

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PROTESIS DENTOSOPORTADAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Keiko Kikuchi Yokoyama

MEXICO, D. F.

1983



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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
GENERALIDADES	5
CAPITULO II	
OBJETIVOS DE LAS PROTESIS DENTOSOPORTADAS	8
CAPITULO III	
VENTAJAS	25
CAPITULO IV	
DESVENTAJAS	30
CAPITULO V	
INDICACIONES	33
CAPITULO VI	
CONTRAINDICACIONES	35

CAPITULO VII	
PROCEDIMIENTOS PRELIMINARES	36
CAPITULO VIII	
SELECCION DE LOS DIENTES DE SOPORTE	43
CAPITULO IX	
PREPARACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE	52
CAPITULO X	
TECNICA Y PROCEDIMIENTOS	62
CAPITULO XI	
INSTRUCCIONES POSTINSERCIÓN Y COMPLICACIONES	69
CONCLUSIONES	76
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	78

INTRODUCCION

El énfasis que se dá comúnmente a la Odontología Preventiva refleja la importancia dada a los procedimientos que previenen o retardan los problemas en la función del Sistema Masticatorio ; la Prostodoncia también juega un papel en la Prevención. La Prostodoncia Preventiva implica la aplicación de procedimientos que mantengan al Sistema Masticatorio en buena función.

La aplicación de principios sólidos de Prótesis Parcial Fija es también Prostodoncia Preventiva , puesto que previene o retarda futuros problemas prostodónticos ; la restauración de la función a través de la Prótesis Fija actúa para conservar los dientes junto con sus tejidos parodontales y hueso alveolar.

Cuando los dientes ya no son adecuados para sostener una prótesis fija o removible , la Prostodoncia Preventiva puede ser aplicada por medio de la prótesis dentosoportada , que se considera como una alternativa a la extracción de todos los dientes.

Es frecuente que cuando los enfermos acuden al consultorio como candidatos para prótesis , con dientes ya muy estropeados, con alteraciones parodontales o con recursos insuficientes para pagar un tratamiento restaurador extenso , el Dentista proceda a extraer los dientes que quizá en circunstancias más favora--

bles podían haber sido conservados . Esto , por supuesto , conduce a la construcción de dentaduras completas . Generalmente - la primera dentadura es satisfactoria , pero con cada año que - transcurre y con cada nueva dentadura , el paciente se vuelve - más intolerante . La resorción del hueso inicia un círculo vi-- cioso de dentaduras mal ajustadas que provocan inflamación , la cual a su vez aumenta el proceso de resorción que crea una base aún más inestable , volviendo a repetirse así todo el proceso .

La extracción de toda la dentición y su reemplazo con una dentadura completa no es el tratamiento más deseable . Los pro- blemas asociados a la dentadura completa convencional son evi-- dentes , las numerosas secuelas consecuentes a la extracción de todos los dientes hacen a la dentadura completa progresivamente menos efectiva . Entre estas secuelas se encuentran la pérdida de la propiocepción , la pérdida progresiva del hueso alveolar y la transferencia de todas las fuerzas oclusales de los dientes a la mucosa .

Cuando un paciente acude al Dentista con poco reborde resi- dual y , por tanto , poco apoyo y retención de la dentadura , y además con capacidad disminuída para manejar la dentadura en el ambiente bucal , poco es lo que puede hacerse para mejorar su - situación en esta etapa . Así pues , lo mejor es impedir que eñ- te ocurra ; el uso de la prótesis dentosoportada previene futu- ros problemas protodónticos al conservar los dientes , su capa

cidad sensorial y el hueso alrededor de ellos ; es un método pa-
ra reducir los estragos de la resorción del hueso alveolar, que
es probablemente una de las condiciones orales más incapacitan-
tes pues es crónica , progresiva , acumulativa e irreversible.

Frecuentemente es posible retener al menos dos dientes o
sus raíces en pacientes que se enfrentan a la posible pérdida
de todos ellos . Recordemos que después de la pérdida completa
de la dentición natural no hay muchas opciones abiertas al pa-
ciente . Por lo tanto , el Dentista debe hacer todo lo posible
para evitar que su paciente ingrese a la categoría de edéntulo,
deberá presentarle diferentes alternativas a la extracción de
todos los dientes y una de ellas es la prótesis dentosoportada.

En este trabajo se expondrán las ventajas y desventajas de
las prótesis dentosoportadas , sus indicaciones y contraíndica-
ciones , así como un breve compendio de estudios que se han rea-
lizado acerca de la sensibilidad propioceptiva de los dientes y
de la resorción ósea asociada a la extracción de la dentición
natural (incluido dentro del capítulo " Objetivos de las Próte-
sis Dentosoportadas "). Esto es con el fin de evaluar racional-
mente las posibilidades de la prótesis dentosoportada como tra-
tamiento alternativo a la extracción de todos los dientes y a
la elaboración de dentaduras completas.

Los procedimientos técnicos no se explican paso a paso sino en términos generales , debido a que la técnica básica es la misma usada para la elaboración de dentaduras convencionales , sean mediatas o inmediatas , pero con la base adaptada tanto a los tejidos blandos como a los dientes de soporte.

Cabe hacer la aclaración de que , por comodidad , se utiliza frecuentemente el término " sobredentadura " en lugar del término " prótesis dentosoportada " debiendo entenderse que son sinónimos.

CAPITULO I
GENERALIDADES

Definición.

La prótesis dentosoportada o sobredentadura es una dentadura soportada tanto por el reborde residual como por los dientes preparados especialmente para este fin , llamados dientes de soporte.

Generalmente estos dientes son tratados endodónticamente , reducidos en altura casi hasta el nivel de la encía y cubiertos ya sea con una obturación de amalgama o con una cofia de metal precioso , o son provistos de algún dispositivo de fijación para incrementar la retención de la prótesis.

Tipos de Prótesis Dentosoportadas.

1.- Prótesis Dentosoportada Inmediata.

Una prótesis dentosoportada inmediata es una sobredentadura construída para insertarse inmediatamente después de la extracción de los dientes . En muchos casos , especialmente en presencia de buena higiene oral y una supervisión profesional regular , la sobredentadura inmediata tiene una larga vida de servicio . En otros casos , la sobredentadura inmediata puede ser una prótesis provisional que sirva como ayuda al pronóstico antes de iniciar un tratamiento de sobredentaduras más complicadas.

do . La mayor ventaja de la sobredentadura inmediata cuando es usada como prótesis provisional , es que da al Dentista amplia oportunidad de evaluar la respuesta de los soportes y los tejidos parodontales , y de observar el efecto de los procedimientos de higiene oral . La mayoría de los pacientes reciben sobredentaduras inmediatas inicialmente.

2.- Prótesis Dentosoportada Transicional.

La sobredentadura transicional se obtiene convirtiendo la prótesis parcial removible existente a una sobredentadura . Sus ventajas son : menor costo y mínima interferencia con la función y la apariencia . Sus desventajas son que la extensión de los bordes , la estética , la oclusión , el soporte y la estabilidad de una prótesis parcial removible frecuentemente son inadecuados y hacen difícil una conversión satisfactoria . El uso de acrílico autopolimerizable dá como resultado una sobredentadura más débil y más fácil de romper que una sobredentadura procesada . Por lo que la prótesis convertida se considera como una sobredentadura temporal , que será reemplazada después por una sobredentadura convencional o mediata.

3.- Prótesis Dentosoportada Mediata.

La sobredentadura mediata se construye para insertarse un tiempo después de las extracciones . Esto implica desde luego , que será asentada en rebordes residuales bien cicatrizados , - usualmente después de un período de experiencia satisfactoria -

con una sobredentadura provisional que puede ser una sobredentadura inmediata o una sobredentadura transicional . También se considera para el paciente con pocos dientes remanentes , todos ellos para ser pilares.

4.- Prótesis Dentosoportadas para Pacientes con Defectos Adquiridos o Congénitos , que no pueden ser tratados Quirúrgica u Ortodónticamente.

Los defectos congénitos que con más frecuencia son tratados con sobredentaduras son : Paladar Hendidido , Oligodoncia , - Microdoncia , Disostosis Cleidocraneal y Pacientes Clase III.

Los defectos adquiridos tratados con sobredentaduras generalmente son resultado de accidentes , enfermedad o maltrato.

El objetivo de este tipo de tratamiento es el mismo que el de los otros tipos de prótesis , la preservación de los tejidos y mejorar la función y la estética , proporcionando al paciente finalmente salud y bienestar.

CAPITULO II

OBJETIVOS DE LAS PROTESIS DENTOSOPORTADAS

La prótesis dentosoportada cumple tres objetivos de incalculable importancia . El primero es que la sobredentadura , al mantener los dientes como parte del reborde residual , proporciona al paciente mayor firmeza de soporte y estabilidad que una dentadura convencional . En vez de mucosa blanda , movable, la sobredentadura se halla asentada en pilares dentarios que permiten a la dentadura resistir cargas oclusales mucho más grandes sin moverse . Los dispositivos de retención pueden incorporarse en el contacto dentadura-diente dando lugar a soporte y retención más perfectos . Aunque en muchos casos no es necesario usar dispositivos de retención. .

El segundo objetivo que cumple la sobredentadura es la dis-minución de la velocidad de resorción . El hueso se conserva de-bido a la presencia de los dientes ; si se eliminan los dientes el hueso alveolar inicia su resorción fisiológica , cuya veloc-idad será proporcional al tiempo transcurrido desde las extrac-ciones y al grado de salud . Si añadimos a esto el traumatismo constante de las dentaduras completas mal elaboradas , proble-mas hormonales y el estado geriátrico de muchos pacientes , será fácil comprender por qué la resorción se acelera de un modo tan alarmante.

El tercer objetivo logrado con la sobredentadura es una mayor habilidad en la manipulación por parte del paciente. Al conservar los dientes como soporte para la sobredentadura también se conserva la membrana parodontal ; esto permite mantener los impulsos propioceptivos que transmite la membrana parodontal , evitando así la desaparición de una parte muy importante del - complejo neuromuscular.

El paciente , cuando lleva una sobredentadura completa , - conserva una notable capacidad sensitiva para darse cuenta del contacto oclusal . Esta capacidad de discriminación permite al paciente regular las fuerzas oclusales casi de la misma manera que una persona con dientes naturales.

Se presenta a continuación información más detallada de cada uno de estos objetivos , con especial énfasis al tercero , - es decir , a la conservación de la propiocepción.

1.-Soporte Dentario para Fuerzas Oclusales.

Las raíces de los dientes ofrecen el mejor soporte para - las fuerzas oclusales . Miller estableció que el maxilar y la - mandíbula estaban diseñados para albergar dientes y no para soportar dentaduras artificiales . Afirma que ningún soporte para las fuerzas oclusales es tan adecuado como las raíces de los - dientes.

La sobredentadura utiliza a los dientes retenidos como su soporte primario . Los dientes son reducidos para mejorar la relación corona-raíz y para reducir la fuerza de torsión horizontal . Las fuerzas oclusales transmitidas a lo largo del eje axial de los dientes parecen ser las más compatibles con la salud del parodonto.

2.-Conservación del Hueso Alveolar.

Un estudio reciente compara la pérdida del hueso alveolar en pacientes con sobredentaduras inferiores y en pacientes con dentaduras inferiores convencionales . Crum y Rooney , en un estudio de 5 años , encontraron que la retención de los caninos inferiores inducía a la conservación del hueso alveolar . Utilizando radiografías cefalométricas comparativas encontraron un promedio de 0.6 mm de pérdida vertical del hueso en la parte anterior de la mandíbula en pacientes con sobredentaduras , mientras que en pacientes con dentaduras convencionales el promedio fué de 5.2 mm , esto es , 8 veces el promedio de los pacientes con sobredentaduras . Observaron asimismo que el uso de la sobredentadura conservaba el hueso tanto en altura como en ancho. Los pacientes con sobredentaduras también exhibieron menor pérdida de hueso alveolar en el area inmediatamente posterior a los caninos.

Este estudio hizo evidente que el uso de la sobredentadura, en contraste con la dentadura inferior convencional , preserva-

ba el hueso alveolar . El hueso alveolar se conservó aún cuando los caninos retenidos se encontraban involucrados con parodontitis e hipermovilidad previos al inicio del tratamiento . En consecuencia , es ventajoso retener los caninos inferiores puesto que la parte anterior del proceso mandibular es más susceptible a la resorción . La porción anterior del proceso maxilar no es tan susceptible a la resorción cuando se encuentra opuesto a una dentadura inferior completa . Sin embargo , si se opone a la dentición natural , muestra un mayor grado de resorción .

El paciente con sobredentaduras obtiene otras ventajas como resultado de la preservación del hueso , estas ventajas son: mejor función masticatoria y menor pérdida de altura facial .El estudio demostró que la presencia de las raíces de los dientes en el hueso alveolar era importante para la conservación del mismo .

Se han hecho numerosos estudios de la pérdida de hueso alveolar consecutiva a la extracción de los dientes y su reemplazo por dentaduras convencionales . Algunos estudios revelaron que el proceso alveolar se reabsorbía mucho más rápido en la parte anterior de la mandíbula que en la parte anterior del maxilar .

Tallgren encontró que la resorción media de la altura anterior del proceso inferior durante los primeros 6 meses de uso -

de dentadura fué de aproximadamente el doble que la resorción - media del maxilar superior . Esta resorción del proceso alveo-- lar continuó y , a los siete años , la pérdida mandibular fué - aproximadamente cuatro veces la pérdida maxilar . La resorción total de ambos procesos en la parte anterior fué un promedio de 8.3 mm : 6.6 del proceso mandibular y 1.7 del maxilar .

Atwood encontró que en un período de 19 años un paciente - tuvo una pérdida ósea de 3 mm en la parte anterior del maxilar, mientras que esa misma pérdida en la mandíbula era de 14.5 mm.

Tallgren estableció que los patrones de pérdida ósea pare- cían indicar que el proceso mandibular es más propicio a respon- der a las variadas fuerzas funcionales transmitidas a través de las dentaduras que el proceso maxilar , y pensó que esta dife-- rencia en la respuesta ocurría porque el proceso mandibular tie- ne menor área y una forma menos ventajosa.

La investigación de los patrones de pérdida de hueso alveo- lar en pacientes con sobredentaduras y en pacientes con dentadu- ras convencionales indica claramente que el uso de sobredentadu- ras conserva el hueso alveolar , especialmente en el área de - los dientes retenidos. Cuando se ha tenido que extraer estos - dientes , la resorción ocurre rápidamente.

El uso de los dientes para soportar una sobredentadura tiene un efecto biológico y otro protector sobre el hueso alveolar. La sola presencia de los dientes en el hueso ejerce una influencia fisiológica positiva para su preservación. También se demostró que los dientes debajo de una sobredentadura tienen un efecto protector sobre el proceso alveolar, colocando sobre 2 caminos inferiores reducidos, una base de acrílico transparente a la que se aplicó presión mecánica. La mayor parte de la presión la asumieron los caminos y así el proceso alveolar quedó protegido. Posteriormente se rebajó la base a manera de que no tuviera contacto con los caminos reducidos, el resultado fue una extrema palidez de la mucosa, sobre todo en la zona anterior. Esto hace evidente que el uso de dientes bajo una sobredentadura actúa para proteger a los tejidos del proceso de la presión exagerada.



3.- Conservación de los Estímulos Parodontales.

La conservación de los estímulos sensoriales de los receptores parodontales es uno de los principales objetivos del uso de la sobredentadura. Los estímulos provenientes de los receptores del ligamento parodontal llevan la información relacionada con la dirección y magnitud de las fuerzas oclusales. Se ha establecido que los receptores parodontales son en gran medida responsables de la habilidad de la mandíbula para cerrar directamente a la posición intercuspídea sin interferencias.

Deben hacerse algunas definiciones para aclarar la terminología :

a) Sensación.- es una impresión conducida por un nervio - aferente a los centros cerebrales . Las experiencias pasadas , mezcladas , y la comparación de una sensación con otra transforman la sensación en percepción.

b) Percepción.- es el registro consciente de un estímulo sensorial.

c) Sensibilidad Propioceptiva.- es el sentido inconsciente que nos dá la información acerca de la posición y estado de las diferentes partes del cuerpo.

d) Propiocepción.- es la información proporcionada por receptores acerca de la posición y movimientos del cuerpo y sus partes.

e) Receptor.- es una terminación nerviosa sensorial que responde a estímulos de diversas clases . Los receptores se han clasificado en tres grupos : 1) Exteroceptores , los cuales son afectados por cambios en el medio ambiente externo ; 2) Interoceptores , que se relacionan con el medio interno y responden a cambios en él ; y 3) Propioceptores , que se relacionan con el sentido de la posición y movimientos del cuerpo , éstos se encuentran localizados en músculos , tendones , ligamentos y articulaciones.

El ligamento parodontal tiene una vasta población de propioceptores , pues la mayoría de los estímulos de los receptores del ligamento parodontal son señales propioceptivas.

Los propioceptores del ligamento parodontal son uno de los mayores determinantes de la función masticatoria ; la función masticatoria depende de la integración de los estímulos sensoriales de todos los componentes del Sistema Estomatognático , - como son : ligamento parodontal , músculos masticatorios , glándulas salivales , articulaciones temporo-mandibulares , epitelio de la boca y lengua . Por lo que la retención de una o más raíces significa mucho más que su sola conservación física , en esencia , es la conservación de un componente integral del Sistema de Retroalimentación que programa al Sistema Masticatorio durante toda la vida del paciente.

La función del Sistema Masticatorio depende de la integración de los estímulos introducidos al Sistema por sus componentes ; un defecto o no-integración del estímulo propioceptivo - puede resultar en función deficiente o cambios patológicos en el Sistema . También puede resultar en estímulos propioceptivos fuera de sincronización . Una multiplicidad de estímulos sensoriales asincrónicos puede causar disarmonía en la función del Sistema y resultar en disfunción de la ATM.

La retención de cualquier diente conserva una porción de - uno de los estímulos más importantes del Sistema : los estímulos de los propioceptores parodontales.

El estímulo aferente de los receptores del ligamento parodontal contiene la información acerca de la magnitud y dirección de las fuerzas oclusales , así como del tamaño y consistencia del bolo alimenticio . Este estímulo se integra al de los otros receptores (de músculos , ATM , etc .) y juntos contribuyen a la respuesta conjunta . El estímulo de los receptores parodontales es también protector , pues previene a los dientes contra la sobrecarga oclusal . La extracción de todos los dientes trae como consecuencia la pérdida completa de los estímulos parodontales , mientras que retener algunos para usarlos con sobredentaduras conserva esta sensibilidad.

Los estímulos de los receptores parodontales son determinantes importantísimos de la función y ofrecen una sensibilidad discriminativa más sutil y precisa que la que puede ser obtenida de la mucosa oral.

3.a.-Sensibilidad de los Dientes Anteriores.

Numerosos estudios han demostrado que los dientes anteriores tienen mayor sensibilidad que los dientes posteriores.

Manly observó que mientras que el umbral mínimo para la detección de presión en dirección axial era de aproximadamente 1 gm en la superficie incisal de un diente anterior , era de 8

a 10 gm en la superficie oclusal de los primeros molares . También determinó el umbral mínimo para la detección de presión en la superficie oclusal de los primeros premolares inferiores en 8 portadores de dentaduras completas . De ellos , 5 fueron insensibles a fuerzas de 125 gm , 2 reaccionaron a 83 gm y uno a 56 gm . Este estudio hizo evidente que : 1) los dientes anteriores tienen mayor sensibilidad que los posteriores , y 2) la sensibilidad de los dientes naturales (sean anteriores o posteriores) es mucho mayor que la de la mucosa oral . El umbral promedio de los portadores de dentaduras es más de 10 veces mayor - que el umbral promedio de los dientes posteriores naturales y más de 100 veces mayor que el de los dientes anteriores.

Otros investigadores concordaron en que la sensibilidad de la parte anterior de la boca , particularmente del ligamento parodontal de los dientes anteriores , punta de la lengua y mucosa es sumamente aguda . Hay una gran concentración de receptores en la parte anterior de la boca y sus señales son importantes en el control y determinación de la fuerza de mordida . De acuerdo a Kawamura , la sensibilidad en la parte media de la boca , incluyendo los molares , no es tan definitiva . Otros investigadores encontraron que el umbral mínimo para la detección de presión se incrementaba significativamente de los caninos al primer molar y que la habilidad del paciente para localizar un diente estimulado mecánicamente era de prácticamente el 100 por ciento en los dientes anteriores pero menor en los posteriores.

Estos estudios indican que los dientes anteriores naturales exhiben mayor sensibilidad y discriminación que los dientes posteriores , y por lo tanto , dan mayor diferenciación sensitiva . No obstante , los dientes posteriores también deben retenerse para sobredentaduras cuando sea factible , aún cuando contribuyen en menor medida a la sensibilidad propioceptiva.

3.b.-Sensibilidad de los Caninos.

Varios investigadores han encontrado en estudios realizados en animales , que el canino es el más sensible de todos los dientes . Se ha demostrado en gatos que los caninos son las estructuras orales más sensitivas . Kawamura estudió gatos descebrados y notó que las neuronas de los caninos eran las más densamente distribuidas en el núcleo del Trigémino.

Otros investigadores dijeron que los caninos tenían más neuronas que ningún otro diente . Estos estudios no pueden realizarse en seres humanos , pero indican que los caninos pueden ser los órganos propioceptivos más importantes y señalan la importancia de su conservación .

3.c.-Percepción Dimensional.

La percepción dimensional es la discriminación consciente de objetos de diferente espesor colocados entre las superficies oclusales de los dientes . Comparando la percepción dimensional de pacientes con dentición natural y la de pacientes con dentaduras artificiales , se encontró que los pacientes con dentición natural podían discriminar diferencias mucho más sutiles que aquellos con dentaduras artificiales.

Manly seleccionó un parámetro para comparar pequeños cambios en la textura del alimento en pacientes con dentaduras y en pacientes con dentición natural , usó cantidades graduadas de carbonato de calcio suspendidas en pudín en los siguientes porcentajes : 0.1 , 1.0 , 2.0 , 2.9 , 4.8 , 7.4 , 9.1 , 17 , 23 y 29 . Casi todos los pacientes con dentición natural pudieron detectar el carbonato de calcio a 2.9 ó menos , mientras que la mayoría de los pacientes con dentaduras requirieron del 9 por ciento o más para detectarlo . Este estudio indicó que la sensibilidad para juzgar la textura de la mayoría de los portadores de dentaduras es considerablemente menor que la de los pacientes con dentición natural.

3.d.-Sensibilidad Direccional.

Este mecanismo propioceptivo realza la verdadera importancia del ligamento parodontal . Jerge reportó que los receptores

del ligamento parodontal eran direccionalmente sensitivos y que estos receptores se encuentran colocados de tal manera alrededor del diente que responden a la presión sin importar desde qué di rección sea aplicada . Parece ser que hay terminaciones nerviosas específicas para las varias direcciones de las fuerzas (bu cal , lingual , etc .). Se ha observado que sitios específicos en los núcleos espinal y bulbar del Trigémino responden a la presión sobre un diente de una dirección específica.

Esta sensibilidad direccional significa que los receptores del ligamento parodontal tienen una individualidad funcional . También señala la importancia neuromuscular de la relación exis tente entre el diente y su ligamento parodontal . Jorge estableció que la actividad de músculos específicos anexos a la mandíbula es dirigida por receptores específicos de dientes específi cos y que los receptores parodontales son importantes en la de terminación de la actividad de los nervios motores del Trigémino . Así pues , los dientes deben ser retenidos para conservar su sensibilidad direccional .

3.e.-Relación de los Receptores Parodontales con los Máscu los Masticatorios.

Varias investigaciones han demostrado que existe una estrecha relación entre los estímulos de los receptores parodontales

y la actividad muscular . Se ha sugerido que los receptores parodontales están activamente involucrados en los movimientos cí clicos de la mandíbula durante la masticación .

3.f.-Receptores Parodontales y Secreción Salival.

Al realizar un estudio sobre la discriminación de la textu ra de los alimentos , algunos investigadores concluyeron que - los receptores parodontales jugaban un papel indirecto en el re flejo salival , regulando la extensión y tipo de golpe masticatorio . La actividad muscular determinada por este golpe masticatorio , controlaba la secreción de la glándula parótida duran te la masticación . Establecieron que la ausencia de ligamento parodontal en portadores de dentaduras completas resultaba en - deterioro del mecanismo regulador de la estimulación a la glándula parótida durante la masticación . Esta investigación muestra la importancia de la interacción entre los receptores del - ligamento parodontal y los otros componentes del Sistema Masticatorio.

3.g.-Percepción de los Dientes No-Vitales.

Algunos estudios han demostrado que los dientes vitales y los no-vitales exhiben respuestas perceptivas muy similares -

cuando se les aplican presiones . La mayoría de los dientes seleccionados para usarse con sobredentaduras son no-vitales tratados endodónticamente.

3.h.-Percepción de Dientes con Soporte Alveolar Reducido.

La mayoría de los dientes seleccionados para sostener sobredentaduras exhiben pérdida de soporte óseo . Esta pérdida de soporte alveolar implica también un descenso en la extensión del ligamento parodontal . Esto podría hacernos pensar en la posibilidad de que un diente con pérdida de soporte alveolar no tiene la misma capacidad sensorial que uno con buen soporte . La capacidad de percepción de las fuerzas oclusales en dirección axial fué probada en dos grupos de pacientes : uno con soporte alveolar reducido y otro con soporte alveolar normal . El resultado fué sólo una pequeña diferencia en favor del grupo con soporte óseo normal . Por lo que se concluye que los dientes conservan capacidad propioceptiva sin importar cuánto hueso de soporte hayan perdido.

3.i.-Disminución de la Percepción en Individuos Mayores.

Parece ser que la habilidad perceptiva decrece a medida que la edad se incrementa . Varios investigadores encontraron

que la habilidad para identificar formas en la boca permanecía estable en adultos jóvenes y luego decrecía con la edad . Se reportó también que el nivel de percepción decrecía a medida que se incrementaba la edad y se pensó que en el paciente edéntulo ocurría un descenso total de la capacidad sensorial . El uso de sobredentaduras es un intento de retener cualquier posible elemento sensorial en el momento en que el paciente puede experimentar una disminución generalizada de la capacidad sensorial.

3.j.-Fuerzas Oclusales en Sobredentaduras y en Dentaduras Convencionales.

Pacer comparó la habilidad de dos grupos de pacientes para discriminar varias presiones oclusales . Un grupo portaba dentaduras inferiores convencionales y el otro sobredentaduras inferiores , soportadas al menos por dos dientes reducidos . Se aplicaron fuerzas calibradas de 100 a 2000 gm a las superficies oclusales de cada dentadura.

Los portadores de dentaduras convencionales tuvieron umbrales discriminativos más bajos (100 , 200 y 500 gm) que los portadores de sobredentaduras , quienes discriminaron mejor a 2000 gm . Pacer postuló que durante las presiones oclusales leves , la base de la sobredentadura probablemente tuvo o ningún contacto con los dientes retenidos por el efecto elásti-

co 'del proceso edéntulo . Durante la aplicación de presiones - oclusales más altas , hubo firme contacto entre la sobredentadu - ra y los dientes reducidos , y ésto accionó a los receptores - del ligamento parodontal . Pensó que la respuesta mejorada del portador de sobredentaduras indicaba que este tipo de dentadura se acercaba más a la respuesta de los pacientes con dentición - natural , y que la discriminación empobrecida del portador de - dentaduras convencionales al nivel de 2000 gm , se asociaba con la posibilidad de que los receptores de la mucosa debajo de la dentadura convencional se acercaban al límite de su capacidad de discriminación .

Podríamos concluir que aquí yace una de las respuestas a - la pregunta ¿ Por qué ocurre resorción del hueso alveolar bajo dentaduras convencionales ? La respuesta postulable es que los receptores de la mucosa debajo de las dentaduras convencionales pueden alcanzar su límite superior de discriminación durante la masticación y consecuentemente son incapaces de prevenir contra la sobre carga oclusal . Con dentición natural , el impulso pro - pioceptivo de los receptores parodontales es tan diferenciado , que las cargas oclusales excesivas probablemente llevan a los - músculos a abandonar su contracción.

CAPITULO III

VENTAJAS1.-Conservación del Hueso Alveolar.

La sobredentadura conserva el hueso alveolar pues permite que la mayor parte de las fuerzas oclusales sean soportadas por los dientes y no por el proceso . Además , como se mencionó previamente , la presencia de las raíces de los dientes reducidos con un parodonto sano tiene un efecto biológico benéfico sobre el hueso alveolar.

2.-Conservación de la Propiocepción.

*

Una de las mayores ventajas de la sobredentadura es que - conserva parte de la sensibilidad propioceptiva , que es uno de los principales determinantes de la función masticatoria.

3.-Mejoramiento de la Relación Corona-Raíz.

La eliminación de una relación corona-raíz desfavorable mediante la reducción en la altura de la corona resulta en un pronóstico favorable para los dientes retenidos y el hueso alveolar circundante.

4.-Incremento en la Estabilidad y Soporte.

Los apoyos dentarios naturales de la sobredentadura proporcionan una base estática y estable que no tiene paralelo con ninguna dentadura convencional . Si comparamos la sobredentadura con una dentadura convencional , la ventaja funcional es obvia , pero también debemos recalcar que una base estable como ésta , mejora la oclusión mediante registros mandibulares más exactos y aumenta la comodidad del paciente reduciendo drásticamente el traumatismo que produce la base de la dentadura tradicional en los tejidos de apoyo . Esto a su vez disminuye el número de adaptaciones postinserción que suelen ser necesarias en las dentaduras convencionales.

5.-Retención.

Debido a la mayor estabilidad de las sobredentaduras la retención suele ser excelente . Sin embargo , en algunos pacientes podrá ser conveniente aumentar la retención , lo cual se puede realizar recurriendo a los dispositivos de unión disponibles en el mercado.

6.-Conservación de la Salud Parodontal.

Por lo general , los dientes pilares son de acceso fácil , por lo que el paciente puede limpiarlos perfectamente y mantener la salud parodontal en un nivel óptimo.

7.-Estabilización de las Estructuras Faciales.

Debido a que la resorción ósea es mínima , la Dimensión Vertical y el soporte de los labios y los rasgos faciales se mantienen más tiempo y el asentamiento es mínimo.

8.-Ventajas Psicológicas.

El grado de aceptación de las sobredentaduras por el paciente es muy elevado . Muchas personas suelen asociar la pérdida de los dientes con la vejez , el saber que aún pueden conservar algunos es un grato estímulo que los hará más responsables en el control de su higiene bucal y que contribuye en gran medida a la rápida adaptación del paciente a la sobredentadura.

9.-Facilidad de Construcción.

Los procedimientos que se siguen para elaborar una sobredentadura son muy similares a los de una dentadura convencional.

Además , los dientes retenidos dan estabilidad a las bases durante el registro de la relación maxilo-mandibular , ayudan a determinar la Dimensión Vertical correcta y son una guía para la articulación de los dientes artificiales.

10.-Mayor Facilidad para la Articulación de los Dientes Artificiales.

Los dientes o raíces remanentes servirán como guía para la colocación adecuada de los dientes artificiales.

11.-Posibilidad de Usar Dispositivos de Fijación.

Si se requiere de retención adicional , se pueden incorporar a la sobredentadura dispositivos de fijación.

12.-Facilidad en la Limpieza.

La sobredentadura , por ser removible , es muy fácil de limpiar.

13.-Disminución de los Problemas de Postinserción.

Esta disminución resulta de la suma de sus ventajas.

14.-Convertibilidad.

Las sobredentaduras , debido a su diseño básico de dentadu
ras completas , pueden ser modificadas rápidamente si por algún
motivo los dientes reducidos tuvieran que ser extraídos.

CAPITULO IV

DESVENTAJAS

1.-Propensión a Caries.

El problema más apremiante es la destrucción por caries de los dientes reducidos . Es necesario insistir en los cuidados - escrupulosos realizados en casa por el paciente como tratamiento preventivo de esta complicación , además de las citas frecuentes de revisión para detectar las lesiones incipientes .Los preparados de fluoruro estañoso en forma de gel han sido útiles para disminuir la velocidad y frecuencia del proceso carioso.

2.-Tiempo y Costo Adicionales.

El tratamiento con sobredentaduras consume más tiempo y es más costoso que el tratamiento con dentaduras convencionales debido a que requiere usualmente de tratamiento endodóntico y paradontal y la subseguente restauración de los dientes con cofias metálicas.

3.-Retenciones Oseas.

Debido al espacio limitado para la inserción de estas prótesis , las depresiones óseas , especialmente las contiguas al diente recubierto (generalmente vestibulares) han planteado el problema del contacto estrecho entre la base de la dentadura y el tejido subyacente . Muchas veces es necesario transigir , ya sea cubriendo la depresión y dando lugar así a una base de dentadura alejada del tejido con la consiguiente creación de una trampa para los alimentos y la supresión de toda posibilidad de sellado periférico , o bien recortando la base de la dentadura para terminarla a la altura del contorno , lo cual también compromete el sellado periférico . En ambos casos el aspecto estético estará afectado debido ya sea a una base acortada o bien al volumen exagerado de la circunferencia de la dentadura. Generalmente es imposible eliminar la retención ósea por medio de Cirugía , puesto que el hueso afectado es el que dá apoyo al diente reducido.

4.-Sobrecontorneo y Falta de Contorno.

A menudo , debido a las retenciones óseas , será difícil contornear de modo adecuado la base de la dentadura para lograr un aspecto estético óptimo . Como ya se mencionó en el punto anterior , a veces será necesario acortar la base de la sobredentadura para compensar esa retención ósea , o bien , hacer la base del largo normal pero alejada de los tejidos dando lugar a -

un lleo labial excesivo que altera la caída natural de los labios . Generalmente la planificación correcta y una selección atinada de los pacientes pueden evitar estas dificultades.

5.-Invasión de la Distancia Interoclusal.

Los dientes de soporte , a pesar de haber sido reducidos generalmente hasta una altura de 2 mm por arriba de la encía , ocupan un espacio importante tomando en cuenta que esos 2 ó 3 mm se sumarán a la base de la dentadura y dificultarán la articulación de los dientes . En muchos casos será necesario invadir el espacio interoclusal como la única forma de poder articular.

6.-Daño Parodontal de los Dientes de Soporte.

Se considera que la sobredentadura produce siempre cierto grado de agresión parodontal a las estructuras de soporte adyacentes al diente pilar . Estos efectos nocivos pueden reducirse al mínimo si comenzamos el tratamiento con un estado óptimo de salud parodontal y el paciente sigue escrupulosamente un programa de higiene oral en casa además de las citas frecuentes para revisión . Los mecanismos por los cuales se produce irritación parodontal serán mencionados posteriormente.

CAPITULO V
INDICACIONES

1.- Las sobredentaduras están indicadas en pacientes con pocos dientes remanentes.

Estos dientes pueden presentar enfermedad parodontal o caries tan extensas que los hagan inadecuados para sostener prótesis fijas o removibles , sin embargo , frecuentemente es posible retener uno o más para sostener una sobredentadura . El uso de la sobredentadura se considera siempre como una alternativa a la extracción de todos los dientes.

2.- Las sobredentaduras están indicadas en pacientes interesados en conservar sus dientes y dispuestos a seguir un programa riguroso de higiene bucal.

El tiempo y esfuerzos del Dentista se verían desperdiciados en un paciente decidido a no conservar sus dientes . Cualquier indicio que muestre que el paciente no desea cooperar con un programa de higiene bucal y de visitas continuas de revisión lo hace un candidato incierto para este tipo de tratamiento.

3.-La sobredentadura está especialmente indicada en el proceso mandibular , en donde la resorción ósea es más acelerada.

Sin embargo , también se indica en el proceso maxilar , - especialmente cuando éste se opone a dentición mandibular natural.

4.-Las prótesis dentosoportadas están indicadas en pacientes con defectos orales congénitos o adquiridos.

En el pasado , los enfermos con defectos como paladar hendido , anodoncia parcial , microdoncia , etc . tenían que someterse a tratamientos complicados , largos y costosos . Con la aparición de la sobredentadura es posible ofrecerles un tratamiento relativamente rápido y menos caro.

En cuanto a los enfermos con defectos adquiridos (postramáticos o postquirúrgicos) a menudo existe la necesidad de - conservar algunos dientes para la retención y soporte de las - dentaduras que se les elaboran . La sobredentadura es una solución a ése problema.

5.-Las sobredentaduras están indicadas como un medio para mejorar la función y estética en pacientes que presentan abrasión intensa de los dientes.

CAPITULO VI

CONTRAINDICACIONES

1.-Las prótesis dentosoportadas están contraindicadas cuando se puedan aplicar otros procedimientos restaurativos como la Prótesis Parcial Fija o Removible . Ya que no se proponen como substitutos de ellos.

2.-Están contraindicadas en pacientes que no puedan llevar un control satisfactorio de placa bacteriana.

3.-Están contraindicadas cuando el tratamiento endodóntico o parodontal no puede ser realizado satisfactoriamente.

CAPITULO VII
PROCEDIMIENTOS PRELIMINARES

1.-Historia Clínica.

1.a.-Historia Clínica Médica.

La obtención de una historia clínica médica detallada es un pre-requisito indispensable para iniciar un tratamiento con sobredentaduras . Debido a que se trata de un tratamiento extenso que debe incluir terapia endodóntica , parodontal , quirúrgica , etc . cualquier desorden médico o psiquiátrico que debilite al paciente puede excluir los procedimientos clínicos más esenciales (náuseas psicológicas , hemofilia , diabetes no comtrolada) o comprometer seriamente la habilidad del paciente para mantener un nivel adecuado de higiene oral (artritis , parálisis , epilepsia , etc.)

1.b.-Historia Clínica Odontológica.

El registro de la historia dental del paciente es muy útil, pues generalmente contiene información reveladora de experiencias previas que pueden estar influyendo consciente o inconciemen

temente en las actitudes del paciente hacia el C.D. o al tratamiento en sí . El éxito o fracaso de prótesis anteriores es especialmente significativa y merece especial atención : ¿ Qué factores contribuyeron a que tuviera éxito o fracasara la prótesis anterior ? , ¿ Qué problemas tuvo el paciente ? , etc.

Asimismo , resulta conveniente conocer los hábitos de higiene bucal que tenga el paciente , la frecuencia , métodos y materiales que utiliza . Los pacientes con higiene oral aceptable tienen un pronóstico mucho más positivo que los indiferentes a este respecto.

2.-Exámen Clínico de la Cavidad Oral.

Un exámen completo de la cavidad oral debe ser realizado - después del Interrogatorio . Los labios , mucosa oral , encía , piso de la boca , paladar duro y blando , deben ser examinados cuidadosamente en busca de cambios patológicos que puedan estar afectando la salud local o general del paciente . Es de suma importancia evaluar la respuesta de los tejidos de soporte a la prótesis existente , como por ejemplo , la inflamación o hiperplasia asociados a una prótesis mal ajustada.

El exámen digital de los tejidos blandos y duros puede in
dicarnos la existencia de exostosis , rebordes milohioideos fi
losos o una tuberosidad desplazable que pudieron escapar al exá
men visual.

2.a.-Exámen Dental.

Se registrarán :

- 1.-Existencia y extensión de lesiones cariosas
- 2.-Obturaciones y el estado en que se encuentran
- 3.-Dientes perdidos y el estado en que se encuentran sus reempla
zos artificiales
- 4.-Oclusión
- 5.-Indicaciones de bruxismo e cualquier otro hábito anormal de
lengua y labios
- 6.-Es importante determinar la presencia de espacio dentario
adecuado.

2.b.-Exámen Parodontal.

Aún cuando la mayoría de los pacientes candidatos a usar
una sobredentadura presentan signos y síntomas de enfermedad pa
rodontal , algunos tienen deformidades congénitas o resultantes
de algún incidente traumático y debemos diferenciarlas . La pér

dida generalizada de hueso alveolar , las bolsas parodontales y la hipermovilidad son signos característicos de enfermedad parodontal . La magnitud y dirección de los patrones de movilidad - deben ser registrados y correlacionados con las demandas de funcionales de los dientes individualmente . Los dientes con movilidad moderada no están contraindicados como soportes para sobredentaduras ; éstos y aquéllos con pronóstico menos favorable deben ser anotados en la historia clínica del paciente . También debemos observar la eficacia de los métodos de higiene oral del paciente , si resulta mínima , le instruiremos el método más - conveniente a su caso en particular.

3.-Exámen Radiográfico.

Una serie radiográfica periapical nos proporcionará datos como:

- 1.-Cantidad de soporte óseo de cada diente
- 2.-Raíces retenidas
- 3.-Dientes impactados
- 4.-Relación corona-raíz de cada diente
- 5.-Lesiones cariosas
- 6.-Patología apical
- 7.-Lesiones de los procesos maxilar y mandibular

- 8.-El estado en que se encuentran tratamientos endodónticos anteriores
- 9.-El potencial de cada diente para el tratamiento endodóntico (raíces dilaceradas , conductos calcificados)
- 10.-Estado del parodonto.

4.-Diagnóstico.

Los datos obtenidos de la historia clínica y de los exámenes clínico y radiográfico son la base para establecer el Diagnóstico.

5.-Pronóstico.

La evaluación cabal de los datos obtenidos anteriormente - le permitirá al C.D. determinar si el pronóstico es favorable o desfavorable y actuar en consecuencia.

6.-Plan de Tratamiento.

El plan de tratamiento debe ser discutido abiertamente -

con el paciente , de manera que éste tenga una idea clara del tratamiento que el C.D. considera más conveniente . Se le informará de qué consiste , qué ventajas obtendrá , qué problemas puede tener , el tiempo y costo aproximados , etc . El C.D. tratará siempre de tener un tratamiento alternativo en caso de que el paciente no acepte el primero.

Si el tratamiento establecido de común acuerdo son prótesis dentosoportadas , resultará útil una lista de procedimientos a seguir en la que el Dentista podrá anotar la fecha en que realizó dicho procedimiento y sus observaciones. He aquí un modelo :

Nombre del paciente: _____		
Edad: _____		Sexo: _____
Dirección: _____		
Tipo de Prótesis Dentosoportada: _____		
Procedimiento:	Fecha:	Observaciones:
<u>Entrevista Inicial</u>		
<u>Historia Clínica</u>		
<u>Examen Oral</u>		
<u>Impresiones Modelos de Estudio</u>		
<u>Estudio Radiográfico</u>		
<u>Articulación Modelos de Estudio</u>		
<u>Selección Tentativa de Organos de Soporte</u>		
<u>Consultas Dentales Complementarias</u>		
<u>Endodoncia</u>		
<u>Parodoncia</u>		
<u>Cirugía Oral</u>		
<u>Selección Definitiva de Organos de Soporte</u>		
<u>Medidas Pretratamiento</u>		
<u>Tratamiento.Pre-requisitos:</u>		
<u>1.Extracción de dientes posteriores</u>		
<u>2.Tratamiento Parodontal</u>		
<u>3.Regularización Quirúrgica de Contornos</u>		
<u>4.Tratamiento Endodóntico</u>		

Impresiones para elaboración de cucharillas	
Elaboración de cucharillas ajustadas	
Impresiones Fisiológicas	
Obtención de modelos	
Rodillos de cera	
Registros de D.V. y R.C.	
Selección de dientes	
Articulación de modelos	
Articulación de dientes posteriores	
Prueba de cera de dientes posteriores	
Articulación de dientes anteriores	
Prep. de órganos de soporte en el modelo	
Emuflado y pulido	
Prueba en articulador y rectificación	
Inserción de la sobredentadura:	
1.Tratamiento preinserción	
2.Preparación de órganos de soporte	
3.Aplicación de Fluor	
4.Extracción de dientes anteriores	
5.Adaptación	
6.Interferencia y/o alivio de órganos de s.	
7.Instrucciones Postinserción:	
a.Orales	
b.Escritas	
Cita Postinserción (24 horas)	
1.Identificación y ajuste de irritaciones	
2.Adaptación sobre órganos de soporte	
3.Instrucciones de higiene oral	
Citas Postinserción:	
1.Evaluación y ajuste de zonas de irritación	
2.Evaluación de la higiene oral	
3.Evaluación de la higiene de la sobredentadura	
4.Aplicaciones consecutivas de Fluor	
Rebase de la prótesis	

Como se puede observar , esta lista de procedimientos se aplica a cualquier tipo de sobredentadura : convencional , inmediata , parcial > para defectos congénitos .

CAPITULO VIII

SELECCION DE LOS DIENTES DE SOPORTE

La selección de los órganos de soporte se puede dividir en:

1.-Selección Preliminar o Tentativa

2.-Selección Definitiva

La selección preliminar es la que hace el C.D. durante el primer examen , en el que observa y anota a los dientes que podrían servir como soportes.

La selección definitiva se realiza después de la evaluación cuidadosa de cada soporte potencial tomando en cuenta los siguientes criterios :

1.-Posibilidad de Prótesis Fija o Removible

Si el número y estado de las piezas existentes da la posibilidad de un tratamiento restaurador con Prótesis Fija o Removible , la sobredentadura queda relegada a un plano secundario como tratamiento.

Como ya se mencionó antes , la sobredentadura está contraindicada mientras exista la posibilidad de tratar a un paciente exitosamente con prótesis parcial fija o removible . Las prótesis dentosoportadas de ninguna manera se proponen como substitutos de tratamientos más conservadores , sino como una alternativa a las dentaduras convencionales completas.

2.-Resorción Ósea

El factor que determina la aceptabilidad de un diente dado es la cantidad de soporte óseo remanente . El diente debe tener por lo menos 5 mm de soporte óseo para poder ser conservado.

Cuando sea posible , los dientes deben conservarse en aquellas áreas del proceso que reciben la mayor cantidad de presión oclusal o donde se espera que ocurra una resorción ósea mayor o más acelerada . Se dará preferencia a los dientes anteriores sobre los posteriores , puesto que el proceso anterior es más susceptible a la resorción . Por ejemplo , la parte anterior del proceso mandibular es la zona en donde ocurre la mayor cantidad de resorción ósea después de la extracción de los dientes . La parte anterior del proceso maxilar también está sujeta a una resorción potencial bastante considerable cuando se encuentra opuesta a dentición mandibular natural.

3.-Estado Parodontal

Es mejor seleccionar dientes que tengan un estado parodontal aceptable inicialmente , o bien , que tengan la posibilidad de recibir tratamiento parodontal con pronóstico favorable . La movilidad moderada previa al tratamiento parodontal es aceptable , pues se ha observado que los dientes móviles adquieren firmeza después de la reducción de la altura de la corona y del tratamiento parodontal.

El tratamiento parodontal debe dar como resultado : zonas adecuadas de encía adherida , profundidad de surco normal y un contorno tisular aceptable.

El diente de soporte debe tener un estado de salud parodontal aceptable previo a la inserción de la sobredentadura ya que ésta afecta la salud parodontal del diente de soporte debido a los siguientes factores :

1) Al reducir y dar forma cónica a la corona del diente de soporte , se pierden los contornos protectores normales que permitían a la encía marginal permanecer en contacto con el diente mediante la reducción del impacto alimenticio a esta zona y la facilitación de la autoclisis.

2) La fricción de la base de la sobredentadura sobre los -

tejidos adyacentes al diente causa inflamación.

3) La base de la sobredentadura impide que las fuerzas de fricción masticatorias y de la lengua sean aplicadas a los teji dos gingivales . La ausencia de esta estimulación funcional pue de causar una reducción en la queratinización y por lo tanto - una mayor susceptibilidad a las heridas.

4) La experiencia clínica ha demostrado que los pacientes encuentran difícil mantener un nivel aceptable de higiene oral alrededor de un diente reducido y aislado . El uso rutinario - del cepillo dental solo , es insuficiente para lograr y mantener el nivel deseable de higiene , es necesario utilizar hilo dental , puntas de goma y pastillas reveladoras.

4.-Actividad Cariosa

Deben seleccionarse aquellos dientes que muestren menos - susceptibilidad a los procesos cariosos . Los dientes con defec tos estructurales como hipoplasia del esmalte , dentinogénesis imperfecta , etc . están contraindicados , así como aquellos que presentan caries rampante o cavidades cariosas muy extensas. La razón de esta discriminación es otra que las meras dificulta des técnicas , y es que , un proceso carioso activo puede condu cir a recurrencias que nos llevarían al fracaso del tratamiento.

5.-Tratamiento Endodóntico

Puesto que el tratamiento endodóntico está ampliamente recomendado para los soportes de la sobredentadura (aunque no siempre es necesario , como es el caso de algunos individuos mayores de edad , en quienes la cámara pulpar y los conductos radiculares se han calcificado y no requieren tratamiento endodóntico) el diente de soporte debe tener la posibilidad de recibir este tratamiento . Las raíces dilaceradas y los conductos - accesorios son contraindicantes.

Es preferible usar dientes vitales y desvitalizarlos con un buen tratamiento endodóntico . Por lo general , los dientes necróticos sufren de patología periapical , que aunque podamos tratar por medios endodónticos o quirúrgicos , sería preferible si no existiera.

Si ya hay dientes con tratamiento endodóntico , podemos aprovecharlos y ahorrar tiempo y esfuerzo.

El tratamiento endodóntico permite el uso de molares hemiseccionados como órganos de soporte para la sobredentadura.

6.-Localización y Número de los Dientes

El número de dientes a conservar debajo de una sobredentadura depende del número y posición de los dientes disponibles y aceptables . El costo también puede modificar el número de dientes que se use realmente.

Las prótesis dentosoportadas se consideran para pacientes con cuatro o menos dientes retenibles.

La situación ideal sería retener por lo menos cuatro dientes en una arcada para dar amplio soporte . Dependiendo de su distribución , cuatro pilares en una arcada pueden representar una distribución ideal de la presión , como sería el caso de dos caninos y dos segundos premolares . Esta distribución provee de máxima estabilidad y soporte a la sobredentadura , la cual estaría realmente dento-soportada . Sin embargo , la experiencia clínica demuestra que este no es el caso más común . Lo más frecuente es encontrar los dos caninos disponibles . Los caninos inferiores son los que se usan más comúnmente porque usualmente son los últimos dientes que se pierden . Su posición en la arcada es estratégica , proveen de soporte y estabilidad , preservan la altura del proceso , poseen un alto grado de sensibilidad propioceptiva (sensibilidad canina) , el tratamiento endodóntico suele ser sencillo y su raíz es larga (mayor soporte paradontal) . También mantienen la profundidad vestibular .

lar . En algunos casos , los caninos inferiores tienen una inclinación labial que crea una recesión severa en la región del vestíbulo labial . El tratamiento de dicha recesión requiere frecuentemente la fabricación de una dentadura con un contorno anormal para permitir una línea de inserción continua . Si los premolares están presentes , pueden servir tan bien como los caninos y presentan menos recesión .

Si dos dientes contiguos son disponibles , no es aconsejable usar los dos porque crean un abultamiento que hace difícil la colocación de los dientes artificiales . Otra razón es que es más difícil mantener la salud de los tejidos alrededor de dientes que se encuentran muy cercanos . Debe haber por lo menos la suficiente separación para permitir un cepillado cuidadoso de la papila interdientaria.

La retención de los caninos o premolares superiores está indicada cuando la sobredentadura se encuentra opuesta a una dentición mandibular natural o a la extensión distal de una prótesis parcial con dientes anteriores naturales . Los dientes naturales pueden , eventualmente , transmitir fuerzas destructivas al proceso maxilar superior . Con una sobredentadura , aún cuando la prótesis parcial no sea consistentemente dañina , el proceso anterior se protege de la presión excesiva.

La distribución en la arcada de tres dientes disponibles ,

determinará el grado de balance de la sobredentadura . Una buena distribución sería la de dos caninos y un incisivo central , que dá un soporte trípode en la parte anterior del proceso . Si existe un órgano de soporte en un lado de la arcada y dos en el otro el soporte no es balanceado ; sin embargo , este patrón de distribución no causa al paciente ningún problema serio . Cuando no hay dientes disponibles en ambos lados de la arcada , no se debe dudar en retener cualquier diente aislado o combinación de dientes . Debemos recordar que cualquier diente contribuirá para el soporte de una sobredentadura . Aún las sobreentaduras soportadas por un solo pilar funcionan satisfactoriamente ; en estos casos es mejor usar un canino , aunque también puede ser usado cualquier otro diente.

Es esencial considerar la oclusión al seleccionar los pilares . Si una sobredentadura se encuentra opuesta a una dentadura completa o a una prótesis parcial removible con un número mayor de dientes artificiales que naturales , las fuerzas funcionales que recibirá la sobredentadura serán menores que las que recibiría de estar opuesta a una dentición natural completa . Por lo que los pilares de una sobredentadura que se oponga a una dentición natural deben ser seleccionados tomando en cuenta que su necesidad de soporte y estabilidad es mayor que la de la sobredentadura que se oponga a dentaduras artificiales.

7.-Uso de Dientes Posteriores

La sobredentadura no goza de la ventaja de tener soporte en la región posterior si todos los molares son extraídos . Los molares inferiores a veces son sacrificados y pueden ser excelentes pilares si son hemiseccionados . Estos últimos proporcionan soporte adicional y estabilidad para la dentadura . Mantener estas raíces ayuda a conservar el hueso alveolar , la encía adherida y el mecanismo de propiocepción . Debemos conservar un soporte distal siempre que sea posible.

Los molares que se considerarán como órganos de soporte deben tener por lo menos una raíz paradónticamente sana que pueda ser tratada endodónticamente . Pueden o no tener caries y sus raíces deben ser verticales o inclinadas mesialmente para facilitar el tratamiento . Deben tener soporte óseo adecuado y contorno y forma fisiológica de la encía . Se considera la hemisección cuando las otras terapéuticas convencionales no eliminan los defectos existentes.

CAPITULO IX

PREPARACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE

Existen varias técnicas para la preparación de los dientes que servirán como soportes a la sobredentadura . Entre éstos ca be mencionar la simple modificación y reducción del diente , re ducción y recubrimiento vaciado , tratamiento endodóntico con obturación de amalgama , tratamiento endodóntico y recubrimien- to vaciado , y , tratamiento endodóntico y recubrimiento vacia- do utilizando algún dispositivo de conexión.

Modificación Simple y Reducción de los Dientes

Esta técnica se utiliza a menudo en pacientes parcialmente anodónticos o en pacientes que presentan abrasión intensa . En este procedimiento los dientes se modifican simplemente elimi-- nando las retenciones y , si es necesario , reduciendo también la altura para crear más espacio en dónde alojar la sobredenta- dura . Para que esta técnica sea aplicable , la higiene bucal - debe ser excelente y el índice de caries bajo . Asimismo , cuam do sea necesario reducir la altura de los dientes , es preciso alejar la pulpa vital lo suficiente para que los dientes una - vez reducidos no sean sensibles al medio bucal.

Reducción y Recubrimiento Vaciado

Este procedimiento es similar al anterior , sólo que en éste , después de la reducción del diente se coloca un recubrimiento vaciado . Este paso es necesario debido a la sensibilidad de los dientes o como medida de control de caries . Como los dientes no han sido sometidos a tratamiento endodóntico su sensibilidad se conserva . La reducción en la altura de la corona suele ser mínima por lo que no hay espacio suficiente para la sobredentadura y es posible que ocurra una modificación de la Dimensión Vertical por invasión de la distancia interoclusal cuyos resultados serán un aspecto estético malo y el fracaso de la sobredentadura por intolerancia del paciente.

Tratamiento Endodóntico y Obturación de Amalgama

Este procedimiento está indicado cuando existe altura coronal normal y espacio libre normal con poca o ninguna disminución de la Dimensión Vertical . En este caso , a fin de crear espacio suficiente para la sobredentadura sin abrir la Dimensión Vertical , los dientes deben reducirse drásticamente , por lo general , casi hasta el nivel gingival . Debido a esta reducción tan drástica , casi siempre es necesario realizar un tratamiento endodóntico . Realizada la endodoncia , se reduce el diente a 1 ó 2 mm por arriba del margen gingival y se coloca una restauración de amalgama en la parte superior ue. conducto radicular -

abierto . La dentina restante es alisada y pulida minuciosamente , dejando así una superficie de amalgama que casi no acumula placa bacteriana y que podrá ser limpiada fácilmente . Para que esta técnica dé buenos resultados el índice de caries debe ser bajo y el control de placa excelente a fin de prevenir la reincidencia de caries . Dientes con antecedentes de afecciones parodontales pueden ser utilizados siempre y cuando el trastorno haya sido corregido . En esta técnica se pueden utilizar dientes hipermóviles , ya que la reducción drástica de la corona mejora notablemente la relación corona-raíz , que aunada al tratamiento parodontal promete un pronóstico muy favorable.

Tratamiento Endodóntico y Recubrimiento Vaciado

En esta técnica el procedimiento y las indicaciones son casi idénticas a las de la anterior , salvo que en vez de colocar una restauración de amalgama en el conducto radicular , se coloca un recubrimiento vaciado sobre el diente previamente sometido a endodoncia . El recubrimiento vaciado se utiliza para tratar de evitar la reincidencia de caries sobre la dentina expuesta cuando existen antecedentes de procesos cariosos . Sin embargo se ha observado que en los pacientes con antecedentes de caries que no mejoran los cuidados en casa , la colocación del recubrimiento es de poca utilidad para prevenir , desde un principio , la caries en el diente de soporte . Los márgenes de los -

vaciados que generalmente son colocados sobre el cemento y son de acabado muy difícil , son bastante propensos al colapso.

Generalmente se hace un vaciado en forma de cúpula poco profunda y bordes ligeramente supragingivales . La retención es proporcionada por un pivote corto colocado en el conducto radicular . La poca longitud del pivote es intencional pues se toma en cuenta la posibilidad de que sea necesario retirar el recubrimiento si hay reincidencia de caries.

Tratamiento Endodóntico con Recubrimiento utilizando algún Dispositivo de Conexión

Este procedimiento está reservado para casos en dónde no sólo se desea obtener estabilidad sino que también es necesario mejorar considerablemente la retención . Debido a que este procedimiento requiere más tiempo , cuesta más y que los riesgos son mayores , está reservado a pacientes con pronóstico favorable . Por lo tanto , el índice de caries debe ser bajo , la higiene oral excelente y la salud parodontal óptima . Los dientes de anclaje necesitan soporte óseo adecuado para resistir las tensiones suplementarias que ejercen las conexiones sobre el diente.

El dispositivo de conexión reduce menos la relación corona raíz que el dispositivo en forma de cúpula . 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 o 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 anteriormente.

A continuación se enumeran brevemente algunos de los dispositivos de unión que se pueden utilizar para aumentar la retención de una sobredentadura.

Dispositivo Dalbo.

Esta conexión está formada por dos partes : un componente macho unido al diente y una parte hembra empotrada en la base de la dentadura . El componente macho presenta forma redondeada que permite un movimiento rotacional de la dentadura alrededor de él . 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 entre los componentes macho y hembra.

Dispositivo Ceka.

En esta conexión la parte macho que está fijada sobre el diente presenta forma redondeada , más ancha en su punta y está hendida , en sentido vertical en cuatro secciones . Estas cuatro secciones son flexibles y pueden ser comprimidas . Sobre este componente macho encaja la parte hembra o 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.

Dispositivo Gerber.

Hay dos tipos de este dispositivo , uno que permite realizar movimientos verticales y que , por lo tanto , utiliza más reborde residual para apoyo , y un dispositivo rígido que no permite ningún movimiento de la base . El tipo rígido , muy utilizado , está formado por una parte macho o poste , resorte y anillo de retención y una caja o canal general . La retención proporcionada es suficiente y la construcción es sencilla. 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 movimiento vertical produce menos fuerza rotatoria pero su diseño y fabricación son más complicados.

Ancla Zest.

Este dispositivo obtiene su fuerza de retención de la raíz. Se hace una preparación para poste en el interior de la raíz y se cementa un manguito hembra . El componente macho presenta una cabeza de bola y se une a la sobredentadura . La retención es - proporcionada por la cabeza introducida a presión en una depresión de la parte hembra . Las ventajas de este dispositivo son varias . En primer lugar , permite superar el problema de espacio ya que el dispositivo se halla en el interior de la estructura radicular . Segundo , el procedimiento es sencillo , puede realizarse en el consultorio y sin necesidad de vaciado . Finalmente , si se utiliza más de un diente , el macho , que es de - nylon , permite prescindir del paralelismo.

Sin embargo , su uso también tiene algunas desventajas . - Como no se hace vaciado ni recubrimiento , la raíz y el conducto radicular serán muy susceptibles a la caries ; los pasadores de nylon pueden doblarse e impedir así el asentamiento y , ocasionalmente , pueden romperse . Aunque ocurra pocas veces , los restos de comida pueden abrirse paso hasta la caja hembra , sobre todo cuando el paciente trata de comer sin la dentadura , y estos restos son difíciles de eliminar.

Barra de Conexión.

Se encuentran varios tipos de barras de conexión en el mercado . Los objetivos de la conexión mediante barra son la unión o ferulización de los dientes indicados y la retención del aparato de prótesis . Algunas barras sirven también como soporte para el aparato . Los dos tipos de más uso actualmente son la barra de Dolder y la abrazadera de Baker . La barra de Dolder es una barra en forma de huevo unida a los recubrimientos . Se hace una manga que debe adaptarse a la barra y que será empotrada en la sobredentadura donde servirá para proporcionar retención activa . Entre la manga y la barra queda un espacio que permite cierto grado de movimiento vertical . La manga también puede girar libremente alrededor de la barra . La abrazadera de Baker , una conexión parecida , está formada por una barra cilíndrica calibre 12 ó 14 con manga hecha para encajar a presión sobre la barra . La mayor parte de las barras de conexión son demasiado voluminosas para poder ser utilizadas con provecho en la sobredentadura.

Dispositivo Quinlivan.

Esta conexión está formada por una parte esférica prefabricada de acrílico que será incorporada con el encerado del poste y recubrimiento . Después el vaciado completo es cementado en el diente que estuvo sometido a tratamiento endodóntico . Con a

acrílico autopolimerizable se adhiere una caja hembra de acrílico a la sobredentadura . La retención será proporcionada por un aro de caucho colocado en el interior de la caja hembra.

Este tipo de conexión presenta varias ventajas . Es de fabricación fácil y económica ; el aro de caucho puede ser sustituido con facilidad si disminuye la retención debido a fatiga del caucho ; la caja puede girar libremente en todas direcciones produciendo rotación mínima de los dientes , y finalmente , la retención es bastante buena . La altura del dispositivo es de sólo 3 mm y , por tanto , puede adaptarse casi a todas las limitaciones de espacio . La única desventaja que se ha encontrado es que la caja de acrílico puede desgastarse o fracturarse . Sin embargo , la colocación de una caja nueva en sustitución de la vieja es un sistema sencillo y barato.

Estos y otros muchos dispositivos sirven para sujetar una sobredentadura , algunos más eficazmente que otros . Algunos están estruidos para retención rígida de la sobredentadura con muy poco movimiento ; otros están fabricados de tal manera que permiten movimiento rotacional pero muy poco movimiento vertical de la base . Y otros están ideados como conexiones elásticas , o sea , que permiten movimiento vertical para la sobredentadura de tal manera que bajo carga el reborde residual podrá llevar más fuerza y así menos soporte directo será canalizado .

hacia los dientes pilares . La decisión en cuanto a qué conexión sería más indicada depende del tipo particular del caso dado , - de la práctica que tenga el Dentista con los diferentes tipos de aparatos , de la posibilidad de encontrar el dispositivo escogido en el mercado y , finalmente , del precio de la conexión.

CAPITULO X
TECNICA Y PROCEDIMIENTOS

Por considerar que son los más usuales para el Dentista de práctica general , sólo se explican los procedimientos para la prótesis dentosoportada completa convencional y la inmediata.

Prótesis Dentosoportada Completa Convencional.

La sobredentadura completa convencional se usa cuando el proceso se encuentra razonablemente maduro y todos los dientes presentes van a ser conservados . Cuando se presenta esta situación , la terapia endodóntica se realiza primero , seguida de la preparación de los dientes y sus recubrimientos . Después de que las copias se cementan , se lleva a cabo el procedimiento - usual para dentaduras convencionales con pocas modificaciones.

Preparaciones.

La preparación para el recubrimiento vaciado de bajo nivel es una preparación tipo corona completa con terminado gingival de chafián , con reducción labial y oclusal drásticas . La su-

perficie oclusal se reduce primero hasta una altura apenas por arriba del margen gingival . La pared labial se talla desde la línea del terminado gingival hacia el centro del conducto radicular en oclusal , a manera de que la forma del diente sea ligeramente ahusada . La línea del terminado gingival se establece justo por arriba de la adherencia epitelial del parodonto . Las paredes mesial , distal y lingual se rebajan sólo lo suficiente para dar un grosor adecuado al metal . La retención se logra usualmente por la incorporación de un poste endodóntico a la cofia.

Impresión y Diseño del Recubrimiento.

Si es posible , debe tomarse una impresión que incluya todas las preparaciones . Así , las cofias pueden fabricarse juntas , evitando las retenciones y permitiendo que la inserción y la remoción de la sobredentadura sean más fáciles de realizar . El diseño del recubrimiento sigue básicamente el contorno de la preparación . Las paredes mesial , distal y lingual son ligeramente inclinadas ; la pared labial debe ser lo más inclinada posible para permitir una posición normal de los dientes de la prótesis . La superficie oclusal es más o menos plana y se une a las paredes verticales por bordes redondeados dando la apariencia de una cúpula de baja altura . En contraste a una dentadura de contorno normal , estas cofias no requie

rem altura de contorno.

Fabricación de la Dentadura.

Después de que las cofias han sido cementadas , se lleva a cabo el procedimiento usual para dentaduras completas convencionales . Algunas consideraciones especiales deben ser señaladas. Primero , es aconsejable usar dientes de acrílico en las áreas soportadas por las cofias para proveer de fuerza adicional a la sobredentadura . Segundo , la sobredentadura debe estar ajustada de tal manera que , cuando esté en función , la presión sea repartida entre los pilares y el proceso . Cuando existe una discrepancia que no puede ser corregida mediante un ajuste simple , el acrílico de la base se rebaja en el área de asentamiento del pilar hasta lograr que se encuentre completamente apoyada en los tejidos . Después se coloca una pequeña cantidad de acrílico autopolimerizable en cada depresión de la base y se coloca la sobredentadura en su lugar bajo presión funcional . De esta manera la sobredentadura queda adaptada tanto a los pilares como al proceso . Tercero , cuando la sobredentadura está en función , debe haber un pequeño espacio de alivio entre la base de la sobredentadura y la encía marginal de los dientes de soporte , pues la presión sobre este tejido puede dar una respuesta inflamatoria . Cuarto , el paciente debe ser instruido a mantener perfectamente limpios los dientes retenidos así como los tejidos adyacentes a ellos.

Prótesis Dentosoportada Inmediata.

En el procedimiento para sobredentadura inmediata , algunos dientes serán conservados mientras que otros serán extraídos . En esta situación la elaboración de las cofias debe ser postergada hasta que se establezca un proceso maduro. La sobredentadura , mientras tanto , es soportada por los dientes reducidos a los que se les ha colocado una pequeña obturación de amalgama sobre el conducto y que posteriormente fueron cuidadosamente pulidos.

Después de que el proceso es maduro y se han colocado las cofias de oro , la sobredentadura inmediata rebasada se convierte en la sobredentadura permanente . El período de tiempo que debe transcurrir desde las extracciones hasta la elaboración de las cofias depende de los requerimientos individuales del paciente . Cuando se ha realizado una cirugía extensa , se concede un año para que los tejidos blandos y duros alcancen un estado de estabilidad razonable . Durante este tiempo los rebases intermedios se usan para adaptar la base de la sobredentadura a los cambios de los contornos tisulares . Si las cofias se fabrican antes o poco tiempo después de la cirugía , la rápida contracción del tejido expondrá los márgenes gingivales . Durante este tiempo , se deben enfatizar y evaluar los procedimientos de higiene oral del paciente . En la mayoría de los pacientes se han conservado dientes sin recubrimientos por un año sin sig

mos de caries . Si las finanzas son un factor y el cuidado en casa es adecuado , la elaboración de las cofias puede postergarse más de un año.

Fabricación de la Sobredentadura Inmediata.

Se lleva a cabo el procedimiento usual para una dentadura inmediata hasta el momento en que los modelos definitivos se montan en el articulador . En el modelo , los dientes que van a ser conservados se tallan para darles forma y altura aproximada de la cofia en lugar de ser removidos por completo . De esta manera la sobredentadura tendrá depresiones con la forma aproximada que tendrán los dientes de soporte.

Endodoncia.

El tratamiento endodóntico puede ser realizado en cualquier momento previo a la inserción de la sobredentadura . Algunas personas prefieren hacer la obturación del conducto justamente antes de la inserción . La reducción de la mayor parte de la corona provee un acceso ideal a los conductos y una obturación inmediata puede realizarse fácilmente en una pulpa sana y vital.

Inserción de la Sobredentadura.

Justamente antes de la cirugía para sobredentadura inmediata , los dientes que queremos conservar se rebajan y se les dá forma similar a la del modelo . Se coloca una restauración superficial de amalgama en el orificio del conducto radicular y se pule . La cirugía se realiza de la forma convencional excepto cuando existen bolsas parodontales en los dientes que serán conservados . En estos casos , la alveolectomía y las técnicas quirúrgicas parodontales se combinan para lograr la mínima profundidad de bolsa y la mayor cantidad posible de encía adherida.

Cuando se inserte la dentadura , debemos asegurarnos de que está completamente asentada en los tejidos . Probablemente habrá áreas de retención alrededor de los dientes retenidos que requerirán alivio en la base . Puede ser necesario sobrealiviar la dentadura en estas zonas para permitir que se asiente en los tejidos.

Ya sea en este momento o en una cita inmediatamente posterior , la sobredentadura debe ser adaptada a los dientes reducidos por medio de pequeñas cantidades de acrílico autopolimerizable color diente colocado en las depresiones de la base . El color diente , contrastando con el color de la base , ayuda a identificar el exceso de material . El hacer esto pronto protege al sitio quirúrgico de la presión alveolar . Conforme el pro-

ceso madura , la oclusión , la dimensión vertical y la relación del flanco de la dentadura a la profundidad del vestíbulo se - mantiene por el soporte proporcionado por los dientes conservados.

Como se mencionó antes , los dientes pueden dejarse sin cofias por un período provisional de un año.

Elaboración de las Cofias y el Rebase Permanente.

Cuando el proceso ha madurado , se realizan las preparaciones , se elaboran cofias y se cementan . Posteriormente se hace un rebase completo o por secciones . La ahora sobredentadura - "permanente" se revisa para corregir la relación con las cofias y los tejidos de soporte . Para un ajuste oclusal definitivo se lleva a cabo un remontaje.

CAPITULO XI

INSTRUCCIONES POSTINSERCIÓN Y COMPLICACIONESINSTRUCCIONES POSTINSERCIÓNInstrucciones de Higiene Oral.

El paciente debe recibir instrucciones claras y precisas ; como las instrucciones verbales pueden olvidarse , lo mejor es darlas también por escrito . Es importante que recomendemos los procedimientos que sabemos van a ser realmente llevados a cabo; por ejm : se recomienda en general que los pacientes con dentaduras completas las retiren de su boca por la noche sin tomar en cuenta la edad y las circunstancias sociales del individuo . La mayoría de las personas se muestran renuentes a mostrarse desdentados a su cónyuge . Cuando se presenta esta situación , lo más apropiado es recomendar otro tipo de procedimientos , como el de retirarlas antes de bañarse , sumergirlas en alguna solución limpiadora mientras se bañan y lavarlas después del baño.

Se han recomendado varios métodos de higiene oral para el paciente con sobredentaduras , pero los más efectivos parecen ser los más simples y los que involucran la menor cantidad de instrumentos auxiliares . La frecuencia y el método no son tan

importantes como la efectividad . Un cepillo de cerdas suaves - colocado aproximadamente en un ángulo de 45° contra la encía y el diente , aplicado con un movimiento vibratorio , limpia el diente y permite que las puntas de las cerdas entren al surco y ayuden a su limpieza . A algunos pacientes les será cómodo usar además , hilo dental . Y a otros , puntas de goma para lograr - el nivel deseado de higiene oral.

Para los pacientes que no tengan la suficiente habilidad - para aplicar el procedimiento descrito antes , existe uno más - sencillo . Este consiste en proveer al paciente de un cepillo - infantil suave , el pequeño tamaño de la cabeza y lo corto de - las cerdas hacen posible un acceso fácil a todos los órganos de soporte . Al mango de este cepillo le podemos colocar una peque - ña copa de hule , ya sea perpendicular al mango o siguiendo la línea de éste . La colocación perpendicular hace sencilla la - limpieza de los dientes posteriores , mientras que la otra es - apropiada para los dientes anteriores . Con fresa de baja velo - cidad hacemos una perforación al final del mango del cepillo , esta perforación recibirá un tornillito con la copa de hule pa - ra mantenerla fija. Después del cepillado , el paciente se en - juagará bien la boca . posteriormente colocará una pequeña can - tidad de pasta en la copa de hule y pulirá el diente de soporte con movimiento rotatorio , procediendo a enjuagarse nuevamente.

Es importante recordar que los intereses , habilidad , -

comprensión y necesidades de los pacientes varían enormemente , por lo que la prescripción de la misma rutina para todos los pa-
cientes usualmente no produce buenos hábitos de higiene oral.

Protección Química de los Organos de Soporte

Puesto que los pacientes con sobredentaduras tienen un alto riesgo de reincidencia de caries , deben ser provistos de un programa de Odontología Preventiva de alta efectividad para pre-
venir la descalcificación de la dentina y de las superficies ra-
diculares expuestas al medio bucal . Este programa debe incluir tanto el tratamiento profesional administrado por el C.D. como un programa intensivo de tratamiento diario por el paciente en casa.

El tratamiento administrado por el C.D. consiste en la apli-
cación de una solución al 5 por ciento de APF (Acidulated Phos-
phate Fluoride , 0.31 por ciento F y pH 4.0) durante 2 minu-
tos , seguida , también durante 2 minutos , de la aplicación de una solución de SnF_2 al cuatro por ciento . Las aplicaciones se hacen en cada visita de revisión , que se realizan normalmente cada tres meses . Como tratamiento a domicilio se recomienda -
que después del cepillado cuidadoso de los dientes y de la so-
bredentadura , el paciente aplique diariamente gel de SnF_2 al cuatro por ciento , estable y anhídrico , tanto a sus dientes -

como a la superficie interna de la sobredentadura . Este tratamiento combinado reduce notablemente la frecuencia de la caries.

COMPLICACIONES.

Caries

El paciente debe estar informado de la posibilidad de una reincidencia de caries que puede afectar seriamente a sus dientes remanentes . El uso de recubrimientos vaciados ayuda a proteger el diente , sin embargo , la superficie radicular puede desarrollar un proceso carioso . La recesión gingival es común y puede incrementar el potencial de caries . Debido a la posibilidad de un desarrollo carioso , Dimensión Vertical excesiva y potencial de irritación gingival , las cofias no deben construirse mientras puedan ser evitadas . Si son necesarias debido ya sea a caries extensa , raíces debilitadas por restauraciones anteriores , índice de caries elevado o casos en los que son necesarios dispositivos de fijación , es aconsejable aguardar de 6 a 12 meses antes de fabricarlas.

Higiene Oral Inadecuada

La mayor parte de los casos de pérdida de dientes pilares se deben a enfermedad parodontal , que generalmente empieza con una gingivitis marginal y aumenta progresivamente , si no es tratada , hasta la formación de bolsas parodontales y pérdida de hueso . El énfasis constante en las medidas de control de placa es esencial , pues el paciente que falla en el desempeño de su parte suele ser el mayor problema . Otra complicación se observa cuando a la higiene oral deficiente se suma la inadecuada adaptación de la base de la dentadura , esto dá como resultado una encía edematosa e hiperplásica y otras complicaciones parodontales . Generalmente los dientes pueden ser salvados cuando se aplican a tiempo tratamientos protodónticos y parodontales al mismo tiempo que se inicia y mantiene un cuidado correcto en casa.

Falta de Exámenes Regulares

El paciente debe ser fuertemente motivado a asistir cada 3 meses a citas de revisión . Para muchos , la visita regular al Dentista no es parte de su estilo de vida y sin embargo , estas visitas frecuentes son especialmente importantes para el paciente portador de sobredentaduras pues de ellas depende la mayor o menor duración de su prótesis.

Un problema común que debe ser revisado regularmente es el asentamiento de la base de la dentadura , que puede causar presión excesiva sobre los tejidos gingivales adyacentes a los dientes de soporte . Si este pequeño problema no es corregido , la presión continua causará atrofia y pérdida de la encía adherida . Y esto puede ocurrir en un período de tiempo relativamente corto.

Altura Incorrecta de los Dientes de Soporte

Si un diente de soporte está insuficientemente reducido , la movilidad e incomodidad pueden hacerse evidentes . Esto se debe probablemente a una relación corona-raíz desfavorable que puede ser corregida fácilmente , especialmente cuando no se está usando cofias metálicas.

Por otra parte , el diente de soporte puede estar excesivamente reducido , esto frecuentemente dá como resultado una proliferación del tejido blando . La sobredentadura tendrá también menos estabilidad incurriendo en un círculo vicioso de mayor movilidad , irritación adicional del tejido y proliferación . Esta condición se corrige con la elaboración y colocación de cofias con la altura necesaria.

Fragilidad

La fragilidad de la base de la sobredentadura es un problema potencial . El diseño de la sobredentadura es inherentemente débil porque la base presenta indentaciones requeridas por los pilares . La fragilidad es casi completamente controlable mediante el uso de dientes de acrílico y de acrílico de alta resistencia para la base . También se pueden usar refuerzos metálicos - si el paciente padece bruxismo o es enérgico en la masticación.

Desgaste de la Base de la Dentadura y/o de los Dientes de Soporte

El desgaste de la base de la sobredentadura y/o de los - dientes de soporte es común , especialmente cuando el antagonista es otra sobredentadura , una prótesis parcial fija o removable ó dentición natural . El desgaste se puede evitar usando cofias sobre los dientes y superficies oclusales metálicas en la sobredentadura . Si ya ocurrió el desgaste , la base de la dentadura puede ser corregida con un rebase y el diente de soporte con la fabricación de una nueva cofia.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo de investigación derivo las siguientes conclusiones :

La extracción de todos los dientes y la elaboración de dentaduras completas , especialmente en pacientes jóvenes , no es el tratamiento más deseable . Los problemas más importantes asociados a la extracción de toda la dentición son la pérdida de la sensibilidad propioceptiva y la pérdida progresiva e irreversible del hueso alveolar.

La presencia de las raíces de los dientes en el hueso alveolar induce a la conservación de este último.

La conservación de las raíces de los dientes implica también la conservación de la membrana parodontal ; esto permite mantener los impulsos propioceptivos de los receptores parodontales que llevan la información relacionada con la dirección y magnitud de las fuerzas oclusales y que son un componente muy importante del Sistema Masticatorio.

Las raíces de los dientes son el mejor soporte para las fuerzas oclusales.

Las prótesis dentosoportadas son un tratamiento alternativo a la extracción de todos los dientes , de técnica simple y - propósito conservador , que ofrecen numerosas ventajas y relativamente pocas desventajas . La prótesis dentosoportada permite al paciente conservar el hueso alveolar , la propiocepción y un soporte dentario para las fuerzas oclusales , por lo que se le considera un método superior de tratamiento .

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. BREWER, Allen A. y MORROW, Robert M.
Overdentures
2a. edición
The C.V. Mosby Company
St. Louis Missouri , USA
1980.

2. TYLMAN, Stanley D. y MALONE, William F.P.
Tylman's Theory and Practice of Fixed Prosthodontics
7a. edición
The C.V. Mosby Company
St. Louis Missouri , USA
1978.

3. BOUCHER, Carl O., HICKEY, Judson C. y ZARB, George A.
Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients
7a. edición
The C.V. Mosby Company
St. Louis Missouri , USA
1975.

4. RAMFJORD, Sigurd P. y ASH, Major M.

Oclusión

(tr. Dra. Irina Coll)

2a. edición

Editorial Interamericana

D.F. MEXICO

1972.

5. BREWER, Allen A. y FENTON, Aaron H.

" The overdenture "

Dent. Clin. N. Am.

Rochester , New York , USA

Octubre , 1973

Vol. 17 No. 4

pp. 723-746

6. COOPER, Thomas M. y ELLINGER, Charles W.

" The overdenture "

pp. 309-319

ELLINGER, Charles W., RAYSON, Jack H., TERRY, James M. y RAHN,

Arthur O.

Synopsis of Complete Dentures

Lea and Febiger

Philadelphia , USA

1975.

7. CRUM, Robert J., LOISELLE, R.J. y HAYES, Carlin K.
" The stud attachment overlay denture and proprioception "
J.A.D.A.
(s.l.)
Marzo , 1971
Vol. 82
pp. 583-586
8. DELIVANIS, Philip , DAY, Ordie , ESPOSITO, Carmine y BICKLEY,
Russell
" Clinical considerations for root submergence procedures "
J. Prost. Dent.
Mayo , 1980
(s.l.)
Vol. 43 No. 5
9. FRANCO, Robert L. De
" Sobredentaduras "
Clim. Odont. N. Am.
Abril , 1977
(s.l.)
pp. 379-395

10. LORD, James L. y TEEL, Stephen
" The overdenture "
Dent. Clin. N. Am.
Seattle , Washington , USA
Octubre , 1969
Vol. 13 No. 4
pp. 871-881
11. LOISELLE, R.J., CRUM, R.J., ROONEY, G.E. y STUEVER, C.H.
" Physiologic Advantages of the Overlay Denture "
J. Prost. Dent.
(s.l.)
Julio
Vol. 28 No. 4-12
12. MORROW, Robert M., FELDMAN, Earl E., RUDD, Kenneth D. y
TREVILLON, Howard.
" Complete Dentures "
J. Prost. Dent.
(s.l.)
Mayo, 1969
Vol. 21
pp. 513-522

13. MORROW, Robert M., JEWSON, Leonard G. , POWELL, Joseph M.,
JAMESON , William S. y KENNETH , Ruth D.

" Tooth Supported Complete Dentures : Description and
Clinical Evaluation of a Simplified Technique "

J. Prost. Dent.

(s.l.)

Octubre ., 1969

Vol. 22 No. 4

pp. 414-423

14. PREISKEL, Harold W.

" An impression technique for complete overlay dentures "

Br. Dent. J.

(s.l.)

Enero , 1968

Vol. 124 No. 1

pp. 9-13

15. CUYA'S , Arturo

Appleton's New Cuya's Dictionary

New York , USA

Appleton-Century-Crofts , Division of Meredith Publishing
Company

1972.