



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**APLICACION Y ELABORACION CLINICA DE LAS
SOBREDENTADURAS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
MA. EUGENIA CAMPOS ECHEVERRIA
VICTOR MANUEL SERRANO PADILLA



México, D. F.

1988



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 está 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

INTRODUCCION	Paq. 1-2
CAPITULO I HISTORIA CLINICA	3-7
CAPITULO II ELEMENTOS ANATOMICOS	8-19
a) Maxilar superior	
b) maxilar inferir	
c) articulación Temporo Mandibular	
d) músculos masticadores y faciales.	
CAPITULO III ZONAS PROTESICAS	20-22
CAPITULO IV DEFINICION DE SOBREDENTADURA	23-25
CAPITULO V REQUISITOS DE UNA SOBREDENTADURA	26-34
a) mantenimiento de la salud	
b) tejidos básicos de soporte	
c) facilidad de construcción	
d) reducción en la relación corona-raíz	
e) facilidad de manipulación.	
CAPITULO VI VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA	35-38
a) conservación del hueso alveolar	
b) conservación de la reacción propioceptiva	

- c) soporte
- d) retención
- e) técnica sencilla para el paciente problema
- f) mantenimiento periodontal
- g) aceptación del paciente
- h) convertibilidad
- i) costo
- j) armonía de la forma de la arcada

CAPITULO VII

DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA

39-42

- a) susceptibilidad a la caries
- b) retenciones óseas
- c) sobrecontorno y falta de contorno
- d) invasión de la distancia interoclusal
- e) estética
- f) destrucción periodontal de los dientes de soporte.

CAPITULO VIII

SELECCION DE PACIENTES

43-52

- a) posibilidad de prótesis removible
- b) terapéutica endodóntica
- c) condición periodontal de los dientes
- d) caries
- e) pacientes jóvenes
- f) localización de dientes de soporte
- g) economía

CAPITULO IX

TECNICA DE PREPARACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE

53-69

- a) modificación y reducción simple de los dientes

- b) reducción de dientes y coffas vaciadas
- c) tratamiento endodófnico y tapón de amalgama
- d) tratamiento endodóntico y coffa vaciada
- e) tratamiento endodóntico con coffa vaciada
utilizando algún tipo de aditamento.

CONCLUSIONES

70-72

BIBLIOGRAFIA

73-76

INTRODUCCION

El objetivo de este tema es el de investigar nuevas técnicas para poder aplicarlas, desde un punto de vista clínico funcional de sobredentaduras a pacientes parcialmente desdentados, ya que esto haría importante la conservación dental por razones morfológicas y propioceptivas ya que estas sobredentaduras han mostrado ventajas - como son:

- menos pérdida de hueso en mandíbula y maxilar
- aumento de propiocepción
- mantenimiento de la dimensión vertical
- ventajas psicológicas e incremento de estabilidad y retención.

Por lo tanto debido a la poca información que existe y al poco interés de los cirujanos dentistas disponen a sus pacientes parcialmente desdentados a totalmente. Y es de interés realizar este tipo de trabajo para poder realizar tratamientos más eficaces y completos a nuestros pacientes, así mismo poder brindar mayor información a nuestros compañeros estudiantes, poder brindar al paciente parcialmente desdentado una comodidad mental, física y psicológica sobre todo, así como alcanzar una estética correcta y restaurar correctamente la función de masticación.

Nos interesa investigar técnicas apropiadas para la realización de tratamientos más agradables y satisfactorios tanto para el paciente como para el dentista, ya que durante el ciclo escolar se obtuvieron experiencias buenas y malas en los tratamientos de prostodoncias.

Pensamos que realizando este tipo de tratamientos ayudaremos más al paciente y nosotros tendremos mayor seguridad dentro de nuestra consulta privada.

La utilidad de nuestro trabajo "Sobredentaduras" es pensando en nuestro futuro profesional y como obra de consulta.

CAPITULO I**HISTORIA CLINICA**

HISTORIA CLINICA

Probablemente el problema más difícil de enfrentar para un odontólogo, es el de realizar un diagnóstico -- adecuado para determinar un tratamiento, y que este sea el más adecuado y en particular dependiendo de las condiciones y descubrimientos de problemas en la cavidad -- oral, sea eficiente y funcional para el paciente.

Ningún examen está completo sin la historia de un record médico, de la evaluación psicológica e historia dental. La historia médica se obtendrá através, de lo relacionado con la salud y cuando se considere necesario, consultar al médico general. El paciente deberá -- ser interrogado acerca del tratamiento o tratamientos -- dentales anteriores y sus experiencias acerca de ellos.

Esta historia clínica nos revelará información -- acerca de las experiencias con aparatos removibles y -- la actitud hacia ellos, así como sus hábitos de cuidados, e higiene en el hogar.

Los objetivos principales de la entrevista inicial son:

Identificar el problema, anotar los deseos y expectativas concernientes a la salud bucal y sus necesidades de tratamiento odontológico, llegar a conocer al enfermo, y establecer una relación estrecha. Esta identificación, es esencialmente la búsqueda de los problemas y con respecto a la solución de los pasos necesarios para remediar este inconveniente, constituye así los aspectos, importantes de la entrevista inicial.

El tratamiento rápido y satisfactorio es otro paso positivo en el logro de una buena comunicación.

Durante la entrevista cabe recordar que una actitud cómoda y amistosa hará mucho relajar y alentar su cooperación.

También con las prótesis utilizadas anteriormente se logra mucha información concerniente a las experiencias previas de la persona, según el doctor Morrow, lo mencionado anteriormente es básico para ayudar al relajamiento y crear una buena relación.

Es muy importante registrar cual es el problema principal pues es la razón probable de la visita, preguntar por que causa le fueron extraídos los dientes, si fue por caries profundas, sin remedio para la endodoncia o finalmente por traumatismos.

El objetivo del cuestionario de salud general es de proporcionar una visión adecuada en este sentido.

Por medio de las siguientes interrogantes:

- 1.- se anotará el nombre, dirección y telefono si existe, su estado civil, edad, raza, sexo, ocupación. Así como la ultima vez que visitó a su médico de cabecera y con que fin.
- 2.- al seguir la secuencia de preguntas nos interesaremos más en descubrir si existen o existían antecedentes de tipo patológico y no patológico como por ejemplo.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.- higiene general, tabaquismo, alcoholismo, inmunización, si recibió atención odontológica y de que tipo.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.- que son los sistemáticos,--
 nutricionales, cardiacos, vasculares, respiratorios,--
 hepáticos, renales, mentales, infecciosos o hemáticos,
 y artritis reumatoide.

Relacionado con la medicación, si está tomando al:
 gunos medicamentos como cortisonas, esteroides, anticoa
 gulantes, tranquilisates, narcóticos, barbitúricos u --
 otros medicamentos.

En caso específico para mujeres, preguntar si está
 embarazada, fecha de su último período menstrual normal
 si tiene problemas en relación con su período menstrual
 si toma habitualmente algún medicamento como son antico
 nceptivos y hormonas.

Los hallazgos así logrados deberán repasarse, si --
 surgiera alguna cuestión, será conveniente remitir al --
 enfermo con su médico para el examen correspondiente.

Un examen cuidadoso de todas las áreas de los teji
 dos blandos y duros, es muy necesario para detectar --
 cualquier problema patológico.

La inspección del área de la cara, del cuello, de -
 los ganglios linfáticos y las encías, se deberán de pal
 par para determinar cualquier anomalfa congénita, así -
 como la presencia de socavaciones o espículas óseas, --
 protuberancias de los maxilares tales como torus mandi
 bulares o palatinos, abscesos o tejido hiperplásticos.

Todos los dientes y/o raíces restantes deberán ser
 examinados. Esto ayudará a determinar los hábitos de -
 higiene oral, los cuales si son inadecuados, deberán --
 ser modificados a través de una enseñanza antes de come
 nzar el tratamiento.

Cualquier hábito anormal tal como fuerza de masticación, desgaste, bruxismo, mordeduras de labios y ---
lengua deberán ser observadas.

CAPITULO II**ELEMENTOS ANATOMICOS**

- a) maxilar superior
- b) maxilar inferior (mandibula)
- c) músculos masticadores y faciales
- d) articulación temporomandbular

MAXILAR SUPERIOR

Por su forma posición y tamaño determina la morfología de la cara, es un hueso par que constituye el eje del macizo facial formando por un cuerpo, tres apófisis, y una cavidad o seno maxilar. (antro de Higmore).

El cuerpo presenta cuatro bordes, borde superior; se relaciona con la apófisis ascendente del maxilar, -- tiene un borde superior que se relaciona con el hueso frontal.

Borde Inferior; lo constituye las cavidades alveolares
Borde Anterior; se relaciona con la eminencia canina, o eminencia mirtiforme.

Borde Posterior; se relaciona con el hueso palatino.

Ydos caras:

Cara Externa; presenta la apófisis piramidal del hueso maxilar, tiene una cara que termina en el agujero infraorbitario. La cara anterior de éste corresponde a las inserciones musculares y la cara posterior forma parte de la fosa temporal.

Cara Interna; presenta la apófisis palatina del maxilar tiene forma de cuadrilátero y posee cuatro bordes.

Borde Externo; se implanta con el hueso maxilar.

Borde interno; se articula con el homólogo.

Borde Anterior; lo constituyen las cavidades alveolares

Borde Posterior; se articula con la apófisis palatina del hueso palatino.

SENO MAXILAR.

Este suele ser mayor que cualquier otro seno y se aloja también en el cuerpo del maxilar superior, también

se denomina "Antro de Higmore".

El seno maxilar es de forma piramidal, con base en la pared nasocantral y vértice en la raíz del cigoma.

Contiene un canal óseo para nervios y vasos infraorbitarios, el piso del seno es del proceso alveolar.

La pared antero-lateral o pared posterior o esfeno maxilar consiste en una pared delgada de hueso, que separa la cavidad de la porción infratemporal. La pared nasal separa el seno de la cavidad nasal.

MANDIBULA

Es un hueso impar que en condiciones normales es simétrico, tiene forma de herradura y está formada por un cuerpo y dos ramas .

El cuerpo presenta en la parte media, la sínfisis mentoniana, y más abajo la eminencia mentoniana, hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano por donde salen vasos y nervios mentonianos, más atrás se observa la línea oblicua externa en donde se insertan los músculos; triangular de los labios, cutáneos del cuello, y cuadrado del mentón.

La unión del cuerpo con la rama forma el ángulo de la mandíbula, el cual puede variar.

En la parte inferior de la rama se inserta el músculo macetero. En la parte superior encontramos, el cóndilo que está situado en la cavidad glenoidea, forma la articulación temporomandibular, por delante del cóndilo encontramos la apófisis coronoides que sirve de inserción al músculo temporal. Entre el cóndilo y la apófisis coronoide se encuentra la escotadura sigmoides.

En la cara interna, cerca de la línea media se observan las apófisis geni, son dos superiores y los inferiores donde se insertan los músculos genioglosos y genihiohides más atrás encontramos la línea oblicua interna o milohiohidea, donde se inserta el músculo del mismo nombre.

Por encima de esta línea se observa la foseta lingual que aloja a la glándula del mismo nombre. Hacia afuera, por debajo de esta línea se encuentra la foseta submaxilar, que aloja la glándula submaxilar. En la cara interna de la rama encontramos el orificio superior del conducto dentario, por el que se encuentra la espina de Spix. Sobre la cual se inserta el ligamento eseno maxilar, el borde superior del cuerpo está representado por las cavidades alveolares. El borde inferior presenta las fosetas digástricas que sirven para la inserción del músculo digástrico.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La A.T.M. pertenece a la clase de las bicondíleas y al género de las diartroideas.

La Gnatología se define como; articulación gínglimo-artroidal. Es diartroidea porque presenta dos articulaciones que son;

1.- La que se lleva a cabo entre la mandíbula y el menisco interarticular.

2.- La que se realiza entre la cavidad glenoidea y el menisco interarticular.

Es una articulación gínglimo artroidal, porque gracias a esas dos articulaciones se pueden realizar movimientos de rotación y translación.

Sus principales movimientos son; Apertura y Oclusión. Proyección y retroyección de la mandíbula.

Rotación y lateralización.

La articulación se constituye por dos huesos que son; el temporal que representa la parte inmóvil y el cóndilo de la mandíbula, que corresponde a la parte móvil. ambos huesos están cubiertos de cartílago hialino y están mantenidos en posición por un saco fibroso; estos están separados uno del otro por un disco o menisco interarticular.

Rodeando la articulación encontramos la cápsula articular en forma de cortina. Esta se inserta en la cavidad glenoidea y en el cuello del cóndilo, evitando de este modo la salida de líquido sinovial el cual sirve de lubricante.

Recibe inervación del V par craneal.

MUSCULOS

MASTICADORES:

Son 4 intervienen en los movimientos de elevación, y de lateralidad del maxilar inferior o mandíbula.

TEMPORAL: Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Inserciones; Por arriba en la línea curva temporal inferior y en la fosa temporal, en la cara profunda, de la aponeurosis temporal, y mediante un haz accesorio en la cara interna del arco cigomático, termina en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

Relaciones; Por su cara superficial con la aponeurosis temporal vasos y nervios temporales superficiales y el arco cigomático y la parte superior del masetero - su cara profunda con la fosa temporal, nervios arterias temporales profundas, en su parte inferior, con los pterigoideos, bucinador y la bola adiposa de Bichat.

Inervación; Por tres nervios temporales profundos, ramas del maxilar inferior.

Acción; Elevar el maxilar inferior, dirigirlo hacia atrás.

Vascularización; Por tres arterias temporales profundas.

MASETERO: Se extiende desde la apófisis cigomática, hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior. Se halla construido por un haz superficial más -

voluminoso, dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás y otro haz profundo oblicuo hacia abajo y adelante. - Ambos haces separados por un espacio relleno de tejido adiposo.

Inserciones; El haz superficial sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático, e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior y sobre cara externa de este. Su inserción superior se hace por una aponeurosis. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior también en la cara interna de la apófisis cigomática; sus fibras se dirigen luego hacia abajo y adelante terminando sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Relaciones; Su cara externa esta cubierta por aponeurosis maseterina por fuera de la cual se encuentra tejido conjuntivo con la arteria transversa de la cara, la prolongación maseterina de la parótida el canal de Stenón, los ramos nerviosos del facial y los músculos cigomáticos mayor y menor, risorio y cutáneo del cuello. La cara profunda con el hueso donde se inserta, arterias y nervios maseterinos.

Inervación; Por la cara profunda el nervio maseterino, el cual es una rama del maxilar inferior que atraviesa por la escotadura cigmoidea.

Acción; Elevar el maxilar inferior igual que el temporal.

PTERIGOIDEO INTERNO: Este músculo comienza en la apófisis pterigoidea y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Inserción; Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoidea en el fondo de la fosa pterigoidea en la parte de la cara externa del ala interna, y por un facículo palatino de Juvara, en la apófisis piramidal del palatino desde esos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo atrás y afuera para terminar merced a láminas tendinosas, que se fijan en la porción interna del ángulo -- del maxilar inferior, y sobre la cara de su rama ascendente, sus fibras se prolongan aveces tan afuera que producen la impresión de unirse con las del masetero.

Relación; Por su cara externa con el pterigoideo externo y con la aponeurosis interpterigoidea con la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior, constituye este músculo un ángulo diedro por donde se deslizan el nervio lingual, el dentario inferior y los vasos dentarios. Entre la cara interna del maxilar y la faringe se encuentra el espacio maxilofaríngeo por donde atraviesa el nervio neumogástrico -- glossofaríngeo, espinal e hipogloso, vasos, la carótida interna y la yugular interna.

Inervación; Por su cara interna se produce el -- nervio pterigoideo interno, el cual procede el maxilar inferior.

Acción; Elevador del maxilar inferior pero debido a su posición da a este hueso pequeños movimientos de lateralidad.

Vascularización; Arteria pterigoidea interna.

PTERIGOIDEO EXTERNO: Se extiende de la apófisis pterigoidea al cuello del cóndilo del maxilar inferior se halla dividido en dos haces; uno superior y otro inferior.

Inserciones; El haz superior o esfenoidal se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal. El haz inferior o pterigoideo se fija sobre la cara externa de la apófisis pterigoidea. Las fibras de ambos haces terminan por fundirse al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente del menisco interradicular.

Relaciones; Axialmente con la bóveda de la fosa cigomática con el nervio temporal profundo medio, y con el maseterino con sus dos fascículos pasa el nervio bucal. Su cara antero externa está con la escotadura cigomática con la inserción coronóidea del temporal y con la bola grasosa de Bichat. Su cara postero interna con el pterigoideo interno y con los nervios y vasos linguales y dentarios inferiores. Su extremidad externa con la arteria maxilar interna.

Vascularización; Rama de la arteria maxilar inferior.

Inervación; Dos ramas nerviosas del nervio bucal.

Acción; La contracción simultánea de ambos pterigoideos producen movimientos de proyección hacia delante del maxilar inferior si se contraen aisladamente el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado; cuando estos movimientos son alternativos y rápidos se llaman de diducción y son los principales en la masticación.

MUSCULOS FACIALES

1.- Orbicular de los párpados: Se inserta en la parte interna de la base de la órbita, por cuatro fascículos que abrazan la superficie del saco lágrimal.

2.- Piramidal: Se inserta por abajo en el borde inferior de los huesos propios de la nariz y en los cartílagos laterales de ésta; por arriba en la cara profunda de la piel de la región intersuperciliar.

3.- Transverso de la nariz o dilatador de la nariz: Se inserta por arriba, en el dorso de la nariz por medio de una aponeurosis que desciende sobre las partes laterales de la nariz y da nacimiento a las fibras carnosas que vienen a implantarse en el borde posterior de los cartílagos del ala de la nariz y en la piel que los recubre.

4.- Mirtiforme o constrictor nasal: Se inserta por abajo en la fosa mirtiforme del maxilar superior, por arriba por dos fascículos, en el subtabique y en la posterior del ala de la nariz.

5.- Buccinador y orbicular de los labios: El buccinador se extiende desde los dos bordes alveolares y de la faringe hacia los labios, donde constituye el orbicular.

6.- Canino: Se inserta en el maxilar superior, por debajo del agujero suborbitario y en la cara profunda de la piel del labio superior por delante del orbicular.

7.- Elevador propio del labio superior: Se inserta por arriba, en los huesos propios de la nariz y en la apófisis ascendente del maxilar superior; por abajo, en la cara profunda de la piel del labio superior.

8.- Elevador del ala de la nariz y del labio superior: Por arriba, en la parte inferior del reborde orbitario por encima del agujero suborbitario, por abajo en la cara profunda de la piel del labio superior, por delante del canino.

9.- Cigomático mayor: Se inserta por arriba, en la cara externa del hueso malar, se dirige hacia abajo y adentro para insertarse en la cara profunda de la piel del labio superior, cerca de la comisura, dirige la -- comisura hacia arriba.

10.- Cigomático menor: Se inserta por arriba, en la cara externa del hueso malar, y por abajo en la cara profunda de la piel del labio superior, al lado de la comisura, su acción y dirección es la misma que la del cigomático mayor.

11.- Borla del mentón: Está situado en el espesor del mentón se inserta por arriba en la foseta del maxilar inferior, situado a cada lado de la sínfisis, descien- de para insertarse en la cara profunda de la piel del labio inferior.

12.- Cuadrado del mentón: Músculo cuadrilátero, apla- nado que va desde el tercio interno de la línea oblicua externa a la comisura de los labios. baja la comisura.

13.- Triangular de los labios: Músculo ancho y delgado que va del maxilar inferior a la comisura. Por abajo se inserta en el tercio interno de la línea oblicua -- externa del maxilar inferior, por arriba en la comisura en donde se entremezcla, con los fascículos de los músculos canino y cigomático.

14.- Risorio de Santorini: Es un músculo triangular, - situado a cada lado de la cara. Se inserta por detrás en el tejido celular de la región parotídea y por delante en la comisura.

CAPITULO III
ZONAS PROTESICAS.

ZONAS PROTESICAS

Para poder elaborar una dentadura o en otro caso - una sobredentadura es importante conocer el lugar donde va ha ser colocada, saber hasta donde debe llegar y que es lo que la va ha retener o darle retención, es - por eso que clasificamos en zonas protésicas a la cavidad oral. Y así tenemos que los tejidos que soportan a una sobredentadura para efectos de la prostodoncia dental, se clasifican en 5 zonas protésicas para - maxilar superior;

Zona principal de soporte.- Es la zona más prominente del reborde alveolar o residual, es el área que va a resistir las presiones masticatorias, va de un proceso alveolar a otro y contiene mayor cantidad de queratina.

Zona secundaria de soporte.- Es el área que queda entre zona principal de soporte y sellado periférico, dando lugar a que las fuerzas no sean lesivas ni directas, sirve para retención.

Sellado periférico.- Es el área que delimita a la sobredentadura a nivel mucogingival, va de escotadura alveolar a escotadura del otro lado, pasando por las inserciones de los frenillos labial y laterales.

Zonas de Alivio.- Son los puntos en los cuales no se ejerce presión o se ejerce poca y son la papila incisiva, ahujeros palatinos posteriores y arrugas palatinas.

Sellado posterior.- Va de escotadura amular a escotadura amular pasando por los huecos fobiolares (por donde sale saliva serosa) que son la línea de vibración o límite de la dentadura o sobredentadura, con -- figura de alas de mariposa o bigotes de Neil, delimitan paladar blando y duro (encontramos la apófisis buccino palatina o paladar blanco).

Para mandíbula se clasifican en:

Sellado periférico.- Delimita la dentadura o sobredentadura a nivel mucogingival o fondo de saco (fornix) va de zona retromolar a zona retromolar del otro lado, pasando por la inserción de los frenillos laterales y labial, por lingual contornea el piso de la boca librando el frenillo lingual.

Zona principal de soporte.- Igual que en el maxilar superior es la zona más prominente del revorde residual, es el área que va a resistir las presiones --- masticatorias.

Zona secundaria de soporte.- Es el área que queda entre sellado periférico y zona principal de soporte - donde las fuerzas noson lesivas.

Zona retromolar.- Es la papila piriforme donde -- erupciona el tercer molar, sirve como límite posterior para la dentadura.

Sellado Posterior.- Es el límite posterior de la papila piriforme, donde esta la inserción de la aponeurosis buccinofaríngea y ligamento pterigomandibular.

CAPITULO IV
DEFINICION DE SOBREDENTADURA

SOBREDENTADURA.- La sobredentadura, es una prótesis - parcial o completa, construida sobre dientes existentes o estructuras radiculares, no es un concepto nuevo para el manejo técnico de los problemas prostodónticos

En realidad, su uso data de hace más de cien años en la actualidad, con el énfasis hecho en las medidas preventivas en prostodoncia, la utilización de sobredentaduras ha aumentado hasta el punto en que ahora es una alternativa viable para la mayor parte de los planes de tratamiento en la construcción de prótesis para pacientes con algunos dientes restantes.

La sobredentadura es un tratamiento de tipo integral ya que para su estudio y elaboración se requiere de conocimientos básicos sobre diferentes áreas odontológicas. Así como también se pueden y deben combinar se como un tratamiento en equipo, esto es, como por ejemplo: Endodoncia, Parodoncia, Prostodoncia y en caso necesario cirugía preprotésica.

Una sobredentadura permite la utilización de los avances logrados en los tratamientos periodontales y, endodónticos, en combinación con una relación corona-raíz y muy reducida para dar una alternativa viable en el tratamiento. La sobredentadura logra tres objetivos evidentemente importantes aparte de que se logra mantener la dimensión vertical.

- 1.- Conservar los dientes como parte del revordec residual.

- 2.- Disminución en la tasa de resorción del hueso alveolar.
- 3.- Aumento en la habilidad del paciente para manipular y manejar la dentadura. esto es controlar las fuerzas de masticación u oclusión de la misma manera que una persona con dientes naturales.

CAPITULO V

REQUISITOS DE UNA SOBREDENTADURA

- a) Mantenimiento de la salud
- b) Tejidos básicos de soporte
- c) Facilidad de construcción
- d) Reducción en la relación corona-raíz
- e) Facilidad de manipulación

MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Probablemente el problema más difícil de enfrentar para un odontólogo es el de realizar un diagnóstico adecuado para determinar si el tratamiento de sobre dentadura es el más adecuado, dependiendo de las condiciones y descubrimientos de problemas en la cavidad oral. Tomando en cuenta sin duda alguna la salud general del paciente, ya que ningún diagnóstico será verídico y acertado sin la Historia Clínica de un record médico, de la evaluación psicológica e historia dental. La historia médica se obtendrá a través de lo relacionado con la salud y cuando se considere necesario consultar al médico, esta historia clínica nos revelará información acerca de las experiencias dentales y su actitud así como sus hábitos de cuidado e higiene en el hogar.

El objetivo del cuestionario de salud general es de proporcionarnos una visión clara de la salud de nuestro paciente.

Aunque el odontólogo no debe tomarse las atribuciones del médico, tampoco desperdiciara la oportunidad y la responsabilidad de arribar a un diagnóstico temprano y la derivación al médico del paciente para su tratamiento completo.

Es importante recordar si el paciente sufre de alergia, para evitar todo material que pueda causar una reacción alérgica, sobre todo a la anestesia local antibióticos o los materiales dentales, una enfermedad que debemos tomar con suma importancia aparte de otras es la DIABETES MELLITUS, según Burkett (1971) tiene una incidencia de 1.7% a 3.1% de la población. Las perturbaciones mentales son desórdenes de conducta graves, profundos y prolongados que debemos detectar

ya que esto puede causar dificultades para el tratamiento, así como lo es con pacientes que tienen Artritis réumatoide ya que ellos padecen de Xerostomía.

El aspecto más importante quisa para una sobredentadura es el mantenimiento de la salud de las estructuras dentarias subyacentes, sin la que no podría sostenerse la dentadura, los dientes que serán utilizados como soportes para la sobredentadura deberán -- primero ser valorados con respecto a su condición periodontal, socavaciones o esquirlas óseas y bolsas -- parodontales deberán ser detectadas, para determinar el grado de movilidad.

Debemos examinar los tejidos blandos de la cavidad oral como son labios, encías, piso de boca, -- lengua, fauces, paladar, mucosa de revestimiento, -- carrillos e hidratación de mucosas. Sondear las hendiduras gingivales de los dientes remanentes y registrar profundidades de las bolsas. Para poder mantener una salud bucal buena hay que instruir y enseñar al paciente métodos de limpieza que pueda efectuar -- en casa.

TEJIDOS BASICOS DE SOPORTE:

La densidad ósea alveolar al rededor de cada diente pilar y su conservación es un factor muy importante para retención de la sobredentadura, ya que será un -- lugar ideal para la estabilidad, la forma de la raíz - es importante así como la relación con el hueso de soporte, mientras más grande sea la superficie de raíz - con sus ligamentos periodontales, más grande será el - efecto de soporte, la colocación estratégica del diente pilar es un factor muy importante para el sostén, estabilidad y retención de la sobredentadura, si dos pilares anteriores son retenidos en un arco, los pilares están en un plano. Además si un pilar posterior esta retenido se tendrá tres pilares en dos planos.

Los tejidos que cubren la zona basal remanente - deberán ser tratados, esperandose que respondan de manera similar a los tejidos que se encuentran bajo una prótesis parcial o completa es indispensable una base bien ajustada para distribuir la carga sobre una zona la mayor posible. Siempre es necesario poseer contacto íntimo con los tejidos para evitar la acumulación de alimento y placa bajo la base de la dentadura.

Con relación al soporte mucoso, anteriormente se hizo referencia a la capacidad inherente limitada de la mucosa que recubre el reborde alveolar desdentado - que hace las veces de periodoncio.

Kydd y asociados (1976) señalaron que hay una concordan--
cia de estructura y función en la mucosa bucal. En
un sentido mecánico este tejido es un material elásti--
co-viscoso que demuestra poseer evidentemente propie--
dades dependientes del tiempo respectivo de las cargas.

La pérdida de cualquier diente funcional dentro de
la disposición oclusal tenderá a crear una alteración
en las relaciones oclusales entre los dientes remanen--
tes, también es común encontrar extrusión de dientes
carentes de antagonistas, las extrusiones tienen con--
secuencias frecuentemente como interferencias oclusa--
les en excursiones de lateralidad y protusión, pérdida
de soporte óseo del diente extruido, con exposición de
cemento y una mayor vulnerabilidad a la caries.

El soporte alveolar está dado por el hueso alveolo
lar pero es recomendable estar totalmente enterados --
que esté, se pierde al ser edentulo. La pérdida de --
hueso alveolar es irremediable a la pérdida del diente
así como con los problemas de parodontosis en pacien--
tes jóvenes siendo que esta enfermedad se detiene al
hacer la extracción del diente.

El objetivo al tratar pacientes parcialmente ----
desdentados no consiste solamente en reemplazo de dieno
tes, sino asimismo la conservación del hueso, este hueo
so debe estar sano.

FACILIDAD DE CONSTRUCCION:

El aparato deberá ser fácil de construir y mantener, en muchos casos debido a la falta de espacio, algunas secciones de la base de la sobredentadura son de lgadas.

Si no se emplean refuerzos metálicos suele presen tarse la fractura de la base y los dientes protésicos.

La sobredentadura será entonces construida de --- forma que su reparación sea relativamente fácil.

REDUCCION EN LA RELACION CORONA-RAIZ:

La reducción de la corona presenta un efecto favorable de inmediato sobre la movilidad de los dientes-- debido a la disminución de la longitud del brazo de -- palanca que suministra la torsión al diente móvil, además la movilidad de los dientes ha disminuido después de un largo tiempo de emplear sobredentadura.

Siempre que haya conservado la salud periodontal el primer paso es reducir los dientes pilares a una -- altura y proporción aproximada para el tamaño de las -- cofias metálicas. Los clínicos debemos de tener una -- imagen mental de la altura desde el escalón cervical - del pilar hasta la cúspide. La altura de las cofias -- metálicas que determinen la reducción del pilar serán aproximadamente;

- a) cofias metálicas cortas de 1 a 2 mm arriba del surco gingival.
- b) cofias metálicas medianas de 3 a 4 mm arriba del -- surco gingival'
- c) cofias medianas de 4 a 6 mm arriba del surco gingival
- d) cofias largas de 6 a 8 mm arriba del surco gingival.

La reducción de la corona será de acuerdo a la -- relación corona-raíz cuando el tamaño de las cofias es considerable los pilares no son desvitalizados y la -- reducción oclusal es realizada no lesionando la pulpa.

Recordemos que los pilares serán más largos después de la cirugía periodontal y cicatrización, sin embargo en pacientes seniles la reducción puede ser bastante - profunda debido a la reabsorción de la pulpa.

El tipo de preparación y cofas son determinados en parte por la cantidad ósea de soporte existente.

FACILIDAD DE MANIPULACION:

La base tiene que ser manipulada con facilidad por el paciente. Con frecuencia, debido al uso de aparatos de retención, la inserción y retiro de la sobredentadura se convierten en una dificultad para el paciente. -- este no debe ser el caso, ya que una fuerza indeseable daña en forma importante la base o los dientes de soporte. Por lo tanto, necesita prestarse consideración al tipo de sobredentadura empleada, así como a la coordinación del paciente para elegir el tipo de tratamiento.

Desde luego, una sobredentadura que satisfaga todos los requisitos específicos también debe satisfacer los de cualquier dentadura convencional.

Por tanto, factores como recubrimiento adecuado de los tejidos, falta de extensión y sobreextensión de las bases, registros maxilares, oclusión armónica, y estética no pueden ser compensados debido a que se construye una sobredentadura. Siempre deberá realizarse una técnica protética adecuada cuando se emplean este tipo de aparatos.

CAPITULO VI**VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA**

- a) Conservación de hueso alveolar
- b) Conservación de la reacción propioseptiva
- c) Soporte
- d) Retención
- e) Técnica sencilla para el paciente problema
- f) Mantenimiento periodontal
- g) Aceptación del paciente
- h) Convertibilidad
- i) Costo
- j) Armonía de la forma de la arcada

CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR:

Aunque se menciono anteriormente esta ventaja, es tan importante que merece ser recalcada. La conservación de los dientes no solo conserva el hueso alveolar que soporta a los dientes sino que también al hueso -- alveolar adyacente a estos dientes. Y evita cambios a nivel de ATM por conservar la dimensión vértical.

CONSERVACION DE LA REACCION PROPIOCEPTIVA:

La propiocepción del ligamento parodontal se genera mediante la presencia de los dientes o raices ya que la existencia de una membrana peiodontal bajo la sobre dentadura da al paciente un sentido de discriminación que resulta imposible con la s dentaduras convencionales.

SOPORTE:

Los topes formados por los dientes naturales en una sobredentadura proporciona una base estatica y estable no igualada por culquier dentadura convencional.

RETENCION:

Se logra mayor retención a las fuerzas de masticación ya que suele ser suficiente solo por la cobertura de los dientes. Sin embargo, en algunos individuos es aconsejable aumentar la retención pero es fácil de lograrse mediante diversos aparatos o aditamentos existentes o rebases elásticos que utilizan retenciones dentarias existentes para su soporte.

TECNICA SENCILLA PARA EL PACIENTE PROBLEMA:

Los individuos con defectos congénitos, como paladar endido, oligodoncia, microdoncia, amelogénesis imperfecta, etc. requerían un tratamiento prolongado minucioso y de alto costo. Con el perfeccionamiento de la sobredentadura es posible hacer un tratamiento razonable rápido y de bajo costo. Estos pacientes son ahora restaurados para funcionar adecuadamente con estética y comodidad utilizando el concepto de la sobredentadura.

MANTENIMIENTO PERIODONTAL:

Debido a que los dientes de soporte son de fácil acceso y rara vez se tiene que recurrir a la ferulización, el paciente es capaz de realizar un programa vigoroso en casa para mantener el periodonto en un estado óptimo de salud.

ACEPTACION DEL PACIENTE:

Los individuos son más receptivos y valorán más este tratamiento. De cierta forma que pueden conservar las estructuras radicales y parte de la porción coronaria de los dientes naturaleza emocionalmente es positivo para muchas personas.

CONVERTIBILIDAD:

El concepto de sobredentadura esta diseñado de -- forma de que si por algún motivo requieren ser extraídos los dientes cubiertos, la sobredentadura puede ser convertida con facilidad para aceptar la alteración aún si todos los dientes deben perderse, la sobredenta-

dura por su diseño básico de dentadura completa, puede ser rebasada a su base cambiada con facilidad para hacer una dentadura total convencional.

COSTO:

Conciderando todos los servicios involucrados, la facilidad de mantenimiento en los años venideros, el bajo porcentaje de nuevas dentaduras y el tratamiento alternativo de protésis fija y removible parcial extenso, el costo de la sobredentadura se compara favorablemente con el tratamiento diferencial.

ARMONIA DE LA FORMA DE LA ARCADA:

Los principales problemas que podrían encontrarse sería un antagonista con dientes naturales, este problema y otros similares, pueden evitarse conservando desde un principio algunos de los dientes naturales de la arcada con la dentadura completa; aún con dientes que tienen gran movilidad, si estos son tratados pueden servir para soporte de una sobredentadura de muchos años y reducir en forma marcada el proceso de resorción del borde alveolar opuesto.

CAPITULO VII**DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA**

- a) Susceptibilidad a la caries
- b) Retenciones óseas
- c) Sobrecontorno y falta de contorno
- d) Invación de la distancia interoclusal
- e) Estética
- f) Destrucción periodontal de los dientes de soporte.

SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES:

El problema más apremiante es el de la destrucción por caries de los dientes recubiertos, estos incluyen dientes que han sido reducidos solo después de la endodoncia y dientes que han sido provistos de vaciados.

Por eso es sumamente importante recalcar el cuidado meticulouso en casa, es pregonado como una cura para que no ocurra la necesidad de acudir al consultorio -- para la detección de lesiones incipientes.

Los preparados de fluoruro estañoso eran en forma de que han sido útiles para disminuir la velocidad del proceso carioso.

RETENCIONES OSEAS:

Los problemas de las retenciones óseas, especialmente las adyacentes a los dientes cubiertos presentan un problema con respecto a la aproximación íntima de la aleta de la dentadura con los tejidos subyacentes, algunas ocasiones debe bloquearse la zona retentiva, lo que da como resultado una aleta de la dentadura alejada de los tejidos, creando una trampa para alimentos - y eliminando cualquier posibilidad de lograr un sellado periférico .

SOBRECONTORNEO:

En ocasiones resulta imposible evitar un bloqueo excesivo de las zonas retentivas, esto conduce a una - base mal contorneada que conduce a dificultades para -

la aceptación del paciente. La falta de contorno; -- esto es debido a la vía de inserción limitada y a la presencia de zonas retentivas óseas.

INVASION DE LA DISTANCIA INTEROCLUSAL:

Cuando se elabora una sobredentadura, especial--- mente con algún tipo de aditamento interno, no se compromete el espacio interoclusal existente de una dentadura estándar por lo que se debe librar una lucha -- para colocar la sobredentadura dentro de su dimensión adecuada.

La colocación de un aditamento, el diente artificial y el acrílico necesario para retener la inserción y al diente sobre uno natural constituye un ejercicio en selección y desgaste para lograr la forma adecuada dentro de los parámetros de la distancia existente --- entre dos rebordes alveolares.

ESTETICA:

Esto es afectado cuando llega a existir una aleta sobrecontorneada que transforma la caída natural del labio ó una aleta demasiado corta por lo que se recomienda una buena selección de casos e implementación - subsecuente y se ha de lograr este propósito.

DESTRUCCION PERIODONTAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE:

La enfermedad periodontal es una de las principales razones por las que un paciente en particular requiere un tratamiento de sobredentadura.

Si no se procede con cuidado la enfermedad periodontal persistira después de la construcción de una so bredentadura.

CAPITULO VIII

SELECCION DE PACIENTES

- a) Posibilidad de Prótesis removible
- b) Terapéutica endodóntica
- c) Condición Periodontal de los dientes
- d) Caries
- e) Pacientes jóvenes
- f) Localización de dientes de soporte
- g) Economía

SELECCION DE PACIENTES

La salud general del paciente puede tener influencia significativa sobre el pronóstico de una sobredentadura. Esta terapéutica no suele tener éxito si el estado físico del paciente es tal que no pueda lograr y mantener un nivel adecuado de higiene bucal. Además una enfermedad crónica, debilitante, afecta hasta el punto de que la persona no pueda tolerar los procedimientos clínicos requeridos o de no aceptar psicológicamente una prótesis como la sobredentadura.

Por eso es necesario diseñar técnicas alternativas para este tipo de pacientes. También la pérdida de un órgano dental en el paciente da como resultado una reabsorción residual.

Generalmente estos pacientes admiten que sus primeras prótesis les dieron excelente resultado pero las siguientes no, para este tipo de pacientes existen las sobredentaduras las cuales les permiten restituir sus funciones dándoles una estética adecuada además le permite conservar algunos dientes que en otras circunstancias serían extraídos.

Con este tratamiento se brindará al paciente un pronto restablecimiento, funcionalidad y estética del aparato estomatognático, para que continúe en la actividad social.

POSIBILIDAD DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

Si dentro de la cavidad oral quedan suficientes - dientes naturales y se observan capaces de soportar y sostener una prótesis removible parcial, entonces se - considerara este como tratamiento inicial principal -- antes que pensar en una sobredentadura, ya que esta -- tiene muchas desventajas que se pueden evitar fácilmen te si se utilizan aparatos parciales removibles o fijos si se requieren y se pueden elaborar.

TERAPEUTICA ENDODONTICA:

Endodoncia.- es la ciencia y arte que se ocupa -- de la biología, profilaxis, alteraciones y terapia de la cavidad pulpar y de las partes que rodean a ésta.

La pulpectomía está indicada en todas las alteraciones pulpares de tipo irreversible y por razones --- prótesis. Quizá no se tenga bien presente que al -- extirpar una pulpa se provoca un desgarramiento dejando una herida lacerada, como reacción se produce hemorragia, inflamación y reparación, el dolor se presenta con tan poca frecuencia después de una pulpectomía y éste se debe más a la naturaleza del tejido que al - odontólogo.

Debido a que algunos dientes suelen requerir tratamientos endodónticos para permitir la suficiente reducción de sus coronas clínicas es necesario determinar si puede llevarse a cabo un tratamiento de endodon-

cia exitoso. En condiciones ideales los pacientes con dientes unirradiculares con un solo conducto de fácil acceso son los mejores candidatos aunque también se emplean dientes multirradiculares.

La preparación de un diente pilar para sobredentadura comprende a menudo la mayor parte de la porción coronaria del diente. Una reducción adecuada causaría exposición pulpar, por lo tanto suele indicarse la terapéutica endodóntica antes de la preparación del pilar, los objetivos de los pilares tratados por endodoncia son;

- a) Conservar la raíz en su alojamiento alveolar para sostén y estabilidad de la prótesis.
- b) Conservar la altura de la cresta alveolar y el sentido propioceptor del ligamento periodontal.
- c) Facilitar la reducción suficiente de la corona clínica como para mejorar la proporción corona-raíz del pilar, lo que es muy importante para los periodontalmente afectados.

El éxito de la sobredentadura depende de un pronóstico favorable de los dientes que servirán como pilares tratados con endodoncia.

Después de la endodoncia es útil un intervalo de dos a cuatro semanas antes de realizar algún otro tratamiento sobre el diente para determinar si habrá complicaciones endodónticas.

CONDICION PERIODONTAL DE LOS DIENTES:

El tratamiento parodontal pretende enfatizar la importancia de la prevención y la intercepción de aquellos trastornos que pudieran causar la destrucción de los tejidos blandos y duros del parodonto dando como consecuencia final la pérdida de los dientes.

La etiología de la enfermedad periodontal es el estudio o teoría de las causas de una enfermedad. La suma de conocimientos relativos a dichas causas.

La enfermedad gingival y periodontal es producida por múltiples y complejos factores. CLIKMAN, los clasifica en factores locales y generales.

a) Factores Locales; son aquellos que se encuentran en el medio que rodea al periodonto. Los factores locales producen inflamación que es proceso patológico principal de la enfermedad gingival y periodontal.

Goldman llama a los factores etiológicos locales "irritantes gingivales" estos son de diverso origen. Actúan mediante influencia irritante directa que solamente es modificada por la habilidad del huesped para resistirlo o para reparar el daño una vez producido.

Cualquier situación que ocasiona baja en la resistencia y en la reparación permite que la lesión siga su curso, según la gravedad e intensidad del irritante, un factor que debe ser considerado es el tiempo ya que no es igual una lesión de dos semanas de duración a una de dos años.

Otro factor importante es la frecuencia del irritante.

Los factores o irritantes etiológicos locales --- pueden enumerarse así;

- 1.- Placa Dentobacteriana
- 2.- Cálculo Dental
- 3.- Microorganismos en la enfermedad periodontal
- 4.- Materia Alba
- 5.- Empaquetamiento de alimento
- 6.- Restauraciones defectuosas
- 7.- Cepillado defectuoso
- 8.- Respiración bucal
- 9.- Oclusión traumática
- 10.- Fuerzas oclusales insuficientes
- 11.- Hábitos.

b) Factores Generales; Son aquellos que provienen del estado general del paciente. Los factores generales - condicionan la respuesta periodontal a factores locales de tal manera que con frecuencia el efecto de los irritantes locales es agravado notablemente por el estado general del paciente.

La valoración periodontal es importante para la - elaboración de una sobredentadura. La inflamación --- formación de bolsas defectos óseos y malas zonas de -- encía insertada tienen que ser eliminados antes de comenzar el tratamiento de sobredentadura.

No hay duda de que una sobredentadura afecta el - estado periodontal de las estructuras de soporte adyacentes a los dientes que servirán para apoyo de la sobredentadura.

Sin embargo también se piensa que estos efectos nocivos pueden reducirse si se comienza con un óptimo estado de salud y el paciente se ajusta a un programa metódico de atención casera.

Un problema periodontal común encontrado en los dientes de soporte de sobredentadura es que se requiere una zona adecuada de encía insertada. Esto se realiza mediante una cirugía periodontal utilizando un injerto gingival libre o la reposición apical de un colgajo de grosor parcial. Esto da como resultado una banda más amplia de encía insertada.

CARIES:

Es necesario tratar de escoger dientes que presenten una corona clínica sana. Esto significa ausencia de caries. Si existe caries, debe investigarse si puede ser eliminada con facilidad y restaurarse la corona, logrando crear un medio que permita conservar el diente libre de caries.

La presencia de un alto índice de caries y la creación de una situación que promueva con facilidad un medio ambiente de caries son dos de las secuelas más importantes de la selección inadecuada de pacientes para sobredentadura.

El medio alterado donde van a existir los pilares requieren una salud máxima bucal, y un paciente con buena salud general.

PACIENTES JOVENES:

Es necesario considerar con cuidado a los jóvenes en la selección de pacientes para sobredentaduras.

Aquí sus necesidades y fracasos son mayores, un joven que se enfrenta a la pérdida de sus dientes puede convertirse en un ser " inválido dental" a una edad temprana.

Por lo tanto, el tratamiento con sobredentadura - con mantenimiento del diente y hueso de soporte siempre será considerado por encima de la extracción de los dientes.

Debido al tiempo en que la sobredentadura estará en servicio el fracaso del aparato es una eventualidad que debe ser anticipada. Debido a esto el tratamiento dentario adecuado y el mantenimiento en casa - se hace aún más importante.

LOCALIZACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE:

La localización de dientes de soporte es importante en cuanto al soporte de la dentadura y a la conservación del hueso alveolar. Los dientes son más útiles en las zonas de máxima carga oclusal y potencial para resorción del reborde alveolar. El aspecto anterior del reborde residual, especialmente de la mandíbula es muy susceptible al cambio, por lo que los --- caninos y premolares son dientes valiosos que tienen - que ser conservados.

Los dientes anterosuperiores opuestos a dientes naturales inferiores impiden la destrucción del reborde maxilar anterior cuando se utilizan en una sobredentadura maxilar.

Sin embargo, la conservación de los dientes inferiores y del reborde alveolar es más importante debido a las dificultades encontradas en la dentadura mandibular completa.

Los caninos mandibulares son los dientes más ---- empleados ya que suelen ser los últimos que se pierden.

Si queda un solo diente, este también deberá ser conservado, no será tan ideal la situación como poseer dientes en ambos lados de la arcada, pero uno para soporte y conservación ósea es mejor que ninguno.

La conservación de los dientes en ambas arcadas para sobredentaduras asegura mejor soporte y conservación de hueso así como el mantenimiento de la relación de dimensión Vértical oclusal.

ECONOMIA:

Aunque el costo de una sobredentadura suele ser menor que otras formas de tratamiento restaurador complicado, debe comprenderse que esta técnica también -- resulta onerosa para el paciente.

Cuando consideramos la endodoncia, especialmente de varios dientes, el tratamiento periodontal, la posibilidad de cofas vaciadas y aditamentos internos, así como la sobredentadura misma, el costo de esta modalidad de tratamiento puede elevarse en forma significativa, y va a ser más costoso que una dentadura completa total convencional.

CAPITULO IX

TECNICAS DE PREPARACION DE DIENTES DE SOPORTE

- a) Modificación y reducción simple de los dientes
- b) Reducción de dientes y cofas vaciadas
- c) Tratamiento Endodóntico y tapón de amalgama
- d) Tratamiento Endodóntico y cofavaciada
- e) Tratamiento Endodóntico con cofa vaciada uti
lisando algún tipo de aditamento.

MODIFICACION Y REDUCCION SIMPLE DE LOS DIENTES

En este procedimiento los dientes restantes sólo son reformados para eliminar las zonas retentivas y -- reducidos en altura vertical , si fuera necesario, para crear mayor espacio en los rebordes para la sobredenta dura. Para que esta técnica sea posible la higiene -- bucal habrá de ser meticulosa, con un bajo índice de - caries. Además, si los dientes han de ser reducidos - en grado alguno, las pulpas vitales tienen que haber - recedido lo suficiente para que los dientes reducidos no sean sensibles al medio ambiente bucal, incluyendo el contacto con la sobredentadura.

Esta técnica se emplea en pacientes con oligodon- cia o en los que sufren gran abrasión de los dientes. Estos reciben una preparación mínima antes de la im--- presión final, lo que hace que la técnica sea completa- mente reversible. El motivo por el que puede recurri-- rse a la preparación mínima de los dientes es la pre- sencia de una gran distancia interoclusal.

Después de la impresión final, se vacía un mode- lo maestro, se coloca en el paralelómetro buscando --- zonas retentivas, se bloquean y se duplica el modelo. La sobredentadura es procesada en el modelo para du- plicación de modo que ningún diente o tejido blando - prominente presente zonas retentivas que loqran rete- nerse en la sobredentadura.

Los resultados de esta técnica, especialmente en pacientes con microdoncia o anodoncia parcial, son -- sorprendentes. La retención de la sobredentadura se mejora si se desea mediante un rebase con material de rebase permanente blando, este material es termoplástico, no es nocivo y se adapta fácilmente a la cavidad bucal.

En este caso el rebase blando es colocado en las zonas retentivas de los dientes y de los tejidos, dando la mejoría deseada en cuanto a la retención.

REDUCCION DE LOS DIENTES Y COFIAS VACIADAS

En ocasiones se reducen los dientes y se hace un vaciado sobre los mismos en preparación para la sobredentadura.

Esto es necesario debido a la sensibilidad o para el control de caries. En estos dientes no se hace endodoncia, por lo que existe la posibilidad de sensibilidad. Esta técnica es posible sólo cuando los dientes presentan soporte óseo adecuado y un buen pronóstico periodontal, ya que con este método sólo se hace una reducción mínima en la relación corona-raíz.

Debido a la mínima reducción en la altura coronaria existe una limitación para esta técnica. Debe tener suficiente espacio interoclusal para permitir invadir el espacio existente entre los rebordes o sea -- habrá violado la dimensión vertical, dando como resultado mala estética y un fracaso posterior debido a la intolerancia del paciente, habiendo repercurciones a nivel ATM como la artalgia.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y TAPON DE AMALGAMA

Esta técnica es muy empleada con gran número de casos de sobredentaduras. Está indicada cuando existe una altura normal en las coronas de los dientes y una distancia interoclusal normal con poca o ninguna pérdida de la dimensión vertical.

En estos casos, para poder crear suficiente espacio para la sobredentadura sin abrir la dimensión vertical, los dientes son reducidos en gran medida, generalmente hasta el nivel gingival. Debido a esta reducción casi siempre es necesario el tratamiento endodóntico siguiente;

ENDODONCIA.- es la ciencia y arte que se ocupa de la biología, profilaxis, alteraciones y terapia de la pulpa, de la cavidad pulpar y de las partes que la rodean. Es la extirpación y tratamiento de pulpa - cameral y radicular.

TECNICA DE BLOQUEO: previo bloqueador en pomada ó - sprite, que ayuda psicológicamente al paciente las técnicas de bloqueo que se utilizan son; Bloqueo - local por infiltración ó Supraperiódica para dientes superiores. Y la otra técnica que es la Troncular para dientes inferiores. Anestesia Intrapulpar si la pulpa está infectada no hay necesidad de anestesia intrapulpar, este tipo de anestesia se utiliza

cuando después de colocar una anestesia por infiltración normal, no se logra la insensibilidad adecuada debido a la inflamación pulpar (pulpitis) --- en caso de una vitalidad pulpar parcial.

Después de realizado el bloqueo correspondiente ya sea local o troncular, para poder llevar a cabo la extirpación de la pulpa sin molestia alguna, se procede a la aislación del campo operatorio con el método de aislamiento absoluto (dique de hule).

COLOCACION DEL DIQUE DE HULE: La colocación es necesaria para evitar riesgos o accidentes de tipo mecánico ó que el paciente llegue a tragar algún instrumento de endodoncia, así como la asepsia y antisépsia que se requiere para el tratamiento de conductos.

ACCESO A LA CAMARA PULPAR Y CONDUCTO RADICULAR: El acceso se logrará con una fresa de carburo redonda estéril del número 4.

El acceso se realiza por lingual o palatino en dientes anteriores y por oclusal en dientes posteriores, el acceso en los dientes anteriores es de forma triangular con su base hacia el borde incisal y su vértice hacia el cuello del diente, siguiendo la forma anatómica de la corona. El lugar del acceso es el siguiente;

Incisivos y caninos superiores; por cara lingual por debajo del cíngulo.

Incisivos y caninos inferiores; Por cara lingual por encima del cíngulo.

Premolares y Molares; en el centro de la cara oclusal hacia vestibular y mesial. con previa remoción de tejido carioso.

PULPECTOMIA: Se introduce con lentitud y sin forzar un tiranervios, hasta lograr contacto con las paredes del conducto, se retira el tiranervios 1 mm se rota 360' -- para enganchar el tejido, y entonces se retira.

También se pueden utilizar una lima tipo K para eliminar el tejido pulpar, ya que este instrumento tiene sus estrias en forma de ganchos y son aptas para esto.

CONDUCTOMETRIA: Uno de los métodos más sencillos para -- conocer la longitud del conducto es midiendo con una -- regla milimetrada la longitud del diente en una radio-- graffa de diagnóstico.

Esta medida se pondrá un milimetro menos en los -- ensanchadores o lims tipo K con un tope de goma.

TRABAJO BIOMECANICO: La preparación y limpieza del con-- ducto radicular o los conductos para alojar posterior-- mente la obturación definitiva se logra mediante el uso de ensanchadores o limas, estos instrumentos los tra-- bajamos dentro del conducto siempre con la medida obte-- nida en la conductometría y con el tope de goma.

Podemos usar hasta 6 ó 4 instrumentos según se --- crea necesario. En cada intercambio de instrumento es necesario lavar con solución antiséptica utilizando --- jeringa hipodérmica estéril para proyectar la solución a través del conducto con el fin de que no se quede na-- da de restos de tejido limado y ocasione que el condu-- cto se oblitere.

LIMPIEZA Y SECADO DEL O LOS CONDUCTOS: Utilizamos soluciones con propiedades antisépticas para el lavado del conducto, las proyectamos al conducto con ayuda de jeringa hipodérmica.

El secado se lleva a cabo con la introducción de puntas de papel absorbente dentro del conducto, introduciremos cuantas sean necesarias para dejar libre de líquidos las paredes del conducto.

CONOMETRIA: Esto se realiza tomando una punta de gutapercha un número menor a la última lima de trabajo. Se coloca dentro del conducto se toma una radiografía y debe quedar 1 mm arriba del ápice o si se desea a nivel del ápice para que haya un sellado hermético a nivel apical.

OBTURACION FINAL: Introducimos la punta principal de gutapercha que ya se eligió se prepara una mezcla de óxido de zinc y eugenol y se introduce através del conducto con ayuda de la punta de gutapercha, posteriormente se introducen puntas accesorias de gutapercha igualmente empapadas de cemento, ayudandonos con espaciadores o condensadores para lograr una hermética obturación radicular, los excedentes de gutapercha son cortados con una espátula caliente a la entrada del conducto.

Finalmente se toma una radiografía para verificar que el conducto haya sido totalmente obturado.

Una vez terminado este tratamiento endodóntico, -- aunque en esta técnica no será necesario hacer obturación final de conductos, sino unicamente llegar hasta el trabajo biomecánico o preparación del conducto, continuamos con cortar o desgastar el diente a nivel del --- margen gingival o un poco arriba (1 a 2 mm) colocando una restauración de amalgama en el conducto radicular - expuesto.

La dentina restante es alisada y pulida minuciosamente con la amalgama, dejando una superficie que presentará un mínimo de acumulación de placa y que puede ser limpiada con facilidad.

Para que esta técnica sea exitosa el indice de caries debe ser bajo y los cuidados caseros tienen que -- ser adecuados para asegurar que no se presentará caries recurrente.

En esta técnica se emplean dientes con antecedentes de problemas periodontales, siempre que la afección sea tratada. Este es el caso en el que llegan a utilizarse dientes con gran movilidad debido a la gran reducción en la relación corona-raiz, junto con el tratamiento periodontal, lo que promete un pronóstico muy favorable.

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y COFIA VACIADA

Aquí, el procedimiento y las indicaciones son casi iguales a la técnica descrita con anterioridad, excepto que se coloca un vaciado el el deinte tratado endodonticamente en lugar de una simple restauración de amalgama en el conducto radicular. Se emplea el vaciado con el te mor de caries recurrentes sobre la dentina expuesta cuando existen antecedentes de afecciones cariosas. Sin embargo, se ha encontrado que si, existen antecedentes de caries y no se mejora en forma significativa el cuidado casero, la colocación de una cofia vaciada no evita la caries que comienza sobre los dientes de soporte. Los márgenes de los vaciados, que suelen colocarse sobre el cemento y que resultan difíciles de terminar en forma adecuada, están propensos a la destrucción. La reparación de de estos márgenes es un poco complicado, y requiere un colgajo quirúrgico para exponer la lesión.

El vaciado que se suele hacer en forma de domo de poca altura con el margen ligeramente supragingival. la retención se obtiene de un poste corto que se coloca de ntro del conducto radicular. Este poste se conserva cor to a propósito debido a la posibilidad de retirar el -- vaciado si se presentara caries.

El primer paso es reducir los dientes pilares a -- una altura y proporción aproximada para el tamaño de la cofia metálica.

Los clinicos debemos tener una imagen mental de la altura desde el escalón cervical del pilar hasta la cús pide.

Entendiéndose que después del cicatrizado periodon tal una reducción adicional puede sre necesaria.

La altura de las cofias metálicas que determinen la reducción del pilar será aproximadamente.

- a) Cofias metálicas cortas de 1 a 2 mm arriba del surco gingival, la reducción de la corona tiene en efecto inmediato favorable sobre la movilidad del diente debido a la disminución del largo del brazo de palanca que transmite fuerzas de rotación o torción al diente móvil. Además, la movilidad del diente disminuye con el uso -- durante el tiempo funcional de las sobredentaduras siempre y cuando se conserve el periodonto en estado favorable.
- b) Las cofias cortas medianas de 3 a 4 mm arriba del -- surco gingival.
- c) Las cofias medianas de 4 a 6 mm arriba del surco --- gingival.
- d) Las cofias largas de 6 a 8 mm arriba del surco gingi val.

Cuando el tamaño de las cofias es considerable los pilares no son desvitalizados y la reducción oclusal es realizada no lesionando la pulpa dental.

Sin embargo, en adultos (personas seniles) la reducción puede ser bastante profunda debido a la reabsorción de la pulpa.

Cuando sucede esto en los dientes de los adultos, los pilares pueden ser reducidos a cofias medianas sin exponer el tejido de la pulpa.

El tipo de preparación y cofias son determinados - en parte por la cantidad ósea de soporte existente.

Por último, después de la reducción oclusal inicial semiprepararemos los pilares tratando de dejar una ligera forma afilada para retener la sobredentadura provisional, estos cortes se realizan después de la terapia endodóntica, y del sellado del canal con medicación temporal.

Recordemos con suma importancia que antes de comenzar el tratamiento de sobredentadura debemos tener ya -- preparados los siguientes puntos.

- 1.- La sobredentadura provisional debe estar preparada y disponible.
- 2.- Se hará rápidamente la reducción de los pilares.
- 3.- Practicar solamente la terapia endodóntica cuando existen muchos dientes pilares.
- 4.- Semi-preparar los dientes pilares.
- 5.- Extraer todos los dientes inservibles.
- 6.- Adaptar la sobredentadura provisional sobre los pilares.

A continuación pondremos un plan de tratamiento que se podría seguir para el tratamiento de sobredentaduras con cofias vaciadas.

Plan de tratamiento:

- 1.- Examen diagnóstico y plan de tratamiento:
 - a) Historia clínica del paciente
 - b) Examen clínico dental
 - c) Examen radiográfico
 - d) Toma de impresiones para modelos de estudio y modelos de trabajo para la elaboración en caso necesario de las sobredentaduras provisionales y para la determinación supuesta de la selección de las cofias metálicas.

- 2.- Realización de la profilaxis, curetaje abierto y -- cerrado paradontal, tratamiento de las raíces é instrucciones para cuidado en casa.
- 3.- Cita de la primera cirugía en caso necesario de este tratamiento.
- 4.- Fase enfocada a la sobredentadura:
 - a) Reducción del diente pilar de 1 a 2 mm arriba del surco gingival par cofias metálicas cortas, o preparaciones más largas para cofias metálicas largas, de acuerdo a la proporción corona-raíz.
 - b) Extraer todos los dientes inservibles o restos -- radiculares de molares con raíces múltiples e inservibles.
 - c) Endodoncia inicial o endodoncia completa en una - cita, antes de esto ya debimos haber elaborado -- una transbase en el laboratorio de acuerdo en el modelo de trabajo con las extracciones fracturadas, con el fin de que la zona de acentamiento o la base de la sobredentadura provicional no llegue a interferir con las apófisis interdientarias, muy puntiagudas porque impedirían el completo asentamiento de la prótesis.
 - d) Insertar la sobredentadura provicional.
- 5.- Toma de impresiones para modelos de estudio y de trabajo para la elaboración del diseño de la sobredentura.
- 6.- Se realiza la preparación final del diente pilar:
 - a) Se toma la impresión del diente pilar como patrón para la elaboración de la cofia metálica.
 - b) Se adapta la sobredentadura provicional a los diseños definitivos de los muñones o endopostes pilares.

- 7.- Prueba de metales.
- 8.- Cementación de las cofias.
- 9.- Toma de impresión de las áreas de soporte óseas y de las cofias ya cementadas en los muñones, para la fabricación de la sobredentadura.
- 10.- Adaptación de la parte interna de la base de la sobredentadura provisional a las cofias metálicas cementadas.
- 11.- Registros oclusales (dimensión vertical y relación céntrica).
- 12.- Prueba de la placa base con rodillos de cera con el enfilado anterior y posterior de los dientes.
- 13.- Inserción o colocación de la prótesis sobrepuesta -- (sobredentadura terminada).
- 14.- Instrucciones de cuidado en casa, para control de enfermedad pos-operatoria, nutrición y mantenimiento de la subestructura con las sobredentaduras.

MANTENIMIENTO Y SALUD DE LAS SOBREDENTADURAS

Después de concluido el tratamiento el paciente da por hecho que no se requiere nada de su parte para seguir aseando su cavidad oral y darle mantenimiento a la dentadura que él acaba de recibir.

Para que el paciente sea efectivo en el cuidado y uso de su prótesis, él debe tener un amplio entendimiento de la acción de la sobredentadura en relación con la base y de las limitaciones de una sobredentadura como -- sustituto de la dentadura natural. Para esto deberá ser instruido para que nunca muerda la prótesis y para colocarla o sentirla cuidadosamente en posición alrededor -- del reborde alveolar y hacia el fondo del saco encontr

dose la estructura con la cofa, ya que las fracturas son debido a este procedimiento erróneo.

Similarmente el paciente deberá entender que la sobredentadura tiene que ser retirada con tanto cuidado -- como cuando se colocó. Cuando una prótesis con cofas -- muy paralelas es desalojada se deberá aplicar presión -- igual a ambos lados de ella al mismo tiempo, si se aplica más presión de un lado puede ocasionar fracturas, -- desgaste, dislocamiento de las cofas y aún movilidad y debilitamiento de los dientes pilares.

Debemos hacerle notar consientemente al paciente de que al principio la dentadura se va a sentir voluminosa, con poco o casi nada de lugar para la lengua. Asegurándole que ésto es solamente temporal, también puede haber problemas de habla asociados con esta sensación de volumen.

Puede que el paciente necesite ser instruido a que lea en voz alta hasta que se acostumbre al volumen adicional.

Así también con las nuevas prótesis él paciente puede sufrir experiencias de áreas adoloridas. Estas irritaciones pueden ser debido a los bordes sobre-extendidos. Estos ajustes deberán ser realizados para eliminar los puntos molestos o dolorosos.

Se debe de hacer notar que un repuesto artificial -- no es tan eficiente como la dentadura natural. aunque -- una sobredentadura es más efectiva y cómoda para masticar que una dentadura convencional.

El paciente deberá prepararse para tomar pequeños - bocados masticar lentamente y preferiblemente, masticar en ambos lados de laboca al mismo tiempo.

Es importante mantener la sobredentadura limpia, -- la limpieza de la sobredentadura colocada es importante para el éxito y el buen funcionamiento, así como para la buena acción de los pilares restaurados.

Se enseñara y demostrará la técnica apropiada para el cepillado y limpieza de la prótesis asi como de los - dientes pilares con sus cofías.

También es importante recomendarle el cepillo ade-- cuado para su boca para que no se lesione al momento de la limpiez bucal.

TRATAMIENTO ENDODONTICO CON COFIA VACIADA UTILIZANDO ALGUN TIPO DE ADITAMENTO:

Esta técnica se reserva para la situación en la que no solo se desea estabilidad sino que también una mejoría significativa en cuanto a la retención. Debido al tiempo adicional necesario, al costo y a los riesgos, este procedimiento será reservado para pacientes con buen pronóstico. Debemos contar con un bajo índice de caries, que tenga cuidado casero adecuado y salud periodontal. Los dientes requieren un soporte óseo adecuado debido a la tensión que será aplicada a los dientes por el aditamento, porque este no reduce la relación corona-raíz en la misma forma que un vaciado simple en forma de domo. Además, debido a la tensión sobre el aditamento producida por la sobredentadura, se requiere mayor retención en el vaciado. Esto se hace alargando el poste dentro del conducto radicular o agregando espigas al vaciado. El vaciado que se hace con aditamento no puede ser retirado con facilidad y rehacerse debido a destrucción por caries, por lo que no existe tanta latitud como con los procedimientos anteriores. Aquí también, debido a que el aditamento suele requerir parte del espacio existente entre los rebordes alveolares, es necesario contar con suficiente espacio para su construcción. A continuación se mencionara una breve lista de algunos aditamentos en el mercado.

No nos inclinamos a discutir todos los diversos tipos de aditamentos por lo tanto se recomienda al lector recurrir a bibliografías para una descripción más completa.

ADITAMENTOS DE BROCHE

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Aditamento de Gerber | b) Aditamento de Dalbo |
| c) Aditamento de Ceka | d) Ancla de Zest |
| e) Aditamento de Rothermann | f) Aditamento introfix |
| g) Aditamento de Schubiger | h) Aditamento de Quinlivan. |

ADITAMENTOS DE BARRA

- | | |
|--------------------|---|
| a) Barra de Hader | b) Barra de Dolder |
| c) Broche de Baker | d) Broche de Ackerman y
Broche de C.M. |

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Como mencionamos al principio de la elección del -- tema, el uso de las sobredentaduras no es un concepto -- nuevo; sino un concepto que se ha hecho cada vez más popular desde que se hizo hincapié en la prevención dentro de la odontología.

Su uso es ilimitado y debe ser alentado. Hasta la - fecha la mayor parte de los fracasos han sido consecuti- vos a una mala selección de pacientes y a exceso de erro res y falta de vigilancia para controlar la conservación de la sobredentadura.

En el futuro, la elaboración de técnicas más perfeccionadas de construcción y mantenimiento permitirán alcanzar resultados aún mejor. Personalmente, consideramos que el punto más importante es la erradicación de caries y, aunque menos importante impedir el colapso periodon- tal provocado por la acumulación de placa bacteriana.

De los dos problemas siempre ha sido más importan- te el de la caries.

Shannon y Cronin han concluido a través de sus in- vestigaciones que aplicaciones frecuentes de una concen- tración baja de fluoruro estañoso a la dentina expuesta como un ejuague realizado en casa resulta muy benéfico para controlar la caries en estas zonas.

Es preciso insistir en la importancia de una higiene adecuada en casa, es necesario utilizar también seda --- dental, auxiliares periodontales, cepillos pequeños, pun- tas de caucho etc. para poder eliminar completamente ---

la placa dentobacteriana de la superficie dentaria y de todos los surcos. El dentista y el paciente deben analizar juntos las ventajas de los diferentes técnicos para determinar cual es la más apropiada para el casado.

La sobredentadura es un método de tratamiento destacado, los dientes utilizados como soporte y la retención son de importancia decisiva para el mantenimiento de la salud.

Un colapso en su estructura o en el soporte periodontal anula inmediatamente el principio de sobredentadura. Si queremos tener éxito tenemos que dominar los factores que pueden poner en peligro el resultado final.

Si logramos erradicar la enfermedad periodontal --- mediante tratamientos quirúrgicos y cuidado a domicilio, si eliminamos las caries en tratamientos a domicilio y protección química y siclasificamos con buen criterio a nuestros pacientes, entonces podemos estar seguros de que la sobredentadura les proporcionará un servicio --- satisfactorio durante muchos años.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

MANUAL DE TECNICA MEDICA PROPEDEUTICA

Dr. Francisco Cuevas

Octava edición

Editorial Francisco Mendéz Cervantes

ANATOMIA HUMANA

Dr Fernando Quiroz Gutierrez Tomo I

Vigésimo tercera edición

Editorial Porrúa, S.A. México 1982.

PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL

Boucher C.

1 a. Edición

Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina 1970

TECNICAS DE OPERATORIA DENTAL

Nicolás Parula

Sexta edición 1976

Editorial ODA, Buenos Aires.

ENDODONCIA

Angel Lasala

3a. edición, México 1979

Salvat, editores S.A.

PERIODONCIA

Orban, B.

4a. edición México 1977.

Editorial Interamericana

PERIODONTOLOGIA CLINICA

Glickman I.

4a edición, México 1977

Editorial Interamericana.

PROSTODONCIA TOTAL

Sheldon Winkler

Nueva editorial Interamericana S.A.

MEXICO 1982.

DENTADURAS COMPLETAS Y ANCLADAS

Jack Buchman. Ajas Menekratis

Barcelona 1978

Editorial Labor, S.A.

REVISTAS, THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENT.

57 (65, 43, 1)

58 (2)

1987.

TRATAMIENTO PROSTODONTICO PARA EL PARCIALMENTE DESDENTADO

George A. Zarb.

Editorial, Mundi.

Buenos Aires, Argentina 1985.

MANUAL DE SOBREDENTADURAS INMEDIATAS

Morrow, M.

3a. edición

Editorial Buenos Aires, Argentina 1982.

PROSTODONCIA TOTAL

Osawa D.

1a. edición.

Editorial UNAM 1973.

SOBREDENTADURAS

D' Franco L. Robert

Clinicas odontológicas de Norteamérica 1977.