



318322

Universidad Latinoamericana

16
20

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DENTADURAS MUCODENTOSOPORTADAS

(SOBREDENTADURAS)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

GUADALUPE MATA LOPEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1996

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.

**DENTADURAS MUCODENTOSOPORTADAS
(SOBREDENTADURAS)**

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres: Rita López de Mata y Felipe Mata Galván, mi agradecimiento por su total apoyo para mi realización profesional.

A mis hermanos: Felipe de Jesús, Marco Antonio y Claudia con cariño.

Al Dr. Ruben Bernal Arciniega: por su amistad y apoyo para la realización de esta tesis,
con toda mi admiración y respeto. Gracias.

Al Dr. Ricardo Muzquiz y Limón: por su colaboración para la realización de esta tesis.

A mis compañeros: por su amistad que me brindaron, esperando que está perdure por siempre.

AL HONORABLE JURADO

INDICE

	Página
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
Definición	4
Objetivos	4
Requisitos de una sobredentadura	5
Indicaciones	6
Contraindicaciones	8
Ventajas	8
Desventajas	10
CAPITULO II	
Selección del diente pilar	13
Tratamiento Periodontal	18
Tratamiento Endodóntico	19
Tratamiento Quirúrgico	21

CAPITULO III	Página
Preparación del diente pilar	28
Elección del elemento de retención adecuado	36
Aditamentos	37
CAPITULO IV	
Impresión global	52
Determinación de las relaciones intermaxilares	54
Configuración de la oclusión	57
Configuración de la base	57
Estructuras de refuerzo coladas	59
CAPITULO V	
Entrega y cuidados posteriores	64
CAPITULO VI	
Sobredentaduras inmediatas	71
CONCLUSIONES	89
BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUCCIÓN

Una sobredentadura es una prótesis que su soporte deriva de uno o más dientes pilares, localizados por debajo de la base de la prótesis.

La idea de dejar restos aislados de raíces en el maxilar y construir sobre ellos prótesis totales tiene más de cien años de antigüedad y su meta era retardar o incluso impedir la inevitable resorción de la cresta alveolar después de la extracción. Esta sigue siendo una de las ideas básicas.

Las sobredentaduras han recorrido ya un largo camino en su desarrollo. Muchas etapas de éste han estado marcadas por la fascinación técnico-constructiva de las partes protésicas auxiliares. Actualmente, éstas están pasando lentamente a un segundo plano. Una de las causas de esta evolución es de que no es la sofisticación de los elementos de construcción la que decide el éxito o el fracaso, sino la salud del periodonto sobre el que asientan.

Desde el principio de los años 60, la investigación se ha enfocado consecuentemente a los aspectos periodontales. Hoy día, es posible demostrar por medio de estudios a largo plazo que el camino elegido es el correcto, la investigación se centra cada vez más en la importancia de las sobredentaduras para la función neuromuscular y las necesidades psicológicas.

CAPITULO 1

DEFINICIÓN

Una sobredentadura es una prótesis, completa o parcial removible, suportada por mucoperiostio y dientes o raíces naturales preparados. (6)

Otros términos utilizados son : prótesis híbrida, dentadura dentosoportada, dentadura telescópica, dentadura biológica, dentadura mucodentosoportada; de todos ellos el más aceptado hoy es el de sobredentadura.

OBJETIVOS

La sobredentadura logra tres objetivos muy importantes:

CONSERVA LOS DIENTES COMO PARTE DEL REBORDE RESIDUAL: Esto da una dentadura que tiene mayor soporte que una aparato convencional. La dentadura está soportada por dientes pilares lo que permite a la misma resistir mayor carga oclusal.

DISMINUCIÓN EN LA TASA DE RESORCIÓN ÓSEA: El hueso alveolar existe como soporte para los dientes. Cuando son extraídos los dientes, el reborde alveolar comenzará a resorberse de manera consistente con el tiempo que hayan faltado los dientes. Más aún si existe traumatismo ocasionado por una dentadura completa, el proceso de resorción se acelera a una tasa alarmante.

HABILIDAD DEL PACIENTE PARA MANIPULAR Y MANEJAR LA DENTADURA: Con la conservación de los dientes, existe también el mantenimiento de la membrana periodontal, que rodea a estos dientes. Esto guarda los impulsos propioceptivos aportados por la membrana periodontal, así, se cuida una porción muy importante del complejo nervioso miofacial cuando se conservan los dientes.

El paciente aunque utilice una dentadura completa, tiene la capacidad sensitiva de estar consciente del contacto oclusal. Esta discriminación fina le permite al paciente controlar las fuerzas de la oclusión de la misma manera que una persona con dientes naturales.

REQUISITOS DE UNA SOBREDENTADURA.

MANTENIMIENTO DE LA SALUD PERIODONTAL: Lo más importante es el mantenimiento de la salud de la estructura dentaria subyacente, sin la que no podría sostenerse la dentadura.

Los dientes que serán utilizados como soportes primero deben ser valorados en su aspecto periodontal.

Aunque un diente presente movilidad, pérdida extensa de hueso, aumento en la relación corona-raíz esto no lo excluye para ser utilizado como soporte. Muchos dientes han sido utilizados con estas características durante varios años con buenos resultados.

TEJIDOS BÁSICOS DE SOPORTE: Los tejidos que cubren la zona basal remanente deberá, ser tratados de manera que se encuentren en buen estado. Es necesario una base bien ajustada para distribuir la carga sobre una zona lo mayor posible.

La base debe tener contacto íntimo con los tejidos para evitar la acumulación de alimentos y placa.

REDUCCIÓN EN LA RELACIÓN CORONA - RAÍZ: La reducción de la corona presenta un efecto favorable de inmediato sobre la movilidad de los dientes, debido a las disminución de la longitud del brazo de palanca que suministra la torsión al diente móvil.

FACILIDAD DE CONSTRUCCIÓN: La sobredentadura deberá ser fácil de construir y mantener. En muchos casos, debido a la falta de espacio, algunas secciones de la dentadura son delgadas. Para evitar la fractura de la base y los dientes protéticos es necesario colocar refuerzos metálicos. Entonces será construida de manera que su reparación sea relativamente fácil.

FACILIDAD DE MANIPULACIÓN: La base tiene que ser manipulada con facilidad por el paciente. Con frecuencia, debido al uso de aparatos de retención, la inserción y retiro de la sobredentadura se convierten en una dificultad para el paciente. Este no debe ser el caso, ya que una fuerza indeseable daña en forma importante la base o los dientes soporte.

Por lo tanto, se debe elegir adecuadamente el tipo de sobredentadura empleada, así como observar la coordinación del paciente para elegir el tipo de tratamiento.

INDICACIONES

Las sobredentaduras son el tratamiento de elección en pacientes con defectos congénitos o quirúrgicos, entre los cuales están:

- Oligodoncia y microdoncia
- Paladar fisurado
- Amelogénesis y dentinogénesis imperfecta
- Defectos postraumáticos y posquirúrgicos.

En casos en que existe pérdida de la superficie dental por atrición, erosión o abrasión, donde la altura de la corona está muy disminuida, y ya no son útiles para soportar una prótesis fija o parcial removible.

Cuando el diente remanente es considerado inapropiado para una prótesis parcial, debido a la posición, angulación o estado de la corona.

Cuando existen pocos dientes remanentes y se prevé que el paciente puede tener dificultad en adaptarse a una dentadura completa.

Si existe una higiene bucal suficiente o pueda ser aprendida, de forma que sea posible retardar o evitar eficazmente el colapso carioso o periodontal.

Si el paciente geriátrico es capaz mental y psicológicamente de aceptar los procedimientos de tratamiento adicional. Este tipo de prótesis por lo tanto ocasiona un número extra de visitas y se eleva el costo.

En los casos en que el pronóstico de una dentadura completa es desfavorable, como por ejemplo:

- Paladar en forma de V profunda
- Gran atrofia de los rebordes alveolares
- Xerostomía
- Reflejo faríngeo pronunciado
- Poco espacio sublingual o retromilohiloideo

CONTRAINDICACIONES

La sobredentadura está contraindicada cuando el paciente está incapacitado mental y psicológicamente, para realizar una buena higiene bucal y tener buen control de placa bacteriana. Este tipo de pacientes son malos prospectos para la mayor parte del tratamiento protodóntico.

Periodontalmente está contraindicada cuando existe movilidad de tercer grado debido a la pérdida de hueso alveolar, la cual no pueda ser corregida.

Endodónticamente está contraindicada en los siguientes casos:

- Fractura vertical de la raíz.
- Perforación mecánica de la raíz.
- Resorción interna donde hay perforación a través de un lado de la raíz.
- Ruptura de instrumento en el canal radicular.
- Fractura de la raíz por debajo de la cresta alveolar.

VENTAJAS

CONSERVACIÓN DEL HUESO ALVEOLAR: La conservación de los dientes no sólo reliene el hueso alveolar de soporte de los dientes sino también el hueso alveolar adyacente a los mismos.

En estudios a largo plazo se ha demostrado muchas veces que al eliminar la dentición natural, llevando o no después dentaduras completas tiene lugar una notable reducción de los rebordes alveolares, el hueso mandibular se reabsorbe en una proporción tres a cuatro veces mayor que el hueso maxilar. Sin embargo, se ha visto también que la reducción del reborde alveolar es menor en aquellos pacientes que han llevado sobredentaduras apoyadas en las raíces de los caninos mandibulares.

MANTENIMIENTO DE LA PROPIOCEPCION: La mucosa oral sobre la que se apoyan las dentaduras completas tiene mucha menos sensibilidad a las fuerzas oclusales que las terminaciones nerviosas del ligamento periodontal de los dientes naturales.

Por este motivo el conservar raíces, sobre todo las de los caninos, es de gran importancia.

Así, los portadores de sobredentaduras, debido a las raíces que conservan, tienen las siguientes ventajas sobre los portadores de prótesis completas.

- Regulan con más eficacia la fuerza masticatoria.
- Diferencian cambios de presión más pequeños.
- Aumentan la eficacia masticatoria muscular.
- Las terminaciones nerviosas propioceptivas actúan de señal de alarma ante la sobrecarga, y así evitan la reabsorción ósea.

SOPORTE: Las raíces remanentes proporcionan soporte vertical a la prótesis y así se disminuye la presión sobre los espacios desdentados.

RETENCIÓN: La retención se mejora al conservar los dientes remanentes y el hueso alveolar. Sin embargo en algunas ocasiones es aconsejable aumentar la retención. Esto se logra mediante la utilización de aditamentos o el rebase de la sobredentadura con los materiales de rebase elásticos.

ESTABILIDAD: La estabilidad de la sobredentadura puede ser casi igual a la dentadura parcial removible, cuando haya apoyos distribuidos en forma de trípede o cuadrilátero; por ejemplo, los de los caninos y primeros molares.

MANTENIMIENTO PERIODONTAL: Debido a que los dientes de soporte son de fácil acceso, el paciente puede mantener un efectivo control de placa, y la sobredentadura como es renovable es fácil de limpiar.

ACEPTACIÓN DEL PACIENTE: Los pacientes valoran más este tratamiento, ya que experimentan una mejoría notable en la función estética, a la vez que conservan algunos de sus propios dientes.

CONVERTIBILIDAD: Si por algún motivo se requiere ser extraídos uno o más dientes pilares, la sobredentadura puede ser rebasada o su base cambiada con facilidad para hacer una dentadura total convencional.

DESVENTAJAS

SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES: Puede ocurrir destrucción por caries de los dientes pilares, estos incluyen dientes que han sido reducidos después de la endodoncia y dientes que han sido provistos de vaciados.

RETENCIONES ÓSEAS: Las retenciones óseas especialmente las adyacentes a los dientes cubiertos, presentan un problema con respecto a la aproximación íntima de la aleta de la dentadura con los tejidos subyacentes.

Muchas veces se tiene que biquear la zona retentiva, lo que da una aleta de la dentadura que se encuentra alejada de los tejidos creando una trampa de alimentos y eliminando cualquier posibilidad de lograr un sello periférico.

SOBRECORTONEO: Debido a la presencia de zonas retentivas, resulta difícil contornear adecuadamente la base de la dentadura para obtener un funcionamiento óptimo. Resultando en exceso de volumen en el labio que trastorna su caída natural.

La planeación adecuada y la selección de los pacientes ayuda a resolver este problema.

INVASIÓN DE LA DISTANCIA INTEROCLUSAL: La colocación de un aditamento, el diente artificial y el acrílico necesario para la base, constituye un obstáculo para lograr la forma adecuada dentro de los parámetros de la distancia existente entre los rebordos alveolares.

COSTO: Los procedimientos adicionales aumentan el costo de este tipo de dentaduras.

CAPITULO II

SELECCIÓN DEL DIENTE PILAR

La selección depende de una serie de factores, entre ellos los siguientes:

MORFOLOGÍA DEL DIENTE.

Los dientes más frecuentemente utilizados en el maxilar superior como soportes para una sobredentadura son: caninos, incisivos centrales, segundos premolares y primeros molares. Y demás dientes superiores seleccionados en orden descendiente y frecuencia de utilización.

Los caninos se usan con mayor frecuencia porque son los últimos que se pierden. Biológicamente son los que tienen las raíces más largas, gran superficie periodontal y por lo tanto más terminaciones nerviosas.

Morfológicamente, las raíces de los incisivos centrales y algunos incisivos laterales son similares a las raíces de los caninos maxilares y pueden ser utilizados individualmente o en conjunto con los caninos como pilares.

Los segundos premolares maxilares son preferidos sobre los primeros premolares para soportar la sobredentadura. Esto se basa sobre la longitud de su raíz y anatómicamente su forma elíptica cervical. Y el primer premolar el cual tiene una marcada concavidad cervicalmente por su cara mesial, lo cual dificulta para ser restaurado con una cofia vaciada.

Asimismo los dientes más frecuentemente utilizados en la mandíbula son: caninos, primeros o segundos premolares, primeros molares y algunas veces incisivos mandibulares.

Morfológicamente, los caninos o premolares tienen mayor longitud en sus raíces.

Los incisivos no son utilizados con frecuencia debido a sus raíces delgadas y la forma del diseño cuando son desgastadas hasta la línea cervical, las raíces son más largas y angostas mesiodistalmente y se dificulta restaurarlas con una cofia vaciada.

Los molares inferiores deben utilizarse siempre que se pueda, ya sea hemiseccionados para aprovechar la raíz en mejor estado, o bien el molar con ambas raíces.

SOPORTE ALVEOLAR.

Para seleccionar un diente como pilar debe explorarse tanto clínica como radiográficamente.

Clinicamente utilizando la sonda periodontal para detectar la presencia y profundidad de bolsas periodontales, y defectos óseos. Comprobar la movilidad, aunque ésta disminuye después de reducir la corona, pero si existe movilidad de 2 mm o más no deben ser escogidos como pilares.

Radiográficamente se observa la morfología de la raíz. Las raíces cónicas y cortas ofrecen poca fijación al hueso alveolar y escasa resistencia a las fuerzas de rotación. También se observa la cantidad de hueso de soporte que rodea la raíz, aunque este dato es relativo y debe juzgarse con otros factores (inclinación, situación en el arco, movilidad). Para considerar una raíz útil para este tipo de prótesis el mínimo necesario es de 5 a 6 mm de altura de hueso.

INCLINACIÓN AXIAL.

La inclinación del diente pilar es importante por dos razones.

Primero la carga funcional de la sobredentadura se transmite a la raíz en sentido de su eje axial. Así la fuerza que se aplica se absorbe por las fibras oblicuas del ligamento periodontal. Este grupo de fibras son capaces de resistir las fuerzas verticales compresivas y prevenir la intrusión de la raíz en el hueso alveolar.

La segunda razón es que la angulación de la raíz y la cámara pulgar es importante si se va a usar algún tipo de aditamento que necesite preparación intrarradicular, y ésta debe ser paralela entre varios pilares para que no afecte la vía de inserción y retiro de la prótesis.

Con la raíz inclinada, al momento de preparar el canal radicular es posible de provocar una perforación o fractura de la raíz en primera instancia, o existir fuerzas de torsión las cuales no son directas al eje axial de la raíz y llevar a una fractura o problemas periodontales.

POSICIÓN EN LA ARCADA Y NUMERO DE PILARES.

Los caninos maxilares y mandibulares son los pilares más usados debido a su posición, unen los segmentos anterior y posterior, y protegen de sobrecarga y reabsorción al segmento anterior. En caso de que falte algún canino, los incisivos centrales y laterales ayudan a desarrollar la misma función.

Los segundos premolares superiores son los siguientes mejores pilares por las siguientes razones:

- 1.- Su posición en la arcada, los hace capaces de soportar las porciones anterior y posterior de la base de la dentadura.
- 2.- Están localizados a la mitad entre la cortical bucal y palatina, y usualmente tienen buen soporte óseo con la diferencia de los caninos o primeros premolares que tienen menos cortical bucal.
- 3.- Suelen ser unradiculares, y así no tienen problema de bifurcaciones.

En el maxilar, cuando no existen molares, el número ideal de pilares son cuatro, dos caninos y dos segundos premolares, si los caninos están ausentes los incisivos centrales pueden ser sustitutos.

En general los pilares no deben ser dientes vecinos, por ejemplo el canino y primer premolar porque el paciente se le dificulta mantener una buena higiene, además que la proximidad de los dientes no preserva mucho hueso de soporte.

Las mismas consideraciones clínicas son aplicables para la mandíbula con algunas excepciones. Aquí es muy positivo conservar alguna raíz de los molares. Cuando los caninos mandibulares están presentes no es necesario conservar los incisivos, ya que ambos caninos mantienen el hueso de soporte que hay entre ellos.

En la mandíbula dos molares o dos segundos premolares junto con los dos caninos es el número ideal de pilares.

El conservar tres pilares en cada arcada es la siguiente forma para un buen soporte y estabilidad de la sobredentadura.

Asimismo el uso de dos o un pilar en cada arcada provee soporte efectivo para la sobredentadura.

CONSIDERACIONES RESTAURATIVAS.

Una consideración importante en la selección del diente pilar, es la habilidad en la práctica general de restaurar el diente con un apropiado contorno para usar amalgama o cofias vaciadas.

Cuando la caries involucra la raíz y se extiende subgingivalmente, la restauración de la raíz con cofias vaciadas resulta un problema.

También hay que prevenir el ingreso de bacterias durante la terapia endodóntica la cual nos llevaría al fracaso endodóntico.

Cuando la actividad de la caries es mínima y se tienen unos márgenes regulares pulidos la raíz se puede restaurar sin la necesidad de usar una cofia vaciada.

Cuando no es posible mantener unos márgenes regulares y una superficie lisa, debido a las caries o restauraciones previas será necesario cubrir la raíz con una cofia.

La forma ideal de la raíz pilar es un domo con márgenes establecidos supragingivalmente, en algunas ocasiones es necesario realizar cirugía gingival para situar los márgenes al nivel.

TRATAMIENTO PERIODONTAL

El tratamiento periodontal inicial es la parte más importante de todo el tratamiento previo, pues durante éste se establece si es posible sanear periodontalmente pilares seleccionados y crear así las condiciones necesarias para la carga por una sobredentadura y si el paciente está dispuesto a cooperar en la medida necesaria.

El tratamiento periodontal comprende por lo general las siguientes fases:

1. Establecimiento de condiciones limpias por medio de una limpieza dental, eliminación de sarro, remoción de caries, colocación de obturaciones provisionales sobre todo en cavidades cervicales, eliminación de irritaciones marginales yatrógenas, exclusión de posibles traumatismos causados por prótesis insuficientes y la instrucción acerca de una higiene bucal adecuada.
2. Curataje, en bolsas de más de 4 mm de profundidad, gingivectomía u operación de colgajos.
3. Si es necesario creación de suficiente enclá adherida por extensión gingival por medio de transplantes libres de mucosa.

Después de la primera fase, debe evaluarse nuevamente la disposición y la capacidad de cooperación del paciente, así como la situación de los tejidos. Las condiciones periodontales desfavorables y la higiene bucal insuficiente no favorecen al éxito a largo plazo.

El tratamiento periodontal debe realizarse antes de la preparación definitiva de los pilares. Si las prótesis parciales existentes traumatizan continuamente el periodonto, quizá sea necesario acortar la corona hasta la encía para elaborar sobredentaduras inmediatas. Esta medida no impide el saneamiento periodontal, sino que aumenta sus esperanzas de éxito.

La preparación definitiva de los pilares antes del saneamiento periodontal o del descuido de éste suelen tener las siguientes consecuencias:

1. La encía sangra abundantemente durante la preparación. Tanto esta fase como la toma de impresión se ven por ello dificultades.
2. La encía se retrae masivamente después de la preparación o cubre el resto radicular ya preparado. En ambos casos se complica el desarrollo del tratamiento y se crean condiciones poco favorables para su éxito.

TRATAMIENTO ENDODONTICO

La mayoría de los pilares previstos para una sobredentadura necesitan un tratamiento endodóntico previo. Excepto pilares vitales, que deben ser provistos de telescopios, dientes vitales muy abrasionados que se dejan sin tratamiento y dientes desvitalizados cuyas raíces están bien obturadas.

En todos los demás casos se requiere un tratamiento endodóntico previo, ya sea porque hay que acortar la corona del diente hasta la altura de la encía por que se necesite el conducto radicular para una espiga, o porque el conducto radicular no este bien obturado.

No existen características específicas para el tratamiento endodóntico de pilares para sobredentadura.

Es necesario determinar si existen factores los cuales pueden complicar o realmente prevenir el éxito del tratamiento endodóntico. Para esto es necesario tener unas correctas radiografías periapicales. Estas radiografías nos pueden revelar: la morfología del canal radicular, si existen calcificaciones internas o extremas curvaturas de la raíz.

La mayoría de los dientes utilizados como pilares son fáciles de tratar, porque tienen un sólo canal radicular.

Con respecto a la obturación de las raíces, debe tenerse en cuenta que en desarrollo del tratamiento posterior habrá de abrir de nuevo el conducto radicular para introducir la espiga. Tanto las obturaciones radiculares con plata como los cementos de resina artificial y demás materiales de obturación que se endurecen totalmente están contraindicados a no ser que se combinen con gutaperchas.

En caso de utilizar puntas de gutapercha, que junto con el cemento para conductos radiculares, aseguran mejor que ninguna otra solución el cierre hermético del conducto, debe tenerse en cuenta lo siguiente.

- 1.- Al abrir el canal para la espiga radicular no debe extraerse toda la punta de gutapercha.
- 2.- Proceder con mucho cuidado al abrir el canal cerca del ápice para no introducir accidentalmente la punta de gutapercha más allá del ápice.

Por lo general el tratamiento endodóntico previo se efectúa antes o paralelamente al tratamiento periodontal.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es necesario realizar un examen de la cavidad bucal para identificar las áreas que pudieran presentar problemas en potencia. La determinación de si es necesaria o no la cirugía constituye una parte indispensable del examen y desempeña un papel también importante en el manejo exitoso del paciente.

Muchas situaciones como proyecciones afiliadas de hueso en los rebordes alveolares, protusiones óseas y deformaciones de los tejidos blandos, deberán ser corregidos antes de la construcción de las dentaduras para mejorar el pronóstico del tratamiento y reducir así el número de ajustes necesarios después de su inserción.

Un plan de tratamiento que requiera corrección quirúrgica sólo deberá hacerse después de haber considerado y valorado los métodos no quirúrgicos. Un paciente que se presenta con tejidos deformados y lesionados en forma patológica por una dentadura existente, deberá someterse primero a un periodo de descanso tisular, acondicionamiento de los tejidos, o ambos. Como el soporte de la base de la dentadura depende de la cantidad y calidad del reborde alveolar, deberán hacerse todos los esfuerzos para conservar este hueso alveolar.

DENTICIÓN RETENIDA.

Durante la elaboración del plan de tratamiento es necesario resolver el problema de retener o extraer la dentición existente en el maxilar o la mandíbula antes de la rehabilitación protética. Para esto deben considerarse varios factores. La edad es importante: En el paciente joven, un diente incluido aún conserva su potencial de erupción, por lo que su extracción prematura causa gran pérdida innecesaria de hueso. En las personas de edad avanzada, la extracción quirúrgica de dientes incluidos da como resultado pérdida excesiva de hueso debido a la mayor densidad ósea, anquilosis y menor potencial de reparación.

Cuando se haya tomado la decisión de conservar los dientes incluidos, será necesario advertir al paciente de este hecho, así como de la localización y el pronóstico.

La mayor parte de los dientes incluidos o impactados deberá, ser extirpados en forma profiláctica, especialmente en los pacientes jóvenes, para evitar la posible transición a un quiste dentífero y diferenciación posterior en ameloblastoma. Los dientes incluidos deberán ser extirpados cuando existan pruebas de patología como una zona vacía u oscura dentro del espacio folicular.

Cuando la pared folicular se encuentre muy cerca de, o haya perforado, la placa alveolar cortical del diente también deberá ser extirpado.

Los dientes que no han hecho erupción suelen conservarse cuando alguno haya permanecido asintomático durante años sin pruebas relacionadas de patología.

Igualmente la mayor parte de las raíces retenidas o incluidas deberán ser extraídas antes de la rehabilitación protética especialmente en presencia de transformación patológica.

ANOMALÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

La cirugía menor, que afecta los tejidos blandos en ocasiones permite hacer una prótesis mejor, ya que no suele comprometerse el soporte del hueso alveolar el objetivo de la cirugía correctiva es eliminar la patología y obtener un grosor uniforme de mucoperiostio firme y sano para soporte de la dentadura.

Cuando los tejidos son gruesos y flácidos, las condiciones bucales no serán adecuadas. Suele ser necesario recurrir a la extirpación quirúrgica de los tejidos excesivos para desarrollar una base aceptable para la dentadura.

Las anomalías de los tejidos blandos suelen deberse a dentaduras mal ajustadas. Al resorberse el reborde residual, el tejido blando de recubrimiento es incapaz de proporcionar soporte adecuado para la dentadura haciéndose cada vez más inestable la base de la misma. La base inestable desplazará entonces a los tejidos blandos contribuyendo a ocasionar dolor crónico de los rebordes e hiperplasia de la mucosa vestibular.

TEJIDO HIPERMOVIL EN LOS REBORDES ALVEOLARES.

El tejido hipermóvil de los rebordes alveolares suele observarse en la porción anterior del reborde desdentado o encima de un reborde mandibular atrófico en filo de cuchillo. Cuando se encuentra en la porción anterior del maxilar es el resultado de la oclusión anterior. Las fuerzas excesivas en la región anterior son consecuencia de una dentadura total superior que ocluye contra una prótesis parcial con extensiones distales bilaterales, donde se han presentado resorción bajo sus bases.

Las fuerzas excesivas anteriores también llegan a presentarse cuando se emplean dientes anteriores de porcelana con dientes posteriores de resina. La mala resistencia al desgaste de la resina causa una hiperoclusión de los dientes anteriores de porcelana.

El tejido hipermóvil puede pasarse por alto durante el examen bucal, a menos que se emplee la palpación. Al examinarse por inspección, el color y la textura superficial son similares a los tejidos adyacentes, lo que dificulta su diagnóstico.

La decisión de reducir quirúrgicamente o conservar el tejido hipermóvil puede hacerse una vez que se haya eliminado el elemento inflamatorio.

EPULIS FISSURATUM.

El *épulis* es el resultado de la irritación crónica de la aleta mal ajustada de una dentadura sobre el epitelio del fondo saco. El epitelio de este fondo de saco reacciona a la irritación produciendo tejido hiperplásico de reparación.

El tejido prolifera a la zona del surco entre la aleta de la dentadura y la mucosa del vestibulo, interfiriendo con la extensión de los rebordes atrapando residuos de alimentos y dando lugar a los microorganismos.

La lesión presenta diversos aspectos, desde simples dobleces pequeños a múltiples pliegues o tejido blando hiperplásico. La afección llega a cubrir una zona pequeña del vestibulo o extenderse en toda su longitud. El tratamiento consiste en retirar la dentadura causal o acortar sus bordes para permitir el descanso de los tejidos y su reparación.

La extirpación quirúrgica sólo deberá intentarse si este tratamiento no trae resolución del problema. El descanso de los tejidos debe ser lo suficientemente prolongado para causar la regresión del *épulis* y la cicatrización total.

ANOMALÍAS ÓSEAS

En la actualidad se acepta que la eliminación conservadora del hueso, en especial en el momento de la extracción, es el mejor tratamiento para el paciente. La alveoloplastia, realizada en el momento de la extracción, deberá ser conservadora, ya que el reborde desdentado cicatriza con un contorno que resulte algo impredecible. Si es necesario recurrir a un segundo procedimiento quirúrgico, este ha de realizarse varias semanas después de que los tejidos blandos hayan cicatrizado, pero antes de hacer las nuevas dentaduras.

RETENCIONES EN LOS REBORDES ALVEOLARES.

El tipo ideal del reborde desdentado es en forma de U con paredes paralelas y una cresta amplia y bien redondeada. Este tipo de reborde ofrece una retención óptima, soporte y estabilidad a la dentadura. El problema se presenta cuando existen variaciones con respecto a esta forma de reborde ideal. En términos generales, las retenciones en los rebordes son indeseables cuando interfieren con la vía de inserción de las dentaduras en un grado que el alivio necesario afecta de manera significativa la adaptación tisular de la dentadura al reborde, así como la retención de la misma.

En realidad, todas las zonas retentivas en la vía de inserción no requieren ser reducidas. Deberá formarse un juicio clínico con respecto a si la ganancia en la adaptación tisular de la dentadura compensará las desventajas del procedimiento quirúrgico. Las pequeñas zonas retentivas desde la cresta alveolar hasta el borde periférico no afectarán significativamente la adaptación tisular si se procede con cuidado al hacer las impresiones. Las zonas retentivas en la porción labial anterior no requieren ser reducidas ya que puede obtenerse una vía de inserción más anterior. El reborde residual anterior deberá ser conservado cuando sea posible; porque esta zona es crítica para el soporte y estabilidad de la dentadura y tiende a ser una región de rápida pérdida ósea.

TORUS Y EXOSTOSIS.

Los torus son proyecciones óseas benignas de crecimiento lento, que se presentan con frecuencia en la mandíbula y el maxilar, logran su máximo tamaño en la tercera década de la vida y son de etiología desconocida. Cuando la hiperostosis se presenta en la línea media del paladar blando se le denomina torus palatino, y cuando se localiza en la zona lingual de la mandíbula se le llama torus mandibular. Otras hiperostosis, como aquellas relacionadas con la placa cortical bucal maxilar, no suelen clasificarse como torus.

Su extracción a causa del tamaño, forma o posición particular, es conveniente efectuarla antes de hacer la prótesis. También está indicado extirparlos si dificultan el lenguaje o se ulceran o inflaman a causa del traumatismo mecánico o porque queden restos de comida retenidos.

Si el torus palatino es pequeño y bien redondeado, la dentadura se podrá construir por encima de él sin ninguna dificultad. Esto se puede hacer sobre todo si la mucosa que cubre el torus no es sumamente fina y no hay historia anterior de ulceración frecuente de la mucosa que los cubre. Si el torus es excepcionalmente grande o multilobular, o la mucosa que lo cubre es delgada, es mejor extirparlo.

Para una construcción satisfactoria de la dentadura inferior, está indicado extirpar la mayor parte de los torus mandibulares.

CAPITULO III

PREPARACION DEL DIENTE PILAR.

En la planificación definitiva se determina el tipo de apoyo de la sobredentadura en los dientes residuales a la vez que se establece su preparación. Se distinguen tres tipos básicos de preparación.

- 1.- Preparación para apoyo sin corona radicular
- 2.- Preparación para corona radicular sin o con anclaje
- 3.- Preparación para elementos de retención de montaje directo.

PREPARACION DE PILARES PARA APOYO SIN CORONA RADICULAR.

La preparación de un diente para emplearlo únicamente como elementos de apoyo y que, por tanto, no se reviste con una corona, comprende las siguientes manipulaciones.

1. Acortamiento del diente: la vitalidad del diente, la carga previsible y el espacio disponible determinan la medida del acortamiento.

Los dientes vitales sólo pueden acortarse si la pulpa se ha retirado ya de la corona y la cavidad se ha calcificado. En todos los demás casos es necesaria la desvitalización. Si la raíz sólo va a servir como apoyo de la construcción, se puede acortar hasta aproximadamente 1 mm sobre el nivel gingival, si por el contrario, se ha previsto que soporte fuerzas laterales, se recomienda una altura de al menos 3 mm.

A la cara oclusal del diente acortado se le da forma de domo. Esta preparación es la que responde mejor a los movimientos de la prótesis bajo carga, que generalmente son de tipo basculante.

Una raíz no debe acortarse nunca por debajo del nivel de encía, pues en tal caso suelen aparecer proliferaciones hiperplásicas.

2. Redondeado de los bordes: el borde que surge entre las caras oclusal vertical debido al acortamiento del diente se redondea, pero no se realiza ninguna preparación circular en el sentido de la paralelización de las caras exteriores. Esta causaría modificaciones indeseables en el contorno normal del diente a la raíz en la zona de la encía, lo que también tendría como consecuencia hiperplasias gingivales.

3. Sellado del conducto radicular por el lado oclusal : el conducto radicular se cierra oclusalmente con amalgama, si se trata de un diente con obturación radicular.

PREPARACION DE LOS PILARES PARA CORONA RADICULAR.

La preparación de un pilar para revestirlo posteriormente con una corona es complicada. La dificultad está en acortar el diente lo necesario para dejar espacio a los elementos de retención, pero de forma que la corona quede también suficientemente sujeta. Se aconseja dejar al menos 2 mm de altura. No obstante, esta altura sólo garantiza la retención necesaria si la preparación se realiza paralelamente a la dirección de la espiga y se aprovechan las áreas subgingivales. El anclaje adicional de la corona con una espiga es un factor de retención importante, siempre y cuando se trate de una espiga normalizada con adherencia total. La longitud de la espiga debe ser aproximadamente de 2/3 de la del canal.

Actualmente se desaconseja la preparación y colocación subgingival de coronas, prefiriéndose la preparación supragingival, pues provoca menos irritaciones secundarias y facilita la limpieza del borde de la corona, incluso con coronas radiculares. Sin embargo, este método sólo es posible si :

a).- Si existe espacio suficiente para el elemento de retención sobre la corona, cuando está rebasa el nivel de la encía en 2 a 3 mm como consecuencia de la preparación supragingival.

b).- Si existen al menos 2 mm de área dental o radicular supragingival retentiva.

c).- Si la buena higiene bucal impide que se formen caries en el borde de la corona.

d).- Si los bordes de las coronas eventualmente visibles no causan problemas estéticos, sobre todo en el maxilar inferior.

Durante la preparación hay que tener en cuenta que las espigas pueden desprenderse debido a las fuerzas laterales. Para ampliar la zona de unión entre la espiga y la corona se recomienda tallar una caja por el lado oclusal.

Los fallos en la preparación con frecuencia no pueden corregirse debido a la limitada existencia de dentina. Por ello, para evitarlos en la medida de lo posible, hay que proceder de forma sistemática. Las consecuencias de los errores cometidos durante la preparación suelen causar problemas después de la implantación. Como por ejemplo, el desprendimiento repetido de una corona como consecuencia de una preparación demasiado cónica o no paralela a la espiga. Esta complicación sólo puede solucionarse repitiendo la corona, siempre y cuando la raíz admita una nueva preparación.

Los defectos más frecuentes son:

- a) Preparación demasiado cónica o no paralela a la dirección de la espiga.
- b) Acortamiento insuficiente del pilar.
- c) Acortamiento excesivo del pilar.
- d) Preparación demasiado corta de la espiga o con poca unión a las paredes.
- e) Preparación demasiado extensa de la caja oclusal.

PILARES CON ELEMENTOS DE CONSTRUCCIÓN DE MONTAJE DIRECTO.

Los elementos de retención de montaje directo se basan en espigas o tuercas radiculares normalizadas, con cuya ayuda pueden sujetarse directamente a la raíz sin necesidad de corona alguna. Para la mayoría de estos sistemas existen fresas y taladros normalizados que permiten excavar debidamente el conducto radicular y formar la superficie de pilares.

TÉCNICAS

MODIFICACIÓN Y REDUCCIÓN SIMPLE DE LOS DIENTES.

En este procedimiento los dientes sólo son reformados para eliminar las zonas retentivas y reducidos en altura vertical si fuera necesario, para crear mayor espacio en los rebordes para la sobredentadura.

Para que esta técnica sea posible, la higiene bucal deberá ser meticulosa con un bajo índice de caries. Además 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 sobredentadura.

REDUCCIÓN DE LOS DIENTES Y COFIAS VACIADAS.

En esta técnica se reducen los dientes y se hace un vaciado sobre los mismos en preparación para la sobredentadura. Esto es necesario debido a la sensibilidad o para el control de caries. En estos dientes no se hace endodoncia, por lo que existe la posibilidad de sensibilidad.

Esta técnica es posible sólo cuando los dientes presentan soporte óseo adecuado y un buen pronóstico periodontal, ya que con este método sólo se hace una reducción mínima en la relación corona-raíz. Debido a la mínima reducción en la altura coronaria existe una limitación para esta técnica. Debe tener suficiente espacio interoclusal para permitir invadir el espacio que existe entre los rebordes.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y TAPON DE AMALGAMA.

Esta técnica está indicada cuando existe una altura normal en las coronas de los dientes y una distancia interoclusal normal con poca o ninguna disminución de la dimensión vertical.

Los dientes son reducidos generalmente al nivel gingival, ó a 1 o 2 mm por arriba, casi siempre es necesario el tratamiento endodóntico.

Se coloca una restauración de amalgama en el conducto radicular expuesto. Se pule la amalgama y dentina dejando una superficie lisa para impedir el acumuló de placa. Para que esta técnica resulte exitosa el índice de caries debe ser bajo.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y COFIA VACIADA.

El procedimiento y las indicaciones son casi iguales a la técnica con tapón de amalgama sólo que aquí se coloca una cofia vaciada en lugar de amalgama. Se coloca el vaciado porque se pueden presentar caries recurrente sobre la dentina expuesta cuando existen antecedentes de presencia de caries. Sin embargo, si no hay buena higiene la cofia no evita que se llegue a presentar caries.

Los márgenes de los vaciados, que suelen colocarse sobre el cemento y que resultan difíciles de terminar en forma adecuada, están propensos a la destrucción.

La reparación de estos márgenes es un poco complicada y requiere un colgajo quirúrgico para exponer la lesión.

El vaciado que se hace suele ser en forma de domo de poca altura con el margen literalmente supragingival. La retención se obtiene de un poste corto que se coloca dentro del conducto radicular. Este poste se conserva corto debido a la posibilidad de retraer el vaciado si se presenta caries.

TRATAMIENTO ENDODONTICO CON COFIA VACIADA UTILIZANDO ALGÚN TIPO DE ADITAMENTO.

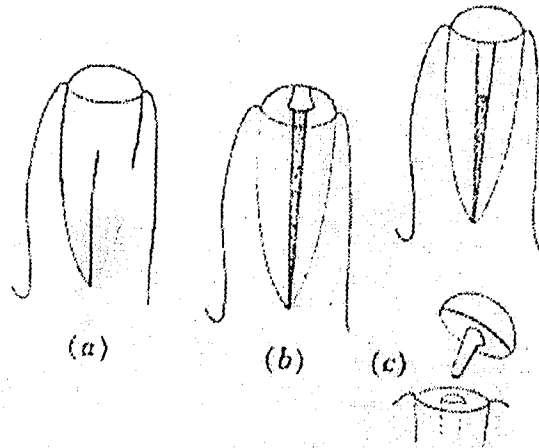
Esta técnica se reserva para la situación en la que no sólo se desea estabilidad sino que también una mejoría significativa en cuanto a la retención.

Debido al tiempo adicional necesario, al costo, y a los riesgos este procedimiento será reservado para pacientes con un buen pronóstico. Es necesario contar con un bajo índice de caries y salud periodontal.

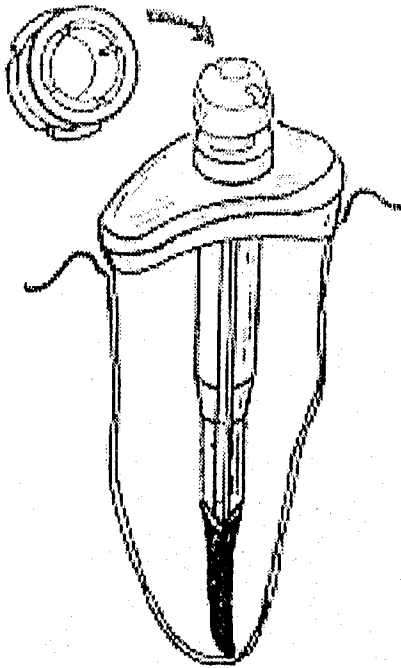
Los dientes de soporte requieren un soporte óseo adecuado debido a la tensión adicional que el aditamento ejerce sobre el diente. Por esta tensión se requiere mayor retención en el vaciado, esto se hace alargando el poste dentro del conducto radicular o agregando espigas al vaciado.

El aditamento suele requerir parte del espacio existente entre los rebordes alveolares, es necesario contar con suficiente espacio para su construcción.

DIFERENTES FORMAS DE PREPARACIÓN DEL DOMO.



- a) Preparación sin tratamiento endodóntico, cuando la cámara pulpar y el canal radicular han sido obliterados por dentina secundaria.
- b) Preparación con tratamiento endodóntico y tapón de amalgama.
- c) Preparación con tratamiento endodóntico y cofia vaciada.



d) Preparación con tratamiento endodóntico y cofia vaciada utilizando algún tipo de aditamento.

ELECCIÓN DEL ELEMENTO DE RETENCIÓN ADECUADO.

Un elemento de retención se denomina rígido cuando rodea el pilar y no permite ningún movimiento entre el anclaje y la prótesis después de insertada esta última.

Son móviles cuando permiten movimientos rotatorios de la prótesis sobre el anclaje en una o varias direcciones.

Son elásticos cuando los elementos de retención permiten movimientos verticales. Tanto con anclajes móviles como rígidos se pueden alcanzar buenos resultados.

Los elementos rígidos están indicados:

- En las sobredentaduras de apoyo parcialmente periodontal, si por la distribución de los dientes residuales es posible un apoyo en superficie suficientemente estabilizado o un apoyo lineal con un eje periodontal ancho que no sea perpendicular a la arcada maxilar.

La conexión móvil está indicada:

- En los casos en que la distribución topográfica desfavorable de los dientes residuales en el maxilar puede provocar movimientos basculantes perjudiciales, especialmente con elasticidad aumentada y/o poca extensión del asiento de la prótesis.

- En los casos en que sólo es posible un anclaje muy corto de las coronas en el conducto radicular, y en los que, por tanto los anclajes rígidos podrían desprenderse de su base a causa de movimientos descontrolados.

El uso de anclajes elásticos debe evitarse siempre que sea posible. Por una parte necesitan más espacio y también su montaje suele ser más complicado, resultando por tanto, más sensibles desde el punto de vista mecánico que los anclajes no elásticos.

La libertad de movimiento vertical de la prótesis acelera la resorción de la cresta. El resultado son alteraciones de la oclusión con posibles consecuencias para los pilares y el asiento de la prótesis.

El anclaje elástico está indicado tan sólo cuando existen dientes aislados de posición desfavorables o se da una gran capacidad de compresión de la mucosa.

ADITAMENTOS.

La importancia de usar aditamentos es incrementar la retención y estabilidad de la sobredentadura.

El uso de aditamentos tiene ciertas desventajas:

- 1.- El costo del tratamiento se incrementa.
- 2.- El subsecuente mantenimiento es probablemente más complicado.
- 3.- El tamaño del aditamento debilita la base de la dentadura y predispone a una fractura de ésta.
- 4.- Se dificulta mantener un efectivo control de placa, especialmente con los aditamentos de barra.
- 5.- Grandes cargas son transmitidas al diente pilar durante la función masticatoria y también cuando la sobredentadura es insertada y retirada. Por esto los dientes seleccionados para llevar aditamentos deben tener buen soporte periodontal.

Hay tres categorías de aditamentos para sobredentaduras usados comúnmente en la práctica dental:

- 1.- Aditamentos de broche.
- 2.- Aditamentos intrarradiculares de broche.
- 3.- Aditamentos de barra.

ADITAMENTOS DE BROCHE.

Estos tipos de aditamentos consisten en un broche macho que va soldado a la cofia que cubre el muñón preparado del diente, y presenta un poste que se extiende hacia el conducto radicular tratado endodónticamente. Y el aditamento hembra que va incorporado a la base del acrílico de la sobredentadura o se suelda a la subestructura de la misma.

El aditamento hembra puede ser adherido en forma rígida al macho y clasificado como un aditamento de elástico. También es diseñado con un resorte que proporciona un movimiento controlado y clasificarse con un aditamento elástico.

Pueden utilizarse individualmente o múltiples, usualmente en raíces de caninos o premolares. Se ha observado mayor estabilidad con esta aplicación. Aunque pueden ser usados en cualquier zona de la boca. Estos aditamentos varían considerablemente en altura y esto es importante en su elección, porque hay que observar el espacio existente entre los rebordes residuales.

ADITAMENTOS INTRARRADICULARES DE BROCHE

Este tipo de aditamentos son similares a los aditamentos de broche excepto que : la porción hembra es incorporada dentro del canal radicular del diente pilar. Mientras que otros aditamentos de broche se localizan por arriba del margen gingival y el hueso alveolar, los aditamentos intrarradiculares se localizan por debajo de este nivel. La porción macho se incorpora en la base de acrílico de la dentadura.

ADITAMENTO DE GERBER.

Existen dos tipos, uno que permite el movimiento vertical y un aditamento rígido que impide el movimiento de la base.

El tipo rígido es ampliamente usado. Consta de un poste macho colocado en un tomillo que a su vez está adherido a la base soldada, y un dispositivo hembra que contiene un resorte de retención y un anillo. La retención es lograda por el resorte en el aditamento hembra que engarza en un surco en la sección macho. Tiene una altura de 4.7 mm y un diámetro de 4.4 mm.

Tiene la ventaja de que el sistema es caro y el aditamento es capaz de hacer torsión sobre el diente si la base presenta movimiento excesivo.

El aditamento con movimiento vertical imparte menos torsión, aunque es complicado en su diseño y fabricación. Consta de nueve partes, de una base soldada y un poste de retención macho diferente. El aditamento general contiene un anillo de montaje, un tensor y un anillo de retención con un resorte que deja el aditamento se mueva en dirección vertical.

Tiene una altura de 5.2 mm y un diámetro de 4.0 mm. Este aditamento es más voluminoso que la mayoría por lo que requiere una adecuada distancia interoclusal. Es complicado porque requiere de equipo especial, se necesita un mandril para la paralelización de los aditamentos y requiere de mayor habilidad por parte del dentista.

Es de los más complejos para montar pero más sencillo de para controlar. Requiere control cada cuatro meses para reemplazar el resorte resilente.

Ambos tipos de aditamentos de Gerber son fácilmente reemplazables con el Schubiger y el Gerber.

ADITAMENTO DE DALBO.

Existen tres tipos: rígido, elástico y rompedor. Todos están compuestos de una unidad macho que se encuentra adherida al diente y un dispositivo hembra incrustado en la base de la dentadura.

El aditamento rígido tiene una unidad macho cilíndrica con cabeza redondeada. El aditamento elástico, el más pequeño y más empleado, permite el movimiento vertical y giratorio del aditamento hembra. El tipo rompedor es similar en su diseño al tipo elástico, con la excepción de que el dispositivo hembra es más largo e incorpora un resorte en forma de rosca.

ADITAMENTO DE CEKA.

Consiste en una porción macho fija al diente que presenta una forma redondeada más ancha en la porción superior y hendida en cuatro secciones en dirección vertical. Sobre esto se ajusta el aditamento hembra o el anillo.

Este aditamento permite solidez y fijación resiliente, los surcos del macho son ajustables y es reemplazable.

El aditamento también puede ser construido con un tipo diferente de macho que posee un espacio entre él mismo y la hembra, permitiendo movimientos verticales y rotacional.

El aditamento Ceka puede adquirirse con poste macho rígido y no rígido. El Ceka no resiliente puede producir torsión excesiva en los dientes, esto es si la base de la dentadura no está bien adaptada al proceso residual.

Su tamaño y volumen limita el uso de Ceka para sobredentaduras. El tipo resiliente puede ser usado cuando el espacio oclusal es suficiente. Tiene una altura de 4.1 mm.

ANCLA DE ZEST.

Consiste en una manga hembra y un poste macho de nilón con una cabeza redondeada. Este aditamento deriva su retención de la porción anterior de la raíz. Se hace una preparación para poste dentro de la raíz y se cementa la manga hembra en su sitio, el poste macho se coloca en la manga y en la sobredentadura con resina autopolimerización situada en una zona hueca para aceptar al macho. Su retención al diente se logra mediante la cabeza, que se abrocha en la zona retentiva en la manga de la hembra.

Tiene una altura el poste macho de 2.0 mm, la manga hembra a lo largo es de 6.0 mm la cual puede acortarse por 3.0 mm cuando es necesario.

Este aditamento resuelve el problema de espacio, ya que el aditamento se encuentra dentro de la estructura radicular. La palanca sobre el diente de soporte es casi nula, porque el punto de inserción se encuentra por debajo del hueso alveolar. Su empleo es sencillo y barato.

Puede ser usado en dientes divergentes, no requiere de paralelismo debido a la flexibilidad del macho de nilón. Presenta pequeño movimiento vertical y rotacional. No requiere hacerse un vaclado o una cofia.

Sirve como fijación temporal de una dentadura transicional. Esta técnica requiere de una buena higiene bucal y la raíz es susceptible de una caries, debido a que no se utiliza una cofia.

Los broches de nilón pueden requerir reemplazo cada 2 o 4 meses, porque llegan a fracturarse o doblarse cuando el paciente no puede insertar la prótesis correctamente.

ADITAMENTO DE ROTHERMANN.

Existen dos tipos, el resilente y el no resilente. Consiste en un broche corto con un surco más profundo en un extremo que en el otro, y un anillo de retención en forma de C. Los extremos del anillo se ajustan en la porción más profunda del surco de retención.

Requiere muy poco espacio para su utilización, por lo que resulta adecuado en casos en que existe poco espacio Interoclusal. El aditamento no resilente tiene una altura vertical de 1.1 mm, el resilente mide 1.7 mm. el diámetro de la porción hembra es de 4.6 mm y del macho es de 3.5 mm.

Debido a su baja altura, no requiere paralelismo si se emplea más de uno. Puede ser usado en dientes vitales cubiertos con una cofia vaclada.

El macho puede adherirse con facilidad a una cofia con soldadura, y la hembra se inserta a la base de la dentadura con resina de autopolimerización. Sin embargo resulta difícil evitar la fijación de los brazos en el acrílico cuando esto se realiza, negando así su acción de resorte. Presenta también dificultades en el rebasado.

No existe vía para guiar la dentadura cuando se coloca, y el paciente presenta dificultad para colocarla correctamente. La falta de una vía, combinada con falta de grosor del acrílico, debido al volumen lingual del aditamento, causa fractura de la dentadura.

Está indicado para sobredentaduras cuando el espacio es pequeño, dientes divergentes y se desea movimiento vertical y rotacional.

ADITAMENTO INTROFIX.

Es un aditamento de broche alto compuesto por una base soldada, un poste macho ajustable hendido y un dispositivo hembra. La retención está dada por fricción entre el macho y la hembra.

El macho presenta una hendidura longitudinal, de forma que sea ajustada para lograr mayor o menor retención.

Debido a su longitud presenta gran potencial de torsión sobre el diente de soporte, por lo que sólo se emplea en sobredentaduras que tienen soporte dental total.

Su empleo es sencillo. Sus componentes son reemplazables e intercambiables con la base de Ancrofix. Proporciona buena adaptación y retención. Pueden ser usados en combinación con aditamentos resilientes.

Se necesita un mandríl para el paralelismo de los aditamentos cuando se usa más de uno. El potencial de torsión es mayor si la base de la dentadura no es adaptada adecuadamente.

Está recomendado para la fijación de dentaduras parciales removibles pudiendo ser convertidas a sobredentaduras.

ADITAMENTO ANCROFIX.

Tiene una base soldada, cabeza de retención reemplazable, unidad hembra con cuatro láminas para retención y un anillo de teflón que permite el movimiento de las láminas. Su tamaño aproximado es de 3.2 mm.

Es un tipo de aditamento elástico que permite el movimiento giratorio o que se fija mediante un ajuste simple del poste macho.

El potencial de torsión del aditamento Introfix se elimina cambiando la base por la del Antrofix. Este sistema es sencillo y barato.

La desventaja del aditamento es la dificultad para colocarlo si se emplea más de un aditamento, ya que requiere un mandril para obtener paralelismo. Además, un ajuste inadecuado del aditamento, o una mala base puede causar torsión de los dientes de soporte.

ADITAMENTO SCHUBIGER.

Este aditamento es una forma permanente de fijación utilizando un sistema de tomillo que une a los dientes pilares con articulaciones y unidades de barra. Consiste en una base soldada con un tomillo que puede retener y a la vez es intercambiable con un aditamento de poste de Gerber, una manga metálica cerámica a la que se ha soldado una unidad de barra, y una tuerca con un tomillo empleados para fijar la manga. Tiene una altura de 2.8 mm.

Esta unidad está indicada para un aditamento de barra en dientes con raíces divergentes. Requiere de un mandril para obtener paralelismo. Su adaptación es compleja y cara.

ADITAMENTO DE QUINLIVAN.

Consiste en una bola de resina prefabricada que es incorporada con el encerado del poste y la cofia. El vaciado terminado es cementado en el diente tratando endodómicamente, se adosa una unidad hembra de resina con resina de autopolimerización. La retención dentro de la hembra se obtiene mediante un anillo de caucho en forma de O, que se fija por un pequeño labio en el orificio de la cubierta de la hembra.

Permite movimiento rotacional y mínima torsión del diente. Su tamaño es de 3 mm. No es un aditamento caro, proporciona buena retención y es sencillo su uso.

Es pequeño, puede ser usado en pilares divergentes y en áreas con espacio limitado. El anillo es reemplazable.

Tiene la desventaja de que existe desgaste y posible fractura de la porción de resina.

Está recomendado para todo tipo de sobredentaduras en las cuales no se requiere resiliencia vertical o una rígida fijación.

ADITAMENTOS DE BARRA.

Los objetivos de estos aditamentos son la ferulización de los dientes pilares, la retención y soporte del aparato protético.

Constan de dos porciones, una barra macho usada individualmente o conectada a dos o más raíces sobre un área edéntula. Y una manga hembra la cual se adapta sobre la barra y es incorporada en la base de la dentadura.

Estos aditamentos son de dos tipos, unidades y articulaciones de barra. Las unidades de barra presentan una fijación rígida en la que no existe movimiento entre la barra y la manga que la cubre, por lo que puede clasificarse como apoyada por tejido dentario. Las articulaciones de barra permiten movimiento giratorio entre la manga y la barra, utilizando una mayor parte del reborde residual para soporte.

La ventaja de usar estos aditamentos es distribuir las fuerzas de la dentadura por medio de dos dientes unidos.

Tiene las desventajas de que es más difícil mantener un efectivo control de placa y el subsecuente mantenimiento de la sobredentadura puede ser complicada (como lo es el rebase y colocación de la porción hembra en la dentadura).

La condición ideal para un aditamento de barra es aquella en la cual la forma de la arcada, la posición del diente pilar y la forma del reborde residual permiten que la barra vaya de la cresta al reborde con suficiente espacio para la dentadura, tanto labialmente como lingualmente. Pero esta situación no siempre ocurre.

Si la forma de la arcada es puntiaguda en la región anterior, o si el diente pilar está colocado detrás de la zona labial del reborde, la barra puede atravesar lingualmente de la cresta al reborde y provocar que la sobredentadura tenga un excesivo volumen lingual.

Aunque es posible crear una barra angulada, es probable transmitir excesivas fuerzas horizontales a los dientes pilares.

Cuando hay falta de espacio tanto en la dirección vertical como anteroposteriormente, la barra ocupa mucho de este espacio limitado y esto impide la correcta posición de los dientes anteriores.

Si las raíces de los dientes son muy divergentes, la cofia y la barra son construidos individualmente y pueden soldarse de un lado y después soldar la cofia y la base del lado opuesto. No se requiere paralelismo.

BARRA DE HADER.

Este aditamento sirve como articulación o como una unidad de barra, pudiéndose utilizar como aditamento de broche, así como de barra.

El sistema está formado por barras y broches de plástico preformados. La barra de plástico es adherida al encerado de la cofia y se vacía junto con la misma.

Los broches de plástico son implantados en la base de la dentadura para obtener así mayor retención, el broche de plástico se cambia por un broche metálico. Esto es necesario debido a que el broche de plástico pierde su retención con rapidez. Las barras de plástico miden 5 mm con 1.9 mm de espesor. Es menor la torsión de los dientes y es de fácil adaptación. Pero es muy grande en sentido oclusolingival.

BARRA DE DOLDER.

Este aditamento se obtiene como unidad y como articulación de barra. La unidad de barra consiste en una presoldada a cofias sobre los dientes de soporte. Permite movimiento vertical y rotatorio alrededor del eje longitudinal de la barra reduciendo las cargas que caen sobre las raíces. La forma de la barra presenta lados paralelos y una porción superior redondeada.

Está indicada donde los dientes remanentes o raíces puedan unirse en línea recta. La retención se debe a un ajuste por fricción. Hay dos tamaños: la larga es de 3 mm por 2.2 mm de sección y la pequeña de 2.3 mm por 1.6 mm.

Si los postes de las cofias no logran hacerse paralelos para sentar la unidad final de barra ya soldada, esta técnica puede emplearse con uno o más aditamentos de Schubiger.

Esta unidad es voluminosa para usarse en sobredentaduras y es antilestético.

La articulación de barra también se solda a las cofias de los dientes de soporte y también utiliza el sistema Schubiger si surgieran problemas en el paralelismo.

La articulación de barra es en forma ovalada. Al posicionarse la manga retentiva al aparato, se coloca un espaciador entre la barra y la manga. Esto permite que la manga presente un movimiento de giro, así como vertical alrededor de la barra ovalada, convirtiéndose así en un aditamento elástico.

Existe en dos tamaños. La standard mide 4.5 mm y la micro 3.45 mm. Es muy voluminoso buco-lingualmente, lo cual compromete la estética. Es caro y requiere mucho cuidado su empleo.

BROCHE DE BAKER.

Consiste en un broche pequeño en forma de U, diseñado para ajustarse en un alambre circular. Existen dos tamaños, de calibre 12 y 14, ambos miden 6 mm. Que se emplean ya sea con un alambre preformado o vaciado del mismo calibre.

Su ventaja principal es la simplicidad y bajo costo.

El broche sólo es colocado en el alambre que ha sido soldado a las cofias de los postes. Es entonces incorporado a la dentadura con resina de autopolimerización. No se proporciona forma alguna de insertar el broche a la resina, por lo que deberá soldarse un alambre retentivo al broche para obtener retención en el acrílico.

BROCHE DE ACKERMAN Y BROCHE C.M.

Ambos aditamentos de barra articulada son similares en diseño. Constan de una barra redondeada soldada a las cofias y a un broche que se ajusta sobre la barra.

La diferencia está en que el broche de Ackerman tiene aletas de retención en sentido linguo-vestibular y el broche C.M. las aletas de retención están en la parte superior del canal.

Proporcionan un espaciador para que el gancho no descansa directamente sobre la barra, proporcionando movimientos de rotación y vertical. Estos aditamentos no presentan gran abultamiento, pero las aletas de retención pueden romperse. Debido a su pequeño tamaño y facilidad de fijación, estos broches son muy buenos para retención de una sobredentadura cuando está indicado un sistema de articulación de barra.

CAPITULO IV

IMPRESION GLOBAL.

Para la construcción de una sobredentadura se necesita un modelo de trabajo que incluya tanto las zonas desdentadas del maxilar o la mandíbula, así como los dientes o coronas. Este modelo de trabajo se basa en una impresión general.

Según la construcción planificada, cabe distinguir dos situaciones, en las que hay que proceder de distinta manera para la toma de impresión.

1.- Construcción basada en pilares sin coronas o con coronas sin elementos de retención

La impresión global se realiza después de la preparación de los pilares, o en caso de coronas sin elementos de retención, después del cementado definitivo de la corona.

Se necesita una cubeta individual, configurada como una impresión general de prótesis total. Se utiliza pasta de óxido de cinc-eugenol o con elastómeros, como si se tratara de un maxilar desdentado.

2.- Construcción basada en coronas con espigas con elementos de retención.

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

Existen dos métodos para realizar la impresión global:

Toma de impresión en una fase: Las zonas maxilares desdentadas y las coronas se incluyen en la misma operación con ayuda de una cubeta individual. Las coronas permanecen en la impresión integrándose así en el modelo de trabajo definitivo durante la elaboración. Este tipo de impresión sólo es posible con elastómeros.

Toma de impresión en dos fases: 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 según el método de la prótesis total, con pasta de óxido de cinc-eugenol.

Cuando la impresión de las secciones desdentadas resulta satisfactoria, se procede a la integración de las coronas en una segunda fase de fijación de la cubeta individual. Se utilizan elastómeros ya que ofrecen más ventajas, mantienen la corona fija y en la posición correcta en 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.

La impresión global en dos fases aporta los mejores resultados, sobre todo en lo que respecta a las secciones maxilares desdentadas.

DETERMINACIÓN DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES.

RELACIÓN VERTICAL

La presencia de dientes que ocluyen simplifica la determinación de la dimensión vertical en el paciente de sobredentaduras inmediatas.

Pero si no hubiera dientes para determinar la dimensión vertical, será necesario establecerla por otros medios.

La dimensión vertical puede determinarse partiendo de la posición de reposo.

Se considera a la mandíbula en posición fisiológica de reposo cuando todos los músculos que cierran los maxilares y los que los abren se encuentran en estado de mínima contractura tónica. La posición fisiológica de descanso es una relación postural que suele denominarse como la dimensión vertical de descanso.

La dimensión vertical oclusal, por el contrario, es la de la cara cuando los dientes o rodillos oclusales se encuentran en contacto en oclusión céntrica.

La distancia interoclusal (espacio libre) es la distancia entre las superficies oclusales de los dientes maxilares y mandibulares cuando la mandíbula se encuentra en posición fisiológica de descanso. La distancia interoclusal suele medir en promedio de 2 a 4 mm.

Para determinar la dimensión vertical de reposo, primero se coloca únicamente la base y el rodillo superior previamente orientado en la boca del paciente.

El paciente debe estar sentado, bien erguido, mirando hacia frente, relajado. Se le indica que pronuncie varias veces la letra "S" y la "M" y humedezca sus labios con la punta de la lengua.

Se marca un punto superior fijo de referencia en la cara y otro inferior en la parte prominente del mentón que es móvil. Cuando se considere que la mandíbula está en la posición de reposo se registra la medida entre el punto nasal y la marca del mentón, mediante un compás o una regla flexible milimétrica y se anota esta medida. Se realizan varias lecturas, y si son consistentes se hará un promedio de las mismas.

Establecido el plano de orientación superior, y determinada la distancia vertical de reposos, se procede a orientar el plano inferior del rodillo de relación para determinar a la vez la distancia vertical en contacto.

Se coloca la base y el rodillo inferior que aún conserva su altura arbitraria, se indica al paciente que cierre y se observan las zonas de contacto prematuro. Se corrige este defecto apagando o recortando cera al rodillo inferior hasta lograr que ambos rodillos entren en contacto. Se verifica esta posición utilizando los mismos puntos de referencia y las medidas obtenidas al determinar la distancia vertical en reposo, con la cual debe coincidir.

Se enseña al paciente a cerrar en retrusión. Se desgasta la cera del rodillo inferior en forma uniforme de 2 a 4 mm que corresponde al espacio libre.

Se lleva la base y rodillo inferior a la boca del paciente y que cierre en posición retrusiva. Se controla constantemente este cierre mandibular hasta el contacto correcto y uniforme con el plano orientado del rodillo superior.

Se verifica esta posición utilizando los mismos puntos de referencia, y la medida obtenida será la distancia vertical con las superficies de contacto, es decir, de 2 a 4 mm menos que la distancia vertical en reposo.

RELACIÓN HORIZONTAL.

La relación céntrica es la más posterior de la mandíbula con relación al maxilar en la dimensión vertical establecida.

Debido a que es una relación de hueso a hueso, es precisa, constante, susceptible de ser repelida y es registrable.

Habiendo establecido el registro de la dimensión vertical mediante el ajuste de rodillos de cera sobre las bases estabilizadas, se procede al registro de la posición de la relación céntrica.

Cómodamente sentado el paciente en el sillón, se colocan en la boca, las bases y rodillos individualmente orientados, y se procede a obtener la relación céntrica guiada.

Se toma el mentón entre el dedo índice y el pulgar e indicar al paciente que relaje la mandíbula y los músculos. Se hacen pequeños movimientos de elevación y descenso ejecutados con la mano que sostiene el mentón.

Se presiona suavemente el mentón hacia atrás y arriba para que los cóndilos alcancen las posiciones más profundas y posteriores de sus cavidades glenoideas.

Posteriormente se marca un triángulo en la superficie vestibular de ambos rodillos a la altura de premolares, de vértice superior (rodillo superior) con base inferior (rodillo inferior).

Se retiran y con una navaja se recorta la forma triangular de la cara todo el ancho vestibulo-lingual.

Se colocan nuevamente las bases en la boca del paciente y se le indica que cierre en relación céntrica.

Se prepara pasta cinquenódica y se coloca en la escotadura triangular de la cera. Se espera el fraguado del material. Y se retiran ambas bases de la boca.

CONFIGURACIÓN DE LA OCLUSIÓN.

Las sobredentaduras son prótesis totales de apoyo periodontal-gingival combinado. La configuración de su oclusión corresponde, por tanto, a la de la prótesis total.

CONFIGURACIÓN DE LA BASE.

La configuración de la base de las sobredentaduras es igual que en las dentaduras totales convencionales. A diferencia de que en la zona de los pilares se tiene que cubrir con la base la menor superficie posible de periodonto. En su aplicación clínica, esta regla fundamental da el cuadro característico de una base de la prótesis elevada bucalmente, y en ocasiones también lingualmente, en las zonas de los pilares, sin llegar a cubrir la encía.

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:

1.- La configuración abierta evita la traumatización mecánica directa de la encía vertical por la base de la prótesis.

2.- Se 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 saliva y un cierto grado de autolimpieza.

3.- Se evita el defecto 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 buena higiene bucal.

4.- Se disminuye la sujeción por succión, que suele ser poco deseable en sobredentaduras del maxilar superior con elementos de construcción retentivos.

La superación simultánea de la sujeción por succión y de la fuerza de retención de los elementos al extraer la prótesis exige fuerzas de tracción y de palanca que traumatizan el periodonto. Las consecuencias son mayor movilidad dental, y en casos extremos, pérdida de los pilares.

En la zona de los pilares no se produce ninguna resorción importante de la cresta, por lo que la base de la prótesis no tiene que compensar pérdida de tejido en esos puntos, al contrario que en las zonas maxilares sin dientes.

En algunos casos, existen razones que desaconsejan la abertura consecuente de la base:

a.- Cuando el espacio sobre los pilares es escaso, ocurren ocasionalmente fracturas de las estructuras de refuerzo en la zona de los pilares, sobre todo si se realiza también una construcción abierta en dirección lingual.

b.- En la configuración circular abierta los pacientes se quejan de una mayor retención de comida bajo la base. Si la configuración de la base sólo está abierta en dirección bucal, este molesto síntoma aparece con menos frecuencia.

ESTRUCTURAS DE REFUERZO COLADAS.

La configuración de la base de las sobredentaduras exige reforzar está con estructuras metálicas, sobre todo si se utilizan elementos de construcción. Tanto estos últimos como la configuración abierta de la base debilitan la sección de los pilares del cuerpo de la prótesis, por lo que existe mayor peligro de rotura. Dicho debilitamiento no debe compensarse con el engrosamiento de la resina, pues ello estrecha el espacio lingual. Lo correcto es reforzar la base sin aumentar el grosor, por medio de una pieza de metal.

VENTAJAS.

- 1.- Mejor base de registro.
- 2.- Mejor función fonética.
- 3.- Mayor preservación ósea.
- 4.- Menor porosidad.
- 5.- Menor deformación en los movimientos mandibulares.
- 6.- Mejor ajuste tisular.
- 7.- Son más retentivas.
- 8.- Menos discrepancia oclusal.
- 9.- Menores áreas imitativas
- 10.- Menor riesgo de fractura
- 11.- Mayor comodidad
- 12.- Mejor conductor térmico

DESVENTAJAS

- 1.- Mayor costo
- 2.- Mayor tiempo de elaboración
- 3.- Problemas de rebase

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Alergia al metal

REQUISITOS

Las bases deben ser:

- 1.- Lo más finas posibles y, al mismo tiempo, rígidas dependiendo de la aleación utilizada.
- 2.- Densas
- 3.- Precisas, es decir, con una buena adaptación sobre el modelo patrón sin desplazamientos
- 4.- De una aleación biológicamente aceptable

Las estructuras se construyen a base de aleaciones de:

Cromo-cobalto

Cromo-níquel

Oro

Aluminio

Las funciones de las bases metálicas son:

- 1.- Cubrir el margen gingival de los domos
- 2.- Darle resistencia a la base de la dentadura

TIPOS DE BASES

- 1.- Minibases
- 2.- Parciales
- 3.- Totales

PRINCIPIOS DEL DISEÑO

Aunque algunos de los aspectos de construcción de las bases de metal colado dependen totalmente de la aleación elegida, los principios del diseño son prácticamente iguales. La prescripción mediante un dibujo a lápiz sobre el modelo patrón debe determinar el grado de cobertura, la situación de las líneas de acabado y el tipo de retención de la resina utilizada.

La base superior puede cubrir:

- 1.- Sólo el paladar
- 2.- El paladar y el reborde
- 3.- Toda el área de soporte de la prótesis

La base mandibular sólo puede ser de dos tipos:

- 1.- Con cobertura de la cresta del reborde
- 2.- Con cobertura total del espacio mandibular de la prótesis

RETENCIÓN DE LA RESINA

La retención de la resina en las bases superiores e inferiores es de cuatro tipos:

- 1.- Trama de retención elevada (liberada)
- 2.- Retención de holas (no liberada)
- 3.- En uña
- 4.- En asas

CAPITULO V

ENTREGA Y CUIDADOS POSTERIORES

El problema principal del dentista en la entrega y cuidados posteriores de las dentaduras es conocer las necesidades físicas, fisiológicas y psicológicas de un determinado paciente.

Las necesidades físicas incluye la entrega de las dentaduras que funcionarán sin traumatismo para los tejidos fundamentales.

Las necesidades fisiológicas se encuentran cuando las dentaduras suministran el apoyo que los músculos necesitan en la masticación de todo tipo de alimentos.

Las necesidades psicológicas pueden obligar ciertos compromisos. Las dentaduras entregadas pueden representar una mezcla de lo que quiere el paciente y de lo que el dentista, como experto sabe necesita. Si los deseos del paciente son contrarios a sus necesidades, el dentista debe convencerle de éstas necesidades.

Las medidas protésicas postinserción más importantes son las relacionadas con la inserción y adaptación, es decir, correcciones de la base de la prótesis y de la oclusión así como ajustes de los elementos de retención.

En la inserción de las sobredentaduras se utilizan las mismas técnicas que en una dentadura convencional completa.

Antes de colocarle las dentaduras al paciente se debe inspeccionar bien la parte interna, por si hay burbujas o protuberancias en el material de base de la dentadura.

Deberá comprobarse la existencia de grietas u otras deformaciones accidentales de los moldes reproducidas en las superficies interiores de las dentaduras. Si se observa un área sospechosa debe ser comparada con el modelo y la boca.

También se deben examinar los bordes de las dentaduras porque la presencia de retenciones puede lastimar los tejidos e impedir el asentamiento de la dentadura. Se debe colocar la dentadura despacio, no presionarla en su sitio, hasta que las retenciones importantes hayan sido localizadas con pasta indicadora y rebajadas.

La revisión de la oclusión varía dependiendo de la naturaleza del modelo oclusal que se emplee.

Cuando el montaje oclusal es anatómico las pruebas de contactos prematuros incluyen no sólo la posición céntrica, sino también las excéntricas. Tiene que haber contacto simultáneo protusivo y lateralmente.

Cuando se emplea el concepto neurocéntrico, el probar el modelo oclusal para contactos prematuros incluye asegurar contacto simultáneo de los sectores anteriores y posteriores, izquierdo y derecho, del modelo oclusal en posición céntrica solamente.

Así como los espacios de los dientes anteriores, los seis dientes superiores y los inferiores no deben estar en contacto en oclusión céntrica.

Los cuidados posteriores comienzan inmediatamente después de la inserción de las sobredentaduras.

Las medidas relacionadas con el saneamiento periodontal, así como la consideración de los detalles técnicos y constructivos, carecen de sentido si no se evita, o al menos se retrasa, la destrucción periodontal o por caries de los pilares por medio de una higiene bucal apropiada.

El cuidado postinserción por parte del paciente debe consistir únicamente en la continuación de los hábitos enseñados y aprendidos durante el tratamiento previo, considerados suficientes para una profilaxis eficaz.

La realidad, por desgracia, suele ser muy diferente. Entre las numerosas razones están las siguientes:

- 1.- Disminución de la habilidad manual.
- 2.- Empeoramiento del sentido de la vista.
- 3.- Alimentación rica en carbohidratos.
- 4.- Disminución de la motivación y aparición de otras prioridades.

El objeto de la enseñanza de la higiene bucal postinserción reside, en elaborar un programa individual de higiene para cada paciente, que corresponda a sus posibilidades y situación general, sin exigirle demasiado.

La limpieza mecánica con el cepillo de dientes es la base de cualquier higiene dental.

Según la disposición de los pilares, la construcción y la capacidad de cooperación del paciente, se emplea además:

- 1.- Seda dental, sobre todo en construcciones de barra y entre coronas soldadas.
- 2.- Cepillos interdetales, eventualmente ventosas de goma y palillos.

Para la limpieza del pilar y la encía marginal se utiliza un cepillo de dientes normal de dureza media y cerdas sintéticas redondeadas. Las superficies exteriores de las coronas y la zona del surco han de limpiarse adicionalmente con un cepillo interdental tipo pincel.

En caso de existir construcciones de barra, se recomienda utilizar cepillos interdentales en espiral, en lugar de los convencionales tipo pincel.

Los espacios interdentales muy estrechos y las barras situadas directamente sobre la encía sólo son accesibles con seda dental.

La sobredentadura se limpia primero mecánicamente con el cepillo de dientes o con un cepillo especial para prótesis. Para ello pueden utilizarse pastas de dientes poco abrasivas y jabones no alcalinos. Los detergentes para prótesis (generalmente compuestos por peróxidos) completan la limpieza mecánica, pero no la sustituyen.

En aquellos casos en que la limpieza mecánica no sea posible o suficiente por alguna razón, se recomienda el uso de sustancias químicas, como:

1.- Clorhexidina, en solución al 1 o 2% para enjuagues bucales diarios o como gel para la aplicación con la base de la prótesis, colocando un poco en el elemento hembra, la clorhexidina en forma de gel inactiva la placa que pueda dar después de la limpieza mecánica. Si la limpieza de la parte interior de la prótesis no basta para eliminar la placa por completo se recomienda sumergir periódicamente la prótesis en una solución desinfectante.

2.- Fluoruros de gel, tanto para el cepillado directo sobre 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 el uso diario.

Las mucosas deben limpiarse diariamente dándoles asimismo masaje con un cepillo blando.

Las revisiones y cuidados a largo plazo son muy importantes para el paciente con sobredentaduras, pues constituyen prácticamente la única forma eficaz de controlar y diagnosticar precozmente eventuales lesiones y alteraciones de la prótesis y de los elementos de construcción.

El intervalo entre las revisiones se determina en función de las peculiaridades individuales de cada caso. Generalmente la primera revisión después de la inserción de la prótesis y de la fase postinserción se realiza a los tres meses, o los controles posteriores dependen de las condiciones existentes. Las revisiones semestrales son la pauta general.

Una revisión sería comprende:

1.- Examen periodontal con medición de la profundidad de las bolsas, movilidad dental, anchura de la encía adherida y grado de inflamación de la encía marginal. Simultáneamente se evalúa la higiene bucal y de la prótesis.

2.- Búsqueda de caries en los pilares. Las caries aparecen con frecuencia en pilares de sobredentaduras con o sin coronas. Cuanto antes se diagnostiquen clínicamente, tanto menor es el esfuerzo de saneamiento.

3.- Análisis del ajuste de la base de la prótesis con pasta indicadora y de los efectos basculantes en la zona de los pilares. El ajuste defectuoso de la prótesis provoca efectos basculantes. Las posibles consecuencias son el aflojamiento de los pilares, la resorción local rápida y rotura de la prótesis.

4.- Control de la oclusión. La atrofia progresiva de las secciones maxilares desdentadas provoca modificaciones tanto en la relación maxilar horizontal como en la vertical. Ello origina interferencias oclusales que deben corregirse periódicamente, sino se produce una carga falsa de los pilares y/o la destrucción del maxilar antagonista.

5.- Control de daños en los elementos de construcción. Las sobredentaduras deben llevarse siempre, incluso por la noche, pues los elementos de retención pueden resultar dañados por contacto con los dientes del maxilar antagonista o de la prótesis contraria, sino están recubiertos con su prótesis correspondiente.

6.- Control radiológico bianual de los pilares. Los controles radiológicos periódicos facilitan la evaluación del estado periodontal, de la extensión de eventuales lesiones por caries y de la región periapical.

CAPITULO VI

SOBREDENTADURAS INMEDIATAS.

SOBREDENTADURA INMEDIATA: Es una sobredentadura fabricada para colocar inmediatamente después de la extracción de los últimos dientes irrecuperables. (11)

En el transcurso de cualquier tratamiento de sobredentaduras suele ser necesario insertar al paciente una sobredentadura inmediata como solución transitoria hasta la colocación de la prótesis definitiva.

Los pasos a seguir para realizar la sobredentadura inmediata son los siguientes.

PROCEDIMIENTOS DE IMPRESIÓN.

La técnica de impresión para la sobredentadura es similar a la empleada para las dentaduras inmediatas convencionales. Se utiliza un procedimiento de impresión en dos etapas. En primer término, se toma una impresión de bordes modelados con hules de polisulfuro o de óxido de zinc-eugenol y después, una impresión global de alginato. Esta incluye la primera más los dientes anteriores y la cresta, no incluidos en la primera impresión.

Primero se tienen que construir las cubetas de impresión, para esto es necesario hacer modelos de yeso de los arcos afectados, buscar en ellos retenciones y bloquearlos con cera de plancha base antes de construir la cubeta de impresión.

Se dibuja el perfil de la cubeta de impresión sobre el modelo. La extensión de la cubeta debe ser a 2 mm del borde vestibular del modelo. La cubeta se extiende hacia atrás hasta la línea de vibración.

Luego se ablanda una lámina de cera para plancha base y se adapta al modelo. Se recorta la cera siguiendo el contorno de la cubeta.

Después se mezcla la resina autopolimerizable y se amasa para formar una fina lámina. Se coloca esta lámina sobre el modelo y se adapta sobre el modelo hasta que polimerice. La cubeta de impresiones para sobredentadura debe tener cerca de 2 mm de espesor.

Una vez polimerizada la resina de la cubeta, se le separa del modelo, se recorta y suaviza con bandas montadas y fresas.

Se toma después la impresión de las inserciones musculares con compuesto de modelar en barra, realizado esto se retrae la cera de alivio de la cubeta.

La impresión correctora se toma con pasta de óxido de cinc-eugenol o de hule de polisulfuro. Este es preferible cuando existen socavados, porque sale con mayor facilidad de estas retenciones. Cuando estas son mínimas o inexistentes puede emplearse la pasta cinquenólica.

Se mezcla el material de impresiones y se carga la cubeta, se asienta la cubeta en la boca del paciente, se mantiene la impresión en posición hasta que fragüe el material. Se retira la impresión de la boca y se examina.

Una impresión aceptable deberá tener una cantidad mínima de huecos y arrugas y mostrará bordes lisos, del espesor y la extensión apropiada.

Para la toma de la impresión global, se elige una cubeta, con bordes retentivos del tipo dentado; lo bastante grande para poder ubicarla sobre los dientes y cresta anteriores del paciente y la impresión posterior.

Se coloca la impresión posterior en la boca del paciente, se mezcla el alginato y se carga la cubeta grande. Se asienta la cubeta retentiva, ya cargada, en la boca del paciente. Gelificado el alginato, se retira la impresión con un movimiento rápido. Por lo general, sale la impresión inferior junto con la del alginato.

Se examina la impresión. Debe presentar muy pocas burbujas y la unión entre el alginato y la base del hule de polisulfuro u óxido de cinc-eugenol habrá de ser suave. La impresión posterior debe asentarse con precisión en la Impresión global.

Se recorta el alginato para exponer los bordes de la impresión posterior. Los bordes de la impresión de hule deben extenderse 3 a 4 mm sobre el alginato.

VACIADO DEL MODELO.

Las impresiones deben vaciarse cuanto antes, pues el alginato puede deshidratarse si se guarda al aire o expandirse si se guarda en agua.

Se utiliza el método de vaciado en dos etapas para obtener los modelos. Las impresiones no se encajonan, pues es difícil hacerlo cuando son de alginato, y se puede obtener un modelo satisfactorio por el método de doble vaciado.

Se mezcla el yeso piedra, se hace el primer vaciado y se añade la base.

Después se separa la impresión del modelo dentro de la hora consecutiva al primer vaciado; un contacto prolongado entre el alginato y el modelo contribuye a que en este aparezca una superficie deficiente.

REALIZACIÓN DE LAS PLACAS BASES CON RODETES DE OCLUSIÓN.

Se confeccionan placas bases de acrílicos autopolimerizable con rodetes de oclusión de cera. Se emplea el acrílico porque aún cuando sea delgado, sobre las crestas residuales es razonablemente rígido y dimensionalmente estable, esto es importante, ya que las placas bases se utilizarán también para enfilar los dientes.

Para realizar la placa base se emplean dos acrílicos de autopolimerización. En las zonas retentivas se coloca primero un acrílico blando autopolimerizable y sobre este y en el resto se emplea para mayor resistencia y rigidez un acrílico autopolimerizable de dureza corriente. El acrílico blando forma parte integral de la placa y permite el retiro de está de modelos con retenciones moderadas sin dañar la base ni el modelo.

Se añade polvo y líquido en el modelo en forma alternada hasta lograr el espesor deseado para la placa base.

Una vez polimerizado el acrílico se retira con cuidado la base del modelo y se examina.

Se reducen las áreas muy gruesas mediante fresa o banda para mandril, y los bordes se redondean. La base terminada debe tener 2 a 3 mm de espesor, salvo sobre las crestas, donde no deberá superar 1 mm. Debe ser lisa, relativamente rígida y apta para colocarla con facilidad y retirarla del modelo.

Posteriormente se reblandece cera para bases, adaptándola para formar un rodete de oclusión y se coloca a la placa base. Deberá ubicarse sobre las crestas residuales, algo más alto que el plano oclusal propuesto y casi 8 mm de ancho.

La cera debe alisarse y extenderse hacia atrás desde los dientes pilares hasta la posición del último diente por reemplazar.

REGISTRO DE LAS RELACIONES MAXILARES.

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN INTERMAXILAR EXISTENTE.

Se pide al paciente que cierre en la posición retruida y se observa la relación entre sus posiciones de oclusión y relación céntrica. La mayoría de los dientes posteriores suelen faltar en esta sesión y el cierre en la posición retruida suele hacerse sin interferencias.

EVALUACIÓN DE LAS PLACAS BASES.

Se eligen dientes naturales antagonistas y se observa su relación en contacto cuando el paciente cierra en posición retruida.

Se coloca en la boca del paciente la placa base superior con rodete de oclusión y se pide al paciente que cierre en la posición retruida, se observa si la base impide el cierre en la dimensión vertical de la oclusión.

Si la placa o el rodete de oclusión impide el cierre a nivel de la dimensión vertical, se localiza y se elimina esa interferencia.

Si fueran responsables las placas bases superior e inferior, pruebe y conija cada base y rodete por separado. Puede usarse papel de articular para marcar los contactos entre los dientes y la placa. Correjidas por separado, se prueban juntas. De modo que el paciente pueda cerrar, sin obstáculos, en la dimensión vertical de oclusión.

También hay que asegurar que las placas bases no se interfieran en su parte posterior, esto podría causar se desplazamiento al tomar el registro intermaxilar.

La presencia de dientes que ocluyen simplifica la determinación de la dimensión vertical en el paciente de sobredentaduras. A menos que está indicado un cambio, los rodets de oclusión suelen llevarse a la dimensión vertical de oclusión del paciente.

TOMA DE REGISTRO CON ARCO FACIAL O ARCO AURICULAR.

Se reblandece cera para bases y se adapta a la horquilla del arco facial para obtener un índice oclusal del rodete de oclusión superior y los dientes remanentes. El índice inicial pueda tomarse en el modelo.

Colocada la base superior en la boca del paciente, se readapta la cera reblandecida de la horquilla del arco facial al rodete de oclusión y los dientes naturales.

Se enseña al paciente a morder contra la parte inferior de la horquilla del arco facial para estabilizarla y se agrega el arco facial, se centra este arco facial, se ajustan las vertientes condíleas en la misma graduación de ambos lados. Y se retira el conjunto.

Para la confección de sobredentaduras inmediatas, es conveniente un articulador semiajustable.

Se arma el arco facial en el articulador y se ajusta la altura del modelo de modo que el plano oclusal quede casi paralelo al piso. Se pone el modelo superior en la platina para él y se establecen índices.

Se mezcla yeso piedra y se incorpora el modelo superior al arco superior del articulador. Fraguado el yeso, se retira el conjunto del arco facial y el soporte de modelos.

TOMA DEL REGISTRO DE LA RELACIÓN CÉNTRICA.

Si se utilizan bases y rodets superior e inferior, se quita cera de las superficies oclusales de ambos para crear un espacio de 2 mm para el medio de registro.

Se tallan surcos como índices en el rodete de cera superior. se mezcla pasta de óxido de cinc-eugenol y se coloca una pequeña cantidad de pasta en la superficie oclusal del rodete de cera inferior y se inserta todo en la boca del paciente.

Se pide al paciente que cierre en la posición retruida y que permanezca así hasta que haya fraguado el material. Una vez fraguado el medio de registro se retiran las bases, se recorta el excedente y, si es necesario, se comprueba la exactitud del registro en la boca del paciente.

Posteriormente se ubican las bases superior e inferior en los modelos, se unen los modelos, y con el articulador invertido. Se mezcla yeso piedra, se agrega yeso a la platina de montaje en el arco inferior del articulador y en la base del modelo inferior y se cierra el instrumento. Se alisa el yeso y se deja fraguar. Así quedan montados los modelos superior e inferior en el articulador.

ELECCIÓN DE DIENTES.

Se eligen dientes para prótesis anteriores, para ello servirán de guía los modelos en cuanto a forma y tamaño.

Se observa la forma del diente natural para determinar su tipo: cuadrado, triangular, ovoidal o su combinación. Sobre la base de estas observaciones y mediciones, se eligen los dientes de acrílico anteriores que más se aproximen a la forma y tamaño de los dientes naturales del paciente.

Se elige el color sobre la base de los dientes naturales del paciente.

El tamaño de los dientes posteriores se elige por medio de una regla milimetrada para medir la distancia de la superficie distal del canino al punto en que la oclusión posterior terminaría. De esta manera, es posible determinar el ancho mediodistal combinado aproximado de los cuatro dientes posteriores. Se determina la longitud de los dientes posteriores tras cerrar el articulador y observar el espacio interoclusal existente.

ENFILADO DE LOS DIENTES POSTERIORES.

Se colocan los dientes posteriores en las placas bases. A menudo, el espacio es mínimo y es necesario modificar los dientes mediante el desgaste de sus talones. Se centran hacia vestibulo lingual los dientes posteriores inferiores sobre la cresta mandibular.

Por lo general, el plano oclusal posterior no deberá ser más alto que cerca de la mitad o los 2/3 de la altura hasta la almohadilla retromolar piriforme.

ELECCIÓN DE DIENTES.

Se eligen dientes para prótesis anteriores, para ello servirán de guía los modelos en cuanto a forma y tamaño.

Se observa la forma del diente natural para determinar su tipo: cuadrado, triangular, ovoidal o su combinación. Sobre la base de estas observaciones y mediciones, se eligen los dientes de acrílico anteriores que más se aproximen a la forma y tamaño de los dientes naturales del paciente.

Se elige el color sobre la base de los dientes naturales del paciente.

El tamaño de los dientes posteriores se elige por medio de una regla milimetrada para medir la distancia de la superficie distal del canino al punto en que la oclusión posterior terminaría. De esta manera, es posible determinar el ancho mediodistal combinado aproximado de los cuatro dientes posteriores. Se determina la longitud de los dientes posteriores tras cerrar el articulador y observar el espacio interoclusal existente.

ENFILADO DE LOS DIENTES POSTERIORES.

Se colocan los dientes posteriores en las placas bases. A menudo, el espacio es mínimo y es necesario modificar los dientes mediante el desgaste de sus talones. Se centran hacia vestibulo lingual los dientes posteriores inferiores sobre la cresta mandibular.

Por lo general, el plano oclusal posterior no deberá ser más alto que cerca de la mitad o los 2/3 de la altura hasta la almohadilla retromolar piriforme.

Se verifica el enfilado en las posiciones protusiva y laterales derecha e izquierda. Se incorpora el resalte horizontal suficiente como para reducir al mínimo la tendencia a morderse el camillo.

Concluido el enfilado, se enceran los dientes para la prueba en boca. Después del encerado, se controla la oclusión con papel de mordida y se conige lo que sea necesario.

TRANSFERENCIA DE LA PROFUNDIDAD DE LAS HENDIDURAS GINGIVALES AL MODELO.

Se sondean las hendiduras gingivales de los dientes que se van a extraer, y se marcan estas medidas en el modelo de trabajo para facilitar el recorte de éste antes de hacer la sobredentadura.

Se identifican los dientes con pérdida ósea grave y bolsas periodontales profundas, en forma de recortar el modelo en compensación de la pérdida ósea correspondiente. Esto se hace al ubicar los dientes artificiales anteriores en el modelo.

ENFILADO DE LOS DIENTES ANTERIORES.

Con los modelos en posición ocluida y los bordes incisales como guía, se traza una línea sobre las caras vestibulares de los dientes anteriores inferiores. Esta línea indicará la cantidad de resalte vertical, como guía para la ubicación de los dientes.

Se elimina del modelo uno de los dientes anteriores, mediante fresa o sierra. Se quita un solo diente por vez, de modo que los remanentes puedan servir de guía para la ubicación de los artificiales.

Se modela la cresta del modelo para darle forma redondeada, suave. Si las profundidades de las hendiduras gingivales registradas indicarán pérdida ósea acentuada y bolsas de gran profundidad, se lo compensará mediante un ligero incremento en la reducción del modelo en esa zona en especial. Esta reducción debe ser mínima.

Posteriormente se ubica el diente artificial en el espacio y se modifica cuanto sea necesario para permitir su ubicación apropiada. Si se requiere cierto desgaste del talón del diente. Se realiza con fresa o banda en mandril hasta que sea posible ubicar el diente artificial en la misma posición ocupada por el natural.

Pero es frecuente que estos pacientes tengan dientes anteriores en mala posición, extruidos cuya imperfección no sería conveniente copiar. En tal situación, se modifica la posición dentaria para mejorar la estética y cumplir los requisitos funcionales. Después de ubicar el diente correctamente se encera el modelo.

Después se quita otro diente del modelo y se reemplaza como ya se describió.

De esta manera, todos los dientes anteriores, salvo los pilares, quedarán colocados en el modelo.

PREPARACIÓN DE LOS PILARES EN EL MODELO.

Se hace una marca en el diente pilar del modelo para indicar la cantidad de diente por reducir.

Se acorta el diente con fresa, con precaución de coordinar la oclusión con los antagonistas y asegurarse que la reducción sea adecuada. Se requiere un mínimo de 2 a 3 mm de espacio entre la preparación del pilar y el diente antagonista para asegurar la resistencia de la sobredentadura.

Se prepara el pilar sobre el modelo, se elimina el yeso por vestibular, proximal y lingual, si se presenta la reducción vestibulingual del pilar en el modelo como un porcentaje, cerca del 60 % del total de la reducción correspondería a vestibular y el 40 % a lingual.

Esta reducción permite una ubicación más fácil del diente artificial sobre el pilar. El propósito de esta preparación del pilar en el modelo es formar una cavidad en la sobredentadura que sea ocupada por el diente pilar natural.

En el momento de la inserción, la preparación del pilar en la boca del paciente deberá ser algo menor que la cavidad correspondiente en la sobredentadura. La diferencia se corrige con acrílico de autopolimerización en una sesión postoperatoria.

ADAPTACIÓN DE LOS DIENTES PILARES.

Se ahueca un diente de acrílico con fresa para poder ubicarlo sobre los dientes en el modelo. A veces, por las migraciones, los dientes pilares no están ubicados en posición compatible con el logro de un resultado estético. Aquí, el diente de la sobredentadura debe modificarse como para ser ubicado por mesial o distal del pilar en el modelo y no directamente sobre él. Esto es permisible, pero se pondrá cuidado en colocar cera suficiente sobre el área interproximal para dar un espesor conveniente a la base de acrílico de la prótesis. El espesor de cera no será inferior a 2 mm o habrá problemas de fractura en este punto.

ENCERADO DE LA SOBREDENTADURA.

El encerado de la sobredentadura es igual al de una prótesis completa inmediata. Deben imitarse las formas anatómicas, pero se evitará la caracterización excesiva.

Se retiran los dientes artificiales posteriores de las bases para ubicarlos directamente en el modelo. Se descartan las bases, pues ya no se necesitan más y su presencia en el modelo puede interferir en el encerado.

En este momento puede corregirse la posición de los dientes posteriores, si fuera necesario.

El encerado de la sobredentadura se lleva a cabo de la forma habitual y antes del empujado se comprueba la oclusión con papel de articular. El encerado puede hacer que se muevan los dientes, con alteraciones de la oclusión que se deben corregir antes del empujado de la pieza.

ENMUFLADO DE LA SOBREDENTADURA.

Se procede a realizar el enmullado de la sobredentadura igual que al de una prótesis completa convencional. Una vez enmulladas las dentaduras, se elimina la cera colocándolas en agua caliente durante 5 min., después se lavan los moldes y se termina con un último lavado en agua limpia hirviendo. Las muflas se colocan entonces boca arriba para que se escurran y se enfríen.

TOMA DE IMPRESIÓN DEL MODELO DE LA SOBREDENTADURA.

Representa una ventaja contar con un modelo de las preparaciones de los pilares para que sirva de guía cuando se preparen los pilares en la boca el día de la colocación.

Primero se moja la mitad inferior de la mufla con el modelo de la sobredentadura en agua.

Se elige una cubeta dentada con borde retentivo. Se mezcla alginato de gelificado rápido y se toma una impresión del modelo enmullado.

Una vez gelificado el alginato, se separa la impresión y se vacía yeso piedra. el modelo resultante podrá utilizarse para obtener una matriz quirúrgica que sirva como guía en la preparación de la boca y asegurarse que el pilar en boca sea algo menor que en el modelo.

CONFECCIÓN DE UNA GUÍA QUIRÚRGICA.

Por lo general no se requiere un patrón de acrílico transparente para una sobredentadura inmediata.

Se hace con rapidez mediante adaptación de una hoja de acrílico transparente sobre el modelo con ayuda de un dispositivo de adaptación al vacío. Si se planean correcciones quirúrgicas de las retenciones, debe contarse con el patrón. También es conveniente cuando se remite al paciente para proceso quirúrgico.

COLOCACIÓN DE LA SOBREDENTADURA.

Esta importante sesión tiene tres fases:

- 1.- Fase de preparación del pilar.
- 2.- Fase quirúrgica.
- 3.- Fase de colocación de la sobredentadura.

PREPARACIÓN DE LOS PILARES.

Con una fresa de carburo se perfora el diente pilar tratado a uno 2 a 3 mm del borde incisal. Se enhebra un trozo de hilo dental por la perforación y se anuda: esto brinda un control de la porción de corona clínica.

Con compás y el modelo de referencia como guía se marca el pilar en un nivel ligeramente inferior a la altura del pilar modelo.

Se corta a través del diente pilar, horizontalmente a esa altura, con fresa de carburo, con movimientos leves de barrido.

Las superficies proximales se reducen con fresa de carburo o de diamante, con convergencia de la preparación hacia incisal o oclusal. Se elimina más tejido dentario de la cara labial del pilar que de la lingual, como se hizo en el modelo.

Con el modelo de referencia como guía, se reduce el pilar para que sea algo menor que en el modelo. Se suaviza el margen gingival de la preparación del pilar con fresa de diamante fino.

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA PARA LA COLOCACIÓN DE LA SOBREDENTADURA.

La extracción de los dientes se debe hacer con cuidado, para evitar fracturas.

Toda corrección quirúrgica estará establecida por adelantado y marcada en el modelo. Con frecuencia es posible determinar la necesidad de remodelar el hueso si se observan los modelos de estudio. es importante la conservación del hueso alveolar y no puede exagerarse. Sin embargo, los grandes socavados y los bordes óseos filosos o las crestas tabicales no podrán tolerarse bajo la prótesis y deberán extirparse.

Si se corta el hueso a menudo habrá un excedente de tejido blando y ello exige el recorte de las papilas dentales sobre las crestas tabicales. Un exceso de tejido sobre la cresta del reborde alveolar no constituirá una base firme para la sobredentadura.

Después se coloca con cuidado la guía quirúrgica transparente, se observa si aparecen áreas de isquemia de los tejidos, éstas indican las zonas de presión excesiva; por tanto, se elimina más hueso o tejido blando hasta que el patrón señale la distribución pareja de las presiones.

Posteriormente se sutura. Las suturas van sobre las crestas de los tabiques óseos, para que cuenten con un sostén.

COLOCACION DE LA SOBREDENTADURA.

Se pinta el interior de la sobredentadura con pasta indicadora de presión y se coloca con delicadeza sobre le reborde residual. No se intenta el asentamiento total.

Se asienta la prótesis hasta encontrar resistencia, se retira y se observan las zonas de interferencia señaladas por la pasta.

Se reducen las áreas de presión con fresa, se vuelve a cubrir la sobredentadura con pasta y se repite el procedimiento. Quizá se requieran varios ajustes antes de poder asentar por completo la sobredentadura. Cuando la prótesis parezca asentada por completo, se revisa la oclusión visualmente y con papel fini. Los errores visibles en la oclusión pueden ser causados por interferencia de los pilares que impiden el asentamiento apropiado de la sobredentadura. Se observa las relaciones entre pilares y sobredentadura con cera reveladora.

INSTRUCCIONES POSTERIORES A LA COLOCACION.

Se pide al paciente que use continuamente las sobredentaduras las primeras 24 horas.

Se le recomienda una dieta blanda y se le sugiere que descanse en casa hasta la sesión siguiente.

Si las sobredentaduras se desplazarán y salieran por alguna razón (estornudo, tos, vómito), deberán enjuagarse de inmediato con agua corriente fría y vueltas a poner en la boca. Si se les deja sin poner por un tiempo, el edema podrá impedir su colocación hasta que la tumefacción ceda.

Aunque podrá tomar líquidos, deberá cuidar de no enjuagarse la boca con energía. Se da una receta para la supresión del dolor posoperatorio.

SESION A LAS VEINTICUATRO HORAS DE LA COLOCACION.

Se cita al paciente a las 24 horas de colocada la sobredentadura. Esta se retira con cuidado para reducir al máximo las molestias. Se observa cualquier tendencia de la sobredentadura a pasar apretadamente las retenciones.

Si el paciente tiene rebordes residuales con retenciones, se examinan esas áreas con cuidado porque no podrían estar escoriadas por el movimiento de la sobredentadura, en particular al ponerla y al sacarla.

Se observa el área quirúrgica, los tejidos de soporte de la prótesis para localizar escoriaciones. Se examinan las inserciones del frenillo y vestíbulo en busca de indicios de sobreextensión.

Se aplica pasta indicadora en la superficie interior de la sobredentadura; y se inserta con cuidado en la boca. Si existen zonas de presión se reducen.

PREPARACION DE LAS CAVIDADES PARA LOS PILARES.

Se inserta la sobredentadura retocada y se verifica la oclusión.

Se adapta la sobredentadura a los dientes pilares durante esta sesión si ya no sangra la boca y no hay suturas. Previene así la contaminación de la resina acrílica de adaptación con sangre, si esto no se hace habrá cambios de color y mal olor. También se posterga la adaptación cuando hay suturas, pues podrían incorporarse al crítico autopolimerizable y causar dolor al retirar la sobredentadura.

Luego se desgasta ligeramente el interior de las cavidades para pilares con fresa redonda, su propósito es simplemente crear una superficie fresca y limpia para la unión con el acrílico.

Se crea un margen definido en torno a la cavidad para facilitar la terminación de acrílico para la adaptación. Se hace un orificio en la porción lingüal o palatina de la cavidad para el pilar que sirva como salida para el acrílico excedente.

Se utiliza acrílico autopolimerizable de color dentario para adaptar la sobredentadura a los dientes pilares.

Se recortan los excedentes de acrílico del interior de la sobredentadura y suavizar el margen gingival, para prevenir la irritación de los tejidos.

INSTRUCCIONES CONSECUTIVAS A LA COLOCACION DE LA PROTESIS.

Se explica al paciente que durante la primera semana debe usar la sobredentadura de noche, para ayudar a proteger la zona quirúrgica.

Se advierte que la sobredentadura debe limpiarse minuciosamente.

Después de la primera semana, la sobredentadura no se la colocará por las noches, y se le dejará en una solución limpiadora de prótesis.

Se inicia el cepillado de los dientes pilares. El fluoruro tópico aplicado con la dentadura se posterga hasta un progreso mayor de la cicatrización, por lo general después de 2 semanas.

Se explica al paciente que las sobredentaduras se alojarán al progresar la curación y que tal vez sea probable que se requiera un rebasado en 6 a 8 semanas.

CONCLUSIONES

En la actualidad, con el énfasis hechos en las medidas preventivas en prostodoncia, la utilización de sobredentaduras ha aumentado, hoy día es una alternativa para la mayor parte de los planes de tratamiento en la construcción de prótesis para pacientes con algunos dientes restantes.

La prevención puede y debe comenzar antes que los pacientes pierdan algún diente. Sin embargo, no deberá limitarse a aquellas personas con denticiones completas o casi completas.

Un mejor ejemplo de odontología preventiva es la utilización de una sobredentadura. Debe hacerse todo lo posible para evitar que el paciente pase a un estado desdentado.

Con las sobredentaduras no sólo se consigue el apoyo y retención de las raíces, sino que, en comparación con las prótesis totales, aumentan considerablemente la fuerza y la eficacia masticatoria y la capacidad de diferenciación de fuerzas. La capacidad sensorial por medio de receptores periodontales desempeña un papel muy importante en la función neuromuscular.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Robert P. Renner. Complete Dentures Masson Publishing. U.S.A. Inc. 1981.
- 2.- Basker, R.M., Harrison A., Ralph J.P. Overdentures in General Dental Practice. Published by the British Dental Association. 1988.
- 3.- Geering, Alfred H., Kundert Martin. Atlas de Prótesis Total y Sobredentaduras. Edit. Salvat. 1988.
- 4.- Heartwell, Charles M. Jr., Rahn Arthur O. Syllabus of Complete Dentures. Four Edition. 1986
- 5.- Winkler, Sheldon. Prostodoncia Total. Edit. Interamericana. 1988.
- 6.- Fenn, Liddelow and Gimson. Clinical Dental Prosthetics. A Roy Mac Gregor. Third Edition. 1989.
- 7.- Llana, Plasencia José Ma. Prótesis Completa. Edit. Labor. 1988.
- 8.- Rudd, Kenneth D., Morrow Robert M., Rhoads. Dental Laboratory Procedures. Removable Dentures. Volume Three. The C.V. Mosby Company. 1986.
- 9.- Sarry, John J. Prostodoncia Dental Completa. Ediciones Toray S.A. Barcelona. 1977.

- 10.- Morrow, Robert M. Manual de Sobredentaduras Inmediatas. Edit. Inter-Médica. Buenos Aires Argentina. 1982.
- 11.- Morrow, Robert M. , Rutid Kenneth D., Rhoads John R. Procedimientos en el Laboratorio Dental. Prótesis Completas. Edita. Salvat. Tomo I. 1988.
- 12.- Ozawa, Deguchi José Y. Prosthodontia Total. U.N.A.M., México. 1981.