



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SOBREDENTADURAS

TESINA

QUE PRESENTA:

CASTRO ANGEL, REBECA

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

Director de Tesina:

C.D. GUSTAVO MONTES DE OCA

DICIEMBRE DE 1996



FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Vo. Bo.*  
*[Firma]*



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.

## DEDICATORIAS

### A MIS PADRES

Por haber nacido de su unión,  
porqué siempre me apoyaron y  
fueron mi guía. Por su eterno  
amor. A mi Padre que nunca -  
dudó de mi capacidad, ocupando  
un lugar especial : Mi Idolo.

### A MIS HERMANOS

Porqué se que están orgullosos  
de mi y a los cuales quiero mucho.

### A MIS SOBRINOS

Espero que trasciendan en todo lo  
que realizen y logren lo que yo ó  
mucho más.

### A MI HERMANA SILVI

Por todo el apoyo que me brindó  
en la realización de esta Tesina.

**A MI SOBRINO JOSE LUIS**

Por ser mi hermanito.

**A BENITO**

Porqué lo Amo.

**A CARMEN Y GIL**

Por su gran amistad y aceptación.

**A MI ASESOR**

C.D. Gustavo Montes de Oca.

Por dedicarme su tiempo y

conocimiento, Gracias

# **SOBREDENTADURAS**

# I N D I C E

<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>CAPITULO 1 GENERALIDADES</b>	
1.1 INDICACIONES Y PLANIFICACION	2
1.2 CONTRAINDICACIONES	3
1.3 VENTAJAS	3
1.4 DESVENTAJAS	7
1.5 CRITERIOS DE EVALUACION	7
<b>CAPITULO 2 PLAN DE TRATAMIENTO</b>	
2.1 PRONOSTICO PERIODONTAL	10
2.2 PRONOSTICO ENDODONTICO	12
2.3 PRONOSTICO PROTESICO	13
2.4 MEDIDAS QUIRURGICAS	16
<b>CAPITULO 3 NECESIDAD DEL USO DE UNA SOBREDENTADURA</b>	
3.1 SOPORTE DENTARIO PARA LAS FUERZAS OCLUSALES	17
3.2 CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR	17
3.3 APORTE SENSORIAL	18
<b>CAPITULO 4 ELEMENTOS DE CONSTRUCCION</b>	
4.1 POSIBILIDADES DE CONTRUCCION	20
4.2 ELEMENTOS DE APOYO	21
4.3 ELEMENTOS DE ANCLAJE Y SU ELECCION	21

**CAPITULO 5 METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO.**

5.1 PREPARACION DE PILARES	26
5.2 SOBREDENTADURAS INMEDIATAS	29
5.3 TOMA DE IMPRESION	39
5.4 IMPRESION GLOBAL	40
5.5 DETERMINACION DE LA OCLUSION	41
5.6 PRUEBA GLOBAL	42
5.7 BASE	43
5.8 INSERCCION DE LA DENTADURA	45

**CAPITULO 6 PROCEDIMIENTOS DE SUPERVISION**

6.1 HIGIENE BUCAL Y USO DE FLUOR	47
6.2 PROCEDIMIENTOS DE REBASADO	48
6.3 PROBLEMAS	49
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>52</b>

## I N T R O D U C C I O N

Las sobredentaduras son prótesis removibles totales o parciales soportadas por dientes naturales. Su mayor área de contacto es la mucosa. PROTESIS MUCODENTOSOPORTADA.

Si en un paciente existen dientes conservables, el Cirujano Dentista procederá a prepararlos endodónticamente. Con el objetivo principal de mantener tres cosas muy importantes : soporte dentario para las fuerzas oclusales, conservación del hueso alveolar y aporte sensorial.

El Cirujano Dentista tiene que realizar una evaluación detallada para poder dar el diagnóstico de una sobredentadura. Tomar en cuenta todas las condiciones bucales, para que no exista un fracaso a futuro.

Ver la necesidad de todo paciente de usar una sobredentadura, el Cirujano Dentista debe poner empeño y conocimiento de realizar tratamientos rehabilitadores que ayuden a evitar la extracción. También explicarle al paciente las ventajas y los costos para estimularlos.

Si el paciente esta cerca de convertirse en edéntulo, es necesario explicarle las ventajas de la sobredentadura, a diferencia de la dentadura normal; y así el Cirujano Dentista puede salvar todas las raíces posibles.

Al usar la sobredentadura el paciente tendrá la comodidad y funcionalidad requeridas para estar bien.



## C A P I T U L O 1. GENERALIDADES.

### 1.1. INDICACIONES Y PLANIFICACION.

#### INDICACIONES.

Antes de hablar de ventajas y desventajas necesitamos la indicación. Además de parámetros clínicos y pronóstico periodontal, distribución topografica de los dientes desiguos, higiene, crestas alveolares, función neuromuscular existen factores psicológicos que nos ayudan a seleccionar al paciente para la recomendación del uso de sobredentaduras tales como :

- Actitud del paciente hacia sus dientes y la prótesis.
- Posibilidades económicas.
- Disposición al tratamiento.

La sobredentadura esta indicada cuando :

- a) Se puede conservar al menos un diente
- b) Higiene bucal suficiente, o que pueda ser aprendida ( evitando el colapso carioso o periodontal).
- c) Pronóstico protésico total desfavorable ( atrofia de crestas alveolares, xerostomía, reflejo faríngeo pronunciado, capacidad de aprendizaje insuficiente, razones psicológicas ).
- d) Cualquier otro tratamiento dañaría más los dientes residuales.

Es espectro de las indicaciones abarca desde prótesis a corto plazo, hasta la solución a largo plazo :  
SOBREDENTADURAS PROVISIONALES, TEMPORALES Y DEFINITIVAS.

### 1.2. CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones son realmente pocas y están relacionadas principalmente con ausencia de motivación de parte del paciente, además de problemas físicos y psicológicos; ya que esto puede repercutir en la realización de un buen control de placa preventivo. Las sobredentaduras estan contraindicadas cuando los dientes remanentes pueden restaurarse con prótesis fijas o parciales removibles, también cuando no puedan realizarse satisfactoriamente los tratamientos endodónticos.

### 1.3. VENTAJAS.

Las sobredentaduras ofrecen muchas ventajas como son :

- Conservación del hueso alveolar; las fuerzas de cargas oclusales es sostenida en parte por los dientes conservados. La presencia de una raíz sana posee un efecto biológico sobre el hueso alveolar. Mayor estabilidad funcional al conservarse el perfil de la cresta alveolar.
- Mayor estabilidad de la prótesis, sobre todo en inferiores como elementos de referencia.
- Mayor eficacia masticatoria ( por estabilidad y retención) por lo tanto mayor función.
- Menor carga a la mucosa.

- Menor extensión de la base en el maxilar superior sólo cubre parcialmente el paladar ( es de gran importancia Psicológica para el paciente ), Esto por los elementos de retención.

#### PLANIFICACION.

El inicio de toda planeación protésica se da por :

1. La exploración clínica.
2. La exploración radiológica.
3. El planteamiento de los hallazgos.

Se debe evaluar específicamente la vitalidad, estado periodontal y el de la sustancia dental dura de la dentición remanente por medio radiográfico.

Sin descartar la ANAMNESIS,<sup>(1)</sup> pues a menudo estos factores no clínicos son más decisivos para la realización protésica de una sobredentadura, que la propia situación clínica.

#### DESARROLLO DE LA PLANIFICACION.

Necesitamos todos los procesos posibles de planificación ya que luego es difícil una planificación definitiva a partir de las indicaciones. La planificación se desarrolla en varias fases :

FASE 1. Elección de los dientes que merecen conservarse y los que no lo merecen. Se desarrolla paralela al planteamiento de las indicaciones.

(1) Ambiente social, exigencias, disposición y capacidad de colaborar, posibilidades económicas.

FASE 2. Necesidad de mantenerlos. Determinación de dientes que merecen o es imprescindible conservarse. Según resultados, se realizan propuestas de tratamiento y se comentan con el paciente.

Derivando planificación provisional.

FASE 3. Planificación protésica definitiva y particularidades constructivas. Se efectúa tras la última prueba de la prótesis ( efectuada con dientes en cera ).

Existen casos que no necesitan la planeación definitiva pues en las fases uno y dos de mantenimiento no se aconseja iniciar la elaboración de una sobredentadura definitiva.

En casos como el anterior se realiza una planificación de control a control. ( regresamos a la segunda fase, de determinación de dientes que merecen conservarse; repitiendola constantemente. Para que no existan equivocaciones respecto a la planificación definitiva ). Ver figura 1.

- Mayor facilidad de adaptación e inserción.
- Mejora de la proporción corona-raíz. Por reducción de la altura de la corona, da lugar a un pronóstico mejor para el diente y el hueso alveolar.
- Psicológicamente el conservar uno o dos dientes es un estímulo para el pacientes, ya que la pérdida total de los dientes va asociada al envejecimiento. NO SE CONSIDERAN EDENTULOS. Generando motivación responsabilidad y mejor adaptación al uso de la sobredentadura.

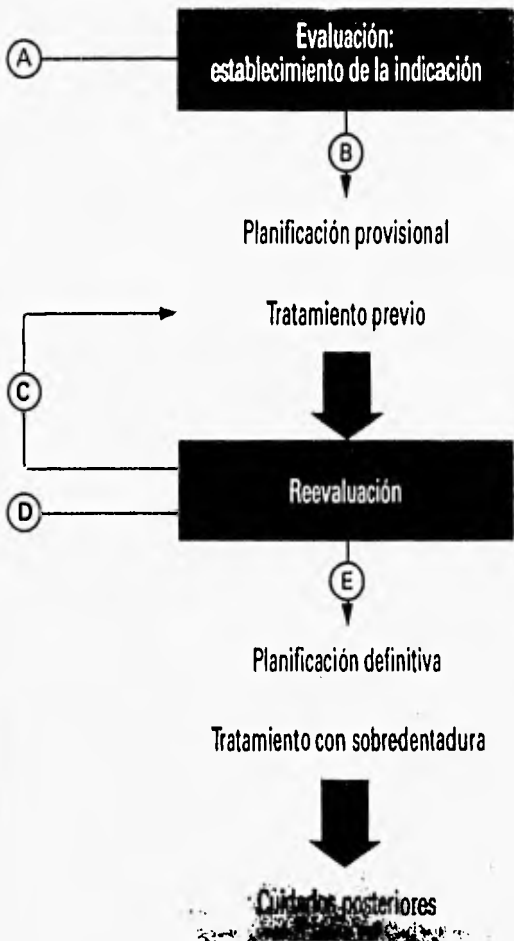


figura 1

**Desarrollo de la planificación y tratamiento**

**Fase del tratamiento 1**

Elección de los dientes que merecen conservarse y de los que no lo merecen. Esta fase se desarrolla paralelamente al planteamiento de las indicaciones.

**Fase del tratamiento 2**

Determinación de los dientes que merecen o es imprescindible conservarse. Según los resultados se llevan a cabo las propuestas de tratamiento y se comentan con el paciente. De ello derivará la planificación provisional por la cual se regirán los tratamientos previos necesarios.

**Fase del tratamiento 3**

Determinación de la planificación definitiva en lo referente al número y tipo de reconstrucción de dientes prótesis. Se realiza como mínimo una vez efectuada una reevaluación estricta de la planificación provisional según la situación tal como se presentará al final del tratamiento previo. La decisión definitiva acerca de los detalles constructivos se toma tras la última prueba de la prótesis efectuada con cera.

- A Decisión negativa en la evaluación: no a la sobredentadura.
- B Decisión positiva en la evaluación: planificación provisional.
- C Decisión negativa provisional en la reevaluación: verificar con nuevos tratamientos previos.
- D Decisión negativa definitiva en la reevaluación: renuncia a un tratamiento con sobredentadura.
- E Decisión positiva en la reevaluación: planificación definitiva.

- Facilita la ubicación de los dientes artificiales.

#### 1.4. DESVENTAJAS.

La desventaja principal de la sobredentadura es que los procedimientos clínicos consumen más tiempo y generan más gastos.

#### 1.5. CRITERIOS DE EVALUACION.

##### FACTORES CLINICOS.

La descripción de la conservación básica de un diente, es la decisión más sencilla de todas las planificaciones. En la primera fase los dientes que no se consideran claramente perdidos los contemplamos como conservables. La determinación y la necesidad de mantener un diente conservable es el factor de diagnóstico y planificación más importante, pues exige considerar tanto datos clínicos como no clínicos y decidir prioridades.

Para tomar una decisión utilizamos cuatro parámetros, que se deben relacionar con el estado clínico real de cada diente y su pronóstico.

##### 1. IMPORTANCIA ESTRATEGICA DE UN DIENTE.

Se mide por la influencia negativa que su pérdida tendría sobre la construcción protésica ulterior. Cuanto más extrema sea la reducción de la dentadura residual y más urgente la indicación de una solución de la sobredentadura. Tanto mayor es la importancia estratégica de un diente,

aunque su pronóstico de conservación no sea positivo.

La importancia estratégica de un diente debe medirse en función del pronóstico de una prótesis total como solución alternativa.

## 2. SI LA CARGA PROBABLE DE UN DIENTE.

Empeora su pronóstico, deberá evaluarse detenidamente su valor estratégico.

## 3. HIGIENE BUCAL SATISFACTORIA.

- Habla de la conservación de pilares, aunque las condiciones iniciales no sean favorables clínica y radiográficamente. Selección severa de pilares cuando la higiene no se mejora.

- Cuando la sobredentadura es provisional, facilita la adaptación a la prótesis total, la formación de reflejos y el entrenamiento protésico.

La higiene bucal es secundaria ya que constituye tan solo una solución de transición a la prótesis total.

## 4. ESFUERZO NECESARIO PARA LA CONSERVACION DEL DIENTE.

En tiempo y materiales para la conservación de un pilar

## FACTORES NO CLINICOS.

Son importantes para emitir un juicio global desempeñando un papel decisivo en la planificación global.

1) Deseos, idea inicial y exigencia del paciente.

2) Disposición, posibilidades económicas.

- 3) Ambiente Psicosocial.
- 4) Estado de salud general
- 5) Prospectivo y capacidad de cooperación.



## C A P I T U L O 2. PLAN DE TRATAMIENTO.

### CRITERIOS PARA CONSERVAR DIENTES - MEDIDAS PREPARATORIAS.

#### 2.1. PRONOSTICO PERIODONTAL.

El tratamiento periodontal inicial nos determina si es posible sanear periodontalmente plares seleccionados y crear condiciones histológicas para la carga por una sobredentadura. El tratamiento periodontal comprende - dos fases :

- 1) TRATAMIENTO INICIAL. (Fase higiénica) comprende la elaboración de condiciones higiénicas, mediante limpieza de los dientes, eliminación de caries, colocación de obturaciones provisionales, eliminación de irritación yatrógena marginal, tratamiento de los traumatismos producidos por prótesis deficientes y las instrucciones para tomar medidas de higiene bucal adecuadas. Ya que se evitó la gingivitis ocasionada por la placa bacteriana, realizamos la higiene de la superficie radicular subgingival mediante raspaje profundo alisamiento radicular, eliminación de bolsa epitelia y el tejido conjuntivo epitelial infiltrado mediante curetaje cerrado de las partes blandas. Evaluar los pasos del tratamiento efectuado hasta ahora.
- 2) TRATAMIENTO OPERATORIO (QUIRURGICO). Cuando se determina en el tratamiento inicial que se lleven a cabo intervenciones periodontales quirúrgicas incluiremos :

- Alisamiento radicular.
- Reducción quirúrgica de bolsas periodontales (gingivectomía y/o operación de colgajo.
- Alargamiento de corona de forma quirúrgica.
- Ampliación de la encía adherida por intervención de cirugía mucogingival.

Las caries radiculares con frecuencia se eliminan con gingivectomía.

En caries radicular por debajo del hueso, se realiza un alargamiento de corona.

#### CONSECUENCIAS DE UNA PREPARACION PERIODONTAL DEFICIENTE.

- 1) Elevada tendencia a sangrar de la encía inflamada de los dientes pilares.
- 2) En condiciones favorables, la herida ocasionada durante la preparación en el tejido inflamado va curándose lentamente. Ocasionando la retracción de la encía.

Cuando no se espera la curación final del tejido y no se prepara ni reduce la raíz.

- 3) En condiciones desfavorables, por ejemplo en casos de mala higiene bucal en cofias radiculares, con márgenes subgingivales y cofias radiculares y bases mal diseñadas, las heridas provocadas no cicatrizan en tejido inflamado aparece hiperplasia gingival y proliferaciones que deberán tratarse de forma operatoria posteriormente.

## 2.2. PRONOSTICO ENDODONTICO.

Casi todos los dientes evaluados para usar sobredentaduras necesitan tratamiento endodóntico.

Existen casos en prosnas mayores, en las que las cámaras pulpaes y conductos radiculares se encuentran obliterados y que no requieren tratamiento endodóntico, dientes vitales provistos con coronas telescópicas, dientes muy abrasionados y dientes desvitalizados.

En los demás casos si lo necesitan, puesto que la corona se debe acortar a la altura de la encía, el conducto radicular será receptor de una espiga radicular o tornillo.

En el desarrollo del tratamiento ulterior habrá que abrir de nuevo el conducto radicular para introducir la espiga.

La obturación radicular con plata, cementos de resina artificiales y otros que endurecen totalmente está contraindicados, a no ser que se combinen con gutaperchas; al realizar la desobturación no se extrae toda la punta de gutapercha, se deben dejar 3 mm. y se procede con cuidado al hacer la preparación en el canal cerca del ápice

Es necesario tomar una radiografía con la espiga colocada.

Se debe efectuar el tratamiento endodóntico paralelo o antes al tratamiento parodontal.

PREPARACION ENDODONTICA. Bajo estricta asepsia (dique de goma si es posible ).

PREPARACION BIOMECANICA. Se realiza con instrumental, especial, estabilizado con la longitud de trabajo regulable.

ESTADO RADIOGRAFICO, Determinación radiográfica de la longitud.

OBTURACION. Verificada con radiografías de control.

### 2.3. PRONOSTICO PROTÉSICO.

Las medidas protésicas más importantes son :

- Adecuación de una sobredentadura.
- Modificación de la prótesis pre existente.
- Primera rehabilitación mediante prótesis parcial removible
- Medidas de diagnóstico funcional.

#### a) ADECUACION INICIAL PARA COLOCAR UNA SOBREDENTADURA.

Se pueden modificar los elementos de construcción que consideramos obsoletos desde el punto de vista periodontal, esto para que no traumatizan más el tejido sobre el que descansa la prótesis (retenedores protésicos dentales no apoyados). Lo solucionamos, adaptando a tiempo la prótesis parcial a una sobredentadura. Esto no va a reducir la carga de la porción maxilar desdentada. La higienización periodontal de los pilares dentales que recibirán una nueva rehabilitación protésica mediante sobredentaduras, puede realizarse con mejores expectativas de éxito, que mediante la traumatización continúa a consecuencia de una prótesis parcial deficiente.

Se realiza eliminación de apoyos oclusales que traumatizan.

b) MODIFICACIONES DE PRÓTESIS PRE EXISTENTE.

Cuando la prótesis anterior ha provocado daños en los tejidos en los cuales descansa, se sustituye por otra nueva sobredentadura.

Si no se elimina mediante la nueva prótesis las expectativas de éxito de las medidas del tratamiento para la higiene del tejido afectado resultan escasas. En ocasiones influye en el pronóstico de la nueva rehabilitación protésica.

La sobre extensión de la prótesis pre existente y su ajuste, puede provocar sobrecargas oclusales erróneas o causas quimiotóxicas a causa de acumulación de placa bacteriana sobre la cara interna de la prótesis. Por lo general exigen el acondicionamiento neuromuscular, básicamente cuando al mismo tiempo puede restituirse de forma total una dimensión vertical modificada. Tomaremos en cuenta lo siguiente :

- Situación en ortopantomografía (nos puede mostrar que están preparados para extracción ).
- Rehabilitación protésica pre existente.
- Medidas protésicas correctivas. Si se realizarón extracciones hay que rebasar, colocamos retenedores asegurarlo

el apoyo dental quedando restituida la dimensión vertical. Eliminando el traumatismo oclusal.

#### c) PRIMERA REHABILITACION PROTESICA.

Extraer con anterioridad los dientes que no deban conservarse y colocar una prótesis parcial o inmediata en primera fase de corta duración, esto sirve para obtener familiarización del paciente y facilita el período de espera de la reabsorción del hueso alveolar tras la extracción.

Se realiza la construcción de la prótesis adaptada en este tiempo por la sobredentadura inmediata. Si los dientes pilares soportan retenedores a corto plazo o han sido dañados periodontalmente; esta regla será la excepción.

#### d) MEDIDAS DE CARACTER DIAGNOSTICO FUNCIONAL.

La disminución extrema de dimensión vertical por diversas causas se compensa con una prótesis nueva mediante elevación de mordida, si existen condiciones de adaptación neuromuscular.

La capacidad de adaptación neuromuscular puede observarse a lo largo de varias semanas o meses gracias a parámetros como : hallazgo orales del sistema masticatorio, actividad parafuncional, abrasión, fisionomía.

Una elevación de dimensión vertical constituye la base para una prótesis definitiva. Se puede colocar una placa para la elevación de mordidas.

#### 2.4. MEDIDAS QUIRURGICAS.

Se dice que el 25% son hallazgos radiológicos casuales como : restos radiculares, dientes inadaptados, quistes, alteraciones de hueso. Siendo necesaria la intervención quirúrgica.

Se realizan diversas cirugías que mejoran el asiento de la sobredentadura.

- Extracciones.
- Ceretaje abierto o cerrado.
- Excisión de la cresta.
- Excisión de papilas interdentes.
- Frenipectomías.
- Extensiones de vestíbulo.

Esto se realiza tres o cuatro meses antes de la rehabilitación definitiva, por la reabsección regional del hueso alveolar.

## C A P I T U L O 3. NECESIDAD DEL USO DE UNA SOBREDENTADURA.

### 3.1. SOPORTE DENTARIO PARA LAS FUERZAS OCLUSALES.

Las raíces dentarias ofrecen el mejor soporte a las fuerzas oclusales. Miller dijo, que ambos maxilares fuerón destinados a alojar los dientes, no a sostener dentaduras. El reborde alveolar no ofrece soporte para las fuerzas oclusales, ya que no es tan adecuado como las raíces dentarias.

Los dientes conservados son empleados en la sobredentadura como soporte primario.

Las fuerzas oclusales transmitidas a lo largo del eje longitudinal de los dientes, parece la más compatible con la salud del ligamento periodontal.

### 3.2. CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR.

La conservación de los dientes en las sobredentaduras protegen el hueso alveolar.

Se realizó una comparación de dos pacientes durante cinco años donde el primero usó sobredentadura inferior conservando los dos caninos, y el segundo se le colocó una dentadura total convencional. Se obtuvo un resultado de diez veces menos pérdida de hueso en pacientes con sobredentaduras.

La reabsorción del hueso alveolar en la porción anterior de la mandíbula, es más rápida después de la extracción de todos los dientes naturales.



La conservación de dientes, posee un efecto biológico y protector del hueso alveolar. Ejerce influencia fisiológica positiva en la conservación del hueso.

### 3.3. APORTE SENSORIAL.

#### PROPIOCEPCION Y PERCEPCION.

La conservación del aporte sensorial es uno de los objetivos principales en el uso de una sobredentadura.

En el ligamento periodontal hay información sensorial referida a la dirección de las fuerzas oclusales. Existen receptores que son responsables de que la mandíbula cierre en posición intercuspídea sin interferencias, contribuye al proceso de la sensibilidad propioceptiva.

Dependiendo de la integración del aporte sensorial, es la función masticatoria. Este aporte sensorial se origina en las terminaciones nerviosas sensoriales (RECEPTORES).

PROPIOCEPCION. Su significado es darse cuenta de uno mismo. Permite al individuo darse cuenta de la posición del cuerpo, extremidades, mandíbula. Suma total de aporte sensorial donde los receptores proporcionan información sobre la posición y movimientos de la mandíbula.

Con la extracción de todos los dientes se pierde el aporte propioceptivos de los receptores del ligamento periodontal.

El uso de la sobredentadura conserva una parte del

aporte propioceptivo, constituyendo determinantes de la función masticatoria.

Estos propioceptores del ligamento son de tipo reflejo subconciente.

PERCEPCION. Registro mental conciente de un estímulo sensitivo. Algunas señales propioceptivas llegan al cerebro y son recibidas como percepción.

- Existe una concentración mayor de receptores sensitivos en la parte anterior de la boca.
- El canino tiene mayor sensibilidad que los demás dientes.
- La sensibilidad dimensional nos da la información sensorial del ligamento. Refiriéndose a la dirección de las fuerzas de cargo.
- Dientes naturales con o sin endodóncia da respuestas propioceptivas a las cargas oclusales.
- Persepción dimensional. Distinción conciente de los diferentes espesores de objetos. Sensibilidad a la textura.
- Existe relación estrecha entre aporte sensorial de receptores del ligamento y la actividad muscular.
- El nivel de percepción bucal disminuye según aumenta la edad.

## C A P I T U L O 4. ELEMENTOS DE CONSTRUCCION.

### 4.1. POSIBILIDADES DE CONSTRUCCION.

Según el tratamiento de los dientes desiduales o raíces va a ser su función de apoyo para el anclaje de una sobredentadura.

Cabe distinguir entre :

- Elementos de apoyo

- a) Raíz dental obturado con amalgama, composite o cemento de ionómerode vidrio.
- b) Cofias radicales de oro sin ataches.

- Elementos de retención.

- a) Anclaje individual. Sin cofias radicales montados directamente sobre el conducto radicular. En combinación con cofias radicales.
- b) Barras
- c) Teléscopicas

En pronóstico dudoso de sobredentadura podemos mantener las últimas raíces dentales con prótesis temporales. Con esto aseguramos la planificación de la construcción final. Es necesario verificar el comportamiento del paciente respecto a la higiene, durante la fase de provisionales. Si el paciente muestra buena higiene, más pronto se decidirá su mantenimiento.

#### 4.2. ELEMENTOS DE APOYO.

Se definen como todos los dispositivos que sirven para transferir la presión de mordida sobre el Periodonto. El método más barato es la raíz central obturada con amalgama o composite, después del tratamiento endodóntico. El cuidado conciente de la boca y prótesis es indispensable para mantener estas raíces dentales. La placa bacteriana la combatimos con fluoruros y clorhexidina.

La raíz que se emplea como elemento de apoyo puede cubrirse con una corona de oro como protección contra la caries. Cuando el pilar se acorta hasta la encía se requiere la corona de oro, con un espiga en el conducto radicular.

Mantener las raíces dentales como elementos de apoyo exige la conservación del perfil de la cresta, aumentando el funcionamiento de la prótesis.

- Coffa radicular de oro sin retención
- Coffa radicular de oro con retención
- Raíz dental sellada con amalgama.

#### 4.3. ELEMENTOS DE ANCLAJE Y SU ELECCION.

Los componentes de retención constan de dos partes, una parte macho y la otra hembra. La parte macho se une al pilar como anclaje primario la parte hembra se integra a la base de la prótesis como anclaje secundario. LOS PODEMOS LLAMAR ANCLAJES OCULTOS.

## FUNCIONES

- Fijas la prótesis frente a fuerzas de tracción y levantamiento.
- Apoyo de la prótesis sobre los dientes y raíces residuales
- Transmisión de las fuerzas masticatorias entre periodonto y prótesis ( transmisión de la presión ).
- Distribución de las fuerzas de empuje
- Estabilización de bloques de los pilares residuales

La función principal del atache es asegurar la posición de la prótesis frente a fuerzas que pueden estabilizarla, esto se da por la adhesión del macho y hembra. Este efecto se consigue por fricción de la superficie en contacto en el macho y hembra.

La resistencia del elemento protésico de unión frente a las fuerzas desestabilizantes, debe ser necesaria para asegurar la estabilidad de la prótesis.

Los anclajes magnéticos, no han sido construidos según el principio hembra y macho. Están compuestos de un imán de cobalto y samario, colocados sobre la base de la prótesis y de un poste radicular imantado o una placa de anclaje de una aleación de paladio, cobalto y níquel.

Estos anclajes magnéticos, son elementos de retención, que transfieren bajas fuerzas de tracción a las raíces. Son corrosivas por eso se indican poco.

## ANCLAJES RIGIDOS

Se denomina rígido cuando rodea el pilar sin permitir movimiento entre el anclaje y la prótesis, cuando los aditamentos hembra y macho se ensamblan, permitiendo ventajas como :

- Escasa carga de las crestas maxilares desdentadas en la función y para función.
- Basculación limitada de los pilares en respuesta a la tracción.

## ANCLAJES MOVILES

Se les llama móviles cuando permiten movimientos rotatorios de las prótesis el anclaje en una o varias direcciones.

VENTAJA: Efectos limitados de los movimientos de basculación sobre los dientes pilares.

DESVENTAJA: Mayor sobrecarga sobre el asientos de la prótesis.

- Mayor basculación dental en respuesta a la tracción lateral.

## ANCLAJES RESILENTES

Son elementos de retención con libertad de movimiento vertical se deben evitar el uso de este tipo de ataches, porque necesitan más espacio y su montaje suele ser más complicado, resultando mecánicamente sensibles.

La libertad de movimiento vertical, acelera la reabsorción de la cresta y compresión de la mucosa. Resultando alteraciones de la oclusión.

#### ELECCION DE ELEMENTOS DE ANCLAJE

Básicamente deben elegirse ataches grandes y estables, permitiendo retención segura de la prótesis y desgastan menos que los pequeños. Es mejor utilizar ciertos tipos de anclaje de eficacia probada.

Siempre que sea posible deben emplearse elementos de anclaje rígidos, ya que estos tienen una pequeña sobrecarga de la cresta alveolar desdentada y están sujetos a un menor número de reparaciones.

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

Los resilentes se indican solo cuando hay dientes aislados, con posición desfavorable o cuando se da una gran capacidad de la mucosa.

Los anclajes pueden ser individuales o unidos con iones de barras su uso depende de la cantidad y distribución de las raíces existentes y su estado periodontal.

Los anclajes individuales estan indicados en :

- Dientes aislados
- Una distribución diagonal de los pilares
- Diastemas extensos que no se pueden cubrir con barras.

- Espacio reducido sobre las crestas alveolares para incorporar las prótesis.
- Maxilares afilados.

La higiene de los anclajes individuales suele ser más sencilla que la de las uniones en barra.

En las uniones en barra, esta debe ser recta, por lo que su adaptación a la forma de la arcada no es la adecuada. Las conexiones de barra se emplean en :

- Dientes periodontalmente débiles
- Coronas con anclaje corto en el conducto radicular (raíces cortas).
- Para mayor estabilidad mecánica y menor desgaste que en los anclajes individuales.



## C A P I T U L O 5. METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO.

### 5.1. PREPARACION DE PILARES.

Para la preparación de dientes pilares, existen principios básicos :

- 1.- Se debe escoger una raíz o diente pilar éste rodeado por tejidos periodontales sanos.
- 2.- Se deberá llevar a cabo la reducción máxima de la corona del diente. De esa manera se establece una mejor proporción corona-raíz y se encontrará una interferencia mínima con la colocación de los dientes artificiales.
- 3.- La necesidad de una cofia de oro o de un retenedor de cofia de corona y funda. Con Frecuencia un diente desvitalizado y destruido puede ser restaurado con una aleación o una resina compuesta, relondeado y pulido con discos de lija fina.

En ocasiones es necesario una cofia de oro y se puede preparar con o sin una espiga o pernos retentivos, dependiendo de la cantidad de estructura dentaria remanente sobre la adherencia gingival.

- 4.- El paciente debe estar bien motivado para mantener la fase de higiene de la atención periodontal. Se prescribe gel en fluoruro para aplicación diaria en el interior de la sobredentadura para que el fluoruro entre en contacto íntimo con la estructura del diente natural.

5.- Se debe esperar que exista alguna vez la necesidad de extraer uno o más dientes de anclaje.

En la planificación definitiva se va a establecer diversos tipos de preparaciones como :

1) PREPARACION PARA APOYO SIN COFIA RADICULAR.

Comprende las siguientes manipulaciones :

- a) Acortamiento del diente. Los dientes vitales se cortan si la pulpa es retiró de la cofia y la cavidad se ha calcificado.
- b) Redondeado de los bordes.
- c) Sellado del conducto radicular por el lado oclusal. fig. 2-4

2) PREPARACION PARA ELEMENTOS DE RETENCION DE MONTAJE DIRECTO.

Son elementos de construcción que pueden enroscarse directamente a la raíz tratada endodónticamente y cementarse. Indicados para fijar temporalmente las sobredentaduras. Basados en la combinación de un elemento de retención en forma de bola con un tornillo radicular. La forma de preparar el diente es :

- a) Perforación del conducto (previamente tratado con endodoncia), de 1.2 mm. sobre longitud del tornillo.
- b) Ensanchar conducto, con una fresa de acuerdo al tipo de elemento.
- c) Cementado para que quede fijo.

d) Se enrosca el tornillo.

e) Sellado de la raíz. Puede ser con ionomero de vidrio o amalgama, lo cual nos ayuda para realizar el montaje de la parte hembra. figuras 5-9

### 3) PREPARACION DE LOS PILARES PARA COFIA RADICULAR.

Las cofias radiculares, son estructuras conectores de los dientes pilares y la base de la prótesis. Su éxito depende de una adecuada preparación del diente. Se prefiere la preparación supragingival, ya que provoca menos irritaciones secundarias, facilitando la limpieza del borde de la corona incluso con cofias radiculares.

- Deben existir al menos 1.5. mm. supragingival.
- Si la buena higiene bucal impide que formen caries en el borde de la cofia.
- Si los bordes de las cofias eventualmente visibles no causan problemas estéticos, sobre el maxilar superior.
- En vestibolar a 0.5 mm. subgingival solo que el borde de la cofia se elabore con una fina terminación.
- Se realiza subgingival en casos de elevada actividad de la caries.

En la preparación se reduce la raíz con intensidad para que la cofia halle la suficiente retención sobre el diente. La retención se obtiene con el anclaje de la cofia con un poste radicular estándar con asiento encajado en paredes del conducto radicular. Preparación de superficies

radiculares paralela al eje del tornillo radicular.

ampliamos la unión entre espiga y cofia tallando una caja por el lado oclusal, pero no es aconsejable debilitar en exceso la sección radicular oblicua, pues corre riesgo de fractura. figs. 10-14 y fig. 15 formas de preparación.

## 5.2. SOBREDENTADURAS INMEDIATAS.

En cualquier tratamiento de sobredentaduras es necesario una sobredentadura inmediata o provisional hasta la colocación de la prótesis definitiva. Como muy tarde se coloca después de la preparación de dientes pilares. También en cualquier momento a partir de la preparación endodóntica de los dientes conservables.

Secuencia de tratamiento para una sobredentadura inmediata :

- a) Extracción de dientes posteriores (dejando cicatrizar los rebordes alveolares).
- b) Tratamiento endodóntico de los dientes que serán conservados, tratamiento periodontal (instrucciones de higiene y control de placa).
- c) Se toman impresiones finales y se montan en un articulador semiajustable.
- d) Se reducen los dientes que serán conservados Se reducen en el modelo de manera similar a como serán reducidos en la boca.
- e) Los dientes anteriores que se extraerán, también se eliminan en el modelo y los reemplazamos por dientes artificia

Formas de preparación

- a) Para cofias telescópicas (pilar vital)
- b) Para cofias radiculares (pilar vital)
- c) Para apoyo sin cofias (raíz tratada)
- d) Para cofias radiculares (raíz tratada)
- e) Para elementos de retención de montaje directo (raíz tratada)

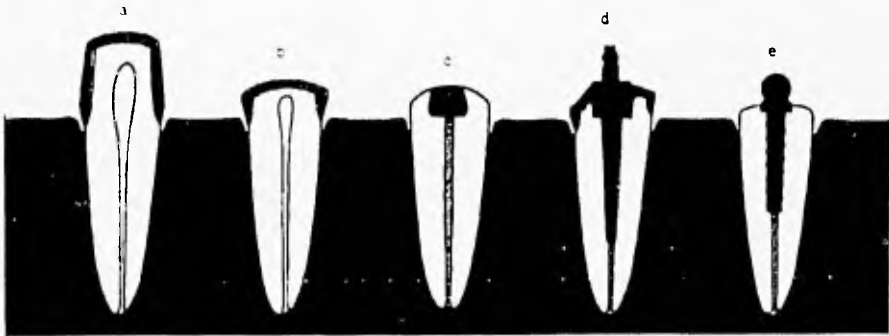


figura 16

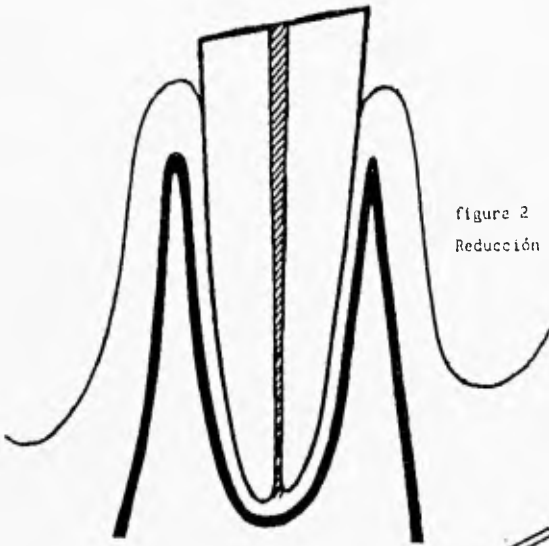


Figure 2  
Reducción

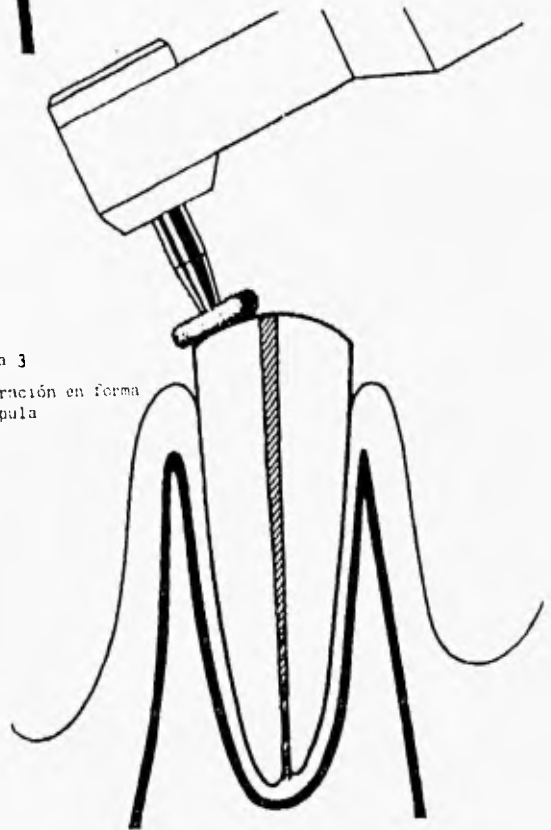


Figura 3  
Preparación en forma  
de cúpula

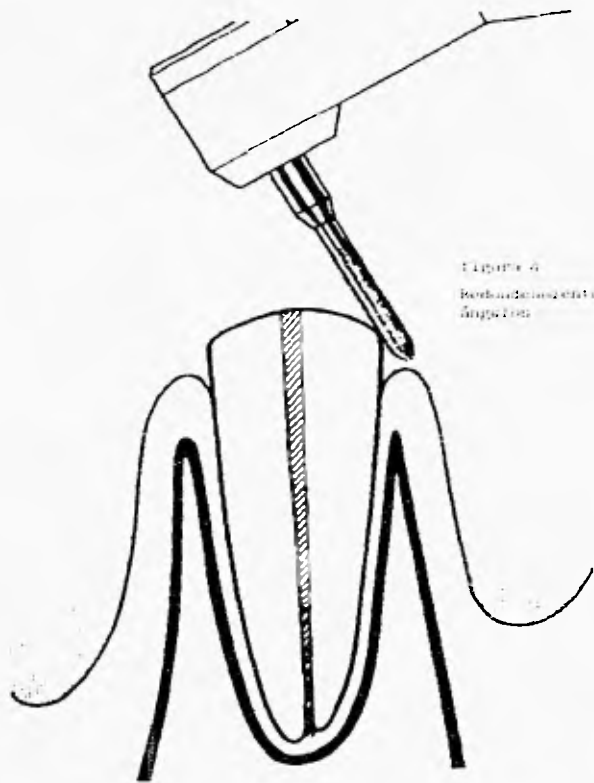


Figura 4  
Perforamiento de los  
ángulos

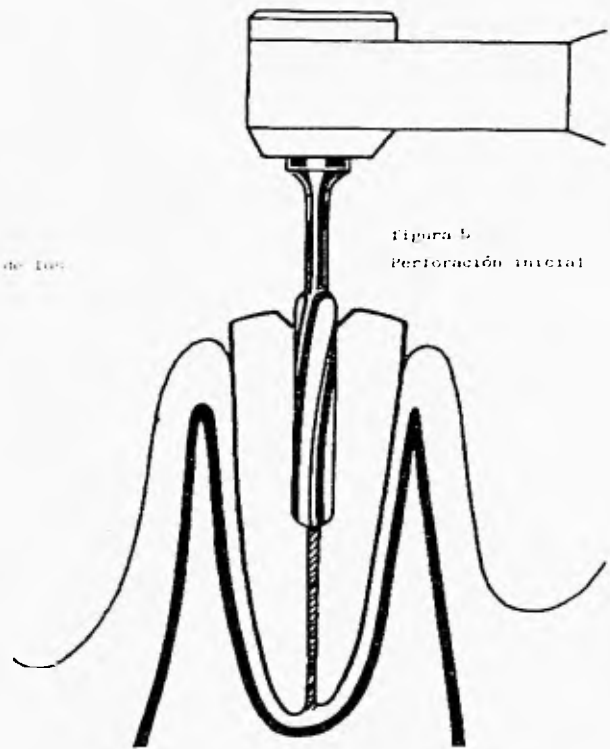


Figura 5  
Perforación inicial

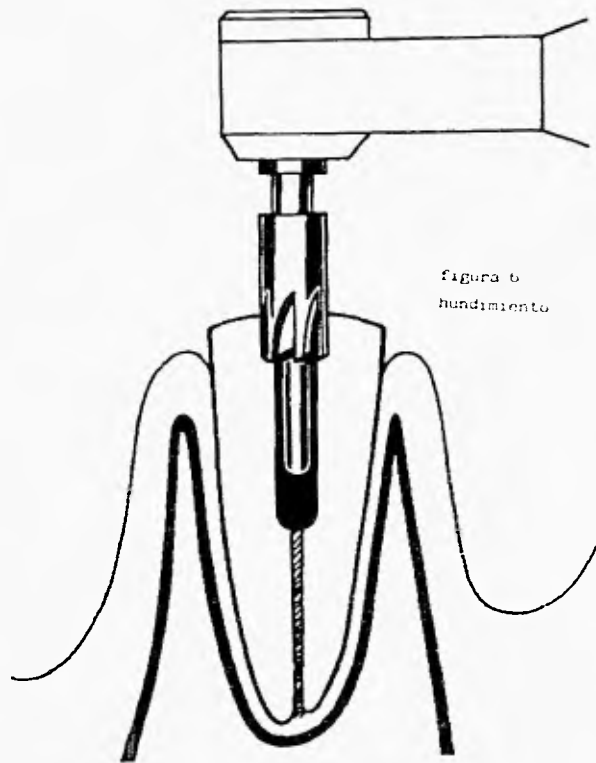


figura 6  
hundimiento

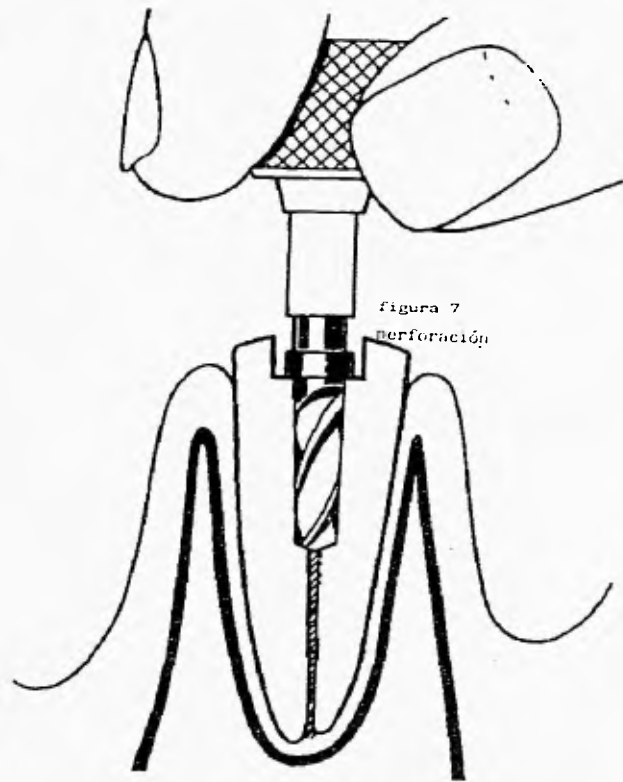


figura 7  
perforación



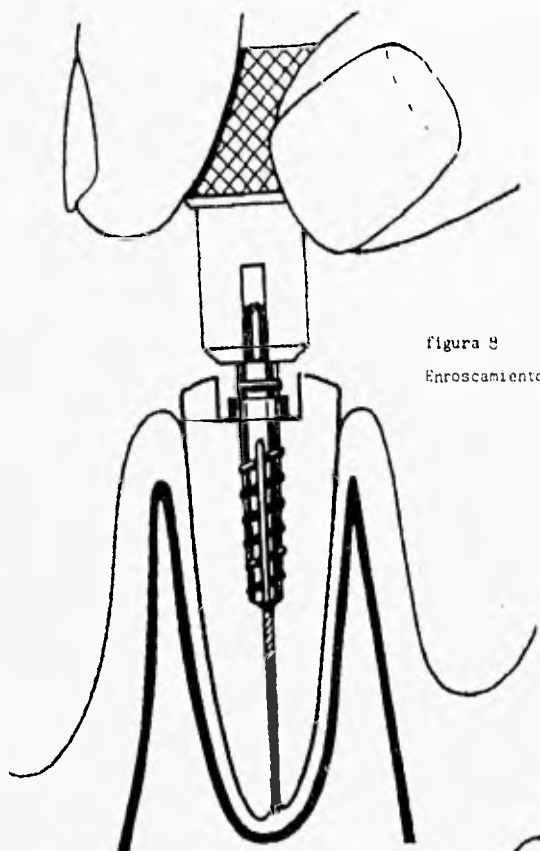


figura 8

Enroscamiento del tornillo

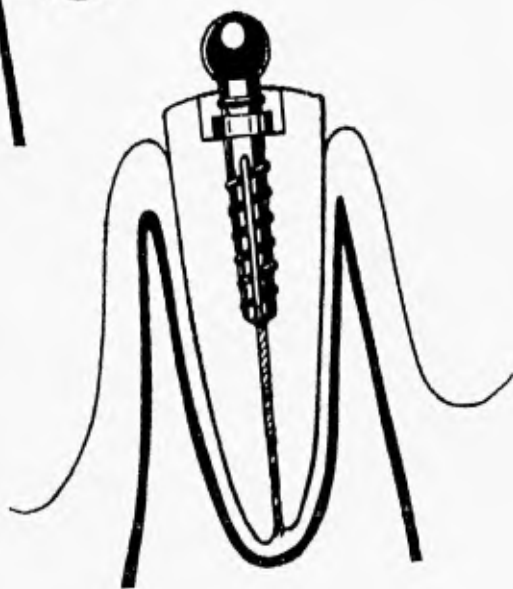


figura 9

Cementación

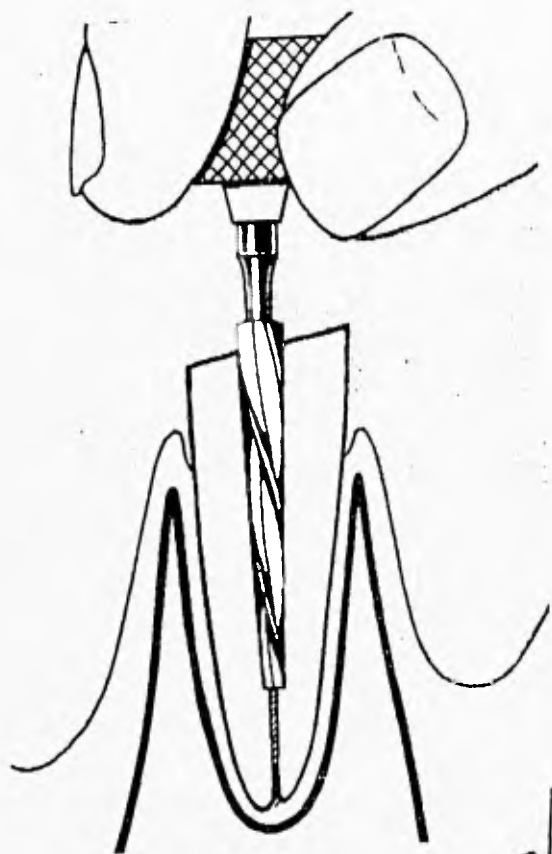
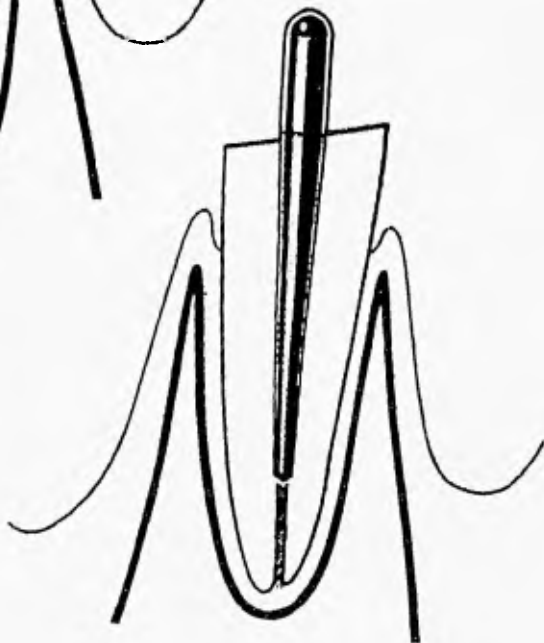


Figura 10  
Colocación de los postes



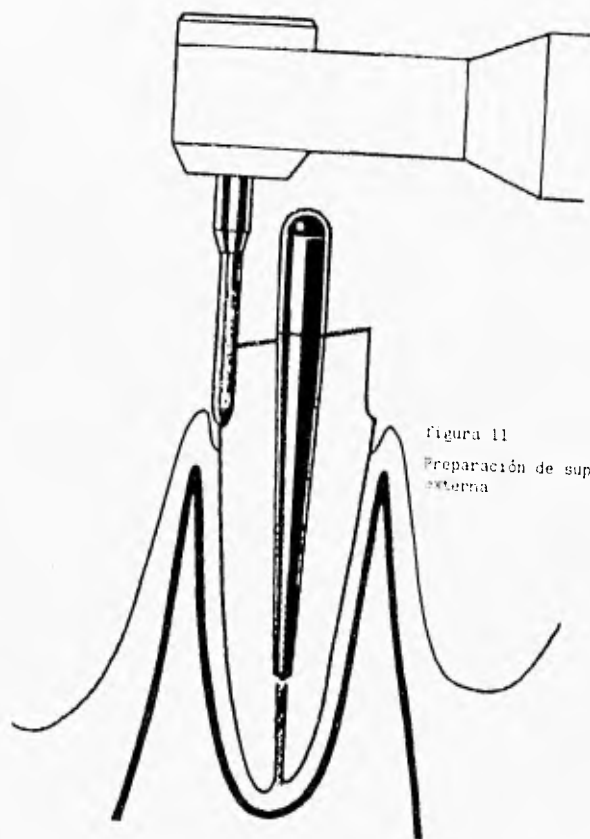


Figura 11  
Preparación de superficie  
externa

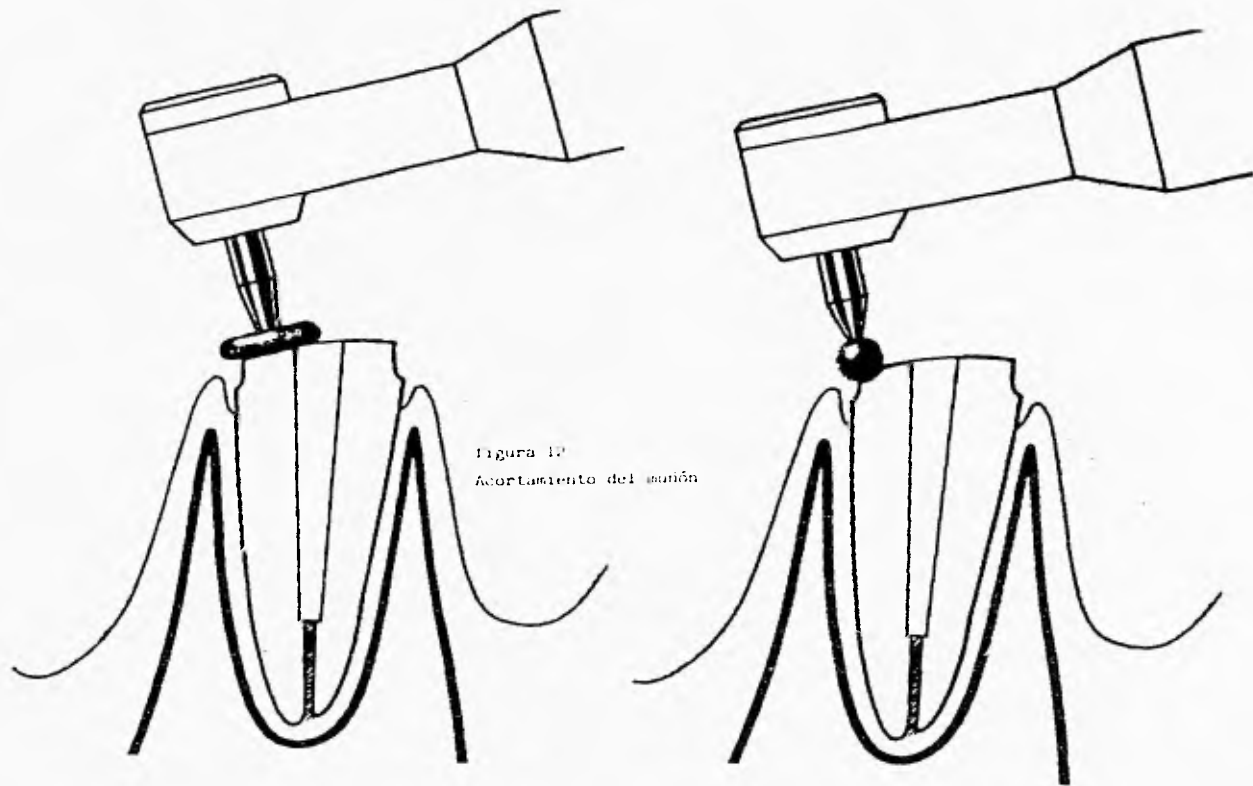


Figura 10  
Acortamiento del ocular

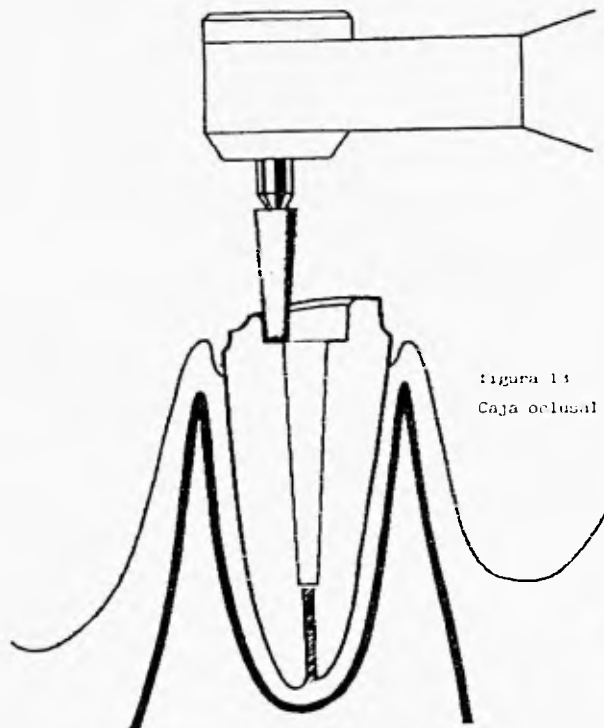


figura 13  
Caja oclusal

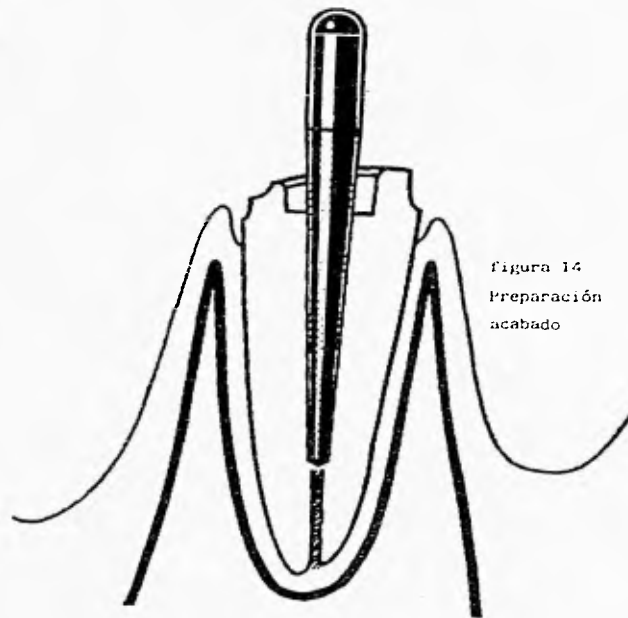


figura 14  
Preparación  
acabado

les. Como en la técnica usual de dentaduras inmediatas.

f) Se colocan los demás dientes artificiales y se perfecciona el esquema oclusal. Se polimeriza y se termina.

g) Se reduce altura en los dientes a conservar así como se realizó en el modelo.

h) La porción superior del conducto se sella con amalgama.

i) Los dientes por extraer son eliminados y se inserta la dentadura.

Solo se rebasa en el área de los dientes conservados.

El acrílico se alivia en el área de los dientes retenidos, se hace un orificio de salida del acrílico en el centro. Se coloca acrílico y se reubica en la boca. Se recorta y pule.

### 5.3. TOMA DE IMPRESION.

Procedimiento posterior a la preparación del diente. En los dientes que no se ha previsto colocar una corona es suficiente un modelo de trabajo en buena posición y en forma correcta para la construcción de la prótesis. Cuando el diente se va a cubrir en una corona, se toma una impresión por separado.

**TOMA DE IMPRESION INDIVIDUAL CON ANILLO DE COBRE.** Es el procedimiento más utilizado. Se puede realizar con material termoplástico o con elastómeros.

El aro de cobre debe terminar en el límite de la preparación y ajustarse. La impresión termoplástica permite controlar el paralelismo de la preparación con respecto a la

espiga. Con elastómero la preparación sólo se puede controlar en el modelo del muñón.

TOMA DE IMPRESION INDIVIDUAL CON ELASTOMERO INYECTABLE. En el lugar de anillo se usa una cubeta parcial individual como portamasa que sirve para toma de impresión del pilar y posteriormente, la impresión global del maxilar. La cubeta individual no debe rozar el diente ni la espiga. Esa técnica necesita la apertura del zurco gingival con hilos de retracción para que el muñón se rodee de material líquido.

Encima se coloca la cubeta individual con elastómero de viscosidad más alta.

TOMA DE IMPRESION EN GRUPO CON ELASTOMERO. Se usan espigas especiales de adhesión que tienen cabeza redonda pulida sin retención. Permiten confeccionar modelos del muñón en yeso duro o en resina, que constituyen la base de trabajo para elaboración de coronas.

#### 5.4. IMPRESION GLOBAL.

Para realizar una sobredentadura necesitamos un modelo de trabajo que incluya: zonas desdentadas, dientes o coronas y cofias radiculares en posición correcta para obtenerlo se necesita una impresión global.

Es un procedimiento de dos fases :

FASE I Toma de impresión de zonas desdentadas ( método de prótesis total ), con pasta de óxido de zinc-eugenol.

Puede controlarse y corregirse.

FASE II Si la impresión de las zonas desdentadas es satisfactoria se integran las cofias por fijación en la cubeta individual. Esto se realiza con elastómeros pues mantienen la cofia fija y en posición correcta en la impresión.

La impresión global en dos fases es el método más costoso pero es el que aporta mejores resultados.

La impresión general terminada, no tendrá escalonamientos si procedemos correctamente.

#### 5.5. DETERMINACION DE LA OCLUSION.

La configuración de la base de mordida debe corresponder ya a la de la sobredentadura terminada.

La configuración de la oclusión corresponde a la de la prótesis total.

Deben posibilitar una eficacia masticatoria óptima, que no actúen fuerzas nocivas sobre los tejidos de apoyo de la prótesis o que surjan problemas estéticos o de fonación.

Si la prótesis se basculan, resbalan o provocan fuerzas horizontales extremas aceleran la reabsorción del lecho protésico.

Se deben seguir reglas de prótesis totales, estas son :

- Adaptación de la arcada dental artificial al juego de fuerzas musculares de la lengua, las mejillas y labios.
- Coordinación del sistema de superficies masticatorias del maxilar inferior.



- Estabilidad masticatoria multilocal autónoma.

La oclusión defectuosa no causa pérdida de hueso, sólo una mala higiene que provoca periodontitis. Un trauma oclusal provoca inflamación de la encía.

Debe existir una oclusión adecuada para evitar efectos traumáticos.

#### 5.6. PRUEBA GLOBAL.

La prueba global nos sirve para la comprobación y posible corrección de todos los parámetros protésicos antes de elaboración definitiva. Deben considerarse los siguientes puntos :

- a) Dimensión vertical, no debe existir alteración de la oclusión.
- b) La base deberá hallarse en la zona de los pilares. Debe juzgarse el espacio de la lengua; la relación del soporte de la futura prótesis respecto a labios y mejilla.
- c) La forma lingual palatina de la base se determina en la zona de los pilares.

El montaje de los elementos de construcción se efectúan cuando ya se terminó la configuración de la base o de la oclusión con la prueba de cera no debe reducirse el espacio de la lengua por el tamaño ni disposición de un elemento de construcción. Un anclaje individual y emplear elementos de retención pequeños.

## 5.7. B A S E .

La configuración de la base se realiza en las zonas desdentadas en buena parte siguiendo los criterios de las prótesis totales. Se construye la base alrededor de los pilares para mejorar la retención.

Se configura la base siguiendo criterios periodontales y funcionales de los dientes pilares.

Se deben contemplar como unidad funcional a las cofias radiculares y la base de la prótesis.

La base de la prótesis debería :

- No favorecer la acumulación de la placa bacteriana.
- No traumatizar el periodonto marginal.
- No dificultar la higiene bucal.
- No influir en la función normal de la lengua, labios y mejillas.
- No alterar estética y fonación.
- Poder construirse sin un elevado costo técnico.
- La construcción alejada de periodonto se caracteriza.

La placa base se realiza con acrílico autopolimerizable y los rodillos de oclusión con cera o se usa acrílico porque aunque es delgado es rígido y dimensionalmente estable. Esto es importante ya que sobre la base se enfilan los dientes artificiales y se realizarán pruebas necesarias.

Se puede usar un acrílico autopolimerizable blando sobre esta y en el resto se usa un acrílico autopolimerizable de

dureza normal.

Se coloca en el modelo agregando polimero (polvo), y se moja con el monomero al grosor deseado delimitado hasta las marcas hechas en el modelo de trabajo. Sobre la base se colocan los rodillos de oclusión con cera rosa y se adaptan a la placa base y obtener con esto nuestro plano de oclusión, el cual debe ser paralelo al plano camper y a la línea bipupilar.

#### DIMENSION VERTICAL.

Es la medida facial, relación que existe entre los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula. Si el paciente perdió los dientes su dimensión está disminuida, se hacen marcas en rodillos ya tomada la dimensión vertical y se transportan los modelos al articulador.

Como punto de partida para determinar la dimensión vertical puede servir la posición de reposo extrayendo de forma arbitraria una distancia inter oclusal de unos 2.3 mm. cuando la dimensión vertical esta en reposo se define :

La distancia que debe ser medida cuando la mandíbula se haya en una posición relajada.

Cuando esta en posición comoda se denomina dimensión vertical fisiológica de reposo para realizarla cabe sitar el zum zomear la letra M y la relajación muscular.

Se toma en ambiente relajado. El paciente puede estar de pie o sentado con la espalda erguida sin el cabezal,

manteniendo la cabeza en posición que le resulte normal.

Ya obtenida se transporta al articulador que debe constar de un arco facial. Para articular el superior, la placa base se pega a la orquilla y se coloca la boca para que el paciente con la ayuda del punto nación ubique en la posición correcta del maxilar y se lleve al articulador. El modelo inferior se coloca de acuerdo al modelo superior.

Para elegir los dientes nos fijamos en la configuración de la cara :

Cara oval = formas ovoides.

Cara rectangular = formas rectas.

Cara triangular = formas triangulares.

El ancho de los dientes según el ancho de la nariz. El color se toma directo a la boca del paciente.

Los dientes posteriores se miden con una regla milimetrada esta se utiliza para medir la distancia de la superficie distal del canino al punto en que la oclusión posterior terminaría.

#### 5.8 INSERCCION DE LA SOBREDENTADURA.

Antes de incorporar la sobredentadura se debe efectuar lo siguiente :

- a) Control de la congruencia de la base nos provoca un contacto excesivo de la base con la cofia, si estos puntos no se eliminan la prótesis se balanceará en la boca cuando existan sobrecargas, provocando que los aditamentos macho y hembra no encajarán entre sí a la

perfección.

- b) Control de la oclusión debido a la contracción durante la polimerización, aparecen alteraciones en las piezas dentales, lo cual modifica la oclusión. Deben eliminarse antes de la incorporación de la prótesis.
- c) Control de la extensión de la base. Puede modificarse durante la elaboración de la prótesis. Deben ser controladas las sobreextensiones.

Los pacientes deben saber como colocarse y retirarse la sobredentadura además instruirlos acerca del cuidado de la misma y de sus dientes pilares.

6.1. HIGIENE BUCAL Y USO DE FLUOR.

La higiene bucal es imperativa en el éxito de la sobredentadura.

Si no existe higiene conducirá al fracaso por caries y enfermedad periodontal. El diente reducido debe ser sometido a un programa vigoroso de remoción de la placa bacteriana y aplicaciones frecuentes de flúor.

Se debe citar al paciente cada tres meses para verificar su higiene y ver si no surgieron problemas de caries o enfermedad periodontal.

La aplicación de flúor es importante para los dientes conservados.

Se debe revisar la relación oclusal. Si existen discrepancias oclusales deberán corregirse. Si los cambios oclusales son leves se hace desgaste colectivo, si son grandes se puede indicar el revase.

La técnica de cepillado es la base de todo cuidado dental. así mismo, los pilares y estructuras de anclaje deben ser limpiados desde todos los puntos posibles. Las superficies radiculares y partes de la encía no abarcadas se deben limpiar con un cepillo interdental. Cuando hay elementos de barra se usa el hilo dental.

Cuando la limpieza mecánica no es suficiente o no es posible, se usan sustancias químicas como :

FLUORUROS. Como el gel, que se usa en el cepillado directo de los pilares, como indirecto llenando la prótesis en la zona de los pilares, una vez a la semana o como solución al 0.25%.

CLORHEXIDINA. Al 0.1 - 0.2 % , en enjuagues bucales diarios. Como gel para aplicarlo en la base de la prótesis.

No se debe usar la Clorhexidina por mucho tiempo porque provoca : Alteración en el sentido del gusto ( lo salado ), ardor de boca, descamación de la mucosa y coloraciones.

La sobredentadura se limpia como las dentaduras tradicionales.

Si la limpieza mecánica no es suficiente, se sumerge diariamente durante algunos minutos en solución de clorhexidina al 0.2.% o salicilato al 0.05% .

## 6.2. PROCEDIMIENTOS DE REBASADO.

Primero se deben aliviar zonas retentivas por dentro de la dentadura. No aliviar área del acrílico del diente reducido, para conservar el tope vertical.

Hacer un orificio de salida en el área central de los dientes reducidos, para que exista un escape del material de rebasado.

Usar un material del tipo hule de silicón ligero o polisulfuro para la impresión de rebasado. Se coloca en la dentadura y ésta se asienta con fuerza suficiente para

para restablecer la relación original entre el diente reducido y la dentadura. Si la sobredentadura sólo ésta soportada por dos dientes, la prótesis debe asentarse firmemente con el material de impresión contra los dientes sin presionar las partes edentulas. Se guía entonces la mandíbula a un contacto de relación céntrica leve, con la dentición opuesta. Se pone en mufla y se polimeriza según los procedimientos habituales. Antes de la insercción de la sobredentadura rebasada, habrá que proceder a una remota y a un desgaste delectivo y desgaste en boca.

### 6.3. PROBLEMAS.

#### 1.- Fractura de la sobredentadura.

La parte más débil de la sobredentadura es el acrílico sobre los dientes de soporte.

La base de acrílico en las sobredentaduras inferiores debe ser más gruesa en el área de los dientes de soporte, ya que dará a la prótesis resistencia. Es importante que se usen dientes de acrílico en la zona de los dientes reducidos.

El paciente aún con las precauciones anteriores, romperá la prótesis durante la masticación. La sobredentadura puede reforzarse mediante una inclusión de una estructura metálica dentro de la dentadura.

#### 2.- Mala Higiene Bucal.

La vida útil de una sobredentadura se vera seriamente acortada por la higiene bucal. Esta originará caries y enfer



medad periodontal. Los pacientes podrán recibir instrucción personal para remoción de la placa, y ésto deberá cumplirse sobre una base de controles regulares.

### 3.- Reducción inadecuada de los pilares.

Es importante que los dientes que soportan una sobredentadura estén reducidos de 1 a 2 mm. por sobre la cresta gingival. Un fracaso en la reducción suficiente de los dientes, resultará en una proporción desfavorable entre coronas y raíces. Las cofias más largas ejercen esfuerzos mayores sobre la raíz y el hueso alveolar de soporte, y que la cofia corta ofrece una resistencia menor.

### 4.- Retención de las cofias.

Se usarán pernos radiculares cortos para otorgar retención adicional a las cofias de los dientes tratados con endodoncia. Los pins podrían brindar retención adicional en los dientes vitales con conductos radiculares parcialmente obliterados.

## C O N C L U S I O N E S

La sobredentadura nos representa otra opción de tratamiento y nos da más ventajas que una dentadura convencional; el paciente tendrá mejores resultados con la sobredentadura, ya que tiene más retención, soporte y estabilidad ante las fuerzas oclusales, además que se conserva parte de las estructuras dentarias.

Todo lo anterior se traduce en más seguridad y función para el paciente.

## B I B L I O G R A F I A

- Alfred H. Geering, Martin Kundert.

Atlas de prótesis total y sobredentaduras.

Segunda edición, 1993.

Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

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

Prótesis Dentales removibles

Volumen 2, 1984.

Edit. Interamericana, S.A. DE C.V.

- Robert M. Morrow.

Manual de Sobredentaduras Inmediatas.

Edit. Intermedica, 1982.

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

Teoría y práctica de la Prostodoncia Fija.

Séptima edición, 1981.

Edit. Intermedia.

- Daniel D. Epstein DDS, Philip L. Epstein, DDS

C o m p e n d i u m

Artículo No. 11 Compendio

año 9 - No. 1 - 1993/1994.