

870122

20

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**IMPORTANCIA QUE TIENE LA SOBREDENTADURA EN EL
PACIENTE PARCIALMENTE DESDENTADO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

MARGARITA CORONA ARIAS

ASESOR C.D. RAFAEL ILDEFONSO BOJORQUEZ RUIZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GUADALAJARA, JAL. JULIO DE 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.

Vc. Bc
EL DIRECTOR DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE GUADALAJARA

Rafael A. Chacon Varfla
DR. RAFAEL A. CHACON-VARFLA

Chacon



FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

Guadalajara, Jal., 1 de julio de 1996.

Margarita Corona Arias
Pasante de Odontología.

Me es grato informarle que la Comisión que me honro en presidir, después de haber revisado detalladamente el trabajo intitulado:

" IMPORTANCIA QUE TIENE LA SOBREDENTADURA EN EL PACIENTE

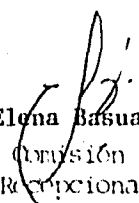
PARCIALMENTE DESDENTADO.

El cual nos ha presentado como requisito para sustentar su examen recepcional de: CIRUJANO DENTISTA, ha dictaminado que habiendo cubierto los requisitos formales y de contenido se **A P R U E B A**, la impresión del mismo.

Ruego a usted tomar nota que la copia del presente oficio, deberá ser incluida en los preliminares de todo ejemplar de su trabajo.

ATENTAMENTE

"CIENCIA Y LIBERTAD"


C.D. **Yolanda Elena Basualdo Saenz.**
Director de la Comisión Asesora de
Trabajo Recepcional.

IMPORTANCIA QUE TIENE LA SOBRE DENTADURA EN EL
PACIENTE PARCIALMENTE DESDENTADO

IMPORTANCIA QUE TIENE LA SOBREDENTADURA EN EL
PACIENTE PARCIALMENTE DESDENTADO

TESIS PROFESIONAL QUE PRESENTA:

MARGARITA CORONA ARIAS

PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

AGRADECIMIENTO

MI PRIMERA Y MAYOR DEUDA DE GRATITUD ES PARA DIOS POR DARMEN LA VIDA Y CON ELLA EL REGALO DE PODER EJERCER MI PROFESION Y DE ESTA FORMA DAR UN SERVICIO A MIS SEMEJANTES.

A MIS PADRES PORQUE PARA MI LO PRIMERO QUE DIOS ME HA REGALADO ES HABER NACIDO DE UNOS PADRES ASÍ COMO SON USTEDES . GRACIAS POR TODO SU AMOR.

A MIS HIJOS: BRENDA, LUIS Y JESÚS. GRACIAS PORQUE USTEDES SON LOS QUE ME IMPULSAN PARA SALIR ADELANTE.

A MIS HERMANOS: MAGDA, JUAN, CHUY, OLY, TERE, JUSTI, PINA, RODO, GRACIAS POR SU CARÍÑO. Y PARA TI FERNANDO UN SALUDO MUY ESPECIAL, PORQUE ES CON LAGRIMAS EN LOS OJOS, Y VA HASTA EL CIELO.

A MIS AMIGOS Y COMPADRES: MARY Y JAVIER, ROSA Y LUIS, GEÑA Y PAPILO , ANA Y RUBEN.

A LA ESCUELA: A MIS MAESTROS Y A TODOS LOS QUE TRABAJAN PARA MI ESCUELA, GRACIAS PORQUE DE USTEDES SIEMPRE HE TENIDO ATENCIONES Y BUENOS TRATOS.

A LA FAMILIA : A MI ESPOSO DR. JOSÉ I. OROZCO Y FAMILIARES.

A MI ASESOR: DR. RAFAEL I. BOJORQUEZ RUIZ. MI RECONOCIMIENTO Y GRATITUD POR SU COLABORACIÓN DESINTERESADA A LA ELABORACIÓN DE MI TESIS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	6
CAPITULO I.	
CONCEPTOS GENERALES-----	8
a) Indicaciones-----	12
b) Contraindicaciones-----	16
CAPITULO II.	
ELECCIÓN DEL DIENTE PILAR-----	18
a) Estudio radiografico-----	23
b) Tratamientos de conductos radiculares-----	24
c) Preparación del diente pilar-----	27
CAPITULO III.	
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS-----	38
a) Procedimientos clínicos-----	40
b) Procedimientos en el laboratorio-----	46
CAPITULO IV.	
INTERSECCIÓN DE LA SOBREDENTADURA Y LAS INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS-----	50
CONCLUSIÓN-----	58
BIBLIOGRAFÍA-----	60

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Odontología tiene como principal objetivo mantener el diente ó las piezas dentarias naturales en condiciones optimas el mayor tiempo que sea posible, defendiendo también todos los tejidos de la cavidad oral, para que nuestro paciente tenga una mejor masticación ya que esto le dará como un lógico resultado el mejor funcionamiento de todo su aparato digestivo y por tanto a todo el organismo y, si a todas estas ventajas agregamos que al conservar por más tiempo las raíces ó piezas dentarias nuestro paciente estéticamente también se beneficiará , por la razón que el Odontólogo en la actualidad ya puede ofrecer a sus pacientes la sobredentadura, gracias a la colaboración de varios investigadores ahora tenemos una técnica más de trabajo con la cual podemos restaurar la mayoría de las funciones fisiológicas y primordiales de la cavidad oral. Las personas que usan la sobredentadura aparentan menos edad de la que en realidad tienen ya que el conservar más tiempo y en mejores condiciones su proceso alveolar favorecen en gran parte a permanecer joven.

CAPITULO I
CONCEPTOS GENERALES

CONCEPTOS GENERALES

En 1969, Lord y Tell, acuñaron el término sobredentadura y descubrieron la técnica combinada de endodoncia, periodoncia y prostodoncia aplicables para lograrla. Sin embargo ya en 1916 Phothero había mencionado el uso de soportes radiculares, afirmando que..... Con frecuencia dos o tres dientes o raíces muy separadas pueden emplearse para dar apoyo a una dentadura. (3)

La sobredentadura es una prótesis dental completa o parcial, construida sobre los dientes existentes o las estructuras radiculares, no es un concepto nuevo en cuanto a solución técnica de un problema de prostodoncia. En efecto su uso ya era conocido hace mas de cien años. (1)

En 1789, la primera dentadura de George Washington, construída de marfil por John Greenwood, conservó un premolar mandibular izquierdo. (3)

En el pasado, cuando se presentaban como candidatos para dentaduras, con dientes muy destruidos, enfermedad periodontal ó incapacidad económica para sufragar un tratamiento restaurador extenso, se extraían las piezas que podrían haber sido conservadas bajo circunstancias más favorables. (5)

Esto desde luego, conducía hacia la dentadura total con todas sus desventajas. (5)

La conservación de raíces en el reborde alveolar se basa en la observación confirmada de que mientras persista la raíz, persistirá el hueso que lo rodea . (3)

Si se puede salvar una raíz, o varias raíces, se logra una ventaja funcional y biológica considerable para el paciente. (4)

A la pérdida sigue la reducción progresiva del hueso alveolar residual, la disminución de la propiocepción bucal y un cambio profundo del mecanismo de soporte de las fuerzas oclusales funcionales y parafuncionales. (4)

Con las modernas técnicas de odontología preventiva, permiten al dentista restaurar y retener virtualmente la mayoría de dientes naturales para que sirvan como pilares. Pero aún y con todas estas técnicas se nos presentan de una manera frecuente en el consultorio, pacientes parcialmente edéntulos.

Cuando los dientes retenidos son pocos y están localizados de una manera en la cual no se pueden utilizar como dientes pilares para una prótesis ya sea parcial, fija o removible, el odontólogo deberá de tomar en cuenta a la sobredentadura como un método lógico de tratamiento.

La prevención puede y debe empezar antes de que el enfermo pierda algún diente, esto sería lo ideal. (1)

No hay ninguna razón para no poder realizar odontología preventiva en enfermos con solo unos cuantos dientes. (1)

Se comprobó que la presencia de una membrana periodontal sana ayuda a mantener la forma del reborde alveolar. (15)

No encontraremos ningún ejemplo de odontología preventiva que sea mas conveniente que el empleo de sobredentaduras. (1)

La sobredentadura permite utilizar los adelantos logrados en los tratamientos periodontales y endodónticos aún en presencia de una relación corona-raíz muy baja, siendo por lo tanto éste, otro método viable de tratamiento. (1)

Sin embargo, actualmente con la importancia dada a las medidas preventivas en prostodoncia, el empleo de sobredentaduras ha aumentado a tal punto que puede ser considerado como otra posibilidad al esbozar el plan de tratamiento para la construcción de una prótesis para enfermos con algunos dientes restantes.

Después de la pérdida de todos los dientes naturales, no son muchas las posibilidades que quedan abiertas para el paciente. El odontólogo debe presentar alternativas a la extracción de todos los dientes, una puede ser la conservación de unos o mas dientes para una sobredentadura.(17)

Puede practicarse prostodoncia preventiva aún cuando los dientes ya no sean adecuados para sostener una prótesis fija o removible . A la sobredentadura se le puede considerar una alternativa frente a la extracción de todos los dientes naturales. (17)

Emplearla es prevenir los problemas futuros de la prostodoncia, al conservar los dientes su información sensorial y el hueso alveolar que lo rodea. (17)

La prostodoncia preventiva reconoce la importancia de la conservación de uno ó mas dientes naturales sobre todo en el maxilar inferior. A menudo es posible conservar por lo menos dos dientes de muchos pacientes que enfrentan la pérdida de todos los dientes. (17)

a).- INDICACIONES

Para poder realizar un buen trabajo y dar al paciente un buen servicio, es necesario y muy importante seguir lo mejor que sea posible las indicaciones establecidas.

Las indicaciones que a continuación daremos a conocer son sin duda alguna las que nos llevaran a realizar una excelente sobredentadura.

Entre las indicaciones de la sobredentadura se incluye el apoyo psicológico que algunos pacientes reciben al no estar totalmente desdentados. (3)

Es también muy importante la conservación del; reborde alveolar y su protección contra el esfuerzo causado por dientes de soporte firmes. También es necesario estar conscientes de que la dimensión vertical se conserva mejor si se mantiene la altura del reborde alveolar. (3)

En arcadas dentales mal conformadas ó con dientes sumamente desgastados. (2) Donde quiera que las extracciones múltiples de dientes sospechosos se estén considerando; (2) El uso de la sobredentadura se considera una alternativa a esta solución radical. Esos dientes pueden estar afectados por enfermedades periodontales ó caries, a tal punto que resulten inadecuados para usar prótesis fija ó removible; conservar uno ó más de estos dientes para soportar una sobredentadura. (17)

Así como en pacientes con defectos congénitos como fisuras palatinas, disostosis cleidocraneal, desde el punto de vista funcional y estético. (4)

El éxito o fracaso de una prótesis gira a menudo en torno a la conservación de uno ó más dientes. Antes de la extracción de diente alguno en un paladar fisurado o en un caso posquirúrgico, siempre debe evaluarse la propuesta de conservar los dientes para una sobredentadura. (17)

En arcadas mandibulares con crestas reabsorbidas intensamente y unos cuantos dientes anteriores remanentes. (2) Donde quiera que la dentición natural opuesta ejerza un efecto destructivo sobre el tejido de sostén. (2)

Cabe estimar que habrá una pérdida de hueso en las áreas de las nuevas extracciones. La conservación de los dientes para soportar sobredentaduras en estos pacientes servirá para conservar el hueso alveolar remanente. (17)

En arcadas mandibulares con crestas reabsorvidas intensamente y unos cuantos dientes anteriores remanentes. (2)

Donde quiera que la dentición natural opuesta ejerza un efecto destructivo sobre el tejido de sostén. (2)

Cabe estimar que habrá una pérdida de hueso en las áreas de las nuevas extracciones. La conservación de los dientes para soportar sobredentaduras en estos pacientes servirá para conservar el hueso alveolar remanente. (17)

En arcadas maxilares de oclusiones con pronósticos clase III ó clase II división II con relaciones verticales traslapadas. (2)

Estas oclusiones de clase III podrían no ser susceptibles de corrección quirúrgica u ortodoncia, y el uso de una sobredentadura proporciona una mejoría funcional y estética. (17)

En conjunto con una dentadura parcial removible proporcionado un tope en la posición vertical . (2)

Las sobredentaduras pueden ser convenientes en casos de prótesis postraumáticas o postquirúrgicas.

Suele haber una necesidad imperiosa de conservar dientes para retención y soporte de la dentadura, en dichos pacientes, la conservación de un sólo diente puede significar, en estos casos el éxito en lugar del fracaso. (17) Como una fase transitoria de dentaduras con implantes endodónticos.

Cuando la ventaja es psicológica para un paciente supera a todas las demás consideraciones. (2)

Probablemente la indicación más frecuente, sea para , evitar problemas de soporte de brechas grandes. (4)

Es importante tomar en cuenta algunas ventajas de las sobredentaduras al seleccionar a cada tipo de pacientes.

Algunas de estas ventajas son: mejor estabilidad protética y la utilización de los dientes remanentes como guía para posición de las mismas.

b).- CONTRAINDICACIONES.

Es de gran importancia tener en cuenta las contraindicaciones para no seleccionar a un paciente, que no sea considerado como un candidato especial para hacer uso de una sobredentadura.

Puesto que esta elección nos llevaría a obtener un rotundo fracaso, y de alguna manera quedaríamos con una mala imagen ante el paciente. Las contraindicaciones son relativamente pocas.

La técnica de la sobredentadura está contraindicada cuando el soporte alveolar restante sea tan deficiente que no pueda conservarse una pieza dental por un tiempo prolongado. Por el contrario las sobredentaduras están contraindicadas si los dientes naturales restantes son adecuados para restaurar la boca con prótesis fija ó parcial removible. (3)

La técnica de la sobredentadura no debe utilizarse como medio para facilitar la terapéutica, cuando el paciente no tiene interés por mantener su boca con una excelente higiene. (3)

Son malos candidatos los pacientes con expectativas no realistas de la función prostodontica. (2)

Para que la dentadura no fracase, durante el tratamiento que sea requerido ya sea de endodoncia, periodoncia ó ambos tratamientos se deberá seguir una secuencia la cual deberá de ser programada con anterioridad, para planear con tiempo todo el tratamiento en conjunto.

Las causas de orden general que imposibilitan todo el tratamiento endodóntico, contraindican el uso de la sobredentadura, ya que en la mayoría de los casos, es necesario el tratamiento de conductos por la reducción de la corona del ó de los dientes pilares.

Entre éstas causas están aquellas enfermedades orgánicas agudas ó crónicas que debilitan al paciente y disminuyen sus reacciones de defensa a cualquier intervención quirúrgica local.

Los tratamientos de endodoncia y parodoncia necesarios para la elaboración de la sobredentadura hacen que la terapia prostodóntica se vea aumentada en cuanto al costo se refiere, también esto contraindica la sobredentadura.

Cuando el paciente no tiene interés por su higiene bucal es necesario motivarlo para poder conservar la sobredentadura por un tiempo prolongado.

CAPITULO II

ELECCIÓN DEL DIENTE PILAR

ELECCIÓN DEL DIENTE PILAR

Para seleccionar a una pieza dental se debe tomar en consideración algunos puntos muy importantes para el éxito de la sobredentadura.

El pilar o diente pilar, es la pieza en la cual se inserta el retenedor, (la sobredentadura.)

La pieza dentaría con soporte sano para una sobredentadura deberá presentar movilidad mínima; (de profundidad de surco manejable, y una banda adecuada de encía adherida.)

Los tejidos de sostén que rodean al diente pilar deben estar sanos y exentos de inflamación antes de que pueda pensarse en una sobredentadura. (6)

La evaluación del estado del periodonto es una etapa de importancia decisiva en la construcción de la sobredentadura.

Para asegurar la longevidad de los dientes es necesario contar con un estado óptimo en la salud de las estructuras periodontales. (1)

Antes de comenzar con el tratamiento, el dentista debe eliminar la inflamación, bolsas, defectos óseos, zonas de encía poco o no adheridas.
(1)

Los pilares están obligados a soportar las fuerzas normalmente dirigidas al diente ausente y además las que se dirigen a ellos mismos. (6)

Todas las restauraciones deben de ser capaz de resistir las repetidas fuerzas oclusales a que están sometidas.

La posición de los dientes pilares debe permitirles recibir las fuerzas con carga axial, es decir, que ellas coincidan con el eje longitudinal del diente. (8)

En caso de que su inclinación sea muy marcada, está indicada una corrección lo que hace posible reposicionar y transmitir a los tejidos de soporte las fuerzas ejercidas sin perjuicios. (8)

Lo ideal es que el pilar sea un diente vivo. Pero un diente tratado endodónticamente, asintomático, con evidencia radiográfica de un buen sellado y de una obliteración completa del canal, puede ser usado como pilar. (6)

Las raíces y las estructuras que las soportan deben ser valoradas teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Proporción corona-raíz
- Configuración de la raíz
- El área de superficie periodontal. (6)

La proporción que se considera ideal corona-raíz que sirve como pilar es de 1 a 2.

Una proporción de corona-raíz de 1 a 3 es un óptimo más realista y la proporción corona-raíz mínima aceptable para una pieza que haya de servir como pilar es de 1 a 1.

La configuración de la raíz es un importante detalle a tener en cuenta al valorar un pilar desde un punto de vista periodontal. (6)

Las raíces que son mas anchas en sentido buco-lingual que en sentido mesio-distal, son preferidas a las de sección redonda, ya que las raíces antes mencionadas como preferidas es porque soportan mejor las fuerzas de la masticación.

La longitud de zona edéntula que es susceptible de ser restaurada con éxito, depende de las piezas pilares y de su capacidad de soportar la carga adicional. (6)

La situación más desfavorable está dada por amplias coronas clínicas con cortas raíces. (8)

Tampoco son favorables los casos de coronas extremadamente cortas con largas raíces. (8)

Es de gran importancia durante la evaluación de la pieza ó piezas pilares observar la movilidad del mismo.

Esa movilidad no solo varía de un sujeto a otro si no durante las horas del día en un mismo sujeto. El embarazo, hipofunción, menstruación y uso de algunas drogas la aumentan. (8)

Algunas veces la movilidad puede ser debida a razones patológicas, como puede ser:

- Perdida del hueso alveolar (soporte)
- Trauma de oclusión. Provoca movilidad al producir fuerzas oclusales anormales.

La inflamación también es causa frecuente de movilidad y aumenta a medida que progresa profundamente la enfermedad periodontal. (8)

También puede ser provocada por un acto quirúrgico, un absceso dentoalveolar agudo o gingivitis. (8)

Los trastornos periodontales encontrados con más frecuencia en relación con los dientes de anclaje de la sobredentadura son una zona débil de encía adherida con un vestíbulo poco profundo.

A fin de disminuir el proceso inflamatorio que puede ser consecutivo a este estado de cosas, es necesario crear una zona más ancha de encía adherida. Esto puede lograrse con cirugía periodontal utilizando, ya sea un injerto libre ó volviendo a colocar apicalmente un colgajo de espesor parcial y obteniendo así una tira más ancha de encía adherida , lo cual a su vez disminuye casi por completo los casos de inflamación. (1)

Un diente marcadamente móvil por pérdida de tejido óseo no debe ser pilar terminal de una dentadura o formar parte de una ferulización.

a).- ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico es una fase muy importante en la valoración de las piezas pilares, ya que esto nos proporciona una ayuda para corroborar la información obtenida en el interrogatorio del paciente, en el examen de la boca y en el estudio de los modelos.

Las radiografías deben de examinarse cuidadosamente para detectar caries, tanto en las superficies proximales sin restauraciones, como las recurrentes en los márgenes de las restauraciones antiguas. (6)

Debe explorarse la presencia de lesiones periapicales así como la existencia y calidad de tratamientos endodónticos previos. (6)

Se debe examinar el nivel general de hueso, especialmente en la zona de los eventuales pilares y calcular la proporción corona - raíz de éstos. (6)

Un bajo nivel óseo reduce el área periodontal, aumenta el brazo de palanca en la relación corona - raíz y disminuye la eficacia del anclaje. (8)

Se debe anotar la presencia de ápices radiculares que están retenidos en la zona edéntula o cualquier otro tipo de patología. (6)

También es necesario observar en la radiografía el grado de calcificación dentinaria y pulpar de las piezas seleccionadas.

El conocimiento preciso de las condiciones presentes en el tejido dentinario y pulpar por medio del examen radiográfico es fundamental para determinar si los dientes pilares seleccionados pueden comportarse eficazmente y sin deterioros, sin practicar previamente el tratamiento endodóntico y la confección de la incrustación de resistencia correspondiente. (8)

Cualquier ensanchamiento de la membrana periodontal debe de relacionarse con contactos oclusales prematuros ó trauma oclusal. (6)

a).- TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES

Muy importante es la endodoncia en Odontología, ya que es la rama que tiene por objeto la terapéutica de los conductos radiculares. (7)

El tratamiento de endodoncia consiste en vaciamiento, preparación y obturación de los conductos enfermos para eliminar el estado patológico de la pieza dentaría.

Un tratamiento endodóntico aislado normaliza a el diente afectado en lo referente a la patología pulpar. Sin embargo, ésta intervención por sí sola no devuelve el funcionamiento normal de la pieza dentaría. En ocasiones, la endodoncia se practica por necesidades protésicas, aún en pulpas que no estén enfermas. (7)

Al intervenir en los conductos radiculares, para lograr el acceso a la cavidad pulpar es necesario eliminar el tejido dentario. Ello se aplica cuando la lesión pulpar no es consecuencia de destrucción coronaria.(7)

Los casos en que se conserva la integridad coronaria pueden considerarse óptimos para tratamientos radiculares. En éstas circunstancia, lógico es que una vez realizada la terapéutica se habrá destruido dicha integridad. Son pocas las ocasiones en que se conserva la consistencia adecuada de el diente sometido a conductoterapia. Casi siempre es necesario reforzarlo para conservar la integridad coronaria durante la función. (7)

A nuestro juicio, una exelente medida de prevención es la colocación de un refuerzo intrarradicular a toda intervención en que se practique la endodoncia. (7)

La técnica de endodoncia utilizada es igual que para todo tipo de piezas tratadas endodónticamente.

Antes de iniciar el tratamiento de conductos en las piezas dentarias seleccionadas como pilares se debe de contar con el instrumental y materiales necesarios.

Después de la selección de los dientes de soporte adecuados, la clave para la construcción exitosa de sobredentaduras es la simplicidad de la técnica.

Las piezas dentarias que deben recibir obturación de conductos radiculares se anestesian y se coloca el dique de caucho. Las coronas de estos dientes se rebajan a continuación hasta 3 ó 4 milímetros, por encima del nivel gingival. Después con un instrumento endodóntico (lima) se toma la conductometría apoyado en una radiografía para verificar la longitud de penetración adecuada en el conducto radicular.

Se continuará con el ensanchamiento correcto y así hasta llegar a el instrumento maestro, seguido de la prueba de cono (conometría), ayudado de una radiografía para cerciorarnos de que el cono se encuentra en el límite de la UCDC (unión cemento dentina conducto) . Para llevar a cabo la obturación utilizando la técnica de condensación lateral, seguida de condensación vertical

Antes de obturar se eliminan 5 ó 6 milímetros de gutapercha de la porción coronaria, se hacen retenciones en la cavidad y se coloca una restauración del conducto.

En este momento también se modelan adecuadamente los pilares para que sobresalgan unos 2 ó 3 mm. del tejido blando, y se les redondea o se les da una forma de bala con una inclinación hacia vestibular para acomodar el diente de la prótesis que irá encima.

c).- PREPARACIÓN DEL DIENTE PILAR

Existen varias técnicas para la preparación de los dientes que habrán de servir como anclajes para la sobredentadura.

Entre éstas cabe mencionar la simple modificación y reducción del diente, reducción y recubrimiento vaciado, tratamiento endodóntico con tapón de amalgama, tratamiento endodóntico y recubrimiento vaciado utilizando para ello algún dispositivo de conexión.

REDUCIENDO Y MODIFICANDO UNA PIEZA DENTARÍA

Para este procedimiento los dientes restantes son modificados simplemente para eliminar las socavaduras y, si es necesario, se reduce también su altura vertical para crear más espacio entre los bordes a fin de poder alojar la sobredentadura. (1)

En esta técnica es muy importante que el paciente tenga una excelente higiene en su boca y con un índice de caries muy bajo ó no existente para lograr un resultado positivo.

Así mismo, cuando es necesario reducir los dientes, una vez reducidos, no sean sensibles al medio bucal inclusive al contacto con la sobredentadura. (1)

Es utilizada amenudo esta técnica en enfermos parcialmente anodónticos ó en enfermos con abrasión intensa en los dientes. (1)

Después de la impresión final se vacía el modelo principal, vigilando las socavaduras importantes de dientes ó tejidos blandos, después de revisar que nuestra impresión es correcta se procede a duplicar el modelo. (1)

La sobredentadura se elabora en el modelo duplicado para que ninguna socavadura importante de diente ó tejidos blandos este en contacto con la sobredentadura.

Los resultados de esta técnica especialmente en casos de microdoncia ó anodoncia parcial, son asombrosos. Con la sobredentadura es posible mejorar la retención, recubriéndola con un protector blando permanente. (1)

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS CON TAPÓN DE AMALGAMA

Esta técnica esta indicada cuando existe altura coronal normal y espacio libre normal con poca ó ninguna disminución de la dimensión vertical. En éste caso, a fin de crear espacio suficiente para la sobredentadura sin abrir la dimensión vertical, los dientes deben de reducirse drásticamente, por lo general a nivel gingival. Debido a esta reducción tan drástica, casi siempre debe hacerse un tratamiento de endodóncia. (1)

Terminada la endodóncia, se corta el diente a nivel del margen gingival ó ligeramente arriba (1 a 2 mm.)y se coloca una restauración de amalgama en el conducto radicular abierto. La dentina restante es aislada y pulida minuciosamente, dejando así una superficie de amalgama que casi no acumulará placa bacteriana y que se limpiará con facilidad. (1)

Es muy importante que el paciente tenga una incidencia de caries muy baja y una limpieza excelente para evitar caries recidivantes.

Los dientes con antecedentes de afecciones periodontales pueden ser utilizados para este método, siempre y cuando el trastorno periodontal haya sido corregido, y es también en esta técnica donde se pueden utilizar dientes hipermóviles, ya que la reducción drástica en la relación corona - raíz aunada al tratamiento periodontal prometen un pronóstico muy favorable. Con frecuencia recurrimos a esta técnica en vez de utilizar la dentadura inmediata opuesta a dentición natural completa ó parcial. (1)

En lugar de emplear la dentadura inmediata completa clásica. El día de la inserción, los dientes no necesarios son extraídos y los dientes destinados a ser utilizados para anclaje son reducidos dejando un reborde similar al de una dentadura inmediata. (1)

TRATAMIENTO DE CON RECUBRIMIENTO UTILIZANDO ALGUNOS DISPOSITIVOS DE CONEXIÓN.

Este tratamiento está reservado para casos donde no solo se desea obtener estabilidad sino también es necesario mejorar considerablemente la retención. (1)

Los dientes de anclaje necesitan soporte óseo para resistir las tensiones suplementarias que ejercen las conexiones sobre el diente. (1)

Esta técnica es un poco más tardada porque aquí los riesgos son mayores por lo que requiere también de más cuidados, se realiza solamente en enfermos con pronósticos favorables y con un índice de caries muy bajo, buena higiene bucal y excelente salud periodontal.

El dispositivo de conexión no reduce la relación corona - raíz en la misma forma que un simple domo. Además, debido a las tensiones que ejerce la sobredentadura sobre la conexión, es necesario disponer de mayor retención para el vaciado. Esto se logra alargando el pivote en el conducto radicular añadiendo espigas al vaciado. Generalmente, el vaciado hecho con una conexión es difícil de quitar o rehacer debido al colapso carioso y esto restringe el uso del procedimiento mucho más que las técnicas descritas antes.

Aquí también, en vista de que la conexión necesita algo de espacio inter-borde, es necesario proporcionar espacio suficiente para su construcción. (1)

CONEXIÓN.- DISPOSITIVO DALBO

Esta conexión está formado por dos partes: un componente macho unido al diente y una parte hembra empotrada en la base de la sobredentadura. El componente macho presenta forma redondeada que permite un movimiento rotacional de la sobredentadura alrededor de él. (1)

La parte hembra puede colocarse en la dentadura de tal manera que haya cierto juego en su contacto con el componente macho; esto permite algo de movimiento vertical de la base antes de que ocurra el contacto con los componentes del macho ó la hembra.

DISPOSITIVO GERVER

Hay dos tipos de éste dispositivo, uno que permite realizar movimientos verticales y que, por lo tanto, utiliza mas reborde residual para apoyo y un dispositivo rígido que no permite ningún movimiento de la base. El tipo rígido, el más utilizado y el más popular, está formado por una parte macho ó poste, resorte y anillo de retención y una caja ó canal general. La retención proporcionada es suficiente y la construcción es sencilla. (1)

Sin embargo, el sistema es caro y el dispositivo puede ejercer una fuerza rotatoria sobre el diente si hay movimiento excesivo de la base. La conexión con movilidad vertical produce menos fuerza rotatoria pero su diseño y fabricación son más complicados. (1)

DISPOSITIVO CEKA

En esta conexión la parte macho que está fijada sobre el diente presenta forma redonda más ancha en su punta y está partida, en sentido vertical en cuatro secciones son flexibles y pueden ser comprimidas. Sobre este componente macho encaja la parte hembra ó canal que será empotrada en la dentadura.

El dispositivo puede ser construido con un espaciador entre macho y hembra para permitir el movimiento vertical de la base. (1)

ANCLA DE ZEST

Este aditamento deriva su retención en 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. La porción macho es un poste de nilón y una cabeza adherida a la sobredentadura durante un procedimiento que se realiza á lado del sillón. Este poste se coloca en la manga y la sobredentadura 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. (5)

ADITAMENTO INTROFIX

Este es un aditamento de broche alto compuesto por una base soldada, un poste macho y la hembra. El macho presenta una hendidura longitudinal ajustable, de forma que sea ajustada para lograr mayor ó menor retención, y es reemplazable, ya que se encuentra atornillado a la base soldada. (5)

Sin embargo, debido a su longitud presenta gran potencial de torsión sobre el diente de soporte, por lo que se emplean en sobredentaduras que tienen soporte total ó en una sobredentadura que presenta un soporte excepcional. (5)

ADITAMENTO DE ROTHERMAN

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 ó broche se ajustan en una porción más profunda del surco de retención. (5)

El broche macho puede adherirse con facilidad a una cofia con soldadura a mano libre y el broche hembra se inserta en la base de la dentadura con resina de autopolimerización, ya sea dentro del laboratorio o al lado del sillón. (5)

ADITAMENTO DE SCHUBIGER

Este aditamento es una forma permanente de fijación utilizando un sistema de tornillo que una a los dientes ancla con articulaciones y unidades de barra. Consiste en una base soldada con un tornillo 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 tornillo empleados para fijar a la manga. Esta unidad está indicada para un aditamento de barra en dientes con raíces divergentes. (5)

ADITAMENTO DE QUINLIVAN

Este aditamento consiste en una bola de resina fabricada que es incorporada con el encerado de poste y cofia. El vaciado terminado es cementado a continuación en el diente tratado endodónticamente. Se adosa una unidad de resina hembra a la sobredentadura con resina de autopolimerización se obtiene retención mediante un anillo de caucho en forma de "O" dentro del aditamento hembra que es fijado por un pequeño labio en el orificio de la cubierta del aditamento hembra. (5)

BARRA DE DOLDER

La unidad de barra consiste en una presoldada a cofias sobre los dientes de soporte. Como la barra es preformada sólo se logra una adaptación íntima al contorno del reborde alveolar, ya que tiene que permanecer en línea recta. La forma de la barra presenta lados paralelos y una porción superior redondeada. (5)

A esto se ajusta una manga que se encuentra incrustada en la dentadura de acrílico. La retención se debe a un ajuste por fricción. (5)

Sí los postes de la cofia no logran hacerse paralelos para sentar la unidad final de barra ya soldada, esta técnica puede emplearse con uno o más aditamentos de Schubiger para resolver este problema. (5)

Esta unidad también es voluminosa para usarse en Sobredentaduras, lo que dificulta lograr una estética apropiada en cuanto a espacio para los dientes de reemplazo. (5)

BROCHE DE ACKERMAN Y BROCHE C. M

Consta de una barra redonda soldada a la cofia de los postes y a un broche que se ajusta sobre la barra de una forma similar a la del broche Baker. (5)

Su diferencia estriba en el hecho de que vienen equipados con aletas de retención sobre el broche para engarzar con facilidad el acrílico de la Sobredentadura. También proporcionan un espacio para que el gancho no descansa directamente sobre la barra, proporcionando movimientos de rotación y vertical.

Debido a su pequeño tamaño y facilidad de rotación, estos broches son muy buenos para retención de una Sobredentadura cuando está indicado un sistema de articulación de barra. (5)

BROCHE DE BAKER

Este aditamento consiste en un broche pequeño en forma de " U " diseñado para ajustarse a un alambre circular.

Existen dos tamaños: Uno de calibre 12 y otro de calibre 14 que se emplean ya sea con una alambre preformado ó vaciado del mismo calibre. Su ventaja principal es la simplicidad y su costo es bajo. El broche solo 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. (5)

SISTEMA MAGNÉTICO

Este sistema de prótesis fue usado hace algún tiempo. La razón por la que se dejó de usar es que el imán con el paso del tiempo se corroe.

En la actualidad se esta usando nuevamente, se encuentran en el mercado pernos prefabricados y tabletas que son una aleación de metales (platino, paladio, cobalto). Y las casas comerciales que lo están promoviendo dicen que una de sus propiedades es que ya no se corroe con el paso del tiempo.

CAPITULO III
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

Cuando rehabilitamos con prótesis la cavidad oral edéntula, hay que considerar que las bases de dentaduras completas son estructuras que no pueden alterar su volumen para adaptarse a las modificaciones especiales tan importantes para la masticación, deglución, fonación y estética. Por consiguiente los contornos de la base protética y la posición de los dientes en ellas deben facilitar estas amplias variaciones en el espacio indispensables para la acción muscular requerida por la función. (9)

Es necesario tener siempre presente durante la ejecución de nuestras técnicas prostodónticas, que esta cavidad orgánica tiene categoría de entidad anatómica respecto a las funciones que en ella se desarrolla. (9)

Morfológicamente las estructuras constitutivas de la cavidad oral edéntula representan el espacio neutro para la prótesis. (9)

Está delimitado por el sistema labios- carrillo - lengua, cuyas estructuras intervienen en la acción respiratorias, deglución y fonación en forma sincronizada, y la presencia de un orden alterado que constituyen la patología de la edentación. Nulifica la masticación, produce considerables cambios en su volumen espacial y variabilidad configurativa, debido a la rápida contractilidad de la lengua, estructuras musculares adyacentes y resorción ósea. (9)

Clínicamente la cavidad oral edéntula debe considerarse como una cavidad orgánica que se modifica en su volumen y configuración por la ausencia de superficies oclusales y por sus relaciones con otras cavidades del organismo, particularmente con la orofaringe. (9)

Antes de pasar a las tomas de impresión preliminares para obtener los modelos de estudio es muy importante realizar un examen o exploración por medio del tacto y la vista a todos los tejidos blandos y duros en especial al área que rodea al ó las piezas seleccionadas, como pilares para soportar la sobredentadura.

La sobredentadura se debe de diseñar para poder utilizar los dientes pilares ó remanentes radiculares para así de esta manera compartir las fuerzas de la masticación entre los dientes y las áreas de soporte.

a) PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

La boca edéntula, sea real o potencial, debe de revisarse con la observación directa y por contacto de las formas y estructuras integrales y tejidos adyacentes; apreciar y evaluar en forma continua, sistemática y tranquila una aproximación constante al diagnóstico el cual debe séguir a través de el curso del tratamiento. (9)

Como se menciono anteriormente es muy importante realizar el examen clínico de la cavidad oral, para observar de esta forma con mayor claridad todos los tejidos bucales y si hay algún problema solucionarlo antes de pasar al inicio de las tomas de impresión.

Es necesario observar que el área que va a soportar la sobredentadura tenga una altura adecuada al igual que la forma y el tamaño para que nos proporcione una buena retención y mayor estabilidad.

La forma del reborde definitivamente afecta la retención y la estabilidad. La mas favorable es la forma de "U". Su altura resiste el desplazamiento lateral y el paralelismo de sus lados mantiene el cierre a una considerable distancia para resistir el desplazamiento vertical (10)

El contorno, la forma y el tamaño de los rebordes residuales originan y son consecuencia de la resorción (9)

La presencia de una zona adecuada de encía queratinizada al rededor de los dientes pilares es de gran importancia (11)

Es muy importante analizar la perdida de la dimensión vertical.

También es esencial que los defectos periodontales residuales sean tratados de la misma manera que lo serian alrededor de los dientes periodontalmente afectados, antes de la restauración final. (11)

Después de analizar toda esta serie de puntos y terminado cualquier tipo de trabajo terapéutico requerido ya sea de endodoncia ó parodoncia se prosigue a la toma de impresión.

Es muy importante seleccionar las cucharillas para impresión lo más precisas a la cavidad oral de el paciente para tener unas buenas impresiones.

Vamos a hablar sobre como se procede para elaborar unas cubetas de impresión.

Es necesario hacer modelos en yeso de los arcos afectados, buscar en ellos las retenciones y bloquearlas con cera antes de construir la cubeta de impresión.

Esto nos va ha servir para que al momento de separar la cubeta de impresión del modelo no se rompa ninguna de las dos y dejar un paso adecuado para el material de impresión.

Dibujar el perfil de la cubeta de impresión sobre el modelo. La extensión de la cubeta debe ser inferior en unos 2 mm. a la reflexión vestibular del modelo. La cubeta se extiende hacia atrás hasta la línea de vibración. (12)

Se ablanda una hoja de cera para base y se adapta al modelo. Bajo la cera no deberá quedar aire atrapado por esto se adapta con firmeza y se recorta la cera de base siguiendo el contorno de la cubeta. (12)

Sobre las superficies linguales de los dientes anteriores y en todos los espacios que queden entre los dientes, se deberá verter una hoja de cera base fluida de esta forma se obtendrá un alivio y se evitara que la resina de la cubeta se extienda a dichos espacios, si ello ocurre se podrían romper los dientes al extraer la cubeta de impresión del modelo.

Debemos usar separador entre el modelo de yeso y la cera para base.
(12)

La resina autopolimerizable se debe mezclar siguiendo las instrucciones del fabricante.

Para obtener una cubeta de espesor optimo 2-3 mm. resulta útil emplear un rodillo para extender la resina. Una vez extendida se coloca la lamina de resina sobre el modelo y se adapta con los dedos. Teniendo cuidado de no dejarla demasiado delgada en las porciones convexas, esto se hace con rapidez y a la vez con precisión para darle forma antes que endurezca. (12)

Una vez endurecida la cubeta de resina se le separa del modelo y se recorta y suaviza la cubeta de impresión con piedras montadas.

La cubeta deberá ser recortada siguiendo el contorno marcado en el modelo. Se puede hacer una perforación con una fresa redonda numero 12 sobre el forámen incisivo para aliviar la presión al tomar la impresión definitiva.

Ya obtenidas las cucharillas individuales superior e inferior se prosigue con la toma de impresiones definitivas.

Cuando se ha utilizado algún dispositivo de conexión se ha de emplear algún material elástico para la forma de impresión definitiva y obtener una reproducción más precisa.

Serie de procedimientos para la toma de impresión definitiva colocar una barra de cera plástica dura en la superficie lingual de la cubeta inferior desde el primer bicúspide derecho. (13)

Colocar una tira de cera de 0.5 mm. por debajo de toda la periferia de la cubeta inferior desde la parte lingual del primer bicúspide de un lado, uniendo la cera colocada previamente en la zona sublingual, hasta el flanco lingual, sobre los espacios retromolares, siguiendo las partes bucales y labiales sobre los espacios retromolares hasta la porción lingual a lo largo de la periferia, y uniendose entonces con la cera en la zona sublingual del otro lado. (13)

Colocar ahora la cubeta inferior con su rodete de cera en la boca. Pedir al paciente que extienda la lengua ligeramente hacia adelante, presionando suavemente en la región de la cubeta que coresponda al cingulo de los incisivos centrales inferiores. (13)

Pedir al paciente que abra la boca totalmente, la cierre y que haga gimnasia bucal para moldear la cera a lo largo de la periferia.

Se retira la cubeta inferior y se prosigue con la superior. (13)

Rodear toda la cubeta superior 0.5 mm. a 1 mm. por debajo de la periferia con una barra de cera, previamente adelgazada, desde la superficie bucal de un lado, a través de la zona del post-dam, a la zona bucal de el lado opuesto. (13)

Se inserta en la boca del paciente la cubeta y se le pide a este que arrugúe la cara, haga muecas, succione y degluya y mueva la mandíbula de un lado a otro. Este último paso permite el movimiento lateral apropiado del proceso corónoides de la mandíbula, y proporciona además la evaluación preliminar de la altura del borde bucal de la dentadura superior que entra en contacto en esta región durante el movimiento de la apófisis coronoides. (13)

Una vez obtenidos los modelos definitivos pasamos a tomar los registros oclusales y trasferirlos al articulador.

Los registros clínicos obtenidos con una técnica cuidadosa y sistematizada determinarán la evaluación decisiva del éxito ó del fracaso de la prótesis completa en la boca del paciente. (9)

Es muy importante conocer el manejo del arco facial al momento de transferir al articulador los registros porque así no se obtendrán resultados perjudiciales a los dientes remanentes.

b) PROCEDIMIENTOS EN EL LABORATORIO

Los procedimientos involucrados ahora, conducen hacia la transferencia de los registros a una entidad mecánica importante como son los articuladores capaces de reproducir el equivalente de posiciones. (9)

Es imprescindible que los modelos que representan el maxilar y la mandíbula del paciente sean orientados en el articulador de la misma manera en que éstas estructuras del paciente se orientan entre si y respecto al cráneo. (9)

Esta orientación se logra con las medidas y registros del paciente, al transferirlos al articulador para referir al paciente al articulador.. (9)

Son tres clases de registros los que se utilizan para la transferencia de las relaciones maxilomandibulares del paciente al articulador.

Uno.- Registro del eje intercondilar.

Dos.- Punto central intra oral de apoyo.

Tres .- Registro gnatográfico extraoral. (9)

Una vez concluidos los procedimientos de registros de las relaciones, se montan los modelos maestros sobre el articulador y se seleccionan los dientes anteriores y posteriores que se van a colocar en la sobredentadura, utilizando los dientes del modelo como guía para elegir el tamaño y el modelo. (12)

El montaje de los dientes es igual que cualquier otra técnica de montaje para dentaduras completas.

La sobredentadura se hace confeccionada en resina acrílica para lograr un mejor aspecto estético, mayor fuerza y más flexibilidad.

Se recomienda el uso de dientes de acrílico no anatómicos junto con una guía incisal de cero grados.

La porcelana no es muy recomendable porque los dientes continuamente se están rebajando, y como sabemos para adaptar la porcelana es mas difícil .

Se enfilan los dientes y se verifica la estética y la exactitud de los registros de la dentadura encerada. (17)

A menudo es necesario ahuecar el diente artificial que va sobre el diente natural que se va a conservar. (17)

Cuando se confeccionan postes de oro se cementan y se ajustan junto con los aditamentos machos en su lugar permanente.

Se fabrica la base de la sobredentadura y se realizan agujeros para que de esta manera se adhieran los aditamentos hembra a la base con resina acrílica autopolimerizable.

Se termina la sobredentadura y se coloca en ella una pasta indicadora de presión en el área de los dientes reducidos. Se alivia el acrílico en el área del margen gingival por dentro de la sobredentadura para impedir que esta presione sobre ese tejido gingival. (17)

Una técnica de prótesis completa bien ejecutada no requiere auxiliares mecánicos del tipo rompe fuerzas, para lograr los objetivos que se tratan de alcanzar al tratar pacientes de prótesis completa. (15)

Uno de los problemas que presenta la sobredentadura es una tendencia ocasional en algunos pacientes de provocar respuestas de irritación gingival al rededor de los dientes pilares. (15)

FACTORES QUE CAUSAN IRRITACIÓN GINGIVAL

a).- Movimiento de la base protética. (es más evidente en prótesis inferior)con la formación de un factor de carga en los márgenes gingivales. (15)

b).- Higiene bucal deficiente.

c).- Espacios excesivos en la prótesis alrededor del margen gingival que rodea los dientes pilares, que conduce a la formación de ángulos muertos que es una fuente potencial de inflamación. (15)

La sobredentadura no deberá tocar el área ó zona gingival donde se encuentra el diente pilar para evitar una sobrecarga en esta zona vulnerable, por lo que se debe de realizar una alivio.

Las prótesis serán remontadas entonces en el articulador y se efectuara un desgaste selectivo y autodesgaste previos a la inserción.

Una vez colocado nuestro trabajo es muy importante darle nuevas citas a nuestro paciente con el fin de observar cuidadosamente tanto tejidos como pilares y prótesis, de estos cuidados hablaremos en nuestro próximo capítulo.

CAPITULO IV

INSERCIÓN DE LA SOBREDENTADURA E INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS

INSERCIÓN DE LA SOBREDENTADURA E INSTRUCCIONES POST - OPERATORIAS.

Desde la primera cita en el momento de hacer el pronóstico y a través de todo el tratamiento es de gran importancia la explicación que se debe dar al paciente de lo que es una prótesis y que se debe esperar de ella. Pues de la capacidad de el paciente de adquirir habilidad necesaria para manejar su prótesis dependerá en un porcentaje muy alto el éxito de este tratamiento. (14)

Si a éste tan importante requisito no se atiende debidamente, nuestro paciente no tendrá la paciencia y la perseverancia necesaria para pasar el período de acostumbamiento, que es muy variable y que depende de la adaptación del enfermo, la anatomía de la boca, el estado de salud y otros muchos más factores. (14)

El operador tendrá mucho cuidado de que las sobredentaduras no molesten perceptiblemente al paciente, por la presión nueva que están sometidas las zonas chapeables. La mucosa deberá resistir la presión solo gradualmente. (14)

La prótesis aún hecha con el mínimo de material, acorta el espacio de la boca en el cual se mueve la lengua y dificulta el habla .

En el momento de colocar las sobredentaduras terminadas en la boca del paciente, se someten a la revisión y evaluación de todas las etapas involucradas en las distintas fases de construcción de la prótesis. (9)

La colocación representa básicamente el período armonioso de la conjunción adaptativa entre la construcción protética y la anatomofisiológica del paciente. (9)

Aditamentos de fijación .- Cuando se esta trabajando con estos aditamentos la sobredentadura deberá ser ajustada una vez terminada, en la boca del paciente, antes de cementar las partes macho en las raíces.

La adaptación en relación a los puntos compresivos se detectan cuando hay socavados bilaterales en el reborde residual que interfieren en la colocación de la sobredentaduras o cuando hubo sitios compresivos en la impresión definitiva. (9).

Debemos dar a nuestro paciente una cita cuarenta y ocho horas después de haber colocado la sobredentadura, para revisar la misma y buscar los tres puntos de contacto. (13)

Si nuestro paciente se encuentra cómodo, se cementan en posición los anclajes machos. A continuación se insertan las sobredentaduras en los anclajes. (13)

El odontólogo tiene la responsabilidad no solo de educar a los enfermos sino también de motivarlos para que lleven a cabo los procedimientos prescritos para cuidar la salud bucal. (16)

La buena higiene bucal es necesaria para el éxito de nuestro trabajo. Una mala higiene bucal conducirá al fracaso por caries ó enfermedad periodontal. (17)

Uno de los mayores retos que enfrenta el dentista es la necesidad de motivar a los pacientes para que practiquen procedimientos eficaces de higiene bucal. (16)

No es fácil cambiar ó modificar costumbres y el odontólogo debe reconocer que es muy difícil aumentar el nivel de higiene bucal que acostumbran las personas. (16)

Mientras exista un programa vigoroso de la remoción de placa dentobacteriana y aplicaciones frecuentes de flúor, el diente reducido seguirá sirviendo como soporte estable de la sobredentadura. (17)

La relación oclusal de los pacientes debe verificarse en las visitas posteriores para determinar si hay algún cambio. (17)

Cuando se observan discrepancias oclusales estas deberán corregirse lo más rápido posible para que nuestro paciente no tenga un problema más serio posteriormente. (17)

Los cambios leves pueden rectificarse por medio de remontaje y desgaste selectivo. (17)

Cabe citar a nuestro paciente cada tres meses para verificar su higiene y ver si no surgieron caries o enfermedad periodontal durante este tiempo. (17)

Las indicaciones que daremos a nuestro paciente son las siguientes:

1.- Lavar y enjuagarse la boca tres veces al día después de cada comida.

2.- La prótesis deberá ser retirada de la boca después de cada alimento y lavada con cepillo especial utilizando detergente líquido ó jabón y agua. (9)

0

Se recomienda usar un cepillo blando para limpiar diariamente las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua. (9)

Este procedimiento proporciona una estimulación para mayor circulación y elimina los residuos de alimento que podrían causar irritación de la mucosa y provocar olores desagradables. (9)

Al aplicar este paso es muy importante recomendar a nuestro paciente que se cepille el área ó zona donde se encuentra el ó los dientes pilares. Es muy recomendable que nuestro paciente con uno de sus dedos muy bien lavados de un vigoroso masaje sobre su encía.

Hacerle notar una higienización minuciosa una vez al día, de preferencia por las noches, después de esta ya no deberá ingerir alimentos hasta un nuevo día. (9)

Es muy importante recomendarle al paciente como deberá ser el uso de su sobredentadura, algunos profesionistas aseguran que es mejor usarla ininterrumpidamente porque abreviara el periodo de acostumbramiento a la mitad y los tejidos bucales estarán mejor adaptados, porque no se pierde el tono muscular. (11)

Otros recomiendan el uso de la prótesis solo durante el día, para dejar que los tejidos descansen durante la noche.

Una opinión más recomienda el uso de la prótesis completo día y noche solo en el periodo de adaptación a la misma.

Una opinión personal es que cada paciente y cada caso son diferentes, por lo tanto se debe tratar de acuerdo al caso y al paciente pero es muy importante recomendarle a nuestro paciente que periódicamente nos visite para hacer una revisión minuciosa de sus tejidos bucales.

Es muy importante recomendarle al paciente que realice enjuagues de flúor en gel diariamente en los dientes y nichos radiculares, esto es para evitar que los pilares se carien. (14)

Muchas lesiones que se han encontrado en la boca de aquellos pacientes que usan continuamente la prótesis; inflamación por el efecto aislante de la misma, tumores por mala adaptación, úlceras por decúbito, es a consecuencia de que el paciente no regresa a nuestro consultorio para revisión de tejidos antes mencionados, estos se mejoran notablemente cuando indicamos a nuestro paciente retirar sus prótesis por las noches. (14)

Se le aconseja al paciente que practiqué la lectura en voz alta y que repita palabras o frases de difícil pronunciación. (9)

Se le advertirá que durante este período es conveniente reducir la masticación a tipos simples de alimentos, sin intentar la masticación de alimentos resistentes. Se le indicará que coloque alimentos relativamente blandos cortados en pequeños trozos hacia la comisura. (9)

Se cita al paciente a las 24 hrs., siguientes para un examen y ajuste.
(14)

Son diferentes las opiniones de autores en la primera cita, posterior a la intervención en donde son colocadas las sobredentaduras, ya anteriormente mencionamos de 48 hrs. En la práctica creo que es mejor 24hrs., después ya que mientras más atenciones tengamos con nuestro paciente mejores resultados tendremos con nuestro trabajo.

Esta cita es para hacer una revisión de la sobre extensión de los flancos tanto vestibulares como linguales. Se localizará una zona roja ó también ulceraciones si es muy severa. (14)

Con interrogaciones a nuestro paciente concluiremos lo anterior para darle un tratamiento adecuado.

CONCLUSIONES

ESTA TERCERA
SALA DE LA FACULTAD

CONCLUSION

El uso de la sobredentadura es uno más de los recursos con los que cuenta el odontólogo para dar un tratamiento más conservador a sus pacientes.

Los fines ó beneficios no son solo funcionales, también nos ayuda a preparar a nuestro paciente psicológicamente, ya que con un proceso alveolar completo es más fácil que nuestro paciente aprenda a hacer uso de su prótesis.

Esta sobredentadura es también de mucha importancia por que nuestro paciente sabe que no es un desdentado completo.

Es muy importante la selección del paciente para poder realizar este tipo de técnica, puesto que se requiere una higiene meticulosa y que el paciente sea a la vez una persona muy consciente y cooperadora.

El uso de la sobredentadura va adquiriendo un mayor interés con el paso del tiempo, con ésta técnica tenemos la oportunidad y obligación de realizar una mejor odontología.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De Franco, R.L. / Sobredentaduras / Clinicas Odontológicas de Norteamérica / E.U.A. / 1977.
- 2.- Malone, F.P. William, Porter, C. Zigmund / Manejo de los tejidos en Odontologia Restaurativa. / Ed. Manual Moderno / México / 1982.
- 3.- Ingle, J. T., Taintor, J. F. / Endodoncia / Ed. Interamericana / México / 1978.
- 4.- Zarb, George, A., Berman, Clayton, A. Joseph, Mackey, F. High / Tratado Prostodónico para el parcialmente desdentado / Ed. Munsu, S. A. I. C. y F. / Argentina / 1985.
- 5.- Winkler, S. / Prostodoncia Total / Ed Interamericana / México / 1982.
- 6.- Shilimburg, Hebert, T.J.r., Hobo Sumiya, Whitsett, Lowel, D. / Fundamentos de Prostodoncia Fija / Ed. La préesa médica mexicana. / 1983.
- 7.- Ripol, G. Carlos / Prostodoncia Conceptos Generales / Prop. de promoción y mercadotecnia / México / 1976.

- 8.- Turrel, Julio, C. / Rehabilitaciones Dentarias / Ed. Mundi, S. A. I. C. y F. / Argentina / 1976.
- 9.- Ozawa Deguchi, José / Prosthodontia Total / U. N. A. M. / México / 1981.
- 10.- Sharry, John, J. / Prosthodontia Dental Completa / Ediciones Toray, S. A. / Barcelona / 1977.
- 11.- Carranza, F. A. / Periodontologia Clinica de Clickman / Ed. Interamericana / México / 1987.
- 12.- M. Morrow Robert, Kenneth, D. Rudd, Rahoards, John E. / Procedimientos en el laboratorio Dental 1. / Ed. Salvat S. A. / Barcelona.
- 13.- Buchman, Jak, Menekratis, Ajax / Dentaduras Completas Ancladas / Ed. Labor, S. A. / España
- 14.- Robles Santana Felipe de Jjesús. / Herrera Urbina Jaime. / Manual de Prosthodontia Total. / Ed. / U. A. G. / México / 1980.
- 15.- Boucher, Carl O. Hickey, Judson O., Zarb, George A. / Prótesis para el Desdentado Total. / Ed. Mundi, S. A. I. O. y F. Argentina.

16.- Boucher, L. J. Renner, R. P. / Rehabilitación del Desdentado Parcial / Ed. Interamericana / México 1982.

17.- Tyliman, S. D. Malone , F. P. / Teoría y Práctica de la Prostodoncia Fija / Ed. Intermédica / Argentina 1981.

18.- Alvin L. Morris, Harry M. Bohannan. / Ed. Labor S. A. / México 1983.