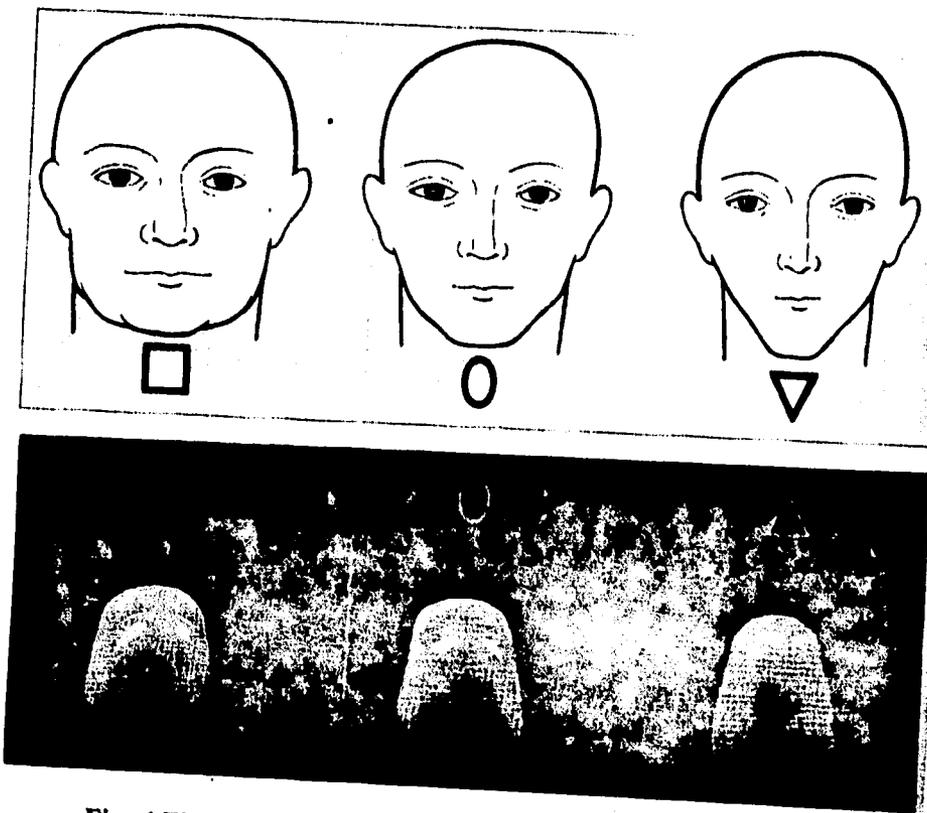


Fig. 4 Elección de los dientes deacuerdo a laforma de la cara.

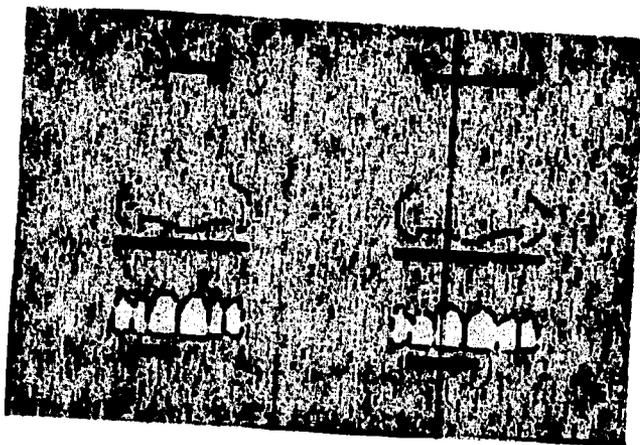


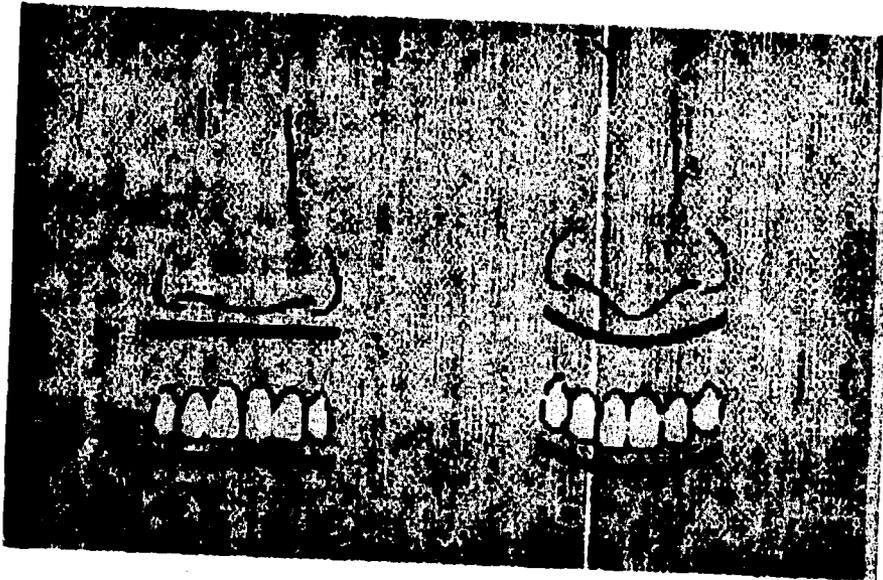
Fig.5 Eleccion del ancho deacuerdo a la base de la nariz.

La elección del color se debe hacer directamente en la boca del paciente, por lo que se deberá emplear un pequeño surtido de tablillas con dientes de diferentes colores que faciliten tal elección y permitan juzgar la forma y el color de los dientes. Aunque es preferible tomar el color de los dientes antes de tratarlos ya sea endodóntica o protésicamente. En cuanto a longitud los dientes anteriores superiores deberán quedar acorde al tamaño y forma de los labios, como sugerencia si el labio es corto los dientes deberán observarse más (1-2 mm de borde incisal), si el labio es normal deberá observarse 1 mm y si el labio es grande quedaran a nivel del borde bermellón.

El tamaño de los dientes posteriores se obtiene por medio de una regla milimetrada, esta se utiliza para medir la distancia de la superficie distal del canino al punto en que la oclusión posterior terminaría y así se obtiene el ancho mesio-distal de los dientes posteriores.

Para hacer el montaje de los dientes artificiales partimos de la base de que estos deben ser montados siempre que sea funcionalmente posible, en el lugar antes ocupado por los propios. Al montar los dientes en la prótesis, hay que tomar en cuenta que los incisivos superiores no deben estar en

contacto céntrica, si no permitir una posibilidad anterior de movimiento de al menos 1 mm, por regla general se colocan de forma que se produzca una guía incisal de al menos  $15^\circ$  en un movimiento protusivo, y la línea del borde incisal debe amortizar con la línea del borde de la nariz (fig. 5).



**Fig. 6** Borde incisal en relación en relación con la base de la nariz.

El enfilado de los dientes comienza con los anteriores superiores seguidos por los posteriores en el siguiente orden:

- 1.- Incisivos centrales
- 2.- Incisivos laterales
- 3.- Caninos

#### **4.- Premolares**

#### **5.- Molares**

**En la colocación de los dientes es donde las sobre dentaduras presentan mayor problema ya que presentan un abultamiento en las zonas donde se dejaron dientes. La colocación de los dientes comprende diferentes técnicas por lo que sería motivo de otro tema que no se tocara en esta tesina.**

**El caracterizado o festoneado se realizara de acuerdo a la valoración clínica del paciente, ya que si el paciente manifiesta una buena higiene este procedimiento podrá hacerse hasta con rugas palatinas, de lo contrario se efectuara en la forma más lisa y pulida posible.**

## **CAPITULO 7**

### **PRUEBA EN CERA**

#### **7.1 PRUEBA GLOBAL Y MONTAJE DE LOS ELEMENTOS**

La prueba global de una sobredentadura en cera sirve para la comprobación y posible corrección de todos los parámetros protésicos antes de finalizar la prótesis. Al igual que en el caso de una prótesis total, deben considerarse los siguientes puntos:

- La dimensión vertical, la posición del plano oclusal y la configuración de la oclusión no deben estar alteradas por el empleo de elementos de construcción.
- La base deberá hallarse, también en la zona de los pilares, tan alejada de la situación definitiva como sea posible. Los dientes artificiales deben ser tallados de forma exactas sobre las raíces dentales o las cofias, sólo de esta manera puede juzgar la extensión, la estabilidad funcional y la relación del soporte de la futura prótesis respecto a los labios y las mejillas.
- La formación lingual o palatina de la base se determina definitivamente también en la zona de los pilares, el espacio de la lengua es importante

desde el punto de vista funcional ya que no puede ser alterado por los pasos de trabajos posteriores.

## **7.2 MONTAJE DE LOS ELEMENTOS**

La elección definitiva y el montaje de los elementos de construcción se efectúan una vez que se han determinado la configuración de la base y de la oclusión con la prueba en cera, pues esto nos permite, por primera vez, juzgar con toda seguridad el espacio disponible existente sobre la cofia radicular para el elemento de construcción. Los elementos de construcción están siempre en función de las características protésicas.

El espacio de la lengua, especialmente no debe reducirse por el tamaño ni por la disposición de un elemento de construcción. Por esta razón, en ocasiones es mejor emplear un anclaje individual frente a una construcción de barra o deberán emplearse elementos de retención de pequeño tamaño y delgados, en lugar de otros mayores.

Los elementos de retención deben montarse en la posición más central posible sobre la cofia radicular, la dirección de inserción de los elementos fijos se corresponderá con el eje radicular de forma aproximada.

## **CAPITULO 8**

### **INSERCIÓN DE LA SOBREDENTADURA**

Antes de la incorporación definitiva de una sobredentadura se deberán efectuar los siguientes controles:

- **CONTROL DE LA CONGRUENCIA DE LA BASE DE LA PROTESIS Y LAS COFIAS RADICULARES.** Durante la polimerización de la base de la prótesis se originan pequeñas incongruencias entre las cofias radicales y sus superficies de contacto en la base de la prótesis, lo cual puede provocar un contacto excesivo de la base con la cofia, si estos contactos no se eliminan, la prótesis se balanceara en la boca cuando existan sobrecargas en los puntos de soporte, esto provocará que los aditamentos macho y hembra de los elementos de construcción no encajaran entre si a la perfección.

- **CONTROL DE LA OCLUSIÓN.** Del mismo modo, debido a la contracción ocasionada durante la polimerización, aparecen alteraciones en la posición de algunas de las piezas dentales al elaborar la prótesis con respecto al modelo de trabajo. Las modificaciones en la oclusión resultantes

respecto a sus antagonistas, deben eliminarse antes de la incorporación de la prótesis (retransporte de la dentadura al articulador).

- **CONTROL DE LA EXTENSION DE LA BASE.** La extensión de la base obtenida mediante la prueba en cera puede modificarse notablemente durante la elaboración de la prótesis, por lo que deberán obligatoriamente ser controladas las sobre extensiones.

La función definitiva de la prótesis en los pacientes exige que éstos sepan, por si mismos colocarse y retirarse la sobredentadura, así como instruirlos acerca del cuidado de la misma y de sus dientes pilares.

## **8.1 INSTRUCCION DE HIGIENE**

Tanto la motivación como la instrucción del paciente para el cuidado de su sobredentadura, resultan de vital importancia a la hora de efectuar un pronóstico.

El tratamiento periodontal y el cuidado especial prestado en la configuración de los elementos de construcción tan solo resultan lógicos cuando puede evitarse o inhibirse la destrucción periodontal o cariada de los dientes pilares mediante una higiene bucal apropiada.

En pacientes de edad avanzada, con frecuencia, la higiene bucal resulta un hecho al que cada vez se le da menos importancia, pues la habilidad manual y la agudeza visual suelen disminuir con la edad. El nivel de higiene bucal y los elementos auxiliares deben adaptarse a esta situación utilizando mangos especiales para los cepillos. A menudo deben intervenir terceras personas para ayudar o instruir, en parte, cómo debe efectuarse la higiene bucal. La limpieza de los pilares y de la prótesis debe aprenderse continuamente y comprobarse por parte del odontólogo, como de la higienista bucal, mediante controles periódicos.

El objetivo de instruir acerca de cómo realizar la higiene bucal, previa incorporación de la prótesis, es la configuración de un programa individual de higiene para cada paciente.

## **8.2 CUIDADO DE LOS PILARES.**

También en el caso de pacientes portadores de sobredentaduras, la limpieza con ayuda de un cepillo es la base de todo cuidado dental. Todos los dientes pilares y estructuras de soporte o anclaje deben ser limpiados desde todos los puntos posibles, las superficies radiculares y las partes de la

encia no abarcadas con esta medida, deberán limpiarse con un cepillo interdental. El uso de seda dental solo se indica cuando existen elementos de barra.

Las construcciones abiertas alrededor del pilar facilitan notablemente el cuidado de los dientes pilares.

Si la limpieza mecánica no es posible por alguna razón o no es suficiente se recomienda el uso de sustancias químicas como:

- **FLUORUROS.** Como gel, tanto para el cepillado directo de los pilares como indirectamente llenando la prótesis en la zona de los pilares una vez a la semana, o como solución al 0.025% para su uso diario.

- **CLORHEXIDINA.** En solución de 0.1 - 0.2% para enjuagues bucales diarios o como gel para la aplicación con la base de la prótesis o con los aditamentos. Debido a sus efectos secundarios, la clorhexidina no debe utilizarse ininterrumpidamente durante mucho tiempo, pues puede provocar:

- Alteraciones en el sentido del gusto.
- Ardor de boca.
- Descamación de la mucosa ó
- Coloraciones.

### **8.3 CUIDADO DE LA PROTESIS**

**Las sobredentaduras deben de limpiarse como las dentaduras convencionales.**

**En casos de que la limpieza mecánica no sea posible o suficiente por cualquier razón, la prótesis debe sumergirse diariamente durante algunos minutos en una solución de clorhexidina al 0.2% ó salicilato al 0.05%.**

## **BIBLIOGRAFIA.**

- Alfred H. Geering, Martin Kundert.

**Atlas de prótesis total y sobredentaduras.**

Segunda edición, 1993.

Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

- Fred B. Abott, Marc A. Pelbum, et. Al.

**Prótesis Dentales removibles**

Volumen 2, 1984.

Edit. Interamericana S.A de C.V.

- Ival McDermott, Dwight J. Castleberry, et. al.

**Sobredentaduras Parciales Removibles.**

Volumen 4, 1990.

Edit. Interamericana S.A. de C.V.

- Robert M. Morrow.

**Manual De Sobredentaduras Inmediatas.**

Edit. Intermedica, 1982.

- Stanley D. Tilman, Wiliam F. P. Malone.

**Teoria y Practica de la Prostodoncia Fija**

Séptima edición, 1981.

Edit. Intermedia.

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