

261



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

“SOBREDENTADURAS”

TRABAJO DE TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
JUAN MANJARREZ NAVA

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982



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.

S O B R E D E N T A D U R A S

En el pasado sólo existían tres métodos para la conservación de dientes mutilados o de denticiones afectadas por alguna enfermedad congénita o adquirida. Estos métodos eran la obturación de los dientes o el uso de prótesis removible o una combinación de ambos, o bien el restaurarlos con incrustaciones o prótesis fijas. Actualmente el propósito fundamental de la prótesis dental es el restaurar forma, función y estética al paciente, ayudándolo a conservar al máximo sus dientes y demás estructuras.

Tomando en cuenta el trauma físico y psicológico que representa para el paciente el perder todos sus dientes, así como el usar prótesis totales que para algunos significa el envejecer, el perder su habilidad fonética y de la discriminación táctil, se optó por un tipo de prótesis preventiva y conservadora que ayudaría al paciente a menguar estos problemas, esta solución es la SOBREDENTADURA, conocida también como dentadura superpuesta, dentadura telescópica y prótesis híbrida.

Las SOBREDENTADURAS son prótesis diríamos casi totales, Prótesis casi completas fabricadas sobre dientes o raíces retenidas o ambas, que pueden haber sido preparadas o no.

Las SOBREDENTADURAS las realizamos en aquellos casos clínicos

terminales en donde quedan muy pocos dientes permanentes y que nos encontramos con la disyuntiva de que si los extraemos o conservamos.

La conservación y la preservación de estas piezas dentarias nos facilita el uso de la futura prótesis, debido a que la conservación de los estímulos propioceptivos en el periodonto de esos dientes le confiere al paciente un mayor confort.

Por otro lado, la reabsorción del proceso alveolar o el borde residual alrededor de esas piezas dentarias se produce - con mucha menor celeridad, puesto que como sabemos la razón de la existencia del hueso alveolar es debido a la presencia de dientes, eliminados los dientes del hueso alveolar desaparecen.

Atwood, describe esta resorción continua del borde residual como una de las enfermedades más irreversibles del hombre.

Que mejor forma para evitar esto que conservar lo que pueda ser conservado y no terminar con un maxilar superior o inferrior totalmente desdentado.

Por otro lado el paciente se encuentra en ese momento de -- transición entre la utilización de piezas dentarias propias y la utilización de una prótesis parcial removible o prótesis total, en un período de transición de incomodidad y dag

ubiación de todo el sistema estocmatocnático que las SOBREDENTADURAS nos ayudan mucho a sobrellevar.

Las SOBREDENTADURAS se utilizan preferencialmente en los casos del maxilar inferior, creo que en el maxilar superior salvo casos extremos de resorciones extensas o deformaciones faciales muy evidentes, pueden solucionarse mediante una prótesis total convencional bien hecha.

En muchas situaciones la SOBREDENTADURA proporciona resultados superiores a otros métodos alternos de tratamiento. Cuando quedan pocos dientes con pronóstico dudoso, pueden obtener resultados inmediatos y de larga duración mediante la reducción de las coronas en todas sus dimensiones, generalmente después del tratamiento endodóntico, y utilizarlas para el soporte vertical de la dentadura. Los dientes se afirman inmediatamente, proporcionando una dentadura estable. La aplicación de este método de tratamiento está solamente por la imaginación del dentista.

En la práctica de SOBREDENTADURAS es muy importante el tratamiento de conservación de los dientes restantes, como por ejemplo el empleo de dientes endodónticamente tratados, deben cubrir ciertos requisitos endodónticos que son básicos. En lo referente a las preparaciones radiculares es obvio que las preparaciones deben ser no retentivas, etc.

En lo referente a los elementos retentivos o retenedores, sirven en la SOBREDENTADURA por la retención extraordinaria que presentan estos tipos de retenedores, sobre todo en los primeros momentos de empleo de la prótesis, momentos en los cuales el paciente debe ayudarse a manejar su aparato masticatorio.

La presente tesis la efectuaré por medio de una investigación bibliográfica.

I N D I C E

	Página
1. PROLOGO	
2. CONSIDERACIONES CLINICAS	1
a) HISTORIA CLINICA	3
Historia Médica	3
Historia Dental	3
b) EXAMEN ORAL	4
Examen Visual y Digital	4
Examen Dental	5
Examen Parodontal	5
Examen Radiográfico	5
c) SELECCION DE DIENTES PILARES	6
Estado Parodontal	7
Actividad Cariosa	7
Posibilidad de Tratamiento Endodóntico	8
Posición Dentaria	8
Diagnóstico	10
Pronóstico	10
3. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	11
4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS	15
5. PROCEDIMIENTOS PARA ELABORAR LA SOBREDENTADURA	20
a) PROCEDIMIENTOS CLINICOS	20
Examen y Diagnóstico	21
Plan de Tratamiento	22
Toma de Impresiones	28

Registros Mandibulares	29
Articulación de Dientes	30
b) PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO	32
Encerado	32
Enfrascado	32
Terminado	33
Pulido	33
6. ADITAMENTOS PARA LA SOBREDENTADURA	34
a) CORONALES	38
Aditamentos Intracoronaes	38
Aditamentos Extracoronaes	38
b) RADICULARES	39
Pernos o Postes Telescópicos como Aditamentos	39
Aditamentos de Barra	39
7. INDICACIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA BOCA PARCIALMENTE DESDENTADA Y CUIDADOS DE LA PROTESIS.	48
8. CONCLUSIONES	53
9. BIBLIOGRAFIA	56

CONSIDERACIONES

CLINICAS

CONSIDERACIONES CLINICAS

Antes de abordar este capítulo, creo conveniente hacer un paréntesis para hablar de la importancia de las relaciones entre el paciente y el dentista, sobre todo en el campo de la prostodoncia.

El dentista debe hacer una buena evaluación del paciente desde la primera visita que corresponde al examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento. Esto debe de hacerse recordando siempre que son dos individuos los involucrados, con mentalidades diferentes, amén de las experiencias previas desagradables que haya podido sufrir el paciente en turno.

El paciente se forma una impresión desde que escucha al dentista en forma directa o indirecta y es nuestra obligación, así como la de nuestros colaboradores, el aumentar o al menos mantener la confianza que el paciente nos demuestre. Un recibimiento caluroso, un trato de humano y no de "caso dental" la manera en que es despedido el paciente al terminar su cita, son factores definitivos en nuestra aceptación. Además la elaboración de una dentadura completa nunca debe comenzarse hasta que el paciente esté psicológica y emocionalmente preparado para ello.

Existen pacientes con problemas psicológicos de diferentes grados de severidad que el dentista puede manejar, sobre llevar, o bien sugerir la terapia psiquiátrica para asegurar el éxito del tratamiento.

En cualquier caso, es conveniente una o más citas de exploración que nos lleven a un mejor conocimiento mutuo, para que exista una verdadera comunicación entre ambos y un sentimiento de sinceridad en nuestras palabras y acciones. Deben dárseles tantas alternativas de tratamiento al paciente como sea posible, basados en la duración, superioridad y costo de cada uno de ellos. También se le responsabilizará por el cuidado que deba tener y se le explicará lo expuesto que está cualquier -- restauración a fuerzas mecánicas, a provocar cambios tisulares o a rupturas de las dentaduras según sea el caso.

Otro factor determinante en el tratamiento, son los honorarios que ha de percibir el profesional. Aquí debe -- hacérselo comprender al paciente que no hay "precios fijos" en nuestra práctica profesional, sin llegar a dar -- un tono comercial a nuestras explicaciones. Se le hará ver que todo va en proporción a la calidad del trabajo y al esfuerzo que éste representa por ambas partes.

HISTORIA CLINICA

Historia Médica

Debido a la importancia de la salud general de todo candidato a una sobredentadura, se le hará una historia médica que nos descubrirá sus alteraciones tanto físicas como psicológicas. Bolender y Asociados, redactaron un cuestionario de salud para identificar pacientes problema en el uso de prótesis totales y reportaron una correlación entre gentes con problemas emocionales y con problemas prostodóncicos.

Historia Dental

Un reporte del pasado dental del paciente es útil para saber sus experiencias que pueden consciente o subconscientemente estar afectando su actitud, su motivación y sus esperanzas. Se le preguntará por que fué que perdió sus dientes y que dificultades tuvo al reponerlos. El dentista debe explicar las limitaciones de los tratamientos para así evitar decepciones al paciente.

Algo muy importante de notar es el esfuerzo del paciente por tener una buena higiene oral; los materiales, el método, la frecuencia y la eficacia con que la lleva a cabo son decisivos en el pronóstico favorable de una sobredentadura.

Un concienzudo examen, un buen diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado son pre-requisitos indispensables para llevar a cabo un procedimiento exitoso.

El examen debe incluir una serie completa de radiografías periapicales. Registros preliminares, tales como modelos de estudio, fotograffas y datos profilácticos - deben ser obtenidos.

Los modelos de diagnóstico reproducidos exactamente, se articulan para analizar la oclusión, puntos de contacto prematuros, relación mandibular, espacio alveolar disponible, depresiones o socavaduras tisulares, así como la posición, el tamaño y el tipo de restauración de los -- dientes que serán retenidos. Las fotograffas que tomemos serán de frente, de perfil y vistas oclusales.

EXAMEN ORAL

Examen Visual y Digital

Al hacer el examen de la cavidad oral todos sus componentes serán revisados; la lengua, los dientes, los -- labios, la mucosa bucal, la encía, el piso de la boca, el paladar duro y el paladar blando. Es de particular importancia evaluar la respuesta de los tejidos de soporte para prevenir futuros cambios como inflamación o hiperplasia.

El examen digital nos proporcionará información acerca de tejidos indeseables como tuberosidades desplazables, el estado del proceso alveolar, presencia de exostosis y de áreas necesitadas de corrección quirúrgica previa al tratamiento con sobredentadura.

Examen Dental

Toda lesión cariosa, así como las restauraciones defectuosas, serán captadas en un dontograma y si está indicado se harán pruebas de vitalidad. Los dientes faltantes y las condiciones de los substituyentes serán anotados. El tipo de oclusión y el espacio con que contamos también se apunta. La evaluación de la higiene oral es muy importante para el pronóstico del tratamiento.

Examen Parodontal

A pesar de la mayoría de los candidatos a la sobredentadura tienen síntomas y signos de enfermedades parodontales, hay otros que recurren a ella por deformaciones congénitas o por accidentes traumáticos. La pérdida generalizada de hueso, el aumento en la profundidad de las bolsas parodontales y la hipermovilidad, son características de enfermedades parodontales.

Examen Radiográfico

La selección de los dientes que serán retenidos se basa en los hallazgos de la serie radiográfica: La cantidad

de hueso soporte con la que contamos, restos radiculares, dientes impactados, relaciones corona-raíz, lesiones cariosas, patologías periapicales, lesiones radio-opacas y radiolúcidas en los maxilares, probabilidades de tratamiento endodóntico y estado del parodonto.

Serfa produnte hacer las consultas necesarias con los especialistas a fin de poder integrar un mejor diagnóstico y plan de tratamiento.

SELECCION DE DIENTES PILARES

La mayor parte de los pacientes cuyos casos son resueltos por prótesis totales tienen dientes que pueden ser salvados, pero que por su localización en la arcada, por su relación corona-raíz y por su pobre soporte óseo, no sirven como soporte de una prótesis parcial, pero sí para una sobredentadura.

El principal uso de la sobredentadura en aquellos pacientes a quienes sólo les restan pocos dientes, colgar grandes aparatos nuevos, ya sea fijos o removibles sobre dientes de pronóstico dudoso solamente acelera su pérdida. A esto lo llamamos la muerte supervisada de la dentición.

Aprendimos anteriormente que mientras más reducimos la porción coronaria de los dientes, mejor es el pronóstico.

Esto tiene ventajas:

- 1) Mejora considerablemente la relación corona-raíz. Un diente flojo se torna firme y "apretado" casi inmediatamente.
- 2) Nos da mayor campo de acción, más lugar para la colocación de un diente de recubrimiento.

Existen cuatro puntos de vista básicos para la selección de los dientes pilares.

Estado Parodontal

Cada diente será revisado cuidadosamente. La movilidad debe ser mínima y las bolsas parodontales deben ser corregidas mediante la técnica quirúrgica indicada.

El proporcionar una correcta relación corona-raíz, ayuda a reducir considerablemente la movilidad de los dientes. El factor determinante en la aceptabilidad de un diente como pilar es la cantidad de hueso soporte que será de 5 mm como mínimo.

Actividad Cariosa

Esta debe ser la mínima posible en los dientes que serán mantenidos. Si presentan alguna pequeña lesión, se restaurará. La higiene dental debe acentuarse en los dientes no protegidos por restauraciones metálicas, ya que si el proceso carioso se activa puede representar un fracaso.

Posibilidad de Tratamiento Endodóntico

Este siempre es deseable sobre todo en dientes anteriores, debido a que nos ayuda a corregir situaciones clínicas tales como inclinación y contorno dentario, - relación corona-raíz, estética, dientes girovertidos, latitud de preparación coronal, etc.

Los dientes posteriores pueden no necesitar endodoncia ya que estéticamente no son tan críticos. El costo y - el esfuerzo que representa todo el tratamiento endodóntico debe ser analizado, por lo cual, es preferible hacerlo en dientes anteriores y en premolares que en molares. Si algún diente tiene endodoncia previa, será retenido de ser posible, así como aquellos que presentan pulpas retraídas, ya que en éstos no es necesario el tratamiento endodóntico.

Posición Dentaria

Esta y la relación de todos y cada uno de los dientes pilares, son la base de la selección. Puede haber desde uno hasta cuatro dientes mantenidos, o más, sólo que este último caso puede no convenir económicamente al paciente.

Dependiendo de la distribución, tener cuatro dientes - pilares en una arcada, puede ser el caso ideal para la disipación de fuerzas. Tal es el caso de dos caninos y dos segundos premolares que proporcionen máxima estabilidad y soporte para la sobredentadura. Tener dos pilares en un lado de la arcada y uno del otro lado pue-

de darnos un soporte desbalanceado, aunque clínicamente no se ha demostrado que dé alguna dificultad. Los caninos y un incisivo central no dan un soporte detripode - que es particularmente útil cuando existe una sobredentadura superior chocando contra dientes mandibulares naturales.

La distribución más comunmente encontrada es la de dos dientes pilares que generalmente son los dientes caninos o bien los premolares. Los caninos son los preferidos, debido a que son los últimos en perderse y a su acceso endodóntico a que mantiene la profundidad del - vestibulo y a su posición estratégica, ya que ayuda a conservar el proceso alveolar anterior.

En algunos casos los caninos tienen una inclinación labial que crea una depreción vestibular impidiendo un - fácil patrón de inserción de la sobredentadura. Cuando esto sucede tanto los premolares como los incisivos pueden darnos un mejor patrón de inserción y proteger el proceso alveolar anterior igual que los caninos.

Puede ocurrir que sólo exista un diente en condiciones de servir como soporte y aunque éste sea un molar debe conservarse para colocar una sobredentadura.

A veces los dientes pilares están muy próximos uno del otro, dificultándole al paciente el aseo, por lo que - debemos procurar que al seleccionar los pilares éstos estén separados lo suficiente para ser cepillados interproximalmente.

Diagnóstico

Este se basa en los modelos de estudio, las radiografías, las historias clínicas, los reportes de laboratorio, el examen oral y las consultas complementarias necesarias.

Pronóstico

Un examen a conciencia y un diagnóstico exacto son el fundamento para el pronóstico de una sobredentadura. La información obtenida ayuda a seleccionar a los pacientes y los dientes soporte. Tal vez el factor más importante para un pronóstico favorable sea la higiene oral que lleva a cabo el paciente y que ayuda a mantener en servicio la sobredentadura durante largo tiempo. El pronóstico también está relacionado con el mantenimiento y el servicio post-inserción de la sobredentadura. Ambos factores están directamente relacionados.

INDICACIONES

Y

CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La sobredentadura debe ser considerada como una alternativa antes de convertir al paciente en un desdentado y cuando este tratamiento resulte tan efectivo o más que otros.

Indicaciones.

Se utiliza para defectos congénitos, defectos adquiridos y para prolongar la vida de los dientes restantes cuya retención de otra forma sería dudosa. Esto evita la destrucción rápida del borde residual.

Los defectos congénitos que tratamos con mayor frecuencia con la sobredentadura son el paladar hendido. Oligodoncia, disostosis cleidocraneal, y pacientes de clase III - el maxilar inferior prognático - no operable - nitratable ortodónticamente. No sabemos de otra forma para lograr mejoría tan sorprendente tanto en la estética como en la función.

Bajo el encabezado de defectos adquiridos enumeramos - aquellos que son el resultado de una enfermedad, accidente o mal uso. Tenemos pacientes cuyos dientes están tan mal alineados después de accidentes que la sobredentadura se convierte en el método preferido para obtener un resultado adecuado.

En muchos pacientes con dientes muy erosionados o desgastados, o ambos, la sobredentadura proporciona el resultado más aceptable.

A continuación enumeraré una lista de indicaciones:

1. Cuando existen cuatro o menos dientes que pueden conservarse como pilares, sobre todo cuando los dientes con los que van a ocluir son naturales.
2. Cuando el pronóstico de una dentadura completa es desfavorable por factores como: bóveda palatina muy alta, borde residual muy inclinado, espacio sublingual pobre y piso de boca con muchos pliegues, con esos pacientes todo esfuerzo por conservar los dientes será positivo.
3. Los dientes seleccionados deben tener cuando menos un tercio de raíz soportada por hueso, su movilidad no debe pasar del segundo grado y su relación corona-raíz adecuada al tipo de sobredentadura.
4. En pacientes con enfermedades debilitantes crónicas - como esclerosis múltiple y con enfermedades congénitas o hereditarias como anodoncia o disostosis cleido craneal cuya estética es inaceptable,
5. En pacientes con dientes erosionados o desgastados.

6. En pacientes con defectos adquiridos por accidentes, por enfermedad o por mal uso.

Contraindicaciones

1. La sobredentadura no se usa cuando los dientes existentes pueden servir como pilares de prótesis fija o removible.
2. Existen pacientes no preparados psicológicamente y no aceptan más que una dentadura completa.
3. Cuando no se logra motivar al paciente a tener una buena higiene oral.
4. Pacientes con complicaciones sistemáticas que hacen el tratamiento insatisfactorio.
5. Cuando no existe suficiente espacio intermaxilar.
6. La presencia de una depresión demasiado pronunciada en la región canina del maxilar.
7. Cuando existe menos de la mitad de la raíz con soporte óseo.
8. Cuando es necesario remodelar el proceso alveolar por razones estéticas.

9. Una inserción epitelial inadecuada no es favorable a menos que sea corregida con procedimientos quirúrgicos y que la raíz se encuentre en buen estado.

10. Pacientes con desordenes psiquiatricos o con enfermedades debilitantes, en los que se ve comprometida la higiene oral.

V E N T A J A S

Y

D E S V E N T A J A S

VENTAJAS Y DESVENTAJASVentajas

1. Es un método igual o más efectivo que otros tratamientos. La sobredentadura da mejor servicio que otros tratamientos. Es muy útil en casos defectos congénitos y para pacientes con oclusión clase III. Puede restablecer la oclusión y mejorar la estética notablemente. En casos en que existen pocos dientes con mal soporte óseo, la sobredentadura es superior a la prótesis fija o removible.
2. Es de construcción sencilla. Los procedimientos para la elaboración de una prótesis total son los mismos - que se usan para una sobredentadura. Además los dientes retenidos dan una estabilidad a la base de la placa que nos ayuda en la toma de registros maxilomandibulares y a determinar la dimensión vertical.
3. Fácil de mantener. Cualquier reparación rebase o alteración, pueden ser corregidas igual que en una prótesis total.
4. Estabilidad. Esta es comparable a la obtenida con prótesis fija o removible; sobre todo cuando existen dos caninos y dos molares en cada arcada.

5. Retención. Generalmente la retención es excelente - por la buena estabilidad de la placa. Sin embargo, cuando existen tejidos muy pronunciados o protuberancias óseas se hace un alivio en la zona correspondiente que puede comprometer el buen sellado de la placa. En estos casos, podemos echar mano de diversos tipos de aditamentos que existen para lograr una buena retención.

6. Excelente estética. La gran cantidad de dientes artificiales que existen y pueden ser arreglados, ayudan a lograr mejores efectos estéticos, la posibilidad de corregir defectos óseos permite que el dentista logre mejores resultados con una sobredentadura - que con una prótesis convencional.

7. Posibilidad de no cubrir el paladar. Cuando es necesario dejar el paladar descubierto, la sobredentadura es de gran utilidad, sobre todo cuando hay dientes anteriores y posteriores.

8. Costo razonable. Los honorarios se basan más en los logros del tratamiento que en los procedimientos para elaborarla. El tiempo y el esfuerzo que requiere es mayor que para una prótesis fija.

9. Procedimientos familiares. Ya que, como dije, su elaboración es igual a la de una prótesis total, no necesitan ni el dentista ni el técnico de un entrena

miento especial para fabricarla.

10. Facilidad para tomar medidas. Cuando hay dientes presentes podremos obtener la dimensión vertical -- con gran exactitud; además, contribuyen a la estabilización de las bases de los registros y a la correcta colocación de los dientes.

11. Oclusión ideal. El dentista puede lograr una oclusión adecuada, amén de corregir la estética. La sobremordida vertical se puede corregir sin causar -- desplazamiento de la placa. La oclusión orgánica -- que tienen muchos pacientes puede ser incorporada -- en la sobredentadura.

12. Total aceptación del paciente. El factor que más -- contribuye a que el paciente acepte la sobredentadura, es el hecho de que conserva algunos de sus propios dientes.
Además le proporciona mayor confort y funcionalidad que una prótesis total, para conservar las respuestas propioceptivas del parodonto.

13. Menos trauma para los tejidos de soporte. La principal ventaja es que la carga soporta los dientes -- y no tanto los tejidos, evitando así la reabsorción ósea que ocurre al extraer todos los dientes.

14. Estabilización de las estructuras existentes. Po-

cos cambios ocurren en el sitio donde se conservan los dientes.

La dimensión vertical, el soporte del labio y de la cara se conservan.

15. Ajustes mínimos. Esto se debe al soporte y estabilidad que proveen los dientes conservados.
16. Posibilidad de usar aditamentos y rebasadores suaves. Cuando es necesario hacerle alivios a la sobredentadura es difícil mantener un buen sellado, pero gracias a los aditamentos se puede obtener excelente retención y estabilización.
17. Aunque el paciente llegue a perder los dientes o raíces soporte en un tiempo corto, la sobredentadura nos puede servir para condicionar al paciente a un futuro uso de prótesis total.
18. Al mejorar la relación corona-raíz en dientes parodontales afectados, se reducen las fuerzas traumáticas, el stress lateral y las fuerzas verticales en los dientes pilares.
19. La conversión de una sobredentadura en una dentadura convencional resulta sencilla, ya que se puede rebasar los espacios donde se encontraban los dientes pilares y queda una buena prótesis total.

20. Fácil limpieza. Tanto los dientes aislados como -
la prótesis tienen un mejor acceso a la limpieza -
que una prótesis fija.

Desventajas

1. Costo mayor que una prótesis total convencional. -
Esto se debe a que en la mayoría de los casos se -
tiene que hacer tratamiento endodóntico y parodón-
tico. Además las restauraciones necesarias con --
amalgama o bien cubriendo los muñones con copias -
de oro aumentan el costo.
2. Las sobredentaduras son más voluminosas que la pró-
tesis fija o removible.
3. Existen pacientes que no toleran nada que sea remo-
vible en la boca.
4. Si el paciente no mantiene limpia la sobredentadura
ni los dientes o raíces conservadas, los procesos -
cariosos y parodontales pueden seguir progresando.

PROCEDIMIENTOS PARA ELABORAR LA SOBREDENTADURA

PROCEDIMIENTOS CLINICOS

Y

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

PROCEDIMIENTOS PARA ELABORAR LA SOBREDENTADURA

Procedimientos clínicos.

El éxito clínico de una sobredentadura se basa en un examen completo, un diagnóstico exacto y un plan de tratamiento cuidadosamente formulado. Además del examen visual y digital de la cavidad oral, el estudio radiográfico y la historia clínica son esenciales, así como determinar el nivel de higiene oral del paciente.

La secuencia de pasos previos a la colocación de la sobredentadura es variable, según lo requiera el caso.

Puede hacerse el tratamiento parodontal y endodóntico después de las extracciones de los dientes inútiles, aprovechando así el tiempo de cicatrización antes de preparar los dientes soportes.

Cualquier secuencia de pasos que sea la seleccionada debe ser antecedida por un estudio detallado del paciente, para lo cual nos valemos de ciertos elementos tales como:

- a) EXAMEN Y DIAGNOSTICO
1. Historias Clínicas
 2. Serie Radiográfica
 3. Examen oral minucioso
 4. Diagnóstico
- b) PLAN DE TRATAMIENTO
1. Extracción de los dientes inútiles.
 2. Tratamiento parodóncico
 3. Tratamiento endodóncico
 4. Preparación y cementación de copias y/o aditamentos.
- c) TOMA DE IMPRESIONES
- d) REGISTROS MANDIBULARES
- e) ARTICULACION DE DIENTES

a) 1. Historia Clínica.

La fabricación de una sobredentadura generalmente está relacionada a dientes desvitalizados y en mal estado parodontal. Por lo tanto es necesario hacer las historias clínicas pertinentes tanto de salud en general como dentales según el caso.

La contestación a los cuestionarios de endodoncia, de parodoncia, de exodoncia y de prótesis, serán de gran ayuda para evitar complicaciones imprevistas.

2. Serie Radiográfica.

Esta es de gran utilidad para corroborar los datos obtenidos en el examen oral. Así mismo, se pueden encontrar hallazgos que visualmente son imperceptibles, tales como - bifurcaciones radiculares, de los conductos, la patología ósea, la forma de raíces, etc.

3. Examen Oral Minucioso.

De este dependerá el tratamiento a seguir y la selección del tipo de sobredentadura. Todos los datos deberán ser - registrados en la historia clínica correspondiente para luego ser analizados conjuntamente con la serie radiográfica.

4. Diagnóstico.

Como en todos los casos, el hacer un diagnóstico acertado, significa el éxito o el fracaso del tratamiento, por esta razón es de vital importancia formular un buen diagnóstico, basándonos en todos los datos previamente recopilados.

b) Plan de tratamiento

Este va directamente relacionado al diagnóstico y al pronóstico, para así realizar los procedimientos requeridos en cuanto al estado parodontal, endodóntico, quirúrgico y protésico de cada paciente.

1. Extracción de los Dientes Inútiles.

Los dientes que hemos de conservar hay que seleccionarlos cuidadosamente y bajo varios puntos de vista.

Los dientes inservibles son extraídos. esto se hace de la manera más aséptica y provocando el menos trauma posible, se hace la sindesmotomía de la inserción epitelial para luego luxar los dientes valiéndonos de elevadores rectos y posteriormente extraerlos con los forceps correspondientes.

Las crestas alveolares son cortadas con un alveolotomo y a continuación limadas con una lima para hueso. Un lavado exhaustivo a base de suero nos ayudará a remover todas las astillas y la limalla ósea que exista.

La encía que cubre los alveolos es saturada con seda de tres ceros y se colocan trozos de gasa sobre los tejidos intervenidos para favorecer la coagulación. Se le dan instrucciones postoperatorias al paciente y las suturas se le quitan después de cuatro o cinco días.

Después de seis semanas los tejidos deben de haber cicatrizado y están en condición de ser impresionados.

La higiene oral debe ser enfatizada durante el periodo de cicatrización.

2. Tratamiento Parodóncico.

Debido a que el parodonto es el tejido de sostén de los dientes, es necesario hacer una correcta evaluación del estado parodontal del paciente. Para esto nos valemos de varios medios:

Historia Médica. Es imperativo que todo paciente dental llene un cuestionario de salud que varfa según la severidad del tratamiento al que será sometido. Tanto la cirugía oral como los procedimientos pre y post-operatoria, por lo uge, un conocimiento del estado general del paciente nos puede evitar riesgos y responsabilidades. Cualquier enfermedad sistemática puede alterar el tratamiento y requerir de una consulta y una evaluación médica antes de iniciar nuestra terapia.

Examen Oral. El dentista es responsable no sólo de la salud dental del paciente, sino de su salud general desde un punto de vista oral. Un concienzudo examen intra extra oral pueda revelarnos anormalidad que ni siquiera el mismo paciente habría notado anteriormente.

Examen Radiográfico. Antes de establecer el plan de tratamiento debemos tener una serie completa de radiografía pariapicales y si es posible una radiografía panorámica que nos permita tener una visión completa de toda la boca. Debemos reconocer que parodontalmente hablando no es posible hacer un buen diagnóstico con sólo ver las radiografías de los dientes, ya que éstas sólo presentan dos dimensiones -

de objetos que realmente tienen tres.

Para evaluar la cantidad real del soporte que poseen los dientes presentes, nos valemos de un instrumento llamado sonda parodontal.

Uso de la Sonda Parodontal.

Esta nos puede comprobar los defectos bucales y linguales que aparezcan superpuestos con otras estructuras orales.

Existen diversos tipos de sondas parodontales en el mercado. Algunas con sus puntas de trabajo aplanadas, otras redondeadas, otras con una sonda calibrada en un extremo y explorador en el otro, Etc.

La terapia que se puede seguir es un curetaje subgingival para lograr una mejoría en la inserción epitelial de los dientes pilares.

Para plantear el tratamiento parodontal se toman en cuenta varios factores; el soporte óseo de los dientes pilares - considerado la posterior reducción de su relación corona raíz que ayudaría a disminuir la torsión de los dientes y - las fuerzas laterales ejercidas sobre el espacio parodontal.

La forma de la raíz también se toma en cuenta, la angulación de los dientes pilares, así como la posición de éstos en la arcada y buco-lingualmente hablando.

3. Tratamiento Endodóntico.

Para evaluar endodónticamente a los futuros dientes soporte, se requiere no sólo de un examen clínico, sino también radiográfico. La movilidad de los dientes, la apariencia de los conductos radiculares y la salud general del paciente son de primordial importancia al hacer esta evaluación.

Examen Clínico.

Esto debe de exponer la presencia de coronas o incrustaciones, dientes girados o inclinados y el tipo de acceso que guíe el patrón de entrada al canal pulpar. Siempre que sea posible se harán pruebas de vitalidad - pulpar y pruebas térmicas en aquellos dientes por tratar. Es conveniente dar una explicación previa al paciente de lo que se le va a hacer para evitar aprensiones y promover una mejor armonía entre éste y el dentista.

Evaluación Radiográfica.

Tanto los dientes uniradiculares como los multirradiculares son útiles como soporte de la sobredentadura. La anatomía de los conductos radiculares suele ser muy - variada y generalmente estas variaciones pueden ser detectadas radiográficamente. Como por ejemplo el tener - dos conductos en una misma raíz que se unen o no antes de llegar al ápice. Estos dobles conductos tienen una apariencia de ocho o de moño en la porción cameral vista -- transversalmente.

Muchos de los dientes unirradiculares tienen su conducto bifurcado a cierta altura de su recorrido al ápice. Mientras más apical sea esta bifurcación, mayor complicación habrá para hacer el tratamiento endodóntico.

Terapia Endodóntica.

Como en la mayoría de los casos los dientes pilares son vitales, se les puede tratar endodónticamente en una sola cita, cosa que está contraindicada si existe alguna lesión periapical.

El tratamiento endodóntico siempre es recomendable porque facilita la corrección de la proporción corona-raíz permite mejorar el aspecto estético y brinda la oportunidad de utilizar dientes en mala posición.

Preparación y Cimentación de Copias y/o Aditamentos.

Valiéndonos de la pieza de mano de alta velocidad se rebaja la porción requerida del diente para obtener un muñón. Este muñón debe quedar un milímetro por arriba de la encía libre para evitar que la sobredentadura traumática los tejidos al momento de usarla y que haya una acción de palanca sobre los dientes soporte.

Es necesario establecer ciertos factores para lograr mantener una " Corona Clínica " saludable:

1. Establecer la susceptibilidad cariosa del paciente.
2. Hacer una preparación en los dientes soporte.

Esto es, prepararlos, contornearlos y pulirlos de tal manera que facilite al paciente la remoción de placa bacteriana en superficies expuestas.

3. Una higiene oral constante y adecuada por parte del paciente.

4. Aplicaciones de fluor periódicas. Una vez preparado el muñón en los dientes soporte, se secan perfectamente y se aplica un gel de fluoruro estanooso durante tres minutos. Estas aplicaciones se harán subsecuentemente cada vez que se revise al paciente y cuando se le hagan sus chequeos periódicos.

Se ha visto que mientras más se reduce la relación corona-raíz mejor es el pronóstico; ya que un diente flojo se torna firme casi inmediatamente y además nos da mayor campo para la colocación de un diente artificial.

En la mayoría de los casos los dientes soporte son cubiertos con copias metálicas para evitar los procesos cariosos.

c) Toma de Impresiones.

Estas pueden ser tomadas por diferentes métodos. Por ejemplo, el tomar una impresión preliminar con un hidrocaloide irreversible. Los porta-impresiones que se pueden utilizar son diferentes. Por ejemplo, un tipo Rim Lock, para bocas parcialmente desdentadas. La impresión se corre en yeso piedra y así se obtienen los modelos de estudio, sobre los cuales se fabrica una cu-

charilla individual para la boca del paciente. Con esta cucharilla se toma la impresión final usando como material, silicón.

d) Registros Mandibulares.

Cuando los dientes presentes no son suficientes para orientar los modelos, se construyen rodillos sobre bases de acrílico que nos facilitarían registrar las relaciones mandibulares. Los registros interoclusales se pueden tomar con cera o pasta zinquenólica. Una vez colocados -- los rodillos en la boca del paciente, se mezcla la pasta zinquenólica y se coloca en la superficie oclusal de los rodillos. Dirigiendo suavemente al paciente, se le va haciendo cerrar la boca en oclusión céntrica. Es fundamental corroborar la exactitud de este registro con la -- relación céntrica para lograr hacer un buen montaje en -- el articulador.

El arco facial sirve para montar el modelo superior, para ello, se cubre la parte superior de la horquilla con cera suave o bien con modelina reblandecida, para que -- los dientes dejen huella. Se lleva todo el arco facial a la boca, se colocan las olivas dentro de los conductos auditivos, luego se coloca el posicionador nazal, se fija y se corre el brazo de la horquilla lo más cerca de -- la boca. En esta posición se aprieta el tornillo que -- sostiene la horquilla y los brazos del arco facial.

Se apunta la medida que marque en la parte anterior y se aflojan los tornillos de los brazos del arco facial. Ya que se tienen los modelos y el registro del arco facial, se procede a orientar el modelo superior en un articulador semiajustable. (Whip-mix). Para esto, se colocan las olivas en las espigas que tienen a los lados de la parte superior del articulador y se coloca el modelo sobre las huellas marcadas en la orquilla, se bate yeso y se coloca tanto en la platina del articulador como en el modelo superior que debe tener muescas retentivas. Se deja fraguar la parte superior del montaje y mediante el registro mandibular tomando con pasta zinquenóllica se articula el modelo inferior procediendo de la misma manera en que se hizo para el modelo superior.

e) Articulación de dientes.

Una vez articulado por completo el caso, se lleva a cabo la articulación de dientes y el encerado de la prótesis para posteriormente registrar las lateralidades en la boca.

Para obtener esto se colocan ambas prótesis en la boca y se pide al paciente que proyecte su mandíbula hacia un lado hasta lograr que las cúspides de ese mismo lado hagan contacto sin ninguna interferencia. Se hace tanto del lado derecho como del izquierdo y se ajusta en el articulador para finalmente ser procesada.

Los dientes seleccionados deben ser del tamaño, forma y color adecuados al paciente.

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

Encerado y Enfrascado.

La sobredentadura se enfrasca y se encera de manera convencional, luego se desencera con agua hirviendo a la cual se le agrega un detergente. Un último enjuague con agua hirviendo remueve toda huella de cera y detergente. Al hacer un enfrascado y empaçado cuidadoso se reducen significativamente posibles errores en el procesado de la sobredentadura.

Para empaçar una sobredentadura se usa el mismo tipo de acrílico de curado lento que para una prótesis total común.

Se proporcionan cantidades adecuadas según el comerciante y se mezclan, posteriormente se empaça el acrílico en la mufla, se cubre con papel celofán y se presan suavemente para permitir que corra el acrílico por todos los espacios.

Luego se retiran los excesos que salgan y se vuelve a presar la mufla hasta que hagan contacto ambos metales de ella.

La sobredentadura se cura según lo requiera el acrílico escogido y una vez que haya enfriado se saca la sobredentadura y se monta en el articulador. Una vez corregidos los errores que presente después del enfrascado, se puede pulir la sobredentadura.

Terminado y Pulido.

Una vez sacada la sobredentadura de la mufla se pone en el limpiador ultrasónico con el líquido adecuado durante tres o cuatro minutos. Para acabar de remover todos los restos de yeso que tenga.

Los bordes de la sobredentadura son recortados al grosor deseado con piedras montadas en el torno fijo.

Usando polvo de piedra pomez y una copa de hule, se pulen los contornos dentales y otras áreas accesibles de la sobredentadura, evitando así rebajar las características anatómicas que se le dieron a la sobredentadura. Si se desea dar un aspecto de puntilleo a la encía de la sobredentadura, se puede lograr pasándole un bruñidor de baja velocidad.

El pulido general de la sobredentadura se hace con una manta puesta en el motor y usando pasta para pulir. Después de pulir la sobredentadura se pone en agua jabonosa para limpiarla perfectamente y se revisa la parte interna de la prótesis para ver si no existen nódulos o defectos que vayan a molestar al paciente o a impedir el correcto asentamiento de la sobredentadura.

A D I T A M E N T O S

P A R A

L A

S O B R E D E N T A D U R A

ADITAMENTOS PARA LA SOBREDENTADURA

El objetivo fundamental de todo tratamiento prostodóntico es devolver al paciente su función masticatoria lo más cerca posible de lo normal. El concepto básico de la sobredentadura es preservar los tejidos residuales duros y suaves.

Los aditamentos sirven para dar retención mecánica a la sobredentadura y su uso debe limitarse a situaciones en las que la corona clínica ha sido destruida por caries, pero que paradontalmente presentan un soporte aceptable. La estabilización mecánica se puede lograr mediante aditamentos y artefactos retentivos aunados a los principios básicos en el diseño de una prótesis completa.

Debemos darnos cuenta que los fracasos inherentes a las dentaduras completas, no van a ser superados con el uso de aditamentos para fijarla, si no respetamos y cumplimos los principios básicos para construirla.

Los fracasos de sobredentaduras con aditamentos de fijación se deben, no a los aditamentos, sino a la mala selección de ellos y a la mala extensión de la base, del sellado periférico defectuoso y en el caso de prótesis mandibulares por no abarcar debidamente el área retro-molar.

Los registros oclusales y propios para una prótesis híbrida causan a los dientes restantes los mismos resultados dañinos que una prótesis removible, cuyos registros oclusales han sido mal tomados. Gracias a la disponibilidad de elementos proprioceptivos con los que contamos en una sobredentadura con aditamentos, podemos usar procedimientos gnatólogicos y en algunos casos, hasta instrumentación laboriosa si se desea.

El uso de aditamentos nos introduce a un nuevo factor en el diseño protésico, es decir la demanda de una relación exacta entre la prótesis y los aditamentos. Para cada tipo de aditamentos, la demanda difiere según la disponibilidad o el deseo de adaptación sobre el área de soporte en tejidos duros y blandos.

El éxito de la sobredentadura.

La consideración suprema para tratar a un paciente con una sobredentadura, es que él es un ser humano que presenta problemas emocionales en potencia, así como problemas médico-dentales. Ningún sistema de sobredentadura con o sin aditamentos debe ser planeado hasta haber evaluado al paciente médica y dentalmente y hasta que éste se de cuenta de los problemas de una dentadura convencional.

La conciencia del estado dental del paciente antes del tratamiento y la que deseamos tener para tratarlo, debe ser estimulada por nosotros los dentistas. Muchos pacientes padecen disturbios emocionales al sugerirles la remoción de sus dientes restantes. La sobredentadura con aditamentos da la idea al paciente de un puente removible en vez de una prótesis dental, y esto le proporciona comodidad y seguridad de que sus dientes naturales están siendo usados en lugar de ser extraídos.

El procedimiento de una sobredentadura en el cual el paciente es programado para tener una buena higiene -- oral de sus muñones y de la sobredentadura en sí, tiene mejores resultados cuando se va haciendo paso a paso.

Entonces el paciente puede experimentar y comparar una prótesis total convencional con una sobredentadura con aditamentos.

MANEJO DE LOS DIENTES SOPORTE

A excepción de la sobredentadura con coronas telescópicas, la mayoría de los sistemas usan dientes tratados con endodoncia para permitir la máxima reducción de la corona y de esta manera mejorar el radio del brazo de palanca. Cuando los dientes que serán retenidos no -- van a recibir ningún aditamento entonces se les deja -- una corona de 8 a 3 milímetros por arriba del proceso alveolar.

Esta altura depende de la longitud y forma de raíz, -- así como, del soporte óseo que ésta tenga.

La presencia de muñones múltiples también influencia -- la decisión.

Los dientes tratados endodónticamente se pueden cubrir con copias de oro sin necesidad de ponerles un poste -- intraradicular; algunas veces se ponen pines para rete -- ner mejor la copia.

Un método alternativo es la reconstrucción del muñón -- con amalgama o con resina para después prepararlo y de -- jar una superficie pulida. Cuando se usa un aditamen -- to, la corona es reducida al nivel del borde residual para mejorar la relación corona-raíz, para dar espacio al aditamento y al diente dentro de la sobredentadura. Antes de preparar los dientes debemos completar la te -- rapia parodontal. Las ventajas mecánicas de la rela -- ción corona-raíz, se ven aumentadas y el desplazamien -- to de los tejidos blandos puede reducirse por medios -- quirúrgicos antes de preparar las copias.

Con frecuencia, se hacen sobredentaduras a pacientes que presentan su dentadura natural casi completa, pero que - la mayoría de los dientes deben ser extraídos y los que pueden se preparan para recibir la sobredentadura. En - estos casos se termina el tratamiento parodontal de los dientes pilares hasta que los sitios de las extracciones han sanado y una vez cicatrizados todos los tejidos se - preparan los muñones y los aditamentos.

Selección de aditamentos.

Los nombres de los diferentes grupos de aditamentos fueron designados por los fabricantes o por sus diseñadores. Para hacer una sobredentadura, sólo los postes, la barra y algunos aditamentos accesorios son de nuestro interés. Los aditamentos pueden ser clasificados según su forma, su diseño y su área primaria de uso en tres grupos:

1. Aquellos que van sobre la raíz.
2. Aquellos que se colocan dentro de la raíz.
(intra-radicales).
3. Los que son retenidos por medio de una barra que une las raíces de los dientes soporte.

Los Broches de Presión.

La mayoría pueden considerarse como de cierre automático. Existen de muchos y variados tipos que van desde los más sencillos como el Gerber Resilente, hasta complicados como un reloj suizo.

Como un consejo, cada sistema de aditamentos debe ser estudiado a fondo e incorporar las instrucciones del fabricante para su colocación. Entre más sencillo sea el aditamento más fácil será su uso. Algunos de los aditamentos de broche como el Gerber, son resilentes, tienen una cuerda para enroscarlos: otros como el Dalbo cilíndrico son resilentes a los tejidos y otros más Introfix son no resilentes.

Los aditamentos resilentes pueden ser uni o multidireccionales y estar formados por una barra unida a coronas telescópicas.

El factor compensatorio en los aditamentos resilentes permite a la base de la dentadura un soporte completamente tisular en vez de que sea dental.

Aditamentos de Barra.

Estos se dividen en dos grupos:

Las barras ensambladas y las hechas de una sola unidad.

Dan fijación a la sobredentadura y unión a los dientes.

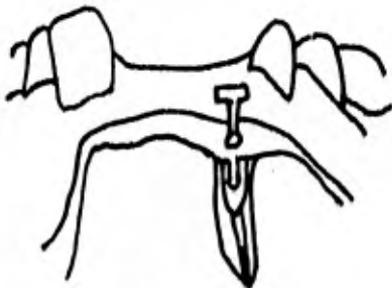
Las barras de una sola unidad proporcionan una fijación -

rígida a la sobredentadura, mientras que las barras ensambladas permiten cierto grado de rotación o resiliencia o - ambas al entrar en movimiento la sobredentadura.

Aditamentos Auxiliares.

Los aditamentos auxiliares para la sobredentadura consisten en tornillos de varias medidas que pueden usarse para retener una barra o un muñón secundario retenedor de la barra y un retenedor conector que se utiliza para proporcionar o aumentar la retención de la barra de una sola -- unidad.

El tipo de aditamento que se usa mucho es un intracorona-rio diseñado por la Zest Anchor (americano) que consiste en una hembra metálica que va cementada en los dientes y un macho de nylon con cabeza redonda que va incorporado a la sobredentadura.



Sobredentadura que muestra el uso de los aditamentos de la Zest Anchor.

Este sistema está diseñado para ser usado con o sin copia metálica. Si se usa sin copia, se hace espacio para colocar la parte de la hembra y cementarla en la corona ya reducida.

El poste del macho puede procesarse en el laboratorio pero generalmente este procedimiento se hace en el -- consultorio colocando el macho dentro de la hembra y se levanta junto con la sobredentadura.

El brazo de palanca y la torsión que sufre el diente puede considerarse como nula. La longitud total de la hembra metálica es de 6 mm y puede reducirse a 3 mm, mientras que la longitud total del macho es de 5 mm, lo que hace 2 mm más alto que la superficie radicular para dar lugar a la resina que lo unirá a la sobredentadura.

El problema del espacio entre el proceso y la sobredentadura es resuelto debido a que el tronco del macho va alojado dentro de la raíz. A pesar de que la hembra y el macho embonan herméticamente, las fuerzas laterales no son transmitidas totalmente a la raíz debido a que el macho es de nylon y puede doblarse con movimientos suaves de la sobredentadura.

Ventajas de Estos Aditamentos.

1. Todos los procedimientos para su colocación pueden llevarse a cabo en el sillón dental.
2. Este aditamento sirve también como fijación temporal para una dentadura transitoria.

3. No hay factores de torsión, no de brazo de palanca.
4. El aditamento puede usarse con o sin poste o copia vaciados.
5. La adhesión del macho a la sobredentadura es sencilla usando una resina acrílica.
6. No requiere de paralelismo para colocarlos aunque sean varios los dientes soporte.
7. Proporciona un ligero movimiento vertical y rotatorio.
8. Puede usarse en dientes divergentes.
9. Su uso sencillo y bajo costo permite retener dientes soporte de pronóstico reservado.
10. Las fuerzas laterales son mínimas y recaen sobre el centro del soporte.
11. La resiliencia del macho de nylon contrarrestan grandemente el violento impacto de carga sobre las raíces.
12. Como su altura vertical es mínima, sirve en casos de mordidas cerradas y proporciona una estética conveniente.

13. Gracias a un soporte dental sólido, no hay irritación de los tejidos circundantes a la raíz.

14. Son de fácil colocación y reposición debido a que son prefabricados.

Desventajas.

1. El arillo del macho requiere de una higiene meticulosa para controlar la placa bacteriana.
2. El pivote de nylon (macho) es absorbente de agua, lo cual causa problemas de que éste se doble, se rompa o bien no entre en el orificio de la hembra.
3. Este pivote puede requerir de cambio por otro nuevo con frecuencia (cada dos o cuatro meses).
4. Cuando se usan varios aditamentos de estos, puede dificultarse su correcto asentamiento en la boca.

Indicaciones.

1. Los aditamentos de la Zest Anchor deben ser considerados cuando el pronóstico de los dientes es reservado - por la pérdida ósea.

La aplicación de las fuerzas por debajo de la altura - gingival aumenta la posibilidad de éxito.

2. Los dientes soporte no deben presentar ninguna retención.

Los dientes ideales para conservar son los caninos y los incisivos centrales, aunque cualquier diente posterior uniradicular es de utilidad.

3. La raíz debe reducirse al máximo de manera que no -- quede por arriba del tejido circundante. Entre más se reduzca la raíz menor será el brazo de palanca - que exista.
4. Estos aditamentos evitan usar técnicas precisas. Una alineación de 10° de paralelismo entre los dientes - soporte es adecuada. La hembra no necesita seguir - el conducto radicular.
5. En casos de dientes sumamente inclunados, se puede - recortar la punta de la hembra.

Contra Indicaciones.

1. Esta técnica no debe usarse cuando el paciente no pue de orientar exactamente la dentadura con la mano.
2. Tampoco se usará esta técnica en substitución de la - técnica ortodoxa cuando ésta sea de pronóstico favora ble.

El procedimiento que se emplea para la colocación de estos aditamentos es el siguiente:

1. Se perfora un orificio en la raíz del diente a una profundidad de 4 a 6 milímetros con una fresa de carburo - núm. 2 o 4 tratando de alinearlo de acuerdo al patrón de inserción. Este orificio y la orientación final de la hembra no necesariamente deben seguir el conducto radicular, pero si deben coordinar con el patrón de inserción de la sobredentadura.
2. Con una fresa de fisura núm. 560 de carburo, se ensancha el orificio principal a una profundidad de 3 ó 4 - mm.
3. La preparación para la hembra prefabricada se completa con la fresa especial de diamante que trae el estuche. Esta fresa debe de mantenerse girando al entrar y salir de la preparación para evitar así su ruptura. Su dirección será paralela y uniforme para no crear -- irregularidades en la preparación. Además la fresa de be formar una superficie plana en la parte oclusal para que la pestaña o reborde de la hembra de la Zetz Anchor asegure su asentamiento firme y un sellado adecuado.
4. Para incorporar el macho de nylon a la sobredentadura, - se coloca firmemente éste junto con su arillo central - dentro de la hembra metálica. Hay que asegurarse de que

esté bien asentado el arillo central.

5. Se abocarda la dentadura por su parte interna para acomodar la protuberancia del macho. La porción más grande del macho puede reducirse si es necesario.
6. Se mezcla el acrílico polimerizable, y se coloca sobre la sobredentadura llenando sólo tres cuartas partes de las perforaciones hechas para colocar el macho. Se inserta la sobredentadura en posición correcta y se pide al paciente que haga los movimientos regulares a boca cerrada.
Se deja que polimerice el acrílico. El arillo central previene la entrada de acrílico en la hembra y crea un alivio alrededor de la sobredentadura.
7. Se quita el arillo central del macho por medio de una navaja. Nunca debe dejarse este arillo más que durante la fabricación de la sobredentadura.

En caso de que ocurra una reabsorción ósea, o si hay que reponer el macho, o si éste se daña o se gasta, puede removerse fácilmente de la sobredentadura con una fresa de carburo.

Se coloca un macho nuevo con su respectivo arillo central dentro de la hembra y se incorpora a la sobredentadura usando acrílico de autopolimerización (repetir pasos del 4 al 7).

El paciente debe ser instruído para orientar la sobre dentadura y poder colocarla dentro de la hembra con sus dedos. Nunca deberá colocarse la sobredentadura por medio de mordida.

INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA BOCA

PARCIALMENTE DESDENTADA

Y

CUIDADOS DE PROTESIS

Cuando el tratamiento escogido para rehabilitar a un paciente es la sobredentadura, una de las principales consideraciones es la capacidad del paciente para llevar a cabo una higiene oral eficaz.

A menos que la susceptibilidad del paciente a enfermedades parodontales y a procesos cariosos sea disminuída o anulada, la enfermedad se mantendrá activa. Por eso, al iniciar el tratamiento se debe identificar el padecimiento así como la naturaleza del problema y comunicárselo al paciente; debe darse cuenta de la necesidad de controlar la enfermedad y debe de estar de acuerdo en conseguir las medidas preventivas necesarias. La remoción de la placa dentobacteriana de los dientes y de la sobredentadura debe hacerse a conciencia todos los días.

Instrucciones para la higiene oral.

Desde el punto de vista parodontal, el uso de un cepillo de cerdas suaves, pastillas reveladoras, hilo dental y goma de mascar, son necesarios para mantener una encía saludable.

Varios métodos de higiene oral son recomendados para el paciente que usará una sobredentadura, pero los más efectivos parecen ser los más sencillos y los que requieren menos artefactos para llevarla a cabo.

La frecuencia y el método no son tan importantes como la eficacia con que se hagan. Un cepillo de cerdas suaves - colocado con una angulación de 45 grados sobre el surco dento-gingival y vibrándolo a este nivel parece limpiar los muñones y el borde cervical de éstos, ya que las puntas de las cerdas entran en el surco gingival. Para limpiar adecuadamente el surco dento-gingival hay pacientes que usan una banda delgada de gasa o bien un fragmento de estambre y lo colocan alrededor del muñón efectuando movimientos de vaivén. Otros pacientes adaptan un palillo a un mango y lo pasan por toda la periferia del surco dento-gingival.

El empleo de pastillas o soluciones reveladoras hacen -- que los dientes se manchen en aquellos lugares donde la placa dento-bacteriana está presente, haciendo así que el paciente preste mayor atención a esas zonas.

El mantenimiento del tejido se doporte se ve facilitado por medio de masaje. Un método excelente para lograrlo consiste en masticar chicle durante 15 minutos, dos veces al día sin tener la sobredentadura colocada en la boca.

Esto se hace después de una semana de insertada la sobredentadura a excepción de que el tejido cicatriza lentamente, en cuyo caso esta terapia será retrasada hasta que las condiciones tisulares sean favorables. A menudo se requieren de 4 a 6 pastillas de goma de mascar, - las cuales se pueden suavizar poniéndolas en agua tibia

antes de llevarlas a la boca.

La duración de masticación se va incrementando con el paso del tiempo. Para evitar problemas de predisposición cariosa se mastica chicle que no contenga azúcar o bien se espera a que se diluya la capa azucarada.

El paciente será programado para revisiones periódicas durante los primeros 6 a 8 meses después de insertada la sobredentadura. De esta manera puede evaluar la habilidad del paciente para controlar su placa dento-bacteriana y -- ver si los padecimientos parodontales mejoran o empeoran. También se revisa la base de la sobredentadura y su correcto asentamiento para evitar que los dientes pilares soporten cargas excesivas.

Estas revisiones deberán ser cada semana durante el período de cicatrización (6 a 8 semanas) y cada tres meses después de haber colocado la sobredentadura.

En estudios hechos, se vió que la considerable reducción de la relación corona-raíz contribuyó a que los pacientes mejoraran su higiene oral y que el 85% de ellos fueran motivados positivamente al darse cuenta de lo fácil que era lograr la limpieza de sus dientes. También notaron que no había evidencia de caries en los dientes restantes y que la edad de los pacientes favoreció para que esto no sucediera.

Para lograr un régimen higiénico ideal, deben cumplirse los siguientes pasos:

1. Tanto la cavidad oral como la sobredentadura deben lavarse después de cada alimento. Esto se efectúa mediante - el cepillado, pero si éste es imposible de efectuarse, - por lo menos deberá enjuagarse enérgicamente la boca.
2. Además del lavado después de cada alimento, se lavará -- concienzudamente la cavidad oral una vez al día, de preferencia antes de dormirse. Dependiendo del estado oral y de la habilidad manual del paciente, pueden usarse muchos artefactos útiles, tales como hilo dental, hilo nylon, estimulantes interdientales, o cepillos interproximales, espejos dentales desechables, tiras de gasa, irrigadores de agua y mangos angulares para palillos.

La solución reveladora es altamente recomendada para -- usarse en los dientes y en la sobredentadura todos los días inicialmente y después de ver la pericia del paciente, lo hará cada semana.

3. Se le proporcionará al paciente un gel de fluoruro estannoso al 0.4% que usará después de haberse lavado meticulosamente. Este gel se puede aplicar con un cepillo de dientes o con un isopo, barnizando el muñón durante 30 segundos, manteniéndolo después en la boca durante dos minutos, luego se escupe sin enjuagarse con agua, ya que

si lo hace se hecha a perder la acción del gel.

4. Este programa de higiene oral debe continuarse de manera permanente debido al alto riesgo de adquirir un proceso carioso en las áreas de dentina expuesta de los dientes pilares que sostienen la obredentadura.

CONCLUSIONES

además, en muchos casos, permite la utilización de dientes girovertidos o mal posicionados.

La sobredentadura nos brinda la oportunidad de establecer un mejor pronóstico para el paciente, así como para los dientes soporte.

La arquitectura parodontal establecida debe ser aceptable; las fuerzas oclusales deben ser psicológicamente aceptables y los dientes retenidos deben mantenerse libres de placa dento-bacteriana.

Dentro de las ventajas que pueden atribuirse al uso de la sobredentadura, están principalmente la funcionalidad, la retención, la estabilidad, el excelente aspecto estético que se puede lograr, la gran aceptación de ella por parte del paciente al saber que todavía conserva algunos de sus propios dientes.

El uso de aditamentos y artefactos retentivos mejoran la estabilidad mecánica de la sobredentadura. Sin embargo, se ha visto que los aditamentos que requieren de paralelismo o de socavaduras para su retención, tienden a producir severos daños en el alveolo de los dientes soporte.

Uno de los factores más determinantes en el éxito de la sobredentadura, es el cuidado higiénico que tenga el pa

ciente tanto con su boca como con su prótesis. Para lograr que los resultados a largo plazo sean satisfactorios, debemos instruir perfectamente al paciente acerca de como realizar dicha higiene meticulosamente. Por nuestra parte, nosotros protegemos los dientes pilares con aplicaciones tópicas de fluoruro estanoso y haremos revisiones periódicas - cada tres meses.

BIBLIOGRAFIA

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

- 1.- Atwood,D.A. : Redution of residual ridge: A major oral disease entity.j.
Pros.Dent., 26:266, 1971
- 2.- Allen A. Brewer y Aaron H. Frenton. : Puentes removibles parciales: Clí-
nicas Odontológicas de Norteamérica. : 721,744 octubre - 1973
- 3.-Adisman I.K. Removable partial dentures for jaw defectes of the maxilla-
an mandible: Dental clinical of north America Page 617-642, V Nov.1962
- 4.- Crum,R.J., Loisel, R.J., and Hayes,C.K.: The Stud Attachment Overlay -
Denture and Proprioception,J.Am.Dent.Assoc. 82: 583-586, 1971.
- 5.- Coscolla Herman: Sobredentaduras; requisitos clinicos, Aditamentos para
sobredentaduras, enfoque gnatológico oclusal, casos clinicos, I Congreso
de los Seminarios Odontológicos Latinoamericanos. México.D.F. sep. 1980.
- 6.-Cacho Felipe: Malformaciones Congenitas del labio y paladar y sus trata--
mientos: pags. 93-98 Ed. Medicas del Hospital Infantil México, 1964.
- 7.- Crum,R.J.; Rationale for the retention of teeth for Over dentures, in Gre-
wer,A.A.,and Morrow,R.M.: Overdentures, St. Louis, 1975,The C.V.Mosby -
Company.
- 8.- Donald Mangual. : Fabricación de postes con aditamentos para sobredenta-
duras; I Congreso de los Seminarios Odontológicos Latinoamericanos. Méx.
D.F. septiembre de 1980.
- 9.- Dolder,E.J. : The Bar Joint Mandibular Denture,J.Prosthet,Dent. 11: 689-
707, 1961.
- 10.- Korn Feld Max: Rehabilitación Bucal, Procedimientos Clínicos y de Labo-
ratorio. Tomo II Ed. Mundi. 1972.
- 11.- Miller,P.A.; Complete Dentures Supported By Natural Teeth,J,Prosthet.--
Dent, 8: 924-928, 1968.

- 12.- Morrow, R. M., Feldeman, E. E.,
Rudd, K. D. and Trovllion, H. M. :
Tooth Supported Complete Dentures: An Approach to
Preventive Prostodontics.
J. Prosthet Dent. 21: 513 - 522; 1969.
- 13.- Prince, I. B. :
Conservation of the Supportive Mechanism.
J. Prosthet Dent. 15: 327 - 338; 1975.
- 14.- Tecnología Dental:
Un "atache" para cada situación.
Publicado en revistas N° 3 y 4, 1982
- 15.- Zamikoff, I. I.
Overdentures - Tjeroy and Technic,
J. Am. Dent. Assoc. 86: 853 - 857. 1973